

Cet article est la synthèse d'un mémoire d'orthophonie réalisé par Hélène Collas et Omblin Frenoux sous la direction de Thierry Rousseau, soutenu à Lyon le 8/7/04.

Hélène COLLAS  
Omblin FRENOUX  
Mémoire d'Orthophonie  
Institut Techniques de  
Réadaptation  
Université Claude Bernard Lyon I

Thierry ROUSSEAU  
Orthophoniste  
Docteur en psychologie  
Université d'Angers  
72303 SABLE/SARTHE

Cet article émane d'un mémoire d'orthophonie soutenu en 2004. Notre comité de lecture a apprécié la rigueur et la cohésion de ce travail sur un sujet, la prise en charge des malades Alzheimer, d'un intérêt majeur en termes de santé publique. Pour rester dans l'esprit de l'approche écosystémique il aurait été appréciable de disposer d'une analyse pragmatique de la communication entre la patiente et les soignants...

## RÉSUMÉ :

*Les troubles de la communication sont toujours présents dans la Démence de Type Alzheimer (DTA); ils sont à l'origine d'un recul progressif des interactions entre l'entourage et le malade et donc de l'isolement communicationnel de ce dernier. En effet, les aidants, famille ou soignants, ne savent plus quel comportement de communication adopter. Or, un certain nombre de facteurs influent sur les capacités de communication des patients; il s'agit notamment des facteurs contextuels, environnementaux et le système social au sein duquel évolue le patient. La thérapie écosystémique intervient sur ces facteurs et notamment sur le système (ou l'entourage) pour qu'il adapte son propre comportement de communication aux capacités du malade. L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge écosystémique dans le cadre institutionnel. Cette étude porte sur une patiente institutionnalisée, atteinte de DTA, qui a bénéficié d'une prise en charge écosystémique durant six mois, après une évaluation pragmatique de ses capacités de communication. L'intervention était orientée à la fois vers la malade et vers les soignants. Au terme de l'expérimentation, les résultats montrent une amélioration des capacités de communication et une stagnation des capacités cognitives globales de la patiente. Cette dissociation constatée témoigne du rôle effectif imparti à la thérapie écosystémique et donc de l'intérêt d'une telle approche en milieu institutionnel.*

## MOTS-CLÉS :

Démence de Type Alzheimer - Thérapie écosystémique - Communication - Environnement - Institution.

# LES TROUBLES DE LA COMMUNICATION DANS LA DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER: INTÉRÊT DE LA THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE EN INSTITUTION. ETUDE DE CAS.

par Hélène COLLAS, Omblin FRENOUX, Thierry ROUSSEAU

## SUMMARY : Communication disorders in Alzheimer disease : interest of the ecosystemic therapy within an institutional context. Study of a case.

*Communication disorders are always associated with Alzheimer disease (AD); they trigger a progressive decline of the interactions between the people around and the sick person leading to a communicating isolation. Indeed the helping people, family or medical assistance, don't know anymore how to behave as far as communicating is concerned. Now, a certain number of factors have an influence on the patients' ability to communicate. Among others are contextual and environmental factors, as well as the social system in which the patient is living. The ecosystemic therapy reach those factors particularly the system (the people around) in order its communicating behaviour to suit the patient's ability. This report aims at estimating the relevance of an ecosystemic treatment within an institutional context. The study focuses on a female patient within an institutional context, sick with AD, who was taken care of during six months in an ecosystemic way, after a pragmatic evaluation of her communication skills. The orientation was both towards the sick person and the medical assistance. In the end, the results show an improvement of the communication skills and a stagnation of the patient's global cognitive skills. This separation reveals the real role of the ecosystemic therapy, therefore the importance of such a approach within an institutional context.*

## KEY-WORDS :

Alzheimer Disease - Ecosystemic therapy - Communication - Environment - Institution.

## INTRODUCTION

La démence de Type Alzheimer (DTA) est à l'heure actuelle un problème de Santé Publique majeur dans les pays industrialisés. Cette pathologie corticale dégénérative débute généralement par une perte de la mémoire des informations récentes, puis altère progressivement, sur plusieurs années, parfois plus de dix ans, les fonctions cognitives et comportementales.

La DTA se traduit, au niveau de l'atteinte cognitive, par une grande hétérogénéité à la fois inter-individuelle et intra-individuelle\*. Chaque malade Alzheimer (MA) présente un tableau clinique spécifique et les diverses atteintes coexistent à différents degrés de gravité. L'atteinte mnésique est souvent inaugurale, avec une grande variabilité selon les sujets. L'altération précoce de la mémoire épisodique conjointement à la relative préservation de la mémoire sémantique expliquerait le gradient temporel existant entre la perte des souvenirs récents et le maintien à plus long terme des souvenirs anciens. Les troubles du langage oral évoluent au décours de la maladie : ainsi au stade initial, Cardebat et coll.\* et Rousseau\*\* s'accordent sur l'existence d'un trouble lexico-sémantique, qui va s'aggraver au stade moyen de la maladie. Au stade le plus évolué de la DTA, la production et la compréhension du langage sont très touchées. Les MA peuvent également souffrir à différentes intensités de troubles gnosiques, praxiques, de troubles des fonctions exécutives ainsi que de troubles psychocomportementaux.

En fonction du degré de détérioration cognitive, des modifications des capacités de communication sont observées. Cette altération mutuelle des plans cognitif et communicationnel est liée aux déficits cognitifs "fondamentaux" de la mémoire et de l'attention\*. Fromm et Holland\*\* ont montré, à partir de la passation du Communicative Abilities in Daily Living (CADL)\* par des malades Alzheimer aux stades léger et moyen, une détérioration plus importante des capacités communicatives dans le groupe des déments moyens que dans celui des déments légers. Rousseau\* a précisé la relation solide qui existe entre atteinte cognitive et capacités de communication des MA. En faisant référence aux stades d'affaiblissement intellectuel global du Mini Mental State (MMS)\*, il a dressé un inventaire des possibilités communicationnelles des patients selon ces stades.

