

Les troubles des fonctions cognitives et de la communication dans les pathologies dégénératives

L'intervention orthophonique dans les pathologies dégénératives peut apparaître surprenante si l'on considère qu'une thérapie rééducative ne peut sans doute pas améliorer l'état d'un patient qui se dégrade de façon irréversible. Par contre, si l'on considère qu'une intervention thérapeutique de ce type peut ralentir la dégradation, apporter un confort de vie au malade et à son entourage, elle devient capitale.

Cette prise en charge peut se concevoir dans des pathologies qui vont entraîner des atteintes périphériques des organes phonateurs, du souffle, de la sphère oro-faciale comme la sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Parkinson.

Elle peut aussi s'envisager dans les syndromes démentiels, en particulier dans la démence de type Alzheimer. Le rôle de l'orthophoniste sera alors double puisqu'il pourra participer au diagnostic en réalisant une évaluation quantitative et qualitative des fonctions cognitives et qu'il pourra proposer une thérapie. L'approche thérapeutique peut être de type cognitif, en particulier au stade initial de la maladie, en intervenant au niveau des systèmes qui sous-tendent les symptômes, surtout mnésiques et langagiers. Nous privilégions personnellement une approche cognitivo-comportementale ou écosystémique des troubles de la communication, en particulier lorsque l'atteinte devient plus importante. Il s'agit d'intervenir sur des facteurs « distaux » ou « indirects » (situation de communication, thèmes de discussion, comportement communicationnel de l'interlocuteur,...) qui ont une influence sur l'évolution de la maladie et qui sont réceptifs à ce type de thérapie plutôt que sur les facteurs « proximaux » ou « directs » (atteinte neurologique) effectivement peu sensibles à cette intervention.

Après une évaluation précise, rigoureuse et écologique (en situation d'interlocution) des capacités résiduelles de communication du malade, la thérapie sera orientée vers le malade et vers l'entourage. Les séances avec le malade auront pour objectifs de stimuler les actes de langage encore à sa compétence pour qu'il puisse continuer à les utiliser le plus longtemps possible. Lors d'autres séances, l'orthophoniste expliquera à l'entourage comment modifier son propre comportement de communication pour l'adapter aux difficultés spécifiques du malade afin qu'une communication, même différente, même imparfaite, même non verbale, perdure le plus longtemps possible. Il s'agit de modifier le système dans lequel évolue le malade, en particulier le micro-système familial, pour atténuer tant que faire se peut les facteurs perturbateurs et augmenter les facteurs facilitateurs en particulier au niveau de la communication.

Une telle approche permet de faire en sorte que le malade soit toujours reconnu, à ses yeux et aux yeux de son entourage, comme individu communicant et donc tout simplement comme individu. Cela évitera qu'il se laisse glisser et que d'autres facteurs d'ordre psychologique ne se surajoutent aux troubles neurologiques. Cela évitera aussi le rejet de l'entourage qui se sent démuni et inutile, ce qui, du même coup, retardera l'institutionnalisation. Une intervention de ce type est par ailleurs possible au sein d'une institution pour faciliter et maintenir l'intégration du malade dément, l'entourage référent du thérapeute sera alors constitué par les soignants.

Extrait de :

- Rousseau, T. (2002). Quand et pourquoi faire une rééducation orthophonique chez l'adulte. *Pratiques Médicales et thérapeutiques*, 22, 8-10.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Plénière HAS cardioneurovasculaire
Plateformes professionnelles IDM et AVC
Indicateurs de pratique clinique

2 février 2011

Programmes pilotes – Impact clinique



PROGRAMMES PILOTES IMPACT CLINIQUE AVC & DÉMENCES

Convention
Haute Autorité de Santé
Collège Français d'Orthophonie

Liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 4 mars 2002)

Thierry Rousseau



Titulaire de brevets/Porteur de parts sociales ou membre d'une structure de gouvernance ou salarié	➤ NON
Consultant ou membre d'un Conseil scientifique	➤ NON
Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents	➤ NON
Prise en charge de frais de voyages, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations	➤ NON
Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique	➤ NON
Co-Investigateur d'une étude clinique	➤ NON

Améliorer les pratiques d'orthophonie lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des AVC

VALIDATION d'un bilan-aphasie DE LANGAGE minimal

Analyse
Quantitative

Analyse
Qualitative

Bilan Minimal de 100 items

- Rapide
- Complet
- Simple

- Spécifique aux orthophonistes
- Spécifique à l'aphasique sévère

© 1^{er} scoring établi, normé validé auprès de 385 sujets contrôles testés répartis selon :

- L'âge (15-19, 20-39, 40-59, 60-79, >80 ans),
- Le sexe,
- Le NSP (<BAC, BAC-BAC+3, >BAC+3),
- La latéralité

EXPRESSION ORALE				M	s.d.
1/ LANGAGE SPONTANE					
Quel est votre nom ?					
Quel est votre prénom ?					
Quelle est votre adresse ?				1.5	0
Quelle est la date d'aujourd'hui ?			/2		
2/SERIES AUTOMATIQUES :					
Compter de 1 à 10					
Jours de la semaine				/1	1 0
3/ FLUENCES					
Fluences Animaux				AnIm	
				/1	22.6 6.21
Fluences « v »				« v »	
				/1	11.8 4.59
4/ DENOMINATION VISUELLE					
Policier	Kangourou		Ascenseur		
Pomme	Calculatrice		Jumelles		
Boire	Téléphoner		Scier		
Arroser				/10	9.8 1.3
5/ DENOMINATION AUDITIVE					
Bébé Mouette				/2	1.82 0.46
6/ DENOMINATION TACTILE					
Gomme Fourchette				/2	1.99 0.09
7/ REPETITION MOTS					
Cloche	Autre		Grief		
Amour	Personne		Avancer		
Exigu	Instrument		Archiviste		
Accompagner	Déclivité			/11	10.9 0.98
8/ REPETITION PSEUDO MOTS					
Taburé	Natissé		Erji		
Doure				/4	3.76 0.88
9/ REPETITION PHRASES					
Le pull est rouge	Le chat de mon voisin dort		La fille attrape la pomme qui est sur la table	/3	2.97 0.27
TOTAL EXPRESSION ORALE				/37	
COMPREHENSION ORALE					
1/ DESIGNATION IMAGES					
Kangourou	Calculatrice		Jumelles		
Boire	Jardiner		Photocopier	/6	5.95 0.45
2/ APPARIEMENTS SEMANTIQUES					
Verre	Ascenseur		Araignée		
Ecouter	Déchirer			/5	4.97 0.27
3/ EXECUTION ORDRES					
Ouvrez la bouche					
Touchez votre nez et dites « oreille »					
Applaudissez, gonflez les joues et tirez la langue				/3	2.99 0.07
4/ COMPREHENSION SYNTAXIQUE ORALE					
a) Correction syntaxique :					
Rémi mange son soupe	Il faudra que je me décidais à aller faire les courses			/2	1.98 0.21

Améliorer les pratiques d'orthophonie lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des AVC

bilan minimal de langage



Intérêts

- Absence d'outil de ce type validé en français
- Besoin d'un outil normé et spécifique à la phase sévère
- Conçu à partir d'une batterie de langage
- Caractéristiques d'un outil de passation rapide
- Version papier et Informatisée

Projet

- Validation auprès de 40 orthophonistes au niveau national
- T0, 3 mois , 1 an et 2 ans
- Corrélation avec National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) , *Brott (1989)*
- *Co OADO*

Les indicateurs de pratique clinique utiles à l'orthophoniste



6 indicateurs en phase aiguë

- **Taux d'évaluation, diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation**
- **Délai d'évaluation, diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation**
- **Taux de recherche des troubles cognitifs**
- **Taux de pneumopathies d'inhalation**
- **Taux de projets de soins établis en concertation par équipe, patient, entourage**
- **Taux de projet de vie établis avec expertise du lieu de vie**

2 indicateurs commun à la phase aiguë et à la prise en charge en post AVC

- **Taux de contact établis entre l'hôpital et les professionnels libéraux**
- **Taux de courrier de sortie précisant les coordonnées du référent de la filière**

3 indicateurs sur la prise en charge la première année post AVC

- **Taux de projets de soins, projets de vie adaptés aux déficiences cognitives, activité, participation**
- **Taux d'évaluation de l'adhésion et de la tolérance au traitement (médicamenteux et de rééducation)**
- **Taux d'évaluation de la qualité de vie et du handicap**

Améliorer les pratiques d'orthophonie lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des démences



- Actualisation de la GECCO complète (*Grille d'Évaluation des Capacités de Communication des patients-Alzheimer*)
- Création et validation de la **GECCO dépistage**

- Validation et promotion d'un protocole d'**évaluation** et de **thérapie écosystémique** des troubles de la communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer

1. *Évaluation orthophonique avec GECCO dépistage*
2. *Évaluation par un aidant familial ou professionnel de la communication avec le Questionnaire de Communication aux aidants (QCA)*
3. *Si présence avérée de troubles de la communication après synthèse de l'orthophoniste : évaluation orthophonique avec GECCO*
4. *Mise en place d'une thérapie écosystémique.*

CHAPITRE VI

Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives

Thierry ROUSSEAU, *Orthophoniste*

Docteur en psychologie

Chargé d'enseignement à l'Université d'Angers, à l'Institut de Psychologie et de Sociologie

Appliquées de l'Université Catholique de l'Ouest et à l'école d'orthophonie de Nantes

Chercheur associé au laboratoire de psychologie (UPRES EA 2646) de l'Université d'Angers

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	151
II – LES ATTEINTES COGNITIVES DANS LES DÉMENCES	
A – Atteinte mnésique	151
B – Atteinte du langage	152
C – Atteinte gnosique	153
D – Atteinte praxique	153
E – Atteinte des fonctions exécutives	153
F – Atteinte psychocomportementale	154
III – LES TROUBLES DE LA COMMUNICATION DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER	154
IV – PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION	
A – Les prises en charge non médicamenteuses selon l'ANAES	155
B – Les différentes approches thérapeutiques des troubles cognitifs et de la communication dans les démences	155

V – THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION

A – Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer	157
B – la thérapie écosystémique	159
C – Evaluation de l'efficacité de la thérapie écosystémique	165

X – CONCLUSION

167

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

167

ANNEXE

170

I - INTRODUCTION

Les maladies neurodégénératives sont nombreuses et entraînent une grande diversité des troubles et des symptômes. La prise en charge orthophonique d'un certain nombre de ces troubles (dysarthries, aphasie, troubles neurovisuels, apraxies, agnosies, troubles de la mémoire, atteintes frontales) est traitée dans d'autres chapitres de cet ouvrage, nous n'y reviendrons pas. Notre propos concernera principalement les troubles de la communication dans les syndromes démentiels et en priorité dans la démence de type Alzheimer (DTA) qui représente environ 70 % des cas de démences.

