



HAL
open science

La stimulation multisensorielle comme outil de prise en charge orthophonique des troubles spatio-temporels et communicationnels de la maladie d'Alzheimer

Gwennaëlle Sublon, Christelle Achard

► To cite this version:

Gwennaëlle Sublon, Christelle Achard. La stimulation multisensorielle comme outil de prise en charge orthophonique des troubles spatio-temporels et communicationnels de la maladie d'Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-02094852

HAL Id: hal-02094852

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02094852>

Submitted on 10 Apr 2019

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-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE

DE NANCY

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directrice : Dr Cécile PARIETTI

LA STIMULATION MULTISENSORIELLE
COMME OUTIL DE PRISE EN CHARGE
ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES SPATIO-
TEMPORELS ET COMMUNICATIONNELS DE
LA MALADIE D'ALZHEIMER

MEMOIRE

Présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

par

Christelle ACHARD et Gwennaëlle SUBLON

Le

17 septembre 2012

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur X. DUCROCQ	Professeur de neurologie
Rapporteur :	Mademoiselle F. PETIT	Orthophoniste
Assesseurs :	Dr M. MORELOT-ZINGRAFF	Médecin gériatre
	Mme V. CONVERT	Infirmière Coordinatrice

Remerciements

Nous tenons à remercier Monsieur le Professeur Ducrocq d'avoir accepté de présider notre jury,

Ensuite, nous remercions le Docteur Morelot-Zingraff, Médecin Coordonnateur de l'EHPAD Blanpain/Couchot, qui nous a donné beaucoup de son temps et nous a permis de prendre en charge certains de ses patients,

Merci également à Mademoiselle Petit, notre maître de mémoire, pour ses précieux conseils, sa patience et sa présence encourageante,

Merci à Mme Frédérique Brin-Henry, directrice des études de notre école, pour ses précieux conseils et éclaircissements.

Nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude :

Tous les patients ayant participé à notre projet ainsi que leurs familles,

Un grand merci à Monsieur Gasser, directeur de la maison de retraite Sainte Julie de Gerbeviller, et à Mme Convert, infirmière coordinatrice, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de l'établissement. Merci au CIAS de Bar-le-Duc, à Mme Claquin, responsable des soins de la maison de retraite Blanpain, ainsi qu'à tout le personnel. Nous les remercions de nous avoir permis de mener notre étude, ainsi que pour leur accueil et leur gentillesse.

Enfin, nous tenons à remercier nos familles respectives pour leur soutien indéfectible au cours de toutes ces années d'études, dans les bons comme dans les moments difficiles.

Table des matières

Partie théorique	6
Première partie : Connaître la maladie d'Alzheimer et ses différentes prises en charge.....	6
1.1 Quelques généralités	6
1.2 Le malade Alzheimer : caractéristiques et spécificités de la maladie.....	8
1.3 Les prises en charges axées sur la communication.....	13
Deuxième partie : La désorientation spatio-temporelle dans la maladie d'Alzheimer et ses interactions avec les capacités de communication.....	17
2.1 Représentations mentales et habiletés cognitives mises en jeu dans la maîtrise des notions spatio-temporelles	17
2.2 Les troubles de l'organisation spatio-temporelle dans la maladie d'Alzheimer ...	19
2.3 Les repères spatiaux et temporels, piliers de la communication	27
Troisième partie : l'influence des sens sur les capacités cognitives et l'orientation	31
3.1 Les différents systèmes sensoriels	31
3.2 Sens chez la personne âgée et la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer...	32
3.3 Sensorialité et capacités cognitives.....	34
3.4 Influence des perceptions sensorielles dans la maîtrise des notions spatiales et temporelles	37
3.5 Sensations et structuration spatio-temporelle.....	38
3.6 L'efficacité des prises en charge par les sens.....	40
Partie pratique	42
1. Problématique.....	42
1.1 Questionnement initial	42
1.2 Hypothèses	42
1.3 Problématique.....	44
2. Méthodologie.....	44
2.1 Déroulement des ateliers	44
2.2 Choix des patients : cibler les troubles du repérage spatio-temporel	45
2.3 Appréhension et évaluation des capacités cognitives et communicationnelles des patients.....	47
2.4 Structure et déroulement des séances	51
3. Etude	58
3.1 Présentation des patients	58
3.2. Analyse des observations : Evolution globale sur l'ensemble des séances	60
Discussion	72

1. Méthodologie.....	72
1.1 Patients choisis : des points communs malgré l'hétérogénéité des profils rencontrés	72
1.2 Comparaison des deux modes de prise en charge proposés.....	72
1.3 Elaboration de tests axés sur les capacités spatio-temporelles : une étroite implication avec les autres capacités cognitives.....	74
1.4 Synthèse des questionnaires et grilles d'observation des patients : choix des axes d'observation les plus pertinents.....	74
2. Confrontation des résultats aux hypothèses	75
2.1Hypothèses validées	75
2.2Limites de l'étude.....	78
Conclusion	83
Bibliographie	85
Annexes	89
Annexe 1 : aides externes et repères temporels.....	89
Annexe 2 : Le traitement cognitif de l'information.....	89
Annexe 3 : habiletés spatiales.....	90
Annexe 4 : la localisation des fonctions.....	91
Annexe 5 : questionnaire au personnel soignant	92
Annexe 6 : le bilan initial	93
6.1 Les tests de présélection	93
6.2 Tests axés sur le spatio-temporel	100
Annexe 7 : Comptes rendus des bilans initiaux.....	104
Annexe 8 : Analyse des séances	108
1. Les séances individuelles	108
2. Les séances de groupe.....	131
Annexes 9 : Bilan final.....	143
1. Prises en charge individuelles	143
2. Prises en charge de groupe.....	149
Annexe 10 : présentation des patients de Bar-le-Duc.....	154
Annexe 11 : grille d'observation des séances.....	155

Introduction

Le développement des techniques de stimulation sensorielle pour prendre en charge les pathologies neurodégénératives de la personne âgée nous a conduites à nous interroger sur leur utilisation possible en orthophonie, dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Les troubles de la communication qui surviennent dans la maladie d'Alzheimer résultant d'une intrication de facteurs cognitifs, linguistiques, psychiques, et environnementaux, leur prise en charge se doit d'intervenir sur l'ensemble des facteurs qui influent la communication, et pas seulement sur les capacités linguistiques en tant que telles.

De survenue précoce, la désorientation spatio-temporelle est souvent considérée (avec les troubles mnésiques) comme l'une des manifestations les plus évidentes de la maladie d'Alzheimer. La plupart de nos activités quotidiennes, cognitives, et communicationnelles étant sous-tendues par des capacités d'orientation, cette désorientation a par conséquent des répercussions importantes sur la cognition et la communication, et, de manière plus générale, sur l'ensemble de la vie quotidienne et l'autonomie.

Soucieuses de proposer une prise en charge innovante, nous avons donc décidé de proposer à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (stade léger à modéré) un matériel original centré sur la perception et les cinq sens, et choisi d'axer notre prise en charge sur les troubles de l'orientation spatio-temporelle.

Ainsi, nous souhaitons présenter aux patients, au cours de nos séances, des supports linguistiques et sensoriels, ceci en vue de maintenir le plus longtemps possible les repères spatio-temporels, car ils constituent l'un des piliers de la communication. Cette hypothèse prend appui sur différents fondements.

D'une part, il existe des liens entre sens et capacités spatio-temporelles, appréhension du temps et de l'espace passant en premier lieu par la mise en relation et l'interprétation des perceptions sensori-motrices. D'autre part, nous savons qu'il existe des relations étroites entre capacités spatio-temporelles et communication, la maîtrise du langage reposant à la fois sur des capacités d'ancrage dans la réalité (contexte et pragmatique), de décentration (symbolisation et informativité), et d'organisation (déroulement temporel du langage oral, déroulement spatial du langage écrit). Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse qu'une prise en charge orthophonique axée plus spécifiquement sur les troubles d'orientation spatio-temporelle peut avoir des répercussions indirectes, lors d'une prise en charge à long terme, sur la communication.

Partant de cette hypothèse des liens qui existent entre les sens, les capacités spatio-temporelles et la communication, nous avons décidé de proposer une prise en charge sur neuf séances, au cours desquelles nous avons présenté aux patients des stimulations sensorielles diverses, systématiquement associées à des termes linguistiques renvoyant à des notions d'ordre spatial ou temporel. Nous avons choisi de proposer ce suivi selon deux modes de prise

en charge (groupe ou individuel), afin de mettre en avant les avantages et limites de chacun d'eux. Nous avons choisi de proposer notre atelier à six patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré, et présentant essentiellement des troubles spatio-temporels.

Notre objectif principal est de réaliser une analyse du type de séances proposées : nous souhaitons ainsi mettre en avant les éléments positifs et négatifs de notre prise en charge, afin de déterminer lesquels pourront être repris lors d'une prise en charge à plus long terme, et lesquels méritent d'être améliorés. L'évaluation de notre prise en charge est de ce fait essentiellement subjective et ciblée sur les capacités spatio-temporelles et communicationnelles des patients.

Nous ferons tout d'abord une présentation de la maladie d'Alzheimer, de ses spécificités, et des différentes théories sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour élaborer nos séances de prise en charge.

Nous mettrons ensuite en avant les éléments ayant déterminé notre choix de cibler nos prises en charge sur les troubles de l'orientation spatio-temporelle. Nous présenterons donc les fondements de la structuration spatio-temporelle et ses perturbations dans la maladie d'Alzheimer, puis démontrerons en quoi les repères spatiaux et temporels constituent l'un des piliers de la communication.

Nous veillerons enfin à expliciter notre choix d'une prise en charge basée sur la stimulation sensorielle. Après une présentation des sens et de leurs éventuelles perturbations dans la maladie d'Alzheimer, nous nous interrogerons sur leur interaction avec les capacités cognitives (tout particulièrement en ce qui concerne l'orientation) et communicationnelles, et sur leur utilisation possible en orthophonie.

Après avoir exposé l'expérimentation menée, ainsi que nos observations et analyses dans une partie pratique, nous discuterons de la pertinence du choix de notre support sensoriel, au vu de nos objectifs de prise en charge (axés sur les capacités spatio-temporelles). L'étude de nos observations et analyses nous permettra également de mettre en avant les difficultés relatives à la mise en œuvre de telles prises en charge, afin d'en proposer les améliorations possibles (recrutement des patients, régularité du suivi, liens étroits avec l'entourage, par exemple).

Partie théorique

Première partie : Connaître la maladie d'Alzheimer et ses différentes prises en charge

La prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer requiert au préalable une bonne connaissance de la maladie et de ses spécificités, ceci en vue d'adapter au mieux le suivi proposé aux besoins et difficultés des patients. L'élaboration de séances d'orthophonie dans ce cadre nécessite de prendre appui sur les différentes théories de prise en charge déjà élaborées dans ce domaine.

1.1 Quelques généralités

1.1.1 Définition

La maladie d'Alzheimer se caractérise par la dégénérescence de cellules nerveuses. Celle-ci débute principalement dans les zones du cerveau les plus impliquées dans la mémoire. Cette perte de cellules s'étend progressivement vers d'autres zones ayant d'autres fonctions.

La démence de la maladie d'Alzheimer est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10 (Classification internationale des maladies, publiée par l'Organisation mondiale de la santé). Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre, le jugement, etc. Ces dégradations évoluent de manière progressive et irréversible. On pose le diagnostic de démence lorsque ces perturbations sont telles qu'elles constituent une entrave aux activités de la vie quotidienne.

1.1.2 Différents stades d'évolution

La maladie d'Alzheimer évolue en plusieurs phases :

Au début de la maladie, les signes ne sont pas toujours apparents. D'après certains experts, cette période de la maladie serait caractérisée par des troubles cognitifs très légers, sans retentissement sur la vie quotidienne. La frontière entre les signes normaux de vieillissement et un début de démence est floue.

Diverses échelles cherchent à stratifier l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Les professionnels de santé utilisent généralement la terminologie clinique suivante qui réfère à l'échelle de détérioration globale de Reisberg (Global Deterioration Scale). (Sellal F. et Kruczek, 2007).

1.1.2.1 Affaiblissement intellectuel très léger

L'affaiblissement intellectuel est très léger : on ne note que quelques oublis bénins (place des objets, nom des personnes bien connues) qui ne sont en général pas perçus par l'entourage.

1.1.2.2 Affaiblissement intellectuel léger

Au cours de ce deuxième stade d'état confusionnel débutant, les modifications cognitives et mentales apparaissent très progressivement.

On note alors des troubles légers de la mémoire, des difficultés d'apprentissage.

Les troubles attentionnels sont fréquents : ils se manifestent par des difficultés croissantes pour focaliser et maintenir une attention de qualité.

Un déni peut apparaître. Une anxiété légère à modérée accompagne les symptômes.

1.1.2.3 Affaiblissement intellectuel modéré

A ce stade d'état confusionnel marqué, on remarque un déficit plus prononcé de la mémoire : le malade est moins au fait des événements actuels et récents (les données récentes sont rapidement oubliées) et peut avoir des difficultés à se souvenir des événements de sa vie.

D'autres troubles cognitifs discrets apparaissent : une difficulté à accomplir des tâches plus complexes (s'occuper de ses finances, faire des achats, voyager, etc.), des troubles de la concentration et une capacité moindre d'exécution d'opérations arithmétiques exigeantes.

Le déni est le mécanisme de défense dominant : on peut ainsi observer un éroussement affectif et une tendance au retrait devant les situations difficiles.

1.1.2.4 Affaiblissement intellectuel modérément grave

Il se traduit par la présence de troubles cognitifs et non cognitifs, signes caractéristiques d'une **démence légère**. Au fur et à mesure, le malade perd souvent ses repères temporels (date, jour de la semaine, saison) ou spatiaux. On note des pertes importantes de la mémoire (numéros de téléphones ou noms de proches parents). Si le patient n'a pas besoin d'aide pour faire les activités de la vie quotidienne, on note que, parfois, il ne parvient plus à s'habiller correctement, (apraxie de l'habillage : erreurs dans l'ordre des vêtements, leur position, leur utilisation).

1.1.2.5 Affaiblissement intellectuel grave

Les troubles cognitifs et non cognitifs importants sont alors caractéristiques d'une **démence dite modérée**. On observe une perte soutenue de la mémoire (oublie parfois le nom de son conjoint ou de la personne qui prend soin de lui au quotidien). On note également une perte de mémoire des expériences et événements récents. Si la personne conserve une certaine mémoire des faits de son passé, ses souvenirs sont incomplets.

Des troubles émotionnels et des modifications de la personnalité peuvent apparaître : les malades sont sujets à des troubles de l'humeur où les symptômes d'anxiété prédominent (ils peuvent devenir abattus, agressifs ou violents).

Le patient peut présenter des troubles du rythme veille/sommeil (endormissement retardé, réduction de la quantité de sommeil, perturbation fréquente du rythme jour/nuit, etc.),

des troubles psychotiques (idées délirantes, hallucinations) ou une aboulie intellectuelle (perte de volonté due aux troubles de mémoire).

Il conserve généralement sa capacité à distinguer les personnes qu'il connaît des étrangers qui l'entourent.

1.1.2.6 Affaiblissement intellectuel très grave : « **démence sévère** »

Cette phase est caractérisée par un syndrome démentiel d'intensité majeure : la communication est impossible, l'autonomie nulle. Peu à peu, la marche devient difficile entraînant l'alitement continu avec état grabataire. Le cerveau semble ne plus être capable de donner des ordres au corps.

Notre objectif étant de préserver et maintenir les repères spatio-temporels des patients, nous choisissons de proposer notre atelier à des personnes présentant une atteinte relativement peu importante des capacités d'orientation, et se situant de ce fait à un stade de démence légère ou modérée de l'évolution de la maladie.

1.2 Le malade Alzheimer : caractéristiques et spécificités de la maladie

On rencontre à chacun des stades des malades d'Alzheimer présentant des profils (cognitifs et non cognitifs) très différents. (Rousseau, 1995). L'évolution est propre à chaque patient.

Il nous faudra donc veiller à nous adapter au mieux à chaque patient, à leurs profils psychique, cognitif, et communicationnel.

1.2.1 Troubles de la mémoire

La mémoire est souvent la première fonction touchée. Les trois étapes du processus de mémorisation peuvent être affectées (encodage, stockage et récupération).

Le plus souvent, ces troubles concernent d'abord la mémoire des faits récents alors que la mémoire des faits anciens peut être conservée. Ainsi, les patients ne savent plus où ils ont rangé leurs clés ou oublient leurs rendez-vous. La plainte est généralement rapportée par l'entourage alors que le patient minimise ses troubles.

Ces troubles de la mémoire peuvent s'accompagner assez rapidement d'une désorientation dans le temps et dans l'espace : les patients ne se rappellent plus de la date du jour alors qu'ils viennent de lire le journal, ou bien ils s'égarer dans le quartier où ils habitent.

Alors que la mémoire procédurale (celle des savoir-faire) semble épargnée, les mémoires de travail, à court terme, épisodique (stockage des faits personnels dans leur contexte spatial et temporel, à long terme - Ergis A.-M. Ergis, Eusop-Roussel E., 2008) et sémantique (qui contient toutes les connaissances de l'individu sur le monde, à long terme) sont altérées.

Il nous faudra donc tenir compte de ces difficultés mnésiques lors des séances, et savoir proposer des facilitations adaptées, permettant aux patients de contourner leurs difficultés en s'appuyant sur leurs capacités préservées : décomposition des exercices pour

soulager la mémoire de travail, rappel des consignes, reformulations, aides phonologiques ou sémantiques, etc.

1.2.2 Troubles praxiques

Les malades d'Alzheimer peuvent présenter des apraxies qui se traduisent notamment par une incapacité à effectuer des gestes de la vie quotidienne, surtout lorsque l'atteinte est sévère. On peut retrouver tous les types d'apraxie : idéatoire, idéomotrice, d'habillage, constructive.

1.2.3 Anosognosie

Kotler-Cope et Camp (1995) définissent l'anosognosie comme « un manque de capacité à reconnaître la présence ou à apprécier la sévérité de déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif ». (glossa n°107, 2009).

L'anosognosie peut être sélective ou générale selon les composantes cérébrales altérées. Elle doit être envisagée comme un facteur à prendre en compte pour améliorer la prise en charge du patient Alzheimer, au même titre que les troubles cognitifs et comportementaux. En effet, un sujet anosognosique ou dans le déni peut se mettre en situation d'insécurité et d'opposition vis à vis d'un traitement. Il n'anticipe pas forcément ses troubles et ne met pas automatiquement en place de stratégies compensatoires adaptées, ces processus se mettant en place de façon inconsciente.

Cette anosognosie doit être prise en compte afin de permettre au patient, dans la mesure du possible, de bénéficier de la prise en charge proposée, bien que celle-ci puisse lui paraître inutile du fait de la méconnaissance de ses difficultés. Ceci passe nécessairement par une attention particulière portée à l'adaptation au patient et à son profil, en vue d'obtenir son intérêt et sa coopération. Il faut cependant être conscient que les facilitations proposées pourraient parfois être mal vécues par les patients qui risquent de ne pas se sentir concernés. Cette réaction doit tout particulièrement être prise en compte dans le cadre d'une prise en charge de groupe au cours de laquelle les patients se trouvent confrontés à d'autres personnes rencontrant des difficultés dans lesquelles il peut ne pas se reconnaître.

1.2.4 Troubles psycho-comportementaux

Tout comme les troubles de la mémoire, les changements du comportement et de l'humeur sont insidieux. Certains patients sont particulièrement anxieux ou irritables, d'autres se désintéressent de leur entourage ou deviennent dépressifs.

Ces troubles et fluctuations seront à prendre en compte afin de permettre à chaque patient de trouver un intérêt aux séances proposées, ceci quels que soient son profil et son état psychique. En fonction des patients, nous proposerons des activités très structurées permettant de fournir un cadre rassurant et étayant, ou privilégierons des échanges plus libres et spontanés. Une mise en confiance semble dans tous les cas nécessaire pour que le patient, quelque soit sa réaction à la prise de conscience de ses déficits, adhère à ce que nous souhaitons lui proposer.

1.2.5 Troubles du langage

Même si les troubles linguistiques sont le plus souvent postérieurs aux troubles mnésiques, il arrive que le langage soit la première fonction cognitive touchée (Rousseau T., 1995). Ils sont observés, dans près de 50% des cas, dès le début de la maladie. Le langage écrit est généralement plus précocement touché que le langage oral.

On observe une hétérogénéité des troubles, et les troubles du langage ne sont pas toujours proportionnels aux autres déficits cognitifs. De plus, ils peuvent varier dans le temps, (fluctuations) ce qui complique leur évaluation et la mesure de leur impact. Enfin, les troubles du langage peuvent évoluer différemment d'un individu à l'autre.

Au stade de démence légère, des troubles du langage se manifestent sur le plan oral par un manque du mot (anomie), plus ou moins contourné par des périphrases (circonlocutions), ou par l'utilisation de nombreux termes imprécis ou génériques (hyperonymes : dit animal pour chat par exemple). Le patient produit parfois des paraphasies, le plus souvent sémantiques. « On note surtout des pauses pour retrouver un mot lors de la conversation, des difficultés à enchaîner des idées dans le discours, ce qui se traduit par un débit de parole plus lent et des persévérations de phrases » d'après Hier (cité in Rousseau T., 1995). Les aspects instrumentaux du langage (le respect de la forme sonore des mots, l'emploi approprié des pronoms, etc.) sont respectés.

Le langage écrit est affecté, ceci notamment au niveau de l'orthographe des mots irréguliers qui sont régularisés. Parallèlement, on peut souvent rencontrer une dysgraphie, se traduisant par une tendance à l'utilisation préférentielle de lettres capitales et par des troubles de l'agencement des lettres. La lecture est préservée.

A ce stade, la compréhension du langage est généralement relativement préservée. Cependant, la compréhension de l'intention du locuteur peut être affectée.

Au stade de démence modérée, le langage perd de son informativité. L'utilisation de mots précis devient difficile, les paraphasies sémantiques et les mots «vides» deviennent plus fréquents. Le patient a plus de difficultés à associer un mot à un concept. Dans le discours, on observe des persévérations avec répétitions idéationnelles de phrases et de thèmes : les énoncés perdent leur cohérence. Certains aspects de la morpho-syntaxe sont atteints (emploi des pronoms). Les capacités discursives (narration, conversation) et pragmatiques (intention du discours) sont très perturbées. Le langage permet de moins en moins la communication et déstabilise de plus en plus l'entourage. Il faut en permanence supporter, aider la communication (tenter des messages de «réparation» de la communication). Le rôle de l'orthophoniste à ce stade est très important auprès des aidants, pour ne pas les laisser en échec dans leur communication. La compréhension du langage oral et écrit est fortement perturbée. Le handicap communicationnel est majeur.

Les troubles de la compréhension deviennent évidents et s'aggravent régulièrement. L'écriture devient illisible, la signature étant la dernière production graphique à disparaître. La lecture est paradoxalement plus longtemps préservée.

Au stade le plus évolué de la maladie, langage oral comme langage écrit sont totalement désintégrés. La communication verbale n'est plus possible. Le débit est très réduit, parasité par des paraphasies sémantiques ou phonémiques. On constate parfois un jargon, une

écholalie, une palilalie voire un mutisme total. Il est alors primordial de savoir s'appuyer sur le langage non-verbal et de se centrer sur l'expression des sentiments et émotions de la personne, afin de conserver un mode de communication avec le malade.

La conjonction de troubles aphasiques, apraxiques et visuo-spatiaux rend l'écriture progressivement illisible. Si la lecture est longtemps préservée, on note que la compréhension écrite est très affectée, avec utilisation de la voie de lecture asémantique.

Nous pouvons donc supposer que les patients auxquels nous proposeront nos séances auront essentiellement des manques du mot, utiliserons des périphrases ou produirons des paraphrasies sémantiques, que nous relèverons et tenterons de contourner par le biais d'ébauches orales ou d'indices sémantiques selon les erreurs. Pour conserver une certaine cohérence du discours, nous proposerons des énoncés permettant de réparer les ruptures thématiques et guiderons les patients, afin de leur donner envie de communiquer sans être mis en difficultés. D'un point de vu réceptif, nous nous montrerons particulièrement vigilantes aux difficultés de compréhension rencontrées par les patients, que celles-ci soient clairement exprimées (langage verbal) ou non (langage non verbal, déni, etc.). Nous veillerons alors à proposer différentes aides et facilitations, que nous tenterons d'adapter au mieux à chaque patient (répétitions, reformulations, aides verbales ou non verbales, orales ou écrites, sémantiques ou phonologiques...) en fonction de la nature des difficultés rencontrées (difficultés de compréhension « pures », troubles mnésiques, etc.), mais également des capacités préservées.

1.2.6 Troubles de la communication

1.2.6.1 Un véritable trouble de la communication

Des recherches ont montré que les difficultés linguistiques des patients atteints de Démences Type Alzheimer n'étaient pas un « simple » déficit du langage mais un trouble de la communication. (Rousseau T., 1995). On observe chez ces patients un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives en lien direct avec les déficits linguistiques observés. Cette maladie touche en effet progressivement l'ensemble des fonctions cognitives qui sous-tendent les capacités de communication (Rousseau T., 2011) : l'atteinte des fonctions mnésiques, d'orientation, langagières, praxiques, gnosiques, exécutives ou attentionnelles vient perturber la communication.

A la désintégration langagière s'ajoute une atteinte des aspects généraux du discours, ceci au niveau de la transmission de l'information, de la cohérence et de la cohésion. On observe une atteinte des aspects spécifiques du discours : compétence narrative, gestion des tours de parole et des actes de langage, procédures de réparation.

Certains facteurs influencent l'importance des troubles de la communication tels que le degré d'atteinte cognitive globale ainsi que son type, mais aussi certains facteurs personnels et environnementaux (âge, niveau socio-culturel, lieu de vie, réactions de l'entourage) et contextuels (thème de discussion, situation de communication, comportement de communication de l'interlocuteur).

Il est important de noter que la communication verbale ne représente qu'un aspect de la communication. 80% de la communication entre deux individus passe par d'autres canaux que le langage verbal. Ainsi, certains malades prennent appui sur la communication non verbale pour tenter de compenser au mieux leurs troubles langagiers.

Les altérations de la communication dépendent de facteurs multiples et nombreux. Il n'y a donc pas de profil communicationnel « type » ou « standard ».

1.2.6.2 Importance de la communication non-verbale

La communication demeure jusqu'à des stades très avancés de la maladie, en lien avec l'augmentation des actes non-verbaux et paraverbaux (qui a par ailleurs été démontrée dans de nombreuses recherches).

Comme l'explique Khosravi M. (2011), plus la perte des capacités cognitives et verbales est importante, plus la personne devient sensible aux comportements non verbaux. Ainsi, on peut remarquer la sensibilité toute particulière de nombreux patients atteints de la maladie d'Alzheimer à la prosodie ainsi qu'à la musique. De même, gestes (désignation, mime, etc.), mimiques et regards (orientation, expressivité), constituent une aide précieuse pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, puisqu'ils peuvent venir compenser les difficultés linguistiques rencontrées (manque du mot, imprécision des termes employés par exemple).

Cependant, si les éléments non verbaux peuvent constituer une aide précieuse permettant de pallier les difficultés rencontrées, ceci est à relativiser en fonction d'un certain nombre de paramètres : degré de conscience des troubles (volonté de les compenser ?), capacité à utiliser les éléments non verbaux dans un objectif d'informativité (problèmes pouvant résulter d'une tendance à l'égoïsme, en lien avec les difficultés de flexibilité mentale), mais également appétence à la communication (apathie, repli sur soi...).

Ainsi, l'analyse de la communication d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer n'est pas simple. Au cours de nos séances, nous veillerons donc à prendre en compte autant que possible l'hétérogénéité des troubles, les facteurs influents, le contexte, et nous montrerons particulièrement attentives à la communication non verbale que nous emploierons ainsi qu'à celle des patients. Nous nous rapprochons le plus possible d'une approche pragmatique (à l'image des grilles d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer utilisées par Rousseau T., GECCO) plutôt que d'une approche de type « linguistique descriptive » ou cognitive.

Par ailleurs, la communication non verbale doit être utilisée comme outils de relation avec les patients : ils l'utilisent en effet pour renforcer leur communication verbale déficiente et ainsi mieux se faire comprendre mais deviennent aussi hypersensibles aux messages non verbaux. Les patients seront donc particulièrement réceptifs au ton de notre voix, à l'expression de notre visage, à nos postures, à notre gestuelle, à notre état émotionnel...

1.2.7 L'anxiété

Les troubles anxieux, s'ils restent dépendants de la personnalité et de l'histoire de vie des patients, se retrouvent fréquemment dans la maladie d'Alzheimer. Ils peuvent relever de divers mécanismes : réaction anxieuse du patient percevant ses troubles ou les réactions de son entourage ; difficulté à trouver des repères ; mais aussi, à un stade plus avancé, anxiété générée par des hallucinations, idées délirantes du patient (par exemple délire de vol ou de préjudice), ou encore angoisse d'abandon.

Les modes d'expression de l'anxiété sont variables : l'anxiété chez le malade Alzheimer se traduit souvent par des manifestations motrices telles qu'une déambulation incessante, d'autres comportements stéréotypés (par exemple, ranger et déranger un tiroir), des fugues, une agitation vespérale, des cris, une tendance à l'opposition. Ce que nous nommons maladroitement "trouble du comportement" (opposition, agressivité, refus de nourriture, etc.) représentent le plus souvent autant de tentatives que fait le malade pour exprimer ce qu'il ne peut plus dire.

Ainsi, s'occuper d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer nécessite de développer de grandes capacités d'observation des signes non verbaux et de bien connaître les signes non verbaux de la douleur, la gêne, l'anxiété, la tristesse, etc. – c'est ce que nous veillerons à faire autant que possible au cours de nos séances de prise en charge.

1.3 Les prises en charges axées sur la communication

En ce qui concerne l'élaboration de nos séances, nous nous sommes appuyées sur différentes théories de prise en charge, couramment utilisées dans le cadre du suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'efficacité de ces théories que l'on a pu trouver dans la littérature nous a confortées dans l'idée d'élaborer cet atelier en vue de proposer une approche basée sur les connaissances spatiales et temporelles qui apparaît pertinente en vue d'une amélioration de la communication.

1.3.1 Les approches « globales »

1.3.1.1 L'approche comportementale, et l'aménagement du quotidien du patient

La thérapie comportementale, inspirée des modèles behavioristes, s'attache à aménager l'environnement du patient (mise en place de repères temporo-spatiaux [voir annexe 1], stimuli, etc.), les activités qui lui sont proposées, ainsi que les conditions de communication (favorisation des relations sociales).

Elle s'attache également à adapter les activités proposées (physiques, intellectuelles, et tâches quotidiennes) au patient afin que celles-ci lui restent accessibles. En outre, elle veille à restituer/maintenir le statut d'« être communicant » du malade, en favorisant la communication verbale et non-verbale.

Ainsi, nous veillerons, lors de nos prises en charge, à nous adapter au mieux à chaque patient, ceci tant d'un point de vue psychique que cognitif. La consultation des dossiers des patients, les propos recueillis auprès du personnel soignant, ainsi que le bilan initial nous

fourniront des informations précieuses qui nous permettront de proposer des séances les plus adaptées possibles. Nous nous baserons également sur nos observations en séance et sur les éventuels retours des patients ou du personnel soignant.

1.3.1.2 La Reminiscence Therapy, une approche ciblée sur l'identité et la mémoire autobiographique

La Reminiscence Therapy, ou Thérapie par évocation du passé, a été élaborée par Thornton et Brotchie, en 1987, et vise à favoriser l'évocation d'évènements autobiographiques. En effet, tout comme Baddeley et Wilson (1994), cette théorie part du principe que la mémoire autobiographique, donnant un caractère de continuité, est essentielle au maintien de l'identité. Ainsi, cette thérapie considère qu'il est plus utile de maintenir/rétablir chez la personne désorientée le « qui elle est » avant de se pencher sur le « quand-et-où sommes nous ».

C'est une thérapie de groupe, qui met l'accent sur la communication dans tous ses aspects, en se centrant sur les capacités cognitives les mieux préservées chez le patient. Les participants sont incités à parler de leur vie antérieure, avec le soutien matériel de photos, musiques, vidéos ou objets signifiants.

Les supports sensoriels et communicationnels proposés lors de nos séances viseront à encourager la résurgence de souvenirs, permettant ainsi de favoriser un ancrage dans la réalité par évocation d'évènements autobiographiques datés et localisés (mémoire épisodique), que nous veillerons à distinguer clairement des éléments de vie actuels (les confusions passé/présent étant fréquentes chez ces patients).

1.3.2 A l'heure actuelle, une autre approche dominante: la thérapie cognitive

1.3.2.1 Objectifs et principes de la thérapie cognitive

La thérapie cognitive cherche à optimiser les performances du patient à chaque moment de l'évolution de sa maladie, en prenant appui sur ses capacités préservées et sur l'ensemble des facteurs susceptibles d'améliorer sa performance. L'ensemble de la prise en charge s'appuie sur l'accroissement du nombre d'informations transmises de façon multimodale pour faciliter la compréhension, et accorde une place considérable au rôle de l'entourage.

Nous veillerons au cours de nos séances à proposer des facilitations diverses permettant à chaque patient d'utiliser au mieux ses capacités pour réaliser les activités proposées sans être mis en situation d'échec.

1.3.2.2 Maintien et renforcement des capacités préservées

- *faciliter la performance mnésique*

La thérapie cognitive s'attache à faciliter le processus d'encodage de l'information, par la présentation multimodale et prolongée du matériel à mémoriser. (Griffon L., Dubois H, 2009)

La trace mnésique est ensuite consolidée par l'utilisation de procédés mnémotechniques divers, l'élaboration visuelle (création d'images mentales) étant considérée comme le processus le plus efficace : le sujet est amené à visualiser mentalement l'« objet » à mémoriser, en y associant un élément favorisant la récupération de l'information.

Afin de contourner les difficultés de la mémoire de travail, la prise d'informations est guidée lors de l'encodage et du rappel, permettant ainsi de compenser la réduction des capacités attentionnelles. D'autre part, on veille à exclure les situations de double-tâche (capacité de stockage limitée) et à limiter les interférences entre informations.

Le processus de rappel peut être facilité par la présentation d'indices de récupération correspondant au type de traitement utilisé lors de l'encodage ou s'appuyant sur les connaissances préservées du patient (indices sémantiques, phonologiques ou graphémiques, répétition, choix multiple, etc.).

- différentes techniques d'aide à l'acquisition de nouvelles connaissances

Différentes techniques existent pour faciliter l'apprentissage de nouvelles connaissances par le patient, en s'appuyant sur ses capacités préservées. D'autre part, différentes aides telles que les agendas ou carnets-mémoire peuvent tenter de compenser les difficultés mnésiques.

Outre les moyens de facilitations proposés en séances, nous veillerons à décomposer au maximum les tâches demandées, ceci afin d'éviter toute surcharge cognitive et difficultés mnésiques.

1.3.2.3 Importance de l'environnement et de l'entourage : favoriser une stimulation quotidienne et variée

Si une prise en charge « formelle » et ciblée est nécessaire, il ne faut pas négliger le rôle fondamental des stimulations quotidiennes qui doivent être proposées au malade (Pager R., 2010 ; Khosravi M., 2011). Toute activité/disposition permettant de stimuler la cognition du patient et ses interactions avec l'entourage peut s'avérer bénéfique dans la mesure où elle est adaptée à ses capacités : jardinage, cuisine, sortie, ritualisation des repas, etc.

Lors de nos échanges avec les patients, nous nous attacherons à les inciter à participer aux autres activités et animations proposées au sein de leur maison de retraite, mais également à se montrer plus attentifs aux stimulations sensorielles diverses rencontrées dans leur vie quotidienne (odeurs et goûts lors des repas, musique, etc.) (Selmès J., Derouesné C., 2006).

1.3.2.4 La technique de rééducation orthophonique des troubles de la communication établie par Rousseau T., une technique qui prend appui sur les principes de la thérapie cognitive

Dans son ouvrage intitulé « Communication et maladie d'Alzheimer », Rousseau T. (1995) présente des principes simples de rééducation visant à prendre en charge les troubles de la communication chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il accorde une place primordiale à l'examen de la communication du sujet, afin d'établir son « profil de communication », ceci dans le but, d'optimiser les capacités résiduelles du malade et de réorganiser les processus sous-jacents.

L'examen de la communication est orienté selon deux axes : actes de langage adéquats/inadéquats et leur fréquence d'utilisation mais aussi situations de communication facilitatrices ou non.

Lors de la prise en charge, l'orthophoniste peut s'appuyer sur deux axes de progression:

- communiquer avec le patient en utilisant des actes facilitateurs mais introduire progressivement des situations moins favorables,

- communiquer dans des situations favorables en introduisant progressivement des actes moins facilitateurs.

L'orthophoniste doit chercher à apprendre au patient à reconnaître des indices sémantiques dans le discours de l'interlocuteur ou des situations de communication qui lui permettront d'émettre de manière adéquate les actes automatiques préservés.

Du fait de la courte durée du suivi que nous proposerons, nous veillerons à proposer aux patients des situations essentiellement facilitatrices afin de favoriser au maximum la communication (Feil N., Blanchard F., Roux-Briou J., 2005).

Ainsi, nous nous baserons sur ces différentes théories de prise en charge pour élaborer notre travail. Nous nous appuierons sur les capacités préservées des patients et mettrons en place des aides pour pallier leurs difficultés, ceci notamment par une approche multimodale et le recours à des stimulations variées (cf thérapie cognitive). Nous veillerons à nous adapter au mieux à chaque patient afin de les renforcer dans leur statut d'être communicant (cf thérapie comportementale + théorie de Rousseau), ceci notamment en favorisant la réminiscence de souvenirs (cf Reminiscence Thérapie).

Deuxième partie : La désorientation spatio-temporelle dans la maladie d'Alzheimer et ses interactions avec les capacités de communication

2.1 Représentations mentales et habiletés cognitives mises en jeu dans la maîtrise des notions spatio-temporelles

Le traitement cognitif de l'information : [voir annexe2]

La structuration spatio-temporelle est un processus complexe qui se met progressivement en place au cours du développement cognitif de l'enfant. Elle se renforce et se modifie tout au long de la vie du sujet, en fonction des interactions de celui-ci avec son environnement. Dans la maladie d'Alzheimer, le repérage spatiotemporel est l'une des premières capacités atteintes.

Parce qu'elle est une habileté cognitive complexe, la structuration spatio-temporelle ne peut être évoquée et étudiée sans connaissance du processus cognitif qui sous-tend le traitement de toute information.

Le registre d'information sensorielle permet un stockage bref et rapide de l'information dans sa forme originelle, c'est à dire sensorielle.

Les informations sensorielles sont ensuite « filtrées », identifiées, puis sélectionnées avant d'être stockées en mémoire (mémoire à court terme pour leur réutilisation immédiate, ou mémoire à long terme pour un stockage plus durable).

Ce modèle simplifié du traitement de l'information permet de mettre en évidence sa relation étroite avec la structuration temporelle. En effet, on peut ainsi percevoir l'aspect séquentiel du traitement cognitif de l'information, mais également la nécessité, au cours de ce processus, de prise en compte simultanée de différentes informations permettant leur tri et leur mise en relation.

L'objectif de l'élaboration de nos séances étant de mesurer l'impact possible des activités proposées sur les capacités d'orientation, il apparaît fondamental de prendre conscience de la complexité des notions spatiales et temporelles, ainsi que de leurs différentes dimensions.

2.1.1 Représentations mentales du temps et capacités mises en jeu (Pouthas V., 2009)

Les représentations mentales sont les reconstructions mentales d'un objet ou d'une situation. Elles sont contextualisées. Elles s'appuient sur des informations fragmentaires, procédant souvent par généralisation du particulier. (Dubois G., 1972)

2.1.1.1 Les représentations mentales du temps

L'appréhension et la représentation mentale du temps font référence à deux réalités différentes assimilées en une représentation unique :

- le temps vécu, endogène ou existentiel, perçu au travers de notre propre expérience. C'est un temps subjectif et propre à chaque individu, fortement lié à la dimension affective.
- le temps physique, exogène, ou social. C'est un temps objectif et commun à tous. Les représentations de ce temps objectif procèdent par comparaison à autre chose.

Le temps vécu étant particulièrement dépendant de la dimension affective, les représentations mentales du temps, qu'il soit subjectif ou objectif, ont une forte dimension existentielle.

2.1.1.2 Capacités mises en jeu dans ces représentations mentales du temps

Piaget (1946) a mis en évidence différentes capacités impliquées dans une représentation opérationnelle du temps. Selon lui, celle-ci s'appuie sur deux notions fondamentales : l'ordre (enchaînement des événements) et la durée (écoulement du temps entre deux événements).

Ces notions demandent la prise de conscience préalable de certaines caractéristiques du temps : son caractère homogène et continu, mais également le fait que la valeur d'une durée est indépendante de son moment (« isochronie »). Ceci demande la capacité à dissocier le temps de son contenu ; à le concevoir comme extérieur à soi ; et à articuler des phénomènes de temporalités différentes.

2.1.2 Représentations mentales de l'espace et capacités mises en jeu [voir annexe 3] (Grech E., 2004)

2.1.2.1 Connaissances et représentations mentales de l'espace

Thorndyke et Hayes-Roth (1982) ont mis en évidence trois types de connaissances nécessaires à la représentation mentale de l'espace : connaissances des points de repères et des itinéraires –dépendantes de la mémoire visuelle (Darken 2000), et construites selon un cadre de référence égocentrique (Chen et Stanney, 2002; Satalich 1995) ; mais aussi connaissance de la configuration (position des objets dans l'espace et distances entre ces objets) qui s'établit selon un cadre de référence exocentrique. Ainsi, l'individu localise les objets importants, les met en relation entre eux puis avec d'autres informations spatiales, afin d'obtenir une vue d'ensemble de l'environnement (Passini).

2.1.2.2 Habiletés spatiales mises en jeu

Les habiletés spatiales peuvent être définies comme étant « une perception de l'environnement à travers nos sens » (Henry, 1992), « le processus cognitif qui exprime comment on apprend un environnement et les relations entre les objets » (Darken et Sibert, 1996).

On distingue habituellement trois habiletés spatiales :

- l'orientation spatiale, permettant à un individu de déterminer sa position et sa relation avec les autres objets dans un environnement (Darken, 2000).
- la visualisation spatiale, permettant « d'imaginer ou d'anticiper l'apparence de figures complexes après une transformation donnée ».
- La mémoire visuelle, permettant de se souvenir de l'agencement des objets dans un environnement (Golledge, 1999), grâce à la formation d'une « carte cognitive ».

2.1.2.3 Connaissances, habiletés spatiales et déplacement

Pour atteindre la destination voulue, un individu doit à la fois tenir compte de ses expériences précédentes, saisir les caractéristiques spatiales de l'environnement, et évaluer les différentes options qui s'offrent à lui (processus de Wayfinding défini par Passini).

2.2 Les troubles de l'organisation spatio-temporelle dans la maladie d'Alzheimer

2.2.1 Maladie d'Alzheimer et désorientation spatio-temporelle

L'objectif de notre expérimentation étant d'évaluer la pertinence d'une prise d'appui sur différentes stimulations sensorielles dans le but de maintenir les repères spatio-temporels, il est important de comprendre ce que recouvre vraiment le terme de « désorientation spatio-temporelle », mais également de connaître son évolution au cours de la maladie ainsi que ses facteurs d'influence.

2.2.1.1 Qu'est-ce que la désorientation spatio-temporelle?

Le terme de désorientation renvoie à deux notions différentes, reposant sur des processus cognitifs différents :

- les troubles de l'orientation verbale, portant sur la connaissance des coordonnées du temps socialisé et des repères de l'espace géographique (savoir se situer dans le temps et l'espace).
- les troubles des conduites d'orientation, concernant l'utilisation des repères spatiaux et temporels dans l'action (aller dans ou vers un lieu).

En tant qu'orthophonistes, nous travaillerons essentiellement sur les troubles de l'orientation verbale, en présentant tout au long de nos séances des repères linguistiques à visée d'orientation. Cependant, ces repères verbaux restent en lien étroit avec les conduites d'orientation, et peuvent de ce fait avoir une répercussion indirecte sur ces conduites.

2.2.1.2 Une régression des capacités spatio-temporelles qui suit l'ordre inverse de l'acquisition

La désorientation spatio-temporelle est, avec les troubles de la mémoire, l'un des symptômes les plus précoces de la maladie d'Alzheimer. La perte des repères spatiaux et temporels se fait de manière progressive (Mangin N., Jonveaux T., (2010). On peut distinguer différentes étapes dans la régression, régression qui suit l'ordre inverse de la chronologie d'acquisition de l'organisation spatio-temporelle du jeune enfant. Cependant, il est à noter que les troubles d'orientation temporelle apparaissent souvent avant les difficultés d'orientation spatiale.

- *la désorientation spatio-temporelle au stade léger*

La perte des acquis spatio-temporels concerne dans un premier temps les notions « sociales » et « euclidiennes » et numériques, correspondant aux acquisitions opératoires.

La désorientation spatiale se manifeste principalement dans un environnement inconnu, avec en parallèle des difficultés de description verbale ou graphique de lieux ou d'itinéraires. Le malade est alors incapable de se repérer sur un plan de ville.

Parallèlement, le malade éprouve des difficultés à se souvenir de la date et de l'heure ; il confond ses rendez-vous, s'y rend au mauvais moment ou plusieurs fois de suite.

- *la désorientation spatio-temporelle au stade modéré*

La régression affecte maintenant les repères spatio-temporels acquis lors de la phase « objective ».

La désorientation spatiale se manifeste désormais aussi dans un environnement familier : choix inadéquats aux nœuds directionnels, reconnaissances erronées et oublis dans la destination (Ylieff, 1995). Beaucoup de malades quittent leur domicile et ne retrouvent plus le chemin du retour. Le malade s'égaré parfois au sein même de son appartement : il n'en retrouve plus les différentes pièces.