En outre, un certain nombre d'autres facteurs influence le fonctionnement de la communication des malades Alzheimer. Rousseau a mis en évidence l'influence de ces facteurs contextuels, individuels et psychosociaux sur le fonctionnement de la communication des malades Alzheimer.

- Des corrélations ont pu être établies entre les facteurs contextuels et les capacités de communication : le thème de la discussion (le patient lui-même, la situation présente ou une description d'images), la situation de communication (entrevue dirigée, discussion libre, échange d'informations) et le type d'actes de langage utilisé par l'interlocuteur (questions fermées ou ouvertes, certains mécanismes conversationnels, etc.) sont particulièrement influents.
- En ce qui concerne les facteurs individuels, on peut citer en premier lieu l'âge : les capacités de communication diminuent avec l'âge du patient. En second lieu, elles sont meilleures quand le niveau socioculturel est élevé.
- Le lieu de vie joue un rôle important pour le maintien d'une bonne communication : le patient vivant en institution dispose de possibilités de communication inférieures à celui vivant à domicile. Or le séjour de patients atteints de démence de type Alzheimer en institution est une réalité incontournable, et ce malgré une politique de maintien à domicile. Ces personnes âgées démentes sont le plus souvent accueillies dans des maisons de retraite et des services de soins de longue durée, soit au sein d'unités fonctionnelles spécifiques, soit au sein de cantous, petites structures spécialisées qui n'accueillent que des personnes démentes. Pour la personne âgée institutionnalisée, le stress occasionné par le déracinement, la perte des repères, peut engendrer une modification du comportement avec abandon des relations sociales, diminution des activités, mutisme, donc des troubles de la communication. Gruszow\* souligne le rôle essentiel d'un lieu de parole et d'écoute pour les malades Alzheimer en institution,

\*Collette, Van der Linden et Meulemans, 2002

\*1995 \*\*1995

\*Clark, 1994 \*\*1989

\*Holland, 1980

\*1992

\*Folstein et coll. 1975

\*2003

\*1995

\*2002

\*Frambourt, de Rotrou et  
Cimetière, 1998; de Rotrou, 2003  
\*2001

\*2000

\*2000

afin qu'ils puissent sortir de l'isolement. Or, comme le décrit Rousseau\*, communiquer avec une personne atteinte de maladie d'Alzheimer est difficile, à la fois pour l'environnement familial ou amical, mais aussi pour tout professionnel qui est amené à s'en occuper. Rymer et coll.\* ont ainsi montré comment les troubles mnésiques et comportementaux des patients avaient un impact stressant sur les aidants. Tout ceci peut conduire l'entourage à renoncer progressivement à toute tentative de communication, ce qui a pour conséquence de plonger davantage le malade dans son isolement, parce qu'il ne se sent plus et n'est plus reconnu comme individu communicant.

La prise en charge des troubles de la communication présentés par les MA revêt plusieurs formes, à l'instar du caractère hétérogène de la maladie et des tableaux complexes et composites présentés par les malades: la thérapie comportementale, les groupes de parole, la stimulation cognitive\* en sont des illustrations.

Rousseau\* propose une approche de type écologique et systémique qui prend en compte tous les facteurs indirects ou distaux. Ces facteurs peuvent être selon lui "réceptifs à une thérapie adéquate": cette "thérapie écosystémique" va prendre en charge le patient dans son milieu de vie ainsi que le système dans lequel le patient évolue. Cette approche écosystémique n'exclut pas une intervention d'approche plus cognitive: elle la complète en plaçant l'intervention à un niveau plus étendu. Elle va dans deux directions: d'une part des séances individuelles avec le patient où on utilise des thèmes, situations, actes de langage qui vont permettre au patient d'utiliser les actes de langage qu'il peut encore émettre correctement, et d'autre part une intervention auprès de l'entourage, où on demande à ce dernier de modifier son propre comportement de communication pour qu'il s'adapte à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne. Il convient de livrer à l'entourage les informations recueillies grâce à la grille et les explications correspondantes. Rousseau\* a montré, à partir de l'étude de cas d'une patiente au stade moyen de la maladie et vivant à domicile, l'efficacité de cette approche écosystémique sur le versant communicationnel, malgré une détérioration cognitive effective.

## HYPOTHESE

Ainsi, en considérant d'une part les troubles de la communication présentés par les MA, et d'autre part les difficultés auxquelles les soignants dans les institutions sont confrontés pour communiquer efficacement avec ces malades, nous nous sommes demandé:

- quelle réponse peut-on apporter aux difficultés communicationnelles que rencontrent les aidants dans leur quotidien auprès de patients Alzheimer?
- comment peut-on aider les patients Alzheimer placés en institution à maintenir leurs capacités de communication et à ne pas entrer dans l'isolement?
- quel peut être l'apport d'une prise en charge écosystémique dans le cadre institutionnel?

Lors de notre expérimentation, inspirée des travaux de Rousseau\*, nous essaierons de vérifier l'hypothèse suivante:

**Une prise en charge de type écosystémique dans le cadre institutionnel permet d'entretenir les capacités communicationnelles préservées d'un patient atteint de DTA au stade moyen de la maladie, en dépit de l'éventuelle détérioration cognitive globale mesurée.**

Un travail spécifique sur la communication du malade Alzheimer, en agissant sur les facteurs indirects et notamment contextuels, qui influencent les troubles de la communication, pourrait entraîner une dissociation, c'est-à-dire un niveau communicationnel qui s'est maintenu, et par contre un déficit cognitif qui s'est accru. Le bilan final mettra-t-il en évidence une *dissociation de l'évolution des plans cognitif et communicationnel*? Si oui, comment se manifestera-t-elle? Et sa nature permettra-t-elle alors de souligner un rôle incombant à la "thérapie écosystémique"? Le travail spécifique réalisé lors des séances entraînera-t-il, au-delà du maintien espéré des capacités de communication, une évolution dans le profil communicationnel du patient? Si oui, comment se traduira-t-elle?