Il existe plusieurs classifications possibles des démences, notamment en fonction de leur localisation :

- démences corticales : DTA, démences fronto-temporales (maladie de Pick,...)
- démences sous-corticales : paralysie supra-nucléaire progressive (maladie de Steele-Richardson), maladie de Parkinson,...
- démences cortico-sous-corticales : maladie à corps de Lewy diffus,...
- atrophie focale : aphasie progressive primaire,...

ou en fonction de leur étiologie :

- démences dégénératives primaires : DTA, maladie de Pick,...
- démences vasculaires : démence par infarctus multiples,...
- démences mixtes : dégénérative + vasculaire
- démences d'origine mécanique : suite à un traumatisme crânien, une tumeur,...
- démences d'origine toxique : alcoolisme chronique, dialyse chronique,...
- démences d'origine carencielle : en vitamines B2, B12,...
- démences d'origine métabolique : dysthyroïdie,...
- démences d'origine infectieuse : maladie de Creutzfeld-Jacob, liées au VIH,...

Nous aborderons successivement les différents troubles susceptibles d'être rencontrés dans les différentes démences et nous verrons quelles sont les différentes approches thérapeutiques que peut s'approprier un orthophoniste pour venir en aide à un malade et à son entourage.

II - LES ATTEINTES COGNITIVES DANS LES DÉMENCES

Il convient de dire, en préalable, que les démences, et en particulier la DTA, se traduisent, au niveau de l'atteinte cognitive, par une grande hétérogénéité à la fois interindividuelle et intraindividuelle (Collette, Van der Linden & Meulemans, 2002). Chaque malade présente un tableau clinique spécifique et les diverses atteintes coexistent à différents degrés de gravité.

A - ATTEINTE MNÉSIQUE

Dans la DTA, l'atteinte mnésique est souvent inaugurale, avec une grande variabilité selon les sujets. Le déficit va d'abord être léger, proche de ce que l'on observe dans le vieillissement normal, puis s'aggraver progressivement et de manière considérable, toutes les composantes de la mémoire étant touchées au bout du compte.

Les composantes d'abord et principalement atteintes sont la **mémoire explicite** (par rapport à la mémoire implicite), au sein de laquelle la **mémoire épisodique** est prioritairement touchée. La relative préservation des souvenirs anciens en opposition avec la perte des souvenirs récents a été mise en évidence par quelques épreuves, dont le questionnaire TEMPau (test d'évaluation de la mémoire du passé lointain autobiographique) (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000). L'altération précoce de la mémoire épisodique conjointement à la relative préservation de la **mémoire sémantique** (mémoire des connaissances) expliquerait ce gradient temporel.

La **mémoire procédurale** est la plus préservée dans la DTA, jusqu'à un stade d'évolution avancée. Cette mémoire des "habitudes", des "rituels", des automatismes, y compris verbaux, devient, à un certain stade de l'évolution la seule voie mnésique encore utilisable.

La **mémoire de travail** est un système à capacité limitée destiné au maintien temporaire et à la manipulation d'une information pendant la durée de la réalisation d'une tâche cognitive. Elle est progressivement perturbée, en particulier un de ses composants : l'administrateur central (Belleville, Peretz & Malenfant, 1996). Collette et al. (1999) ont montré lors d'une épreuve mettant en jeu la vitesse de traitement que ni cette dernière, ni le degré de sévérité de la démence n'étaient significativement reliés aux performances relevées, ce qui suggérerait une atteinte de l'administrateur central en tant que tel. Cette mémoire de travail a des contraintes fortes en terme de capacités (empan mnésique : 7 + ou - 2 items) et en terme de durée de maintien de l'information (de l'ordre de quelques dizaines de secondes en l'absence d'auto-répétition).

Lors du processus mnésique, c'est la **phase d'encodage** - lorsque le sujet transforme les informations perceptives en représentations mentales susceptibles d'être réactualisées ultérieurement (Rousseau, 1992) - qui est essentiellement perturbée. Bushke, Sliwinski, Kulansky et al. (1997) l'ont mis en évidence par la passation de tests de rappel : **le rappel libre** est plus difficile que **le rappel-reconnaissance et l'indiciage** est généralement inefficace, il n'y a pas d'apprentissage après plusieurs essais et les réponses des sujets Alzheimer comportent de nombreuses erreurs spécifiques. Cela signifie qu'à partir d'un moment de l'évolution de la maladie, le malade Alzheimer ne "fonctionnera" plus qu'en mémoire de travail, c'est-à-dire avec une capacité de maintien des nouvelles informations de l'ordre de quelques secondes...

Notons l'existence d'une forme particulière de démence, la démence sémantique, qui se caractérise par une atteinte prédominante de la mémoire sémantique.

Dans les démences fronto-temporales, les troubles mnésiques sont peu importants, notamment au début de la maladie et dans les démences vasculaires ils sont fonction de la topographie des lésions, même si le rappel libre est généralement le plus perturbé, l'indiciage apportant une aide car il y a peu de difficultés de stockage. Dans la démence à corps de Lewy, ils seront assez proches de ceux observés dans la DTA.

B - ATTEINTE DU LANGAGE

1- Troubles du langage oral :

Cardebat, Aithamon et Puel (1995) exposent en référence à la taxonomie aphasiologique, les désordres linguistiques des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

- Au stade initial de la maladie, les auteurs s'accordent sur l'existence d'**un trouble lexico-sémantique** alors que les capacités syntaxiques et phonologiques sont préservées (Cardebat & al., 1995 ; Rousseau, 1995a). Ce trouble, symptôme premier de l'atteinte linguistique, se traduit par un manque du mot (difficulté voire impossibilité de produire le mot adéquat étant donné l'activité linguistique dans laquelle on est engagé) compensé par des périphrases ou des circonlocutions, des paraphasies verbales sémantiques (production d'un mot pour un autre, en lien avec le mot-cible). Les fluences lexicales (capacité à donner oralement une série de mots à partir d'un thème proposé ou d'une lettre) alphabétique et catégorielle sont généralement appauvries. La compréhension orale et écrite est bien préservée, ainsi que la capacité de répétition ou de lecture à voix haute.
- Au stade moyen de la maladie, on observe une aggravation du trouble lexico-sémantique : le manque du mot est plus prégnant, les paraphasies sémantiques plus fréquentes, on relève de nombreuses persévérations dans le discours. La fluence verbale sémantique est effondrée et par conséquent le discours prend en surface un aspect dysyntaxique selon Cardebat et al. (1995). Les capacités syntaxiques demeurent cependant supérieures aux capacités lexico-sémantiques à ce stade d'évolution de la maladie. L'articulation et la lecture à voix haute sont préservées.
- Enfin, au stade le plus évolué de la DTA, la production et la compréhension du langage sont très touchées : la plupart des malades ne s'expriment qu'en jargonnant, ils deviennent palilaliques (répétition spontanée de un ou plusieurs mots), logocloniques (répétition spasmodique d'une syllabe) ou écholaliques. Parfois persistent dans le discours des formules très automatisées telles que les formules de politesse. Certains malades sont quant à eux mutiques. Cardebat et al. (1995) notent dans certains cas une forte apparition de paraphasies phonémiques (production verbale comportant une (ou des) erreur(s) dans le choix ou l'ordre des phonèmes composant le mot-cible).

Dans la démence fronto-temporale, on observe une réduction progressive de langage, des stéréotypies, des persévérations, un phénomène d'écholalie.

Une forme particulière est l'aphasie progressive primaire (APP) qui se caractérise par un trouble du langage isolé (anomie, surdité verbale,...), une fréquente apraxie bucco-faciale, une rare dysarthrie et la préservation pendant longtemps d'une autonomie physique et intellectuelle.

Dans la maladie à corps de Lewy, les troubles linguistiques sont semblables à ceux de la DTA avec notamment des troubles importants de la fluence verbale.

2 - Troubles du langage écrit :

Dans la DTA, les différentes études notent deux principaux phénomènes : les patients ont plus de difficultés à lire les mots irréguliers (mots écrits dont l'orthographe ne permet pas la lecture par l'utilisation des règles de correspondance graphèmes-phonèmes ; exemples : "femme", "monsieur") que les mots réguliers. Les mots fréquents sont mieux lus que les mots peu fréquents. Platel et al. (1993) ont étudié l'évolution de la production écrite au décours de la maladie : au stade moyen de la maladie les erreurs non-phonologiquement plausibles sont les plus importantes et au stade sévère ils notent la sur-représentation d'erreurs de type grapho-moteur.

