HAL
open science

Apport d'un atelier marionnettes auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : expérience au sein d'un Accueil de Jour

Emmanuelle Médaille

To cite this version:

Emmanuelle Médaille. Apport d'un atelier marionnettes auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : expérience au sein d'un Accueil de Jour. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01512458

HAL Id: dumas-01512458

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01512458v1

Submitted on 23 Apr 2017

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

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

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine
ECOLE D'ORTHOPHONIE

MEMOIRE présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

MEDAILLE Emmanuelle
Née le 05 décembre 1984 à Bastia

APPORT D'UN ATELIER MARIONNETTES AUPRES DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES :

Expérience au sein d'un Accueil de Jour

Directeur de Mémoire : **OSTA Arlette,**
Orthophoniste
Co-directeurs de Mémoire : **PUCCINI-EMPORTES Martine,**
Orthophoniste
COLOMBO Virginie,
Orthophoniste

Nice
2012

© Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Ecole d'Orthophonie.

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d'orthophonie

MEMOIRE présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

MEDAILLE Emmanuelle

Née le 05 décembre 1984 à Bastia

APPORT D'UN ATELIER MARIONNETTES AUPRES DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES :

Expérience au sein d'un Accueil de Jour

Directeur de Mémoire : **OSTA Arlette,**

Orthophoniste

Co-directeurs de Mémoire : **PUCCINI-EMPORTES Martine,**

Orthophoniste

COLOMBO Virginie,

Orthophoniste

Nice

2012

CC BY NC ND

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je remercie tout d'abord Mme Osta et Mme Puccini-Emportes pour m'avoir proposé de travailler avec elles sur ce sujet, pour leur soutien et leurs conseils avisés.

Merci également à l'Association Exprime pour m'avoir généreusement laissée emprunter son matériel et pour avoir élaboré le scénario du spectacle.

Je remercie aussi Mme Colombo d'avoir accepté de me suivre dans ma démarche au sein de l'Accueil de Jour. Merci pour sa présence, son aide.

Merci à Mme Jean non seulement d'avoir fait partie de mon jury mais aussi d'avoir participé à mon atelier et de m'avoir fait partager son expérience professionnelle à l'Accueil de Jour.

A Mme Saltarin pour m'avoir accueillie à la Villa Hélios St Jean où mon projet a pu être mis en place et pour ses conseils. A tous les membres de l'équipe qui m'ont chaleureusement accueillie, merci.

Je remercie aussi tous les résidents de l'établissement pour leur participation et tout ce qu'ils m'ont apporté.

Enfin, un grand merci à toutes les personnes qui m'ont accompagnée au quotidien.

Merci à mes amies. A Mél, Marie et Christelle pour leur présence durant ces quatre années et les moments partagés.

A Isolina Carlotti pour sa gentillesse, sa bonne humeur et toutes les choses qu'elle m'a apportées tant du point de vue professionnel que personnel.

Merci à mes parents pour leur soutien inconditionnel et leur confiance.

A mon cher et tendre pour sa patience mais aussi pour avoir toujours cru en moi et m'avoir soutenue.

Merci à ma « soeurette » pour son soutien. A ma « Mimi » aussi.

Un merci à Jean-Claude et Rose-Marie pour leur aide.

Enfin, une pensée émue pour mes grands-parents à qui je dédie ce mémoire…

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **3**

SOMMAIRE **5**

INTRODUCTION **9**

PARTIE THEORIQUE **12**

I. DEMENCE ET MALADIE D'ALZHEIMER **14**

1. HISTORIQUE ET DEFINITIONS 14
1.1. UN BREF RAPPEL HISTORIQUE 14
1.2. DEFINITION DE LA DEMENCE 14

II. LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES **16**

1. LA MALADIE D'ALZHEIMER 16
1.1. DEFINITION 16
1.1.1. Epidémiologie *17*
1.1.2. Facteurs de risque *18*
1.2. TABLEAU CLINIQUE 19
1.2.1. Les différentes formes cliniques *19*
1.2.1.1. Les formes visuelles ou postérieures 20
1.2.1.2. Les formes aphasiques 20
1.2.1.3. Les formes purement amnésiques (typiques ou classiques) 20
1.2.2. Evolution de la maladie d'Alzheimer *21*
1.2.3. Sémiologie *22*
1.2.3.1. Les signes cognitifs 22
1.2.3.2. Les troubles psycho-comportementaux 30
2. LES MALADIES APPARENTEES 36
2.1. DEFINITION 36
2.2. LES DEMENCES DEGENERATIVES CORTICALES SANS TROUBLES MOTEURS, AUTRES QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER 37
2.2.1. Les dégénérescences fronto-temporales *37*
2.2.1.1. Les démences fronto-temporales (DFT) 37
2.2.1.2. Les aphasies primaires progressives (APP) non fluentes ou syndrome de Mésulam 38
2.2.1.3. La démence sémantique 39
2.3. LES DEMENCES DEGENERATIVES CORTICO-SOUS-CORTICALES AVEC TROUBLES MOTEURS 40
2.3.1. La démence à corps de Lewy (DCL) *40*
2.4. LES DEMENCES NON DEGENERATIVES 41
2.4.1. La démence vasculaire *42*
2.5. LES TROUBLES COGNITIFS NON DEMENTIELS 44
2.5.1. Le syndrome dépressif *45*
2.5.2. Le syndrome confusionnel *45*
2.5.3. Les troubles anxieux *46*