Ce mémoire s'inscrivant dans la perspective des travaux de Rousseau\*, notre expérimentation a repris le protocole utilisé par ce dernier pour cette précédente étude de cas, qui nous a permis de mener à bien notre objectif : comparer les capacités cognitives globales entre elles, entre le pré et le post-test, ainsi que ces mêmes capacités avec les capacités de communication, et enfin les capacités de communication entre elles.

Le protocole expérimental s'est ainsi divisé en trois temps :

- un bilan initial, à la fois centré sur les capacités de communication de la patiente et explorant son fonctionnement cognitif de manière globale,
- une prise en charge de type écosystémique,
- un bilan final qui a conclu l'expérimentation.

Notre étude de cas a porté sur une patiente atteinte de DTA, Madame G.. Cette dernière a été placée dans une Cantou, car elle était de plus en plus désorientée, et de moins en moins autonome. Madame G. a trois fils qui lui rendent visite de manière régulière. D'après les soignants elle est une pensionnaire agréable, qui a parfois des conduites d'opposition et avec qui l'humour est un bon moyen d'entrer en relation. Elle souffre de manière générale de prosopagnosie et confond fréquemment les aide-soignantes. Elle a également des difficultés à reconnaître ses fils sur des photos. Les soignants insistent sur les difficultés qu'ils ont à la comprendre : *"quand elle me parle, souvent ça n'a ni queue ni tête, il n'y a pas de cohérence dans ce qu'elle dit"*. Mais à l'inverse, il leur semble qu'elle a une bonne compréhension du langage parlé.

Le bilan initial donne un MMS à 14/30 et la BEC 96\* à 25/96, soit une altération que l'on peut qualifier de moyenne à forte. L'ADAS-cog, version française du GRECO\*, montre des troubles mnésiques, un trouble de l'orientation spatio-temporelle, ainsi qu'un trouble de l'évocation dans le discours spontané. Nous avons également analysé la communication grâce à la grille d'évaluation des capacités de communication dans la maladie d'Alzheimer\* qui permet une analyse pragmatique à la fois qualitative et quantitative des actes de langage verbaux et non-verbaux.

En pratique, nous avons rempli la grille afin d'analyser trois situations d'interlocution. Il a convenu de faire varier les formes de discussion (entrevue dirigée, questions, tâche d'échanges d'informations sur le modèle de la PACE de Wilcox et Davis\*, discussion libre,...), les thèmes de discussion (le passé, le présent, la famille, les événements personnels, sociaux,...). Ces situations doivent être les plus naturelles possible, en adéquation avec le caractère écologique de l'évaluation. Pour chaque acte produit, nous nous sommes demandé : de quel type d'acte s'agit-il ? Est-il adéquat ou inadéquat ? S'il est inadéquat, quelle est la raison de l'inadéquation ?

Nous avons pu alors proposer une thérapie écosystémique à partir du profil de communication de Madame G. ainsi établi. La prise en charge, qui s'est déroulée sur une période de six mois, a inclus l'entourage professionnel de Madame G., en particulier une personne-ressource, auxiliaire de vie, que nous avons rencontrée de façon bimensuelle. Le travail a consisté à expliquer et montrer comment faire en sorte, en adaptant son propre comportement de communication, que Madame G. soit facilitée dans l'émission des actes adéquats encore de sa compétence. Madame G. a été suivie deux fois par semaine en séance individuelle de 45 minutes à une heure, pendant laquelle nous tentions d'"activer" les actes encore utilisables. Au cours des séances, seule la communication a été travaillée selon cette méthodologie, aucun travail spécifique au niveau d'une fonction cognitive n'a été réalisé.

## RÉSULTATS

L'objectif du bilan final est de comparer l'évolution des capacités cognitives globales de la patiente et l'évolution de ses capacités de communication, à partir du MMS de Folstein\*, de la BEC 96 de Signoret\*\* et de la grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer de Rousseau\*.