Il est possible dans certain cas que le langage écrit demeure un outil de communication plus ou moins efficace, Debard et Rousseau (2002b).

C - ATTEINTE GNOSIQUE

Les malades Alzheimer peuvent présenter divers troubles gnosiques (déficience de la reconnaissance des stimuli alors qu'il n'y a pas de déficit sensoriel élémentaire) : agnosies visuelles, agnosies auditives, agnosies tactiles, asomatognosies (difficulté dans la reconnaissance de son propre corps). On remarque de plus une prosopagnosie (difficulté spécifique dans la reconnaissance des visages), précoce pour les visages familiers, les visages célèbres, plus tardive pour les visages des personnes familières (Pasquier, 2002).

Notons l'existence de l'atrophie corticale postérieure qui entraîne une agnosie visuelle.

D - ATTEINTE PRAXIQUE

On rencontre fréquemment chez certains sujets Alzheimer une apraxie constructive (déficit de l'exécution des dessins et de la réalisation des constructions), une apraxie de l'habillage, moins fréquemment une apraxie idéatoire (difficultés lors de la manipulation des objets), une apraxie idéomotrice (impossibilité de réaliser des gestes arbitraires ou symboliques).

Généralement les dégénérescences fronto-temporales n'entraînent pas d'apraxie, l'aphasie progressive primaire entraîne fréquemment une apraxie bucco-faciale et la démence à corps de Lewy des difficultés dans les tâches visuo-spatiales et constructives.

Parmi les atrophies focales, il est possible de rencontrer une apraxie progressive (idéatoire ou idéomotrice) et une dégénérescence cortico-basale entraînant une apraxie et aussi un syndrome extrapyramidal, un phénomène de grasping, de dystonie et de main étrangère.

E - ATTEINTE DES FONCTIONS EXÉCUTIVES

Il existe, dans la DTA, des difficultés d'organisation, de planification et d'attention :

- troubles de l'initiation verbale et motrice avec des troubles de la fluence verbale, de la réalisation de séquences gestuelles,
- atteinte de la pensée abstraite avec des difficultés au niveau de la résolution de problèmes simples, du jugement de similitude, d'explication de proverbes, d'histoires absurdes, d'estimations cognitives,
- troubles des capacités d'inhibition et de flexibilité mentale avec des troubles des capacités à inhiber un comportement automatique au profit d'un comportement volontaire ("go no go").

Ces troubles des fonctions exécutives sont bien sûr très présents dans les atteintes fronto-temporales, ainsi que, très fréquemment, dans les démences vasculaires.

F – ATTEINTE PSYCHOCOMPORTEMENTALE

Ils sont fréquemment associés aux atteintes cognitives. Une étude de Burns, Jacoby et Levy (1990) portant sur 178 patients atteints de DTA a montré l'existence fréquente d'hallucinations auditives et visuelles, de délires, de symptômes dépressifs, de comportements agressifs, de désinhibition sexuelle, de comportements de déambulation, de boulimie. La moitié des sujets souffraient d'incontinence.

Les principaux troubles psychocomportementaux pouvant être rencontrés dans la DTA sont les suivants :

- dépression,
- anxiété,
- troubles émotionnels (émoussement affectif),
- agressivité,
- désinhibition (sexuelle),
- agitation (verbale, motrice),
- troubles des conduites élémentaires (sommeil, anorexie, incontinence),
- troubles psychotiques (hallucinations, idées délirantes, troubles de l'identification),
- anosognosie.

Ces troubles psychocomportementaux sont beaucoup plus importants et d'apparition initiale dans les démences fronto-temporales et en particulier dans la maladie de Pick, avec en particulier : distractibilité, hyperoralité, repli sur soi, apathie, modifications dans la vie affective, désinhibition, rigidité mentale...

Les symptômes thymiques (apathie, hyperémotivité, labilité émotionnelle, irritabilité, indifférence affective) sont fréquents dans la démence vasculaire, ainsi que les hallucinations et les idées délirantes, présents très souvent aussi dans la démence à corps de Lewy (qui se caractérise en plus par une fluctuation des performances cognitives, un syndrome parkinsonien, un syndrome confusionnel et des troubles de l'attention).

III – LES TROUBLES DE LA COMMUNICATION DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Nous nous sommes personnellement intéressé à la communication des patients atteints de DTA en montrant tout d'abord - Rousseau (1992, 1993, 1994b, 2001a) - que les difficultés linguistiques des patients atteints de DTA n'étaient pas un "simple" déficit du langage mais un véritable trouble de la communication sur lequel influent différents facteurs :

- le degré d'atteinte cognitive,
- les facteurs individuels et psychosociaux : l'âge, le niveau socio-culturel, le lieu de vie,
- les facteurs cognitifs et linguistiques (le profil neuropsychologique),
- les facteurs contextuels, en particulier le thème de discussion et le type d'actes produits par l'interlocuteur.

Nous avons également montré que les capacités de communication des patients atteints de DTA subissent un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives :

- une réduction globale et progressive des actes émis,
- une diminution du nombre d'actes adéquats et une augmentation du nombre d'actes inadéquats,
- une augmentation des actes non verbaux,
- une modification qualitative des actes adéquats utilisés allant dans le sens d'une simplification des actes utilisés, ceux-ci ne faisant pas appel à une élaboration thématique et syntaxique importante, et d'une utilisation d'actes "automatiques" ou automatisés,
- une augmentation progressive de l'émission inadéquate d'actes demandant un traitement actif ou élaboré du langage ou une diminution de l'émission de tels actes.

IV - PRISES EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION

A - LES PRISES EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER SELON L' ANAES

Le rapport de l'ANAES (2003) fait l'inventaire des différentes approches utilisées dans le traitement de la démence suivant le type de stimulus employé :

"Stimulation cognitive, psychocognitive :

- Rééducation de la mémoire,
- Rééducation du langage, de la communication (orthophonie),
- Rééducation des compétences fonctionnelles (ergothérapie),
- Approches psychosociales (validation therapy, reminiscence therapy, reality orientation therapy) psychothérapie, psychanalyse,
- Relaxation (musique, massage, environnement),
- Activités occupationnelles et récréatives (conversation, lecture, dessin, animal domestique, jeux, ateliers...)
- Stimulation du comportement - Application de principes généraux et adoption de règles de vie pratique,
- Approche comportementale,
Stimulation sensorielle, sons (musique, chant), couleurs, lumière, arômes, massages,
Stimulation de l'activité motrice, danse, promenade, mouvements, gymnastique, kinésithérapie,
- Aménagement des lieux de vie, architecture, aménagement intérieur,
- Surveillance médicale - Prévention et traitement des comorbidités associées,
- Rééducation des déficits, handicaps (audition, vision),
- Soins dentaires".

En ce qui concerne *"la rééducation de la mémoire, du langage, de la voix, de la communication verbale"*, le rapport précise que *"les techniques de réapprentissage"* sont celles de l'orthophonie et dit que ces techniques ont fait l'objet d'une précédente évaluation par l'ANAES (dossier de nomenclature, juin 2001, données non publiées). Cette évaluation a conduit la commission de la nomenclature, le ministère de la santé et l'Académie de Médecine à inscrire à la compétence des orthophonistes et à leur nomenclature le libellé qui est le titre de ce chapitre : "Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladie neurodégénératives".

B - LES DIFFÉRENTES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DES TROUBLES COGNITIFS ET DE LA COMMUNICATION DANS LES DÉMENCES

La littérature internationale révèle que différentes approches thérapeutiques co-existent pour venir en aide aux patients atteints de démences.

Il n'existe pas d'approche syndromique car il s'agit de maladies évolutives et hétérogènes. Cependant, ce caractère hétérogène et la présence de tableaux complexes et composites sont pris en compte aujourd'hui dans les diverses prises en charge existantes, notamment celles qui s'attaquent plus spécifiquement à la DTA.

L'objectif de toutes ces approches ne va bien-entendu pas être de restaurer une fonction ou une capacité perdue : dans ce type de pathologie neurodégénérative, ce qui est perdu l'est définitivement, toute tentative de récupération serait vaine, voire contre-indiquée. Par contre, ce qui est préservé à un moment donné sera altéré un peu plus tard, dans un délai variable. L'objectif de la prise en charge orthophonique va être d'agir sur ce délai, de faire en sorte que l'altération se produise le plus tardivement possible.

1 - La thérapie comportementale

Inspirée des méthodes behavioristes, elle est surtout utilisée dans les pays anglo-saxons. Le but est de modifier les variables environnementales pour modifier les conduites. Elle intervient au niveau de l'environnement "ménager", des activités physiques, intellectuelles et quotidiennes, mais aussi au niveau de la communication.

Concernant cette dernière, il s'agit de favoriser la communication verbale et non-verbale des patients Alzheimer. Par conséquent, un certain nombre de conseils, d'attitudes "communicatives" à adopter face aux patients sont proposés. Le plus important est de toujours considérer le malade comme un interlocuteur à part entière, malgré les difficultés de communication. Une étude de Bayles et Kim (2003) indique que les interventions comportementales permettent de maintenir les fonctions de communication de patients Alzheimer grâce à une meilleure compréhension actuellement des processus cognitifs épargnés : les cliniciens peuvent élaborer des stratégies comportementales en conséquence.

2 - Les groupes de parole

Le développement de tels groupes à objectifs thérapeutiques a débuté dans les établissements pour personnes âgées, pour combattre la démence contre laquelle aucune thérapie curative n'est proposée actuellement. Il s'agit en particulier des groupes de conversation, mais aussi de la thérapie de reminiscence et de la thérapie de validation qui peuvent s'adresser à un groupe mais aussi de façon individuelle.