Certains sujets ont des comportements exploratoires, mais ne traitent plus correctement les informations spatiales. D'autres délaissent le recours aux repères extérieurs. Sur le plan temporel, le malade perd les notions de mois et de saisons.

- *la désorientation spatio-temporelle au stade avancé*

La désorientation est désormais « totale » : les acquis « représentatifs » sont également touchés. La perception spatio-temporelle est sensori-motrice, dans « l'ici et le maintenant ».

On observe chez le patient une tendance à déambuler. Des chutes de plus en plus fréquentes témoignent de l'atteinte de l'intégrité du schéma corporel.

D'autre part, le patient perd le rythme nyctéméral, phénomène accentué par les troubles du sommeil (sommolence pendant la journée, réveils et insomnies nocturnes).

Proposant notre atelier à des personnes atteintes de la maladie à un stade léger à modéré, la désorientation portera essentiellement sur les capacités d'orientation « euclidiennes » ou « sociales », mais également sur les capacités de repérage dans un environnement familier ainsi que sur les notions de mois et de saisons. Nous travaillerons donc sur ces différentes dimensions lors de nos séances, et veillerons à présenter des repères linguistiques (vocabulaire spatial et temporel, utilisation des temps passés et présent) en vue de favoriser un ancrage dans la réalité.

2.2.1.3 Les causes de la désorientation spatio-temporelle chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer

L'installation progressive des troubles de l'organisation spatio-temporelle trouve son origine dans l'interaction de différents facteurs :

- l'altération des mécanismes cognitifs dont dépendent le processus d'orientation et l'élaboration des représentations mentales,
- la perturbation d'autres fonctions cognitives, psychiques et somatiques,
- des facteurs environnementaux.

Nous veillerons donc, lors de nos séances de prise en charge, à prendre en compte l'ensemble de ces facteurs d'influence de la désorientation spatio-temporelle.

2.2.1.4 Des approches axées sur la prise en charge de la désorientation spatio-temporelle

L'élaboration de nos séances s'inspire de différentes théories de prise en charge, avec une attention particulière accordée aux thérapies axées sur la désorientation spatio-temporelle.

- Reality Orientation Therapy et thérapies dérivées, des approches centrées sur « l'ici et le maintenant »

La Reality Orientation Therapy, ou Thérapie d'Orientation dans la Réalité, a été mise au point par Powell Proctor et Miller, en 1982. Son objectif est d'« améliorer l'orientation spatio-temporelle et (de) rétablir des repères d'identité » chez le sujet.

Elle consiste à présenter au patient (de manière continue, à chaque interaction avec le personnel soignant ou lors de séances de groupe) du matériel à visée d'orientation dans le temps, dans l'espace et par rapport à son entourage social, ceci dans le but d'améliorer sa perception de l'environnement. Un des outils très utilisés pendant cette thérapie est le tableau d'orientation qui affiche la date, l'heure, le lieu, le temps qu'il fait, la saison, etc.

- Une thérapie qui s'inspire de la Reality Orientation Therapy : la Ward Orientation Therapy

La Ward Orientation Therapy est une thérapie dérivée de la Reality Orientation Therapy. Son objectif principal est de favoriser la formation et la mémorisation d'une carte cognitive.

La prise en charge est individuelle. L'exercice proposé consiste pour le patient à se rendre dans différents lieux de l'unité de soins selon un plan préétabli.

La thérapie se déroule en trois phases : exploration de l'environnement avec un intervenant ; réalisation de différents itinéraires à partir d'un point de départ fixe ; réalisation d'itinéraires à partir de points de départ variables. L'intervenant invite le sujet à indiquer la direction et à décrire oralement le trajet. Les conduites adéquates sont renforcées verbalement.

Outre les activités proposées en séances veillant à présenter aux patients différents repères spatio-temporels, nous veillerons à préciser à chaque séance la date du jour, le rythme des séances, et verbaliserons les déplacements des patients lorsque nous les accompagnerons, en vue de favoriser un ancrage dans le contexte actuel.

2.2.2 Les troubles associés à la désorientation spatio-temporelle et leurs interactions avec ce processus dans la maladie d'Alzheimer

La désorientation spatio-temporelle ne pouvant être isolée de l'ensemble des troubles cognitifs rencontrés par les patients, nous veillerons à prendre en compte les difficultés dans leur globalité, ceci afin d'optimiser notre prise en charge.

Nous tenterons de permettre aux patients de pallier leurs difficultés en leur proposant des ateliers adaptés ainsi que divers moyens de facilitation. Les activités proposées, bien qu'axées sur les capacités d'orientation, mobiliseront les capacités cognitives de manière plus

globale : nous tenterons de favoriser chez les patients une flexibilité mentale (capacités d'association et de mise en liens) qui pourra les aider à prendre appui sur des indices sensoriels et linguistiques pour se repérer dans l'espace et le temps.

2.2.2.1 Troubles mnésiques et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

Les troubles mnésiques jouent un rôle non négligeable dans la perte progressive des repères spatio-temporels : intégration de nouvelles informations, éléments récents puis lointains.

Aux stades initial et modéré, l'incapacité à mémoriser de nouvelles informations (le malade manque ses rendez-vous, oublie ce qui a été dit, etc.) puis la confusion ou l'oubli des événements récents, portent notamment atteinte aux notions de rythme et de fréquence. Au stade avancé, l'altération de la mémoire à long terme entraîne une perte de repères chronologiques et affectifs.

Les repères spatiaux sont également affectés, ceci notamment par atteinte de la mémoire épisodique, mémoire se rapportant à des connaissances autobiographiques personnellement vécues temporellement datées et localisées.

A l'inverse, les troubles spatiotemporels peuvent perturber le processus de mémorisation :

- processus en lui-même (caractère séquentiel du processus + traitement simultané de données)
- atteinte particulièrement marquée de l'encodage dans la mémoire épisodique : encodage basé sur des distinctions temporelles et spatiales.

Les activités proposées en séances mobiliseront mémoire sensorielle (par les exercices de gnosies), mémoire à court terme (tout au long des séances), mémoire de travail (réalisation des activités proposées) et mémoire à long terme (autobiographique, sémantique, épisodique).

2.2.2.2 Troubles du langage et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

Les troubles du langage qui s'installent progressivement portent atteinte aux repères spatio-temporels construits par le sujet : le langage ne permet plus de les maintenir/ renforcer (notamment repères dans le temps « objectif »). Ils entraînent en parallèle une réduction des interactions avec l'entourage.

A l'inverse, les troubles spatio-temporels ont une répercussion non négligeable sur le langage:

- perte du vocabulaire spatial et temporel = « désorientation verbale »
- langage dans sa globalité (voir partie 3.3 sur les relations entre le spatio-temporel et le langage).

Le langage nous permettra, au cours de nos ateliers, de fournir des repères spatiaux et temporels d'ordre linguistique, en vue de favoriser un ancrage dans la réalité (temps verbaux, vocabulaire spatial et temporel, etc.).

2.2.2.3 Troubles praxiques, perturbation de la réalisation motrice et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

Les troubles praxiques affectent un nombre croissant d'activités. Ils entraînent des difficultés d'adaptation aux situations nouvelles, mais surtout une réduction des activités motrices, des expériences sensorielles et des interactions avec l'environnement et l'entourage, et participent de ce fait au renforcement du processus de désorientation.

L'altération de l'organisation spatio-temporelle explique en partie les difficultés praxiques. En effet, combinée aux troubles des fonctions exécutives, elle engendre des problèmes d'organisation de la séquence motrice. D'autre part, elle porte atteinte à la réalisation motrice en perturbant la prise d'indices spatiaux et la conscience corporelle, indispensables à l'exécution.

Ces difficultés éventuelles seront notamment à prendre en compte lors de la présentation de scripts de la vie quotidienne au cours de nos séances, les capacités d'autonomie des patients influençant nécessairement leur aptitude au classement de tels scénarios. Nous veillerons donc à proposer des questionnaires au personnel soignant afin de connaître le degré d'autonomie des patients.

2.2.2.4 Troubles gnosiques et visuo-spatiaux et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

Une agnosie (troubles de la reconnaissance) visuelle, perturbant la prise de repères spatiaux, apparaît souvent au cours de l'évolution de la maladie : elle porte dans un premier temps sur les images et les objets, puis sur les visages (prosopagnosie). Elle perturbe la prise de repères spatiaux, mais provoque également la perte de repères affectifs et autobiographiques (dimension temporelle), empêchant la reconnaissance d'objets, lieux (désorientation topographique précoce), voire de personnes familiers.

La perte de repères temporels mais surtout spatiaux participe aux difficultés de reconnaissance. L'autopagnosie, trouble de la désignation des régions du corps, traduit l'atteinte du schéma corporel.

Compte tenu de la nature de nos ateliers, nous veillerons à écarter de notre sélection des patients présentant une atteinte des capacités gnosiques.

2.2.2.5 Troubles des fonctions exécutives et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

L'atteinte coordonnée des fonctions exécutives (contrôle et coordination des comportements orientés vers un but) et visuo-spatiales perturbe le déroulement séquentiel du processus d'élaboration et de contrôle des activités cognitives mais également les différentes étapes de ce processus.

Les fonctions exécutives des patients seront mobilisées tout au long de nos séances, lors de la réalisation des activités proposées. Nous veillerons donc à prendre en compte les

éventuelles difficultés rencontrées et proposerons au patient des moyens de facilitation lui permettant de compenser ses difficultés (décomposition des tâches, etc.).

2.2.2.6 Difficultés dans les actes du quotidien, perte d'autonomie et interactions avec le processus de désorientation

Dès le stade modéré, le malade présente des difficultés croissantes dans la réalisation des actes quotidiens. Au stade avancé, les symptômes et troubles physiques renforcent la perte d'autonomie du patient, réduisent les activités proposées et les stimulations reçues, et aggravent la désorientation spatio-temporelle. Les possibilités de déplacement sont très réduites, l'alimentation per os devient impossible (fausses routes), et l'incontinence apparaît. Ainsi, les repères temporels les plus « basiques », sensori-moteurs, comme la prise des repas ou le fait d'aller aux toilettes, disparaissent. Grabataire, le patient n'a plus d'autres repères spatiaux que son lit. Bien souvent isolé et incapable de reconnaître son entourage, il perd tout repère affectif.

Là encore, nous porterons une attention particulière aux capacités d'autonomie du patient, qui influencent ses capacités cognitives et d'orientation.

2.2.2.7 Troubles psycho-comportementaux et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

Les troubles psycho-comportementaux, d'intensité croissante au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, jouent également un rôle dans la désorientation spatio-temporelle du malade.

L'apathie entraîne un manque de stimulation et une réduction des interactions avec l'environnement et l'entourage, et renforce la perte de repères. La réduction voire l'absence d'activités qui rythment la journée porte particulièrement atteinte aux repères temporels : durée, intervalle, fréquence, succession, etc. Les hallucinations (visuelles et/ou auditives) qui peuvent apparaître au stade modéré y contribuent également.

Les interactions avec l'environnement sont de plus en plus réduites : au stade avancé, le patient ne reconnaît plus ses proches et peine à comprendre et à interpréter les événements quotidiens. La perte de repères est donc à la fois spatio-temporelle et affective (repères temporels car renvoyant aux événements de la vie passée du patient).

A l'inverse, la désorientation spatio-temporelle, participe, tout comme l'ensemble des symptômes de la maladie, à la genèse des troubles psycho-comportementaux.

Lors de nos ateliers, nous serons attentives au profil psychique de chacun des patients, mais également à leur état psychologique au moment de la séance.

2.2.2.8 Facteurs environnementaux et interactions avec le processus de désorientation spatio-temporelle

- *le comportement de l'entourage*

Face à l'ensemble des troubles du patient, l'entourage risque de diminuer les interactions avec le malade, mais également de réduire les stimulations à son égard, renforçant ainsi la passivité du patient et sa désorientation spatio-temporelle.

Les activités avec le malade se font de plus en plus rares, tant à l'extérieur (sorties et promenades, invitations, etc.) qu'à l'intérieur (lecture du journal, chansons, jeux de société, mais également tâches du quotidien comme le rangement du linge, etc.). La vie du patient est de moins en moins structurée, les activités qui rythmaient son quotidien (repères temporels) se font de plus en plus rares. Son cadre de vie est de plus en plus restreint (atteinte des repères spatiaux). Motricité, sensorialité (organisation des gestes et schéma corporel ; planification des tâches) et cognition (mise en lien but/résultat, cause/conséquence) sont de moins en moins mises en jeu, renforçant le processus de désorientation.

Les difficultés croissantes du patient demandent des adaptations de plus en plus importantes. Ceci explique que l'entourage, par souci de simplicité, choisit souvent de se substituer complètement au malade dans la réalisation des actes quotidiens.

Cette attitude accélère la dégradation des capacités du patient, et particulièrement la désorientation spatio-temporelle. En effet, la réalisation des activités quotidiennes met en jeu la motricité et engendre des stimulations sensorielles diverses. Leur pratique autonome permet notamment de coordonner et de mettre en relation différentes sensations perçues simultanément (sensations kinesthésiques/goût, odorat et toucher pendant l'alimentation ; sensations kinesthésiques/sensations tactiles au cours de la toilette). En outre, ces activités participent au maintien de l'intégrité du schéma corporel en faisant appel à la représentation mentale du corps et des gestes à réaliser. Elles sollicitent également les capacités de planification et d'organisation d'une tâche : planification de l'activité dans son ensemble (ordre du repas, de la toilette, etc.), mais également du geste en lui-même (mise en bouche, frottement de la peau, etc.).

Nous encouragerons donc les patients à participer aux différentes activités proposées au sein de leur maison de retraite et insisterons sur le fait que porter leur attention sur les sensations vécues au moment des repas, de la toilette, etc. peuvent leur apporter un bénéfice.

- *aménagements de l'environnement nécessaires et institutionnalisation*

L'ensemble de la maison doit être adapté au patient. Fréquemment, la personne développe l'habitude de chercher des choses dans la maison, voire des conduites de déambulation qui lui sont néfastes, notamment sur le plan de la désorientation spatio-temporelle.

Les difficultés du malade conduisent parfois l'entourage au choix de l'institutionnalisation. Cette démarche entraîne obligatoirement une perte de repères très importante pour le malade. En effet, la maison est un lieu de stabilité et de sécurité dans lequel les objets familiers rappellent à la personne malade qui elle est, et où elle est. La demeure est habitée par des proches du malade, qui constituent des repères affectifs importants, et dont les activités rythment de façon plus ou moins significative la vie du patient. Projeté dans un environnement inconnu, le patient perd l'ensemble de ces repères.

Nous accorderons donc une attention toute particulière à l'environnement quotidien des patients : espaces de vie communs au sein de la maison de retraite, mais aussi chambre de chacun et son aménagement (décoration, photographies renvoyant à la vie passée, etc.).

2.2.3 Troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer et relations de ces troubles avec la désorientation spatio-temporelle

Parmi les multiples facteurs d'influence de la communication, on peut noter que certains sont en lien étroit avec la structuration spatio-temporelle.

On observe une corrélation importante entre capacités de communication et activités organisatrices (dimension temporelle). En effet, plus le patient a de difficultés à organiser sa pensée, son discours, et à structurer son langage au niveau morpho-syntaxique, plus il doit simplifier ses actes de langage et utiliser des formules automatiques parfois vides de sens, ou recourir aux actes non verbaux.

D'autre part, on peut établir une corrélation entre la désorientation spatio-temporelle et les troubles psychiques rencontrés dans la maladie d'Alzheimer. En effet, la désorientation dans le temps et dans l'espace peut être considérée comme un moyen de fuir le présent, mécanisme de défense du malade face à sa maladie, et qui vient perturber ses capacités de communication. Les paroles deviennent alors de plus en plus incohérentes parce que le patient se coupe de plus en plus de la réalité présente. Seules les expressions toutes faites, vides de sens et d'implication du présent sont émises, car elles n'obligent pas à penser : elles sont émises automatiquement, sans la nécessité d'« être là ».

Le lieu de vie a également une influence non négligeable sur les capacités spatio-temporelles et communicationnelles des malades. Le malade a besoin d'un milieu connu et restreint ainsi que de repères qu'il perd au moment de l'institutionnalisation. Ceci risque d'engendrer des réactions anxio-dépressives, et de retentir sur le comportement, les relations sociales, et donc sur la communication. Par ailleurs, tant qu'il demeure dans son milieu, le patient conserve son identité et se sent considéré comme un sujet communiquant, ce qui n'est pas forcément le cas en institution. Ses possibilités de communication (et notamment d'adaptation à certaines situations) se détériorent, parce qu'elles sont non entraînées et deviennent inutiles.

En outre, la situation de communication (dimensions spatiale et temporelle) en elle-même influence les capacités de communication. Ainsi, la communication est facilitée lorsque le malade peut avoir un support fourni par le contexte (production verbale de l'interlocuteur ou situation). En revanche, lorsque le patient doit avoir recours à un traitement lexicosémantique actif ou à l'élaboration d'une organisation syntaxique et thématique, l'inadéquation du discours est plus fréquente. C'est principalement au niveau de la macrostructure du discours que se place le problème : les causes de l'inadéquation sont donc davantage liées à un problème cognitif que linguistique.

Selon Prutting et Kirchner, les déficiences sociales dans la conversation recouvrent un manque de sensibilité au contexte social et aux règles essentielles de la conversation : le malade a de plus en plus de mal à s'adapter aux situations de communication parce qu'elles deviennent de plus en plus rares. Il peut aller jusqu'au refus de la communication, surtout au début de sa maladie, lorsqu'il est encore conscient de ses difficultés.

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, cette communication non verbale bien particulière aux malades Alzheimer devra être prise en compte au cours des séances.

2.3 Les repères spatiaux et temporels, piliers de la communication

Le langage, qu'il soit verbal ou non-verbal, fait appel à des capacités cognitives multiples et complexes, elles-mêmes étroitement liées aux capacités d'organisation spatio-temporelle. La prise en charge des troubles de l'organisation spatio-temporelle dans la maladie d'Alzheimer est donc partie prenante de la rééducation orthophonique, les capacités d'orientation spatiales et temporelles constituant l'un des piliers de la communication.

2.3.1 Organisation spatio-temporelle, représentation mentale et symbolisation

La représentation mentale, nécessaire au développement du langage, repose sur les capacités du sujet à s'éloigner de ses propres perceptions pour les mettre en lien et les symboliser. L'individu doit donc faire appel à des procédés de traitements séquentiels mais également simultanés d'informations, et se détacher de l'« ici et du maintenant ».

2.3.2 Organisation spatio-temporelle et langage non-verbal

Le langage non-verbal (posture, gestes, mimiques et prosodie) fait partie intégrante de la communication. Il prend une place encore plus importante lorsque des difficultés de communication verbale existent, comme c'est le cas dans la maladie d'Alzheimer.

Cependant, le langage non-verbal repose sur différentes capacités, et notamment sur l'organisation spatio-temporelle, fortement perturbée dès le début de l'évolution de la maladie.

- Schéma corporel, organisation spatio-temporelle et communication non-verbale

Les comportements non-verbaux font appel au schéma corporel et à l'appréhension spatiale du contexte. Ils nécessitent donc une certaine conscience du corps, mais également la maîtrise de certaines notions spatiales pour appréhender l'environnement : voisinage, séparation, ordre et succession (notions également temporelles), entourage et enveloppement.

La réalisation gestuelle fait également appel à des capacités de planification, processus complexe étroitement lié à la notion de temps, mais également à des capacités d'abstraction et de représentation mentale, et donc aux capacités du sujet à se détacher du contexte spatio-temporel immédiat.

2.3.3 Organisation spatio-temporelle et langage verbal

2.3.3.1 Fonctionnement du cerveau et langage verbal

La spécialisation hémisphérique permet la gestion simultanée des différentes dimensions du langage, chaque hémisphère cérébral ayant un mode d'appréhension des informations différent. Ainsi, l'hémisphère gauche permet une appréhension séquentielle et

ciblée de la pensée, et agit de façon sélective (traitement séparé des unités linguistiques et application des règles de grammaire). En revanche, l'hémisphère droit permet davantage une prise de recul et une prise en compte du contexte d'ensemble (construction du sens général et de l'objectif visé par les propos).

2.3.3.2 l'organisation spatio-temporelle du langage verbal

Le déroulement du langage verbal se réalise de manière séquentielle :

- succession temporelle dans le langage oral
- succession spatiale dans le langage écrit

L'organisation du message linguistique a été mise en évidence par Saussure. Celui-ci définit deux axes linguistiques : l'axe syntagmatique et l'axe paradigmatique, étroitement liés aux notions spatio-temporelles.

2.3.3.3 Organisation spatio-temporelle, conservation et construction de l'axe syntagmatique

L'organisation du message linguistique est linéaire, fondée sur la succession des unités linguistiques à tous les niveaux : sons et lettres, morphèmes, succession des mots et relations grammaticales, succession des syntagmes et des séquences du discours.

La bonne maîtrise de cet aspect linéaire du langage parlé est étroitement liée à l'acquisition de la conservation et des schèmes de composition additive, permettant l'ajout ou la suppression d'unités linguistiques pour créer des unités de rang différent.

2.3.3.4 Organisation spatio-temporelle, classification, et construction de l'axe paradigmatique

L'axe paradigmatique tel que défini par Saussure est l'axe vertical selon lequel on peut effectuer des commutations, ceci à tous les niveaux : choix des sons (ou des lettres), choix des morphèmes (par organisation du lexique interne), choix des syntagmes (par construction des catégories grammaticales), choix des phrases (pour la cohérence du discours).

La construction de cet axe nécessite l'acquisition de la classification et des schèmes d'inclusion, afin de choisir les unités linguistiques et de les identifier comme appartenant à une certaine catégorie.

2.3.3.5 Organisation spatio-temporelle, sériation et langage

Le traitement de l'information s'effectue de manière séquentielle, et demande d'ordonner les unités linguistiques, ceci à tous les niveaux : ordre des sons/ lettres, ordre des syllabes et des morphèmes, mais aussi mise en relation des mots (permettant les accords en genre et en nombre) et des phrases (pour la cohérence du discours).

Tous ces procédés font appel à la notion de sériation et aux schèmes d'ordination, qui permettent d'ordonner les unités linguistiques et de les mettre en relation.

2.3.3.6 Organisation spatio-temporelle et capacités nécessaires à la cohérence du discours

La maîtrise du discours, niveau le plus élaboré du langage verbal, fait appel à de nombreux procédés fortement liés aux capacités de mise en relation et d'organisation, d'anticipation et de « feed-back », et nécessite donc une bonne organisation spatio-temporelle.

La cohésion du discours repose sur l'utilisation de divers procédés linguistiques : inférences, anaphores (pronominales, lexicales, associatives ou conceptuelles), ellipses et conjonctions (connecteurs logiques, temporels et spatiaux). Ces différents procédés font appel à des capacités de mise en relation des informations, habiletés faisant appel à la structuration spatio-temporelle puisque liées à la représentation mentale et à la construction des relations logiques chez le sujet. Les informations à mettre en lien peuvent se succéder, ou être mises à distance temporellement (dans le déroulement du discours, ou par la mise jeu de connaissances acquises antérieurement) ou spatialement (dans le texte).

La cohérence du discours, quant à elle, repose sur la maîtrise des scripts et sur une bonne organisation causale et énonciative. Elle met en jeu des processus d'élaboration et de planification tels que l'anticipation et la prédiction.

Les scripts sont stockés en mémoire : ils correspondent à des séries d'actions conventionnelles ayant un ordre chronologique fixé, et sont donc étroitement liés aux notions temporelles. L'organisation énonciative repose sur la maîtrise du déroulement chronologique des événements, mais aussi sur leurs relations logiques et causales.

2.3.4 Organisation spatio-temporelle et pragmatique du langage

Le langage, qu'il soit verbal ou non-verbal, repose sur des capacités pragmatiques, et donc sur la prise en compte du contexte spatiotemporel.

2.3.4.1 Organisation spatio-temporelle et prise en compte de l'informativité contextuelle

L'informativité contextuelle du discours repose sur différents paramètres :

- le contexte circonstanciel (locuteurs, communication non verbale, lieu, moment). La prise en compte de ce contexte permet notamment la maîtrise des déictiques, éléments linguistiques ayant pour fonction d'inscrire les énoncés dans l'espace et le temps, par rapport au point de repère que constitue l'énonciateur.

- le contexte situationnel (but). Celui-ci renvoie particulièrement aux capacités de planification du sujet (élaboration d'hypothèses ; définition d'objectifs ; sélection et organisation des informations).

- le contexte interactionnel (enchaînement des actes de langage dans le discours). Sa maîtrise repose en partie sur la « régie de l'échange » (gestion du thème, des tours de parole et « feed-back »). Ces notions, bien qu'essentiellement liées aux notions temporelles, ont également une dimension spatiale, puisqu'elles reposent sur la prise en compte du langage verbal mais aussi non-verbal de l'interlocuteur.

- le contexte épistémique (informations et connaissances communes aux interlocuteurs). La juste appréhension de ce contexte repose sur la prise en compte des autres dimensions contextuelles (plus particulièrement cadre de l'échange et participants), mais

également de l' « histoire conversationnelle » des interlocuteurs, c'est à dire de l'ensemble des conversations qu'ils ont déjà partagées préalablement (dimension temporelle).

- le contexte présuppositionnel (ce qui est présumé par les interlocuteurs). Celui-ci renvoie à la maîtrise des implicites, que ceux-ci soient internes au message verbal, ou véhiculés par le contexte.

2.3.4.2 Organisation spatio-temporelle et capacités de décentration

Maîtrise du discours et pragmatique du langage font appel à des capacités de décentration, et donc à l'aptitude du sujet à se libérer des contraintes spatio-temporelles de l'énonciation.

La décentration est la capacité de la pensée à quitter un point de vue pour en envisager un autre (terminologie piagétienne).

Le processus de décentration se construit par l'intermédiaire de deux principes fortement liés aux notions spatiales et temporelles :

-le principe de différenciation, reposant sur le fait qu'une même activité est amenée à se spécifier en fonction des caractéristiques propres aux objets auxquels elle s'applique (dimension spatiale),

-le principe de coordination, reposant sur le fait que plusieurs actions distinctes peuvent s'appliquer sur un même objet (dimension temporelle).

Ainsi, la maîtrise du langage, qu'il soit verbal ou non verbal, simple ou plus complexe, fait appel à des capacités d'orientation : capacités à se détacher de « l'ici et du maintenant » nécessaires à la symbolisation et à la décentration ; ancrage dans le contexte présent ; capacités de planification, d'organisation et de traitement de l'information.

Le maintien de repères spatio-temporels est donc essentiel dans le cadre de la prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer, ceux-ci étant indispensables à la préservation des capacités communicationnelles.

2.3.5 Organisation spatio-temporelle, langage et mémoire

La structuration spatio-temporelle prend une place fondamentale dans la maîtrise du langage, que celui-ci soit verbal ou non verbal. Cependant, son action sur le langage va au-delà des liens directs qu'elle entretient avec celui-ci. En effet, par son action sur le langage, elle agit de manière indirecte sur la mémoire, fonction impliquée dans toutes les activités cognitives, dont celle du langage.

Ainsi, mémoire et langage sont étroitement liés. En effet, c'est par l'intermédiaire des mots que nous pouvons ramener les souvenirs à notre mémoire. Le langage verbal permet la remémoration des souvenirs indépendamment de toute stimulation extérieure.

Notre travail axé sur les capacités d'orientation spatio-temporelles mobilisera donc également les capacités mnésiques des patients, capacités essentielles à la préservation des fonctions de communication.

Troisième partie : l'influence des sens sur les capacités cognitives et l'orientation

Les sens sont les intermédiaires entre le cerveau et le monde extérieur, et jouent de ce fait un rôle primordial dans nos capacités d'orientation. Sabourin R. (1994) écrit que « *les cinq sens représentent dans leur ensemble les seuls moyens dont nous sommes pourvus pour percevoir le monde environnant et ce qu'il contient : images, sons, textures, odeurs, saveurs qui caractérisent les êtres et les choses* ». Leur rôle est de capter via des récepteurs spécialisés une partie des stimulations extérieures qui nous parviennent (Buser P., Imbert M., 1982). En effet, à chaque instant, nous sommes exposés à une multitude de stimuli, dont pour la plupart nous ne prenons pas conscience. Sans bonne conscience de l'ici et maintenant, il est difficile de s'adapter au monde qui nous entoure.

3.1 Les différents systèmes sensoriels

La combinaison des informations données par les sens dits spécifiques que sont la vision, l'odorat, le goût, l'ouïe et le toucher nous permet de constituer une représentation détaillée du monde.

Grâce à l'organe de l'audition, nous pouvons entendre : l'ouïe joue un rôle essentiel dans le langage. Si elle permet de communiquer avec son entourage, elle permet aussi de se repérer dans l'espace et le temps.

Par ailleurs, la vue est souvent considérée comme le sens le plus important. Il semblerait en effet que les quatre cinquièmes de ce que nous connaissons sont transmis au cerveau grâce aux yeux qui transmettent des flux continus d'images au cerveau par l'intermédiaire de signaux électriques.

Le toucher dans sa dépendance à la peau est, lui, le sens le moins vulnérable : quand la vue ou l'ouïe sont altérées, le tact permet encore une interaction fine avec le monde environnant. En considérant la peau comme l'organe le plus important du corps, du moins par son étendue, et connaissant la densité du réseau nerveux de l'épiderme, il est compréhensible que le toucher permette les sensations les plus fortes, agréables ou douloureuses et qu'il constitue un générateur non seulement de plaisirs d'une grande variété, mais aussi de sentiments parmi les plus profonds. De ce fait la place occupée par le toucher est investie par de nombreuses pratiques ou techniques visant l'épanouissement des individus ou la disparition de troubles ou pathologies diverses.

Enfin, intimement lié au sens du goût, le sens de l'odorat nous renseigne sur la qualité des différentes odeurs. Si chez l'homme, ce sens est en régression, la mémoire olfactive comme nous le verrons plus loin est riche d'émotions associées et renforce les souvenirs qui y sont attachés.

Il paraît important de préciser que la perception d'un objet, qu'elle soit visuelle, auditive, tactile, gustative ou olfactive, est tout autre chose qu'un simple captage par les récepteurs sensoriels, d'un message qu'ils transmettent aux centres de réception. Le philosophe écossais Thomas Reid a distingué la sensation (donnée brute de l'expérience de nos sens), et la perception (opération mentale de prise de conscience de la présence réelle de l'objet externe). Toute vision réductionniste assimilant la perception à une configuration cérébrale semble illusoire. Les sens sont les instruments de la perception, c'est-à-dire le lien qui relie l'organisme au monde extérieur et qui lui permet de reconnaître, grâce à l'interprétation donnée par la pensée et la connaissance, les informations qui, parmi l'ensemble de celles lui parvenant, pourraient lui être utiles.

Lors de nos ateliers, nous nous attacherons donc à travailler avec les patients la prise d'indices pertinents dans leur environnement sensoriel, ceci dans le but de faciliter le repérage dans l'espace et le temps. Nous travaillerons par conséquent les capacités d'identification des indices sensoriels, leur interprétation, et leur mise en relation avec des indices spatiaux ou temporels, par le biais d'une verbalisation systématique.

3.2 Les sens chez la personne âgée et la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

D'après Grandemange D., Gérold G., et Szyba C. (2010), la sénilité (détérioration physique et intellectuelle) est une conséquence normale du vieillissement. Le fonctionnement des différents organes ralentit avec l'âge, de façon inévitable, et sans pour autant que cela soit pathologique. Cependant, l'altération des capacités sensorielles peut prendre un caractère plus ou moins invalidant selon les capacités d'adaptation de la personne, selon également la survenue de pathologies surajoutées affectant les organes des sens ou le système nerveux.

Du fait de la spécificité de notre support de prise en charge, nous veillerons à proposer nos séances à des patients ne présentant pas de troubles sensoriels majeurs, et à leur permettre de contourner leurs éventuelles difficultés sensorielles (facilitations diversifiées et adaptées). Nous souhaitons mesurer l'impact de notre prise en charge auprès d'une population diagnostiquée Alzheimer afin d'en apprécier la faisabilité ainsi que les répercussions sur ces personnes rencontrant des difficultés inhérentes à leur maladie.

3.2.1 La vue

L'acuité visuelle diminue naturellement avec l'âge. La déficience la plus courante est la presbytie. On rencontre également quatre autres pathologies oculaires majeures dont l'incidence augmente avec l'âge : la cataracte, le glaucome, la dégénérescence maculaire et la rétinopathie diabétique.

Dans la maladie d'Alzheimer se surajoutent des perturbations visuelles de façon très précoce parfois. En dehors de toute anomalie de la réception sensorielle, les plaintes du malade évoquent des problèmes ophtalmologiques, un rétrécissement du champ visuel, des agnosies visuelles (trouble de la reconnaissance des objets, des personnes –prosopagnosie– ou des symboles graphiques sous le seul contrôle de la vue, alors qu'il n'existe pas de déficit important de la fonction visuelle, d'après Brin F., Courrier C., Lederlé E. et Masy V. (2004)).

La perte partielle ou totale de la vue est certainement l'altération sensorielle ressentie comme la plus handicapante. Cela confine le sujet dans un monde imprécis, flou, obscur,

angoissant. Le sentiment d'insécurité, majoré par la survenue de chutes amène la personne âgée à réduire progressivement sa mobilité, la rendant dépendante d'autrui.

3.2.2 L'ouïe

L'acuité auditive diminue également avec l'âge et cette détérioration aboutit dans 25 à 30% des cas à la presbyacousie dès 60 ans. La presbyacousie se définit comme une surdité bilatérale progressive qui touche préférentiellement les fréquences aiguës et qui se manifeste par une altération de la discrimination du langage avec un phénomène de recrutement des sons (intolérance aux environnements bruyants du fait de la distorsion de la sensation d'intensité d'un son). Souvent, la personne âgée ne demande pas à son interlocuteur de répéter (par honte ou par peur de décevoir), et reste ainsi dans l'incompréhension. Elle risque de se couper peu à peu du monde qui l'entoure, l'absence de communication pouvant entraîner des désordres émotionnels pouvant aller de la dépression à la paranoïa.

Il faut d'autant plus y prêter attention chez les malades d'Alzheimer que l'on peut aussi se trouver face à des lésions cérébrales pouvant entraîner une agnosie auditive. Celle-ci peut être définie comme un défaut d'identification et de discrimination (  des degrés divers) du phonème, des bruits de l'environnement, de la parole, de la musique, ceci alors que le malade déclare cependant les entendre.

En dehors d'une atteinte neurologique, on remarque que la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer reste particulièrement sensible aux sons, aux intonations et au timbre de la voix. Elle est plus sensible à une voix douce qu'à une voix tonitruante. Il semble que même lorsque le malade n'a plus les mots du langage à sa disposition, pendant longtemps, il garde accès à la mélodie et aux intonations du langage : c'est ainsi qu'on assiste parfois à des conversations étonnantes entre des malades, faites de mots incompréhensibles et d'intonations justes et porteuses d'émotions. La musique et le chant restent sources de plaisir très longtemps pour le malade, et sont un support possible, même tardivement, dans les formes sévères de la maladie d'Alzheimer.

3.2.3 Le toucher

Ce sens est conservé tout au long de la vie (sauf causes médicales comme des problèmes dermatologiques. Même si la peau se déshydrate, s'assèche avec l'âge, devient plus fine et plus fragile, elle garde toute sa sensibilité, c'est pourquoi les personnes âgées restent très sensibles au toucher. Il s'agit d'ailleurs parfois du dernier contact qu'elles gardent avec l'entourage.

Chez le malade d'Alzheimer, le toucher prend petit à petit une place importante dans la relation avec les autres. Lorsqu'un sens fait défaut, les autres prennent le relais en se développant davantage. Il semble que le toucher soit un sens qui ne vieillisse pas : ainsi, il prend la place des sens déficients et peut s'avérer être un précieux moyen de communiquer. Même à un stade évolué de la maladie, certains malades d'Alzheimer se montrent très sensibles à des messages non verbaux adaptés.

3.2.4 Le goût et l'odorat

Comme cela a été expliqué précédemment, ces deux sens sont liés. Sans odorat, le goût se trouve particulièrement amputé.

On sait que l'olfaction et la gustation s'amenuisent avec l'âge (diminution des bourgeons gustatifs, des pailles fonctionnelles...). La langue « vieillit » : les zones du salé perdent de la sensibilité, contrairement aux zones du sucré. C'est pour cette raison que le goût pour le sucré est toujours plus développé chez une personne âgée. Quant à l'odorat, il est conservé pratiquement jusqu'au bout de la vie. Seules certaines maladies peuvent venir le perturber : la perte ou la diminution substantielle de l'odorat est appelée anosmie. Elle est souvent accompagnée d'agueusie (son équivalent lié au goût).

L'anosmie peut être un signe précurseur de maladies neurodégénératives, telle que la maladie d'Alzheimer.

3.3 Sensorialité et capacités cognitives

Bien qu'il puisse sembler paradoxal de faire appel à des capacités sensorielles parfois déficitaires dans la maladie d'Alzheimer, ce choix s'explique par la connaissance des liens étroits existants entre sens et capacités cognitives. Ainsi, nos perceptions sensorielles jouent un rôle déterminant dans notre rapport au monde extérieur (éveil et communication - Lambert J. (2001), repérage spatio-temporel) et dans notre mémoire (souvenirs encodés selon les modalités sensorielles).

3.3.1 La sensibilité aux stimulations sensorielles en lien étroit avec le vécu personnel

L'activité sensorielle est autant « culturelle » que « naturelle ». Elle semble particulièrement liée à l'éducation qui nous a plus ou moins préparés à voir ou à entendre. Le rôle d'éveil sensoriel de l'éducation est capital. Il y a un risque de ne jamais « voir » ni « entendre » ce à quoi nous n'avons jamais été éveillés.

L'activité sensorielle est également attachée aux habitudes personnelles, aux goûts : certaines personnes sont plutôt « visuelles », d'autres « fonctionnent » davantage à l'« auditif ». Chacun perçoit « son » image dans un univers sensoriel qui l'atteint.

Enfin, l'activité sensorielle est liée à une histoire personnelle de vie : certains sons sont reconnus, certaines images prennent sens chez les ruraux alors qu'ils ne sont pas perçus par les citadins. Ainsi, on développe certaines capacités sensorielles quand, dans d'autres cas, celles-ci s'épuisent (en cas de surdité causée par des traumatismes sonores répétés, par exemple).

Les supports sensoriels proposés lors de nos séances seront donc variés, afin de permettre à chaque patient de s'appuyer sur ses aptitudes sensorielles les plus développées, mais également de travailler celles qui le sont moins.

3.3.2 Sens et communication

La communication permet d'établir une relation avec autrui grâce à différentes techniques, qu'elles soient verbales ou non-verbales. Lorsque le langage est lacunaire, il

devient nécessaire de compenser en maniant les éléments non-verbaux. Ainsi, les patients déments « s'imprègnent » de tout ce qui intervient dans la communication : la voix, le regard, les gestes, le comportement, l'allure générale, l'atmosphère dans laquelle s'instaure la communication (Marquis F., 2002). Par le biais des sens, la relation avec l'autre peut être établie : Sabourin R. (1994) insiste sur le fait que *les 5 sens peuvent être utilisés comme support à la communication non verbale et éventuellement déclencher la communication verbale*. Celle-ci met en œuvre des mécanismes complexes et bien entendu les organes sensoriels (vue, ouïe, etc.). D'où la nécessité d'adapter les activités proposées aux handicaps de la population concernée.

Notre atelier s'adressant à des personnes atteintes à un stade léger à modéré, le support sensoriel sera ici utilisé comme support à la communication (Martinez C., 2003 - Perron M., 2003) : systématiquement verbalisées, les stimulations seront associées à des repères linguistiques spatiaux et temporels, en vue de favoriser un ancrage dans la réalité.

3.3.3 Sens et mémoire

C'est en mémorisant au fil du temps un savoir et un savoir faire que nous devenons ce que nous sommes.

Comme cela a été dit précédemment, la mise en œuvre de la mémoire suppose qu'il y ait tout d'abord réception et sélection (consciente ou non) des informations au niveau des organes des sens, puis codage et stockage de ces informations au sein d'ensembles de neurones, et enfin préservation des capacités de rappel et de reconnaissance pour accéder aux informations stockées.

Différentes sortes de mémoires ont été mises en évidence. Parmi elles se distingue la mémoire sensorielle : les informations sensorielles qui nous parviennent sont tout d'abord maintenues pendant un temps très bref, de l'ordre de 200 à 300 ms, et sous forme de traces, au niveau d'une mémoire sensorielle (visuelle ou « iconique », auditive ou « échoïque », sans oublier les autres formes de mémoire telle la mémoire olfactive).

Il existe donc une relation très importante entre les sens et la mémoire (Le Danseurs Y. 1994). En effet, les fondations de notre mémoire sont construites grâce à nos sens. L'individu apprend tout au long de sa vie en faisant des expériences sensorielles. En permanence, il découvre et inscrit dans sa mémoire les sensations rencontrées.

Les informations sensorielles sont le support de la mémoire : le stock mnésique est en effet constitué d'une énorme quantité d'informations visuelles, auditives, tactiles, gustatives et olfactives, d'autant mieux ancrées qu'elles ont été encodées fortement (par répétition, consolidation) ou associées à des émotions intenses.

La restitution d'un souvenir peut surgir de façon involontaire en présence d'un stimulus sensoriel. Ceci est particulièrement vrai pour le sens de l'olfaction.

Notre atelier permettra d'encourager chez les patients le recours aux capacités de flexibilité mentale résiduelles (capacités d'association et de mise en liens) leur permettant d'associer différents indices sensoriels à des repères spatiaux ou temporels, en faisant appel à leur mémoire (vécu personnel : habitude passées et actuelles) et connaissances. (Goldberg A., Schweitzer P., Bruce E., Hodgson S., 2008).

3.3.3.1 Des odeurs

« *La mémoire des goûts et des odeurs d'hier est sans doute un des moyens forts d'enracinement dans un passé qui soutient notre présent* » (LE DANSEURS Y., 1994). Ainsi, on compte la mémoire olfactive comme étant la meilleure. Des études ont en effet mené au constat qu'une odeur, bien qu'on n'ait pas pris conscience de celle-ci, reste enregistrée pour toute ou presque toute la vie.

Lorsqu'on mémorise une odeur, on établit automatiquement une association entre une odeur et un souvenir, une émotion, une situation ou un objet précis.

Les odeurs déclenchent des réactions affectives de toutes sortes, elles modulent nos humeurs, induisent nos émotions, alimentent nos sympathies, engendrent des expériences intenses de plaisir ou d'inconfort, suscitent des états d'apaisement ou d'envie.

L'odorat réveille des souvenirs affectifs. Il y a une certaine nostalgie à sentir une odeur oubliée, comme quelque chose que l'on ne peut pas retrouver. C'est un retour sur soi, une concentration mêlée d'émotion avec une démarche très personnelle. En règle générale l'image mentale est très précise : un lieu par exemple peut être bien décrit, les impressions sont fortes. Cela permet de revivre un moment ou une ambiance, pas forcément faciles à exprimer. Les odeurs donnent beaucoup plus que les sons ou les perceptions visuelles cette impression de réminiscence du passé.

Pour les personnes âgées atteintes de troubles mnésiques (maladie d'Alzheimer ou autres) les thérapeutes ont de plus en plus recours à l'Olfactothérapie : celle-ci consiste à faire sentir aux patients des odeurs afin de faire travailler leur mémoire et ainsi retrouver des mots qu'ils étaient incapables de prononcer à la simple vue d'une image... les résultats sont parfois surprenants.

Ce lien particulièrement fort pouvant rattacher un individu à ses souvenirs par le biais des odeurs a renforcé notre volonté de baser une partie des supports proposés en séances sur le sens de l'odorat. Notre atelier s'adressant à des patients se situant au début de l'évolution de leur maladie, nous espérons pouvoir nous appuyer sur leurs capacités olfactives résiduelles lors des exercices de gnosies olfactives. Lors d'une prise en charge à plus long terme, une stimulation régulière pourrait peut être permettre de rendre les patients plus attentifs aux stimulations olfactives de leur environnement quotidien, et ainsi ralentir l'impact de la détérioration des capacités olfactives (compensation partielle).

3.3.3.2 De la vue : la mémoire visuelle ou iconique

La mémoire visuelle utilise le langage des images mentales pour transcrire en interne l'objet du souvenir.

Il faut savoir que la persistance d'une information visuelle ne dure que quelques millisecondes. A moins de répéter maintes fois la vision d'un objet ou d'une situation, et d'y associer un indice lexical, le témoignage oculaire s'estompe vite. Par seconde, la mémoire visuelle fixe environ trois données, ce qui porte le nombre d'images enregistrées dans une année à plus d'un milliard. En revanche, chaque mot est bien « visualisé » dans le cerveau. Il se fixe de façon graphique, phonologique et sémantique. Ce visuel est lié à tout un contexte

commun (le terme « canari » par exemple sera associé à jaune). Une association s'est formée automatiquement entre ces deux éléments, c'est notre mémoire qui les a connectés ensemble.

Tout au long de nos ateliers, nous nous appuyeront sur les capacités et connaissances visuelles des patients, ceci tant au niveau des facilitations proposées (photographies en choix multiples), que des activités guidées (scripts imagés...) ou des discussions à support photographique.

3.3.3.3 De l'audition :

La mémoire auditive ou échoïque s'appuie sur le rythme, la rime, la « mélodie » du langage pour codifier les informations reçues. L'utilisation de mots permet d'associer à la fois la conceptualisation et les sonorités, ce qui double les canaux perceptifs et renforce la mémorisation.

Comme la mémoire visuelle, la mémoire auditive est très fugace : une information entendue ne reste environ que trois secondes en mémoire. Les bruits ont une influence moindre sur la rétention des informations sonores environnantes. Beaucoup de bruits se répètent et jouissent alors d'un atout positif pour être retenus (chant d'oiseau, voix d'amis...).