\*2000

\*Signoret et coll. 1989

\*1995

\*Rousseau, 1998

\*1978

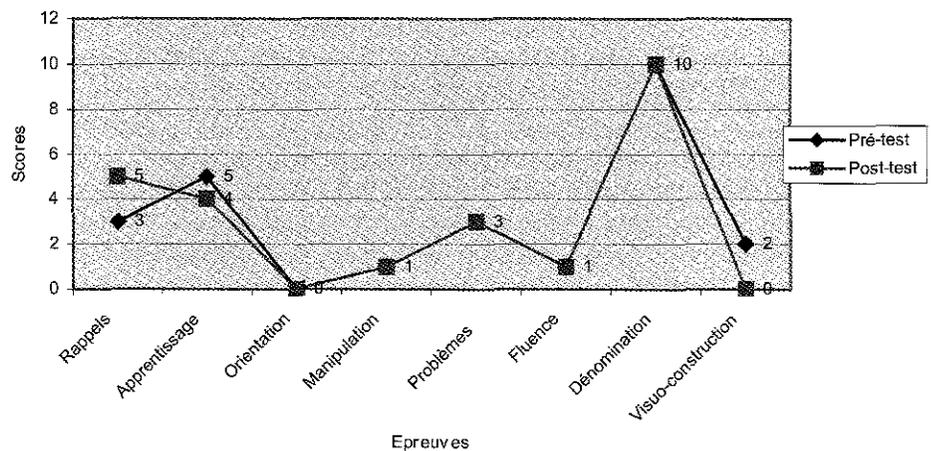
\*1975 \*\*1989

\*1998

## COMPARAISON DES CAPACITÉS COGNITIVES

Le post-test révèle une légère dégradation au MMS : 12/30 (il se situait à 14/30 lors du bilan initial). A la BEC 96 (cf. graphique 1), le score de Madame G. est de 24/96, donc quasiment identique au score obtenu six mois auparavant (25/96). Dans le détail, on n'observe pas de nettes variations. Elle réussit mieux l'épreuve de rappels : elle échoue complètement, comme au pré-test, le rappel évocation, mais rappelle par contre 5 mots sur 6 par reconnaissance, au lieu de 3 sur 6 au pré-test. Toutefois, cette différence peut être mise sur le compte d'une meilleure concentration et moins de fatigabilité le jour du post-test. Elle obtient exactement le même nombre de points pour les activités organisatrices (manipulation mentale et problèmes) et en fluence verbale catégorielle, épreuves toutes échouées. La dénomination reste son point fort. Par contre, on peut noter que la patiente ne parvient plus du tout à réaliser la tâche de visuo-construction. En somme, on ne peut pas conclure à une variation significative des capacités cognitives.

Graphique 1 : Scores à la BEC 96 avant et après prise en charge

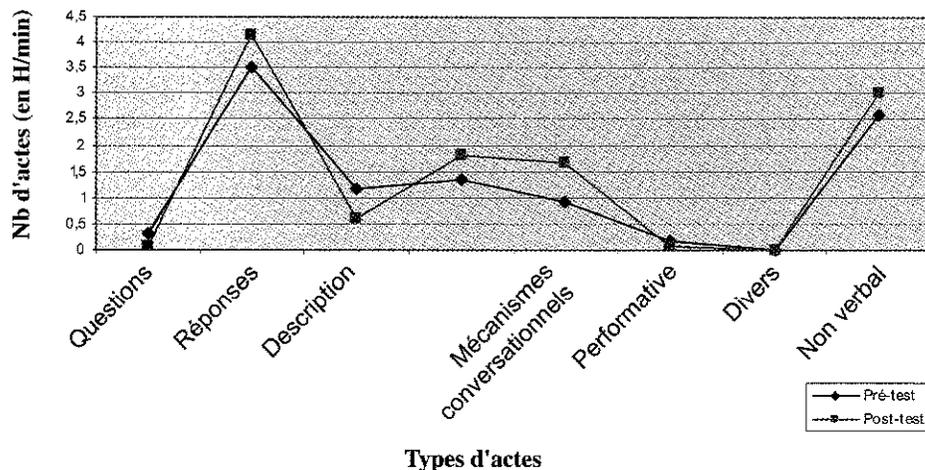


## COMPARAISON DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION

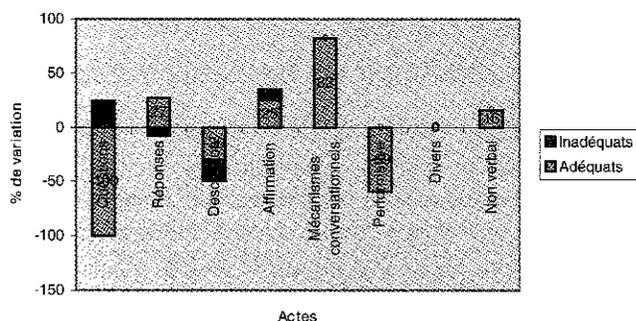
- *Variation du nombre total d'actes de langage émis (toutes situations confondues).*

Comme le montre le graphique 2, le nombre global des actes émis, tous thèmes de communication confondus, est plus important après thérapie : + 14 % d'actes. On note parallèlement une augmentation du nombre d'actes adéquats : + 16 % ; et une diminution du nombre d'actes inadéquats : - 2 %. Le graphique 3 montre que, par rapport à l'ensemble des actes, ce sont surtout les mécanismes conversationnels qui augmentent (+ 82 %), actes qui sont tous adéquats, et également les actes d'affirmation (+ 35 %, avec + 25 % d'actes adéquats et + 10 % d'actes inadéquats), les réponses (+ 19 %, avec + 27 % adéquates et - 8 % inadéquates), et les actes non verbaux (+ 16 %). Par contre, il existe une diminution des questions (- 76 %, dont - 100 % adéquates et + 24 % inadéquates), des actes de description (- 49 %, dont - 30 % d'adéquats et - 19 % d'inadéquats) et des performatives (- 59 %).

Graphique 2 : Comparaison total des actes



Graphique 3 : Variation de la fréquence des différents actes après thérapie (tous thèmes confondus)

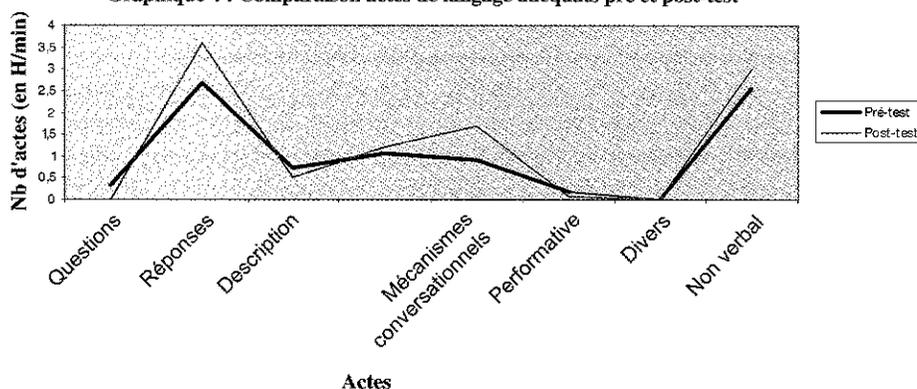


- Variation de la fréquence des actes adéquats et des actes inadéquats émis (toutes situations confondues).