Carreel (1990) a voulu examiner l'efficacité d'un *groupe de conversation* sur le langage de patients déments : les aptitudes linguistiques du groupe testé se sont maintenues, comparativement à celles d'un groupe témoin qui se sont dégradées. Qualitativement, la compréhension orale syntaxique s'est avérée particulièrement sensible à la stimulation conversationnelle.

3 - La thérapie de reminiscence

Elle se définit comme le rappel vocal ou silencieux d'événements passés de la vie d'un patient dément, individuellement ou en groupe (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2002). Elle consiste en des réunions hebdomadaires, durant lesquelles les participants sont invités à parler de leur vie antérieure, avec le soutien matériel de photos, vidéos, musique ou objets signifiants. La mémoire des faits anciens étant souvent la dernière à se détériorer dans la DTA, il en a été inféré que la reminiscence pouvait être un moyen de communication avec les MA, en se centrant sur une capacité cognitive persistante même à un stade avancé de la maladie, et elle est devenue un processus thérapeutique à part entière.

4 - La thérapie de validation

Elle a pour but de communiquer avec les patients âgés déments, quel que soit le stade d'évolution de la démence : désorientation, confusion dans le temps, déplacements répétitifs et état végétatif (Feil, 1972 ; Neal & Briggs, 2002). Il s'agit de proposer un comportement homogène et cohérent à l'égard du dément, par exemple : reformuler en mots clairs ses phrases parfois confuses ; parler d'une voix claire, lente en utilisant des mots simples ; garder un contact visuel étroit pendant les conversations pour soutenir le contact verbal ; etc. Il n'existe pas de preuves que ces approches thérapeutiques améliorent ou stabilisent l'état du patient. Elles permettent cependant de rendre la vie du patient et de ses proches plus supportable.

5 - L'approche cognitive

La prise en charge cognitive, sous l'influence des recherches neuropsychologiques, cherche, à partir d'un bilan neuropsychologique objectivant les déficits et les capacités préservées du sujet, à appliquer des stratégies rééducatives appropriées à la spécificité de chaque trouble. Juillerat, Van der Linden, Seron et al. (2000) notamment, ont montré que cette approche cognitive, sur le versant de la prise en charge des troubles mnésiques, pouvait être efficace chez les patients Alzheimer à un stade débutant. Une telle prise en charge implique naturellement la participation active d'un aidant pendant l'évaluation et la réadaptation, pour s'assurer que les stratégies acquises soient employées systématiquement dans la vie quotidienne (Mulligan & Juillerat, 1997 ; Van der Linden & Juillerat, 1998). Plus précisément, en ce qui concerne la prise en charge des troubles du langage et de la communication, les études rapportées dans la littérature comme celles de Teil et Marina (1992) et encore

de Dubois-Remund (1995), montrent l'efficacité de la thérapie cognitive sur les troubles lexico-sémantiques : *"l'action thérapeutique (définir des mots et décrire l'image qui leur correspondent) améliore la capacité de dénomination qui se maintient pendant quelques semaines"*. Mais la thérapie n'est efficace que pour les items entraînés, car aucun effet de généralisation n'est constaté. D'après de Rotrou (2003), ce type d'approche ne prend pas en compte les capacités de réadaptation des patients dans toutes les activités de la vie quotidienne.

6 - La stimulation cognitive

De Rotrou propose d'ailleurs des "programmes de stimulation cognitive" dans une perspective plus globale et pragmatique : il s'agit d'un ensemble de méthodes pédagogiques sous forme d'applications pratiques, en correspondance avec les situations de vie quotidienne, regroupées dans des séances (Frambourt, de Rotrou & Cimetière, 1998 ; de Rotrou, 2003). Ces séances sont collectives, bihebdomadaires et ont pour but de créer une dynamique de groupe favorable aux échanges sociaux, au maintien des savoirs cognitifs et fonctionnels résiduels. Huit patients environ sont encadrés par plusieurs thérapeutes qui adaptent la difficulté des applications pratiques en fonction du degré de l'atteinte cognitive. En outre, le programme de stimulation cognitive comporte une formation des familles et soignants pour prolonger dans le quotidien l'action des thérapeutes, ainsi qu'un soutien psychothérapeutique des patients, familles et soignants.

7 – La thérapie écosystémique

Nous avons soulevé, Rousseau (2001a,c,d), les limites de l'approche cognitive avec des patients atteints de DTA au stade moyen de la maladie, et plus encore au stade sévère. A partir de ces stades, ou du moins dès que la communication devient difficile, nous proposons une approche de type écologique et systémique des difficultés de communication qui prend en compte tous les facteurs indirects ou distaux. Ces facteurs que nous avons montrés influents, Rousseau (1992, 1993, 1994b,1995a), en particulier les facteurs environnementaux, peuvent être réceptifs à une thérapie adéquate, alors que les facteurs directs ou proximaux (atteinte neurologique) ne le sont pas. Cette "thérapie écosystémique" va prendre en charge le patient dans son milieu de vie ainsi que le système dans lequel il évolue. Elle présuppose une évaluation qui aura pour objectifs essentiels de déterminer comment communiquer maintenant le patient atteint de DTA et quels sont les facteurs qui influent sur les capacités de communication (Rousseau, 1998a, 1999d, 2000b, 2001a,b, 2002c). C'est cette approche que nous développons dans le paragraphe suivant.

V – THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION

A - GRILLE D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER (annexe)

La grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA (Rousseau, 1998a, 2001a) a été élaborée dans une perspective d'approche pragmatique de la communication et se veut centrée sur l'analyse des capacités de communication des MA dans plusieurs situations de communication. Il s'agit d'une évaluation à visée thérapeutique qui n'a pas de valeur diagnostique. Le bilan "diagnostique" que peut faire l'orthophoniste est d'un autre ordre, Rousseau (2000c, 2002a). L'analyse de la grille permet ainsi au thérapeute de déterminer quels sont les actes de langage utilisés préférentiellement par le MA de manière adéquate et ceux qui le sont de manière inadéquate. Un autre objectif est de voir quels thèmes et quelles situations de discussion permettent au malade d'avoir des échanges corrects, quels types d'actes sont utilisés dans ces cas-là et, parallèlement, de connaître les thèmes et situations qui entraînent l'inadéquation du discours.

La grille permet une analyse pragmatique à la fois qualitative et quantitative des actes de langage verbaux et non-verbaux.

1 - Analyse qualitative

Elle comprend deux aspects :

- classification des actes de langage verbaux qui s'inspire de la taxonomie de Dore (1977) mais simplifiée. Les actes non-verbaux retenus seront ceux qui correspondent à la classification de Labourel (1981) mais il ne sera pas fait de distinction taxonomique.
- détermination de l'adéquation du discours : Pour que la communication puisse se dérouler et se poursuivre normalement, il faut que l'acte de langage produit soit adéquat et cette adéquation est déterminée par rapport :
 - aux règles socio-linguistiques : il faut que le discours ait une certaine cohésion au niveau lexical et au niveau grammatical et il faut aussi que l'acte de langage produit par le patient apporte un certain feedback à l'interlocuteur et/ou à la situation de communication,
 - à l'échange d'informations : il faut que le discours présente au niveau de son organisation logico-sémantique une certaine cohérence c'est-à-dire qu'il doit exister une unité au niveau de son thème et une logique du déroulement de ses séquences assurée par des transitions aisément compréhensibles. En référence à Charolles (1978) nous avons retenu quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression rhématique, la relation et la non-contradiction.

En ce qui concerne les actes non verbaux, nous ne retenons que ceux qui, en remplaçant ou en accompagnant un acte de langage, apportent un plus à la communication, ceux qui ont une valeur communicationnelle certaine.

2 - Analyse quantitative

Lors d'une première recherche, Rousseau (1992), qui a conduit à la construction de cette grille, nous avons retenu le facteur "temps de parole" mais ceci demande un temps de dépouillement trop important ne permettant pas un usage clinique facile. C'est pourquoi, pour cette grille, nous avons retenu simplement la fréquence des actes de langage : un acte correspondant au maximum à un énoncé. Pour les actes non verbaux nous retenons également la fréquence.

En pratique, le thérapeute remplit une grille afin d'analyser une situation d'interlocution. Les situations de communication doivent être multiples, car de nombreux éléments sont influents comme l'ont montré Gobé et Call. (2003), et il convient de faire varier :

- Les formes de discussion : entrevue dirigée, tâche d'échanges d'informations sur le modèle de la PACE de Wilcox et Davis (1978), discussion libre...
- Les thèmes de discussion : le passé, le présent, la famille, les événements personnels, sociaux...
- Les interlocuteurs : proches, soignants...

Ces situations doivent être les plus naturelles possible, en adéquation avec le caractère écologique de l'évaluation.

La grille est remplie en cochant pour chaque acte produit les cases correspondant aux questions suivantes :

- De quel type d'acte s'agit-il ?
- Est-il adéquat ou inadéquat ?
- S'il est inadéquat, quelle est la raison de l'inadéquation ?

Il convient d'accepter la subjectivité de l'analyse, subjectivité qui est inhérente à toute situation d'échange, de face-à-face, entre un émetteur et un récepteur qui peuvent ne pas donner exactement les mêmes valeurs aux codes de l'outil de communication.

L'intérêt de la grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer, sa faisabilité et sa fiabilité ont été mis en évidence dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie (Delaroche & Rochard, 1996).

L'analyse se fera à partir d'un enregistrement caméscopique, qui permet une plus grande précision d'analyse, notamment pour le repérage des actes non-verbaux.

La thérapie écosystémique peut être proposée à partir du profil de communication ainsi établi.