III. LES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE DU SUJET ATTEINT DE MALADIE D'ALZHEIMER **47**

1. LE MAINTIEN A DOMICILE 47
2. UN BREF TOUR D'HORIZON DES STRUCTURES D'ACCUEIL 48
2.1. LES STRUCTURES ALTERNATIVES AU PLACEMENT PERMANENT 48
2.2. LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE 50
3. LES ACCUEILS DE JOUR 51
3.1. DEFINITION 51
3.2. OBJECTIFS PRINCIPAUX 52
3.3. LES DIFFERENTS INTERVENANTS 53
3.4. UNE JOURNEE TYPE 56

3.5. ACTIVITES PROPOSEES 56
3.5.1. Les ateliers thérapeutiques 57
3.5.2. L'art-thérapie 60

IV. LES MARIONNETTES 63

1. HISTOIRE DES MARIONNETTES 63
1.1. ROLE RELIGIEUX ET SACRE 64
1.2. ASPECT LUDIQUE ET SARCASTIQUE 65
1.3. ROLE PEDAGOGIQUE ET PREVENTIF 67
1.3.1. A l'école 67
1.3.2. Dans le cadre d'actions humanitaires, de prévention 69
1.4. LE CHAMP THERAPEUTIQUE 71
1.4.1. En psychothérapie de l'enfant 71
1.4.2. En psychothérapie de l'adulte 72
2. GENERALITES CONCERNANT LA MARIONNETTE ET LE THEATRE 72
2.1. LA MARIONNETTE 72
2.1.1. Caractéristiques physiques 73
2.1.2. Caractéristiques identitaires 74
2.1.3. Son discours 75
2.2. LE JEU THEATRAL 76
2.2.1. Le scénario 76
2.2.2. Bruitage et sonorisation 77
2.2.3. Le regard 78
3. LA MARIONNETTE THERAPEUTIQUE 79
3.1. LE DISPOSITIF THERAPEUTIQUE 79
3.2. LA MARIONNETTE 80
3.2.1. Son statut : de lieu de projection au « double » 80
3.2.2. La fabrication ou création plastique 81
3.2.3. L'attribution d'une identité 82
3.2.4. Le théâtre de marionnettes 83
3.2.4.1. Jeu et dispositif théâtral 83
3.2.4.2. L'acteur 84
3.2.4.3. Le spectateur 84
4. LA MARIONNETTE ET LES PERSONNES AGEES 85
4.1. LES MAUX DE L'AGE 85
4.2. QUELQUES EXEMPLES D'ATELIERS MARIONNETTES 87
4.2.1. Les marionnettes en psychothérapie du sujet âgé 87
4.2.2. Les marionnettes utilisées en institution avec des personnes âgées 87
4.2.3. Les marionnettes utilisées avec des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer 89

PARTIE PRATIQUE 91

I. INTERVENTION EN INSTITUTION AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES 93

1. HYPOTHESE DE TRAVAIL ET PROTOCOLE DE RECHERCHE 93
2. PRESENTATION DE LA VILLA HELIOS ST-JEAN 94
2.1. LE CENTRE THERAPEUTIQUE D'ACCUEIL DE JOUR 94
2.1.1. Organisation d'une journée 95
2.1.2. L'équipe pluridisciplinaire 95
2.1.3. Les ateliers proposés 97

II. POPULATION 101

1. MADAME B. 102
2. MADAME BI. 103
3. MADAME R. 103
4. MADAME M. 104
5. MADAME D. 105
6. MADAME P. 106
7. MADAME L. 107

8. MONSIEUR D. 108

III. CALENDRIER 109

IV. DEMARCHE 110

1. BILANS INITIAUX 110
1.1. EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES LINGUISTIQUES (EFCL) 110
1.1.1. Présentation 110
1.1.2. Résultats 113
1.1.2.1. Madame B. 113
1.1.2.2. Madame Bi. 114
1.1.2.3. Madame R. 116
1.1.2.4. Madame M. 117
1.1.2.5. Madame D. 118
1.1.2.6. Madame P. 120
1.1.2.7. Madame L. 121
1.1.2.8. Monsieur D. 121
1.2. PROTOCOLE MONTREAL D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION (MEC) 122
1.2.1. Présentation 122
1.2.2. Résultats 124
1.2.2.1. Madame B. 124
1.2.2.2. Madame Bi. 125
1.2.2.3. Madame R. 126
1.2.2.4. Madame M. 126
1.2.2.5. Madame D. 127
1.2.2.6. Madame P. 127
1.2.2.7. Madame L. 128
1.2.2.8. Monsieur D. 128
2. L'ATELIER 129
2.1. DEROULEMENT 129
2.1.1. Les séances : 1 à 13 129
2.1.2. Analyse objective des séances 1 et 12 pour trois patientes 150
2.1.2.1. La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) : présentation 151
2.1.2.2. Résultats 152
2.2. LE SPECTACLE : « UNE BONNE BLAGUE » 160
2.2.1. Déroulement et analyse 161
2.2.2. Interview 163
2.2.3. Spectacle pour tous les résidents 167
3. BILANS FINAUX 167
3.1. EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES LINGUISTIQUES 168
3.1.1. Madame R. 168
3.1.2. Madame M. 169
3.1.3. Madame P. 170
3.1.4. Madame L. 172
3.1.5. Monsieur D. 173
3.2. EPREUVES DE PROSODIE EMOTIONNELLE 174
3.2.1. Madame R. 174
3.2.2. Madame M. 174
3.2.3. Madame P. 175
3.2.4. Madame L. 175
3.2.5. Monsieur D. 176
3.3. ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS 176
3.3.1. Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques 176
3.3.1.1. Madame R. 176
3.3.1.2. Madame M. 177
3.3.1.3. Madame P. 177
3.3.1.4. Madame L. 177
3.3.1.5. Monsieur D. 177
3.3.2. Epreuves de prosodie émotionnelle 178
3.3.2.1. Madame R. 178
3.3.2.2. Madame M. 178
3.3.2.3. Madame P. 178
3.3.2.4. Madame L. 178