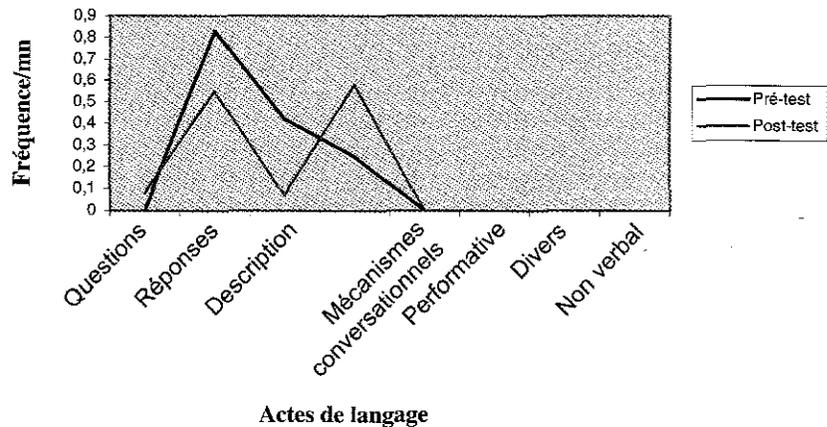
Si l'on compare la variation des actes adéquats entre eux, on constate une augmentation globale de leur émission, après thérapie, de 19 %. Comme le montre le graphique 4, la majorité des types d'actes augmente dans le registre de l'adéquation, tous thèmes confondus, excepté les questions, les descriptions et les performatives. Ce sont les réponses qui augmentent le plus dans ce registre, puis les affirmations, de manière moindre. Plus aucune question n'est adéquate. Les performatives ont particulièrement diminué dans ce registre de l'adéquation, et enfin les descriptions, de manière non négligeable.

Le graphique 5 montre une diminution de l'émission des actes inadéquats après thérapie par rapport à ceux émis avant thérapie de - 15 %, avec une diminution pour les réponses et les actes de description, mais une augmentation pour les questions et les actes d'affirmation.

Graphique 4 : Comparaison actes de langage adéquats pré et post-test



Graphique 5 : Comparaison actes de langage inadéquats pré et post-test

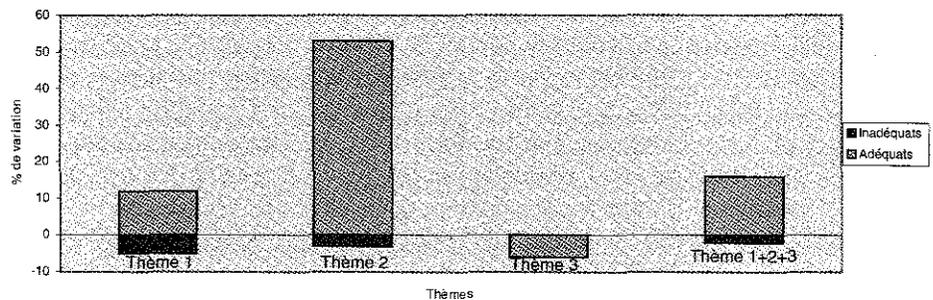


• *Variation selon la situation de communication.*

Comme on l'a vu précédemment, le nombre d'actes de langage émis en moyenne sur l'ensemble des trois situations de communication a augmenté. Cette hausse est particulièrement importante pour ce qui est de la situation 2 d'échange d'informations. Elle apparaît mais de manière beaucoup moins marquée pour la situation 1 d'entrevue dirigée. En ce qui concerne la situation 3 de discussion libre, la fréquence des actes a dans ce cadre diminué légèrement.

Le graphique 6 montre que, lors des situations 1 (entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie) et 2 (échange d'informations autour d'un support imagé), le nombre d'actes adéquats est en augmentation et parallèlement le nombre d'actes inadéquats en diminution. Par contre, lors de la situation 3 (discussion libre sur le thème de la situation présente), on observe une légère diminution du nombre d'actes adéquats et une stabilisation du nombre d'actes inadéquats.

Graphique 6 : Variation de la fréquence des actes de langage après thérapie selon la situation de communication



• *Causes de l'inadéquation.*

La fréquence des actes inadéquats a diminué légèrement, entre le pré-test (1.5 actes/min) et le post-test (1.28 actes/min), tous thèmes confondus.

Au niveau de la situation 3 (discussion libre), les actes inadéquats sont de même fréquence après six mois de prise en charge (2.5 actes/min). Ils diminuent moyennement lors de la situation 1 d'entrevue dirigée (1 acte/min en pré-test et 0.6 acte/min en post-test) et de la situation 2 d'échange d'informations (1 acte/min en pré-test et 0.75 acte/min en post-test).

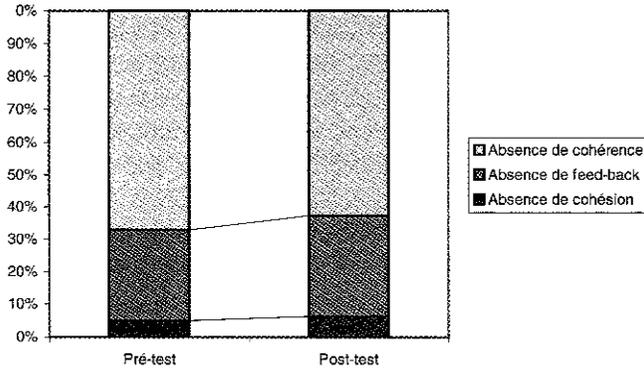
En terme de pourcentage par rapport au nombre total d'actes émis, les actes inadéquats ont une prévalence moindre après la prise en charge (11 % de l'ensemble des actes en post-test contre 15 % en pré-test).

Le graphique 7 analyse les causes de l'inadéquation, tous thèmes confondus.