B - LA THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE

1 - Orientations

Cette grille permet donc une analyse écologique et pragmatique des capacités de communication des patients-Alzheimer. A partir du profil de la communication ainsi établi, une thérapie écosystémique peut être proposée (Rousseau 1998 b, c, 1999d, 2001a,c,d, 2002c).

Cette thérapie est ainsi dénommée car elle va intervenir sur le milieu naturel, sur l'environnement dans lequel évolue l'individu. Elle va donc intervenir sur ses systèmes de vie, en particulier sur le micro-système familial du malade. Elle n'exclut pas une intervention d'approche plus cognitive ou du moins cognitivo-comportementale, elle la complète en plaçant l'intervention à un niveau beaucoup plus étendu.

La grille d'évaluation permet au thérapeute de savoir :

- quels types d'actes de langage adéquats utilise le malade,
- quels types d'actes de langage inadéquats il utilise et quelles sont les raisons de leur inadéquation,
- quels thèmes de discussion, quelles situations de communication, quels actes utilisés par l'interlocuteur voire quels interlocuteurs favorisent ou au contraire perturbent la communication du malade.

Par conséquent, la thérapie aura pour objectif de faire en sorte que, dans le cadre d'une interlocution, toutes les conditions favorisantes soient en place pour que le patient puisse émettre des actes adéquats et d'éviter la présence de conditions perturbantes qui vont entraîner l'inadéquation du discours du patient.

Pour se faire, elle ira dans deux directions :

- intervention auprès du patient par une approche de type cognitivo-comportementale. Au cours de séances individuelles on va utiliser des thèmes, des situations, des actes de langage qui vont permettre au patient d'utiliser les actes de langage qu'il peut encore émettre correctement. Par contre, on ne travaillera aucunement les actes que l'on sait être généralement émis de façon inadéquate, en partant du principe que, compte tenu de l'irréversibilité de la dégradation, ce qui est perdu aujourd'hui l'est définitivement. Par contre ce qui fonctionne encore au jour J, risque de moins bien fonctionner à J + X mais c'est à ce niveau qu'il faut placer l'effort thérapeutique pour que la dégradation soit la plus lente possible. Parfois, cependant, il sera possible d'essayer d'obtenir des actes limites qui appartiennent encore à la compétence du sujet même s'ils semblent avoir disparu de sa performance.
- intervention au niveau de l'entourage, familial et/ou professionnel du sujet. C'est sans aucun doute à ce niveau que se place principalement la thérapie. Les possibilités d'adaptation du patient étant quasiment inexistantes, c'est à l'entourage que l'on va demander de faire l'effort de s'adapter aux modifications des capacités de communication du malade. On lui demandera de modifier son propre comportement de communication pour qu'il s'adapte à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne. D'où les qualificatifs de comportementale et écologique que l'on a employés pour cette intervention. Pour se faire, il convient de livrer à l'entourage toutes les informations recueillies grâce à la grille. Il ne s'agit bien sûr pas de tout livrer en bloc mais progressivement et en montrant, au cours des séances, comment modifier son propre comportement de communication pour pallier tel ou tel trouble spécifique. Par exemple, si la grille nous indique que le discours du patient est beaucoup plus adéquat lorsqu'on lui pose des questions fermées plutôt que des questions ouvertes, on l'expliquera à l'entourage et on lui montrera comment remplacer dans son propre discours les questions ouvertes par les questions fermées. La démonstration avec le malade et en présence d'un membre de l'entourage est indispensable. Les moyens utilisés sont donc les explications, les démonstrations accompagnées d'un support écrit. Il peut donc s'agir d'un membre, voire plusieurs, de l'entourage familial ou d'un membre de l'entourage professionnel si le patient est institutionnalisé (aide-soignante, infirmière,...). Dans ce cas, il sera généralement souhaitable de prévoir une information pour l'ensemble des membres du personnel et de travailler plus spécifiquement avec une personne-ressource. Nous avons édité une plaquette (Rousseau, 1999c) à destination de l'entourage qui donne quelques conseils de base et qui surtout propose une adaptation du discours en fonction des différents troubles que l'on peut rencontrer lors d'une discussion avec un malade-Alzheimer.

2 - Principes de facilitation de la communication

Les principes ci-dessous sont à appliquer pendant les séances et surtout à expliquer à l'entourage, en les personnalisant en fonction des difficultés spécifiques du malade révélées par la grille. Ce sont ces principes qui figurent dans la plaquette, (Rousseau, 1999c), mais avec un vocabulaire moins "technique".

◆ de façon générale

- parler lentement,
- laisser au malade suffisamment de temps pour répondre,
- avoir une attitude pleine de réceptivité, de bienveillance, d'empathie qui donne au malade une sensation de sécurité et de confort,
- faire attention au timbre de la voix, le patient réagissant parfois moins à ce qui est dit qu'à la manière dont c'est dit,
- éviter de parler à la place du patient,
- discuter dans un endroit calme,
- ne pas utiliser le langage enfantin,
- préférer en général les situations duelles,
- éviter les circonstances où le patient pourrait se sentir mis en échec, dévalorisé,
- être clair et logique dans son discours et dans ses intentions communicatives,
- éviter notamment les mots non spécifiques (qui peuvent donner lieu à plusieurs interprétations), vagues, imprécis (pronoms dont le malade peut avoir du mal à trouver le référent), abstraits,
- ne pas hésiter à segmenter les consignes en étapes courtes,
- utiliser les mêmes mots et les mêmes phrases pendant les activités de la vie quotidienne,
- réagir avec bienveillance aux émotions exprimées par le malade,
- prêter attention aux messages non verbaux,
- ne pas hésiter à utiliser le langage non verbal (mimiques, gestes mais aussi sourire, toucher),
- ne pas penser à priori que ce que dit le malade est incohérent.

◆ absence de cohésion du discours du patient

Notamment en cas de manque du mot ou de paraphasie :

- encourager le patient à faire une périphrase,
- proposer des choix multiples, en demandant une réponse par oui/non,
- demander de donner un mot en rapport avec le "mot-cible" (qualificatif, synonyme, etc.),
- demander de faire un geste,
- demander de montrer ou de désigner ce qui correspond à ce qu'il veut dire,
- ne pas interrompre le malade si ses erreurs n'empêchent pas de le comprendre,
- faire preuve de déduction et d'interprétation, en s'aidant notamment du contexte, des intonations de voix, des mimiques et des gestes,
- si la lecture est préservée, préparer des listes de mots importants que le patient peut lire ou désigner,
- ne pas essayer de combattre la logoclonie ou la palilalie, ni le langage grossier,
- favoriser le langage non verbal.

◆ absence de feed-back à l'interlocuteur et /ou à la situation

- établir et maintenir le contact visuel, ce qui évitera au malade de se disperser et ce qui maintiendra son attention en éveil,
- utiliser des gestes et des mimiques car ils facilitent la compréhension et l'attention,
- se placer face au malade, au même niveau,
- éviter les discussions longues, savoir faire des pauses,
- utiliser des actes de description ou utiliser la définition, donner des précisions, voire montrer l'objet si l'absence de feed-back semble liée à un problème de compréhension,
- en cas de réactions verbales de paranoïa, préférer une réponse affective qui pourra calmer le malade,

- ne pas hésiter à changer de thème de discussion si manifestement le patient n' "adhère" pas au thème présent ou s'il choisit délibérément un autre thème,
- ne pas hésiter à rejoindre le patient là où il se trouve : "entrer dans la démente" plutôt que de vouloir systématiquement le ramener à la réalité présente,
- se demander si le discours du patient, apparemment sans rapport avec la situation présente, ne deviendrait pas plus cohérent s'il faisait référence à une autre situation que le patient est peut-être mentalement en train de vivre.

◆ absence de continuité thématique

- éviter de passer du coq à l'âne ou même simplement de changer trop rapidement de discussion. Dans ce cas-là, prévenir le malade en disant par exemple : *"maintenant, nous allons parler de..."*
- laisser spontanément le malade revenir au thème de discussion lorsqu'il s'en éloigne en attendant un peu ; s'il n'y revient pas, utiliser un mécanisme conversationnel de retour du genre : *"vous me parliez de..."* ou *"c'était intéressant ce que vous me disiez à propos de..."*.

◆ absence de progression rhématique

- reprendre le sujet de la conversation en faisant un résumé de ce qui a été dit puis inviter le patient à compléter,
- poser des questions en allant du complexe au plus simple.

◆ manque de relation

- poser des questions au patient pour lui permettre de structurer sa pensée et/ ou de le "canaliser",
- reprendre ce qu'il a dit en relatant les informations ou les événements dans un ordre logique et/ou chronologique et l'inviter à poursuivre.

◆ contradiction

- reprendre ce qu'a dit le malade et l'interroger par une question à choix multiple d'abord : *"vous m'avez dit ceci et vous m'avez dit cela. Est-ce ceci ou cela ?"* ou une question oui/non : *"est-ce ceci ?" puis "est-ce cela ?"*.
- essayer d'obtenir un acte d'évaluation ou d'affirmation de l'état interne : *"pensez-vous que ceci et cela soient possibles ?"*

◆ thèmes facilitateurs

- lorsque le patient a des difficultés sur un thème de discussion et surtout si cela l'affecte, l'orienter habilement vers des thèmes facilitateurs,
- choisir des sujets de discussion où il est à l'aise,
- montrer éventuellement des objets, des photos chargés affectivement pour provoquer une réaction.

◆ actes adéquats

- s'arranger pour faire utiliser au malade des actes qu'il peut encore utiliser. Par exemple s'il utilise plus les actes de réponses fermées (choix multiples ou oui/non) que les réponses wh, préférer à la question *"que voulez-vous manger ?"*, la question *"voulez-vous manger de la viande ou du poisson ?"*
- proposer au patient des situations dans lesquelles on sait qu'il pourra utiliser certains actes encore émis adéquatement. Par exemple, si des mécanismes conversationnels genre formules de politesse sont émis facilement, le mettre dans des situations où il pourra dire *"bonjour, merci,..."*.