3.3.2.5. Monsieur D. 179
4. SYNTHESE DES RESULTATS 179
4.1. LES ATELIERS 179
4.2. EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES LINGUISTIQUES 179
4.3. EPREUVES DE PROSODIE EMOTIONNELLE 180
5. DISCUSSION 181

V. APPORT DES MARIONNETTES 183

1. SOCIAL 183
2. EXPRESSION ET ESTIME DE SOI 184
3. « APPRENTISSAGE » ? 185
4. COMPORTEMENT 186
5. STERILE 186

VI. QUESTIONNAIRES DESTINES AUX ACCUEILS DE JOUR DE FRANCE 187

1. OBJECTIFS 187
2. RESULTATS 188

CONCLUSION 190

GLOSSAIRE 195

BIBLIOGRAPHIE 197

TABLE DES ILLUSTRATIONS 204

ANNEXES 205

INTRODUCTION

Mes premiers contacts avec les marionnettes eurent lieu, comme pour la plupart d'entre nous, à l'école maternelle. Ce n'est que récemment, grâce à mes échanges avec A. OSTA, orthophoniste et professeur à l'école d'orthophonie de Nice, que je découvris véritablement cet objet singulier. Passionnée de marionnettes, elle a beaucoup évoqué avec moi les nombreux spectacles qu'elle a pu mettre en scène ces dernières années et m'a fait part de ses observations et réflexions. Par ailleurs, M. PUCCINI-EMPORTES, orthophoniste spécialisée dans la prise en charge de patients atteints de maladie d'Alzheimer, également chargée d'enseignement à l'école d'orthophonie de Nice, m'a permis d'en apprendre davantage sur cette pathologie qui frappe aujourd'hui nombre d'individus.

Toutes deux m'ont fait partager une partie de leur riche expérience, de leurs savoirs, ce qui a grandement contribué à susciter mon intérêt. Leurs propos, agrémentés par leur approche orthophonique, n'ont pas manqué d'aiguiser ma curiosité. Aussi, lorsqu'elles m'ont orientée vers le sujet de ce mémoire, c'est avec grand plaisir que j'ai accepté.

Oubliant la richesse et la diversité des arts de la marionnette, on dit souvent qu'elle a pour vocation essentielle d'amuser les enfants. Et, dans le langage courant une « marionnette » c'est encore un fantoche auquel on peut faire faire ce que l'on veut. Or, de nombreuses expériences ont été réalisées, avec des enfants comme avec des adultes ou des personnes âgées, justifiant par leurs résultats la valeur thérapeutique du jeu de marionnettes. Ces travaux témoignent entre autres, d'une influence bénéfique de la marionnette sur la communication. Et, en tant qu'orthophoniste, notre attitude thérapeutique avec des patients atteints de pathologies neurodégénératives, ne réside-t-elle pas dans le maintien et l'adaptation des fonctions de communication ?

Un travail antérieur au nôtre, réalisé auprès d'une population de personnes âgées, a tout particulièrement retenu notre attention et les résultats probants obtenus nous ont encouragés dans notre démarche : étudier l'impact de l'utilisation de la marionnette auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

En effet, si avec la marionnette, nous pouvons influencer les versants expressifs et réceptifs de la communication, nous posons l'hypothèse qu'en la soumettant à des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés nous pouvons, à défaut de restaurer les habiletés communicatives perdues, retarder leur dégradation. Aussi, pour notre étude, avons-nous établi un protocole adapté aux particularités de notre population. Il s'est déroulé sur près d'une année, au sein de l'Accueil de Jour la Villa Hélios St-Jean, à Nice et prévoyait un ensemble d'ateliers créatifs ainsi qu'un spectacle.

La première partie de ce mémoire est consacrée à la présentation préalable de différents éléments théoriques indispensables venant étayer notre pratique. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressée à la maladie d'Alzheimer, dont nous avons particulièrement exposé la symptomatologie, puis aux maladies qui lui sont apparentées et que l'on rencontre fréquemment. Ensuite, nous avons présenté les différentes structures qui existent et permettent la prise en charge spécifique de ces patients, notamment les Accueils de Jour. Enfin, nous nous sommes penchée sur la marionnette, avons exposé des généralités la concernant, et plus particulièrement son évolution au fil des siècles, avant d'évoquer plus précisément son utilisation et son action bénéfique sur les personnes âgées et/ou atteintes de maladie d'Alzheimer.

La seconde partie de ce mémoire est dédiée à la pratique. Nous expliquons en premier lieu les choix adoptés, les critères retenus pour la réalisation de ce mémoire. Nous présentons par la suite la population choisie ainsi que le protocole utilisé en détaillant les différentes étapes de notre travail et les méthodes d'évaluation auxquelles nous avons eu recours. Puis, nous exposons les résultats obtenus individuellement et à partir desquels nous proposons une discussion avant de présenter un constat de l'impact des marionnettes sur l'ensemble du groupe.