On note une prévalence sensiblement identique des causes de l'inadéquation liées à

une absence de cohérence (67 % en pré-test et 62.5 % en post-test). Par ailleurs, les causes de l'inadéquation sont quasiment à la même fréquence en pré et post-test. A un faible degré, la cause de l'inadéquation est plus fréquemment due à une absence de feed-back après thérapie (31.25 %) qu'avant (28 %) ainsi qu'à une absence de cohésion (6.25 % après et 5 % avant) et moins à une absence de cohérence (67 % avant thérapie, 62.5 % après).

**Graphique 7 : Causes de l'inadéquation (tous thèmes confondus)**



## DISCUSSION

### COMPARAISON ENTRE L'ÉVOLUTION DES CAPACITÉS COGNITIVES GLOBALES ET L'ÉVOLUTION DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION

On constate une dissociation entre l'évolution des capacités cognitives globales et l'évolution des capacités de communication. Les fonctions cognitives n'ont pas été travaillées, et au bout de six mois, elles apparaissent comme quasiment inchangées, ou avec une très faible dégradation. A l'inverse, les capacités de communication, seules composantes travaillées, se sont améliorées étant donné que de manière générale, le nombre d'actes de langage a augmenté et que de plus, le nombre d'actes inadéquats a diminué. Ces constatations pourraient nous amener à concevoir notre prise en charge écosystémique comme étant à l'origine de cet heureux résultat. En effet, étant donné la quasi stagnation des capacités cognitives, un simple maintien des capacités de communication ne nous aurait pas permis d'identifier une quelconque part de notre intervention dans ces résultats. Cependant, l'amélioration des capacités de communication va dans le sens d'un rôle joué par la "thérapie écosystémique" et donc ne contredit pas notre hypothèse de départ.

La DTA étant une pathologie dégénérative, on peut difficilement considérer la possibilité d'une amélioration des capacités communicationnelles qui sont sous-tendues directement par le niveau cognitif\*, mais tout au plus une stagnation. Toutefois, par notre prise en charge, on a voulu agir ici sur les facteurs indirects qui influencent les troubles de la communication des patients déments, et plus particulièrement sur les facteurs contextuels comme le thème de la discussion, la situation de communication, ou le type d'actes utilisés par l'interlocuteur. Agir sur ces facteurs a pu améliorer la communication, malgré la détérioration cognitive, car c'est l'interlocuteur qui prend à sa charge l'essentiel de l'échange pour permettre à la malade d'utiliser ses capacités restantes.

Toutefois nous souhaitons apporter la nuance qu'une évaluation à six mois avant la prise en charge, nous aurait permis d'affirmer sans ambiguïté l'efficacité de cette approche écosystémique.

\*Fromm et Holland, 1989; Rousseau, 1992; Clark, 1994

## L'ÉVOLUTION DU PROFIL COMMUNICATIONNEL

### • *Ce qui s'est maintenu ou amélioré*

La comparaison des différents actes de langage, avant et après prise en charge, montre que les actes qui ont été les plus "activés" sont ceux qui restent les plus efficaces.

En ce qui concerne les thèmes facilitateurs, le bilan initial montrait que le thème des "icônes" (thème 2), thème neutre, n'incitait pas Madame G. à s'exprimer. Madame G. parlait plus et mieux si le sujet la concernait personnellement. Lors des séances, on s'est beaucoup servi de thèmes de discussion chers à notre patiente, comme des événements de sa vie, ses enfants, ses centres d'intérêts (la nature, la montagne, l'histoire,...). Le bilan final ne nous permet pas d'affirmer une meilleure production lors de ces thèmes étant donné que le thème pour lequel l'augmentation des actes est la plus flagrante est le thème des "icônes", thème neutre. On a tout de même une légère augmentation du nombre d'actes et de l'adéquation pour le thème de l'autobiographie (thème 1). Mais rien ne nous dit que ce dernier point n'est pas plutôt dû à la situation de discussion elle-même, à savoir que Madame G. est dans ce cas dirigée (situation 1). En effet, on remarque d'ailleurs que le nombre d'actes diminue pour le thème de la situation présente (thème 3) en discussion libre (situation 3), même s'il ne s'agit que d'actes inadéquats. En fait, ce constat nous amène à penser que c'est l'ensemble "situation de communication + thème favorable", qui influencent la communication de notre malade. Elle a à la fois besoin d'être guidée, cadrée par l'interlocuteur, et d'avoir un support visuel affectif ou proche de ses centres d'intérêts, sur lequel construire son discours.

Comme on l'a décrit précédemment, un travail conséquent d'échanges d'informations a été effectué lors des séances autour d'images. Et nous nous sommes servis essentiellement de supports à contenu subjectif par rapport à notre patiente. Alors comment expliquer un tel résultat au post-test pour la situation 2 ? Le jour du post-test nous avons en effet utilisé des images neutres... Madame G. s'est peut-être accoutumée à ce type de tâches en général, et a pu généraliser son comportement de communication habituel lorsqu'elle doit faire une description d'images. Ceci rejoindrait les résultats de l'étude de Gobé et Grivaud\* : les éléments moyens sont stimulés par la présence de supports visuels pour communiquer.

### • *Ce qui s'est dégradé*

Les actes que Madame G. utilisait le moins ont continué à diminuer. Il s'agit des questions et des actes de description. Les questions étaient particulièrement difficiles à faire produire car il s'agit d'un acte individuel vraiment volontaire, de souhaiter demander une information. La démarche part du locuteur lui-même alors que pour les réponses, c'est l'inverse. Et comme dans cette approche écosystémique, c'est l'interlocuteur qui prend à sa charge le déroulement de l'échange, il nous était bien difficile d'inciter notre patiente à s'interroger d'elle-même et à poser des questions. Quant aux descriptions, le constat que nous faisons est que Madame G. aimait beaucoup parler d'elle, de son ressenti ou de ce que d'autres pouvaient ressentir ; en somme elle tenait plutôt un discours subjectif, alors que "décrire" demande une certaine objectivité, une certaine décentration, et nous nous posons la question de ses capacités à se décentrer ou à vouloir se décentrer.