Si la vue est donc un sens réservé à l'immédiat, l'ouïe, en véhiculant des indications d'un autre ordre, nous renseigne beaucoup plus sur ce qui est du domaine de l'émotion, des sentiments. Par exemple, outre le fait qu'elle peut porter plus d'informations, la voix au téléphone nous en dit plus sur l'état « psychologique » de l'interlocuteur qu'une photo. Ce sont autant de choses qui s'apprennent par l'expérience.

Nous veillerons donc à utiliser lors de nos séances une prosodie adaptée, afin d'instaurer une relation de confiance avec les patients pris en charge, tout particulièrement dans ce type de pathologie, où anxiété et fluctuations de l'humeur sont fréquemment rencontrés.

3.3.3.4 Du toucher

La mémoire tactile est la mémoire de la matière et des sensations que procure le toucher. La sensibilité de la peau a été longtemps peu utilisée pour mémoriser, bien qu'il s'agisse d'un outil précieux pour amener des souvenirs à la conscience. L'évocation de moments du passé par le toucher des objets, est, selon différentes études, très efficace (Devevey A, 2008 - Moryoussef A., 2008).

Nous baserons donc une partie des activités gnosiques proposées en séances sur les capacités tactiles.

3.4 Influence des perceptions sensorielles dans la maîtrise des notions spatiales et temporelles

3.4.1 Espace et temps : deux notions étroitement liées l'une à l'autre

Pour Piaget, espace et temps forment un tout indissociable. L'appréhension de l'espace est étroitement liée à celle du temps et inversement : ces données sont dépendantes l'une de

l'autre, et l'organisation spatio-temporelle résulte de leur développement simultané, en interaction.

3.4.2 Espace et temps : deux notions étroitement liées aux perceptions sensorielles

- perception et notions spatiotemporelles

Appréhension du temps (caractéristiques du temps : ordre et succession, irréversibilité, durée, intervalle, vitesse et rythme) et appréhension de l'espace (schéma corporel, perception immédiate des lieux et mémoire spatiale) passent d'abord par le vécu corporel. En effet, c'est par le biais de l'expérience sensorielle, des activités motrices et de l'intégration psychique de toutes les perceptions internes et externes qui en résultent (sensations kinesthésiques, proprioceptives et tactiles ; perception visuelle, pour une mise en liens des perceptions internes avec le monde extérieur) que chacun de nous élabore sa propre représentation du temps et de l'espace.

- Interaction des différentes perceptions intervenant dans la construction des notions spatiotemporelles

Les sensations sont rarement perçues de manière isolée, et viennent souvent se « compléter » et se « renforcer » les unes les autres. Les différentes sensations se rapportant à une même expérience sont d'ailleurs réactivées de façon concomitante lors du rappel d'un souvenir.

En outre, certaines informations véhiculées sont communes à l'ensemble des perceptions : notions de durée et de succession ; de cause/conséquence, (mise en relation de la sensation avec son origine) ; de passé/présent/futur : (construction et résurgence de souvenirs ancrés dans un cadre spatio-temporel) ; mais également notions de proximité, d'éloignement et/ou de localisation (de la perception en elle-même ou de sa source).

Tout ceci permet de mettre en avant l'importance des perceptions sensorielles dans le processus d'orientation, et vient appuyer le choix de notre support sensoriel pour travailler le repérage spatio-temporel.

3.5 Sensations et structuration spatio-temporelle

3.5.1 Les régions cérébrales particulièrement impliquées dans la structuration spatio-temporelle [voir annexe 4]

La structuration spatio-temporelle se construisant par intériorisation de nos perceptions, elle fait intervenir en premier lieu les zones cérébrales impliquées dans leur réception et leur traitement, ainsi que les structures intervenant dans l'attention et la mémoire : il n'existe donc pas de zone cérébrale précise impliquée dans la perception et l'organisation spatio-temporelles. Cependant, certaines zones cérébrales semblant jouer un rôle très important ont pu être mises en évidence.

Notre travail portant sur les capacités d'orientation, il semble important de différencier les différentes notions entrant en jeu dans l'appréhension de l'espace et du temps, afin

d'analyser plus précisément les capacités mobilisées au cours des activités proposées en séances.

- *appréhension de l'espace et zones cérébrales en jeu*

Les régions cérébrales fortement impliquées dans l'appréhension de l'espace permettent de distinguer différentes notions que sont la vision des mouvements, l'orientation dans l'espace et la mémoire spatiale.

- *appréhension du temps et zones cérébrales en jeu*

S'il n'existe pas, tout comme pour l'appréhension de l'espace, de zone cérébrale précise impliquée dans ce processus, il semble en outre que les structures cérébrales mises en jeu diffèrent en fonction du « temps » dont il est question. On distingue ainsi l'« horloge interne » réglant nos rythmes biologiques, de nos capacités d'orientation dans le temps social (savoir se repérer sur le calendrier).

D'autre part, on peut différencier capacité d'estimation de la durée et capacité à juger de la chronologie et de l'ordre temporel entre deux événements.

3.5.2 Un exemple plus détaillé : rôle de la perception auditive dans le repérage spatio-temporel

La perception auditive participe à la prise de conscience des différentes notions liées au temps et à l'espace, ceci en raison des différentes caractéristiques de l'information sonore.

Le déroulement temporel des informations sonores participe à l'élaboration des notions de succession, de durée, de rythme (rapidité de succession des perceptions sonores) et de vitesse (débit de la parole).

L'intensité peut prendre une dimension à la fois temporelle et spatiale. Elle permet d'anticiper (rapprochement ou éloignement de la source sonore, mais également d'avoir une appréhension de la proximité et de l'éloignement (intensité des bruits environnants).

La localisation de la source sonore permet de développer des notions spatiales.

A travers l'exemple de l'audition, nous pouvons une fois encore mettre en évidence les liens existants entre sens et capacités d'orientation, qui confortent notre choix de support au vu de nos objectifs.

3.5.6 Utilisation des sens par l'adulte pour se situer dans le temps et l'espace

Chez l'adulte tout-venant, les domaines de l'organisation spatiale et temporelle dépassent les activités perceptivo-motrices pour s'adresser au plan vécu et verbalisé. Lorsque la verbalisation devient déficitaire et que la personne est écartée de la vie sociale qui fournit les repères conventionnels (la capacité à se repérer dans le temps semble davantage liée au rythme de vie que la société impose : le temps conventionnel des repas, du travail, etc.) : l'adulte peut s'appuyer sur des données sensorielles (la vue : perception du jour et de la nuit ; l'ouïe : les bruits qui l'entourent et qu'il associe par expérience à différents moments de la journée, comme le bruit de la cafetière du matin par exemple ; etc.).

Notre atelier s'adressant à des personnes atteintes à un stade léger ou modéré de la maladie d'Alzheimer, l'atteinte prédominante portera sur les repères spatio-temporels conventionnels. Notre objectif sera donc de favoriser chez les patients une prise d'appui sur des repères sensoriels en vue de compenser les repères conventionnels déficitaires.

3.6 L'efficacité des prises en charge par les sens

3.6.1 L'art-thérapie

L'art-thérapie est « *une relation et une thérapie non verbale précieuse lors de l'appauvrissement du langage* » : elle offre au patient un autre support d'expression.

L'observation d'ateliers de collage, de peinture et d'écriture proposés à des patients en long séjour a permis à Christine Hof (2008) de constater qu'ils leur étaient bénéfiques. Les patients progressent, deviennent plus habiles, leurs productions de meilleure qualité, l'orientation spatio-temporelle et l'attention évoluent positivement et on constate parallèlement une amélioration de l'humeur et de l'estime de soi.

De la même manière, la musicothérapie est une approche thérapeutique prioritairement non verbale, essentiellement indiquée en cas de déficience du langage, car elle favorise la communication par la mise en jeu des sons (Lecourt E., 2005 - Ogay S., 1996). Celle-ci peut être pratiquée individuellement ou en groupe, de façon réceptive (écoute d'extraits musicaux ou de sons) ou active (production sonores de la voix, du corps, ou d'instruments).

Si la musicothérapie met en jeu, en premier lieu et de manière évidente, l'audition, elle fait aussi appelle aux autres modalités sensorielles et perceptives du patient – ceci de manière directe ou indirecte, en favorisant la résurgence de souvenirs.

Ainsi, les arts-thérapies, en prenant appui sur les capacités sensorielles, peuvent avoir un impact positif sur le comportement et la communication, mais également sur les capacités cognitives et l'orientation spatio-temporelle. Ces types de prise en charge confirment la pertinence du choix de notre support sensoriel en vue de travailler les repères spatio-temporels.

3.6.2 Les jardins thérapeutiques

La création d'espaces sécurisés sous forme de jardins thérapeutiques dans les structures hospitalières voit le jour, à l'image du jardin de l'Horloge « Art, mémoire et vie » du CHU de Nancy. Installés dans le jardin de l'hôpital St Julien, quatre « carrés thématiques » sur les thèmes de « la Terre, le Feu, l'Eau et le Vent » visent à stimuler les sens et les émotions des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

A travers ces 4 thématiques fortes, le jardin réunit de multiples aspects de stimulation cognitive.

La vue y est stimulée par les coloris des végétaux, les formes des allées, l'utilisation de l'éclairage comme outil de mise en scène ; l'ouïe est happée par les sons des fontaines, les mobiles sonores de certaines sculptures, les bruits de la ville avoisinante ; le toucher des

végétaux, des sculptures, des matériaux mais aussi l'odeur des parfums, la senteur des plantations... tous les sens sont sollicités pour stimuler les mécanismes cognitifs.

La promenade dans le jardin stimule également le repérage spatial et temporel.

Ce type d'aménagement montre l'importance de l'environnement sensoriel pour le bien-être des patients, mais aussi pour favoriser leur éveil et stimuler leurs capacités cognitives dont l'orientation dans l'espace et le temps. Il confirme les liens existants entre perceptions sensorielles et capacités cognitives (dont l'orientation), et valide le choix de notre support.

Partie pratique

1. Problématique

1.1 Questionnement initial

Partant des liens existant entre perception sensorielle, capacités spatio-temporelles, et communication, nous nous sommes demandé comment nous pouvons utiliser la stimulation multisensorielle dans le cadre de la prise en charge orthophonique des troubles spatio-temporels et communicationnels de la maladie d'Alzheimer.

Le choix de partir d'un support sensoriel pour construire nos séances de rééducation prend appui sur l'intérêt tout particulier que peut revêtir l'utilisation d'un tel « matériel » dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

La stimulation permet d'éveiller les patients, et leur donne la volonté de réagir, de s'activer, les encourageant ainsi à mobiliser leurs capacités et fonctions résiduelles. Elle peut se révéler particulièrement intéressante dans le but de solliciter le patient et de susciter chez lui un certain intérêt - particulièrement dans ce type de pathologie, dans lequel apathie et repli sur soi sont fréquents.

La stimulation en tant qu'acte cognitif, utilise des activités et des exercices dont l'exécution demande des efforts perceptifs, verbaux, mnésiques et moteurs. Elle vise à renforcer et à entretenir les capacités résiduelles du patient, permettant ainsi de ralentir l'évolution de la maladie et la perte d'autonomie qui en découle.

1.2 Hypothèses

1.2.1 Hypothèses quant au choix d'une prise en charge axée sur le repérage spatio-temporel

Les prises en charge orthophoniques organisées auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont généralement centrées sur les troubles mnésiques et langagiers, tandis que nous choisissons de proposer une prise en charge orthophonique davantage axée sur les troubles spatio-temporels.

Notre choix s'appuie sur la connaissance que nous avons des interactions existant entre sens, capacités spatio-temporelles et langage. En effet, nous connaissons d'une part les liens existant entre sens et capacités spatio-temporelles, puisqu'appréhensions du temps et de l'espace passent d'abord par la mise en liens et l'interprétation des perceptions internes et externes. Nous savons par ailleurs qu'il existe des relations étroites entre capacités spatio-temporelles et communication, du fait de l'importance de la structuration spatio-temporelle dans tous les aspects du langage (verbal, non-verbal, et pragmatique).

Nous partons donc d'un support concret, afin de faire émerger des mécanismes associatifs favorisant un ancrage dans la réalité. Ainsi, nous veillons à utiliser des stimulations sensorielles renvoyant à des éléments du quotidien : les odeurs, goûts, images, objets, et bruits proposés renvoient à des éléments de la vie courante – susceptibles d'être ou d'avoir été fréquemment rencontrés par les patients.

Ceci permet de travailler les notions temporelles à différents niveaux : opposition entre vie passée et vie actuelle (par différenciation des habitudes passées et présentes), mais également présentation de repères temporels sur une échelle de temps plus ou moins longue (saisons, moments de la journée, scripts du quotidien) par association indice sensoriel/temps.

Il en est de même pour les notions spatiales, travaillées « à grande échelle » par l'évocation de lieux (permise par la résurgence de souvenirs) ou lors de discussions « orientées » (voir par exemple séance du voyage), mais aussi à plus « petite échelle » (repères spatiaux relatifs à la maison et au jardin) par l'association indice sensoriel/lieu.

Le travail des notions temporelles et spatiales à partir d'un support sensoriel a donc pour objectif de présenter des repères temporels et spatiaux à différents niveaux, afin de favoriser un ancrage dans « l'ici et le maintenant ».

1.2.2 Hypothèses quant au choix d'une prise en charge basée sur l'utilisation des sens

Le choix de proposer un atelier multisensoriel est innovant. En effet, c'est un support original, qui diffère du matériel d'ordinaire utilisé en orthophonie. Il permet de mettre tous les sens en éveil : vue et audition, mais aussi toucher, goût et odorat.

Ce choix prend notamment appui sur le développement des techniques d'art-thérapie pour prendre en charge les pathologies neurodégénératives de la personne âgée. Souvent utilisées par d'autres professionnels de santé comme les ergothérapeutes, elles sont ici adaptées et orientées vers une stimulation du langage et de la communication : il ne s'agit donc pas pour nous d'empiéter sur les compétences des autres professionnels de santé, mais de travailler en coopération avec ceux-ci.

Nous partons de l'hypothèse que le fait de stimuler les sens d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer peut avoir un effet positif (surtout au début de la maladie) sur ses troubles spatio-temporels et par ce biais, lors d'une prise en charge à plus long terme, sur la communication. En outre, cet éveil des sens peut aider à améliorer le bien-être global du patient, et donc l'amener à s'ouvrir au monde extérieur, ce qui favorisera sa communication. Cette hypothèse sur les liens existants entre stimulation sensorielle et langage semble confirmée par Marquis F. (2002), orthophoniste attachée à l'Hôpital de Charles Foix (Paris), dans son article « La stimulation du langage par les cinq sens ». En effet, celle-ci affirme que « proposer (...) un matériel original élaboré sur la perception et les cinq sens [permet de restaurer chez les patients atteints de pathologies démentielles] le plaisir de communiquer librement et les fait redevenir rapidement des interlocuteurs ». Marquis F. explique qu'« entrer en communication avec son environnement, c'est d'abord (...) en recevoir des informations, les reconnaître, les manipuler en les associant à des traces mnésiques pour élaborer une réponse sur un mode verbal ou non verbal ». Ainsi, selon elle, « des vieilles cartes postales, des livres, peuvent être un excellent point de départ à la stimulation du langage. » Sur le plan auditif, elle présente les « chansons [comme] un support verbal ». En ce qui concerne l'olfaction, Marquis F. affirme qu'elle « est un support à la communication en déclenchant des réactions spontanées qui créent de véritables scénarios. » Pour travailler sur le goût, elle préconise de « redécouvrir ensemble le plaisir de déguster et de parler ». Pour finir, Marquis F. met en avant « l'aspect ludique du toucher (qui) suscit[e] des réactions très spontanées et produi(t) de nombreuses verbalisations. »

1.3 Problématique

Comment s'appuyer sur la stimulation multisensorielle dans le cadre d'une rééducation orthophonique des troubles spatio-temporels et communicationnels de la maladie d'Alzheimer lors d'une prise en charge individuelle ou de groupe ?

2. Méthodologie

2.1 Déroulement des ateliers

2.1.1 Rythme, durée, et nombre de séances de prise en charge

Nous choisissons de proposer un suivi sur neuf séances d'une durée approximative allant de 30 à 45 minutes, dont deux premières consacrées au bilan initial, et une consacrée au bilan final, ceci à raison de deux fois par semaine.

2.1.1.1 Rythme et durée des séances

Le choix du rythme et de la durée des séances proposées s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé qui préconise « *pour les démences, une durée approximative de 45 minutes globalement, (...) à raison de deux à trois séances par semaine* », mais relativise cependant ces indications, précisant qu'« *il est impossible de standardiser le contenu d'une séance, et en conséquence, de même pour la durée et la fréquence* ». En effet, si nous cherchons à proposer un cadre de prise en charge le plus « optimal » possible, nous sommes conscientes que les fluctuations d'état psychique et psychologique des patients, inhérentes à leur maladie, ne nous permettent pas de proposer un cadre aussi strict que celui présenté ci-après : nous veillerons cependant à nous en approcher autant que possible.

Le rythme des séances est celui généralement proposé dans le cadre de prises en charge gériatriques, car il permet une stimulation régulière suffisante des patients (nécessaire pour une certaine efficacité de la prise en charge), tout en tenant compte de leur fatigabilité importante.

Si nous partons sur une base de 30 à 45 minutes de prise en charge (temps nécessaire pour une certaine efficacité de prise en charge, mais tenant compte de la fatigabilité des patients), nous veillons cependant à adapter cette durée en fonction des patients (intérêt, capacités de concentration, fatigabilité), mais également de leur état (physique et psychique).

2.1.1.2 Durée du suivi

L'expérimentation menée dans le cadre de notre travail a pour objectif principal d'étudier la possibilité d'utiliser une stimulation multisensorielle axée sur le repérage spatio-temporel (dans plusieurs de ses aspects) comme outil de prise en charge orthophonique, mais pas de mesurer sur du long terme l'effet d'une même stimulation répétée sur une même capacité ciblée. Ces stimulations multiples visent à mettre en évidence l'existence possible d'une influence de certaines d'entre elles sur les capacités spatio-temporelles et/ou communicationnelles des patients pris en charge.

D'autre part, si nous cherchons à réaliser une comparaison des possibilités d'exploitation d'un tel support multisensoriel selon deux modes de prise en charge, afin de

déterminer les bénéfices et inconvénients de chacun d'eux, ceci ne nécessite pas de proposer des séances multiples ciblées sur une même capacité.

Le suivi proposé est donc relativement court, et l'évaluation de son impact reste essentiellement subjective. Les stimulations qui paraîtront pertinentes pourront par la suite (après analyse des corpus de ce mémoire) être reprises et approfondies par un orthophoniste désireux de mettre en œuvre ce type de rééducation (dans le cadre de prises en charge individuelles ou de groupe), pour élaborer des ateliers permettant d'entraîner réellement chacune de ces compétences.

2.1.2 Des prises en charge soit en groupe soit individuelles

Nous choisissons de faire porter notre étude sur deux modes de prise en charge (groupe et individuel), afin d'étudier la faisabilité et la possible adaptation de notre atelier à ces deux modes de prise en charge.

Cette analyse relative au choix du mode de prise en charge nous paraît particulièrement intéressante dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. En effet, nous sommes conscientes que le fait de proposer des séances de groupe, (bien que présentant un certain nombre d'aspects positifs), risque de multiplier les difficultés prévisibles relatives à la nécessité de proposer une régularité de prise en charge (rythme et durée des séances, composition du groupe). En effet, le cadre des séances est ici dépendant des fluctuations relatives à l'état de chaque patient du groupe.

2.2 Choix des patients : cibler les troubles du repérage spatio-temporel

2.2.1 Critères retenus

Nous sélectionnons des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ceci à un stade léger à modéré, et présentant des troubles du repérage temporel et/ou spatial.

Conscientes de l'hétérogénéité des profils rencontrés à degrés d'atteinte équivalents, nous choisissons de fonder notre sélection sur quelques critères d'exclusion nous apparaissant primordiaux en regard du type de prise en charge que nous avons élaborée. Ces critères nous permettent ainsi de cibler les difficultés spatio-temporelles et communicationnelles prises en charge, en vue d'une analyse plus aisée du suivi proposé en regard de nos objectifs (limitation de l'impact éventuel d'autres difficultés majeures pouvant influencer nos résultats et observations).

Nous veillons donc à ce que les patients recrutés ne présentent pas d'atteinte majeure des autres fonctions cognitives (attentionnelles et mnésiques, praxiques et exécutives, langagières et de raisonnement). Nous veillons également à éviter de sélectionner des patients présentant des troubles psychiatriques ou comportementaux majeurs.

Enfin, notre type de prise en charge nécessite l'exclusion de patients ne disposant pas de capacités sensorielles relativement préservées (ou suffisamment corrigées).

Le recrutement des patients se fait en plusieurs étapes : pré-sélection sur dossier (compte-rendus gériatriques les plus récents), puis sélection après passation du Mini Mental

State de Folstein complété par quelques épreuves d'évaluation globale des capacités cognitives et gnosiques, et de tests non-standardisés axés sur les capacités spatio-temporelles.

2.2.2 Répartition des patients selon les deux modalités de prise en charge envisagés

Nous choisissons de constituer un nombre restreint de trois patients, ceci pour permettre une bonne gestion du groupe. En effet, malgré une certaine homogénéité des profils des patients sélectionnés, nous devons tenir compte des différences inter-individuelles, tant du point de vu communicationnel et cognitif, que psychique, afin de nous adapter au mieux aux capacités et difficultés de chacun. Rousseau T. (2011) explique par ailleurs que « *la situation de groupe, du fait de l'effet « miroir », de l'augmentation des difficultés de communication liées à la présence de plusieurs interlocuteurs, des difficultés de « l'animateur » à s'adapter aux troubles de chacun, génère des réactions agressives beaucoup plus fréquentes.* »

Nous choisissons la constitution de notre groupe de prise en charge selon le comportement communicationnel (appétence), la personnalité (caractère plus ou moins inhibé) et l'état psychique (anxiété, etc.) des patients. Nous nous basons pour cela sur nos observations issues des séances de bilan, mais aussi sur les informations transmises par le personnel soignant qui connaît les patients, et est, de ce fait, plus à même de nous renseigner sur leur état psychique et leur tempérament. En effet, nous sommes conscientes que certains caractères anxieux peuvent être difficiles à relever, les mécanismes mis en place par certains patients pour masquer leur angoisse (pensée, action et évitement de la nouveauté par exemple) fonctionnant efficacement.

Ainsi, « *La situation duale permet(ant)de canaliser le comportement en diminuant stress et anxiété* » et « *se caractéris(ant) également par la présence de troubles du comportement moindres par rapport à une situation de groupe* » (Rousseau T., 2011), nous choisissons de privilégier une prise en charge individuelle pour les trois patientes présentant une tendance anxieuse et/ou dépressive plus ou moins marquée. Comme l'expliquent Bekhoukh L. et al. (1999), « *Avec les personnes âgées déprimées, la prise en charge est plutôt individuelle et vise (...) à rassurer et à revaloriser les patients, (ceci dans un objectif de) reconnaissance et (d')acceptation des capacités diminuées et de la dépendance plus grande qui en résulte.* »

En ce qui concerne la prise en charge de groupe, celle-ci « *permet de favoriser la communication interindividuelle, de maintenir les liens sociaux tout en respectant l'identité de chacun et d'encourager les productions de langage* ». (Leïla Bekhoukh et al., 1999). En effet, « *la dynamique de groupe produit un effet multiplicateur de l'intensité de la communication et de l'énergie développée (...): (Elle) donne un rôle social à chacun, renforce le sens de l'identité, stimule les échanges verbaux et les contrôles en société et enfin stimule le bien-être et le bonheur des personnes.* » (Feil N., Alzheimer et autres démences, 2008).

Nous nous sommes également fiées pour la constitution de ce groupe aux dires des patientes, Mmes F., C. et R. nous ayant toutes trois confié lors du bilan leur goût pour le contact et les échanges avec le personnel et les autres résidents.

2.3 Appréhension et évaluation des capacités cognitives et communicationnelles des patients

2.3.1 Données recueillies avant le début de la prise en charge

2.3.1.1 Données recueillies auprès de l'infirmière coordinatrice et de l'ensemble du personnel

La pré-sélection sur dossier des patients est l'occasion pour nous d'échanger avec l'infirmière coordinatrice, ainsi qu'avec des membres du personnel soignant, ce qui nous permet d'obtenir quelques informations d'ordre général sur les patients, en vue d'une prise en charge plus globale de chacun d'eux.

2.3.1.2 Elaboration de questionnaires destinés au personnel soignant permettant d'apprécier de façon globale et subjective les capacités communicationnelles, spatio-temporelles, et le degré d'autonomie des patients (voir questionnaire, annexe 5).

2.3.2 Données recueillies au cours de la prise en charge

2.3.2.1 Le bilan initial (voir annexes 6)

➤ **Les tests de présélection** (annexe 6.1)

La première séance (individuelle) de notre prise en charge est une séance de prise de contact et de bilan, visant une pré-sélection des patients au regard de nos critères d'exclusion. Celle-ci comprend quelques questions d'anamnèse, qui viennent parfaire les données du MMS. Nous complétons ces tests par quelques épreuves de compréhension, de jugement, mais également de gnosies.

- **Eléments d'anamnèse et observations globales** (annexe 6.1.1)

Nous commençons le bilan par une anamnèse et recueillons un certain nombre de données personnelles (nom, prénom, sexe, date de naissance, métier, statut social, etc.). Cela permet de mieux connaître le patient, de le mettre à l'aise, mais aussi d'apprécier de manière globale ses capacités cognitives, mnésiques et communicationnelles (langage spontané, capacité de compréhension, contenu cohérent, construction des phrases, appétence à la communication, utilisation/ prise en compte du langage non verbal) mais également son comportement (anosognosie ?). Au préalable, nous vérifions les afférences sensorielles (prothèses auditives, visuelles ?) et l'aspect linguistique (le test devant être dans sa langue maternelle). Nous portons une attention particulière à la cohérence spatiale et temporelle des propos (lieux et dates, et durées évoqués, éventuelles confusions entre les générations, etc.)

- **MMS : Mini-Mental-State de Folstein version consensuelle établie par le GRECO** (Version consensuelle Greco, 1998). (annexe 6.1.2)

Les patients que nous prenons en charge n'ont pas eu de bilan récent. Désireuses d'obtenir des informations fiables sur lesquelles fonder notre étude, nous décidons d'ajouter une séance afin de faire passer le MMS (Mini-Mental State) : le bilan se déroule en deux séances, ce qui a le bénéfice d'être moins fatigant pour le patient.

Le MMS est un instrument clinique, standardisé, d'évaluation des fonctions cognitives conçu pour un dépistage des déficits cognitifs (orientation dans le temps et dans l'espace et ancrage dans la réalité, apprentissage, attention, calcul, mémoire, langage et praxies constructives).

Le score maximum est de 30 points. Un tiers de la note est consacré à la désorientation, ce qui est un point positif pour notre étude.

C'est un outil de dépistage et de suivi qui sert à classer les patients selon un stade de gravité.

Il est admis par consensus qu'il existe une démence légère pour un score total du MMS compris entre 25 et 20, modérée entre 19 et 16, modérément sévère entre 10 et 15, sévère entre 3 et 9, et très sévère pour un score total au MMS < 3.

- Des épreuves de compréhension et de jugement

Nous sélectionnons quelques épreuves recueillies dans différents tests ou matériels orthophoniques afin d'évaluer sommairement les capacités de compréhension et de jugement.

Les premières épreuves visent à appréhender les capacités de compréhension de consignes (type Token test : voir annexe 6.1.3) et de jugement (à travers une épreuve de décision visuelle qui consiste à désigner les objets -images- qui existent parmi d'autres qui sont faux). (Bergogo C., Pradat-Diehl P., Ferrand I.- voir annexe 6.1.4)

Afin de compléter le test du langage écrit proposé dans le MMS, nous proposons une épreuve de compréhension du langage écrit issue du MT86 (voir annexe 6.1.5). Cela nous permet d'apprécier les capacités de déchiffrage et de compréhension, lexicale et syntaxique (épreuves de désignation écrite).

- Une évaluation des capacités gnosiques (annexe 6.1.6)

Les dernières épreuves nous permettent d'appréhender les capacités gnosiques du patient : nous lui proposons des tests qui explorent ses **capacités sensorielles** et gnosiques au travers des **gnosies gustatives, olfactives, tactiles** et **auditives**. L'identification de l'indice sensoriel proposé est d'abord spontanée, mais peut ensuite être guidée par une proposition de réponse en choix multiple si l'item n'est pas identifié correctement.

➤ Des tests adaptés aux ateliers (annexe 6.2)

La deuxième séance permet de compléter les informations recueillies précédemment par une évaluation davantage ciblée sur les capacités spatio-temporelles des patients (évaluation qui sera reproposée en fin de prise en charge à titre comparatif afin d'évaluer l'impact du suivi proposé). Afin d'éviter un écueil pouvant être dû à l'effet « test/re-test », nous veillons à ne pas donner les réponses aux épreuves proposées.

Pour cela, nous élaborons un test regroupant des épreuves recueillies dans différents tests ou matériels orthophoniques. Toutefois, peu de tests ayant pour objectif l'évaluation des capacités spatiales et/ou temporelles chez les adultes, nous avons nous-mêmes élaboré certaines épreuves.

Les épreuves proposées sont ciblées sur les capacités d'orientation temporelle et/ou spatiale (à différentes « échelles »), ceci à la fois dans les modalités verbales et non-verbales, en compréhension et en expression.

- **Au niveau spatial** (annexe 6.2.1) : nous proposons,

-des épreuves non verbales (évaluation des conduites d'orientation) :

Une épreuve de classement d'objets dans différents lieux permet de tester la capacité à associer un objet du quotidien à un lieu (choix entre deux propositions : cuisine ou salle de bain). Nous demandons alors au patient de classer des objets (casserole, brosse à dent, etc.) en fonction du lieu où il a/ avait l'habitude de les utiliser.

Les praxies visuo-constructives sont testées par reproduction d'une figure géométrique dans le MMS (en deux dimensions). Nous décidons de tester également les capacités de **construction dans l'espace** (en trois dimensions) par la reproduction d'une construction d'après un modèle réel (cubes).

-des épreuves verbales (évaluation des capacités d'orientation spatiale verbale) :

Sur un versant expressif, nous testons **l'utilisation des termes spatiaux** en proposant des phrases à compléter (à l'oral) par différentes prépositions spatiales. Par exemple, « Ici la cuillère est en dehors du verre ; Là, la cuillère est.... (dans) le verre. ».

Nous continuons de tester la maîtrise des termes spatiaux en observant de quelle manière le patient les utilise en outils : qualification des positions respectives de différents personnages à partir d'un plan de table imagé. Le patient peut se contenter de désigner ou de dire/lire le nom du personnage pour donner sa réponse.

- **Au niveau temporel** (annexe 6.2.2) : Nous proposons,

-Des épreuves non verbales (évaluation des capacités de mise en ordre chronologique sur des durées plus ou moins longues) :

Différentes temporalités sont testées : tout d'abord, nous testons la capacité à établir **un ordre chronologique** en passant par des images à classer dans l'ordre des saisons (représentation d'un même paysage, avec modifications portant uniquement sur son évolution au cours des saisons). Nous proposons ensuite au patient de **classer des fêtes (4 items)** en fonction de leur ordre d'arrivée dans l'année à l'aide d'un support écrit. S'il manifeste des difficultés, nous précisons d'abord les saisons puis en cas d'échec, nous donnons les dates. Par exemple, « Noël, c'est le 25 décembre, c'est en hiver ». Enfin, **un scénario de la vie quotidienne** (support écrit : 6 phrases) est proposé pour appréhender les capacités du patient à un niveau temporel plus réduit. Cette dernière épreuve permet également de tester la mémoire procédurale et les fonctions exécutives (se laver les dents).

-Des épreuves verbales (évaluation de la maîtrise des notions de durée) :

Elles sont déjà présentes dans le MMS. Nous demandons donc simplement au patient d'estimer le temps nécessaire au scénario de vie quotidienne proposé précédemment.

2.3.2.2 *Elaboration de grilles d'observation pour chaque patient* (annexe 11)

Afin de faciliter notre travail d'observation au cours des séances, nous décidons d'élaborer une grille d'observation pour chaque patient. Nous choisissons de porter notre

attention sur ses capacités gnosiques (identification des stimuli proposés), sur ses habiletés spatio-temporelles (avec appui sur un indice sensoriel, ou dans le cadre d'un échange verbal), mais également sur ses capacités communicationnelles comportementales. Nous notons d'autre part l'impact possible des différents moyens de facilitation proposés au cours de la séance.

Lors des exercices de gnosies, nous observons si l'identification des différents indices est spontanée ou non. Lorsque ce n'est pas le cas, nous notons la conduite utilisée par le patient : conduite d'approche d'ordre descriptif, émission d'hypothèses, appui sur des éléments sensoriels, ou sur les facilitations (sémantiques ou phonologiques) proposées. Ceci nous permet d'apprécier les stratégies cognitives mises en place par le patient afin d'identifier les indices proposés.

En ce qui concerne les capacités d'orientation, nous les observons tout au long de la séance, en portant une attention particulière à la cohérence spatiale et temporelle des propos, et notamment à la maîtrise du vocabulaire temporel et spatial, ainsi qu'à l'emploi des temps verbaux. Ceci nous permet notamment d'apprécier le degré de difficulté en fonction des différentes activités proposées, c'est-à-dire de distinguer les notions temporelles et spatiales, ainsi que les « dimensions » (temps ou espaces plus ou moins restreints – ancrage dans la réalité, etc.) les plus touchées au sein de chacune d'entre elles.

De manière plus générale, nous portons notre attention sur la motivation et l'intérêt porté aux différentes activités, ainsi que sur les capacités de concentration. Nous notons également l'attitude générale adoptée par le patient, sa conscience des troubles et ses réactions éventuelles à ses difficultés. Nous observons d'autre part l'appétence à la communication, le langage verbal et non-verbal, en expression comme en compréhension. Nous relevons en outre les difficultés d'ordre mnésique.

Dans le cadre des prises en charge de groupe, nous portons notre attention sur les interactions entre les patients, leur attitude égocentrée ou davantage ouverte aux autres membres du groupe (prise en compte des autres patients, entraide, coopération, etc.).

2.3.2.3 Un temps de discussion à la fin de chaque séance

A la fin de chaque séance, nous veillons à garder un temps de discussion, au cours duquel nous revenons avec les patients sur ce qui a été fait en séance.

Cependant, nous notons que, si les patients peuvent nous donner une impression globale de la séance (intérêt et niveau de difficulté), ils ne peuvent souvent pas « revenir » avec précision sur les activités proposées, ceci du fait de l'importance des troubles mnésiques.

2.3.2.4 Le bilan et les questions de fin de prise en charge

En ce qui concerne l'évaluation finale des patients, nous décidons de centrer essentiellement notre analyse sur les capacités temporo-spatiales et communicationnelles des patients. Afin d'apprécier l'impact et le vécu de notre prise en charge, nous tenons à avoir un retour sur l'impact de nos séances éventuellement observé par le personnel soignant.

Notre objectif principal est de réaliser une analyse de ce type de prise en charge basée sur les sens, en groupe et en individuel. L'évaluation de notre prise en charge est essentiellement subjective et repose sur nos observations, les retours du personnel et des patients, et sur les critiques que nous pouvons en tirer.

Si nous souhaitons proposer une évaluation à titre comparatif afin d'apprécier de manière plus objective l'impact du suivi proposé, nous gardons pleinement conscience des biais relatifs aux tests que nous proposons mais également aux fluctuations inhérentes à la maladie d'Alzheimer qui nous obligeront de modérer nos conclusions qui ne pourront être données avec certitude.

Lors de la dernière séance (individuelle), nous proposons dans un premier temps les épreuves d'orientation déjà proposées lors du bilan initial, c'est-à-dire, les épreuves :

- d'orientation du MMS ;
- de classement d'objets dans différents lieux ; de construction dans l'espace ; d'utilisation et maîtrise des termes spatiaux ;
- de classement chronologique des saisons et des fêtes ; un script de la vie quotidienne.

Dans un deuxième temps, nous choisissons de proposer un thème de discussion (les loisirs) à partir de supports photographiques. Cela nous permet d'évaluer de façon subjective les capacités communicationnelles des patients, mais également les capacités d'orientation par des questions axées sur des éléments spatiaux et temporels. Les patients sont amenés à évoquer les loisirs qu'ils ont eu au cours de leur vie passée, leurs loisirs actuels mais aussi à juger des différents lieux et moments propices à leur pratique (marche en forêt, jeux de société chez soi ou dans une association, le ski en hiver, la télévision souvent regardée le soir, etc.). Cette discussion nous permet également de clore nos prises en charge par un moment agréable de partage.

2.4 Structure et déroulement des séances

Nous choisissons de structurer nos séances en deux parties :

- une première partie prenant appui sur une stimulation sensorielle, et ciblée sur les troubles spatio-temporels
- une deuxième partie, dans la continuité de la première, davantage axée sur la communication.

Le fait de proposer une structure de séance régulière permet de fixer un cadre et des repères stables. La première partie de séance permet de proposer un exercice très structuré avec des objectifs précis, tandis que la deuxième partie de séance laisse davantage place à l'expression spontanée, et à une stimulation globale des capacités cognitives et communicationnelles des patients.

2.4.1 Une première partie de séance basée sur une stimulation sensorielle

Comme nous l'avons présenté dans la partie théorique, chaque sens a une importance capitale tant dans notre relation aux autres que dans nos capacités à nous situer dans l'espace et le temps. Nous décidons d'utiliser des supports sensoriels pour faire travailler les capacités de repérage spatio-temporel et permettre des échanges communicationnels.

Certaines thérapies privilégient l'utilisation de certains sens (l'audition dans la musicothérapie, le toucher dans les massages, la vue dans la luminothérapie, l'olfaction dans l'aromathérapie).

Dans le cadre de notre étude dans laquelle nous souhaitons utiliser une stimulation multisensorielle, nous décidons de ne privilégier aucun sens, mais au contraire de nous appuyer de façon homogène sur chaque sens au cours des activités proposées.

Ainsi, sur l'ensemble des séances, nous veillons à ce que chacun des sens soit utilisé au moins une fois en tant qu'information spatiale, et une autre fois en tant qu'indice temporel.

A chaque séance, nous choisissons de stimuler deux sens différents, chacun fournissant une information d'ordre spatial ou temporel. Pour chacun d'entre eux, il s'agit de proposer trois à quatre stimulations différentes, chacune étant à associer à un moment (moment de la journée ou saison), ou à un lieu (pièces d'une maison ou jardin) particulier. Ceci permet de multiplier les stimulations proposées. En outre, cela a le bénéfice de relancer l'intérêt du patients par le fait de modifier les modalités sensorielles au cours d'une même séance. Si certains sens sont moins développés chez certaines personnes, l'utilisation d'un autre sens peut-être plus présent chez une même personne évite également la mise en échec qui est souvent mal supportée chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En cas de difficultés, nous proposons différents étayages adaptés :

- facilitation orale : répétition, reformulation/synonymes, choix multiple, questions, phrases à trous, définition/description, ou encore ébauche orale. Les indices donnés peuvent être fonctionnels, perceptifs, d'ordres spatial ou temporel.
- facilitation écrite : image de facilitation, langage écrit.
- facilitation paraverbale ou non verbale.

2.4.2 Une deuxième partie de séance davantage axée sur la communication

Suite à cette première partie de séance très dirigée, et ciblée sur la prise d'indices sensoriels à visée d'orientation, nous choisissons de proposer un temps davantage ciblé sur la communication, par le biais d'une activité langagière, ou d'un simple échange. Cette deuxième partie de séance s'inscrit dans la continuité de la première, puisqu'elle prend appui sur l'élément temporel ou spatial travaillé préalablement : nous proposons donc une situation d'échange plus libre, tout en veillant à l'orienter par des questions ciblées sur des données spatiales ou temporelles. Outre la communication, nous nous attachons systématiquement à travailler par ce biais, la mémoire (résurgence de souvenirs), ainsi que les capacités d'orientation.

Cette deuxième partie de séance nous permet de proposer, de manière plus implicite et proche des situations de vie réelles, des repères linguistiques à visée d'orientation : vocabulaire spécifique, emploi des temps verbaux, etc.

2.4.3 La répartition des rôles : animation de la séance ou observation

A chaque séance, nous nous répartissons les « tâches » à effectuer : l'une d'entre nous anime la séance, tandis que l'autre a essentiellement un rôle d'observation. Ce choix se base sur différents fondements.

En effet, il nous paraît important qu'une seule de nous « conduise » la séance, et ceci pour différentes raisons. D'une part, diriger une séance à deux risquerait d'accroître les difficultés attentionnelles et communicationnelles des patients. La situation duelle est en effet un point fort des prises en charge en orthophonie. Elle est un atout majeur qui favorise la concentration mais également la relation thérapeutique, facteur déterminant dans l'évolution du patient, puisqu'elle permet d'instaurer un climat de confiance. C'est d'ailleurs ce qu'affirme Rousseau T. dans son ouvrage (2011), «*La situation duale permet(ant, selon, lui), une meilleure communication* » car elle « *perm(et d'instaurer) un cadre défini (et) contrôlé* ». D'autre part, l'objectif de notre étude étant de permettre la reprise de ce projet dans le cadre de prises en charge orthophoniques à plus long terme, il est fondamental d'en étudier la faisabilité dans les conditions identiques aux conditions de prise en charge habituelles, c'est-à-dire avec une « conduite de séance » individuelle.

Le fait que l'une de nous ait uniquement un rôle d'observation permet une analyse plus détaillée et complète du déroulement de la séance. Nous veillons cependant à confronter nos opinions en fin de séance.

Nous veillons à alterner séance d'animation et séance d'observation, afin que les patients apprennent à s'adapter à deux orthophonistes, et donc à deux savoir-faire différents.

Les premières séances de bilan sont en revanche réalisées à deux : l'une de nous « conduisant » le début de séance, et l'autre en « conduisant » la fin, afin de permettre une première prise de contact et mise en confiance des patients avec chacune d'entre nous.

2.4.4 Les thèmes des séances et supports utilisés

En fonction des difficultés rencontrées, différents moyens de facilitations peuvent être proposés au cours des activités.

L'identification des indices sensoriels fournis peut être orientée par le biais d'images proposées en choix multiple, le patient devant désigner l'image correspondant à l'indice sensoriel identifié. La réponse peut également être facilitée par une prise d'appui sur les autres indices perceptifs véhiculés par le stimulus.

L'association de chaque indice sensoriel identifié à une donnée spatiale est parfois facilitée par un support imagé représentant les différentes pièces de la maison, et/ou par des étiquettes écrites correspondant à ces pièces (choix multiple).

L'association de chaque indice sensoriel identifié à une donnée temporelle est parfois orientée par un support imagé représentant différents moments de la journée, et/ou par des étiquettes écrites correspondant à ces moments.

Nous avons également recours, lorsque cela est nécessaire, à tous les moyens de facilitation habituellement utilisés en orthophonie : oraux (phonologiques ; sémantiques), écrits (images ; langage écrit), ou non verbaux (prosodie, gestes et mimiques).

2.4.4.1 Séance du « jardin »

- *Support sensoriel*

Pour le travail axé sur le **temporel**, le patient doit identifier par le toucher différents fruits cachés dans des boîtes et les associer à une saison : **tomate (=printemps/été)**, **noix (=automne)**, **mandarine (=hiver)**, **banane (toute l'année puisqu'il d'agit d'un fruit importé de pays au climat tempéré)**.

En ce qui concerne le travail **spatial**, le patient doit identifier différents **goûts** et les associer à divers lieux de la maison : **dentifrice (salle de bain)**, **yaourt (=cuisine)** ; **tomate, cornichon (=jardin)**.

- *La discussion* qui suit reprend l'information spatiale (**du jardin**), mais s'axe sur la dimension temporelle **des saisons** :

Le jardin/les légumes à travers les saisons avec un appui visuel (photographies de jardins au fil des saisons).

2.4.4.2 Séance de « la chambre »

- *Support sensoriel*

Le travail **temporel** s'appuie sur l'**ouïe** : le patient doit identifier les bruits du **ronflement**, du **réveil matin**, ainsi que d'un **extrait de radio** et les associer aux moments auxquels on entend habituellement ces bruits (nuit ou journée).

Le travail **spatial** s'appuie sur le sens du **toucher** : le patient doit identifier une **boîte d'allumettes**, une **bouteille (=cuisine)** ; **une taie d'oreiller, une bouillotte (=chambre)**, et les associer aux lieux appropriés.

- *Discussion axée sur la dimension spatiale*

Nous proposons des échanges autour du **thème de la chambre** : le patient est invité à décrire (l'agencement, la décoration, etc.), comparer, évoquer, faire partager ses goûts personnels avec la possibilité de s'inspirer de différents supports imagés qui lui sont proposés (des photos de chambre qui permettront de poursuivre/alimenter la discussion).

2.4.4.3 Séance de « la cuisine »

- *Support sensoriel*

Le travail **spatial** s'appuie sur l'**odorat** : le patient doit identifier différentes odeurs et les associer aux lieux (à l'intérieur/à l'extérieur de la maison) où on les rencontre habituellement : **savon (salle de bain)**, **biscuit (cuisine)**, **champignon (dehors ou cuisine)**, **herbe (jardin)**.

Le travail **temporel** s'appuie sur le **goût** : le patient doit discriminer différents goûts et les associer aux moments de la journée au cours desquels on les mange généralement : **croissant (=matin) ; gruyère, saucisson (=midi/soir) ; soupe (soir)**.