Enfin, parallèlement à cette expérience que nous espérions concluante, et en vue d'étendre nos connaissances concernant la démocratisation des marionnettes dans la prise en charge des pathologies neurodégénératives de type Alzheimer, nous avons réalisé une enquête auprès de différents accueils de jour en France. Elle se présente sous la forme de deux questionnaires, l'un destiné au coordinateur de l'établissement et l'autre à l'équipe pluridisciplinaire et a pour objectif de nous renseigner, sur la place accordée aux marionnettes au sein de ces structures spécialisées: est-elle utilisée, si oui, de quelle manière, par quels intervenants, dans quels objectifs et, le cas échéant, s'agissant d'un

média s'intégrant parfaitement dans la prise en charge non-médicamenteuse, constituerait-il un outil envisageable ?

C'est donc forte de ces assises théoriques, et des diverses expériences déjà menées, principalement dans le domaine orthophonique, que nous avons mené une expérience spécifique basée sur le recours de la marionnette avec des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées.

Partie I

PARTIE THEORIQUE

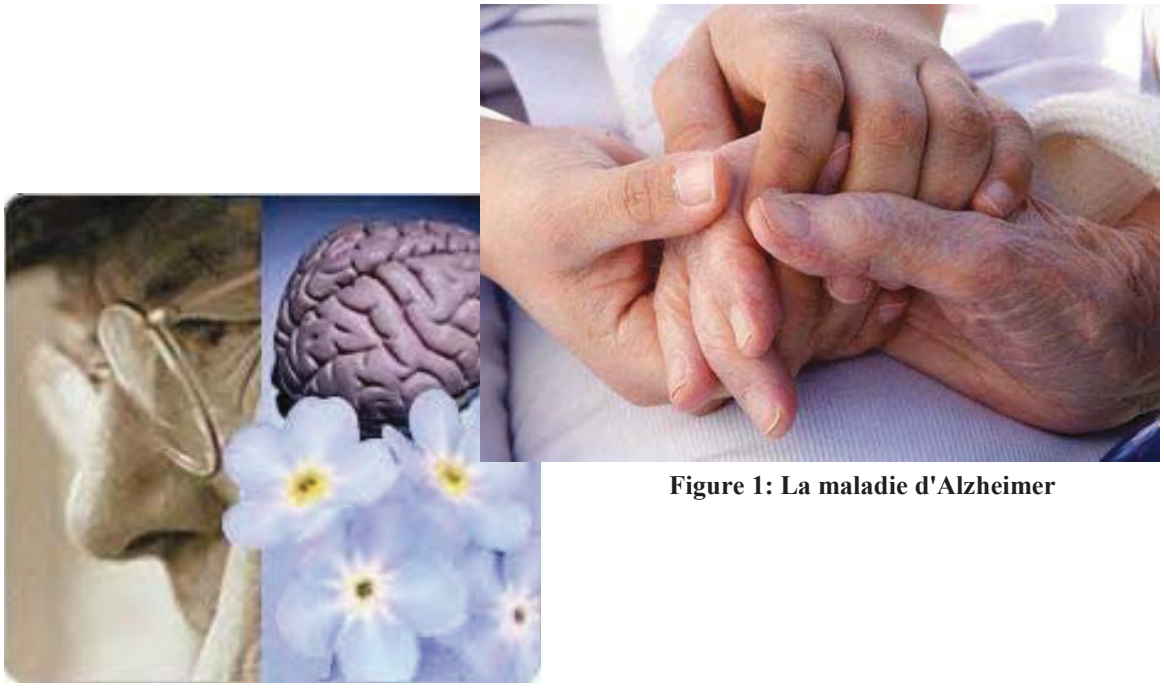


Figure 1: La maladie d'Alzheimer

I. Démence et maladie d'Alzheimer

1. Historique et définitions

1.1. Un bref rappel historique

Le terme « maladie d'Alzheimer » vient du nom du neuropathologiste allemand, Aloïs Alzheimer, qui décrivit pour la première fois, en 1906, des altérations anatomiques sur le cerveau d'une femme de 51 ans ayant présenté une démence (délire de jalousie suivi d'une désintégration des fonctions intellectuelles).
L'étude neuropathologique du cerveau de cette patiente a permis de mettre en évidence deux lésions essentielles : les plaques séniles, observées jusque là dans les démences du sujet âgé, et la dégénérescence neurofibrillaire, forme de dégénérescence neuronale particulière.

En 1912, le nom de maladie d'Alzheimer est donné à la démence « présénile », forme de démence apparaissant avant l'âge de 65 ans -limite arbitraire-, se caractérisant par une altération progressive et globale des fonctions intellectuelles et des capacités instrumentales du cerveau accompagnée des lésions cérébrales évoquées précédemment.
Progressivement l'on s'est aperçu de l'existence de lésions cérébrales similaires chez certains patients atteints de démence « sénile ». C'est pourquoi, alors que jusqu'ici elles étaient opposées, ces deux affections ont été réunies sous une entité unique : « la démence de type Alzheimer ».

Aujourd'hui, la maladie d'Alzheimer tend à être considérée non comme une démence mais comme une maladie à part entière ayant différentes formes cliniques, ce qui explique que de plus en plus d'auteurs préfèrent au terme de démence type Alzheimer celui de maladie neuro-dégénérative.