De façon générale, Madame G. parle plus et mieux. Cela corrobore un constat fait par Rousseau\* : les patients qui communiquent le mieux sont aussi ceux qui communiquent le plus. L'explication pourrait résider dans les effets de l'intervention écosystémique mais aussi dans ses effets secondaires : la patiente se sentirait de nouveau reconnue comme individu communicant. Elle pourrait le ressentir dans le comportement de communication modifié de son entourage. La conséquence serait qu'elle retrouverait son "appétit de communication"\*.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'aspect de notre propre amélioration à communiquer avec elle est loin d'être négligeable. Nous avons "appris" à discuter avec elle ; au fil des semaines, une relation de confiance s'est établie entre elle et nous, elle nous reconnaissait (même si elle ne parvenait pas à se rappeler nos prénoms). Et peu à

\*2002

\*1992

\*Rousseau, 2000

peu nous savions comment l'intéresser, l'amener à parler, la ramener au sujet si elle s'en éloignait, la guider, ... Les meilleurs résultats au post-test sont certainement empreints de notre connaissance d'elle-même, de sa manière de communiquer et de la relation qui nous unissait. Mais il est vrai que c'est aussi le cas dans tout bilan orthophonique de suivi, quand les conséquences de la relation humaine entre deux individus viennent s'immiscer dans une étude objective. D'autant que dans notre cas, il s'agit de communication et d'étude pragmatique, toute véritable objectivité est alors difficile à réaliser. En fait, c'est tout autant nous-mêmes qu'elle qui avons été évaluées dans nos capacités communicationnelles ! Mais en même temps, n'est-ce pas le but de cette prise en charge, puisqu'elle consiste à aider l'entourage à mieux communiquer avec le patient dément, pour que ce dernier maintienne lui-même son niveau de communication ?

Il aurait été intéressant d'évaluer les aidants eux-mêmes en interaction avec Madame G., ou au moins de les questionner sur l'aide qu'ils estiment avoir reçue pour mieux communiquer avec Madame G.. Toutefois, nous rappelons que nous avons suivi le protocole de Rousseau pour son étude de cas de 2000, et que nous avons dans l'idée au départ d'explorer uniquement la communication de notre patiente.

### COMPARAISON AVEC L'ÉTUDE DE CAS DE ROUSSEAU\*

\*2000

Rousseau expose le principe d'une prise en charge écosystémique des troubles de la communication dans la DTA. Il a mis en place une telle thérapie auprès d'une patiente de 75 ans, Madame E. Il affirme l'efficacité de sa prise en charge des troubles de la communication parce qu'il constate une amélioration des capacités de communication en dépit d'une détérioration manifeste des capacités cognitives.

Quant à nous, nous pouvons également nous satisfaire de nos résultats, analysés précédemment, encourageants, qui viennent corroborer ceux de Rousseau. Le fait que le cadre des prises en charge diffère, puisque l'un est l'entourage familial et l'autre l'institution, semble montrer l'intérêt de la thérapie écosystémique dans le cadre institutionnel.

### INTÉRÊT DES RÉSULTATS PAR RAPPORT À LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE

Nous avons constaté lors de notre étude de cas que les soignants, qui sont le principal entourage des MA dans les maisons de retraite, les cantous ou les services de soins longue durée sont demandeurs de conseils et d'éclairages sur leurs difficultés face aux troubles de la communication des MA. Nous avons montré dans la partie théorique les conséquences délétères d'un séjour institutionnel pour une personne démente et le stress des aidants dans la vie quotidienne, qui sont confrontés aux troubles de la communication à tous les moments. En les incluant dans la prise en charge de leurs résidents MA, nous nous sommes aperçu qu'ils ressentent beaucoup de choses sur lesquelles l'orthophoniste peut mettre des mots, donner un éclairage nouveau, ce qui peut leur faire changer leur façon de voir les MA, et les reconnaître comme individus communicants, malgré leurs difficultés communicationnelles. Comme ces derniers sont perçus comme moins impliqués dans les activités génériques de communication (hors routines quotidiennes de soins), beaucoup de soignants axent leur travail uniquement sur les soins, la toilette, le repas\*.

L'équipe de Jamot\* insiste sur la nécessité aujourd'hui que l'institution s'adapte par de nouvelles conceptions de prise en charge, à ses résidents atteints de DTA. Ils revendiquent leur choix d'avoir depuis dix ans mis en place, au sein de la maison de retraite drômoise les Jardins d'Asclépios, une prise en charge spécifique pour les patients atteints de DTA.

\*Le Dorze et al., 1994

\*1998

### L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

Nous avons tenu compte des retours et commentaires des soignants lors de nos rencontres ; mais nous n'avons ni débuté ni terminé la prise en charge par un questionnaire

d'évaluation des difficultés rencontrées dans les interactions avec Madame G.. Cet outil aurait pu être précieux pour plusieurs raisons :

- les soignants qui auraient accepté de remplir le questionnaire au début et à la fin de la prise en charge auraient peut-être été plus "motivés" par le projet,
- nous aurions pu juger concrètement de leur vécu de cette prise en charge et de ce qui aurait mérité d'être amélioré, le support écrit étant plus "formel" que la guidance orale.

Marie Julien et son équipe de chercheurs et de cliniciens canadiens (Equipe ESPACE) ont mené plusieurs études qui leur ont permis de montrer que d'une part les soignants sont en demande d'aide pour résoudre leurs problèmes de communication avec leurs résidents déments en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD) et que d'autre part il apparaît plus judicieux d'aider directement les aidants à mieux communiquer que le contraire (qui serait le but d'une intervention orthophonique classique). L'équipe ESPACE a élaboré un "questionnaire d'évaluation de la communication en CHSLD", dont l'objectif est d'identifier d'une part les situations de communication problématiques et d'autre part ce qui facilite la communication entre l'aidant et le résident\*.