Ce travail **d'association spontanée indice gustatif/moment** de la journée est complété par un **exercice d'association (plus guidé) de l'aliment identifié avec d'autres aliments ou autres moments de la journée** : il s'agit alors pour le patient de **juger de la cohérence ou de l'incohérence de l'association proposée** (on peut alors parler de double association): croissant (matin, soupe, petit-déjeuner, soir) ; gruyère (matin, café, déjeuner, vin) ; soupe (soir, souper, matin, croissant) ; saucisson (matin, soir, vin, café, midi)

- *Activité langagière axée sur des informations temporelles*

Un support imagé permet au patient d'associer des plats traditionnels à différentes fêtes de l'année. Il s'agit d'essayer de remettre un texte en ordre (phrases courtes avec indication de date pour travailler la chronologie) grâce aux différentes idées qui seront avancées au fil des discussions. Enfin, le patient peut essayer de situer certains plats/mets au fil des saisons (barbecue, choucroute, cassoulet, soupe, pot-au-feu, glace, pique-nique, etc.).

2.4.4.4 Séance du « voyage »

- *Support sensoriel*

Le travail **spatial** s'appuie sur l'**ouïe** : **marteau (=garage) ; machine à écrire (=bureau) ; tondeuse (=jardin)**.

Le travail **temporel** s'appuie sur l'**odorat** : **pêche, framboise (=été) ; pamplemousse (=hiver)**.

- *Discussion reprenant l'information temporelle de l'été, mais axée sur la dimension spatiale*

A partir d'un support imagé (photos, carte de France), nous proposons au patient un échange autour des **régions de France et de leurs coutumes, éléments traditionnels et lieux connus (éléments biographiques – identification, évocation, tri – situation sur une carte)**.

2.4.4.5 Séance de « la salle de bain »

- *Support sensoriel*

Le travail **temporel** s'appuie sur la **vue** : le patient est amené à identifier **et mettre en ordre deux scripts** (photographiques) de la vie quotidienne : **lever du matin** (4 photographies) **et shampoing** (6 photographies) **ou brossage des dents** (6 photographies).

Le travail **spatial** s'appuie sur l'**odorat** : **eau de Cologne, savon (=salle de bain) ; café (=cuisine) ; cire (=bureau)**. Ces odeurs doivent être associées aux lieux où on les rencontre quotidiennement.

- *Discussion à partir d'une information spatiale*

Nous proposons au patient d'échanger autour du **thème de la salle de bain : évocation spontanée sur le thème des parfums** avec un support visuel basé sur des bouteilles de parfum miniatures. La séance se termine sur l'écoute de la **chanson « Ah qu'on est bien quand on est dans son bain ! » d'Henri Salvador**, avec la possibilité d'enrichir la discussion autour de leurs connaissances et des habitudes d'hygiène corporelle passées et actuelles.

2.4.4.6 Séance de « la laverie »

- *Support sensoriel*

Le travail **spatial** s'appuie sur l'**odorat**. Le patient est amené à associer différentes odeurs aux lieux correspondants : **lessive (=laverie) ; curry (=cuisine) ; lavande (=jardin ou salle de bain)**

Le travail **temporel** s'appuie sur le **toucher**. Nous proposons un « puzzle-tactile » guidé par des instructions orales, amenant à la reconstitution d'un vêtement que le patient peut ensuite associer à un moment de la journée : **collants (=journée) ; pyjama (=nuit)**.

Les six pièces de ce « puzzle tactile » sont chacune constituée d'une matière différente (papier strié ; coton ; papier à poncer ; papier à bulles ; plumes ; coton), devant être identifiée par le toucher par le biais d'indices oraux portant sur leurs textures respectives (ex : plume= « pièce duveteuse et douce ». Une fois identifiée, chaque pièce est positionnée sur la « feuille support » en fonction des indications spatiales orales fournies (ex : « en haut à gauche »).

- *Discussion axée sur la dimension temporelle autour du thème des vêtements*

Nous proposons d'initier des échanges autour de l'**évolution des modes vestimentaires** à partir d'un support imagé qui amènera le patient à : **décrire – comparer, classer – exprimer des données biographiques et des éléments personnels (goûts)**.

2.4.5 Déroulement des séances et objectifs de chaque activité

2.4.5.1 Activité d'orientation spatio-temporelle à partir d'indices sensoriels

- Identification des stimuli sensoriels : une activité de déduction faisant appel à la flexibilité mentale

Pour chacun des deux sens choisis pour la séance, nous proposons des stimulations différentes qu'il s'agit, dans un premier temps, d'identifier.

Le patient doit aller chercher les indices sensoriels pertinents et les mettre en relation afin d'en déduire, de façon spontanée ou par conduite d'approche, la nature de l'indice sensoriel proposé.

En cas de difficultés, différentes aides peuvent être proposées :

- Aide par indexage sémantique (fonctionnel, perceptif, catégoriel, spatio-temporel) ou phonologique : oral ou écrit.
- Aide par indexage paraverbal ou gestuel.

-Aide non verbale : image en choix multiples (distracteurs sémantiques ou perceptifs).

- Association de chaque stimulation à une donnée temporelle ou spatiale

Chacun des sens stimulé en séance fournit un indice spatial ou temporel, chaque stimulation identifiée étant ensuite associée à une donnée spatiale ou temporelle.

Ceci nous permet de présenter aux patients des repères linguistiques spatiaux et temporels, et ainsi de travailler sur ses capacités d'orientation verbale, ceci à différents niveaux :

-les données temporelles correspondent aux saisons ou aux différents moments de la journée.

-les données spatiales correspondent à différents endroits de la maison.

En cas de difficultés, les mêmes types d'aide peuvent être proposés.

Le patient peut donc faire une association directe (spontanée), ou bien s'appuyer sur un support : choix multiple parmi différents items ayant un rapport temporel ou spatial avec le thème choisi, ou bien termes proches d'un point de vue sensoriel ou sémantique. Ceci permet de travailler les capacités de synthèse et de déduction, et donc la flexibilité mentale.

- Apport du support : un support concret et motivant permettant de favoriser un ancrage dans la réalité

Nous veillons à apporter des stimulations par le biais de supports différents (diverses odeurs, objets, images, etc.) à chaque séance afin d'éveiller l'intérêt du patient. De plus, chaque support est concret et renvoie à des odeurs, objets, bruits du quotidien : ce sont des choses connues par le patient. Cela permet de le rassurer mais lui offre aussi la possibilité de généraliser les associations réalisées pendant les séances afin de les réutiliser dans sa vie de tous les jours.

2.4.5.2 Activité langagière autour de la dernière donnée spatiale ou temporelle identifiée et travail communicationnel

Les activités langagières proposées dans une deuxième partie de séance prennent appui sur la dernière information spatiale ou temporelle identifiée, afin d'assurer une certaine continuité dans la séance. En fonction des séances, l'activité langagière proposée est plus ou moins guidée, allant de l'exercice à la discussion plus libre.

Les notions spatiales et temporelles travaillées sont abordées à différents niveaux :

-espace : de l'environnement quotidien (habitudes quotidiennes) au repérage sur une carte de France (voir séance du voyage).

-temps : durée et chronologie, sur des durées brèves (actes et événements du quotidien) ou plus longues (mois, saisons, années).

- Types d'exercices proposés

-Travail de la chronologie :

Proposition d'un texte à remettre dans l'ordre : Le texte est découpé en paragraphes ; le patient doit le remettre en ordre.

Ceci permet de travailler la compréhension de lecture, l'organisation temporelle (dates données dans le texte pour aider le patient à la mise en ordre, indices pour la chronologie).

Proposition de scripts photographiques à remettre en ordre : Ce travail d'organisation d'actes du quotidien permet également de solliciter les fonctions exécutives des patients.

-Discussion :

Un support imagé ou auditif (chanson) peut être proposé pour orienter/relancer la discussion.

En évocation dirigée, nous essayons de solliciter un rappel des données spatiales ou temporelles selon le thème en utilisant des questions ouvertes, en travaillant les associations.

En évocation libre, le patient est invité à exprimer ce à quoi ce qu'il a goûté/senti/touché/vu/entendu lui fait penser, ce qu'il pense, ce qu'il ressent, etc. L'évocation de souvenirs permet d'opposer vie actuelle et vie passée, et fait appel à la mémoire épisodique (souvenirs datés et localisés).

3. Etude

3.1Présentation des patients

3.1.1 Les prises en charge individuelles

	Mme G 80 ans	Mme P 89 ans	Mme L 92 ans
Famille	Veuve – 2enfants	Veuve – 3 enfants	Veuve – 3 enfants
Vie passée	Ouvrière en menuiserie Ménages	Ouvrière textile Mère au foyer	Gérante de société de restauration
Niveau d'études et métier	Responsable lingerie à la maison de retraite de Ger.	Certificat d'études	Certificat d'étude, diplôme de secrétariat
Vie quotidienne	+/- guidée dans ses déplacements, unité non fermée	Guidée dans ses déplacements, unité fermée	Guidée dans ses déplacements, unité fermée
Autonomie	Autonomie - +	Autonomie - -	Autonomie - -
Cognition	MMS : 16/30	MMS : 16/30	MMS : 16/30
Orientation spatio-temporelle	1/10 Difficultés d'ancrage dans le contexte temporel présent	2/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte temporel présent Confusions passé/présent ++	3/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte temporel présent

	Espace	1/10 Difficultés d'ancrage dans le contexte spatial présent	2/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte spatial présent	0/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte spatial présent
Communication		Coopérante Besoin d'être écoutée	Appétence Besoin de mise en confiance	Appétence
Comportement		Anxiété (communication non verbale ++) Manque de confiance en soi Tendance dépressive ?	Anxiété (agitation++) Enthousiasme Anosognosie importante Distractibilité	Beaucoup d'interrogations quant à ses troubles, sentiment d'être « vide » Enthousiasme Intérêt, Curiosité

3.1.2 Les prises en charge de groupe

		Mme C 93 ans	Mme F 80 ans	Mme R 90 ans
Famille		Veuve - 2 enfants	Mariée - 4enfants	Veuve – 3 enfants
Vie passée Niveau d'études et métier		Certificat d'études Ouvrière textile, Secrétariat, aide soignante	Formation secrétaire Mère au foyer Ouvrière textile Vie associative +++ Adjointe communale	Agricultrice
Vie quotidienne Autonomie		Déplacements guidés Autonomie - +	Accueil de jour Déplacements guidés Autonomie +	Déplacements guidés Autonomie - Attention : risque de fausses routes !
Cognition		MMS : 23/30	MMS : 16/30	MMS : 22/30
Orientation spatio-temporelle	Temps	2/5 Difficultés de repères sociaux/temps conventionnel ; Confusions passé/présent	0/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte temporel présent : repères sociaux/temps conventionnel++	4/5 Ancrage dans le contexte spatial actuel relativement préservé
	Espace	4/5 Ancrage dans le contexte actuel relativement préservé	3/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte spatial présent	3/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte spatial présent
Communication		Appétence ++	Appétence ++ Contact++	Appétence++
Comportement		Sociabilité Enthousiasme Vivacité d'esprit	Distractibilité Sociabilité Enthousiasme	Sociabilité Intérêt

Au vu des résultats du bilan initial, et face à la grande motivation de Mme F., nous lui proposons une prise en charge malgré quelques doutes quant à l'existence possible d'une alexie agnosique (difficultés contournées à l'aide d'images et de verbalisation systématiques). Toutefois, l'état de santé de Mme F. ne lui a pas permis de participer à la totalité des séances.

Les résultats peu probants obtenus avec cette patiente n'ont donc pas été inclus dans notre étude. Sa participation a permis de créer un effet de groupe au cours de la prise en charge. L'intervention d'une autre personne a permis de préserver cet effet de groupe lors de l'absence de Mme F. (dernière séance de prise en charge), ceci malgré un profil psychique et cognitif différent.

3.2. Analyse des observations : Evolution globale sur l'ensemble des séances

3.2.1 Prises en charge individuelles

- **Mme P.**

Comportement et observations générales

Nous notons une évolution positive du comportement de Mme P. sur l'ensemble des séances. En effet (hormis pour la séance de la cuisine, en raison d'un mal-être physique évident), nous remarquons une disparition progressive de la réticence de Mme P. lorsque nous venons la chercher, et une participation spontanée croissante aux activités proposées. Nous pensons que ceci est peut-être dû au caractère anxieux de Mme P. et à son besoin d'être rassurée. Ainsi, Mme P. apprend progressivement à nous connaître, et le caractère structuré et répétitif des séances lui permet sans doute de trouver des repères stables lui permettant de dominer son anxiété. En outre, nous nous montrons particulièrement vigilantes et tentons de limiter tout facteur possible d'anxiété : nous la prévenons quelques temps avant la séance que nous viendrons bientôt la chercher, et faisons la plupart des séances dans la salle commune (et non dans sa chambre).

Nous observons un langage corporel en accord avec l'état psychique de Mme P. se caractérisant par une agitation importante (mains souvent en mouvement, regard scrutant l'environnement, respiration rapide empêchant une élocution aisée) lorsqu'elle nous apparaît confuse, désorientée, manifestant ainsi son état anxieux.

Bien qu'une certaine tendance à la distractibilité demeure, il semble qu'il y ait chez Mme P. une évolution plutôt favorable de ses capacités de concentration, avec une meilleure attention sélective qui lui permet davantage de se fixer sur les activités proposées et sur nous-mêmes au cours des échanges. Ainsi, Mme P. se montre plutôt coopérante sur l'ensemble des séances, semble accorder un intérêt croissant aux activités proposées, et y participe de plus en plus de manière spontanée.

L'atteinte de la mémoire de travail observée lors du bilan est visible dans la réalisation des activités proposées : il nous faut veiller à décomposer les exercices, répéter régulièrement

la consigne, et proposer de nombreuses facilitations pour éviter au maximum les situations de double-tâche.

De manière générale, nous remarquons une fluctuation des performances de Mme P. d'une séance à l'autre et une grande fatigabilité liée aussi bien à la longueur de la séance qu'à la difficulté des exercices demandés.

Exercices des gnosies

La plupart des exercices de gnosies nécessitent la mise en place de facilitations (hormis les gnosies tactiles qui semblent plus faciles). Nous notons une tendance aux persévérations, mais il semble que Mme P. adopte de plus en plus un comportement de recherche des possibles et parfois même de rétroaction, attestant donc d'une meilleure utilisation de ses capacités de flexibilité mentale.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

La désorientation spatiale de Mme P. est observable aussi bien en ce qui concerne les repères faisant appel à des capacités verbales (voir notamment les difficultés dans l'exercice du collage guidé séance de la laverie) que les capacités d'orientation dans un lieu (déplacements au sein de la maison de retraite). En revanche, tout comme pour l'orientation temporelle, les repères spatiaux davantage liés aux habitudes de la vie quotidienne (voir capacités d'association indice sensoriel/lieu) semblent globalement préservés, ceci notamment d'un point de vue langagier.

Cohérence temporelle

La désorientation temporelle de Mme P. est observable tout au long des séances, ceci notamment en ce qui concerne l'ancrage dans le contexte actuel. Les difficultés constatées lors de la passation de l'épreuve d'orientation de MMS se retrouvent régulièrement au cours des échanges avec Mme P, celle-ci nous souhaitant par exemple un « bon dimanche » à chaque fin de séance, ce qui atteste d'une atteinte importante des repères temporels sociaux. Les repères temporels faisant davantage appel aux habitudes de la vie quotidienne (scripts), semblent également perturbés, mais dans une moindre mesure. Ceci peut être attribué à une atteinte des fonctions exécutives, et/ou à une surcharge cognitive due au nombre d'informations à traiter. Nous remarquons en outre une perturbation du rythme nyctéméral : il semble qu'un trouble du sommeil provoque chez Mme P. des difficultés supplémentaires pour se repérer dans le temps.

Ainsi, la prise en charge proposée semble avoir permis de présenter quelques repères spatio-temporels à Mme P., mais il reste une désorientation importante, très fluctuante en fonction de l'état de Mme P. Un suivi à plus long terme serait nécessaire pour peut-être pérenniser les repères fournis et permettre leur généralisation dans la vie quotidienne.

Langage

Compréhension

Nous notons des difficultés de compréhension chez Mme P., tant en ce qui concerne la compréhension des consignes que lors des échanges plus spontanés. Cependant, le fait de proposer une structure de séance identique sur l'ensemble des séances permet de fournir des repères à Mme P. et de comprendre plus aisément les activités proposées.

De plus, la diminution progressive de l'anxiété et de la distractibilité de Mme P. au fur et à mesure des prises en charge permet une amélioration relative des capacités de compréhension.

Expression

Au fur et à mesure des séances, nous notons une appétence à la communication de plus en plus importante de la part de Mme P. Nous devons de moins en moins la solliciter, et celle-ci évoque de plus en plus spontanément ses souvenirs passés ou bien nous fait part d'éléments se rapportant à son quotidien.

Nous remarquons à plusieurs reprises des ruptures de continuité thématique dans le discours de Mme P., mais il est difficile de savoir si ces troubles relèvent davantage des difficultés de compréhension observées, ou bien de la distractibilité et des difficultés de concentration. Même si le nombre limité de séances de prise en charge ne permet pas de l'affirmer, il semble que ces ruptures thématiques se manifestent peu à peu de manière moins importante – propos à nuancer en raison des importantes fluctuations de l'état de Mme P., ayant des répercussions significatives sur la cohérence des propos tenus.

La communication non verbale (gestes venant appuyer des propos par exemple) nous a semblé peu utilisée par Mme P. au cours des séances, si ce n'est en manifestant son anxiété comme cela a été développé plus haut.

Nous notons également lors du bilan final une conversation davantage tournée vers l'interlocuteur, avec un discours moins égocentrique et un intérêt et une attention plus marqués pour le partenaire de l'échange.

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Tout au long de la prise en charge, nous devons nous montrer particulièrement à l'écoute de l'état de fragilité psychique de Mme G., afin de nous y adapter et de pouvoir lui permettre de bénéficier de notre prise en charge.

En effet, Mme G. manifeste systématiquement une réticence lorsque nous arrivons, mais se montre finalement coopérante et concentrée sur les activités proposées au cours de la séance. De plus, il semble, que la réticence observée soit moindre lors des dernières séances, ce qui semble en faveur d'une meilleure adhésion de sa part à la prise en charge proposée.

Nous veillons pour cela à réduire la durée des séances, le refus très marqué de la troisième séance étant sans doute lié à une prise en charge jugée trop longue la séance précédente. Mme G. laisse transparaître cette réticence au travers de son langage corporel. Nous lui remarquons en effet une certaine tension musculaire dans tout le corps. Son visage apparaît souvent crispé. Elle semble manifester ainsi son anxiété et certainement son désarroi face à ces difficultés naissantes auxquelles elle doit faire face, ceci plus particulièrement lorsque nous lui proposons des situations nouvelles. Cela explique certainement son refus de participer aux activités régulièrement proposées au sein de la maison de retraite.

D'autre part, face à la relative conscience des troubles entraînant chez Mme G. une auto-dépréciation quasi-systématique, nous mettons tout en œuvre pour la rassurer, ne pas la mettre en échec, mais surtout la valoriser dès que possible. De plus, nous évitons de lui proposer des activités pouvant être jugées trop « scolaires », et choisissons d'orienter davantage les prises en charge sur un échange plus libre lui permettant de partager ses connaissances et souvenirs.

Il semble que Mme G. apprenne progressivement à nous connaître et à nous accorder sa confiance, et prenne finalement plaisir à se confier et à partager avec nous des éléments de sa vie personnelle.

Exercices des gnosies

Les exercices de gnosies sont globalement bien réussis, ceci de manière spontanée ou grâce à la mise en place de facilitations, attestant ainsi de bonnes capacités gnosiques mais également de certaines capacités de flexibilité mentale et de déduction.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les activités proposées en séance ne permettent pas de mettre en évidence l'atteinte des repères spatiaux, mais celle-ci apparaît clairement lorsque nous accompagnons Mme G. lors de ses déplacements au sein de la maison de retraite, attestant d'une atteinte des capacités d'orientation. La désorientation spatiale est également visible en ce qui concerne des données plus « sociales », en lien avec la mémoire autobiographique (confusions concernant lieu de résidence passé et lieu actuel).

Cohérence temporelle

La désorientation temporelle de Mme G. est observable à différents niveaux. Elle concerne des données « sociales » à plus ou moins long terme : saisons et chronologie des fêtes de l'année, mais également date du jour et ancrage dans le contexte actuel. Nous observons également des confusions entre vie passée et vie actuelle.

Au terme des séances et du bilan de fin de prise en charge, il semble difficile de mettre en évidence un impact réel des activités proposées sur les capacités de repérage spatio-temporel de Mme G.

Langage

Compréhension

Les difficultés de compréhension de consignes et persévérations idéiques observées lors de la première séance n'ont pas été retrouvées lors des séances suivantes. La fluctuation de son état psychique est peut-être à mettre en cause ici. Il nous faut cependant rappeler régulièrement les consignes pour pallier les troubles mnésiques.

La lecture de l'image ne pose pas de difficulté particulière.

Expression

Si nous devons solliciter Mme G. pour obtenir sa participation et échanger avec elle, elle s'exprime de plus en plus spontanément, ceci au cours d'une même séance, mais également en ce qui concerne l'évolution plus globale sur l'ensemble des séances. Nous pouvons attribuer ceci au caractère anxieux de Mme G., qui apprend peu à peu à nous accorder sa confiance, mais également à l'orientation que nous choisissons de donner aux activités proposées, essentiellement axées sur le vécu et les centres d'intérêt de Mme G.

Le fait que Mme G. nous accorde sa confiance au fil des séances se ressent effectivement dans son attitude corporelle qui semble plus relâchée (tonus corporel). Malgré tout, son visage reste très figé même si la tension musculaire semble moindre.

Nous notons dans le discours de Mme G. des manques du mot occasionnels, quelques paraphrasies et périphrases.

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Tout au long de la prise en charge, Mme L. se montre ouverte et intéressée par toutes les activités que nous lui proposons. Contrairement à Mmes P. et G., elle ne manifeste aucune réticence à notre égard et semble nous accorder sa confiance dès le début du suivi.

En revanche, nous remarquons une certaine anxiété face aux troubles mnésiques, Mme L. exprimant régulièrement au cours des séances ses difficultés à « se souvenir » et évoquant une impression de vide dans sa tête. Nous pensons que ces propos répétés sont une manifestation de son inquiétude face aux troubles.

Les troubles mnésiques sont en effet importants, tant en ce qui concerne mémoires à court terme et de travail (activités en séances), que mémoire à long terme (souvenirs d'une séance à l'autre et vie passée). Cependant, les supports présentés en séance semblent permettre la résurgence de souvenirs précis (ex : voir séance du jardin – activités de jardinage).

Les échanges se déroulent généralement sur le ton de la plaisanterie : ceci peut être imputable à une volonté de mise à distance des troubles et préoccupations. Toutefois, lorsque nous nous entretenons avec son fils, nous apprenons que Mme L. a toujours eu un caractère

enjoué et avenant, et apprécié le contact avec les gens. La présence de son fils lors de la dernière séance et le fait de mentionner quelques épisodes de sa vie passée semblent raviver quelques souvenirs chez Mme L. qui devient alors capable de nous dire quel était son métier et d'évoquer les lieux où elle a vécu. Cela nous montre à quel point l'investissement des personnes de l'entourage peut être très important au cours d'une prise en charge des personnes Alzheimer : l'entourage permet d'apporter des informations sur leur histoire de vie commune, qui permettent au patient de retrouver ses racines et ainsi se réancrer dans la réalité.

Exercices des gnosies

Hormis en ce qui concerne les gnosies tactiles identifiées facilement et spontanément, les exercices de gnosies semblent assez difficiles pour Mme L., et ceci malgré les aides sémantiques ou facilitations par choix multiple proposées. Ceci semble attester de difficultés de flexibilité mentale et de déduction chez Mme L. Cependant, il semble que les aides fournies pour guider Mme L. vers le choix de la réponse adéquate aient une efficacité croissante : ainsi, si celles-ci ne semblent pas efficaces lors des premières séances, elles le sont davantage lors de la séance de la salle de bain. Mme L. développerait donc au fur et à mesure des séances une certaine capacité de déduction : elle semble acquérir une certaine capacité à mettre en lien ses propres sensations avec les indices sémantiques que nous lui proposons. L'attitude de rétroaction observée lors du bilan final semble confirmer le développement de stratégies nouvelles chez Mme L., celles-ci attestant d'une certaine capacité de flexibilité mentale.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les activités proposées en séance ne permettent pas de mettre en évidence l'atteinte des repères spatiaux (associations gnosies sensorielles/lieu), mais celle-ci apparaît clairement lorsque nous accompagnons Mme L. lors de ses déplacements entre la salle commune et sa propre chambre, celle-ci nous demandant à chaque fois : « On va où ? ». Nous remarquons également que Mme L. semble avoir des difficultés à appréhender l'espace, ce qui rend difficile ses déplacements (appréhension des distances). De plus, nous remarquons que Mme L. ne reconnaît pas sa chambre lorsqu'elle y entre : il semble donc difficile de faire la part des choses entre ses difficultés mnésiques et ses difficultés d'orientation spatiale ici. Cependant, nous avons pu noter une relative amélioration des capacités d'orientation au sein de la maison de retraite lors de la dernière séance.

Cohérence temporelle

La désorientation temporelle de Mme L. est particulièrement observable en ce qui concerne les repères sociaux du temps. Les difficultés touchent des repères à plus ou moins long terme : date du jour (voir épreuve du MMS), mais également chronologie du déroulement des fêtes ou des saisons. La mise en ordre des scripts du quotidien est difficile, laissant suspecter une atteinte des fonctions exécutives, mais semble cependant moins atteinte.

Ainsi, la prise en charge proposée semble avoir permis de présenter quelques repères spatio-temporels à Mme L., mais il reste une désorientation importante, très fluctuante en fonction de l'état de Mme L. Un suivi à plus long terme serait nécessaire pour pérenniser les repères fournis et permettre leur généralisation dans la vie quotidienne.

Langage

Compréhension

La compréhension verbale semble globalement préservée, et les difficultés de compréhension de consignes observées lors du bilan n'apparaissent pas en séances. Nous devons cependant veiller à rappeler régulièrement les consignes à Mme L., afin de pallier ses importants troubles mnésiques. De plus, le caractère structuré et répétitif des séances et activités proposées permet sans doute de faciliter la compréhension des exercices présentés.

La lecture d'images est difficile, et nécessite la mise en place de facilitations : orientation de l'attention sur les indices pertinents, aide à la description, aide sémantique, etc. Cependant, l'évolution de Mme L. au cours des séances semble en faveur d'une amélioration de ses capacités d'analyse visuelle. En effet, si les facilitations mises en place au cours des premières séances semblent inefficaces (ex : séance du jardin), elles semblent partiellement combler les difficultés lors des séances suivantes (ex : séance de la salle de bain).

Expression

Tout au long du suivi, Mme L. montre une grande appétence à la communication. Nous notons quelques manques du mot et approximations sémantiques.

La dernière séance semble mettre en évidence l'émergence d'un discours moins égocentré.

La communication non verbale, quant à elle, semble peu utilisée pour appuyer ses propos même si parfois, Mme L. utilise certains gestes venant compenser les manques du mot. Si son anxiété transparaît au travers de ses interrogations répétées concernant ses pertes de mémoire, nous n'avons pas remarqué de manifestations particulières dans son langage corporel.

3.2.2 Prises en charge de groupe

- **Mme C.**

Comportement et observations générales

Mme C. se montre toujours enthousiaste et participe avec intérêt aux activités proposées. Elle apprécie le fait que l'on ravive chez elle certains souvenirs, qu'elle partage d'ailleurs volontiers avec nous ainsi qu'avec les autres participantes. Cela cause parfois des

difficultés de gestion du groupe du fait qu'elle mobilise beaucoup la parole, bien que cette conduite soit assez fluctuante d'une séance à l'autre.

Nous nous sommes interrogées à propos de cette attitude très loquace, amenant parfois Mme C. à couper la parole aux autres personnes du groupe : manifestation d'une certaine anxiété, difficultés de gestion du tour de parole ou habitude ?

Son attitude ouverte face au changement de l'un des membres du groupe lors de la dernière séance nous montre que Mme C. a des capacités à établir naturellement un contact avec d'autres personnes, preuve d'une bonne adaptabilité.

Tout au long de la prise en charge, nous notons que les troubles de la mémoire différée de Mme C. la conduisent à beaucoup se répéter, ceci notamment lorsqu'elle évoque des éléments autobiographiques. Nous veillons donc, tout au long de la prise en charge, à rappeler les consignes et les éléments avancés par les autres personnes du groupe, de sorte à diminuer la charge cognitive mnésique, et ainsi faciliter sa participation aux activités proposées.

Exercice des gnosies :

Nous remarquons que les gnosies tactiles sont en général réussies avec spontanéité, facilité et rapidité au cours des séances - ceci particulièrement lorsqu'il s'agit d'identifier des objets ou des aliments (malgré quelques difficultés relatives à la taille des objets proposés). Lorsqu'il s'agit de juger de la texture, il semble que l'exercice soit plus difficile.

Les autres gnosies demandent davantage de facilitations (support photographiques, choix multiples ou indices sémantiques donnés tantôt par les membres du groupe, tantôt par nous-mêmes).

Au fur et à mesure des séances, il semble que Mme C. développe des stratégies pour trouver la solution. Elle procède par étapes, ayant recours à différentes conduites d'approche (tantôt descriptives, tantôt basées sur les catégories sémantiques, selon le style d'approche conduit par l'effet de groupe) et émet spontanément de nombreuses hypothèses.

Les exercices proposés au cours des séances lui permettent ainsi de mettre en place un cheminement de pensée faisant appel à ses capacités de déduction, de jugement et de rétroaction (flexibilité mentale).

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Nous remarquons que les associations des gnosies sensorielles à divers lieux sont réussies au cours des séances : les souvenirs de lieux évoqués par Mme C. à cette occasion sont détaillés et cohérents. En outre, l'attitude de Mme C. vis-à-vis de Mme L. (lors de la dernière séance), visant à expliquer à cette personne désorientée la raison de sa présence au sein de la maison de retraite, semble montrer que l'ancrage dans le contexte actuel est relativement préservé.

Il semble donc que les repères spatiaux relatifs aux habitudes de la vie quotidienne soient relativement préservés. Nous remarquons également que les capacités de déplacement au sein de la maison de retraite sont meilleures que celles des autres patientes prises en charge (Mme C. se déplace seule sans difficulté apparente).

Par ailleurs, nous notons que les connaissances générales se rapportant aux départements proches du lieu d'habitation semblent préservées (en attestent les résultats du MMS initial, où noms de la ville, du département et de la région sont réussis, ainsi que ceux du bilan final, où Mme C. peut nous donner les noms de la ville et de la région). En revanche, nous notons que le repérage sur la carte de France (séance des voyages) est très difficile.

Cohérence temporelle

Nous notons que les associations indice sensoriel/moment de la journée ou de l'année sont bien réalisées. D'autre part, les échanges spontanés attestent la plupart du temps d'une cohérence temporelle relativement bonne : les fruits et légumes comme les fleurs sont en général associés aux bonnes saisons.

L'épreuve d'orientation temporelle du MMS au bilan final est mieux réussie que lors du bilan initial (grâce aux items de l'année et du mois). Cela semble montrer que certains repères relatifs aux connaissances temporelles conventionnelles aient connu une légère amélioration au cours de la prise en charge. Par ailleurs, une cohérence langagière semble s'installer au fur et à mesure des séances : nous notons une bonne évolution permettant à Mme C. de sortir de la confusion des temps passé et présent pour n'utiliser que les temps appropriés.

Les connaissances relatives aux scripts de la vie quotidienne sont quant à elles plus difficiles à aborder pour Mme C. En effet, au cours de la séance de la salle de bain, Mme C. rencontre certaines difficultés lors de la restitution du séquençage d'actions de la vie courante. La réussite de cet exercice est par ailleurs fluctuante d'un script à l'autre : certains sont source d'hésitations et d'erreurs et doivent faire l'objet de nombreuses facilitations (script du lever) alors que d'autres sont mieux réussis. Malgré les difficultés rencontrées, l'activité n'est pas jugée difficile par Mme C., ce qui nous conduit à nous supposer une méconnaissance partielle des troubles ou un déni des difficultés.

Langage

Compréhension

Au cours des séances, nous avons observé chez Mme C. une compréhension tant verbale que non verbale (gestes, mimiques, lecture, images, etc.) globalement suffisante pour lui permettre de suivre les activités proposées et progresser dans son raisonnement (les difficultés de lecture et l'interprétation des images du bilan final étant à attribuer, semble-t-il, aux troubles visuels de ce jour). Nous remarquons toutefois qu'une aide visant à attirer l'attention sur les indices pertinents doit être apportée.

Expression

Mme C. se montre très loquace tout au long des séances de groupe.

Cependant, nous notons de nombreux manques du mot (qu'elle exprime clairement : « oui je vois de quoi on veut parler mais je ne trouve pas le mot), souvent compensés par le recours à des approximations sémantiques (utilisation d'hyperonymes, de co-hyponymes, etc.) ou à du langage non-verbal (communication non verbale active).

La communication non-verbale utilisée de façon plus passive par Mme C. laisse entrevoir une certaine gêne lorsqu'elle commet une erreur : nous remarquons en effet qu'elle adopte une posture moins redressée, les épaules tombantes, comme pour exprimer son désarroi face à ses difficultés. Nous remarquons également qu'elle porte fréquemment les mains à sa tête, à son visage, ou se frotte les yeux en appuyant son geste par des paroles comme « ma tête ne fonctionne plus », ou « je ne sais pas ce qu'ont mes yeux aujourd'hui mais ils ne fonctionnent pas bien ». Cela laisse entrevoir une certaine inquiétude de la part de Mme C. face à l'échec.

Par ailleurs, nous remarquons que les capacités d'évocation sont limitées sans qu'aucune évolution ne soit perceptible au cours de la prise en charge.

- **Mme R.**

Comportements et observations générales

Tout au long de la prise en charge, Mme R. se montre intéressée par toutes les activités que nous lui proposons. Bien que très discrète par rapport aux autres participantes, elle répond volontiers lorsqu'elle est sollicitée. Nous lui remarquons par ailleurs une grande vivacité d'esprit lui permettant souvent de fournir de bons indices aux autres membres du groupe, et de tenir des propos très pertinents lors des échanges. Petit à petit, elle semble gagner de l'assurance et s'affirmer (malgré quelques fluctuations liées à un état de fatigue plus ou moins prononcé).

Au cours des séances, nous remarquons que les troubles de mémoire différée de Mme R. engendrent dans son discours beaucoup de répétitions, ainsi que des persévérations idéiques - ceci de façon assez fluctuante d'une séance à l'autre. Ces difficultés empêchent parfois Mme R. de progresser dans le raisonnement du groupe.

Si, au cours des séances, Mme R. ne met pas en œuvre des conduites faisant appel à des capacités de feed-back et d'auto-correction, nous remarquons qu'elle y a recours lors de la séance de bilan final : ces conduites semblent en faveur d'une évolution positive de l'utilisation des capacités de flexibilité mentale et de jugement.

Exercices des gnosies

La réussite des exercices est fluctuante d'une séance à l'autre. Si Mme R. se contente parfois d'acquiescer aux propositions faites par les autres patientes, elle fait également des remarques très pertinentes.

Nous remarquons que Mme R. se fie essentiellement aux sensations que la stimulation (surtout pour les gnosies tactiles - reconnaissance de formes - et olfactives) lui procure. Elle confronte alors ces données à ses propres représentations d'aliments ou d'objets, ce qui l'empêche souvent de trouver la bonne réponse (Mme R. se laisse leurrer le plus souvent par le poids ou la taille).

Nous remarquons cependant que Mme R. développe au fur et à mesure des séances des conduites d'approche lui permettant de fournir des indices plausibles aux autres participantes.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association des indices sensoriels ou de certaines traditions/plats à différents lieux ne pose pas de problème majeur à Mme R. Les descriptions évoquées par ces lieux sont toutefois peu riches au regard de celles données par les autres patientes.

Les résultats aux épreuves d'orientation spatiale du MMS (3/5 aux bilans pré et post prise en charge avec fluctuation des erreurs commises) laissent voir les difficultés d'ancrage dans le contexte spatial actuel. Si la connaissance géographique des lieux alentours reste acquise, Mme R. ne peut situer avec précision la ville où elle se trouve (au cours du dernier bilan). Nous remarquons toutefois que le repérage géographique à partir d'une carte semble mieux préservé que chez les autres patientes.

Par ailleurs, les déplacements effectués au sein de la maison de retraite sont nécessairement guidés.

Cohérence temporelle

Les associations entre indices sensoriels ou certains fruits et légumes et différents moments sont en général réussies.

Lors de la séance de la cuisine, nous remarquons que la stratégie adoptée par Mme R. pour associer une fête donnée à un moment de l'année semble être basée sur les saisons. Nous supposons que ceci permet à Mme R. de combler les difficultés rencontrées dans la chronologie des mois de l'année, puisque cela lui permet d'avancer des réponses moins précises. Malgré la bonne association faite entre Pâques et le printemps, nous remarquons une difficulté systématique sur cet item au cours des bilans, mettant en évidence une difficulté relative à la restitution de la succession des saisons.

Les difficultés d'ancrage dans le contexte actuel mises en évidence lors des épreuves de bilan sont moins visibles en séances du fait de l'attitude « effacée » de Mme R. Les repères temporels faisant appel à des connaissances générales (évolution des modes vestimentaires selon les époques par exemple) semblent mieux préservés.

Les repères temporels relatifs aux habitudes de la vie quotidienne (scripts) sont quant à eux difficiles.

En fin de prise en charge, Mme R. oppose clairement vie actuelle et vie passée par une utilisation à bon escient des temps verbaux. Ainsi, nous remarquons une évolution positive des repères temporels d'un point de vue langagier.

Langage

Compréhension

Au cours des séances, Mme R. identifie correctement et avec une certaine vivacité d'esprit les photographies proposées. Nous remarquons toutefois que dessins et scripts (photographies) contenant plusieurs informations sont quant à eux plus difficilement interprétés par Mme R.

Nous remarquons en outre une bonne progression en ce qui concerne les échanges communicationnels proposés en deuxième partie de séance : Mme R. semble de mieux en mieux réussir à extraire les informations pertinentes des photographies proposées, ce qui lui permet de les mettre en lien avec des éléments de connaissance générale, preuve d'une vivacité d'esprit ainsi que d'une bonne capacité de jugement (une certaine fluctuation des capacités vient cependant modérer ces propos : une prise en charge plus longue permettrait certainement de le confirmer).

Expression

Même s'il est moins visible que pour les autres patientes chez qui l'expression est plus fluente, le manque du mot est présent. Nous remarquons que Mme R. compense souvent ce manque du mot par des gestes ou désignations (mais très peu d'approximations sémantiques). Lorsque le manque du mot n'est pas compensé, l'ébauche orale ou morphosyntaxique est une aide efficace.

Nous observons une évolution positive en ce qui concerne les capacités d'évocation de Mme R. : petit à petit, les adjectifs proposés pour décrire certaines sensations sont plus variés et l'évocation est plus fluente.

La communication non-verbale de Mme R. est plus difficile à percevoir, mais nous notons chez elle une tendance à la répétition de propos, semblant signifier une gêne (sans que nous ne puissions toutefois parvenir à toujours identifier la cause de ce malaise).

Discussion

1. Méthodologie

1.1 Patients choisis : des points communs malgré l'hétérogénéité des profils rencontrés

Malgré une relative hétérogénéité des profils cognitifs des patients recrutés (scores MMS allant de 16 à 23) ainsi que de leur état psychologique (appétence / anxiété, etc.), nous retrouvons un certain nombre de similitudes dans les observations faites tout au long des séances sur l'ensemble de ces patients.

Ainsi, nous retrouvons chez eux un manque de repères spatiaux et temporels plus ou moins marqué (ancrage dans la réalité), et particulièrement une confusion fréquente entre les différentes époques de leur existence (passé / présent ; confusions des générations, etc.). Malgré ce phénomène traduisant une atteinte de la mémoire autobiographique, nous notons une grande précision de certains souvenirs évoqués lors des séances.

Le plus souvent, les repères spatiaux liés aux habitudes de la vie quotidienne (capacités d'association indice sensoriel/lieu) sont perturbés, mais ceci dans une moindre mesure que les capacités d'orientation sollicitées au cours des déplacements, ou que les notions spatiales se référant à un plus grand espace (ville, régions, pays, etc.).

La désorientation temporelle est observable tout au long des séances, ceci notamment en ce qui concerne l'ancrage dans le contexte actuel. Les repères temporels faisant davantage appel aux habitudes de la vie quotidienne (scripts), sont également perturbés.

Nous notons par ailleurs des difficultés de compréhension chez certains patients, tant en ce qui concerne la compréhension des consignes que lors des échanges plus spontanés.

Si les troubles mnésiques semblent concerner l'ensemble des mémoires, l'atteinte prédomine pour les mémoires différée, de travail et à court terme. Ces troubles additionnés à des difficultés de flexibilité mentale plus ou moins importantes expliquent une tendance rapide à la surcharge cognitive.

Si la conscience des troubles est plus ou moins importante, nous notons chez l'ensemble des patients une anosognosie partielle.

1.2 Comparaison des deux modes de prise en charge proposés

1.2.1 Avantages et inconvénients de la prise en charge individuelle

Outre le fait que la prise en charge individuelle semble plus adaptée à des patients ayant un profil psychologique assez anxieux, un caractère plutôt solitaire et une faible appétence à la communication, nous avons pu remarquer que ce mode de prise en charge nous permettait de mieux nous adapter aux difficultés de la personne et de nous cibler sur celles-ci.

Cela permet de réassurer les patients, donc de faire diminuer l'anxiété dès le début de la prise en charge.

La situation duelle permet bien entendu de faciliter les échanges : la compréhension d'un seul interlocuteur est demandée, ce qui est positif pour les personnes présentant des difficultés de compréhension, de gestion de situations multitâches, ou de concentration. La gestion du matériel, moins accaparante, nous permet également de nous centrer davantage sur le patient afin de lui apporter les facilitations nécessaires.

Toutefois, cette situation duelle, bien que rassurante, semble moins porteuse du point de vue communicationnel. La situation communicationnelle « normale » de la vie quotidienne ne proposant pas uniquement de situation idéale de communication, le bénéfice de ce mode de prise en charge reste donc dépendant des capacités du patient à généraliser les éléments pragmatiques à la vie quotidienne.

1.2.2 Avantages et inconvénients de la prise en charge de groupe

L'intérêt d'une prise en charge de groupe pour les patients

La prise en charge de groupe semble davantage adaptée aux personnes peu anxieuses et présentant une bonne appétence à la communication. L'effet de groupe a bien entendu l'avantage d'être porteur au niveau communicationnel, ceci dans un cadre de communication proche des situations rencontrées dans la vie quotidienne. Comme Pager R. (2010) l'indique dans son ouvrage, « *les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont, comme n'importe quel être humain, un profond besoin de relations et de contacts.* » Or leur maladie constitue un sérieux obstacle à la rencontre interpersonnelle. C'est pourquoi le cadre qu'offre une activité de groupe peut « *favoriser la rencontre avec autrui dans un cadre protégé et peut promouvoir la réactivation des rôles sociaux* ». La coopération que requièrent les exercices proposés est un bon support de communication, de partage. Elle permet en outre d'apporter une trame de réflexion permettant de solliciter capacités de déduction, de jugement et de flexibilité mentale.

Les difficultés de mise en œuvre

Néanmoins, du fait du nombre de patients (à laquelle s'ajoute la nécessaire gestion du matériel), gérer la séance est moins facile : chaque patient garde sa personnalité, son caractère plus ou moins introverti ou au contraire expansif. Ces éléments doivent être pris en compte et gérés au mieux de sorte à donner à chaque personne présente une place d'interlocuteur. Même s'il est toujours possible de s'adapter aux difficultés de chacun, il est moins évident de cibler les difficultés que lors de prises en charge individuelles. Par ailleurs, la présence de différents interlocuteurs oblige les patients à s'adapter : cela peut être un frein à la bonne compréhension. Cette situation, plus difficile qu'une situation duelle, peut conduire le patient à s'isoler, d'où l'importance primordiale d'une bonne gestion du groupe.

Outre ces aspects relatifs au déroulement de chaque séance, nous avons pu mettre en évidence que la difficulté de proposer un cadre de prise en charge régulier, déjà présente lors

de suivis individuels, est ici accrue puisque dépendante de l'ensemble des membres du groupe .

1.3 Elaboration de tests axés sur les capacités spatio-temporelles : une étroite implication avec les autres capacités cognitives

En ce qui concerne le bilan initial, une difficulté a résidé dans le fait qu'il existe peu de tests étalonnés en orthophonie dans le cadre d'une démence, et permettant d'évaluer les capacités spatio-temporelles de façon précise.

D'autre part, la passation des tests que nous avons élaborés afin de tester de manière plus ciblée les capacités spatio-temporelles nous a amenées à remettre en cause leur réelle sensibilité quant aux difficultés pouvant être rencontrées spécifiquement dans ces domaines.

Ainsi, Mme G., ayant révélé des difficultés de repérage spatio-temporel importantes au cours de l'anamnèse, lors de ses déplacements au sein de la maison de retraite, et de l'épreuve d'orientation du MMS, a réalisé la majeure partie des activités du bilan sans difficulté.

D'autre part, il semble difficile de déterminer si les difficultés / erreurs rencontrées par certains patients lors de la passation des tests étaient bien liées à des troubles spatio-temporels en tant que tels, et non à d'autres difficultés cognitives et langagières.

A titre d'exemple, l'écart de score obtenu par Mme P. entre l'épreuve d'utilisation de termes spatiaux (0/4) par complétion de phrases, et celle de repérage sur un plan de table (4/4) semble davantage lié à des difficultés de compréhension de consigne.

Nous pouvons également nous demander si l'interversion de 2 phrases au sein du script du brossement de dents (Mme P.) n'est pas liée à des difficultés mnésiques, et non temporelles.

En outre, il semble difficile de savoir si les difficultés de mise en ordre des fêtes de Mme L. révèlent de réelles difficultés temporelles, ou bien sont davantage imputables à des difficultés mnésiques, ou encore à des connaissances culturelles générales limitées.