1.2. Définition de la démence

Le terme « démence », longtemps synonyme d'aliénation mentale, existerait depuis le XIVième siècle, serait d'origine latine et aurait pour signification : perte de l'esprit.

Tout au long du XIXième siècle sa définition n'a eu de cesse d'évoluer. Et si aujourd'hui encore, dans le langage courant, le terme de démence renvoie à la folie, dans son acception médicale il recouvre l'état consécutif à une affection cérébrale acquise et se manifeste par la perte de fonctions intellectuelles telles que la faculté de penser, de se souvenir et de raisonner, ainsi que par des changements de comportement et d'humeur, empêchant la personne qui en est atteinte d'accomplir les actes usuels de la vie.

Il existe plusieurs définitions de la démence dont les principales sont celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et celle de l'American Psychiatric Association (APA).

En 1994, dans la dixième version de sa classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), l'OMS définit la démence comme «une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou la modification de la personnalité. »[1]

En 2000, l'Association américaine de psychiatrie, dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), décrit quant à elle la démence comme un syndrome insidieux et progressif se caractérisant par des déficits multiples parmi lesquels figurent toujours des troubles de la mémoire, s'accompagnant nécessairement d'au moins une des perturbations cognitives suivantes : l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie, ou la perturbation des fonctions exécutives. Ces déficits cognitifs doivent être à l'origine d'une altération du fonctionnement social ou professionnel de la personne et constituer un déclin significatif par rapport aux capacités antérieures. Enfin, si ces signes sont liés à un delirium (épisode de confusion mentale) ou à une affection psychiatrique (dépression majeure, schizophrénie…) le diagnostic de démence ne peut être posé.

[1] ALBERT, L. « *La maladie d'Alzheimer : de l'étiologie à la thérapeutique* », 2001, Bruxelles, édition Kluwer. p.25 http://books.google.fr/books

Plus fréquentes avec l'âge, les démences ne sont pas une fatalité liée au vieillissement, mais de réelles maladies cérébrales, suffisamment importantes pour entraîner une perte d'autonomie du patient.

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

- Démences corticales : démence type Alzheimer (DTA), démence fronto-temporale (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 : démences 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 carentielle : en vitamines B2, B12, …
- Démences d'origine métabolique : dysthyroïdie, …
- Démences d'origine infectieuse : maladie de creutzfeld-Jacob, liées au VIH,…

II. La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

1. La maladie d'Alzheimer

1.1. Définition

Il s'agit d'une maladie cérébrale progressive, dégénérative, caractérisée essentiellement par deux lésions cérébrales non spécifiques mais nécessaires au diagnostic de maladie d'Alzheimer : la plaque sénile (PS) et la dégénérescence neurofibrillaire (DNF), ainsi que par une diminution de certains neurotransmetteurs notamment cholinergiques.

Il existe deux formes de maladie d'Alzheimer :

- La *forme familiale* autosomique dominante à l'origine de moins de 10 % de tous les cas et qui se caractérise par un début précoce : avant l'âge de 60 ans voire plus tôt ainsi que par une évolution rapide et des signes neurologiques de type myoclonies, crises d'épilepsie, syndrome cérébelleux….
- La *forme sporadique* qui touche quant à elle plus de 90% de tous les cas et se développe habituellement chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. L'évolution peut être lente ou rapide, et des signes cliniques neurologiques (myoclonies et symptomatologie extrapyramidale) ou neuropsychologiques lui sont associés.

Le premier symptôme cognitif à se manifester est souvent un dysfonctionnement mnésique, s'ensuivent un syndrome aphaso-apraxo-agnosique, des troubles visuo-spatiaux, une atteinte des capacités de raisonnement et de jugement, ainsi que des troubles psycho-comportementaux et des conduites élémentaires. Il devient plus difficile de s'acquitter des tâches quotidiennes et les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres s'en trouvent perturbées.

Les formes et manifestations cliniques de la maladie seront détaillées ultérieurement.

1.1.1. Epidémiologie

La maladie d'Alzheimer est considérée comme étant la forme de maladie neuro-dégénérative la plus répandue actuellement.

Elle affecterait plus de 25 millions d'individus dans le monde, et l'on estime à 860 000 le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en France. Si la tendance actuelle venait à se confirmer dans les années à venir, avec le vieillissement de la population, le nombre prévisionnel de cas recensés en 2040 pourrait être de l'ordre des 2 000 000.

Les autorités sanitaires et politiques s'inquiètent donc de l'augmentation croissante du nombre de cas notamment parce que d'un point de vue économique une maladie d'Alzheimer coûte cher. En effet, la maladie d'Alzheimer engendre des dépenses élevées pour la société. Au Canada, en 2000, on estimait que les coûts de l'ensemble des soins destinés aux personnes atteintes s'élevaient à 5,5 milliards de dollars.

Il faut ajouter à ce montant les frais indirects considérables liés, notamment, à la perte de revenus des proches aidants qui se voient souvent obligés de réduire leur amplitude de travail ou de prendre des congés.

Une situation préoccupante à laquelle la France, mais également des pays comme l'Angleterre, l'Écosse, l'Australie ou encore la Nouvelle-Zélande tentent de faire face en élaborant des plans d'action pour relever les défis que pose la maladie d'Alzheimer et notamment le problème des structures d'accueils et de personnels adaptés à la prise en charge de tels malades. En décembre 2008, l'Union européenne a ainsi demandé à tous ses pays membres d'établir et d'implanter une stratégie et un plan d'action Alzheimer.