Nous rejoignons ainsi l'intérêt de cette équipe pour l'élaboration d'un questionnaire afin de répondre aux besoins du personnel soignant. Nous avons nous-mêmes ressenti ce besoin implicite lors de notre expérimentation.

\*Le Dorze et al., 2000

## CONCLUSION

Malgré les soucis organisationnels rencontrés dans l'institution, à savoir les changements et le manque de disponibilité du personnel, nous avons pu constater une interaction communicationnelle plus abondante et moins perturbée de la part de notre patiente, après notre intervention. Cette amélioration nous a permis de confirmer notre hypothèse de départ, à savoir que la thérapie écosystémique permet d'entretenir les capacités communicationnelles préservées d'un patient Alzheimer. Toutefois, ce constat a été effectué dans le cadre d'une étude de cas, aussi seule une évaluation à grande échelle permettrait d'affirmer l'efficacité de cette thérapie ; de plus, on émet la réserve qu'il existe éventuellement des critères d'exclusion de patients pouvant bénéficier de ce type de prise en charge.

Pour le cas de notre patiente, la dégradation neurologique et cognitive se poursuivant, les facultés de communication vont elles aussi inexorablement diminuer, mais un gain de qualité et de confort communicationnels a manifestement été observé, même s'il n'est certainement pas durable.

Cette méthode peut donc être un des outils à disposition de l'orthophoniste, "thérapeute de la communication", pour soutenir et conseiller les aidants qui s'occupent de patients atteints de DTA. Rousseau\* avait même pu constater, pour une patiente vivant encore à domicile, que l'institutionnalisation envisagée par la famille au cours de la première rencontre n'avait pas été effectuée après une année de prise en charge ; les relations entre la malade et l'entourage familial s'étaient améliorées. Apprendre et savoir communiquer avec un patient dément est donc source de bienfaits pour le malade, pour son entourage et même pour la société (d'un point de vue économique, on obtient un bénéfice lié au retardement de l'institutionnalisation).

Toutefois, il s'agit d'une intervention particulière pour laquelle on doit renoncer à l'espoir d'une guérison ; mais le rôle de l'orthophoniste reste important, car il va permettre au patient, de par son intervention directe et celle auprès de l'entourage, de continuer à pouvoir communiquer et, de fait, à conserver une place dans son milieu socio-familial.

## BIBLIOGRAPHIE

- CARDEBAT, D., AITHAMON, B., PUEL, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. In F. Eustache et A. Agniel (Eds.), *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : Solal.

\*2000

- CLARK, L.W. (1994). Communication disorders: what to look for, and when to refer? *Geriatrics*, 49, 51-55.
- COLLAS, H., FRENOUX, O. (2004). *Les troubles de la communication dans la DTA: intérêt de la thérapie écosystémique en institution. Etude de cas*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Université Lyon I.
- 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.
- DE ROTROU, J. (2003). L'œil du neuropsychologue. *La Recherche Hors-série*, 10, 36-39.
- FOLSTEIN, M.F. et COLL. (1975). "Mini Mental State", a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- 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.
- FROMM, D., HOLLAND, A. (1989). Functional communication in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 535-540.
- GOBÉ, V., GRIVAUD, M. (2002). *Influence du thème de l'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer: étude de 15 cas*. Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. Université Paris VI.
- GRECO (1995). *ADAS partie cognitive*. Isbergues: L'Ortho-Edition.
- GRUSZOW, S. (2003). Sortir de l'isolement. *La Recherche Hors-série*. 10, 88-89.
- HOLLAND, A. (1980). *Communicative Abilities in Daily Living*. Baltimore, MD: University Park Press.
- JAMOT, J.-C., BOUYAC, H., NEUMAN, E., BELON, J.-P., POINSIGNON, G., MARTIN, J., SOTTON, J. (1998). Institution spécialisée... Lieu de soins. In M.C., Gely-Nargeot, K., Ritchie, J., Touchon (Eds.), *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Marseille: Solal.
- LE DORZE, G., JULIEN, M., GENEREUX, S., LARFEUIL, C., NAVENNEC, C., CHAMPAGNE, C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long term care and their caregivers. *Aphasiology*, 14, 1.
- LE DORZE, G., JULIEN, M., BRASSARD, C., DUROCHER, J., BOIVIN, G. (1994). An analysis of the communication of adult residents of a long-term care hospital as perceived by their caregivers. *European Journal of Disorders of Communication*, 29, 241-268.
- ROUSSEAU, T. (2001). Thérapie Ecosystémique des Troubles de la Communication dans la Maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 75, 14-21.
- ROUSSEAU, T. (2000). Evaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication chez une patiente atteinte de démence de type Alzheimer. *Le Courrier de l'évaluation en santé*, 18, 22-27.
- ROUSSEAU, T. (1998). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer*. Isbergues: Ortho-édition.
- ROUSSEAU, T. (1995). *Communication et Maladie d'Alzheimer*. Isbergues: L'Ortho-édition.
- ROUSSEAU, T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer*. Thèse de doctorat en psychologie. Caen: Université.
- RYMER, S., SALLOWAY, S., NORTON, L., MALLOY, P., CORREIA, S., MONAST, D. (2002). Impaired awareness, behavior disturbance, and caregiver burden in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16, 248-253.
- SIGNORET, J.-L., et COLL. (1989). *Evaluation des troubles de mémoire et désordres cognitifs associés: BEC 96*. Paris: IPSEN.
- WILCOX, J., DAVIS, G. (1978). *Promoting Aphasies Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco: S.L.H.A.