3 – En pratique

Nous préconisons deux séances hebdomadaires, l'une de type cognitivo-comportemental avec le malade seul et une autre en présence de l'entourage.

Cette thérapie doit être entamée dès l'instant où le discours du patient commence à présenter des éléments inadéquats. Nous pensons qu'auparavant un travail de type cognitif classique peut être réalisé au niveau des différentes fonctions perturbées mais que progressivement il devient inutile et qu'il y a alors lieu d'entamer cette thérapie, éventuellement en parallèle avec la thérapie cognitive pendant un certain temps. Cette thérapie peut se poursuivre assez longtemps, tant qu'une forme de communication avec le malade est encore possible. Aucune règle formelle ne peut de toutes façons être formulée, il convient avant tout de faire preuve de pragmatisme, tant l'hétérogénéité est de mise en matière de maladie d'Alzheimer.

4 - Exemple

Nous proposons un exemple de thérapie écosystémique d'une patiente.

Patiente :

Madame D., 80 ans, veuve, ancienne confectionneuse en retraite, niveau CEP, lieu de vie : domicile.

Bilan :

MMS : 14/30

BEC : 53/90

- *activités mnésiques* : 14/36

- *activités exécutives* : 28/36

- *activité verbale* : 9/12

- *activité perceptivo-motrice* : 2/12

- Atteinte moyenne des fonctions cognitives (démence modérée)
- Troubles mnésiques importants : rappel libre très perturbé, peu aidé par l'indiçage (pb de stockage) mais reconnaissance encore correcte
- Difficultés majeures d'apprentissage (avec effet de récence)
- Fonctions exécutives bien préservées
- Pas de manque du mot important
- Apraxie constructive
- Pas de troubles du comportement importants ni d'éléments dépressifs mais les difficultés commencent à retentir dans les activités quotidiennes

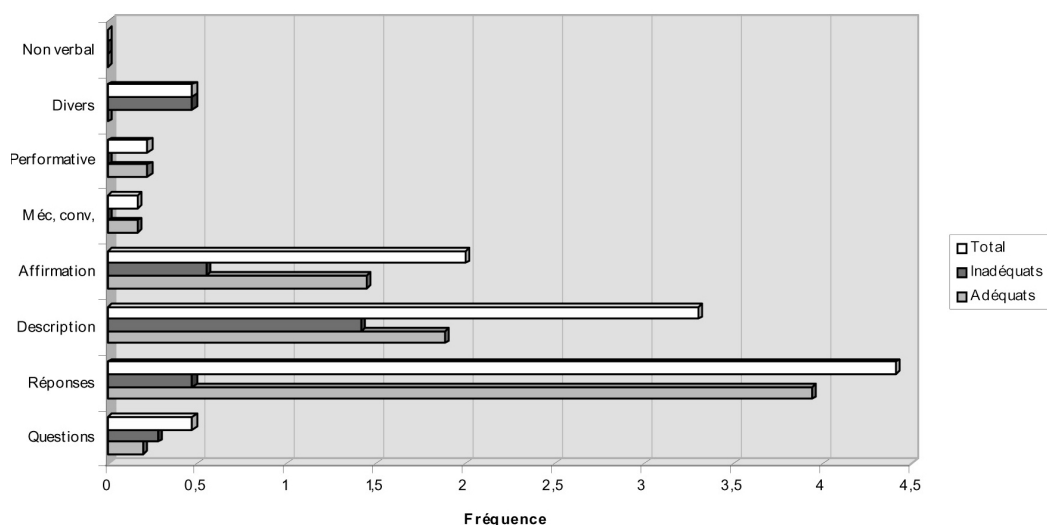
Profil ressemblant à un processus dégénératif de type DTA

◆ Résultats de la grille d'analyse des capacités de communication

Les 3 situations (entrevue dirigée, tâche d'échange d'informations, discussion libre) ont été analysées

Le diagramme (donné à titre d'exemple) représente la synthèse des 3 situations en ne reprenant que les grands groupes d'actes de langage. Des diagrammes similaires peuvent être obtenus pour chaque situation, pour chaque type d'acte de langage,...

Diagramme - 3 situations



◆ Synthèse de l'analyse quantitative de la communication

- Total des actes :
 - les plus nombreux lors des thèmes 1 (11,75 /mn) et 3 (12/mn).
- Actes adéquats :
 - nombreux lors thème 1.
- Actes inadéquats :
 - nombreux lors thème 3.
- Actes les plus utilisés :
 - réponses (oui/non),
 - description (événements).
- Actes adéquats les plus utilisés :
 - réponses (oui/non),
 - description (événements),
 - affirmation (règles et état interne).
- Actes inadéquats les plus utilisés :
 - description (événements),
 - affirmation (règles),
 - réponses (wh).
- Principales causes de l'inadéquation :
 - manque de cohérence (manque de continuité thématique),
 - manque de cohésion (lexicale),
 - absence de feed-back (interlocuteur).

◆ Synthèse de l'analyse qualitative de la communication

- La patiente communique davantage lors d'un thème se rapportant au moment présent ou la concernant alors qu'elle le fait moins lors d'un thème qui la laisse indifférente
- C'est lorsqu'elle est guidée dans la discussion, lorsqu'elle peut s'appuyer sur le discours de l'interlocuteur qu'elle produit le plus d'actes adéquats
- C'est lorsqu'elle peut parler librement qu'elle parle le plus mais c'est aussi dans ce cas-là qu'elle produit le plus d'actes inadéquats avec en particulier une nette tendance à changer de thème (passage du coq à l'âne)
- Elle réussit à communiquer efficacement :

- lorsqu'on la guide en lui posant des questions,
- lorsqu'elle peut décrire des événements qui lui sont familiers ou qui la touchent personnellement,
- lorsqu'elle peut établir des faits ou des procédures conventionnelles,
- lorsqu'elle peut exprimer ses émotions, ses sensations, ses capacités ou ses intentions.
- Par contre elle rencontre des difficultés :
 - à décrire un événement, une action, une démarche,
 - à établir certains faits à bon escient, au moment opportun.
- Elle a aussi des difficultés :
 - à trouver le mot juste,
 - à adapter son comportement de communication à la demande de l'interlocuteur.

◆ Thérapie écosystémique

- Thérapie cognitivo-comportementale → à destination d'un membre de l'entourage qui assiste aux séances.
- Thérapie cognitive → au cours de séances, patiente seule.

◆ Thérapie cognitivo-comportementale

- Choisir des thèmes concernant la famille, les événements de la vie, des événements sociaux qui ont pu la marquer
- Éviter les thèmes trop "neutres" où elle n'est pas impliquée (images,...)
- Lorsqu'elle discute librement et qu'elle s'écarte du thème, l'y ramener (sans l'interrompre brutalement en utilisant un mécanisme conversationnel du genre "*à l'instant vous me parliez de...*", notamment lorsqu'elle a tendance à trop personnaliser les choses (savoir aussi s'adapter et la laisser éventuellement poursuivre le nouveau thème)
- Si elle est perdue au cours de la conversation, faire un résumé de ce qui a été dit et l'inciter à poursuivre en posant des questions tout d'abord
- Éviter de changer brusquement de sujet de conversation ou la prévenir lorsque c'est la cas : "*maintenant nous allons parler de ...*"
- Poser des questions demandant une réponse simple lui évitant d'avoir à construire un langage élaboré : "qu'est-ce que c'est ? qui c'est ? où est-il ? etc..." ou des questions à choix multiples si les premières sont échouées
- Favoriser l'émission d'actes d'évaluation en lui demandant son avis : "*que pensez-vous de ..., comment trouvez-vous...?*"
- Éviter les questions demandant des réponses trop complexes "*que fait ?, pourquoi ?*" ou des situations demandant une construction élaborée du langage sans qu'elle puisse s'appuyer sur les actes de l'interlocuteur (description d'images séquentielles ou d'événements)
- En cas de manque du mot, demander des synonymes ou des mots ayant un rapport avec le mot-cible, encourager les périphrases, poser des questions ("*ça sert à quoi ?...*"), proposer des choix multiples, voire des questions oui/non ("*ça sert pour écrire ?...*")
- Être clair dans le discours (présenter les choses de manière logique, chronologique, segmenter les consignes au besoin) et dans ses intentions communicatives (éviter les termes vagues, abstraits, à double sens,...)