1.1.2. Facteurs de risque

Bien que l'on sache comment se développe une maladie d'Alzheimer, on n'en connait toujours pas les causes exactes. Les scientifiques soupçonnent que, dans bien des cas, une combinaison de facteurs peut mener à la Maladie d'Alzheimer. Plutôt que de parler des causes dont ils ne sont pas sûrs, les chercheurs préfèrent discuter des facteurs de risque qui, lorsqu'ils sont présents, augmentent la prédisposition pour une personne d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer. Leur présence ne peut cependant à elle seule causer la maladie.

Grâce entre autres à l'étude PAQUID (quid des personnes âgées) plusieurs facteurs de risques ont été identifiés parmi lesquels :

-L'âge ;

-Le sexe féminin : l'affection touche plus de femmes que d'hommes ;

Cependant, l'affirmation que le sexe est un facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer est très controversée et la majorité des épidémiologistes s'accordent sur le fait que les données sont probablement liées aux différences d'espérance de vie et de pathologies associées dans les deux sexes ;

-Le niveau d'étude: un bon niveau d'éducation rendrait moins sensible ou retarderait la dégradation des capacités intellectuelles et constituerait des possibilités de compensation lors du développement des symptômes habituels de la maladie;

-L'absence d'activités de loisirs au cours de la vie serait un facteur de risque.

-L'hypertension artérielle aurait un rôle aggravant voire déclenchant.

-Génétique et antécédents familiaux : la génétique joue un rôle certain dans seulement 5 à 10 % des cas de Maladie d'Alzheimer; dans les 90 à 95 % des cas restants, des

antécédents familiaux de Maladie d'Alzheimer constituent un facteur de risque, mais leur présence n'est ni suffisante ni nécessaire pour qu'une Maladie d'Alzheimer se développe.
-Le cuivre : la théorie selon laquelle l'exposition au cuivre augmenterait le risque de Maladie d'Alzheimer est assez récente mais suscite beaucoup d'intérêt.
-Le diabète : les études reconnaissent à ce jour que le diabète de type II est un facteur de risque.
-La consommation de tabac, d'alcool, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la tendance à la dépression ont été également suspectés d'avoir une influence sans que les études réalisées puissent le démontrer.

1.2. Tableau clinique

La maladie d'Alzheimer débute dans la plupart des cas (environ 70%) par une amnésie des faits récents, souvent sous-estimés par les patients et leur entourage. Au bout de quelques mois d'évolution ces symptômes vont s'aggraver, pouvant s'accompagner d'une désorientation temporo-spatiale précoce, et gêner tout particulièrement les relations familiales et l'activité professionnelle.
Progressivement, apparaissent les premiers troubles du langage caractérisés par un manque du mot, c'est-à-dire une difficulté à trouver le mot juste, de plus en plus systématique.
Un autre symptôme est l'altération progressive des capacités intellectuelles entraînant une diminution puis une cessation des activités et particulièrement de l'activité professionnelle.
La relation à l'autre, l'appréhension de l'environnement et l'autonomie dans la vie quotidienne seront de plus en plus difficiles.
Parallèlement, il est possible de rencontrer des modifications de la personnalité, une dépression ou des épisodes psychotiques.
Ce sera souvent l'un des symptômes cités précédemment qui alertera patients et entourage, les menant à consulter.

1.2.1. Les différentes formes cliniques

Il convient de préciser qu'une maladie d'Alzheimer peut parfois apparaître sous la forme d'un tableau clinique particulier en raison de l'atteinte prédominante voire isolée

d'un secteur cognitif. Les symptômes survenant au début de la maladie chez certains patients peuvent n'apparaître chez d'autres qu'au cours de l'évolution. La maladie d'Alzheimer peut donc dans certains cas se présenter sous la forme d'un syndrome amnésique longtemps isolé, ou se caractériser par une symptomatologie frontale précoce ou se manifester en premier lieu par un syndrome aphasique ou apraxique longtemps isolé.
Différentes formes cliniques de la maladie d'Alzheimer sont décrites ainsi.

1.2.1.1. Les formes visuelles ou postérieures

Elles sont caractérisées, selon l'atteinte, par des distorsions visuelles, une agnosie des objets ou des visages (prosopagnosie), et une alexie, ou par une agraphie, une apraxie gestuelle, et une désorientation spatiale. L'hémianopsie latérale homonyme reste exceptionnelle, les troubles de la mémoire sont quant à eux au second plan voire absents, et les patients sont relativement conscients de leur détérioration cognitive.
Progressivement, peut apparaître un syndrome de Balint complet associé à des troubles aphasiques et à un syndrome de Gerstmann (agraphie, agnosie digitale, indistinction droite-gauche, acalculie) mais également des troubles du schéma corporel, une apraxie de l'habillage, et une héminégligence.

1.2.1.2. Les formes aphasiques

Elles sont à différencier des aphasies « pures ». Il s'agit d'aphasies progressives isolées, sans retentissement sur les activités quotidiennes et sans troubles mnésiques. La forme fluente, où le manque du mot est compensé par des circonlocutions, des périphrases ou une logorrhée vide de sens, peut être symptomatique d'une maladie d'Alzheimer, mais cela reste rare.
En effet, l'aphasie sera, dans 10% des cas, le symptôme initial prédominant de la maladie d'Alzheimer mais elle sera alors presque toujours associée à des troubles mnésiques ou visuo-spatiaux.