Ainsi, la passation de nos tests axés sur les troubles spatio-temporels nous a montré les limites des épreuves proposées, tant du point de vue de leur sensibilité aux réelles difficultés rencontrées par les patients dans la vie quotidienne, que de leur capacité à cibler spécifiquement les troubles du repérage spatio-temporel.

Cette remise en question nous a conduites à privilégier l'analyse des données recueillies auprès du personnel soignant, lors de l'anamnèse et de la passation du MMS pour apprécier les réelles difficultés de repérage spatio-temporel rencontrées par les patients.

En revanche, la passation de ces tests a permis une appréciation plus globale des capacités d'attention, de concentration, de compréhension de consignes et d'adaptation, afin de proposer des séances adaptées le mieux possible aux patients pris en charge. Cette passation a également été un bon indicateur de l'intérêt et de la motivation des patients à participer à une éventuelle future prise en charge.

1.4 Synthèse des questionnaires et grilles d'observation des patients : choix des axes d'observation les plus pertinents

Une autre de nos interrogations a porté sur la synthèse des questionnaires remis au personnel soignant, ainsi que sur l'élaboration de nos grilles d'observation pour chaque séance : il nous a fallu réfléchir à la manière la plus adéquate de répertorier les données recueillies, de façon à la fois claire et exhaustive.

L'élaboration de grilles d'observation et de questionnaires destinés au personnel soignant nous a permis de cibler de façon précise nos objectifs. En ce qui concerne l'interprétation des résultats, il nous a fallu tenir compte des différences interindividuelles. Nous avons donc choisi d'observer séparément la progression de chaque patient, et ciblé nos observations selon nos hypothèses de départ : capacités gnosiques des patients (identification des stimuli proposés), habiletés spatio-temporelles (avec appui sur un indice sensoriel, ou dans le cadre d'un échange verbal), mais également capacités communicationnelles et comportementales.

2. Confrontation des résultats aux hypothèses

2.1 Hypothèses validées

2.1.1 Hypothèses quant au choix d'une prise en charge axée sur le repérage spatio-temporel

2.1.1.1 Exercices de gnoses et repérage spatio-temporel

Le fait de proposer une association d'indices sensoriels à un lieu ou à un moment permet de présenter quelques repères spatio-temporels qui peuvent guider les patients dans leur quotidien et permettre de renforcer/maintenir leurs capacités d'orientation. Les exercices de gnoses proposés permettent donc d'inciter les patients à faire appel à leur flexibilité mentale afin d'aller chercher des indices sensoriels sur lesquels s'appuyer pour s'orienter dans l'espace et le temps.

Le fait d'avoir choisi un matériel du quotidien semble être un point positif puisque les patients y sont de ce fait déjà familiarisés : outre une mise en confiance, cela leur permet de se réappropriier des éléments de la vie quotidienne, favorisant ainsi un ancrage dans le contexte actuel.

Il semble assez difficile de déterminer ce qui a été le plus difficile ou le plus efficace dans le travail de ces différentes dimensions spatiales et temporelles du fait que chaque dimension a été abordée par différents moyens impliquant, selon les activités, différentes fonctions cognitives plus ou moins déficitaires selon le patient.

Si nous avons remarqué que les scripts élaborés sur une courte durée ont semblé plus difficiles pour les patients, du fait de l'implication des fonctions exécutives, nous avons tout de même remarqué que les durées concernant le déroulement journalier étaient souvent mieux appréhendées par les patients. Cela a été moins évident pour des durées plus longues, comme le fait d'aborder les mois ou les saisons, chaque patient ayant sa propre représentation et façon de se repérer dans cet intervalle de temps plus grand (appui sur les saisons, les dates ou les mois).

Au niveau spatial, l'appréhension des espaces plus réduits a également semblé plus facile.

Ces observations s'expliquent par l'ordre de régression des capacités d'orientation généralement constaté dans la maladie, avec une atteinte portant essentiellement sur les données « euclidiennes », avant de se porter sur des données concernant des espaces et durées plus limités. (voir partie théorique 2.2)

2.1.1.2 Des repères linguistiques pour favoriser le repérage dans l'espace et le temps

Les notions temporelles et spatiales abordées tout au long des séances sont abordées d'un point de vue linguistique, par verbalisation systématique des éléments travaillés : marqueurs grammaticaux, vocabulaire spécifique, emploi des temps verbaux. Tous ces éléments, permettent de présenter aux patients des repères linguistiques favorisant le maintien des capacités d'orientation dans le temps et l'espace. Ainsi, l'évocation des habitudes actuelles et passées lors des échanges plus spontanés permet d'opposer vie présente et vie antérieure chez des patients pour qui les confusions entre les différentes périodes de l'existence sont nombreuses. Nous remarquons ainsi chez plusieurs patients une évolution favorable des repères temporels langagiers, avec une utilisation plus appropriée des temps verbaux.

2.1.2 Hypothèses quant au choix d'une prise en charge basée sur l'utilisation des sens

2.1.2.1 La stimulation sensorielle : un support original et motivant qui favorise les échanges et la communication

En ce qui concerne le choix de l'utilisation d'un matériel multisensoriel, nous avons pu remarquer que ce point a semblé positif. Durant les séances, les patients ont goûté, touché, senti, écouté... Ils se sont intéressés, ont pris plaisir à échanger, évoquer leur passé, partager leurs connaissances. Nous avons pu remarquer que ces supports sensoriels pouvaient constituer un matériel très motivant pour ces patients. Sur l'ensemble des séances, nous avons vu une évolution positive du comportement des patients pris en charge. Ils ont progressivement appris à nous connaître, et le caractère structuré et répétitif des séances a permis de réduire l'anxiété parfois existante, en proposant des repères stables.

Le fait de proposer une activité d'identification de stimulations sensorielles sous forme de « devinette » semble particulièrement stimulant pour les patients : cette présentation de l'exercice éveille l'intérêt et la curiosité des patients, et permet une réelle implication dans l'activité proposée. Nous notons un sentiment de fierté lorsque la réponse est trouvée, ce qui permet de restaurer l'estime de soi, souvent défectueuse chez ces patients.

Les patients ont été amenés à faire appel à leurs connaissances et goûts sur des sujets variés du quotidien et ont, semble-t-il, éprouvé plaisir et fierté à les partager. Ils se sont ainsi sentis valorisés et ont montré une réelle envie de communiquer. Ils se sont montrés coopérants sur l'ensemble des séances, et ont accordé un intérêt croissant aux activités proposées, en y participant de plus en plus de manière spontanée.

Outre une modification quantitative de la communication, nous avons pu noter, chez certains patients, un enrichissement et une diversification (thèmes et fonctions de communication) de celle-ci, notamment avec le développement d'un discours moins égocentré et davantage porté sur l'interlocuteur.

Nous avons pu remarquer que l'exercice des gnosies, bien que dépendant des capacités et difficultés de chaque patient, est particulièrement bien réussi en ce qui concerne les indices tactiles. Cela confirme l'importance toute particulière des stimulations tactiles et du toucher dans le quotidien et la communication avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En revanche, les exercices de gnosies olfactives semblent particulièrement difficiles chez la plupart des patients.

2.1.1.2 Une stimulation par les sens ayant un impact sur l'ensemble des capacités cognitives

Lors des exercices de gnosies, lorsque l'identification n'est pas spontanée, les patients sont amenés à émettre des hypothèses à partir des indices identifiés (ex : saveurs pour le goût ; forme pour le toucher, etc.) : ceci semble permettre de développer une meilleure utilisation des capacités de flexibilité mentale, de synthèse, de déduction (prise d'indices pertinents et mise en relation de ces indices pour identifier le stimulus proposé) et de rétroaction.

En outre le fait de proposer un support concret permet de canaliser l'attention du patient, et ainsi de limiter les difficultés pouvant être liées à une certaine distractibilité.

Les mécanismes associatifs mis en jeu font également appel à la flexibilité mentale et aux capacités mnésiques des patients.

Ces mêmes capacités sont fortement impliquées dans les activités de classement chronologique. Nous remarquons que ce type d'exercice semble relativement difficile pour l'ensemble des patients. Il nécessite en effet la sélection d'indices pertinents puis leur maintien en mémoire de travail pour un traitement de l'information, habiletés cognitives souvent atteintes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Cependant, l'atteinte de la mémoire de travail observée chez la plupart des patients lors du bilan nous a conduites à décomposer les exercices, répéter régulièrement la consigne, et proposer de nombreuses facilitations, dans le souci d'éviter au maximum les situations de double-tâche.

Le travail sur des thèmes connus favorise la résurgence de souvenirs : nous remarquons la précision des souvenirs évoqués, et le réel plaisir à les partager. Ainsi, ceci permet de stimuler les capacités mnésiques.

2.1.3 Adaptation possible de l'atelier à divers profils de patients

Nous avons pu vérifier que ce type d'atelier pouvait s'adresser et trouver son intérêt dans le cadre de prises en charge de patients présentant des profils variés. En effet, les activités proposées peuvent être adaptées en fonction des patients, par un recours plus ou

moins important à des moyens de facilitation variés, et un cadre plus ou moins structuré pour conduire les séances et orienter l'échange verbal.

Le fait d'être deux et de nous « répartir » les rôles d'observation ou de conduite de la séance pour chaque prise en charge nous a permis de réaliser des observations plus précises, mais également de confronter nos opinions (tant en ce qui concerne nos observations respectives que leur interprétation), et ainsi de nous adapter au mieux aux patients et à leurs besoins respectifs.

La division des séances en deux parties (l'une structurée ; l'autre plus libre) permet de s'adresser à des patients qui présentent des profils psychiques et cognitifs variés : on peut alors choisir de porter l'accent sur l'un ou l'autre des aspects de la prise en charge, ceci en fonction des besoins et centres d'intérêt des patients.

Notre choix de proposer parallèlement des prises en charge en groupe et en individuel nous a permis de mettre en avant les points positifs et négatifs relatifs à deux modalités, l'intérêt de chacune restant dépendant des patients (capacités cognitives et communicationnelles, état psychique, personnalité et comportement) et de leurs souhaits.

2.2 Limites de l'étude

2.2.1 Hypothèses quant au choix d'une prise en charge axée sur le repérage spatio-temporel : limites des tests et des prises en charges proposées

La passation des tests élaborés afin de cibler spécifiquement les difficultés de repérage spatio-temporel a montré la forte intrication et la difficile dissociation des capacités spatio-temporelles avec les autres capacités cognitives (notamment mnésiques) et langagières.

L'ensemble des activités proposées en séances a permis de présenter aux patients des repères sensoriels et linguistiques, et de favoriser chez eux une flexibilité mentale leur permettant de s'appuyer sur ces repères pour s'orienter dans l'espace et le temps. Cependant, une prise en charge à plus long terme serait nécessaire pour permettre de réintroduire chez les patients pris en charge des repères spatio-temporels de façon stable et durable.

2.2.2 Hypothèses quant au choix d'une prise en charge basée sur l'utilisation des sens

Le choix d'un support sensoriel présente un caractère restrictif quant aux patients pouvant bénéficier d'une telle prise en charge : il nécessite une préservation relative (ou correction suffisante) des capacités sensorielles et gnosiques, même s'il est toujours possible d'apporter des facilitations adaptées.

L'aspect positif du choix d'un tel support sur la communication reste à relativiser puisque l'évolution positive observée a pu être majorée par le fait que les patients, (s'ils ne semblent pas, pour la plupart d'entre eux, nous reconnaître véritablement), nous identifient cependant comme « personnes familières », nous associant aux autres membres du personnel

soignant. Ainsi, au-delà d'un support original, la relation thérapeutique établie entre un patient et son thérapeute apparaît essentielle.

Au niveau cognitif, le caractère structuré et répétitif des séances a pu avoir un impact sur les capacités de compréhension et d'adaptation.

Nous avons par ailleurs pu remarquer, chez plusieurs patients, une fluctuation des performances d'une séance à l'autre, et une grande fatigabilité liée aussi bien à la longueur de la séance qu'à la difficulté des exercices demandés.

2.2.3 Un impact qui reste à démontrer

La courte durée des prises en charge proposées ne nous a pas permis de mettre en avant d'évolution significative au niveau des capacités cognitives et d'orientation des patients.

Ces séances nous ont permis de constater une évolution globale satisfaisante chez les patients au fur et à mesure des séances, mais l'impact observé sur le repérage spatio-temporel, les capacités cognitives, et plus généralement sur la communication, reste à relativiser compte tenu de l'influence possible d'un certain nombre de paramètres sur les résultats obtenus.

En outre, le personnel soignant n'a remarqué aucun changement significatif suite à nos séances, ceci que ce soit de manière immédiate (différence éventuelle avant/après chaque séance) ou sur un plus long terme (différence éventuelle début/fin du suivi). Il semble d'ailleurs que seule une patiente ait évoqué les prises en charge proposées avec le personnel soignant.

Un suivi à long terme serait donc nécessaire pour confirmer avec plus de certitude les observations faites au cours des séances et du bilan final.

Notre expérimentation nous aura donc essentiellement permis de mettre en avant les éléments positifs et négatifs de la prise en charge proposée, afin de déterminer lesquels pourront être repris lors d'une prise en charge à plus long terme, et lesquels méritent d'être améliorés.

2.2.4 Difficultés rencontrées et moyens pour les contourner

Au cours de notre expérimentation de groupe, nous nous sommes trouvées confrontées à différentes difficultés. Nous avons donc cherché, lors d'une seconde expérimentation, à proposer des séances plus régulières, ceci tant du point de vue du rythme des séances rencontrées que de la composition du groupe. Toutefois, les fluctuations de l'état des patients, inhérentes à la maladie, ne nous ont pas permis d'améliorer la régularité du cadre et du rythme des séances proposées.

Malgré tout, nos nouvelles observations sont venues enrichir nos premières constatations et nous permettent d'avancer différentes hypothèses, qui donneront quelques pistes à d'autres orthophonistes qui souhaiteraient mettre en place ce type de prise en charge.

2.2.4.1 Des critères de sélection à préciser pour une meilleure homogénéité des profils des patients recrutés

Malgré le respect des critères de sélection quant au recrutement des patients pris en charge, nous avons pu remarquer une certaine hétérogénéité des profils cognitifs, psychiques et communicationnels.

En ce qui concerne le profil cognitif, nous avons pu remarquer que certaines patientes ayant obtenu des scores MMS relativement comparables entre eux, semblaient présenter de grandes différences en terme de vivacité d'esprit et de flexibilité mentale (ralentissement cognitif de Mme Ge contrastant avec la vivacité d'esprit des trois autres patientes, présentées en annexe n°10).

Un bilan plus complet permettrait sans doute de mieux cerner les capacités et difficultés des patients. Nous pouvons notamment avancer l'hypothèse que certains autres critères auraient pu être retenus au cours de notre sélection, tels que, par exemple, le niveau social, le niveau scolaire, ou les activités auxquels le patient participait autrefois et participe encore, la stimulation quotidienne, la présence impliquée de la famille, etc.

2.2.4.2 Un travail en collaboration avec le personnel soignant et l'entourage en vue d'une meilleure prise en charge plus globale des patients suivis

Outre une bonne connaissance de la maladie et de ses spécificités, il semble important de travailler conjointement avec des personnes qui connaissent le patient et le voient vivre au quotidien. Ainsi, il peut être positif pour l'orthophoniste qui intervient en EHPAD de travailler avec une personne référente (aide soignante, animatrice ou infirmière) côtoyant quotidiennement les patients et qui sera à même de renseigner l'orthophoniste et de l'aider à établir un contact plus aisé avec les patients pris en charge.

En dehors de ces séances, le fait que le personnel ou l'entourage encourage le patient à se centrer sur ses sensations, par exemple en lui disant régulièrement : « Mangez cette glace, voyez comme elle est froide, buvez votre thé tant qu'il est encore chaud. » peut permettre aux malades Alzheimer de s'ouvrir sur l'extérieur et de porter leur intérêt sur ce qui les entoure. Cela est essentiel à l'ancrage dans « l'ici et le maintenant ». Ainsi, les aidants peuvent faire de chaque repas une animation plaisante et agréable visuellement ; Décorer les plats, parfumer les plats, mettre une musique douce ; Leur faire respirer des arômes naturels, l'odeur agréable d'épices dans leur repas, le parfum de leur nouvelle eau de toilette, de leur savonnette ; Nommer leur parfum mais sans leur poser de questions pour ne pas les mettre à l'épreuve.

Faire travailler conjointement un soignant avec un orthophoniste dans ce type de prise en charge pourrait même permettre aux divers professionnels d'enrichir leurs pratiques professionnelles respectives. La participation du soignant aux séances serait une occasion de rencontrer le patient autrement, dans un autre contexte. Mais son regard de soignant qui a appris à connaître la personnalité, les réactions et gestes du patient pourrait aussi constituer une aide pour l'orthophoniste.

2.2.4.3 Possibilité d'adaptation aux différents stades de la maladie ?

Les différences de profils constatées entre les patients pris en charge lors de nos deux expérimentations de groupe nous ont conduites à adapter les supports proposés : cela a été le cas notamment lors de la séance du jardin, pendant laquelle nous avons choisi, (lors de notre seconde expérimentation), de présenter des portraits d’Arcimboldo, afin de favoriser un travail cognitif un peu plus élaboré. Cette expérimentation menée auprès de personnes présentant divers profils nous a permis de voir qu’il était tout à fait possible d’adapter les différents supports et aides apportées.

Malgré les possibilités de facilitation et adaptation des activités proposées, nous avons pu voir au cours de nos expérimentations que les patients, au stade léger ou modéré de la maladie, rencontraient déjà des difficultés, du fait des troubles cognitifs installés. D’un point de vue psychique, les patients, partiellement conscients de leurs difficultés, peuvent parfois manifester une certaine réticence vis-à-vis de la prise en charge proposée, adoptant une attitude de déni.

Si, à ce stade, la prise en charge participe à la mobilisation et au maintien des capacités cognitives et d’orientation préservées, elle pourrait aussi être envisagée à degré d’atteinte moindre (MCI = Mild Cognitive Impairment), en vue de retarder l’apparition des troubles. Cependant, cette possibilité de prise en charge à titre « préventif » risque de se heurter à un manque de coopération de la personne (sentiment d’inutilité de la prise en charge proposée ? – déni ?), mais une bonne relation thérapeutique peut favoriser sa mise en place.

2.2.4.4 Les différents lieux de prise en charge

Nous pensons qu’un suivi à domicile pourrait également être envisagé pour ce type de prise en charge, puisqu’il en permettrait une mise en œuvre plus concrète, le patient étant entouré d’objets, meubles, lieux lui étant familiers. L’implication de la famille est également un élément très positif à prendre en compte. Sans pour autant faire des aidants des thérapeutes, ils peuvent apporter des anecdotes de leur vie passée, ou des informations à partir de supports photographiques. Cela est un élément positif indéniable qui permet de faire travailler la mémoire et les repères spatio-temporels propices à l’ancrage dans la réalité.

La mise en place de ce type de prise en charge au domicile des patients pourrait tout à fait s’inclure dans les recommandations de pratiques qui s’intègrent dans la mesure n°6 du Plan Alzheimer 2008-2012. En effet, « *sur prescription médicale, les ergothérapeutes et les psychomotriciens peuvent intervenir à domicile et assurer, dès le diagnostic, l’éducation thérapeutique, (...) la réhabilitation et la stimulation cognitive* », comme cela est indiqué dans le plan (www.plan-alzheimer.gouv.fr). Il semble que l’orthophoniste puisse tout à fait trouver sa place au sein de ces équipes spécialisées qui œuvrent à améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer. Les orthophonistes pourraient tout à fait apporter leurs compétences en tant que thérapeutes de la communication, apporter des informations grâce à leur aptitude à la communication non verbale, et mettre en place une prise en charge des troubles cognitifs. Cela permettrait ainsi d’améliorer considérablement la prise en charge globale de ces patients, leur qualité de vie et celle de leur entourage.

Quelque soit le lieu de prise en charge, si cela est possible, il est préférable d'avoir un endroit fixe pour stimuler cognitivement le patient. Les jours et les horaires fixes, dans la mesure du possible, sont conseillés, pour l'apport de repères et d'un cadre stables, ceci malgré le fait que les patients changent d'état et d'humeur de façon imprévisible.

Conclusion

Le développement des techniques de **stimulation sensorielle** pour prendre en charge les pathologies neurodégénératives de la personne âgée en gériatrie nous a conduites à nous interroger sur leur **utilisation possible en orthophonie**, dans le cadre de la prise en charge de la **maladie d'Alzheimer**.

Nous avons choisi d'**axer notre prise en charge sur les troubles de l'orientation spatio-temporelle** (de survenue précoce dans la maladie), afin d'**agir de manière indirecte et à plus long terme, sur les capacités communicationnelles des patients**.

Notre étude semble **montrer certains effets bénéfiques de l'utilisation d'une stimulation multisensorielle à visée d'orientation, dans le cadre de la prise en charge orthophonique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré**.

Le choix d'**activités centrées sur les capacités spatio-temporelles** est un moyen original de présenter aux patients des repères sensoriels et linguistiques. Ces activités pourraient favoriser chez eux une prise d'appui sur les repères fournis afin de les aider à s'orienter dans l'espace et le temps. Peut-être qu'ainsi, une prise en charge à long terme permettrait de ralentir la détérioration spatiale et temporelle et ainsi participer au maintien de ces piliers de la communication.

En effet, l'appui sur un support concret et se rapportant à des éléments du quotidien favorise un ancrage dans la réalité. Il permet de canaliser l'attention des patients et présente un **aspect stimulant et motivant**. Les stimulations proposées servent de **base à la communication** et permettent au patient de partager ses connaissances, goûts et souvenirs : il retrouve alors toute sa place d'être communicant et retrouve une certaine estime de lui-même.

En agissant sur la communication, les activités proposées permettent de **stimuler l'ensemble des capacités cognitives des patients**, et plus particulièrement les capacités mnésiques, de flexibilité mentale et de raisonnement/jugement.

Les observations menées tout au long de nos prises en charge nous ont par ailleurs conduites à prendre conscience de **l'importance de proposer des séances présentant la plus grande régularité possible**, (ceci tant du point de vue du cadre des séances que du rythme) – même si les fluctuations, le déni des troubles et l'anosognosie (inhérents à la maladie) rendent parfois difficile cette régularité. La **continuité des stimulations** proposées semble en effet être un élément important en vue d'optimiser l'impact du suivi proposé.

Nous avons pu mettre en avant les avantages et limites relatifs à chaque mode de prise en charge, et avons pu vérifier leur **possible mise en œuvre** auprès de **patients présentant des profils cognitifs et psychiques relativement variés**. Toutefois, compte-tenu de l'échantillon restreint de patients sur lequel nous avons fait porter notre étude, nous n'avons

pu étudier **la possibilité d'adapter ce type de prise en charge à des patients présentant une atteinte plus importante, ou souffrant d'une autre pathologie** neurodégénérative, ou traumatique. Une étude portant sur un échantillon plus important de patients, et ceci en ce qui concerne **différentes pathologies de la communication**, pourrait être menée afin d'étendre l'utilisation de ce type de prise en charge en orthophonie.

Bibliographie

Ouvrages

- Adam S., Allain P., Aubin G., et Coyette F., (2009) *Actualités en rééducation neuropsychologique : Etudes de cas*, Marseille, Edition Solal.
- Bekhouch L. et al. (1999), *les troubles du langage dans la démence et la dépression de la personne âgée*, Glossa n°66, p21 à P22.
- Bergogo C., Pradat-Diehl P., Ferrand I., *Batterie de décision visuelle d'objets*, Isbergues, Ortho Edition.
- Berthoz A., *Le sens du mouvement*, (1997), Paris, éditions Odile Jacob.
- Billé J., Billé-Turc F., (1992), *Neurogériatrie*, Marseille, Edition Solal.
- Bodescot M-C. (2008) *Alzheimer et autres démences*, collection doc'gérontologie, Revigny-sur-Ornain, DOCéditions, p113 à p118
- Bordes A., (2008) *Alzheimer et autres démences*, collection doc'gérontologie, Revigny-sur-Ornain, DOCéditions, p144 à p147.
- Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V., (2004) *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho édition.
- Buser P., Imbert M., (1982) *Psychophysiologie sensorielle, Neurophysiologie fonctionnelle II*, Paris, Hermann.
- Buser P., Lestienne R., (2001) *Cerveau Information Connaissance*, Paris, CNRS Editions.
- Debroise A., (2005) *Les mystères du cerveau : connaître et soigner*, Paris, Larousse.
- Delage M., Lejeune A, (2009) *La résilience de la personne âgée : un concept novateur pour prendre en soin la dépendance et la maladie d'Alzheimer : actes du colloque de Hyères 17 & 18 mai 2008*, Marseille, Solal.
- Devevey A, (2008), *Le support tactile dans la production de langage chez les malades d'Alzheimer*, Rééducation orthophonique, n°236.
- Dubois G., (1972) *Orientation spatiale et temporelle*, Paris, les éditions ESF.
- Ergis A.-M. Ergis, Eusop-Roussel E., (2008) *Les troubles de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer*, Revue Neurologique Volume 164, pages 96 à 101.
- Eustache F., Lambert J., Viader F., (1997 – 2002) *Rééducations neuropsychologiques, historique, développements actuels et évaluation, séminaire de Jean-Louis Signoret*, édition De Boeck.
- Feil N., Blanchard F., Roux-Briou J., (2005) *Validation mode d'emploi, techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence*, édition Pradel.
- FOLSTEIN M.F. et coll, (1975) *Mini Mental State*, Version consensuelle Greco 1998.
- Gil R., (2010) *Neuropsychologie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Goldberg A., Schweitzer P., Bruce E., Hodgson S., (2008) *Animer un atelier de reminiscence avec des personnes âgées*, éditions Chronique sociale.
- Goulet P., Joannette Y., Hannequin D, (1988) *La contribution de l'hémisphère droit à la communication verbale : rapport de neurologie, congrès de psychiatrie et de*

- neurologie de langue française, LXXXVe session, Bordeaux, 15-19 juin 1987, Paris, Masson, 1988, Comptes rendus (Congrès de psychiatrie et de neurologie française).*
- Grandemange D., Gérold G., Szyba C., (2010) *Les personnes âgées, Comprendre et prendre soin*, Paris, Edition De boeck-Estem.
 - Grech E., (2004) *Représentations spatiales et orientation chez les malades d'Alzheimer*, Mémoire d'orthophonie de l'école de Bordeaux.
 - Griffon L., Dubois H, (2009) *Influence d'une présentation multisensorielle d'un matériel à mémoriser dans la maladie d'Alzheimer*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste de l'académie de Paris, Université Paris VI Pierre et Marie Curie.
 - Habib M., Joannette Y., Puel M., (1991) *Démences et syndromes démentiels, Approche neuropsychologique*, Masson.
 - Hof C., (2008) *Art thérapie et maladie d'Alzheimer*, éd Chronique sociale.
 - Hugonot-Diener L., et col., (2008) *GREMOIRE : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*, Collection Greco, édition Solal.
 - Khosravi M., (2011) *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés*, Doin éditions.
 - Lacombe M., (1989) *Précis d'anatomie et de physiologie humaines*, 26^{ème} édition, Paris, Editions Lamarre-Poinat.
 - Lambert G., (2007) *La maladie d'Alzheimer*, édition Les Essentiels Milan.
 - Lambert J. (2001) *Le langage : un carrefour d'interactions cognitives*, Rééducation Orthophonique, n°208.
 - Lecourt E., (2005) *Découvrir la musicothérapie*, Paris, Eyrolles.
 - Le Danseurs Y. (1994), *Mobiliser la mémoire pour que vive les sens ou mobiliser les sens pour que vive la mémoire*, Rééducation orthophonique, n°177, pp.75-83.
 - Lyon-Caen O., Hirsch E., (2010) *Priorité cerveau: Des découvertes aux traitements*, Edition Odile Jacob.
 - Mangin N., Jonveaux T., (2010) *L'orientation topographique normale et ses perturbations au cours de la maladie d'Alzheimer : évaluation et réhabilitation*, thèse de l'Université Henri Poincaré 1, Faculté de médecine.
 - Martinez C., (2003) *Stimulation du langage par les sens, expérience d'une prise en charge orthophonique auprès de patients atteints de démence sénile de type Alzheimer*, Paris, Mémoire de l'Université de Paris VI, UFR Pitié-Salpêtrière.
 - Mc Crone J., (2003) *Le fonctionnement du cerveau*, Paris, Pearson Education France.
 - Michel B.-M., Verdureau F., Combet P., (2005) *Communication et démence*, édition Solal.
 - Moryoussef A., (2008) *Le toucher thérapeutique orthophonique dans les maladies neuro-dégénératives*, Rééducation Orthophonique, n°236.
 - Ogay S., (1996) *Alzheimer : Communiquer grâce à la musicothérapie*, Paris, Montréal.
 - Orellana B., (2005) *Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques et aide au plan de rééducation*, Isebergues, Ortho Edition.
 - Pager R. (2010), *Maladie d'Alzheimer, Comment communiquer avec le malade ? Guide de l'aidant*, Paris, Editions Frison-Roche.

- Patry-Morel C., (2006) *Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, Rééducation, théorie et pratique : Démarche séméiologique dans une approche cognitive et une perspective écologique*, Marseille, Solal.
- Perron M., (2003) *Communiquer avec des personnes âgées : la clé des sens*, éditions Chronique sociale.
- Phaneuf M., (2007) *La maladie d'Alzheimer et le prise en charge infirmière*, Masson, 2007.
- Piaget J., Inhelder B., (1972) *La représentation de l'espace chez l'enfant*, Paris, Presse universitaires de France.
- Pouthas V., (2009) *Dossier : les bases neuronales de la perception du temps*, Cerveau&Psycho n°32.
- Reed, Stefen K., *Cognition : théories et applications*, Bruxelles, De Boeck, 2011.
- Robic M.-M., (2009) et De Sant'Anna M., *Pratiques innovantes et personnes âgées*, Ortho magazine, n°84, page 15 à 25.
- Rousseau T., (1995) *Communication et maladie d'Alzheimer, évaluation et prise en charge*, Isbergues, L'ortho-Edition.
- Rousseau T., (2007), *Démences : orthophonie et autres interventions*, Isbergues, Ortho Edition.
- Rousseau T. (sous la direction de) (2008), *Les approches thérapeutiques en orthophonie : Tome 1 (Prise en charge des troubles du langage oral, chapitre VI, texte de Hassler G.)*, Orthoédition.
- Rousseau T. (sous la direction de) (2008), *Les approches thérapeutiques en orthophonie : Tome 4 (Prise en charge des pathologies d'origine neurologique, Chapitre VI par Rousseau T.)*, Orthoédition.
- Rousseau T., (2011) *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*, édition Elsevier Masson.
- Rousseau T., (2001) *Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer*, Glossa, n° 75, pages 14 à 21.
- Sabourin R., Le Danseurs Y., (1994) *Les cinq sens et leur rôle dans la communication interpersonnelle*, Rééducation orthophonique, vol 32, n°177, pp.39-42.
- Sellal F., Kruczek E. (2007), *Maladie d'Alzheimer*, Collection Conduites, Rueil-Malmaison, Doin.
- Selmès J., Derouesné C., (2006) *La maladie d'Alzheimer, cahier d'activités 1 : 10 activités pour optimiser chez soi la mémoire et l'orientation de votre proche atteint de la maladie d'Alzheimer*, Montrouge, J. Libbey Eurotext.
- Selmes J., Derouesnes C. (2009) *La maladie d'Alzheimer pour les nuls*, Broché.
- Signoret J.-L., *BEC 96 : Evaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés*, Paris, IPSEN.
- Touchon J., Portet F., (2000) *Guide pratique de la maladie d'Alzheimer*, Paris, MMI Editions, Masson.
- Touchon J., Portet F., (2004) *La maladie d'Alzheimer*, Issy-les-Moulineaux, Masson.

Sites internet :

- Association Alzheimer Suisse : <http://www.alz.ch/f/html/alzheimer+29.html>
- Observatoire Nationale de la recherche sur la maladie d'Alzheimer (ONRA) : <http://cm2r.enamax.net/onra>
- Union nationale des associations Alzheimer : <http://www.francealzheimer.org/>
- La Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr>
⇒ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_orthophonie_reeducation_du_langage.pdf
- Plan Alzheimer: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>

Notes personnelles:

1. Cours de dysorthographe Mr V. Midolo : année 2010/2011
2. Cours de psychomotricité Mme Alexandre: année 2008/2009
3. Cours sur la démence Mlle L. Pottier : année 2011/2012

Annexes

Annexe 1 : aides externes et repères temporels

Exemple de la mise en place d'un carnet mémoire chez une patiente de 70 ans (MMS à 25/30), par Adam et al., (1999)

Objectif : acquisition de la procédure d'utilisation et de consultation de l'agenda

Aide externe : 1 seule rubrique permettant de planifier les journées au jour le jour et de noter les rendez-vous.

Apprentissage de l'utilisation de cette aide :

Déroulement de l'entraînement en 12 séances de 45mn.

Début de chaque séance : rappel à la patiente que chaque rendez-vous noté doit lui permettre de répondre à 3 questions : quand, où et pourquoi.

Ensuite, la séance est divisée en 2 phases :

- le thérapeute donne 10 rendez-vous que la patiente doit noter au crayon dans son agenda.

La tâche est complexifiée par des omissions volontaires du thérapeute : la patiente doit prendre conscience du manque d'informations et doit poser une question pour remédier à cette lacune.

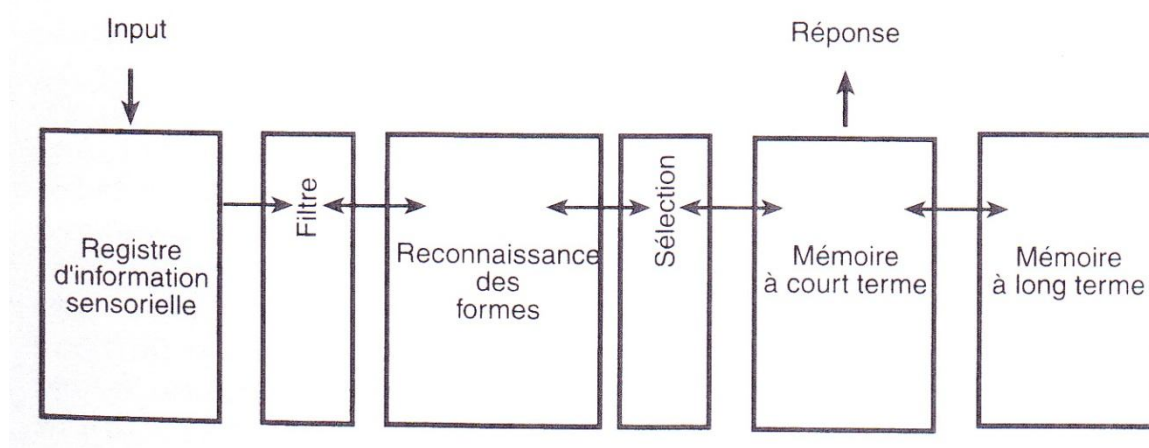
- le thérapeute demande à la patiente de consulter son agenda

Il vérifie si la patiente peut relire ses notes, et observe dans quelle mesure elle est capable de prendre conscience spontanément de l'absence de certaines informations indispensables à l'identification précise du rendez-vous.

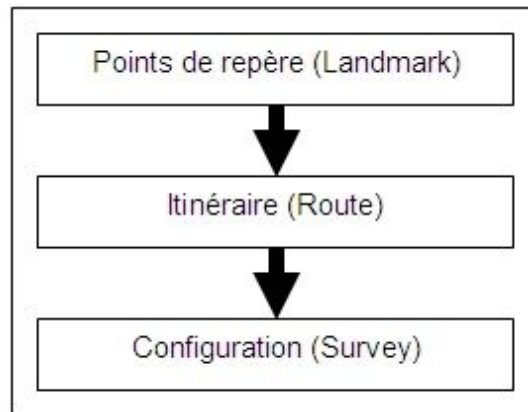
Si la prise de conscience ne se fait pas : indices progressifs jusqu'à aboutir à la prise de conscience de la patiente (« tout est correctement inscrit? Avez-vous les indices nécessaires?...A quelle heure devez-vous vous rendre à cet endroit? »)

Objectif : automatiser l'auto-vérification: identifier et combler immédiatement les lacunes.

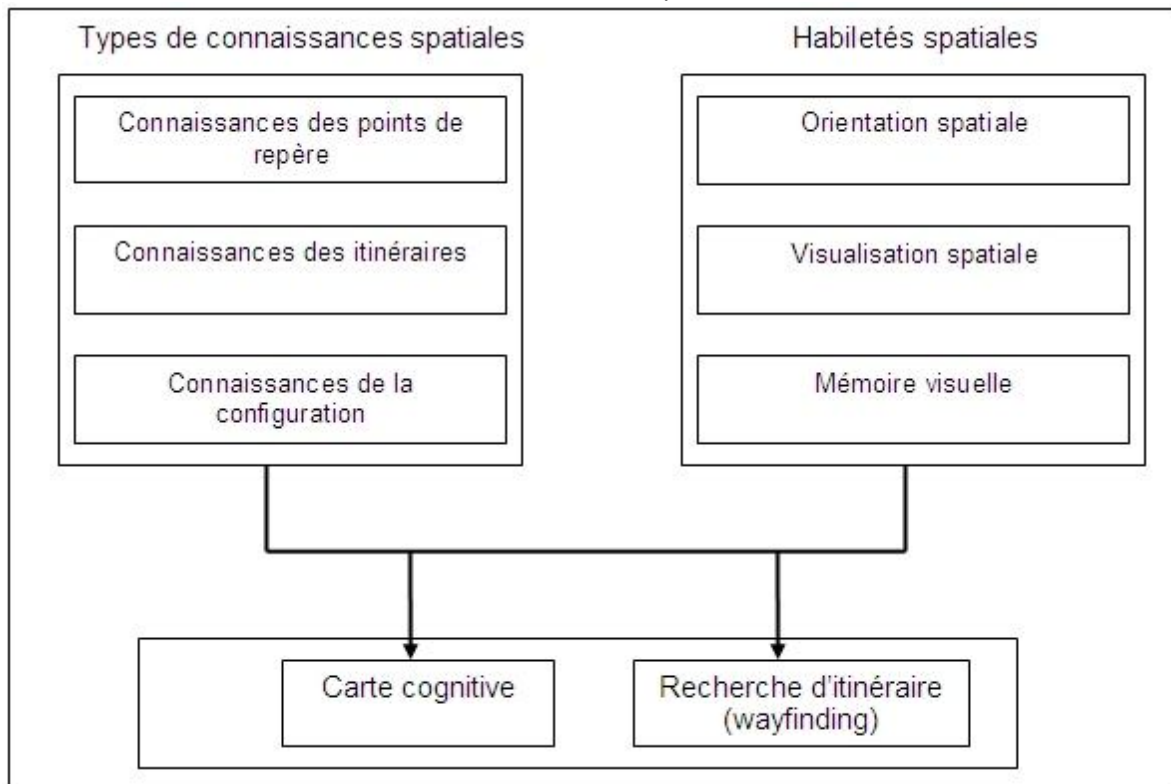
Annexe2 : Le traitement cognitif de l'information



Annexe 3 : habiletés spatiales



Taxonomie de Thorndyke (1982)

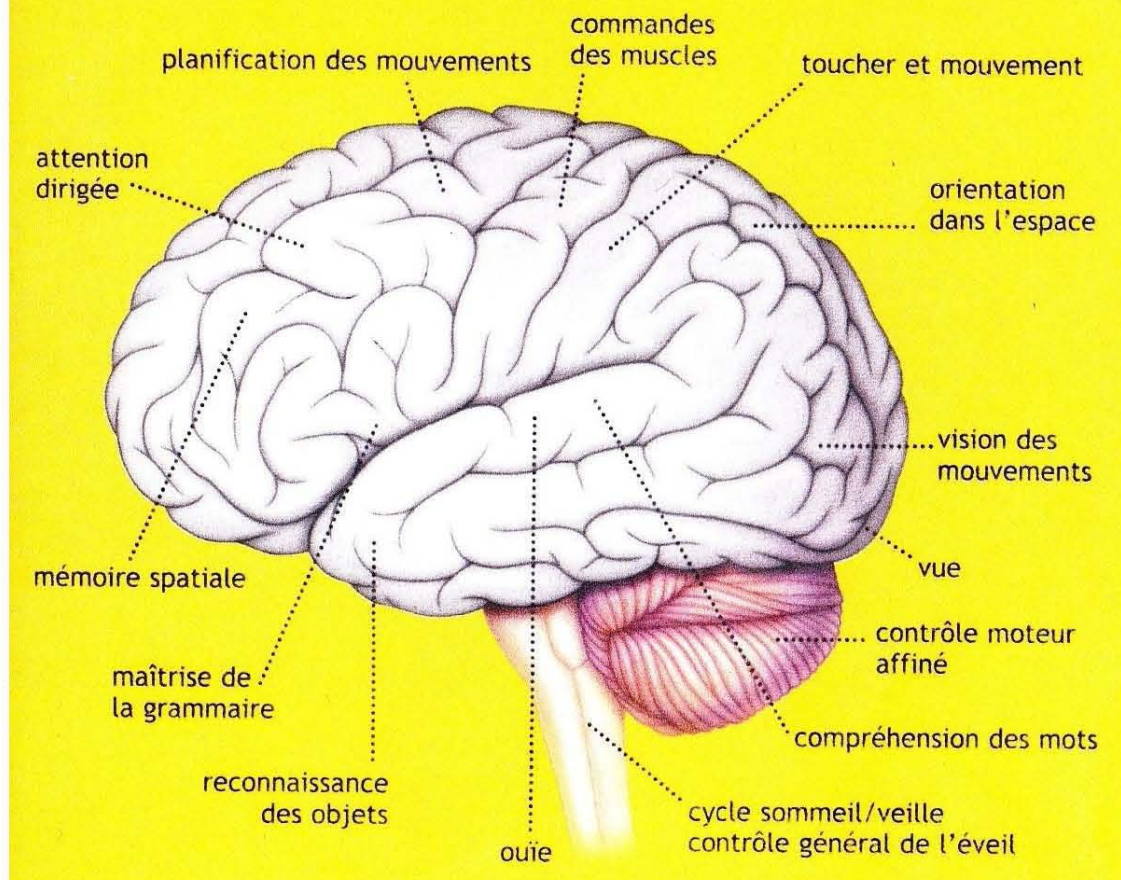


Pour acquérir une bonne compréhension d'un environnement

Annexe 4 : la localisation des fonctions

La localisation des fonctions

Chaque action spécifique est gérée par une région précise de l'encéphale. Mais celui-ci est un réseau de connexions sans fin. Les régions sur ce schéma n'indiquent que quelques-unes des contributions à son activité d'ensemble.



Annexe 5 : questionnaire au personnel soignant

Questionnaire pour le personnel soignant

Date :

Dans le cadre de la prise en charge orthophonique de M, Mme.....

1. L'alimentation :

- Les repas :
Le patient mange-t-il normalement :
-liquides épaissis/ nourriture mixée ?
-régime particulier ?

2. Orientation spatiale et temporelle

- Tendance à se perdre ?
- A oublier la place, la fonction des objets familiers ?
- Respect des rituels de la journée ? (heure des repas, toilette, coucher...)
- Cohérence temporelle : Distinction temps présent/passé/futur ?
- Reconnaissance des personnes de son entourage (sans confusion avec des personnes de son entourage) ?

3. Comportement et communication :

- Avec les autres résidents :
Discute ?
S'isole ?
- Avec le personnel soignant :
Sollicite l'attention ?
Essaye de communiquer ?
- Communique avec : des gestes, des regards, la parole ?
- Parle spontanément ou plutôt quand on le sollicite ?
- A-t-il des difficultés à s'exprimer ? cherche ses mots, mot pour un autre...
- Cohérence du discours ?
- La compréhension vous semble-t-elle bonne ?
- Anxiété/ Agressivité/ Agitation ?

4. Vie quotidienne et autonomie

- Toilette/habillage
- Repas

Merci de votre attention et de votre collaboration.

Annexe 6 : Le bilan initial

6.1 Les tests de présélection

6.1.1 Données personnelles :

anonymat :

Nom :

Prénom :

Sexe : masculin féminin

Date de naissance:

Région/ville d'origine :

Quel était votre métier? Quels étaient vos horaires (approximatifs) de travail?

Niveau d'études :

Etes-vous ou avez-vous été mariée ?