◆ Thérapie cognitive

- Choisir un thème "facilitateur" (événement personnel,...) :
 - Laisser parler la patiente
 - La ramener au sujet lorsqu'elle s'en écarte trop
 - Poser des questions pour effectuer une progression rhématique lorsque c'est nécessaire mais aller du complexe au plus simple : questions ouvertes, puis fermées puis choix multiples si échec
- Choisir un thème moins facile (images,...):
 - Poser des questions en allant du simple au plus complexe

- Demander une dénomination des principaux éléments de l'image
- Demander une description des événements ou de faire un récit en aidant au besoin
- Utiliser des actes d'évaluation (facilement émis) pour travailler au niveau d'un thème facilitateur (moment présent) puis au niveau d'un thème plus compliqué (actualité)
- Au niveau d'un thème facilitateur, après avoir réussi à faire utiliser des actes émis facilement (évaluation par ex) essayer des actes émis moins facilement (affirmation-explication par ex)
- Les actes d'affirmation de l'état-interne sont souvent émis de façon inadéquate : provoquer des situations où ils pourront être émis de façon adéquate : demander ce qu'elle ressent ou ce qu'elle ferait dans telle ou telle situation
- Travailler le manque du mot en partant de thèmes familiers puis en allant vers des thèmes moins familiers (en cas de besoin, recours aux aides : synonymes, questions, choix multiples,...)
- Insister sur les situations de la vie quotidienne (repas, toilette, politesse, etc...) pour faire émettre des mécanismes conversationnels qui sont généralement bien produits, ce qui contribue à valoriser la patiente à ses propres yeux

C - EVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE

Lorsque l'on évoque une thérapie, il convient évidemment de parler de son efficacité, surtout quand il s'agit d'une thérapie qui concerne une pathologie évolutive. D'aucuns se plaisent en effet à dire que l'orthophonie ne peut pas lutter efficacement contre la maladie d'Alzheimer qui est irrémédiablement dégénérative. Est-il nécessaire de rappeler que, hélas, la médecine ne sait que très difficilement diagnostiquer la DTA, n'en connaît pas l'étiologie, sait très mal la soigner et ne sait pas la guérir ? Faut-il alors que les médecins, qui ne savent pas non plus lutter efficacement contre la DTA, arrêtent de s'occuper de cette pathologie et surtout des malades qui en sont atteints ? Car là est bien la question : est-ce la maladie qui importe le plus aux thérapeutes ou sont-ce les malades ? L'objectif d'une thérapie telle que celle que nous avons décrite n'est bien-sûr pas de lutter contre une maladie avec l'espoir de l'éradiquer mais d'apporter un soulagement aux malades qui en sont atteints.

Dans ces conditions, remplit-elle son objectif ?

L'évaluation de l'efficacité d'une thérapie dans le cadre d'une maladie dégénérative pose des problèmes méthodologiques importants car le résultat final sera toujours le même : le malade mourra après avoir été dément profond, complètement grabataire. Par contre, ce qui se passe entre le stade initial et le stade final de la maladie est extrêmement variable d'un individu à l'autre et l'intervention du thérapeute peut y être pour beaucoup.

Nous avons publié (Rousseau, 2000a,b) une étude sur un cas qui est assez signifiante. Elle concerne une patiente de 75 ans, Madame E., qui a bénéficié pendant une année d'une thérapie écosystémique telle que décrite précédemment à raison de 2 séances hebdomadaires, l'une seule avec le thérapeute, l'autre en présence de son fils ou d'une aide à domicile. Elle présentait au départ un Mini Mental State de Folstein (1975) à 15/30 et une Batterie d'Evaluation Cognitive de Signoret (BEC 96) (1989) à 40/96 soit une altération moyenne des fonctions cognitives. L'ADAS-cog, version française du GRECO (1995) montrait par ailleurs des troubles mnésiques importants, des troubles de l'orientation temporo-spatiale, un certain manque du mot. Au cours du bilan initial, nous avons bien sûr analysé la communication grâce à la grille précédemment citée qui a servi de canevas à la thérapie. Cette analyse s'est faite au cours de 3 situations de communication :

- une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie (situation 1),
- une tâche d'échange d'informations sur le modèle de la PACE de Wilcox et Davis (1978) (situation 2),
- une discussion libre en partant du thème de la situation présente (situation 3).

Au bout d'une année de thérapie, nous avons fait passer de nouveau la BEC 96 et la grille avec les mêmes situations de communication.

Sans entrer dans les données chiffrées, nous constatons les résultats suivants :

- une détérioration cognitive nette puisque la BEC est passée à 28/96 (atteinte profonde),
- une amélioration globale des capacités de communication avec en particulier :
 - une augmentation du nombre total d'actes émis avec parallèlement une augmentation nette du nombre d'actes adéquats et une diminution relativement faible du nombre d'actes inadéquats,

- des variations hétérogènes des différents actes de langage (ceux ayant été les plus sollicités en séances demeurent les plus efficaces),
- une variabilité de l'amélioration des capacités de communication selon les situations de communication (ce sont surtout les situations au cours desquelles la patiente peut être dirigée ou lorsqu'elle peut s'exprimer librement sur des thèmes de son choix que l'amélioration est sensible. Par contre, lors d'une situation au cours de laquelle elle doit construire seule son discours, sur un thème neutre, la dégradation est plus importante.),
- une modification de la cause de l'inadéquation après thérapie (l'absence de cohésion, en particulier l'absence de cohésion lexicale, devient plus fréquente alors que l'absence de cohérence devient moins prévalente).

Ces résultats dépassent nos espérances car nous pensions, tout au plus, obtenir une stagnation des capacités de communication. L'amélioration obtenue prouve sans ambiguïté que la thérapie en est responsable, une simple stagnation aurait pu être mise sur le compte d'une dissociation dans la vitesse de dégradation des capacités cognitives et des capacités "communicationnelles".

L'analyse en profondeur des résultats va également dans le sens de l'efficacité de cette thérapie cognitivo-comportementale basée sur une approche à la fois pragmatique, écologique et systémique. Cette approche privilégie un travail basé sur l'interlocution qui met en jeu, non seulement la malade, mais aussi son entourage qui va modifier ses comportements de communication en fonction des troubles spécifiques du malade et qui va lui permettre de s'appuyer sur son propre discours.

La comparaison des différents actes de langage, avant et après thérapie, montre que les actes qui ont été les plus "activés", à la fois en séance avec le thérapeute et dans la vie de tous les jours avec l'entourage, sont ceux qui restent les plus efficaces. C'est le cas, en particulier, des actes de réponses qui étaient les actes adéquats les plus nombreux avant thérapie, qui ont donc été stimulés et pour lesquels on a demandé à l'entourage de modifier quelque peu son comportement de communication en faisant en sorte de poser un maximum de questions pour que le malade puisse émettre des réponses adéquates. Ceci est vrai pour Madame E., cela l'est de manière générale pour les patients Alzheimer (Rousseau, 1992), qui peuvent s'appuyer sur la structure grammaticale et surtout lexicale de la question de l'interlocuteur pour donner une réponse adéquate. Ainsi, pour Madame E. le nombre global de réponses a augmenté et surtout les réponses adéquates. Le nombre de réponses inadéquates a aussi augmenté mais en pourcentage nettement moindre et le bénéfice reste nettement positif.

Ceci est d'ailleurs une autre caractéristique de cette thérapie : elle produit une augmentation de la communication pour les actes adéquats et une faible diminution des actes inadéquats. La patiente communique davantage, il demeure de nombreux "déchets" mais l'amélioration est positive.

L'explication de l'efficacité de l'intervention réside sans doute à la fois dans les effets de l'intervention cognitivo-comportementale mais aussi dans les effets secondaires de cette intervention qui fait en sorte que la patiente se sente de nouveau reconnue comme individu communicant (Rousseau, 1999a). Cette reconnaissance, c'est essentiellement dans le comportement modifié de son entourage qu'elle la ressent : l'entourage avait plus ou moins baissé les bras avant le début de la thérapie, pensant que toute forme de communication devenait difficile, peu fiable voire inutile. Les informations, explications et démonstrations des séances ont fait comprendre qu'il était encore possible de communiquer avec madame E., la communication a donc quantitativement et qualitativement évolué, ce que Madame E. a manifestement perçu et ce qui a eu pour effet de lui faire retrouver son appétit de communication. C'est tout le système qui participe à la vie "communicationnelle" qui se trouve modifié et qui permet le maintien d'une communication même si celle-ci est différente car c'est l'interlocuteur qui prend à sa charge l'essentiel de l'échange pour permettre à la malade d'utiliser ses capacités résiduelles.

Les causes de l'inadéquation varient sensiblement au bout d'une année de thérapie : l'absence de cohésion du discours devient plus prégnante, ce qui correspond à la dégradation des fonctions cognitives et notamment à un manque du mot plus important (absence de cohésion lexicale). Par contre le travail réalisé au niveau de l'interlocution permet l'amélioration du feed-back par rapport à l'interlocuteur, alors que le feed-back par rapport à la situation se dégrade et représente la cause majeure de l'inadéquation, en particulier lors d'une situation où le malade est livré à lui-même et surtout à l'élaboration de son propre discours.

De même, la diminution de l'absence de continuité thématique dans le cadre de l'absence de cohérence montre l'efficacité du soutien qui peut être apporté au patient pour ce genre de difficultés grâce à la thérapie. Alors que, au cours de la première rencontre avec sa famille, l'institutionnalisation de Madame E. était envisagée, au bout d'une année de thérapie elle vivait toujours chez elle. L'agressivité a diminué, les relations avec l'entourage sont bien meilleures. L'entourage, en particulier familial, vit mieux les choses et ne rejette plus la malade comme la demande pressante de placement au départ le laissait deviner. Il est évident que, la dégradation neurologique et cognitive se poursuivant, les choses vont bouger mais un gain de qualité de vie a manifestement été obtenu même s'il n'est certainement pas durable.

VI - CONCLUSION

La prise en charge des patients-Alzheimer est sans aucun doute un domaine que les orthophonistes ne peuvent ignorer car ils risquent d'être confrontés à une demande de plus en plus forte dans les années à venir. Leur rôle est essentiel car le patient atteint de démence de type Alzheimer est surtout atteint de difficultés de communication.

Cette prise en charge est très particulière, différente de ce qu'un orthophoniste a l'habitude de faire, car le thérapeute ne peut espérer une guérison, sans doute pas même une amélioration de l'état de son patient, mais au mieux un ralentissement de la dégradation...

Il n'empêche que ce qu'il peut faire est sans doute ce qu'il y a de plus noble à faire quand on exerce ce métier : aider un malade à conserver jusqu'au bout de son parcours le statut d'individu communicant, et donc tout simplement le statut d'être humain.