1.2.1.3. Les formes purement amnésiques (typiques ou classiques)

Dans 75% des cas la maladie débute par des troubles de la mémoire antérograde avec oubli à mesure des informations récemment apprises, souvent mis à tort sur le

compte de la vieillesse. D'abord temporelle puis spatiale, la désorientation viendra compléter le syndrome amnésique auquel s'ajoutent les troubles du jugement, l'anosognosie, les troubles psycho-comportementaux, et le classique syndrome aphaso-apraxo-agnosique. La détérioration entraine progressivement une réduction puis une perte des initiatives personnelles et aboutit à un état de dépendance totale avec grabatisation conduisant au décès.

Notons que même cette forme en apparence classique peut être relativement hétérogène. C'est cette hétérogénéité qui, en pratique clinique, sera parfois à l'origine de confusions diagnostiques avec d'autres maladies : les maladies apparentées, abordées au chapitre 2.

Nous avons toutefois choisi de décrire ce tableau « typique », représentatif de la majorité des cas.

1.2.2. Evolution de la maladie d'Alzheimer

L'évolution de la maladie est classiquement divisée en stades.

Certains auteurs, particulièrement le Pr Bruno DUBOIS, Président du Comité Scientifique de la Maladie d'Alzheimer en France et membre du consortium européen de la maladie d'Alzheimer, propose de considérer la maladie d'Alzheimer non plus seulement sous l'angle de la démence, qui n'est en quelque sorte que son terme ultime, mais dans sa globalité, comme une maladie qui se prépare (phase de latence clinique), puis qui débute cliniquement à bas bruit (phase prodromale) avant de conduire insidieusement à la démence (phase démentielle).

Ainsi, l'on distingue classiquement 3 phases, correspondant aux trois stades d'évolution définis par Folstein (1975) à partir des scores obtenus au MMS (Mini-Mental State), et que l'on pourra rapprocher à différents stades de l'échelle globale de détérioration de Reisberg (GDS, 1982) :

- l'atteinte légère ou phase de début : entre 15 et 25 / 30 au MMS ;
- l'atteinte modérée ou phase d'état : entre 5 et 15 / 30 au MMS ;
- l'atteinte ou phase sévère : score inférieur à 5 / 30.

La sémiologie apparaît avec une grande hétérogénéité inter et intra-individuelle, et ce à chaque stade de l'évolution.

Le décès survient, du fait de complications somatiques, après une période d'évolution de la maladie variant de 8 à 12 ans en moyenne après les premiers symptômes.

1.2.3. Sémiologie

La maladie d'Alzheimer est définie par l'installation progressive de différents symptômes résultant de la détérioration graduelle de l'ensemble des fonctions intellectuelles et comportementales du patient.
Nous parlerons de troubles cognitifs et de troubles psycho-comportementaux, mais il est entendu que dans les faits ces différents symptômes, qui retentiront sur la vie quotidienne du sujet, interagissent entre eux et que cette séparation relève uniquement d'une commodité d'exposition.

1.2.3.1. Les signes cognitifs

Ils comprennent les troubles mnésiques, le syndrome aphaso-apraxo-agnosique, ainsi que les troubles des fonctions exécutives et du jugement.

a. Les troubles de la mémoire

« *Il n'est pas encore démontré que l'oubli existe ; tout ce que nous savons, c'est qu'il n'est pas en notre pouvoir de nous ressouvenir* » F. Nietzsche

Les symptômes mnésiques sont révélateurs de la maladie dans 3 cas sur 4.
Ils intéressent surtout les faits récents. Il s'agit d'une amnésie antérograde avec difficulté à mémoriser les nouvelles informations.

En effet, des perturbations surviennent dès la phase de formation du souvenir. Elles porteraient sur l'encodage, c'est-à-dire la phase pendant laquelle les individus transforment les informations perçues en représentations mentales susceptibles d'être réactualisées ultérieurement.
Les deux autres phases sont la rétention des données qui sont intégrées aux représentations déjà stockées, et le rappel. Ce dernier, consistant en une réactivation momentanée de certaines représentations mnésiques, sera également perturbé.
Les aides à la remémoration telles que l'indiçage ou la reconnaissance n'auront que peu d'effets.

La mémoire est caractérisée par un ensemble de systèmes et sous-systèmes qui seront pour beaucoup atteints dans la maladie d'Alzheimer. Selon le modèle de Tulving (1994) nous pouvons distinguer :

- La mémoire de travail ou mémoire à court terme, destinée au maintien temporaire (temps < 2 minutes) et à la manipulation simultanée de petites quantités d'informations (5 à 9 éléments), sera atteinte précocement. Sa réduction progressive à 2 ou 3 éléments, voire moins, expliquera en partie les troubles des patients dans leur vie quotidienne.
- La mémoire à long terme, permettant de conserver durablement une information codée, sera elle aussi touchée. Elle se scinde en mémoire explicite et mémoire implicite.

• La mémoire explicite (déclarative), où l'acquisition du souvenir se fait de manière consciente et volontaire, sera précocement altérée dans la maladie d'Alzheimer. Elle est constituée des entités suivantes :

La *mémoire sémantique*, s'organisant sur la base des relations conceptuelles, et destinée au stockage d'informations détachées de leur contexte d'apprentissage pour former l'ensemble des connaissances du sujet (vocabulaire, faits culturels...), sera altérée de façon constante au début même si l'atteinte n'est évidente que tardivement.