Marié(e)

Veuf

Divorcé(e)

Enfants

<i>Nombre d'enfants</i>	<i>Noms, âges</i>
<i>Nombre de petits-enfants</i>	<i>Noms, (âges)</i>

Vie quotidienne et autonomie:

Comment est venu le patient? (indice du degré d'autonomie)

6.1.2MMS

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderais tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives

/ 1

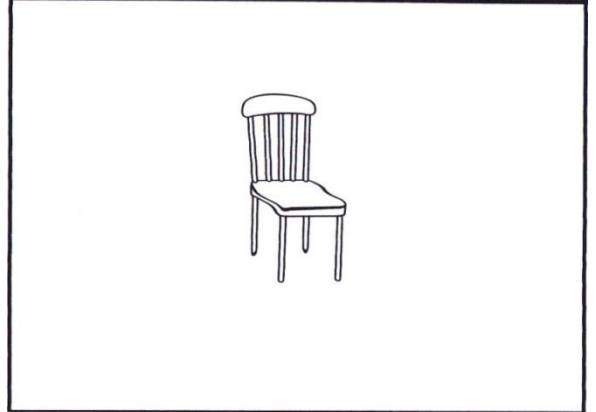
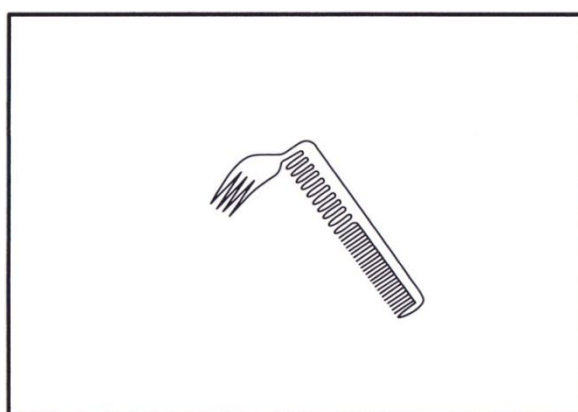
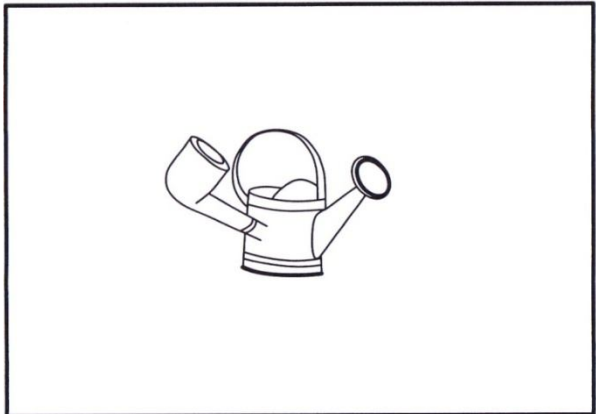
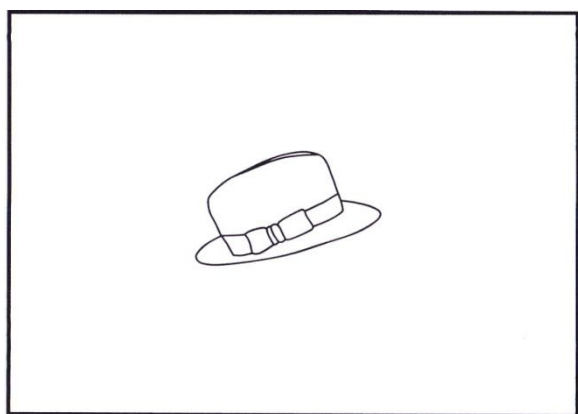
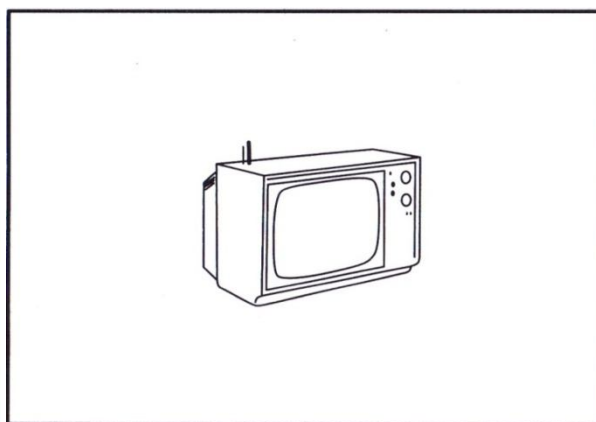
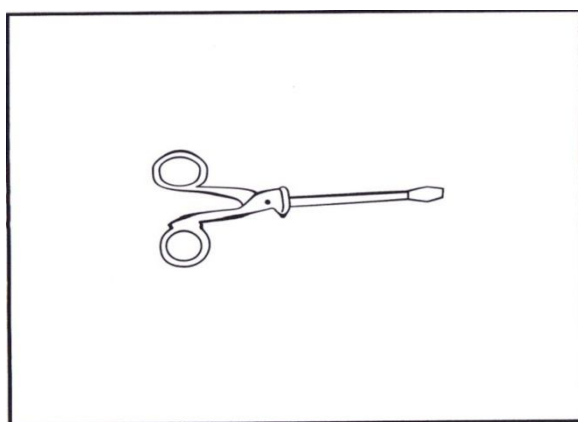
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

6.1.3 Compréhension des consignes

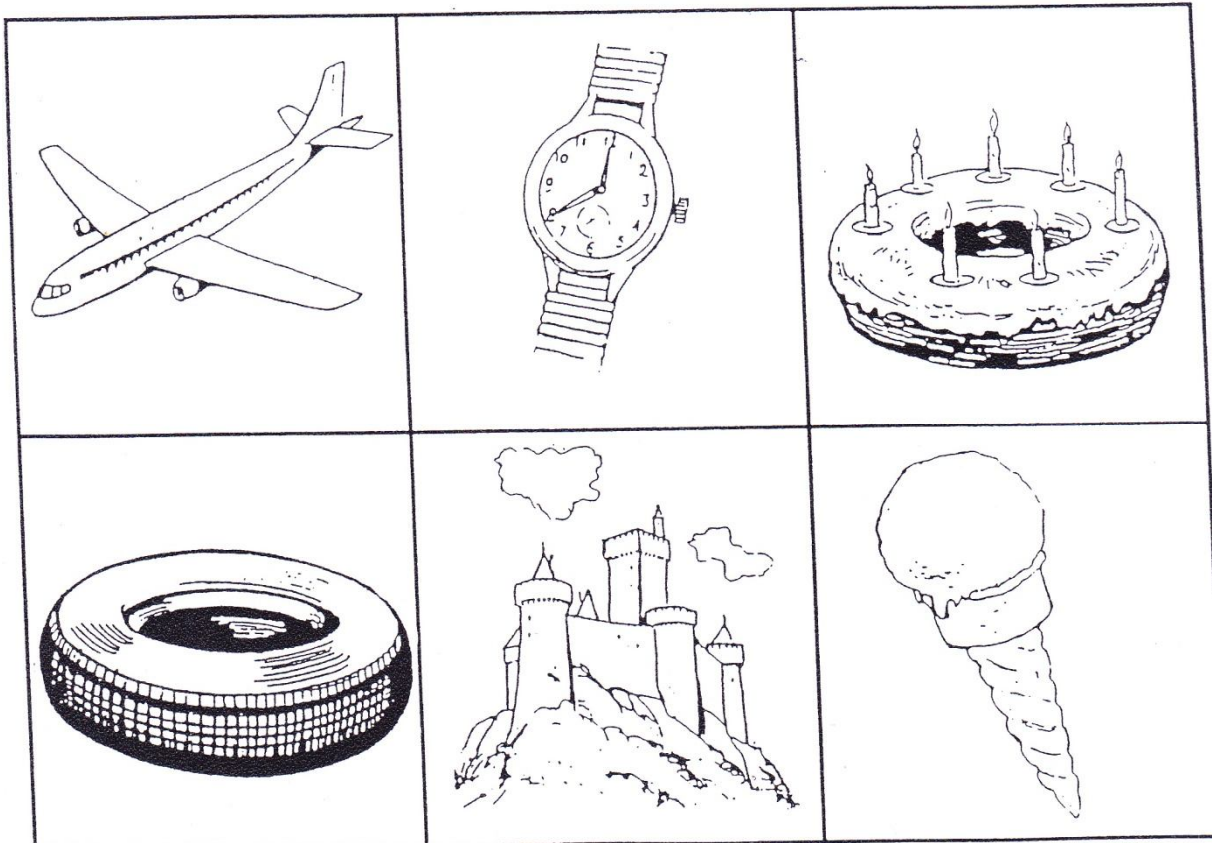
- Touchez un rond
- Touchez le rectangle bleu
- Touchez le rectangle jaune et le rond vert
- Mettez le rond rouge sur le carré vert

6.1.4 Jugement (Décision visuelle) : *montrez-moi les objets qui existent/les vrais objets.*

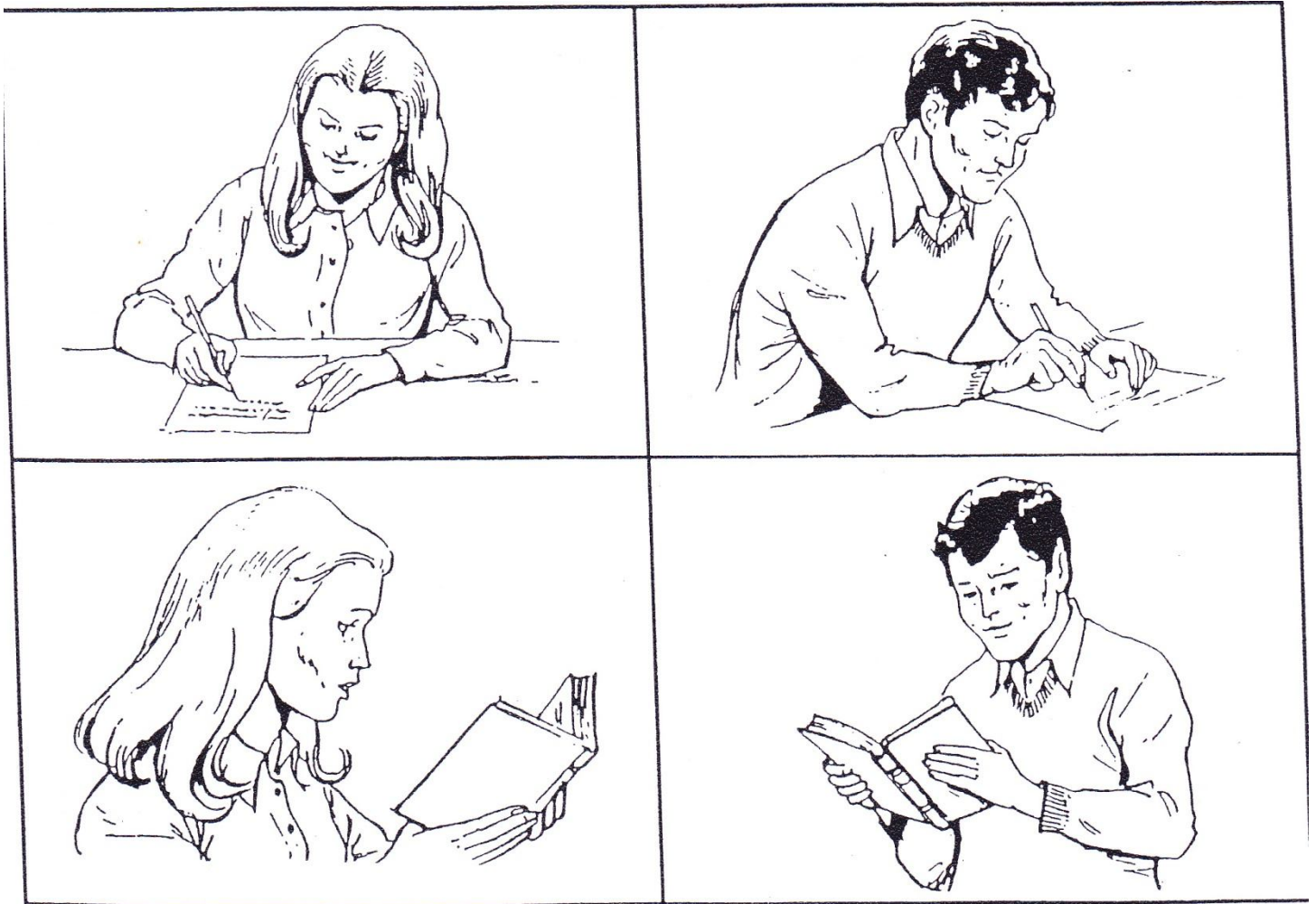


6.1.5 Epreuve de compréhension de lecture (MT86) : Lisez à voix haute et désignez l'image qui correspond

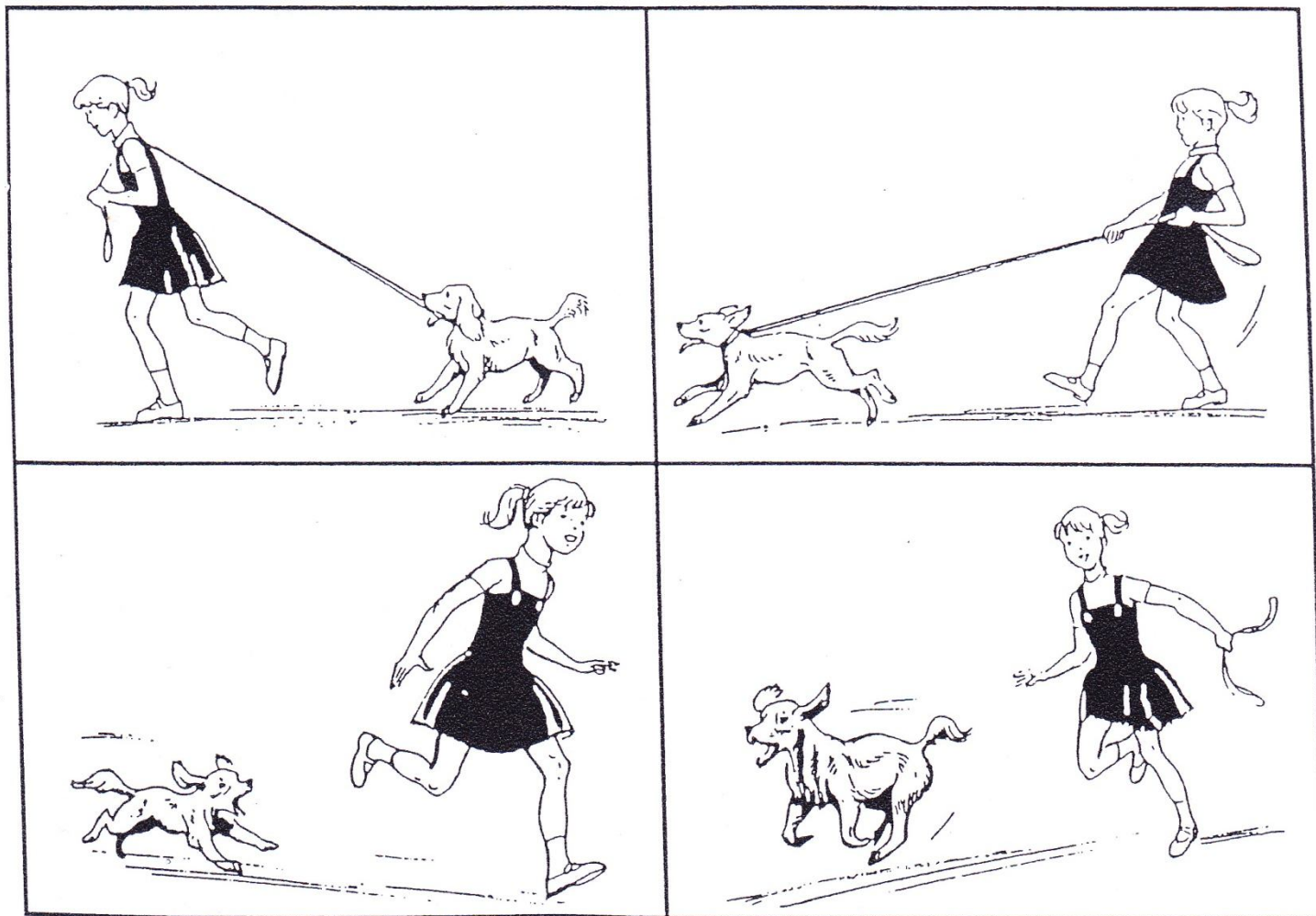
GÂTEAU



LA FEMME ECRIT



LE CHIEN TIRE LA FILLE



6.1.6 Sensoriel

- **Gnosies olfactives :**

Je vais vous faire sentir deux odeurs différentes, vous devrez me dire ce que c'est si vous le reconnaissez.

- café

- lavande

- **Gnosies tactiles :**

Se munir d'une éponge, d'une cuillère et d'un stylo.

Fermez les yeux et tendez votre main ; tout en gardant les yeux fermés vous me direz quel est l'objet déposé dans votre main.

-éponge

-Cuiller

-stylo

- **Gnosie gustative :**

Reconnaissance : banane

- **Gnosies auditives :**

Reconnaissance de bruits familiers : Se munir de deux clés et d'une boîte à meuh.

Agiter deux clés attachées ensemble.

A quoi correspond ce bruit ?

Boîte à meuh

A quoi correspond ce bruit ?

- **Gnosies gustative :**

Reconnaissance : chocolat

6.2 Tests axés sur le spatio-temporel

6.2.1 Spatial

- **Classement d'objets dans différents lieux**

Voici deux feuilles : une indique la salle de bain, l'autre représente la cuisine (comme cela est écrit dessus).

Voici différents objets, je vous demande de ranger chaque objet où vous avez l'habitude de les utiliser.

Exemple : voici un gant de toilette, je vais le ranger dans la salle de bain (le poser sur le plateau symbolisant la salle de bain).

Objets utilisés : (cocher les objets correctement rangés)

Cuisine :

Lait

Casserole

Cuillère

Salle de bain :

Brosse à dent

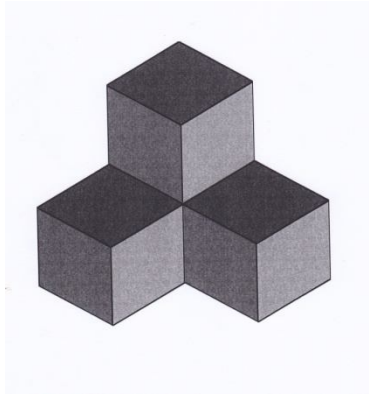
Peigne

Savon

- **Construction dans l'espace**

Combien y a-t-il de cubes ?.....

Voici des cubes, pouvez-vous reproduire cette construction ?



- **Compréhension des termes spatiaux**

Avec des objets : propositions de phrases automatiques proposées à l'oral faisant intervenir des propositions.

Ici la cuillère est en dehors du verre.

Là, la cuillère est.... (dans) le verre.

Ici la gomme/chaise est à droite de la table.

Là, elle est.... (à gauche) de la table.

Ici le crayon est à côté de la feuille.

Là, il est ... (sur)la feuille.

Ici le cube est sur la table.

Là, il est... (sous) la table.

- **Le plan de table**

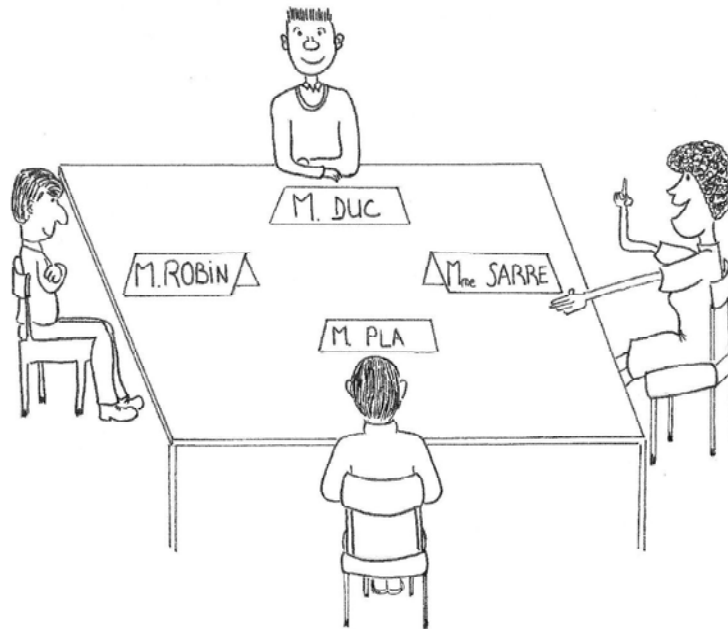
Qui est en face de Mr Robin ?

Qui est à gauche de Mme Sarre ?

Qui est à droite de Mr Duc ?

Les personnages sont tous... de la table. (Autour)

Si vous n'arrivez pas à lire les noms des personnages que j'ai écrit, vous pouvez juste désigner le personnage.



6.2.2 Temporel

- **Classement des fêtes :**

Classez ces fêtes (voici leurs noms écrits sur des étiquettes) dans leur ordre d'arrivée dans l'année.

Si difficile, préciser les saisons, puis si échec, les dates :

*Noël, c'est le 25 décembre>**HIVER***

*Pâques, dans la première quinzaine d'avril,>**PRINTEMPS***

*Le 14 juillet...>**ETE***

*La Toussaint, le 1er novembre>**AUTOMNE***

- **Indiquer un ordre chronologique :**

Dans quel ordre pouvez-vous ranger ces images ?



- **Scripts de la vie quotidienne**

Dans quel ordre pouvez-vous ranger ces phrases ?

Quand le patient a rangé les phrases dans l'ordre, lui demander :

Combien de temps met-on pour se laver les dents ?

J'enlève le bouchon du tube de dentifrice.

Je mets le dentifrice sur ma brosse à dents.

Je me brosse les dents.

Je prends de l'eau pour me rincer la bouche.

Je recrache l'eau.

Je rince ma brosse à dents.

Annexe 7 : Comptes rendus des bilans initiaux

- **Mme G., 80 ans**, est une patiente coopérante, mais manifeste de l'anxiété (ses mains sont toujours en mouvement, son visage crispé et assez pâle, les lèvres pincées, elle se tient très droite et une tension musculaire semble présente dans tout le corps) et une certaine tendance dépressive selon le personnel soignant. Elle met en doute la fiabilité de ses réponses et désire savoir si ses réponses sont exactes ou non. Mme G. nous fait part à plusieurs reprises de son sentiment de solitude, et pleure à l'évocation de son mari décédé. Elle semble avoir besoin d'écoute et de mise en confiance.

Le bilan révèle chez elle une forte atteinte des capacités temporelles et spatiales (ancrage dans le contexte temporo-spatial actuel – score MMS=2/10). Seuls les items du jour de la semaine et de l'étage sont réussis dans l'épreuve d'orientation du MMS, réussite à relativiser puisque Mme G. semble perdue lorsque nous l'accompagnons dans ses déplacements au sein de l'établissement, affirmant notamment que sa chambre se situe à un autre étage. Mme G. affirme également être née à Ger. (ville où est implantée sa maison de retraite), mais « Un autre Ger., celui de Meurthe et Moselle ». L'évocation de ses enfants et petits-enfants atteste d'une confusion entre les générations, et révèle des incohérences/imprécisions quant au métier de ceux-ci, mettant en avant une atteinte de la mémoire autobiographique. L'épreuve de rappel du MMS est échouée, mais on peut s'interroger sur l'origine des difficultés rencontrées : troubles mnésiques et/ou facteur d'anxiété ? En revanche, ses capacités langagières, mais également d'attention, apprentissage

et calcul semblent relativement conservées, attestant d'une relative préservation de la mémoire de travail.

Les tests que nous avons élaborés sont globalement bien réussis, attestant de capacités de compréhension de consignes, d'attention et de concentration relativement préservées. On note tout de même une erreur dans l'épreuve de compréhension de lecture, avec la désignation de l'image « La fille tire le chien » à la lecture de l'item « Le chien tire la fille », ceci du fait d'une mauvaise interprétation de l'image (elle nous fait signe que le chien tire la fille, mais en arrière).

Les résultats obtenus dans la partie étant davantage ciblée sur les capacités spatio-temporelles contrastent avec ceux du MMS, ainsi qu'avec les données de l'anamnèse et les observations recueillies lors des discussions/déplacements effectués avec Mme G. Les difficultés temporo-spatiales de Mme G. semblent donc essentiellement concerner les capacités d'ancrage dans « l'ici et le maintenant », que des connaissances plus générales concernant le temps et l'espace. On peut également s'interroger sur la part des difficultés à imputer aux troubles mnésiques, et non temporo-spatiaux en tant que tels.

Les épreuves de gnosies sont réussies en choix multiple (3 propositions), hormis l'épreuve tactile qui ne nécessite pas de facilitation.

- **Mme P., 89 ans,** après réticence initiale (opposition = anxiété ? Mme P se montre assez agitée, se tient droite et scrute l'environnement avec attention), se montre elle aussi coopérante et semble finalement contente de l'échange et des activités proposées au cours du bilan. Ainsi, Mme P. montre une certaine appréhension à l'idée de participer à une activité qui vient rompre avec ses habitudes, et il semble nécessaire de la rassurer et de la mettre en confiance pour pouvoir obtenir sa coopération. Le personnel soignant nous confirme d'ailleurs que Mme P. sollicite beaucoup leur attention, et se montre soucieuse du regard que posent les gens sur elle. Une fois dans le cadre de l'échange, Mme P. se montre attentive aux activités/discussions proposées, et exprime même son regret face à sa réticence initiale à notre égard : « Si j'avais su, je ne vous aurais pas accueillies comme ça ». Ses propos ne sont pas toujours cohérents, avec des ruptures de continuité thématique, et des difficultés de compréhension.

Le bilan révèle une forte atteinte des capacités spatio-temporelles (MMS=4/10), tant en ce qui concerne le repérage dans le contexte actuel qu'au niveau de son histoire personnelle (mémoire autobiographique). A l'épreuve d'orientation du MMS, seuls les items du mois et du jour du mois sont réussis sur le plan temporel, tandis que seuls le nom de la maison de retraite et de sa ville sont corrects. Mme P. fait de nombreux amalgames entre passé et présent, affirmant notamment que son mari (décédé) réside actuellement à B., travaille dans l'armée, et qu'elle s'occupe de ce fait seule de ses trois enfants. L'évocation de ses enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants est imprécise et atteste de confusions entre les générations. La mémoire de travail semble également fortement atteinte (attention et calcul). Mémoire à court terme, capacités d'apprentissage et capacités langagières semblent mieux préservées.

Les tests que nous avons élaborés nous confirment que Mme P. a des difficultés de compréhension de consignes, notamment lors de l'épreuve de complétion de phrases par des termes spatiaux, dont les résultats diffèrent significativement de ceux obtenus à l'épreuve du plan de table. La mise en ordre des scripts imagé et écrit (saisons et brossage de dents) est échouée, mais semble elle aussi davantage relever d'une incompréhension de la consigne que d'une atteinte temporelle en tant que telle. L'échec aux deux items les plus complexes de l'épreuve de compréhension de consigne semble attester de difficultés mnésiques (effet de longueur). Malgré une bonne lecture orale, l'item de compréhension de lecture le plus complexe est échoué, et la désignation semble donnée au hasard.

En ce qui concerne les capacités spatiales, la construction dans l'espace est échouée, attestant d'une atteinte des capacités spatiales non verbales. En revanche, l'épreuve du plan de table, faisant appel au vocabulaire spatial, est réussie. Concernant les épreuves temporelles, le classement des fêtes, faisant également appel à des connaissances générales, est réussi.

Les épreuves de gnosies sont réussies en choix multiple (3 propositions), hormis l'épreuve tactile qui ne nécessite pas de facilitation.

- **Mme L., 91 ans**, participe avec plaisir aux tests que nous lui proposons. Elle émet toutefois des doutes quant à sa capacité à répondre correctement aux questions : « J'ai des vides, du noir dans ma tête », nous dit-elle. Mme L. exprime un certain désarroi et semble anxieuse (cela se manifeste par des questions répétitives sur le « pourquoi » de ce qui lui arrive et semble communiquer ainsi son angoisse face à son avenir et son devenir) face à ses difficultés mnésiques, entraînant chez elle un sentiment d'absence de repères et d'attaches à sa vie antérieure : « il a dû m'arriver un accident, je ne me souviens de rien ! ».

Le bilan révèle une atteinte de ses capacités d'orientation spatiale et temporelles (MMS = 3/10 pour les items d'orientation). Elle obtient ces 3 points dans les questions d'orientation temporelles même s'il persiste un doute quant à la fiabilité de ses réponses qui semblent avoir été données au hasard pour le jour de la semaine et la saison. Mme L. nous confie qu'elle accorde peu d'importance à la date du jour, se contentant de « vivre les jours comme ils viennent ». Elle montre une parfaite conscience de ses troubles en nous avouant avec une touchante sincérité qu'elle est incapable de nous dire quel métier elle a effectué au cours de sa vie ni si elle a une famille, « des liens ». Les photographies présentes dans sa chambre ne lui permettent pas de répondre à ses interrogations même s'il persiste un sentiment de familiarité face à certains visages ou prénoms. Cela révèle une forte atteinte de la mémoire autobiographique qui accompagne des difficultés de mémoire à long terme (épreuve de rappel échouée). L'épreuve de calcul lui demande trop d'effort, elle « ne voit pas les réponses dans sa tête, c'est noir ». Ses capacités langagières sont toutefois bien préservées : nous notons d'ailleurs une très bonne appétence à la communication.

Les tests que nous avons élaborés nous confirment que Mme L. a des difficultés de compréhension de consignes avec un effet de longueur. Nous notons une petite difficulté de reconnaissance d'objet dans l'épreuve de jugement (1 item échoué sur 6) et des difficultés de

compréhension écrite malgré une bonne lecture orale. La phrase « La femme écrit » l'amène à montrer l'image de la femme qui lit par association sémantique qu'elle exprime d'ailleurs oralement (« La femme écrit, ça peut être que ça, elle a un livre »).

La partie qui teste le spatial et le temporel montre que les capacités d'orientation spatiale selon un cadre de référence égocentrique, sont bonnes, tout comme l'utilisation des termes spatiaux : à noter que le test explore essentiellement les connaissances langagières. Le classement des fêtes est échoué, malgré les facilitations apportées : l'enchaînement des saisons n'est pas évident pour elle.

Les gnosies sont réussies dans l'ensemble même si nous notons des difficultés à reconnaître les odeurs (les facilitations seront proposées en conséquence au cours des séances).

- **Mme C.**, 93 ans, est une personne vive, qui manifeste une réelle envie de communiquer, et un plaisir à effectuer les activités proposées. Elle nous confie d'ailleurs être contente de pouvoir « faire travailler sa mémoire », et se qualifie elle-même de « bavarde ». Ses troubles mnésiques la conduisent à beaucoup se répéter lors de nos échanges.

Le bilan révèle une atteinte des capacités d'orientation (score MMS=6/10), avec une atteinte prédominante des capacités temporelles (2/5) : jour de la semaine, mois, et année sont erronés. Lors des échanges, nous notons des confusions entre passé et présent, notamment à l'évocation de ses activités et loisirs (atteinte de la mémoire autobiographique). Le récit du déroulement habituel de sa journée est cohérent en terme de chronologie, mais bref et atteste lui aussi de confusions entre vie actuelle et vie passée, puisque Mme C. le résume ainsi : « Toilette, ménage, manger, puis le travail habituel d'une maison ». Mme C. se déplace seule au sein de l'établissement, mais ses déplacements se limitent aux allers-retours effectués entre sa chambre et l'office. Les capacités de rappel sont également fortement altérées (MMS=0/3). En revanche, les capacités langagières et de mémoire de travail semblent relativement préservées, comme en témoignent les scores obtenus aux épreuves d'apprentissage, attention et calcul. L'épreuve des praxies constructives est réussie.

Les épreuves de gnosies sont réussies en choix multiple (3 propositions), hormis l'épreuve tactile qui ne nécessite pas de facilitation.

- **Mme R., 90 ans.** manifeste une bonne appétence à la communication. Le personnel soignant nous confirme d'ailleurs qu'elle aime échanger avec les personnes de son entourage (personnel, autre résidents, etc.). Au cours de l'anamnèse, elle parvient à nous indiquer sa ville d'origine, son ancien métier et réussit à nommer ses enfants, ce qui est un point positif d'ancrage dans la réalité. Nous notons une certaine confusion lorsqu'il s'agit pour elle de nommer ses petits-enfants (elle nous répète les prénoms de ses enfants et persévère dans cette idée sans pouvoir en changer).

La passation du bilan atteste d'une atteinte des capacités d'orientation (score MMS = 7/10). Sur le plan temporel, l'item du jour de la semaine est échoué. Sur le plan spatial, nom de l'établissement et étage sont erronés. L'épreuve de rappel est également échouée, attestant

d'une atteinte de la mémoire différée. En revanche, capacités d'apprentissage, de calcul et praxies constructives semblent préservées, ce qui semble en faveur d'une relative préservation de la mémoire de travail. Les épreuves de langage sont globalement bien réussies, mais semblent mettre en avant un effet de longueur (troubles mnésiques) dans les épreuves de répétition de phrases et d'exécution de consignes.

Les épreuves de compréhension de consignes et de lecture ne révèlent pas de difficulté particulière, hormis un item échoué dans l'épreuve de réalisation d'ordres sur consignes oral, qui semble davantage attester d'une atteinte mnésique (effet de longueur). En revanche, l'épreuve de jugement nécessite des aides et facilitations.

Sur le plan spatial, le classement d'objets et la construction dans l'espace sont réussis. L'utilisation des termes spatiaux est globalement bonne (7/8). En revanche, on relève davantage de difficultés lors des épreuves axées sur les capacités temporelles. Malgré la bonne association des fêtes aux mois correspondants, le script n'est pas reconstitué dans le bon ordre. Le script imagé des saisons est réussi mais nécessite une aide pour identifier puis classer les différentes images (difficultés accrues par les troubles mnésiques ?). Le script du brossage de dents est également échoué, et le temps estimé pour cette activité est de l'ordre de 10 minutes.

L'épreuve des gnosies tactiles est réussie sans aide. Gnosies olfactives et gustatives sont réussies en choix multiple (2 propositions). Il nous faudra être vigilantes lors des séances avec épreuves de gnosies gustatives car le personnel nous avertit d'un risque de fausses routes (alimentation moulinée).

Annexe 8 : Analyse des séances

1. Les séances individuelles

1.1 Séance du jardin : [1^{ère} séance]

- **Mme P.**

Comportement et observations générales

Compte tenu de l'anxiété et de la réticence initiale observées lors du bilan, nous veillons à prévenir quelques temps à l'avance Mme P. que nous allons venir lui proposer quelques activités. Mme P. montre un réel enthousiasme lors de l'activité des gnosies tactiles. Elle se montre plus réticente (expression faciale, retrait du corps) lorsque nous lui proposons l'activité des gnosies gustatives, mais sa réticence initiale laisse progressivement place au plaisir de l'exercice réalisé.

Au cours de la séance, on sent l'anxiété (agitation, observation insistante de l'environnement), de Mme P. disparaître progressivement et laisser place à une réelle appétence à la communication (sourires et regard plus posé) ainsi qu'un intérêt certain pour les activités proposées. Mme P. nous confie d'ailleurs en fin de séance : « J'aime bien » (faire

ce type d'activités). Outre l'aspect stimulant du support gnosique, Mme P. semble éprouver un réel plaisir à l'évocation de ses souvenirs.

Exercices desgnosies

L'exercice desgnosies tactiles est réalisé sans difficulté et ne nécessite pas la mise en place de facilitations. En ce qui concerne lesgnosies gustatives, Mme P. semble davantage se fier à l'aspect visuel des aliments proposés qu'à leurs caractéristiques gustatives. Les aliments proposés ne sont pas tous identifiés malgré les indices sémantiques fournis, mais sont qualifiés de manière adéquate (ex : le saucisson étant décrit comme « salé »), ou donnent lieu à l'évocation d'un aliment proche (ex : « crème » pour le yaourt).

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les capacités d'association d'un objet à un lieu ne semblent pas lui poser de difficulté majeure d'un point de vue langagier.

Cohérence temporelle

En ce qui concerne l'association d'un aliment à une saison, l'exercice est globalement bien réussi.

En revanche, les images de jardins présentées dans le cadre de l'échange, bien que correctement décrites et identifiées, ne sont pas toujours rattachées à une saison particulière (ex : feuilles /d'automne).

A l'évocation des activités de jardinage pratiquées au cours de sa vie, Mme P. semble faire une confusion entre les différentes époques passées de son existence (jardin de ses parents versus jardin possédé lors de sa vie adulte). D'autre part, Mme P. nous parle au futur de sa volonté de planter des fleurs dans son jardin, attestant ici d'une confusion entre vie passée et vie actuelle.

Langage

Compréhension

Mme P. manifeste de bonnes capacités de compréhension non verbale, tant en ce qui concerne la lecture d'image (photographies de jardins proposées au cours de la séance) que l'interprétation des expressions et mimiques des personnes de son entourage. Ainsi, Mme P. fait remarquer l'« air triste » d'une résidente passant à proximité.

La compréhension verbale est parfois altérée par des difficultés attentionnelles (distractibilité), mnésiques (nécessité de répéter les consignes) et de flexibilité mentale. En effet, si les hypothèses émises et questions posées pour tenter d'identifier les indices sensoriels traduisent une certaine capacité de décentration, on remarque à plusieurs reprises des persévérations idéiques : le premier aliment goûté (cornichon) laisse penser à Mme P. que

seuls des légumes lui seront proposés, et plusieurs relances sont nécessaires pour qu'elle comprenne que nous lui parlons de son propre jardin, et non de celui de ses parents.

Expression

La communication non verbale de Mme P. est bonne, tant en ce qui concerne le langage paraverbal que non verbal. Les sourires de fin de séances montrent la disparition de l'anxiété initiale.

Sur le plan verbal, nous notons une appétence à la communication croissante au cours de la séance. L'échange de début de séance nécessite des relances régulières, puis laisse place à une expression de plus en plus fluente et spontanée. Mme P. nous fait part de ses goûts. Elle semble rechercher l'attention et avoir besoin d'être rassurée et valorisée : elle interpelle notamment une aide soignante et attire son attention avec fierté : « Regardez tout ce que j'ai fait ». La séance se termine sur le ton de la plaisanterie.

• Mme G.

Comportement et observations générales

Mme G. montre dans un premier temps un réel manque de motivation quand nous venons la trouver dans sa chambre pour lui proposer notre prise en charge, mais elle se montre finalement attentive et coopérante tout au long de la séance, malgré un visage toujours pâle et crispé. Elle nous confie même en fin de séance que les activités lui ont plu. Son caractère anxieux et la conscience de ses difficultés sont verbalisés en fin de séance lorsque Mme G. nous interroge pour savoir si les autres patients que nous suivons au sein de la maison de retraite « ont répondu la même chose (lors des différents exercices)».

Exercices des gnosies

L'identification des indices proposés est globalement bien réussie, tant sur le plan des gnosies tactiles que des gnosies gustatives. Les réponses sont la plupart du temps trouvées rapidement, parfois avec l'aide d'un indice sémantique (ex : la peau lisse de la tomate est d'abord identifiée comme une mandarine, ce qui est certainement dû au fait que Mme G. s'est appuyée sur l'aspect de la taille et du poids sans tenir compte de la texture).

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association d'un goût à un endroit de la maison est globalement réussie. Nos questions paraissent déstabiliser la patiente qui semble penser que les réponses sont évidentes.

Cohérence temporelle

Les capacités d'association d'un fruit à une époque de l'année sont partiellement atteintes : Mme G. donne une réponse juste pour 2 des 4 items proposés (banane et tomate).

Certaines des images de jardins proposées sont associées de manière adéquate à une saison particulière (ex : jonquilles), mais la réponse n'est pas toujours trouvée malgré les aides et indices proposés au cours de l'échange (mise en avant des indices pertinents, appel aux souvenirs). Ainsi, si Mme G. reconnaît les feuilles qui tapissent le sol du jardin, elle n'en déduit pas pour autant que la photographie présentée fait référence à l'automne : ceci atteste certainement d'une difficulté de raisonnement/jugement qui n'avait pas encore été mise en évidence jusqu'à présent.

Lors de l'évocation des activités de jardinage pratiquées au cours de sa vie, Mme G. emploie tantôt le passé, tantôt le présent, attestant d'une confusion temporelle entre vie passée et vie actuelle.

Alors que la séance proposée se déroule début avril, Mme G. nous dit que nous sommes en été.

Langage

Compréhension

Mme G. présente une bonne lecture de l'image, avec des descriptions correctes et pertinentes, donnant lieu à un échange portant sur des connaissances et souvenirs plus généraux sur le jardinage.

A plusieurs reprises, nous notons que Mme G. a des difficultés à comprendre la question posée, la réponse donnée n'étant pas cohérente. Nous remarquons également quelques persévérations idéiques : lorsque nous demandons à Mme G. si elle aime le saucisson (indice gustatif qu'elle a en bouche), Mme G. nous répond au sujet de la tomate (indice gustatif précédent). Les difficultés de compréhension sont accentuées par les difficultés mnésiques : la consigne donnée doit régulièrement être rappelée.

Expression

L'expression non verbale de Mme G. semble être en rapport avec sa tendance dépressive : monotonie du ton et relative amimie. Un léger sourire de fin de séance atteste cependant du plaisir éprouvé au cours de l'échange.

Si le début de l'échange nécessite de nombreuses relances, stimulations et incitations, le discours de Mme G. est de plus en plus fluent et spontané au fur et à mesure de la séance. Nous notons un manque du mot occasionnel, cédant de manière non systématique à l'ébauche syllabique (ex : jonquilles). En outre, le discours de Mme G. manque parfois de clarté, ce qui semble attester d'une certaine confusion générale.

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. se montre enthousiaste dès que nous venons la chercher, et montre appétence, intérêt et curiosité tout au long de la séance. Elle nous avertit dès le début de séance de ses

difficultés mnésiques, et nous dit clairement « Je ne me rappelle plus » à l'évocation d'un souvenir de sa vie passée. Ceci atteste d'une relative conscience des troubles mnésiques, tant en ce qui concerne la mémoire de travail et différée (utilisées lors de la séance et au quotidien) que la mémoire autobiographique.

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies tactiles est globalement bien réussi, et ceci de manière spontanée. L'identification des indices gustatifs est plus difficile. Mme L. a recours à de nombreuses conduites d'approche : elle tente de qualifier le goût de l'aliment proposé (ex : saucisson « salé » ; cornichon « graine craquante ») mais ne parvient cependant pas à trouver la réponse, ceci malgré les indices sémantiques et visuels proposés. Nous pouvons attribuer ces difficultés à un défaut d'accès au concept et/ou à une atteinte des capacités de flexibilité mentale et de déduction de Mme L.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association des indices tactiles à un lieu particulier est globalement bien réussie.

Cohérence temporelle

L'exercice des associations indice gustatif/ saison est également bien réussi.

En revanche, lors de l'échange verbal avec support photographique, nous notons de nombreuses erreurs de repérage au niveau des saisons de l'année (jonquilles associées au mois de septembre ; citrouille au printemps ; feuilles d'automne en hiver).

Le support imagé laisse place à l'évocation de souvenirs précis (activités de jardinage).

Langage

Compréhension

La lecture de l'image (photographies de jardins) est parfois difficile, et les aides proposées (ébauche orale pour les feuilles d'automne ; support olfactif pour la lavande) n'aident pas.

La compréhension verbale est globalement bonne, mais altérée par les difficultés attentionnelles et mnésiques (rétention des consignes).

Expression

L'expression non verbale est correcte.

Sur le plan verbal, Mme L. montre une grande appétence à la communication, et utilise les différentes fonctions du langage : évocation de souvenirs, transmission de ses connaissances sur les fleurs, expression de ses goûts (tomate « fade » et « pas bonne »), interrogations sur le but de notre étude, etc. Les troubles mnésiques de Mme L. la conduisent à

nous poser plusieurs fois les mêmes questions et empêchent un « feed-back » et un regard synthétique sur les activités réalisées au cours de la séance : nous devons rappeler à Mme L. les différentes activités proposées au cours de la séance pour lui permettre de déterminer ce qui a été le plus facile pour elle. Au cours de la séance, nous notons un manque du mot qui cède assez facilement à l'ébauche orale (jonquille).

1.2 Séance de la chambre: [2^{ème} séance]

- Mme P.

Comportement et observations générales

Contrairement aux trois premières séances, Mme P. se montre enthousiaste à l'idée de venir faire quelques activités avec nous et nous accueille avec le sourire. Elle accepte pour la première fois que nous fassions la séance dans sa chambre. Mme P. se montre loquace et enthousiaste tout au long de la séance.

Exercices des gnosies

Différentes facilitations doivent être proposées lors de l'épreuve des gnosies tactiles : ébauche orale pour la carafe, définition pour la bouillotte, aide visuelle pour la taie d'oreiller. Nous notons par ailleurs des persévérations idéiques qui attestent d'une flexibilité mentale déficiente (ou de difficultés de mémoire différée ?). Ainsi, malgré les indices sémantiques fournis (matière, fonction, etc.), Mme P., qui apparente en premier lieu la bouillotte à une « godasse », reste dans le même champ sémantique lorsqu'elle nous fait d'autres propositions (« lacets », « chaussure »). L'exercice des gnosies auditives est réussi en choix multiple avec support imagé, excepté pour la sonnerie du réveil.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les associations objet/pièces de la maison sont correctes, hormis une erreur concernant la bouillotte, « rangée » dans la salle de bain.

Cohérence temporelle

Les associations bruit/moment de la journée sont réussies.

Lors de l'échange verbal, nous notons des incohérences temporelles : « au mois de mai, il y a deux mois... » ; « J'ai 88 ans, je fête mes 100 ans dans 2 ans... », par exemple, et des confusions entre vie actuelle et vie passée.

Langage

Compréhension

La compréhension est globalement correcte, mais Mme P. ramène souvent la conversation à ses propres préoccupations (absence de continuité thématique), et nous devons régulièrement veiller à recentrer son attention sur l'activité proposée.

Langage

Mme P. se montre loquace et prend plaisir à échanger (visage souriant et absence de tension musculaire dénotent un certain bien-être). Elle se montre particulièrement fière à l'évocation de la décoration de sa chambre.

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Nous notons encore une petite réticence initiale (opposition verbale) en début de séance, mais celle-ci est de courte durée, et Mme G. se montre finalement coopérante.

Exercices des gnosies

Lors de l'épreuve des gnosies tactiles, la reconnaissance des objets proposés est souvent partielle (« boîte » pour la boîte d'allumettes ; seule la matière est identifiée pour la bouillotte et la taie d'oreiller). Les bruits proposés dans l'exercice des gnosies auditives sont réussis avec facilitation imagée en choix multiple, hormis le ronflement qui n'est pas reconnu malgré l'étayage proposé.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les associations objet/pièces de la maison sont correctes.

Cohérence temporelle

Les associations bruit/moment de la journée sont réussies.

Lorsque Mme G. évoque ses habitudes passées, nous notons la présence de confusions entre vie actuelle et vie antérieure.

Langage

Compréhension

La description des différentes photos de chambre proposées comme support de communication atteste de bonnes capacités de jugement (sélection d'indices pertinents) : hypothèses formulées quant au propriétaire de la chambre (enfant/adulte), à l'époque en rapport avec le style de décoration.