A prise en charge particulière, moyens particuliers, il est nécessaire que l'orthophoniste sache proposer une thérapie qui est tout à fait spécifique, ressemblant peu à la plupart des actions thérapeutiques qu'il a l'habitude de mettre en place face à d'autres pathologies, d'abord parce qu'en aucune manière il ne s'agit de "rééducation" mais bien de "maintien" et "d'adaptation".

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANAES (2001). *Dossier d'évaluation de l'acte : rééducation orthophonique dans les maladies neurodégénératives : maladie d'Alzheimer*. Non publié.
- ANAES (2003). *Prise en charge non médicamenteuse dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés*. Paris : ANAES.
- Bayles, K.A., & Kim, E.S. (2003). Improving the functioning of individuals with Alzheimer's disease : emergence of behavioural interventions. *Journal of Communication Disorders*, 36, 327-343.
- Burns, A., Jacoby, R., Levy R. (1990). Behavioral abnormalities and psychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics*, 2, 25-36.
- Belleville, S., Peretz, I., Malenfant, D. (1996). Examination of the working memory components in normal aging and in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychologia*, 34, 195-207.
- Buschke, H., Sliwinski, M., Kulansky, G. et al. (1997). Diagnosis of early dementia by the Double Memory Test : encoding specificity improves diagnostic sensitivity and specificity. *Neurology*, 48, 989-997.
- Cardebat, D., Aïthamon, B., Puel, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. In F., Eustache & A., Agniel (Eds.), *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : Solal.
- Carreel, C. (1990). Value of conversation groups in institutions for elderly. *Revue de Laryngologie, d'Otologie, et de Rhinologie*, 111, 319-323.
- Charolles, M. (1978). Introduction aux problèmes de cohérence des textes. *Langue Française*, 38, 7-41.
- Collette, F., Salmon, E., Van Der Linden, M., Chicherio, C., Belleville, S., Degueldre, C., Delfiore, G., Franck, G. (1999). Regional brain activity during tasks devoted to the central executive of working memory. *Cognitive Brain Research*.

- Collette, F., Van Der Linden, M., & Meulemans, T. (2002). A cognitive neuropsychological approach to Alzheimer's disease. In R., Mulligan, M., Van Der Linden, & A.C., Juillerat (Eds.), *Clinical management of early Alzheimer's disease*. Mahwah : Erlbaum.
- Debard, C., Rousseau, T. (2002b). La communication écrite chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 81, 58-63.
- Delaroche, F., Rochard, A. (1996). *Etude de la faisabilité et de l'intérêt d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer*. Université de Tours : Mémoire d'orthophonie, 263 p.
- De Rotrou, J. (2003). L'œil du neuropsychologue. *La Recherche Hors-série*, 10, 36-39.
- Dore, J. (1977). "Oh them sheriff" : a pragmatic analysis of children's responses to questions. In S., Ervin-Tripp. & C., Mitchell (Eds), *child discourse*. New-York : Academic-press.
- Dubois, Remund, C. (1995). La prise en charge des troubles du langage et de la communication : étude de cas. In F., Eutache & A., Agniel (Eds), *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge* (pp. 283-300). Marseille : Solal Editeurs.
- Feil, N. (1972). A new approach to group therapy with the senile psychotic aged. In *Gerontological Society, Winter Conference*. San Juan.
- Frambourt, A., De Rotrou, J., & Cimetiere, C. (1998). La stimulation cognitive : Approches clinique et expérimentale. In M.C., Gely-Nargeot, K., Ritchie, & J., Touchon (Eds.), *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Marseille : Solal.
- Gobé, V., Grimaud, M., Martin, F., Rousseau, T. (2003). Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer. *Glossa*, 85, 74-78
- GRECO (1995). *ADAS partie cognitive*. Isbergues : Ortho Édition.
- Juillerat, A.C., Van Der Linden, M., Seron, X. & al. (2000). La prise en charge des patients Alzheimer au stade débutant. In X., Seron, & M., Van Der Linden (Eds.), *Traité de neuropsychologie clinique*. Marseille : Solal.
- Labourel, D. (1981). Communication non verbale et aphasie. In X., Seron, C., Laterre (Eds), *Rééduquer le cerveau*. Bruxelles : Mardaga.
- Mulligan, R., Juillerat, A.C. (1997). Non-drug alternatives in Alzheimer disease. *Schweiz Rundsch. Med. Prax.*, 86, 1355-1358.
- Neal, M., Briggs, M. (2002). Validation therapy for dementia. *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford : Update Software.
- Pasquier, F. (2002). Approche clinique de la maladie d'Alzheimer. In C., Duyckaerts, F., Pasquier (Eds.), *Démences*. Rueil-Malmaison : Doin.
- Platel, H., Lambert, J., Eustache, F., Cadet, B., Dary, M., Viader, F., Lechevalier, B. (1993). Characteristics and evolution of writing impairment in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 31, 1147-1158.
- Piolino, P., Desgranges, B., Eustache, F. (2000). *La mémoire autobiographique : théorie et pratique*. Marseille : Solal.
- Rousseau, T. (2002a). Bilan du patient suspecté de démence. *Rééducation Orthophonique*, 212, 127-134.
- Rousseau, T. (2002c). Evaluation et thérapie des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. In S., Vinter et P., Perruchet (Eds), *Mémoire et apprentissages implicites*, (pp. 123-134). Besançon : Presses Universitaires Franc-Comtoises.
- Rousseau, T. (2001a). *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*. (2ème édition). Isbergues : Ortho Édition, 160 pp.
- Rousseau, T. (2001b). Evaluation des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. *Annales de Réadaptation et Médecine Physique*, 44, 7, 449-450.
- Rousseau, T. (2001c). Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 75, 14-21.
- Rousseau, T., (2001d). Approche cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Psy et Système nerveux Central 2001, Synapse*, 138-139.
- Rousseau, T. (2000a). Evaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication chez une patiente atteinte de démence de type Alzheimer. *Perspectives Psychiatriques*, 39, 95-103.

- Rousseau, T. (2000b). Evaluation d'une thérapie des troubles de la communication. *Le courrier de l'évaluation en Santé*, 18, 22-27.
- Rousseau, T. (2000c). Bilan du patient atteint de démence de type Alzheimer. In *Entretiens d'orthophonie 2000* (pp. 171-177). Paris : Expansion Scientifique Française.
- Rousseau, T. (1999a). L'identité du patient atteint de maladie d'Alzheimer. *Education Permanente : "les âges de la vie"*, 138, 169-173.
- Rousseau, T. (1999b). Orthophonie et maladie d'Alzheimer. *Ortho-magazine*, 29, 23-27.
- Rousseau, T. (1999c). *Communiquer avec un malade Alzheimer*. Guide pratique. Rueil-Malmaison : Novartis Pharma.
- Rousseau, T. (1999d). Evaluation et prise en charge cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la D.T.A.. In *Actes du congrès : Ensemble avec l'autre* (pp. 154-158). Yverdon les Bains : Schweiz. Alzheimervereinigung.
- Rousseau, T. (1998a). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer*. Isbergues : Ortho-édition.
- Rousseau, T. (1998b). Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 20, 88-90.
- Rousseau, T. (1998c). Prise en charge cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la D.T.A.. In M.C., Gély-Nargeot, K., Ritchie, J., Touchon (Eds), *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés* (pp. 567-572). Marseille : Solal.
- Rousseau, T. (1997). Prise en charge des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. In *Entretiens d'orthophonie 1997* (pp. 167-175). Paris : Expansion Scientifique française.
- Rousseau, T. (1995a). Communication et maladie d'Alzheimer. In *Actes du 2ème congrès européen du CPLOL* (pp. 138-144). Athènes : Editions Ellinika Grammata.
- Rousseau, T. (1995b). Présentation d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer. In *Entretiens d'orthophonie 1995* (pp. 101-113). Paris : Expansion Scientifique Française.
- Rousseau, T. (1994a). Prise en charge des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. *Glossa*, 40, 22-27.
- Rousseau, T. (1994b). Communication et maladie d'Alzheimer. In *Entretiens d'orthophonie 1994* (pp.225-237). Paris : Expansion Scientifique Française.
- Rousseau, T. (1993). Communication et Maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 36, 44-48.
- Rousseau, T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer*. Thèse nouveau régime. Caen : Université, 406 p.
- Signoret, J.L., et coll (1989). *Evaluation des troubles de mémoire et désordres cognitifs associés* : BEC 96. Paris : IPSEN.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S., Woods, R.T. (2002). Reminiscence therapy for dementia. In *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford : Update Software.
- Teil, S., Marina, I. (1992). La désintégration lexico-sémantique dans les démences de type Alzheimer : intérêt d'une prise en charge orthophonique spécifique : à propos de 4 observations. *Glossa*, 28, 44-46.
- Van Der Linden, M., Juillerat, A.C. (1998). Management of cognitive deficits in patients with Alzheimer's disease. *Revue du Neurologue*, 154, 137-143.
- Wilcox, J., Davis, G.(1978). *Promoting Aphasies Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco : S.L.H.A.

ANNEXE

Patient :		Date :									
Situation de communication :		Thème :									
Interlocuteur :		Durée :									
ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence					Total
		gram- maticale	lexicale	/situa- tion	/interlo- cuteur	continuité thématique	progression thématique	relation	contra- diction		
Questions											
oui / non											
wh											
rhétorique											
Réponses											
oui / non											
wh											
qualification											
Description											
identification											
possession											
événement											
propriété											
localisation											
Affirmation											
règles / faits											
évaluation											
état interne											
attribution											
explication											
Mécanismes conversation											
Performative											
Divers											
Non verbal											
Résultat											
Résultat											
Résultat											

Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer (ROUSSEAU)