Expression

Mme G. nous fait volontiers part de ses goûts et habitudes (anciennes et actuelles), aussi bien lors de l'épreuve des gnosies que dans le cadre de l'échange avec support photographique. Ainsi, la boîte d'allumettes permet d'orienter la discussion sur les goûts alimentaires et anciennes habitudes pour la préparation des repas. Les photographies de chambres permettent à Mme G. d'exprimer ses goûts en terme de décoration, mais également

d'évoquer sa vie passée lorsqu'elle nous parle de sa chambre d'enfant partagée avec sa sœur, puis de celle partagée à l'âge adulte avec son mari. Nous notons à deux reprises l'utilisation de paraphrasies (« exceptions » à la place de « informations » télévisées ; « librairie » pour « bibliothèque »).

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. nous apparaît un peu moins avenante qu'à son habitude (visage fermé, regard dans le vague et tonus postural diminué lorsque nous allons la trouver). La séance se déroule malgré tout agréablement. Nous notons chez Mme L. une certaine distractibilité (ex : demande de cigarettes récurrente au cours de la séance), malgré l'intérêt manifesté pour les activités proposées. Elle plaisante volontiers avec les personnes rencontrées en se rendant dans sa chambre qu'elle ne trouve que parce que nous l'y conduisons : elle ne reconnaît sa chambre que grâce au couvre-lit qui est sur son lit et qu'elle se rappelle avoir fabriqué elle-même. Elle est d'ailleurs très fière de partager ceci avec nous.

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies tactiles s'avère être quelque chose de facile pour Mme L. La seule facilitation proposée est une aide sémantique pour la taie d'oreiller. Nous remarquons qu'elle a besoin qu'on lui répète plusieurs fois la consigne. L'exercice des gnosies auditives est un peu moins bien réussi et les facilitations par choix multiples n'aident pas vraiment (1 item réussi sur 3) : en écoutant le ronflement, elle se dit que « ce ne peut pas être quelqu'un qui respire si fort ! ».

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les associations des indices tactiles à un lieu particulier sont réussies.

Cohérence temporelle

L'association entre les gnosies auditives et un moment de la journée, même si elle s'avère correcte dans l'ensemble, révèle diverses imprécisions. Ainsi, le réveil s'utilise « en se réveillant » et non pour se réveiller ; on ronfle « quand on se réveille, ou quand on s'endort, ça dépend du côté où on se trouve » et non quand on dort.

Langage

Compréhension

Nous notons encore quelques difficultés de lecture d'image : une chambre d'enfant est ainsi perçue comme un « living ».

Expression

Mme L. est toujours très communicante. Les objets trouvés au toucher donnent lieu à diverses associations sémantiques : allumettes = cigarettes ; bouteille d'eau = « pour mettre l'eau pour le pastis ». Même si sa mémoire à long terme lui fait défaut, elle partage volontiers quelques souvenirs de son enfance et ses goûts en matière de décoration d'intérieur.

Nous notons peu de manque du mot aujourd'hui.

1.3 Séance de la cuisine : [3^{ème} séance]

- **Mme P.**

Comportement et observations générales

Au vu de l'état de Mme P., nous ne pouvons proposer la prise en charge prévue initialement. Elle exprime sa réticence lorsque nous venons la chercher, se montre somnolente et anxieuse (son regard tantôt scrute la salle tantôt semble dans le vague, le tonus postural est diminué, la respiration semble rapide rendant difficile son élocution). Mme P. semble incapable de se concentrer sur l'activité proposée ni même sur la conversation que nous tentons d'instaurer avec elle. Le personnel soignant avec qui nous discutons suite à cet échange nous confirme que Mme P. ne semble pas en forme ce jour.

Exercices des gnosies

Lorsque nous tentons de proposer un indice olfactif à Mme P., avec aide en choix multiple entre deux images, elle tient des propos peu cohérents et semble persévérer dans ses propres préoccupations.

Cohérence spatio-temporelle

Le contenu des propos de Mme P. semble totalement en inadéquation avec le contexte spatio-temporel de l'échange (« Dépêchez-vous de manger qu'on aille là-bas » ; « On n'est pas encore samedi ? », etc.).

Langage

Compréhension

Mme P. ne se montre absolument pas réceptive à nos propos et nous ne parvenons que difficilement à échanger avec elle quelques paroles cohérentes, ceci en partant de ses propres préoccupations et propos, et toute tentative de notre part pour orienter la conversation se montre infructueuse.

Expression

Les propos de Mme P. sont peu cohérents et difficilement compréhensibles. Elle évoque des personnes par l'utilisation de reprises anaphoriques sans les avoir préalablement nommées (« Elle est partie travailler »).

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Quand nous venons la chercher, Mme G. oppose un refus catégorique à notre proposition de séance, et se montre agacée (manifestation de colère, agitation importante, tension musculaire importante en particulier au niveau du visage -sourcils froncés-) lorsque nous évoquons l'idée de repasser la voir plus tard dans la journée. Finalement, un infirmier de l'unité habitué à établir le contact avec Mme G., parvient à la convaincre, plus tard dans la journée, de participer à la séance, « mais pas longtemps »

Nous veillons donc à écourter la séance, et à orienter l'échange sur l'évocation de souvenirs afin d'obtenir l'attention et la participation de Mme G., qui semble finalement prendre plaisir aux activités proposées. Elle se montre attentive et prend le temps de réfléchir aux questions posées lorsque cela est nécessaire même si nous notons qu'elle émet toujours des doutes quant à ses possibilités à répondre correctement à nos questions.

Exercices des gnosies

Les exercices des gnosies olfactives et gustatives sont réussis facilement dans l'ensemble, et ne nécessitent généralement pas la mise en place de facilitation, ce qui nous permet de valoriser Mme G. et d'obtenir un sourire de fierté.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association indice olfactif/lieu est réalisée sans difficultés.

Au cours de la conversation, Mme G. évoque une nouvelle fois une autre ville du nom de « Ger. », attestant de sa désorientation spatiale. En revanche, la distance estimée entre Ger. (lieu de la maison de retraite) et Bl. est correcte (12kms).

Cohérence temporelle

Nous préférons ne pas lui proposer de manière systématique d'associer les indices gustatifs à un indice spatial puisque les réponses sont données sur un ton d'évidence et nous ne souhaitons pas l'infantiliser. L'exercice d'association plat (photographie)/saison de l'année est réalisé facilement. Le gryère, cité comme pouvant être utilisé de différentes manières dans la préparation des repas (associé au pain, ou à divers plats chauds tels que les pâtes), atteste d'une certaine flexibilité mentale (capacité à envisager plusieurs possibles).

En revanche, l'exercice de mise en ordre des fêtes et plats associés pose davantage de difficultés. Mme G. semble ne prendre appui que sur l'indice temporel des mois de l'année (et non pas sur le nom des fêtes ou les plats cités), et ceci ne lui permet pas toujours de trouver la bonne réponse (2 réponses justes en spontané, trois avec facilitations).

Nous notons une nouvelle fois l'utilisation du passé à l'évocation d'une habitude actuelle.

Lorsque l'âge de la patiente est évoqué, nous remarquons une désorientation temporelle évidente : ne pouvant pas nous indiquer son âge, elle nous indique son année de naissance en nous laissant le soin de faire le calcul (lié au fait qu'elle ne connaît pas l'année actuelle ou bien au fait que cela demande un effort cognitif trop important pour parvenir au résultat ?). Lorsque nous lui indiquons son âge, elle met en doute nos propos et indique clairement son désarroi.

Langage

Compréhension

La lecture d'images est bonne. Seule la photographie du pot-au-feu n'est pas identifiée de manière spontanée, mais décrite de manière adéquate (aliments identifiés) puis correctement dénommée grâce à l'aide sémantique proposée.

Expression

La conversation nécessite la mise en place de relances, mais Mme G. semble répondre avec plaisir (crispation moindre du visage, quelques sourires) aux questions posées, notamment lorsque nous l'orientons sur ses habitudes et souvenirs passés (plats cuisinés, habitudes alimentaires, goûts alimentaires, etc.).

Nous notons un manque du mot (glace), et l'aide phonologique proposée donne lieu à une dérivation sémantique (« glacière »).

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. se montre une fois encore enthousiaste. Elle se montre intéressée, curieuse, et coopérante, mais nous notons une certaine distractibilité (rupture de continuité thématique). Nous remarquons encore des troubles mnésiques, clairement verbalisés par Mme L. (conscience des troubles ?, remarques répétitives pour manifester son angoisse ?).

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies olfactives nécessite la mise en place de différentes facilitations : choix entre deux propositions (support photographique), aides sémantiques et se révèle malgré tout difficile (2 items réussis sur 4).

L'exercice des gnosies gustatives est mieux réussi, mais nécessite également une aide par choix multiple (2 propositions).

Lors de ces deux activités, Mme L. procède par élimination et conduites d'approche (description de sensations).

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association des indices olfactifs fournis à un lieu particulier est globalement bien réussie.

Cohérence temporelle

Les différentes associations proposées entre aliments (goûts identifiés ou lors de l'échange verbal) et indice temporel (moment de la journée ou de l'année) sont correctement et rapidement jugées : les réponses sont données spontanément et de manière évidente. Les associations d'idées entre aliment et indice autre que temporel (tel que autre aliment), en double association, sont également bien réussies, mais nécessitent un temps de réflexion (ex : croissant/vin).

Le classement chronologique des fêtes et plats associés est difficile (2 items réussis sur 5). Mme L. semble ne porter son attention que sur l'indice des mois de l'année malgré notre étayage, ce qui ne l'aide pas à trouver la solution.

Langage

Compréhension

Nous notons encore quelques difficultés de lecture d'images.

Expression

L'expression est fluente, expressive (intonation, gestuelle et mimiques) et spontanée. Les différentes activités proposées donnent lieu à l'évocation spontanée de souvenirs (habitudes aussi bien dans l'enfance que dans la vie adulte), et à l'expression des goûts alimentaires de Mme L.

Nous notons encore des manques du mot.

1.4 Séance du voyage: [4^{ème} séance]

- **Mme P.**

Comportement et observations générales

Dès notre arrivée, Mme P. nous semble bien éveillée et souriante : elle est en meilleure forme qu'à la séance précédente. Elle nous suit volontiers pour faire les activités. Nous notons encore certains propos d'incohérence : « ils m'ont couché à 1h hier ! » ainsi que quelques idées qui semblent la préoccuper (« la nuit (qui) arrive plus vite que d'habitude », « on va venir (la) chercher »). Cette préoccupation est également visible dans son comportement non verbal : lorsqu'elle nous rapporte ces faits, elle semble avoir le souffle court, elle est très agitée et scrute la salle dans laquelle nous nous trouvons.

Exercices des gnosies

L'exercice desgnosies auditives fonctionne assez bien. Elle trouve très rapidement le bruit du marteau sans qu'aucune facilitation ne lui soit proposée. Le bruit de la machine à écrire quant à lui n'est pas identifié : les images proposées en choix multiple ne semblent pas l'aider notamment du fait qu'elle identifie la machine à écrire comme un poste de radio ou une télévision. La gestion de la double tâche est difficile lorsqu'elle a des images devant les yeux et qu'il faut écouter un bruit : la grande distractibilité de Mme P. est certainement à mettre en cause ici.

Lesgnosies olfactives, ne peuvent être réalisées : les odeurs ne lui évoquent rien, voire ne sont pas perçues, donc nous n'insistons pas.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Les capacités d'association d'un objet à un lieu sont bonnes.

Cohérence temporelle

L'évocation sur le thème du voyage met en évidence quelques incohérences temporelles : Mme P. nous explique qu'elle a aimé voyager, mais ajoute « et puis je continue !... je suis toujours à droite à gauche ! ». Toutefois, nous notons malgré tout qu'elle semble la majorité du temps cohérente au niveau temporel lorsqu'elle évoque son passé.

Langage

Compréhension

La compréhension verbale est toujours entachée par une distractibilité importante même si nous notons moins de persévérations et une meilleure concentration : son regard est plus présent, mieux posé sur son interlocuteur. Peut-être que cela est dû au fait qu'elle commence à mieux nous connaître ou tout simplement au fait qu'elle est prise en charge à un moment où sa capacité de concentration est plus évidente pour elle (jusqu'à présent, d'une séance à l'autre, nous observons une fluctuation importante des capacités de Mme P.).

Expression

Mme P. partage volontiers les souvenirs de sa vie passée en Afrique et de voyages à Paris. Nous ne notons pas de manque du mot ; la prosodie est conservée tout comme la fluence verbale, ce qui contraste nettement par rapport aux moments où elle se sent moins bien.

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Bien que Mme G. ne se montre pas très enthousiaste à l'idée de faire la séance (visage fermé), elle ne refuse pas de nous recevoir dans sa chambre. Elle nous demande de ne pas faire une séance trop longue. Nous remarquons qu'elle nous interroge encore une fois sur les autres patients pris en charge dans l'établissement, ce que nous interprétons comme une manifestation de sa peur de mal faire, de son sentiment de « ne pas être capable » (Mme G. exprime encore une fois le fait qu'elle ne connaît pas les réponses).

Exercices des gnosies

L'identification des indices proposés est globalement bien réussie. Sur le plan des gnosies auditives, seule la tondeuse est confondue avec une perceuse ou une ponceuse (« ouvrier qui perce ou qui nettoie les murs avant de peindre »), sans que Mme G. nous donne les termes exacts. La facilitation verbale (« c'est quelque chose qu'on a dans le jardin ») ne fonctionne pas : nous remarquons ainsi une difficulté de flexibilité mentale (difficulté à changer de point de vue).

En ce qui concerne les gnosies olfactives, l'odeur de la pêche lui évoque « le goût d'un arbre ». L'aide par un indice sémantique et un choix multiple est nécessaire pour identifier les odeurs.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Nous ne notons aucune difficulté spatiale dans les associations langagières entre un objet et un lieu.

Cohérence temporelle

Au cours d'une discussion à propos des plantations réalisées à l'extérieur, Mme G. nous interroge sur la date du jour : elle ne se rappelle pas du mois et s'étonne d'apprendre que le premier jour du printemps est passé, et que nous sommes au mois d'avril.

Les capacités d'association d'un fruit à une époque de l'année sont réussies.

Langage

Compréhension

Nous ne notons pas de difficulté de compréhension au cours de cette séance.

Expression

Mme G. semble avoir davantage de manques du mot aujourd'hui mais elle le compense spontanément par le langage non verbal (« la machine à taper » = la machine à écrire est mimée par exemple) et l'utilisation de périphrases (Mme G. donne la définition par l'usage de la perceuse et de la ponceuse).

Mme G. semble davantage intéressée par les échanges concernant son vécu personnel : elle semble mieux porter son regard sur nous lorsque nous lui demandons de partager son vécu et ses connaissances. Cependant, elle ne paraît accepter de partager des choses avec nous que lorsque nous lui livrons nous-mêmes des éléments personnels. Encore une fois, elle semble très curieuse de ce que fait l'autre, en comparaison à son propre vécu.

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. nous suit toujours aussi volontiers pour faire la séance.

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies auditives est globalement bien réussi. Certaines reconnaissances sont rapides (ex : marteau), tandis que certaines nécessitent un indice sémantique : ainsi, la machine à écrire conduit en premier lieu Mme L. à évoquer des « touches de piano » (difficulté gnosique ou problème d'accès au concept ?).

L'identification des indices olfactifs est toujours difficile. Le choix multiple aide mais ne suffit pas, et nous devons le compléter par divers indices sémantiques pour obtenir la réponse correcte.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Nous remarquons que Mme L. aborde l'espace avec quelques difficultés lorsqu'elle doit s'asseoir près de la table où nous venons travailler. Elle a besoin que nous la guidions dans ses mouvements ne sachant comment s'y prendre pour s'asseoir : elle semble avoir des difficultés à appréhender l'espace, les distances.

L'association des indices auditifs à un lieu particulier est globalement bien réussie. Toutefois, nous notons diverses difficultés d'ordre spatial lors de l'échange verbal à support photographique. Ainsi, les plats régionaux ne sont pas associés aux régions qui leur correspondent, et les réponses fournies restent peu précises. Mme L. ne semble pas non plus réussir à se repérer sur la carte de France qui lui est proposée.

Cohérence temporelle

L'exercice des associations indice olfactif/saison est partiellement échoué : les fruits identifiés ne sont pas toujours associés aux saisons mais plutôt à d'autres fruits (ex : « on trouve les framboises en même temps que les groseilles », ce qui est correct – mais, « au printemps », ce qui ne l'est pas).

Langage

Nous remarquons que les souvenirs évoqués sont très parcellaires. Mme L. évoque des sentiments, des impressions, sans toutefois pouvoir être plus précise quant à leur nature. Ainsi, Mme L. dit avoir très peu voyagé au cours de sa vie en raison du temps passé à son travail, mais n'est pas en mesure de nous dire quel était ce travail.

L'identification des coups de marteau amène Mme L. à évoquer spontanément différents outils utilisés dans sa vie passée : « tenaille, pinces, tournevis... ».

1.5 Séance de la salle de bain: [5^{ème} séance]

- **Mme P.**

Comportement et observations générales

Mme P., (que nous veillons à toujours prévenir d'avance que nous viendrons la chercher pour la prise en charge), nous accueille en manifestant son impatience « Ca fait 2 heures que j'attends ». Cette réaction semble due à la venue de sa fille prévue le midi : Mme P. est inquiète à l'idée qu'elle n'arrive pendant la séance. Nous veillons donc à la rassurer et lui expliquons que la séance sera terminée avant l'arrivée de sa fille. Mme P. se montre finalement intéressée et concentrée lors des activités que nous lui proposons. Elle nous dit d'ailleurs en fin de séance (avec le sourire) que « c'était bien », et se montre finalement très loquace.

Exercices des gnosies

En ce qui concerne les gnosies visuelles (analyse des photographies des scripts proposés), voir compréhension non verbale.

Contrairement à la séance précédente, l'exercice des gnosies olfactives peut être proposé. Mme P. émet cette fois des hypothèses cohérentes (ex : savon « pour parfumer la pièce ? ») et prend appui sur les indices sémantiques (fonctionnels) fournis pour trouver la réponse adéquate. Nous notons là aussi des persévérations idéiques.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association indice olfactif/ lieu est correcte.

Cohérence temporelle

La mise en ordre des photographies des scripts proposés nécessite d'être fortement étayée, et « décomposée » en étapes : identification des photographies une à une, réflexion sur l'ordre habituel des actions représentées (ex : « par quoi commence-t-on ? ») et sélection de la photographie correspondante. Mme P. nous fait d'ailleurs remarquer que « c'est difficile ».

Au cours des échanges plus libres, les données temporelles fournies par Mme P. sont cohérentes. Elle nous explique ainsi son habitude de mettre du parfum « tous les matins »,

nous parle du déroulement de sa soirée de la veille, et évoque la composition chronologique habituelle des repas (« entrée, légumes, fromage, dessert, café ») de manière spontanée lorsqu'elle nous annonce son projet d'aller manger au restaurant avec sa fille le midi même (repas en fait prévu au sein de la maison de retraite, à l'occasion d'une petite fête organisée au sein de l'établissement).

Langage

Compréhension

La compréhension verbale est globalement bonne.

La lecture d'images est difficile. Mme P. nous dit d'ailleurs qu'« elles (les photographies) se ressemblent toutes ». Mme P. n'identifie pas spontanément l'action représentée par les photographies proposées en scripts, et il nous faut lui fournir beaucoup d'indices sémantiques pour la guider vers la réponse adéquate. Ainsi, les images du script du shampoing évoquent chez Mme P. l'idée d'une chanteuse. Il nous faut alors orienter son attention sur l'analyse d'indices pertinents (bras nus, etc.) pour que Mme P. « revoit » son analyse initiale. Changer d'idée semble difficile pour Mme P. : nous notons encore des persévérations idéiques. Les difficultés de Mme P. se retrouvent également pour le script du lever, notamment avec des difficultés à sélectionner les indices pertinents : à titre d'exemple, Mme P. porte son attention sur le radiateur présent en arrière plan de la photographie, et non sur l'homme en train de faire son lit.

Expression

Mme P. se montre plutôt loquace et les supports olfactifs proposés servent de base à l'évocation de souvenirs variés et précis : utilisation de cire pour l'entretien des meubles, savon à la pervenche pour parfumer le linge, friction à l'eau de Cologne en cas de douleur. Mme P. prend également plaisir à nous faire part de ses habitudes actuelles : maquillage, parfum à la tulipe offert par ses enfants, etc.

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Comme lors de la séance de la cuisine, l'infirmier qui a un bon contact avec Mme G. tente de la persuader de participer à la séance, et celui-ci se doit encore de la rassurer. Nous veillons également à valoriser Mme G. qui nous affirme n'« être pas intelligente », en mettant en avant l'intérêt que nous portons à ses connaissances et souvenirs partagés lors des précédentes séances.

Exercices des gnosies

L'activité de mise en ordre des scripts est relativement bien réussie : des facilitations sont nécessaires de sorte à éviter la situation de double tâche. Seul un script lui est proposé

afin de restreindre la durée de la séance et du fait que cet exercice semble lui paraître trop « infantilisant ».

Lors de l'exercice des gnosies olfactives, Mme G. procède par conduite d'approche (ex : cire étant reconnue comme une odeur pouvant être rencontrée « chez le cordonnier »), et les indices sémantiques que nous lui fournissons lui permettent de trouver la réponse exacte.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

La cohérence spatiale semble bonne : Mme G. nous parle par exemple de son habitude passée de placer du produit antimite dans ses armoires à linge.

Cohérence temporelle

L'évocation des souvenirs passés ne présente pas d'incohérence temporelle particulière.

Langage

Compréhension

Nous parvenons à déclencher un sourire chez Mme G. lorsque nous évoquons avec elle le « repas médiéval » organisé au sein de la maison de retraite le midi même, et que nous émettons l'hypothèse qu'il lui faudra alors « manger avec les mains », afin de se conformer aux habitudes de l'époque. L'humour semble en effet compris la plupart du temps et accueilli favorablement par Mme G. malgré son manque d'entrain.

Expression

Les supports olfactifs permettent à Mme G. de partager ses souvenirs : mari vernissant le parquet, eau de Cologne utilisée en cas de douleur mais aussi comme parfum, etc.

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. nous avertit au début la séance qu'elle est fatiguée, mais se montre comme à son habitude intéressée par les activités que nous lui proposons. Elle semble cependant moins enjouée que les séances précédentes, et ne plaisante pas avec nous comme elle en a l'habitude. Elle nous fait part à plusieurs reprises de ses difficultés, faisant remarquer qu'elle « est vide », ou que son « cerveau ne fonctionne pas ce matin ». Malgré les difficultés rencontrées, Mme L. nous dit en fin de séance que les activités proposées ne lui ont pas paru difficiles : anosognosie, déni, ou oubli des difficultés rencontrées au cours de la séance ?

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies visuelles (lecture des photographies des scripts proposés) est difficile.

L'exercice des gnosies olfactives l'est également. Mme L. semble davantage se fier aux indices sémantiques fournis qu'à l'odeur en elle-même pour trouver la réponse. Une fois la réponse trouvée, Mme L. semble difficilement reconnaître les odeurs présentées.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association indice olfactif/ lieu est correcte.

Cohérence temporelle

La mise en ordre du script du shampoing est réussie, ceci grâce à de nombreuses questions posées à Mme L. afin de guider sa réflexion : les images sont montrées une à une, nommées, puis placées par rapport à celles déjà organisées. Nous notons une erreur dans le script du brossage de dents, la photographie du rinçage de la brosse à dents étant placée avant l'action de se brosser les dents. Lorsque nous proposons à Mme L. de replacer celle-ci à la place correcte, celle-ci semble réfuter la solution proposée.

Dans le cadre de l'échange plus libre, Mme L. nous dit se brosser les dents « deux fois par jour, midi et soir », propos qui semblent donc cohérents.

Langage

Compréhension

Si l'identification de l'action représentée par les photographies du script du shampoing est spontanée, elle nécessite de nombreuses facilitations en ce qui concerne le script du brossage de dents. Il faut présenter à Mme L. la photographie de la personne se brossant les dents pour qu'elle identifie l'action représentée, les photographies des objets seuls n'étant pas reconnues malgré les aides sémantiques fournies (photographies du rinçage de la brosse à dents et du gobelet). Une fois l'action identifiée, la lecture de certaines photographies reste difficile.

Expression

Mme L. évoque avec plaisir ses habitudes passées : promenades en bord de mer, mais aussi habitudes d'utilisation de la cire et de l'eau de Cologne. Son visage semble en effet très détendu et souriant à l'évocation de ces souvenirs.

Nous notons une imprécision dans les termes choisis pour nommer la photographie de la personne en train de faire son shampoing : Mme L. nous dit de cette image que « c'est du savon » (nommant donc l'objet pour désigner l'action, le nom de l'objet étant de plus approximatif), et, lorsque nous lui demandons si c'est bien du savon en vue de déclencher chez elle une auto-correction, elle nous répond « oui, du savon, du shampoing, c'est pareil », semblant ainsi vouloir minimiser ses difficultés d'évocation.

1.6 Séance vêtements [6^{ème} séance]

- Mme P.

Comportement et observations générales

Mme P. ne montre pas de réticence à l'idée de participer à la séance du jour même si elle s'interroge toujours sur le fait que nous travaillions avec elle et pas avec certains autres résidents. Elle est souriante et nous accompagne en toute confiance. Au cours de la séance, nous notons qu'elle semble moins distraite : malgré le bruit ambiant, Mme P. reste concentrée sur la tâche demandée. Son regard est bien posé sur celui de son interlocuteur.

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies olfactives donne lieu à différentes associations d'idées plus ou moins pertinentes : le curry lui « fait penser à la sauce », mais conduit également Mme P. à évoquer divers aliments qu'elle dit avoir mangés la veille (« œuf, mayonnaise... »). Nous remarquons qu'elle parvient plus facilement à des réponses cohérentes (l'odeur de la lessive lui fait dire « c'est dans une lessive ça »). Nous notons ainsi une bonne capacité à identifier les odeurs au cours de cette séance.

L'exercice des gnosies tactiles s'avère difficile du fait qu'il s'agit de trouver une texture et non plus une forme comme lors des séances précédentes (voir difficultés de compréhension). Elle reconnaît toutefois certaines textures très marquées (« papier gaufré »).

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'association indice olfactif/ lieu est correcte.

L'exercice du puzzle guidé met en avant les difficultés spatiales de Mme P. : nous remarquons de grosses difficultés lorsqu'il s'agit de placer la pièce sélectionnée selon la consigne. Bien qu'il ne soit pas évident de déterminer si les difficultés tiennent plus de difficultés de compréhension (aspect verbal) et/ou de difficultés de repérage spatial, il semble que Mme P. peine à se projeter dans l'espace et ainsi à aborder la feuille (espace délimité).

Cohérence temporelle

L'association d'un vêtement à un moment de la journée est correcte.

Au cours des échanges, les données temporelles fournies par Mme P. sont cohérentes. Elle utilise correctement le temps du passé et l'oppose clairement au présent : « J'aimais bien cuisiner mais maintenant c'est fini ».

Les échanges à partir des supports photographiques nous montrent une bonne cohérence temporelle : les photographies commentées sont correctement situées dans le

temps. Elle parvient à situer la mode vestimentaire au regard des robes et coiffures utilisées en nous indiquant qu'elle portait ce genre de vêtement et se coiffait ainsi lorsqu'elle s'est mariée.

Langage

Compréhension

La compréhension verbale est globalement bonne.

La compréhension de la consigne du puzzle guidé semble être difficile malgré les facilitations et la décomposition des démarches en plusieurs étapes. Nous remarquons l'expression très concentrée de Mme P., sourcils froncés, qui cherche visiblement à comprendre ce que nous lui demandons et qui réfléchit intensément pour nous donner une réponse correcte.

Expression

Les supports olfactifs proposés servent de base à l'évocation lexicale de termes d'un même champ sémantique : le terme « épice » provoque l'évocation de « persil, cerfeuil, girofle... ». Le mot « curry » est obtenu grâce à l'ébauche orale.

Nous remarquons parfois un manque de précision dans le choix des termes employés (« le girofle » pour le « clou de girofle », « c'est dans une lessive ça » pour « c'est de la lessive », par exemple).

Lors de l'échange à support photographique, Mme P. prend plaisir à nous faire part d'une description détaillée des vêtements qu'elle portait autrefois (broderie, rappel précis des couleurs portées, etc.). Différents gestes viennent alors appuyer ses propos (« la dentelle vaporeuse » avec les gestes circulaires de la main).

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Mme G. accepte que nous venions faire la séance sans que nous ayons besoin de la rassurer. Nous notons que son regard est de mieux en mieux fixé dans le nôtre. Il semble que cette mise en confiance progressive que nous avons semble-t-il réussi à instaurer avec Mme G. se reflète dans son comportement plus ouvert et se lit justement dans son regard plus posé et son attitude corporelle plus détendue.

Exercices des gnosies

Lors de l'exercice des gnosies olfactives, Mme G. procède encore par conduite d'approche : ainsi, la lessive provoque la remarque spontanée « ça sent bon », puis donne aussitôt lieu à une hypothèse cohérente « C'est pas pour protéger le linge ? ». Lorsque Mme G. n'identifie pas spontanément la stimulation, les choix multiples que nous lui fournissons lui permettent de trouver la réponse exacte (l'odeur du curry est ainsi identifiée comme étant l'odeur d'une épice et non d'un fruit).

Les gnosies tactiles sont, pour la plupart, réussies (« râpeux », « strié », « doux », etc.). Les adjectifs employés s’y rapportant sont corrects.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

La cohérence spatiale semble bonne : Mme G. nous parle par exemple de son habitude passée d’aller laver ses vêtements « sur la berge de la rivière » quand elle n’avait pas encore de machine à laver le linge. Les aliments sont correctement associés à la cuisine et donnent lieu à divers échanges sur les habitudes culinaires passées.

L’exercice du puzzle guidé est partiellement réussi (preuve d’une assez bonne gestion de la double tâche). Les seules difficultés rencontrées semblent dues au changement de points de repères que demande l’exercice (placez cette pièce en dessous de telle pièce... à gauche de telle autre pièce, etc.).

Cohérence temporelle

L’évocation des souvenirs passés ne présente pas d’incohérence temporelle particulière. L’association de styles vestimentaires à différentes époques semble bonne.

Langage

Compréhension

Hormis les difficultés de compréhension relevées au cours du puzzle guidé comme cela a été évoqué plus haut, Mme G. semble parfois confondre certains mots (« vous aviez un don pour la cuisine » / « vous aviez du temps pour la cuisine ») ce qui crée parfois des difficultés de compréhension. Nous remarquons que ces confusions amenant à certains quiproquos semblent faire vivement réagir Mme G. qui présente aussitôt un tonus corporel plus tendu et une agitation (regard et mouvements corporels).

Expression

Les supports olfactifs permettent à Mme G. de partager ses souvenirs de plats autrefois cuisinés par ses soins.

L’évocation lexicale dans le champ sémantique des épices est très pauvre (2 items).

Nous notons beaucoup de manques du mot au cours de cette séance : « rôti de ... », et nous devons lui faire plusieurs propositions pour que le mot cherché soit trouvé. Au vu de son langage non verbal (mimiques, gestes, etc.), nous remarquons que ces manques du mot semblent anxiogènes pour Mme G.

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. nous accompagne toujours volontiers dans sa chambre pour faire la séance.

Lorsque nous lui demandons ce qu'elle a pensé de la séance, elle nous dit que « c'est intéressant, pas très difficile, et qu'elle apprécie qu'on lui fasse travailler (la tête) » (qu'elle désigne par un geste, qui vient compenser le manque du mot).

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies olfactives reste difficile : Mme L. reste fixée sur le fait qu'elle ne reconnaît pas l'odeur de la lessive et ne se prend pas appui sur les indices sémantiques fournis pour trouver la réponse. Elle semble reconnaître l'odeur du curry, sans toutefois parvenir à déterminer de quoi il s'agit précisément. Le choix multiple lui permet d'accéder à la réponse.

L'exercice des gnosies tactiles est réussi. Seule une texture n'est pas identifiée (le papier à bulles). Mme L. exprime d'ailleurs des doutes sur le fait que certaines personnes puissent rencontrer des difficultés dans la réalisation de ce type d'activité.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Mme L. a toujours besoin d'être guidée pour aller dans sa chambre comme dans ses mouvements.

L'association indice olfactif/ lieu est correcte.

L'exercice du puzzle guidé est un exercice très difficile pour Mme L. Il met en évidence une confusion droite/gauche. D'une manière plus générale, il semble que Mme L. éprouve des difficultés quant au choix du point de référence (égocentrique) à adopter pour se repérer dans l'espace et ainsi effectuer l'activité demandée. Ainsi, lorsque nous lui demandons où est sa droite, Mme L. répond correctement (après un temps de réflexion), mais ceci ne lui permet pas d'en déduire où se situe la droite de la feuille. Nous devons donc apporter de nombreuses facilitations.

Cohérence temporelle

L'association de vêtements à un moment de la journée est bonne, mais l'association d'un style vestimentaire à une époque est plus difficile.

Langage

Compréhension

La silhouette représentée sur le puzzle est difficilement reconnue malgré les facilitations apportées (tactiles et visuelles). En effet, le fait de repasser le contour de la silhouette avec le doigt n'aide pas. Mme L. reconnaît toutefois la forme des « pieds », ce qui la conduit évoquer une chaussette, mais le choix multiple (robe de chambre/collant) ne l'amène pas à choisir le collant. Ainsi, il semble que Mme L. éprouve des difficultés à

appréhender la silhouette dans son ensemble (ne fixant son attention que sur une partie au dépend du tout).

A cette difficulté semble s'ajouter une difficulté de flexibilité mentale, puisque Mme L. persévère dans son idée de « chaussettes ».

Ces mêmes difficultés semblent se réitérer lorsqu'il s'agit de reconnaître une image de vanille (représentée par la fleur de vanille et une gousse) : Mme L. ne semble identifier qu'une « fleur ». Lorsque nous attirons son attention sur la gousse, elle reste sur l'idée que « c'est du réglisse », et ceci même lorsque nous lui disons qu'il s'agit de vanille.

Expression

L'évocation lexicale (champ lexical des épices) est très pauvre puisque Mme L. ne parvient à citer que « le clou de girofle ». Les facilitations sémantiques et l'ébauche orale ne l'aident pas.

2. Les séances de groupe

2.1 Séance du jardin : [1^{ère} séance]

Comportements et observations générales

Dès le début de séance, les interactions et échanges sont nombreux entre ces trois personnes. Nous notons un réel enthousiasme tout au long de la séance. Les trois patientes se montrent attentives et intéressées par ce que nous leur proposons, et leurs réponses témoignent d'une certaine vivacité d'esprit.

Mme R. se montre légèrement plus en retrait que les deux autres patientes, qui se montrent très loquaces et ont des personnalités très affirmées. Mais la vivacité d'esprit de Mme R. lui permet de répondre rapidement aux questions posées, et donc de participer activement à la séance. Mme F. en fait d'ailleurs la remarque en fin de séance, affirmant que « Mme R. sait tout », propos qui semble provoquer chez Mme R. un certain sentiment de fierté. L'effet narcissisant de la situation de groupe montre toute son importance ici. Nous veillons d'autre part à solliciter directement la participation de Mme R. à plusieurs reprises afin d'éviter que celle-ci ne puisse pas prendre part aux échanges autant que les autres membres du groupe.

Nous notons une persévération idéique de la part de Mme R. lors de l'exercice des gnosies gustatives (cornichon d'abord identifié comme une tomate, aliment qui devait être précédemment identifié).

Exercices des gnosies

Lors de l'épreuve des gnosies tactiles, si Mmes C. et F. identifient rapidement et spontanément les stimulations proposées, Mme R. parvient seulement à décrire ses sensations (orange décrite comme s'apparentant à « un gros caillou » ; tomate identifiée comme « plus

lisse et moins grosse » (qu'une orange)), et les indices sémantiques ne lui permettent pas d'accéder à la solution.

Lors de l'épreuve des gnosies gustatives, la tomate est identifiée spontanément par Mmes C. et F., alors que Mme R. parvient seulement à nous dire que « c'est fade ». Le yaourt donne lieu à des hypothèses approchantes de la part des patientes (« crème » et « fromage blanc »). Le cornichon est décrit comme « croquant et vinaigré » par Mme C., « dur et acide » par Mme R., propos confirmés par Mme F., puis est identifié par aide en choix multiple (deux photographies).

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Pour toutes les patientes, l'association indice gustatif/lieu est correcte.

Lors de l'échange à support photographique, les patientes parviennent à nous expliquer que, dans leur jardin, potagers et fleurs étaient séparés, Mme C. arrivant à décrire avec précision la disposition des légumes et des fleurs « en bordure ».

Cohérence temporelle

L'association indice tactile/saison est réussie, mais Mme R. se montre plus vive et sûre d'elle dans ses réponses.

Lors de l'échange à support photographique, nous notons également de bons repères en ce qui concerne les fleurs, fruits et légumes et les saisons correspondantes. Mme F. avance plusieurs fois quelques repères approximatifs ou erronés, propos tantôt corrigés par Mme C., tantôt par Mme R.

Langage

Compréhension

Les photographies présentées sont pour la plupart correctement identifiées, de manière plus aisée cependant chez Mme R. Les photographies du jardin enneigé (conduisant Mme R. à nous dire que « c'est blanc ») et d'un bac rempli de feuilles d'automne (permettant seulement à Mme R. d'identifier la fourche) ne sont réussies qu'avec aide sémantique.

Expression

Les activités proposées permettent aux patientes d'évoquer leurs activités passées en terme de jardinage, tant en ce qui concerne les fleurs que les fruits et légumes. Ainsi, Mme R. évoque les roses et œillets de son jardin, mais également les pommiers et poiriers de son verger, tandis que Mmes C. et F. évoquent les légumes et fruits (poireaux, carottes, etc.) de leur potager et leurs habitudes culinaires partagées : les bocaux faits par Mme C., les conserves de Mme F., et les tartes confectionnées par les soins de chacune des participantes.

Mis à part un manque du mot chez Mme C. qui semble identifier le cornichon proposé en gnosie gustative sans toutefois parvenir à le nommer, nous ne notons pas de difficulté majeure au niveau de l'expression au cours de cette séance.

L'expression non verbale de Mme F. est assez développée : de nombreux gestes viennent appuyer ses propos. Elle semble par ailleurs rechercher à plusieurs reprises le contact physique des personnes qui l'entourent comme pour attirer leur attention, exprimer son affect ou peut-être se rassurer. Nous nous interrogeons toutefois sur son enthousiasme qui peut peut-être s'interpréter comme une tentative de cacher ses difficultés.

2.2 Séance de la chambre: [2^{ème} séance]

Comportements et observations générales

Comme lors de la séance précédente, nous notons un réel enthousiasme et une bonne entente entre les patientes. La séance se déroule dans la bonne humeur, grâce à l'entrain communicatif de Mme F.

Malgré son appétence à la communication, Mme C. se déprécie à plusieurs reprises lorsqu'elle pense avoir donné une réponse fausse (« je suis bête »). Par ailleurs, il semble que des persévérations (certainement dues à des troubles de la mémoire à court terme) empêchent parfois Mme R. de progresser dans le raisonnement du groupe : elle propose à plusieurs reprises la solution précédente lors de l'exercice des gnosies.

A la fin de la séance, les participantes nous remercient de rappeler à leur mémoire des souvenirs passés : « c'est agréable de se souvenir ». Il semble en effet très important de se baser sur la mémoire autobiographique ancienne (les faits plus anciens se maintenant plus longtemps), en début d'évolution de la maladie lorsque l'on propose ce type d'activités qui permettent justement d'utiliser leurs récits de vie. Cela permet de s'appuyer sur leurs capacités résiduelles et ainsi restaurer l'estime de soi.

Exercices des gnosies

Lors de l'exercice des gnosies tactiles, les réponses sont trouvées grâce à un véritable travail de groupe, chacune des patientes ayant recours à des conduites d'approche (descriptives le plus souvent) différentes mais complémentaires. Nous veillons pour cela à rappeler les descriptions faites précédemment par les autres patientes afin de confronter leurs points de vue et ainsi leur permettre d'évoluer dans leur raisonnement : elles choisissent ou non de confirmer les propositions faites par l'une ou l'autre. Toutefois, nous devons parfois étayer ces conduites par des indices supplémentaires (photographies, indices sémantiques, etc.) pour que la réponse exacte soit trouvée.

Mme C. et Mme R restent très descriptives dans ce qu'elles proposent, tandis que Mme F. propose davantage des solutions « approchantes » (ex : « drap » pour la taie d'oreiller ; « boîte à sel » pour la boîte d'allumettes).

Nous notons également que Mme C. éprouve des difficultés gnosiques relatives à la taille des objets qui lui sont proposés (« c'est trop grand pour être une bouillote » nous dit-elle), alors que Mme R. rencontre quant à elle des difficultés quant à leur poids, de la même manière qu'au cours de la séance précédente. Mme F. semble davantage s'appuyer sur les remarques des deux autres patientes que sur ses capacités gnosiques pour émettre des hypothèses.

L'exercice des gnosies auditives s'avère bien réussi.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'exercice d'association indice tactile/lieu est bien réussi et ne semble pas présenter de difficulté particulière. Mme C. décrit les lieux évoqués avec précision. Mmes F. et R. semblent confirmer les propos de Mme C. sans toujours venir enrichir cette description.

Lors de l'échange proposé à partir de photographies illustrant différents décors de chambres, les patientes proposent des remarques tout à fait cohérentes en regard des lieux qui leur sont proposés.

Cohérence temporelle

Les associations des indices auditifs à des moments de la journée sont cohérents.

Langage

Compréhension

Face aux facilitations photographiques proposées, nous observons là aussi une démarche d'entraide entre les participantes, celles-ci donnant divers indices et regardant ensemble les photographies en choix multiple proposées.

Mme R. se montre toujours vive d'esprit et réactive face aux images proposées. Ainsi, elle associe justement la photographie d'un petit lit et d'une décoration de couleurs vives à celle d'une chambre d'enfant.

La mauvaise identification d'une commode surmontée d'une lampe en forme de boule en tant que bougie par Mme R. ne fait pas réagir les autres patientes, qui abondent dans son sens. Cependant, lorsque nous leur demandons si une bougie d'une telle taille peut exister, les patientes réagissent rapidement et émettent d'autres hypothèses plus vraisemblables.

Expression

Mme R. présente un manque du mot qui la conduit à désigner à plusieurs reprises des objets sur les photographies, au lieu de les nommer : ce moyen de compensation est efficace.

La description demandée au cours des gnosies tactiles met en évidence une évocation très pauvre de la part de Mme R. et dans une moindre mesure de la part de Mme C.

Nous remarquons que Mmes C. et F. utilisent des termes peu précis (« horloge » à la place de « réveil » pour Mme C ; « poste de télévision » à la place de « poste radio » pour Mme F.) et minimisent leurs imprécisions en nous affirmant que « c'est la même chose ».

2.3 Séance de la cuisine: [3^{ème} séance]

Comportements et observations générales

Mme F. se montre plus effacée au début de cette séance, et semble fatiguée. Son tonus corporel semble plus effondré, de la même manière que son visage semble fermé, le regard dans le vague. Elle retrouve toutefois rapidement son entrain habituel lorsque nous lui proposons les différentes activités.

Mme R. prend doucement de l'assurance et s'affirme de plus en plus au cours de la séance. Elle débute toutefois cette séance en répétant plusieurs fois les mêmes propos (« c'est clarteux ici » nous dit-elle, la séance se déroulant sous une véranda). Nous nous sommes demandé si ces paroles répétées n'étaient pas l'expression d'une gêne, sans toutefois parvenir à en trouver l'origine malgré différentes propositions que nous lui avons faites (ouvrir une fenêtre, abaisser les stores, etc.). Peut-être qu'une personne plus habituée à Mme R. aurait pu identifier la raison de son inconfort ainsi exprimé.

Exercices des gnosies

Lors de l'exercice des gnosies olfactives, 3 items sur 4 sont identifiés par le groupe, avec aide sémantique et choix multiple (2 propositions).

Mme R. donne beaucoup d'indices par conduites d'approche : description de la sensation (ex : « c'est fort »), ou formulation d'hypothèses proches de la réponse (ex : « caramel » pour biscuit). Les indices fournis par celle-ci permettent aux deux autres patientes (et particulièrement à Mme C.) d'opter pour la réponse exacte en choix multiple (deux propositions).

L'exercice des gnosies gustatives est globalement bien réussi : chaque patiente parvient à identifier l'un des aliments proposés, ceci de manière spontanée pour Mmes R. et F., avec aide pour Mme C.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'exercice d'association indice olfactif/lieu est bien réussi et ne semble pas présenter de difficulté particulière. Mme F. se montre particulièrement vive et rapide dans ses réponses (évidence).

Cohérence temporelle

Les associations indice gustatif/ moment de la journée sont spontanées, rapides et correctes. Les associations aliment (photo)/période de l'année le sont également.

Lors de l'activité de mise en ordre chronologique des fêtes et plats associés, les patientes semblent essentiellement porter leur attention sur les plats évoqués, et l'indice des mois de l'année ne semble pas facilitateur. Nous notons plusieurs hésitations, chaque fois entre deux items (ex : chandeleur/épiphanie), et nous devons alors fortement guider le choix de réponse adéquat.

Langage

Compréhension

Face aux difficultés de déchiffrage constatées chez Mme F. lors du bilan, nous veillons à lire oralement les phrases concernant les fêtes à remettre dans l'ordre. D'autre part, nous veillons à proposer sous forme de photographies les items présentés par écrit lors des séances individuelles. Mme R. se montre particulièrement habile et vive dans cette activité.

La compréhension verbale semble globalement bonne chez les trois patientes.

Expression

Les trois patientes manifestent un vif enthousiasme à la communication, Mmes F. et C. se montrent particulièrement loquaces. En ce qui concerne Mme R., elle participe également volontiers à l'échange, même si nous devons davantage la solliciter de manière directe.

L'ensemble de l'échange se déroule sur le ton de la bonne humeur, voire de la plaisanterie (particulièrement à l'initiative de Mme F.)

Les activités proposées permettent l'évocation de souvenirs chez ces trois patientes. Ainsi, Mme F. évoque avec plaisir son habitude passée de faire des confitures, Mme C. nous parle de son plaisir à réaliser des tartes aux fruits, tandis que Mme R. s'enthousiasme à l'évocation de ses souvenirs de préparation de pot-au-feu. Au cours de ces divers échanges, l'expression du visage des trois patientes laisse clairement transparaître leur plaisir de partager leurs souvenirs.

Nous notons un léger manque du mot cédant à l'ébauche orale chez Mme F.

Le manque du mot est plus marqué chez Mme C. Nous notons également chez cette patiente des erreurs ou approximations sémantiques. Ainsi, Mme C. parle des éléments « pour faire la choucroute » pour désigner le plat de choucroute en lui-même (erreur objet/utilisation de l'objet), et nous parle d'« éclair » lorsque nous lui montrons l'image du cornet de glace (paraphrasie sémantique par proximité visuelle : stries de la glace / éclair ?).

Une fois la séance terminée, l'échange se prolonge entre les trois patientes sans que nous n'intervenions dans la discussion, et Mme R. souhaite rester en compagnie des deux autres patientes plutôt que de repartir dans son unité (chose qui ne sera malheureusement pas

possible). Les patientes nous font part de leur plaisir à participer à la séance et attestent de la gentillesse du personnel soignant.

2.4 Séance des voyages: [4^{ème} séance]

Comportements et observations générales

Comme lors des séances précédentes, la séance se déroule dans la bonne humeur et les trois patientes manifestent un vif intérêt pour les activités proposées. Mme C. se montre comme à son habitude très enthousiaste et participe. Mme R. et Mme F. participent également avec plaisir mais de manière moins spontanée : elles semblent toutes deux fatiguées ce jour, ce qui se ressent dans leur attitude corporelle plus effondrée.

Nous observons de nombreuses interactions au sein du groupe, et les patientes se montrent attentives aux autres participantes, tant en ce qui concerne l'aspect verbal (échanges nombreux ; prise d'appui sur les propos des autres) que non-verbal.

Exercices des gnosies

Lors de l'exercice des gnosies olfactives, 2 items sur 3 sont identifiés avec aide par choix multiple (2 propositions).

Au cours de cette séance, Mme F. donne des indices par conduites d'approche : définition par la fonction (ex : « il cloue quelque chose » pour le bruit du marteau). Les indices qu'elle fournit permettent à Mme C. de conclure « c'est un marteau qui... ». Nous notons que Mme F. parvient rapidement à la réponse lorsqu'il s'agit des gnosies auditives. L'exercice des gnosies olfactives s'avère difficile et nécessite que nous propositions des choix multiples et autres aides pour pallier les manques du mot.

Mme R. trouve peu de réponse et se contente d'apporter des affirmations aux propositions des autres participantes.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'exercice d'association indice auditif/lieu est bien réussi et ne semble pas présenter de difficulté particulière. Mme C. et Mme F. s'appuient sur les réponses de l'une et de l'autre pour décrire les lieux évoqués, tandis que Mme R. prend moins spontanément part aux échanges, se contentant à plusieurs reprises de confirmer les propos des autres patientes.

Lors de l'échange proposé à partir de photographies illustrant des traditions ou des plats régionaux, nous notons que les patientes présentent beaucoup de difficultés à se repérer sur la carte de France qui leur est proposée. Mme R. semble souvent nous donner des réponses plus précises et justes que Mmes F. et C., notamment en ce qui concerne le repérage de certaines régions sur la carte de France (la Lorraine, l'Alsace, la Bretagne, Paris, qui sont situées de façon assez juste sur la carte proposée) mais également en ce qui concerne

l'identification des images proposées (reconnaissance rapide de la tour Eiffel, de l'Arc de Triomphe, des coiffes Bretonnes, etc.). Nous notons, comme lors des prises en charge individuelles, que les autres patientes donnent des réponses très peu précises, se contentant de nous indiquer le nord ou le sud pour situer une ville ou une région, sans que la réponse soit toujours correcte.

Cohérence temporelle

L'association des indices olfactifs présentés aux saisons correspondantes n'est pas évidente. Nous notons quelques incohérences et confusions dans les échanges et entraides : lorsque nous les interrogeons sur la saison des pêches, Mme F. nous répond que « c'est en fin d'année », Mme Cuny ajoute « en ce moment » (nous sommes au début du mois d'avril), ce que confirment Mme F. et Mme R.

A plusieurs reprises, Mme C. indique son âge aux autres participantes, ce qui provoque l'admiration de Mme F. qui nous fait remarquer « J'ai toujours été admirative de voir ces grand-mères arriver à cet âge ». Peut-être que ces remarques sont dues à une incohérence temporelle, ou tout simplement à un déni de la part de Mme F.

Langage

Compréhension

Mme R. se montre particulièrement vive d'esprit face aux images proposées, ébauches et facilitations. Les autres patientes se montrent moins réactives aux photographies présentées, et la compréhension de l'image n'est pas toujours aisée.

Nous ne notons pas de difficulté majeure de compréhension verbale.

Expression

Mme F. présente un manque du mot donnant lieu à des tentatives de compensation (utilisation de la définition par la fonction lorsqu'elle définit la lessive ainsi : « c'est pour faire le ménage »). Même si elle reste dans le même champ sémantique, nous remarquons qu'il existe certaines imprécisions voire incorrections lorsqu'elle recherche certains mots.

Mme C. présente un manque du mot assez important au cours de cette séance. Elle exprime à voix haute le fait qu'elle sait ce qu'elle veut dire sans toutefois parvenir à trouver le mot : « oui, je vois de quoi on veut parler » dit-elle.

Mme R. cherche également certains termes mais le manque du mot est moins flagrant du fait que son expression est moins fluente que celle des autres participantes. Nous remarquons que l'ébauche orale l'aide à trouver des réponses, tandis que cette facilitation fonctionne moins bien pour Mme C. et Mme F.

La discussion autour du thème des plats et des traditions régionales conduit à l'évocation de traditions de la Lorraine. Certains mots (Lorraine, St Nicolas) évoquent

plusieurs chansons à Mme F. qui se met à les chanter, aussitôt accompagnée par Mmes C. et R.

2.5 Séance de la salle de bain: [5^{ème} séance]

Comportements et observations générales

Avant de commencer la séance, les patientes discutent de leur vie, indiquent leur âge, parlent de leurs enfants, des diverses maladies rencontrées, etc. Lors de cette discussion où Mme C. nous parle des diverses opérations subies au cours de sa vie, Mme F. nous fait part de son inquiétude quant à l'opération qu'elle doit subir dans quelques temps, sans toutefois parvenir à nous expliquer de quoi il s'agit exactement. Sa posture avachie et courbée exprime un état émotionnel triste, préoccupé, certainement dû au fait qu'elle se questionne sur ce qui va lui être fait à l'hôpital mais aussi du fait de ses troubles de mémoire qui viennent majorer son angoisse et de la désorientation temporelle qui ne lui permettent pas de maîtriser le temps pour organiser cette future hospitalisation. Au cours de la séance, Mme F retrouve de l'entrain.

Nous notons une grande fatigue chez Mme R., que nous devons beaucoup encourager et solliciter afin obtenir sa participation.

Exercices des gnosies

L'exercice des gnosies visuelles (compréhension des photographies des scripts proposés) est globalement bien réussi, mais nécessite parfois une aide pour orienter la lecture de la photographie présentée : voir compréhension non verbale.

Les trois indices proposés au cours de l'exercice des gnosies olfactives sont identifiés avec aide sémantique.

Mmes F. et R. évoquent spontanément leur ressentis face à l'odeur proposée. Ainsi, Mme F. nous dit que le savon « sent bon », et exprime au contraire qu'elle n'apprécie pas les deux autres odeurs présentées ; Mme R. nous dit pour sa part que savon et eau de Cologne « sent(ent) fort », tandis que la cire « ne sent pas bon ». Mme C., quant à elle, procède par conduite d'approche et émet spontanément de nombreuses hypothèses : savon faisant penser à une fleur, eau de Cologne à un shampoing, etc. Nous devons proposer différentes aides sémantiques pour orienter les patientes vers la bonne réponse : le premier item est reconnu par Mme F., les deux autres par Mme C.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

La cohérence spatiale semble correcte.

Ainsi, Mme R. associe l'eau de Cologne à la salle de bain ; Mme C. associe le savon à la salle de bain, tandis que Mme F. réfute vivement notre proposition de d'associer cet indice à la cuisine.

Les deux scripts proposés sont correctement associés aux pièces de la maison correspondantes.

Cohérence temporelle

La mise en ordre des scripts nécessite d'être fortement guidée et décomposée en différentes étapes : identification des photographies une à une avant de les placer en fonction des autres. Certaines photographies sont placées correctement et sans aide particulière par chacune des trois patientes (ex : shampoing par Mme R. ; rinçage par Mme C. ; homme qui dort par Mme F.). D'autres en revanche sont source d'hésitations et d'erreurs et doivent faire l'objet de nombreuses facilitations, notamment pour le script du lever. A titre d'exemple, Mme C. veut placer l'homme en train de s'étirer dans son lit après la photographie sur laquelle il fait son lit, et cette erreur ne semble pas interpeller les deux autres patientes malgré nos remarques facilitatrices. En dépit des difficultés rencontrées, les trois patientes nous affirment que l'activité ne leur a pas paru difficile lorsque nous le leur demandons (méconnaissance partielle des difficultés ? déni ?)

Langage

Compréhension

Si Mme R. semble analyser sans difficulté et de manière spontanée les photographies présentées, il nous faut plusieurs fois porter l'attention de Mmes F. et C. sur les indices pertinents pour leur permettre une bonne lecture de l'image. Ainsi, parce que nous questionnons Mme F. sur les yeux (fermés) de l'homme photographié, celle-ci comprend qu'il est en train de dormir ; Mme C., quant à elle, nous dit que l'homme « est dans son lit avec les mains sur la tête », et c'est Mme R. qui exprime alors de manière spontanée qu'« il s'étire ».

Expression

Si Mme C. montre une bonne appétence à la communication et prend plaisir à évoquer spontanément ses souvenirs passés (mère la coiffant lorsqu'elle était enfant, utilisation de la cire pour l'entretien de ses meubles, etc.), nous devons davantage questionner Mmes F. et R. sur ces mêmes sujets pour obtenir leur participation. Mme R. nous explique notamment qu'elle a toujours eu les cheveux courts car « c'est plus pratique », et Mme F. nous fait part de son habitude de se frictionner à l'eau de Cologne après sa toilette.

Nous remarquons l'utilisation de termes approximatifs chez Mme R., celle-ci affirmant que la cire (indice olfactif) a « un drôle de goût ». L'évocation par Mme C. des différents types de sols pouvant être rencontrés dans une maison témoigne d'une certaine fluence sémantique, et on note l'utilisation de termes précis, la cire étant également nommée « encaustique » - observations qui contrastent avec les manques du mot observés lors des séances précédentes.

Lorsque nous interrogeons les trois patientes sur leurs ressentis face à la séance, celles-ci expriment vivement leur enthousiasme, et Mme F. nous chante à propos de la séance « telle qu'elle est, elle me plaît », ceci en référence à la chanson d'Annie Cordy.

Face à l'enthousiasme des patientes, nous leur faisons alors écouter la chanson « Ah qu'on est bien quand on est dans son bain », d'Henry Salvador. La mélodie est fredonnée spontanément, mais le refrain doit d'abord être écouté avant de pouvoir être chanté, attestant ainsi d'une meilleure préservation de la mémoire en ce qui concerne les éléments prosodiques que verbaux. Les patientes connaissent toutes les trois la chanson, mais ne parviennent pas à « retrouver » le nom du chanteur lorsque nous le leur demandons.

2.6 Séance des vêtements: [6^{ème} séance]

Comportements et observations générales

Mme F. étant hospitalisée, nous décidons de prendre en charge une autre personne afin de conserver l'effet de groupe jusque-là observé au cours des séances passées. Nous prenons en charge l'une des patientes (Mme L.) qui a participé à nos séances individuelles et pour laquelle nous avons hésité quant au type de prise en charge à lui proposer. En effet, malgré une anxiété notée au cours du premier bilan et des deux premières séances, nous avons pu noter une bonne appétence à la communication. Ses interrogations concernant ses pertes de mémoire se sont manifestées de moins en moins souvent au fil des séances, ce qui nous a ainsi laissé penser que la mise en confiance avait permis de diminuer l'anxiété éprouvée par Mme L.

L'effet de groupe est en effet conservé : nous notons une bonne entraide entre les participantes. Mme C. prend beaucoup la parole au cours de cette séance (manifestation d'une anxiété due au changement d'un membre du groupe ?), à l'inverse des autres participantes qui prennent moins spontanément la parole si nous ne la leur donnons pas de façon nominative.

Nous remarquons notamment que Mme R. participe plus difficilement aujourd'hui malgré nos sollicitations. Ayant été fébrile quelques jours auparavant, elle affirme se remettre doucement, ce qui explique certainement son attitude un peu en retrait. Si l'enthousiasme est toujours présent, la bonne humeur de Mme F. semble laisser place à une ambiance plus « studieuse » de la part des patientes.

Lorsque nous présentons l'exercice des gnosies olfactives, Mme C. nous dit se souvenir d'avoir « déjà fait ça (=ce type d'exercice)».

Exercices des gnosies

Lors de l'exercice des gnosies olfactives, nous observons un véritable travail de groupe : chaque participante a des conduites d'approche (catégorie sémantique, lieu d'utilisation) qui permettent aux suivantes d'avancer dans leur raisonnement. Peu de supports photographiques sont utilisés pour les aider : seuls quelques indices sémantiques sont donnés, afin de leur permettre de sortir de leurs persévérations (notamment pour Mmes R. et C. pour lesquelles nous devons beaucoup répéter au cours de la séance, des difficultés de mémoire à court terme semblant freiner leur raisonnement).

Si, au cours de la plupart des séances, les conduites d'approche utilisées étaient majoritairement descriptives, elles sont aujourd'hui davantage portées sur la proposition d'éléments du même champ sémantique : l'odeur du curry évoque aux patientes l'odeur des « épices », la lavande leur évoque « du thym ou du laurier ». Ces hyperonymes ou co-hyponymes semblent correspondre à une même conduite de recherche de la solution. Ces conduites d'approche similaires entre les différentes patientes nous laissent penser que l'effet de groupe, outre la motivation, leur donne les clés permettant un certain mode réflexion, adopté par l'ensemble des participantes.

En ce qui concerne les gnosies tactiles, l'exercice s'avère assez facile : nous faisons le choix d'opposer des textures deux par deux afin d'éviter toute surcharge d'informations. Seule Mme C. semble éprouver des difficultés à juger des textures proposées. Le fait de proposer un choix multiple aide la plupart du temps.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

Mme L., lorsque nous arrivons, est en train de se confier à un membre du personnel soignant et lui exprime son désarroi et son incompréhension vis-à-vis de l'endroit où elle réside actuellement. Elle ne comprend pas où elle est et s'interroge sur le fait que personne ne lui ait annoncé son placement dans cette maison de retraite (Mme L. est pourtant entrée dans cet établissement depuis juillet 2011). Ces propos traduisent une forte désorientation spatio-temporelle et des troubles mnésiques importants.

Lorsque Mme C. rejoint le groupe et entend les inquiétudes de Mme L., elle lui explique qu'elle est dans une maison de retraite et que c'est peut-être son médecin qui l'y a mise (comme cela a été le cas pour elle-même) : par ses explications simples, Mme C. montre une bonne cohérence spatiale.

L'exercice d'association indice olfactif/lieu est bien réussi et ne semble pas présenter de difficulté particulière.

Le puzzle guidé est réussi par l'ensemble des participantes. Si le fait d'aborder la feuille blanche (vide) au départ par Mme R. donne un résultat assez imprécis, la poursuite de l'exercice est plus aisée pour les patientes du fait de l'ajout progressif de pièces, donc de repères supplémentaires.

Cohérence temporelle

Les associations des vêtements à des moments de la journée sont cohérentes, au cours des échanges spontanés (à support photographique), tout comme au cours de l'exercice des gnosies tactiles.

Ainsi, Mme R. identifie avec justesse « deux dames de l'ancien temps » : elle réussit à prendre des indices sur les modes vestimentaires que nous lui présentons. Mme L. réussit

également à situer certaines tenues (« des années 20 »), tout comme Mme C. qui qualifie les vêtements modernes comme « un peu déshabillés ! »).

Langage

Compréhension

La démarche d'entraide de la part des participantes leur permettant de progresser dans la prise d'indices permet aux patientes de reconnaître la silhouette du vêtement reconstitué lors du collage guidé, alors que les personnes prises en charge en individuel n'y sont pas parvenues. Ainsi, Mme L. reconnaît un pied (elle semble conserver la même approche qu'au cours de la séance en individuel), Mme C. enchaîne en disant que « ce doit être une jambe... » en la montrant - « c'est peut-être des chaussettes ? » demande Mme L.- et Mme C. de conclure, « moi je dirais plutôt des bas ou des collants ».

Les consignes du puzzle guidé sont bien comprises, hormis une hésitation de la part de Mme L. entre « droite » et « gauche ». Nous remarquons que Mme C. fait preuve d'anticipation lorsqu'il s'agit de placer la dernière pièce du puzzle, preuve d'une bonne mobilité de pensée (si l'avant-dernière « pièce va à droite, la dernière va à gauche » nous dit-elle).

Expression

Lors des gnosies tactiles, nous remarquons que Mmes R. et L. proposent des adjectifs très variés et cohérents pour les décrire. Mme C. au contraire se contente d'utiliser les termes donnés précédemment sans les modifier.

Outre des persévérations et plusieurs manques du mot (d'ailleurs verbalisés : « oui, je vois mais je ne trouve pas le mot ») chez Mme C., nous ne notons pas de difficulté majeure au niveau expressif. Au contraire, le lexique semble plus riche : l'évocation d'épices est fluente ; des synonymes sont donnés sans systématiquement reprendre les termes précédemment utilisés (épice, aromate, etc.) même si nous notons encore des approximations de la part de Mme C. qui cite « la moutarde » et « l'ail » comme étant des épices.

Mme R. reste peu loquace au cours de cette séance.

Les ébauches orales facilitent l'évocation : nous remarquons que l'ébauche phonémique est d'une bonne aide pour Mme C. (une épice qui commence par « cu »... « le cumin ? ») quand l'ébauche morphosyntaxique aide mieux Mme R. (une plante du midi... l'odeur des champs de ... « lavande ? »).

Annexes 9 : Bilan final

1. Prises en charge individuelles

- **Mme G.**

Comportement et observations générales

Mme G. ne montre pas de réticence ce jour, et nous accueille en nous disant qu'elle « (a) reconnu notre pas dans le couloir ». Elle semble très anxieuse (nombreuses crispation et agitation des mains, lèvres pincées et teint pâle) et agitée et nous fait part de son désir de « rentrer chez (elle) », demande récurrente aux dires du personnel soignant. Nous confier ses angoisses et son « envie de mourir » en début de séance semble cependant apaiser Mme G., qui se montre finalement attentive et coopérante tout au long de la séance.

Comme à son habitude, Mme G. fait preuve d'une attitude de dévalorisation, affirmant notamment qu'elle « (a) tout faux » lors de l'épreuve d'orientation du MMS.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

A l'épreuve d'orientation spatiale du MMS, Mme G. obtient un score supérieur à celui du bilan initial, parvenant à nous indiquer l'étage mais également le département (item échoué en première séance). Les épreuves spatiales des tests que nous avons élaborés ne mettent pas en évidence de difficulté particulière. Ainsi, nous notons un contraste entre les capacités d'ancrage dans le contexte actuel et la maîtrise des notions spatiales indépendamment d'un contexte particulier.

Les autres indications spatiales fournies lors de l'échange sur les loisirs sont cohérentes, Mme G. évoquant notamment avec nous ses promenades, moments de détente « dans le jardin » ou encore sa participation à des représentations théâtrales « dans une salle des fêtes de 50 à 100 places ».

Lorsque Mme G. nous fait part de sa volonté de rentrer chez son fils, elle affirme une fois encore que sa maison se trouve dans « l'autre G. », confusion qui semble donc récurrente chez cette patiente.

Cohérence temporelle

Mme G. obtient le même score de 1/5 à l'épreuve d'orientation temporelle du MMS, mais ceci pour un item différent : saison et non jour de la semaine. Nous remarquons ici une fluctuation des capacités d'orientation.

En ce qui concerne les tests que nous avons élaborés, classements des fêtes et des saisons sont réussis comme lors du bilan initial. Le script du brossage de dents est également réussi, contrairement à la première séance (une inversion), ce qui semble attester d'une meilleure gestion des données et de leur mise en ordre chronologique.

Les indices temporels fournis au cours de l'échange sont globalement cohérents, tant en ce qui concerne l'évocation d'habitudes passées que l'ancrage dans le présent. Ainsi, Mme G. nous explique qu'« elle n'avait pas le temps de se détendre en semaine parce qu'en rentrant il fallait préparer le souper et coucher les enfants », et se reposait donc « les samedis et dimanches ». D'autre part, lorsque nous quittons Mme G. (il est alors 11h45), Mme G. nous

parle de sa fille et suppose qu' « elle doit être en train de faire à manger », ce qui atteste également d'une bonne cohérence temporelle (repères sociaux).

Langage

Compréhension

Compréhension verbale et non verbale sont correctes, ce qui semble confirmer les observations faites au cours des séances de prise en charge.

Expression

Le thème des loisirs permet à Mme G. d'évoquer avec un plaisir visible ses activités de détente passées : participation à un cours de théâtre, jeu de l'oie, foires à l'escargot régulièrement organisées à G. – mais également de ses activités en tant que femme de ménage et des relations entretenues avec ses employeurs. Au cours de ces échanges, nous notons quelques manques du mot comme nous avons pu en noter au cours des prises en charge. Ils freinent la communication du fait que Mme G. ne cherche pas systématiquement à les combler par des périphrases ou des gestes.

• Mme P.

Comportement et observations générales

Mme P., même si elle exprime une petite réticence (verbale, qui semble plutôt due à une façon de montrer qu'elle existe), nous accueille malgré tout avec le sourire et se montre concentrée et très enthousiaste tout au long de la séance.

Nous notons que Mme P. met en œuvre, à plusieurs reprises, des capacités de feedback et d'auto-correction (épreuves de construction dans l'espace et de classement des fêtes), conduites que nous n'avions jusqu'alors pas observées lors des séances de prise en charge, et faisant appel à des capacités de flexibilité mentale, de jugement et de rétroaction. En outre, nous ne notons pas de persévération ce jour.

Lorsque nous interrogeons Mme P. sur son ressenti concernant l'ensemble des séances, celle-ci nous affirme avec le sourire que « ça (lui) a plu », et nous remercie à plusieurs reprises lorsque nous la quittons. Elle précise cependant que la séance du jour est « un peu plus dure que les autres séances ».

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

A l'épreuve d'orientation temporelle du MMS, Mme P. obtient un score de 2/5, score identique à celui du bilan initial, mais ceci grâce à des items différents : nom de la ville (trouvé lors du bilan initial) et du département (échoué en bilan initial) sont réussis, à

l'inverse du nom de la maison de retraite (pourtant réussi lors du premier bilan) – item relevant cependant davantage de capacités mnésiques que spatiales. Nous notons donc une certaine fluctuation des capacités de Mme P., déjà observée tout au long du suivi.

En ce qui concerne les tests que nous avons élaborés, le classement d'objets dans un lieu est réussi comme lors du bilan initial, mais les réponses sont plus spontanées, et plus précises : Mme P. nous précise ainsi que la casserole se range « dans le buffet », le lait « dans le frigo », et la cuillère « dans le tiroir » (de la cuisine). Les scores obtenus aux épreuves de construction dans l'espace (0/2) et du plan de table (3/4) sont identiques à ceux du bilan initial. En revanche, à l'épreuve d'utilisation des termes spatiaux, échouée lors du bilan initial, Mme P. obtient un score de 3/4 et les réponses sont données rapidement.

Dans le cadre de l'échange plus spontané, Mme P. nous explique être allée en sortie « à l'église de B. » la veille, ville proche de la maison de retraite dans laquelle réalisons nos ateliers. Lorsqu'elle évoque avec nous son habitude passée d'aller danser avec son mari, Mme P. sait nous dire qu'elle se rendait alors « dans des cabarets et des hôtels, mais également aux bals organisés place de R. ». Nous pouvons ainsi remarquer l'hétérogénéité de l'atteinte des repères spatiaux chez Mme P. : les repères spatiaux relatifs à des connaissances d'ordre plus général semblent relativement préservés.

Cohérence temporelle

A l'épreuve d'orientation temporelle du MMS, Mme P. obtient un score de 2/5, puisqu'elle parvient à nous indiquer le jour du mois ainsi que le mois : les items réussis sont donc identiques à ceux du bilan initial.

En ce qui concerne les tests que nous avons élaborés, le classement des fêtes est réussi comme lors du bilan initial, avec prise d'appui sur les saisons correspondantes. Au script imagé des saisons, échoué en bilan de première séance, Mme P. obtient un score de 2/4 (automne et hiver). Nous notons également une évolution favorable en ce qui concerne le script écrit du brossage de dents (échoué en bilan initial), réussi ce jour avec succès. La mise en ordre de ces deux scripts nécessite cependant la présentation des items l'un après l'autre pour éviter toute surcharge cognitive.

En ce qui concerne l'échange spontané, Mme P. tient à plusieurs reprises des propos peu cohérents au regard des indications temporelles fournies. Ceci aussi bien en ce qui concerne l'ancrage dans le présent - Mme P. nous demandant lorsque nous la quittons (vers 10h15) si « on va manger ? » - que des faits plus anciens Mme P. affirmant qu'elle a été suivie par une gériatre dans le passé, et qu'elle s'y rendait alors « toute la journée ». En revanche, Mme P. nous signifie clairement qu'elle ne danse plus depuis qu'elle a « été opérée du genou », montrant ici sa capacité à distinguer vie passée et vie présente. Les autres indications temporelles concernant ses habitudes passées sont cohérentes, Mme P. nous faisant part de son habitude de jouer au loto avec ses voisins « en fin d'après-midi », ou de lire « le soir, devant la télé ».

Langage

Compréhension

Les photographies proposées lors de l'échange révèlent encore des difficultés de lecture de l'image, la roulette du loto étant identifiée comme un tourne-disque par exemple.

Nous notons encore quelques difficultés de compréhension verbale, tant en ce qui concerne les épreuves de test proprement dites (construction dans l'espace : compréhension de la consigne), que lors des échanges plus libres (réponse inadéquate au vu de la question posée).

Expression

Mme P. se montre très loquace ce jour, et ceci tout au long de la séance. Ainsi, les épreuves de tests donnent l'occasion à Mme P. de nous faire part de ses goûts, le peigne (épreuve de classement d'objets) lui permettant de souligner qu'elle aime être « coquette » et le script des saisons lui permettant d'exprimer sa préférence pour l'été, « parce qu'il fait chaud ».

Les photographies présentées servent de base à l'évocation de nombreux souvenirs précis, et on sent chez Mme P. un réel plaisir à évoquer ses loisirs passés : lecture, télévision, promenades et voyage en Afrique, mais également jeux de société et danses variées (tango, valse, etc.).

En outre, Mme P. prend plaisir à échanger avec nous sur ce qu'elle a fait la veille (sortie), et nous questionne également sur notre vie personnelle : études et métier futur, mais également pour savoir si « (nous sommes) mariées » - témoignant alors d'une certaine capacité de décentration peu observée jusqu'à ce jour.

Sa communication non verbale lors des échanges semble effectivement signifier l'intérêt qu'elle porte à l'interlocuteur, le buste en avant, corps et visage détendu, regard dans le nôtre.

- **Mme L.**

Comportement et observations générales

Mme L. se montre comme à son habitude enthousiaste et participe avec intérêt aux activités proposées. Elle nous fait une fois encore part de ses « trous de mémoire ».

Nous notons lors de l'épreuve de mise en ordre du script de brossage de dents une attitude de relecture spontanée de la part de Mme L., attitude de feed-back que nous n'avons jusqu'alors pas observée au cours des séances.

Lorsque nous interrogeons Mme L. sur son ressenti concernant l'ensemble des séances, celle-ci confirme que « c'était intéressant », mais précise cependant qu'elle « ne (s')en rappelle pas », preuve que cette expression qu'elle nous a plusieurs fois exprimée lui

permet de répondre à notre question sans trop s'avancer ni se montrer blessante envers nous ou tout autre personne qui lui poserait ce type de question.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'épreuve d'orientation spatiale du MMS est mieux réussie que lors du bilan initial (O/5), puisque Mme L. obtient un score de 2/5 grâce aux items du département et de la région et l'étage n'est pas donné explicitement, mais Mme L. sait préciser « (qu')on n'est pas haut, (et qu')on monte juste 2-3 marches ».

En ce qui concerne les tests que nous avons élaborés, Mme L. réussit sans difficulté le classement des objets dans un lieu, et l'item du lait, échoué lors du bilan initial, est placé dans la cuisine, mais de manière encore plus précise « dans le réfrigérateur ». Les épreuves d'utilisation de termes spatiaux et du plan de table sont réussies comme lors de la première séance, mais de manière plus rapide et spontanée. La construction dans l'espace, réussie en bilan initial, est en revanche échouée.

Pour la première fois depuis le début de nos prises en charge, lorsque nous venons la chercher, Mme L. fait preuve d'une certaine capacité d'orientation lors de ses déplacements : elle nous demande une simple confirmation des directions à prendre, au lieu de se laisser guider comme à son habitude.

L'évocation par son fils de ses métiers et lieux de vie antérieurs fait resurgir des images mentales précises, Mme L. affirmant alors qu'elle « voi(t) la plage, et la passerelle ».

Cohérence temporelle

Lors de l'épreuve d'orientation temporelle du MMS, Mme L. obtient un score de 2/5 (contre 3/5 en bilan initial, avec cependant des réponses qui semblent données au hasard) grâce aux items du mois et de la saison. Ceci confirme les difficultés importantes d'ancrage dans le contexte actuel (connaissance du temps conventionnel).

En ce qui concerne les tests que nous avons élaborés, scripts imagé des saisons et écrit du brossage de dents sont réussis ce jour tout comme lors du premier bilan, mais ceci de manière rapide et spontanée, Mme L. affirmant d'ailleurs que « c'est logique ». A l'épreuve de classement des fêtes, Mme L. obtient un score de 3/4 (seul l'item de « Pâques » est échoué) en prenant appui sur les saisons correspondantes, alors que cet exercice avait été totalement échoué lors de la première séance. Il semble donc que les repères temporels présentés au cours des séances aient permis à Mme L. de se réapproprier certains d'entre eux.

Lors de l'échange proposé autour des loisirs passés, nous notons à plusieurs reprises des confusions entre vie antérieure et vie actuelle. En revanche, lorsque nous lui présentons deux photographies de postes de télévision différents, Mme L. sait déterminer sans difficulté lequel fait référence à une époque passée. En outre, les indications temporelles fournies à l'évocation de ses souvenirs et habitudes passés semblent cohérents, Mme L. nous expliquant

qu'elle allumait la télévision « dès (qu'elle) rentrait », et regardait des films « le soir ». Nous évoquons également avec Mme L. les horaires particuliers de sa vie passée liés au métier de restaurateur de son mari.

Langage

Compréhension

L'analyse des photographies présentées ne pose pas de problème ce jour.

Expression

Le thème de discussion autour des loisirs proposé lors de la séance permet à Mme L. de partager avec nous son goût pour « les livres policiers », ou encore son habitude passée d'aller danser. Cependant, pour la première fois, le thème abordé « débouche », à l'initiative de Mme L., sur une réflexion d'ordre plus général sur la cherté de certains loisirs, Mme L. nous faisant part de son indignation face à certains modes de vie dépensiers « alors que des enfants crèvent dans la rue ». Mme L. montre ici sa capacité à se décentrer, à prendre du recul par rapport à ses propres préoccupations (discours moins égocentré), pour mener une réflexion plus générale sur l'existence, mettant en jeu des capacités de jugement.

Mme L. se montre également intéressée par nos études et notre futur métier, nous demandant notamment à quel « public » nous nous adressons, faisant, tout comme Mme P., preuve d'une certaine capacité de décentration.

2. Prises en charge de groupe

- **Mme C.**

Comportement et observations générales

Mme C. se montre toujours enthousiaste et participe avec intérêt aux activités proposées. Nous notons cependant une attitude assez confuse au cours de la séance de bilan, attitude que nous n'avions pas notée jusqu'alors : elle semble à plusieurs reprises « un peu perdue », « perdant le fil » de l'échange ou de l'activité proposée, et se montre parfois hésitante dans ses réponses.

De plus, nous remarquons des persévérations (le fait de parler des mois du milieu de l'année provoque une persévération dans les questions suivantes où elle répondra « juin », avant de s'auto-corriger) et des confusions (ex : confusion entre milieu du mois et milieu de l'année) que nous n'avions pas remarquées jusqu'à présent au cours des séances de prise en charge.

Mme C. semble particulièrement gênée ce jour par des troubles visuels : elle se plaint de ses yeux qui « pleurent et (l')empêchent de bien voir ».

Nous notons que son attitude corporelle reflète également un certain mal être : la patiente est agitée, toujours en action. Ses mains sont toujours en mouvement. La tension musculaire est présente dans tout le corps. Malgré nos diverses interrogations, nous ne parvenons pas à saisir la raison de cette anxiété manifeste.

Elle nous affirme que les séances que nous lui avons proposées étaient « très bien ».

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'épreuve d'orientation spatiale du MMS est moins bien réussie que lors du bilan initial (4/5), puisque Mme C. obtient un score de 3/5 ceci en raison de l'item de la région qui est échoué (échec semblant dû à un manque du mot puisque Mme C. nous indique les départements alentours, expliquant que « Nous n'en sommes pas loin »).

En ce qui concerne les tests que nous avons élaborés, Mme C. réussit sans difficulté le classement des objets dans un lieu, comme lors du bilan initial. Nous notons par ailleurs que Mme C. vient enrichir ses réponses de précisions (« la cuillère, c'est pour tourner le café par exemple... ») non notées en bilan initial. La construction dans l'espace est une nouvelle fois réussie : voyant que les deux constructions ne sont pas identiques, nous remarquons que Mme C. utilise des capacités de feed-back et d'auto-correction. Cette attitude n'avait pas été remarquée en début de prise en charge, ce qui semble en faveur d'une meilleure utilisation des capacités de flexibilité mentale restantes et de jugement.

L'utilisation des termes spatiaux, même si elle reste globalement bonne (5/8) semble moins bien réussie qu'au bilan initial (6/8). Elle semble avoir quelques difficultés de repérage dans un espace projectif ce jour. Nous pensons pouvoir attribuer ces difficultés à l'état de confusion observé chez Mme C. au cours de cette séance.

Cohérence temporelle

L'épreuve d'orientation temporelle du MMS est mieux réussie que lors du bilan initial (2/5) puisque Mme C. obtient un score de 3/5 grâce aux items de l'année, de la saison et du mois (seuls la saison et le jour du mois avaient été donnés au bilan initial). L'amélioration des résultats obtenus semble en faveur d'un meilleur ancrage dans le contexte actuel, et les erreurs du bilan final semblent dues aux persévérations et confusions mentionnées plus haut.

En revanche, les résultats sont stables en ce qui concerne les épreuves que nous avons élaborées, axées sur les capacités temporelles. Classement des fêtes et script des saisons sont réussis avec peu de facilitation (hormis une oralisation des textes et images du fait des troubles visuels de ce jour). Le script du brossage de dents est quant à lui mieux réussi qu'au bilan initial puisque l'ensemble des phrases est classé dans le bon ordre. Mme C. arrive à se corriger après relecture des phrases, preuve de bonnes capacités de rétroaction, en faveur d'une meilleure utilisation des capacités de flexibilité mentale restantes.

Au cours du dernier bilan, les échanges spontanés attestent d'une bonne cohérence temporelle : lors de l'évocation de souvenirs, les temps utilisés sont employés au passé de façon systématique. Nous avons pu observer une évolution de cette cohérence au fil des séances : d'une confusion systématique entre temps passé et présent, Mme C. semble se corriger au cours de la discussion en reprenant ses phrases aux temps appropriés, ceci de plus en plus souvent. Par ailleurs, les diverses occupations mentionnées sont associées aux bons moments de la journée.

Langage

Compréhension

Lecture et interprétation des photographies sont difficiles du fait de l'état (visuel et confusionnel) de Mme C. : ainsi, le jeu d'échec est identifié comme un jeu de domino ; le livre comme un divan. En revanche (malgré quelques hésitations) l'accordéoniste est justement associée au bal dansant.

Cependant, une fois les difficultés de lecture d'images dépassées grâce à notre aide, Mme C. tient des propos très cohérents en évoquant ses loisirs passés.

Expression

Mme C. se montre un peu moins loquace que lors des séances de groupe. Les échanges libres lui permettent cependant d'évoquer certains souvenirs, qu'elle mentionne plusieurs fois au cours de la séance (la mémoire différée étant mise en cause ici).

Le manque du mot et les paraphrasies sémantiques fréquemment observés chez Mme C. tout au long de la prise en charge sont particulièrement visibles lors de l'échange à support photographique, avec des difficultés de dénomination et d'évocation.

- **Mme R.**

Comportement et observations générales

Mme R. manifeste toujours une bonne appétence à la communication. Les troubles de la mémoire différée demeurent : elle nous demande encore plusieurs fois au cours de la séance de bilan pourquoi nous lui proposons ces exercices, ce que nous interprétons toujours comme une certaine anxiété face aux activités peu habituelles que nous lui proposons.

Mme R. affirme malgré tout que les séances qui lui ont été proposées lui ont plu. Nous notons qu'elle plaisante et ose quelques commentaires sur les exercices proposés : « Je vais jouer aux cubes comme les enfants ! », nous dit-elle.

Cohérence spatio-temporelle

Cohérence spatiale

L'atteinte spatiale révélée par le test d'orientation du MMS est stable en ce qui concerne l'épreuve spatiale (3/5) : noms de la maison de retraite et de la ville sont échoués :

Mme R. nous indique le nom des villes voisines, alors que la réponse était correcte au bilan initial. En revanche, Mme R. réussit à nous indiquer l'étage alors qu'elle ne l'avait pas fait lors du premier bilan. Nous notons donc une fluctuation des capacités d'orientation spatiale de Mme R.

Sur le plan spatial, classement d'objets et construction dans l'espace sont, comme lors du bilan initial, réussis. L'utilisation des termes spatiaux, même si elle reste globalement bonne (5/8) semble moins bien réussie qu'au bilan initial par manque de précision dans les termes utilisés semble-t-il. Ainsi, nous remarquons que les réponses sont données rapidement et restent plausibles (au lieu de « dans », Mme R. propose « avec, au milieu, ensemble » par exemple).

Nous remarquons que Mme R. utilise des capacités de feed-back et d'auto-correction (épreuve de construction dans l'espace et script), conduites jusqu'alors non observées lors des séances de prise en charge, et faisant appel à des capacités de flexibilité mentale, de jugement et de rétroaction.

Au cours des échanges spontanés, nous ne remarquons pas d'incohérence spatiale.

Cohérence temporelle

L'orientation temporelle, quant à elle, est chutée (passant de 4/5 à 1/5), et souligne les difficultés d'ancrage dans le contexte actuel. En effet, Mme R. réussit à nous indiquer l'année actuelle mais nous dit que nous sommes en juillet, en été sans pouvoir nous donner ni le jour du mois ni de la semaine. Ces résultats, nettement inférieurs à ceux du bilan initial, sont révélateurs des fluctuations importantes des capacités (notamment en ce qui concerne l'orientation) fréquemment observés chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

En revanche, nous relevons moins de difficultés lors des épreuves que nous avons élaborées, axées sur les capacités temporelles. Le classement des fêtes semble poser problème du fait d'une difficulté de rétention de la consigne (classer dans l'ordre d'arrivée dans l'année), mais nous notons la bonne association des fêtes aux saisons correspondantes : Mme R. obtient un score de 3/4 du fait qu'elle place « Pâques » après « Noël » même si dans la continuité des saisons, la réponse est exacte. Le résultat sur cette épreuve est également stable entre les deux bilans : l'erreur commise au premier bilan portait également sur l'item de Pâques avec un classement qui ne correspondait alors pas à une réponse exacte (« Pâques » étant placé entre « la Toussaint » et « Noël »). Il semble donc qu'il y ait une amélioration concernant les connaissances générales de l'ordre des saisons. D'autre part, nous notons que les fêtes sont rattachées de façon spontanée aux saisons correspondantes, attestant des capacités de Mme R. à prendre appui sur ses capacités préservées pour pallier ses difficultés. Le script imagé des saisons est également réussi (comme lors du bilan initial) même s'il nécessite encore une aide pour identifier puis classer les différentes images. Le script du brossage de dents est réussi alors qu'il avait été échoué au bilan initial, et le temps estimé pour cette activité est de l'ordre de 10/15 minutes (même estimation que précédemment).

Les échanges spontanés attestent d'une bonne cohérence temporelle pendant lesquels Mme R. oppose clairement sa vie actuelle et passée (« non, il n'y avait pas ça dans notre

jeunesse » dit-elle à la vue d'une scène d'un grand théâtre). Les temps utilisés sont employés au passé de façon systématique, contrairement à ce que nous avons pu observer en début de prise en charge : ceci semble en faveur d'une évolution positive des repères temporels d'un point de vue langagier. Les diverses occupations mentionnées sont associées aux bons moments de la journée ou de l'année.

Langage

Compréhension

Au cours de cette séance de bilan, les échanges autour du thème des loisirs à partir d'un support photographique montrent que Mme R. a des difficultés de lecture de l'image qui la freinent parfois dans son raisonnement : le rideau sur la scène de théâtre est ainsi vu comme un feu de cheminée ou des tuyaux. Cela contraste avec les observations que nous avons pu faire au cours des prises en charge du fait que Mme R. avait tendance à identifier assez rapidement, souvent avec justesse, les photographies proposées.

Au cours des échanges libres, nous ne notons pas de difficulté particulière de compréhension verbale ou non-verbale : elle réagit spontanément aux mimiques ou gestes que nous faisons.

Expression

Si Mme R. reste peu loquace lorsque nous lui proposons les tests (plus dirigés), les échanges libres lui permettent d'évoquer certains souvenirs de son enfance : jeu de dames, télévision, bal du 14 juillet. Ceci met en avant l'évolution favorable des capacités communicationnelles de Mme R. au fur et à mesure des séances : il semble que les exercices, supports, et thèmes proposés favorisent l'appétence à la communication ainsi que la résurgence de souvenirs que Mme R. semble avoir plaisir à partager.

Nous remarquons que le manque du mot cède facilement à l'ébauche orale, ce qui permet à Mme R. de se corriger lorsqu'elle identifie le jeu d'échec comme un jeu de dames (paraphasie sémantique, manque du mot, ou problème de lecture de d'image pour deux objets étant proches visuellement?). L'ébauche orale, phonologique ou morphosyntaxique est en effet une facilitation qui a semblé efficace au cours des séances.

Annexe 10 : présentation des patients de Bar-le-Duc

		Mme Co Age : 82 ans	Mme Gi Age : 80 ans	Mme Das Age : 83 ans	Mme Ge Age : 88 ans
Famille		Veuve	Veuve	Veuve	Veuve
Vie passée		3 enfants (1 fils, 2 filles)	1 fille orthophoniste	2 enfants (1 fils, 1 fille)	4 enfants (2 garçons, 2 filles)
Niveau d'études et métier		Ancienne institutrice	Ancienne infirmière	Ancienne infirmière en psychiatrie	Ancienne couturière puis vendeuse
Vie quotidienne		Déplacements moins limités, autonomie +	Déplacements limités	Déplacements moins limités, autonomie +	Déplacements très limités
Autonomie		MMS : 20/30 (du 2.04.12)	MMS : 19/30 (de juin 2012)	MMS : 22/30 (du 15.03.12)	autonomie – MMS : 24/30 (mai 2011)
Cognition					
Orientation spatio-temporelle	Temps	2/5 Désorientation temporelle dans le contexte actuel Quelques confusions passé/présent. Fluctuations++	0/5 Forte atteinte des capacités d'orientation et d'ancrage dans le contexte actuel ; données temporelles biographiques approximatives	5/5 Capacités préservées ; Horloge : 5/7	1/5 Forte atteinte des capacités d'orientation et d'ancrage dans le contexte actuel ; nombreuses confusions passé/présent.
	Espace	5/5 Spatial meilleur que le temporel mais a vécu près de la maison de retraite donc aide possible des souvenirs	2/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte actuel	5/5 Capacités préservées	5/5 Difficultés d'ancrage dans le contexte actuel
Communication		Besoin de mise en confiance pour participation ; bonne coopération	Bonne coopération ; Besoin d'être mise en confiance ; Appétence à la communication.	Discours biographique cohérent et informatif Expression orale fluente Déficit du lexique sémantique	Coopération ; besoin de sollicitations pour participation
Comportement		Atteinte mémoires de travail et différée Discrétion – retenue Flexibilité mentale	Enthousiasme, Curiosité – intérêt Difficultés de compréhension de consigne Anxiété face aux difficultés, Mise à distance des troubles (ironie)	Atteintes mémoire de travail et à long terme (difficulté d'encodage, récupération de l'information impossible)	Atteinte mnésique importante Ralentissement cognitif ; persévérations idéiques Anosognosie importante

Annexe 11 : grille d'observation des séances

	Spontané		Moyens de facilitation et impact
Identification de la stimulation sensorielle			
Cohérence spatio-temporelle	Association indice sensoriel/lieu-moment		
	Dans le cadre d'un échange verbal		
Langage	Compréhension	Verbale	
		Non verbale	
	Expression	Verbale	
		Non verbale	
Comportement (concentration, appétence, capacités d'adaptation, etc.)			