La question se pose parmi les chercheurs de savoir si ces troubles reflètent une perturbation centrale de la mémoire sémantique ou un déficit d'accès. Selon cette dernière hypothèse, même si l'accès volontaire à la mémoire sémantique est perturbé, l'accès par voie automatique et inconsciente reste possible si les patients sont aidés par un amorçage, phonémique et/ou sémantique.

La *mémoire épisodique*, concernant des événements vécus personnellement par le sujet (connaissances autobiographiques) et se basant sur les relations spatiales et temporelles. Des opérations cognitives d'encodage, survenant lorsque le sujet vit un événement particulier, amorcent le stockage, dans la mémoire épisodique, de traces représentant cet événement et son contexte. Plus tard, des processus de récupération (volontaires ou suite à une consigne, ou encore involontaires, déclenchés par exemple par la présence d'un indice contextuel associé à l'événement) peuvent agir sur l'information stockée et occasionner l'expérience consciente du souvenir. Dans la maladie d'Alzheimer, cette mémoire épisodique sera prioritairement touchée et davantage perturbée que la mémoire sémantique.

• La mémoire implicite (non déclarative), ne nécessite pas d'effort d'acquisition. Une forme de mémoire implicite est :

la *mémoire procédurale* ou mémoire des habiletés gestuelles ou cognitives. Elle perdure longtemps et l'on peut faire appel à elle même à un stade avancé de la maladie. Ainsi, des activités telles que la couture, la peinture ou encore le tricot peuvent se maintenir et de nouveaux automatismes, simples, peuvent chez certains patients être mis en place.

Ensuite, il a été constaté que même si elle est mieux préservée, la mémoire des faits anciens ne reste jamais intacte.

La mémoire visuelle, bien que difficilement dissociable des processus gnosiques et visuo-spatiaux, est également atteinte au début.

Enfin, l'altération de la mémoire olfactive pourrait constituer un signe très précoce de la maladie.

b. L'atteinte linguistique et les troubles de la communication

« *Il est impossible de ne pas communiquer* » Ecole de Palo Alto

La communication est une nécessité pour les êtres humains. C'est une conduite psychosociale visant à transmettre une information. On parle de communication verbale lorsque le message est transmis par l'intermédiaire du langage, et de communication non-verbale lorsqu'il est véhiculé par des gestes, des attitudes, ou des mimiques.

Diverses recherches, à l'initiative de T. Rousseau[2], ont permis de montrer les processus de fonctionnement de la communication des patients Alzheimer. L'une de ces études, réalisée à partir d'une évaluation pragmatique de la communication tenant compte du contexte de communication, a pu montrer que la valeur sociale de la communication demeure jusqu'à des stades très avancés de la maladie malgré les déficits linguistiques.

Ces déficits linguistiques sont les plus importants après les déficits mnésiques, en raison de leur fréquence et de leur retentissement. Ils se caractérisent, au début de la maladie, par une atteinte du langage écrit souvent plus précocement touché que le langage oral.

[2] T. ROUSSEAU, orthophoniste, docteur en psychologie et président de l'UNADREO : Union Nationale pour le développement de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie.

- Troubles du langage écrit :

Cela se manifeste par une dysorthographie intéressant particulièrement les mots irréguliers, ceux-ci sont régularisés : oignon -> onion, on parle de dysgraphie de surface (Croisile, 1999). L'écriture fait progressivement apparaître une perturbation du graphisme et de l'agencement spatial : tendance à l'utilisation préférentielle des lettres capitales ou alternance de lettres minuscules et capitales, erreurs dans les jambages… Il s'agit d'une agraphie allographique.

La conjonction de troubles aphasiques, apraxiques et visuo-spatiaux vont finalement rendre l'écriture illisible.

La signature est la dernière production graphique à disparaître.

- Troubles du langage oral :

Concernant le langage oral, certains chercheurs, dont Irigaray et Bales (1982), ont montré qu'au stade précoce de la maladie ce sont surtout les aptitudes lexicales et sémantiques qui sont atteintes alors que les aptitudes syntaxiques et phonologiques sont relativement préservées. Les troubles décrits alors, s'apparentent à ceux d'une aphasie anomique. Ils prennent la forme d'un manque du mot, se manifestant entre autres par des hésitations. Il sera plus ou moins facilement contourné dans la conversation spontanée par des circonlocutions ou des périphrases (Forbes et al., 2002), par l'emploi de termes indéfinis (truc, machin), ou génériques (animal pour chien).[3]

On note un appauvrissement de la fluence lexicale alphabétique et catégorielle, quelques paraphasies, le plus souvent sémantiques (chat pour chien) ainsi que des difficultés à enchaîner des idées dans le discours se traduisant par un débit de parole ralenti et des persévérations de phrases.

Très tôt, l'hypothèse d'un déficit des processus discursifs (narration, conversation) et pragmatiques (intentions du discours) à la base des troubles du langage chez les personnes malades a été avancée (Hutchinson et Jensen, 1980).

Les travaux de Roberts et al. 1996 et ceux de Taler et al., 2008 révèlent que la production et la compréhension de la prosodie, tout particulièrement émotionnelle, sont précocement

[3] CROISILE, B. « *La maladie d'Alzheimer. Identifier, comprendre, accompagner* » Paris, 2010, Larousse. p. 39.

altérées dans la maladie d'Alzheimer, mais il n'en reste pas moins que la compréhension orale et écrite de manière générale, restent initialement relativement bien préservées.
Il en est de même pour les capacités de répétition ou de lecture à voix haute.

Si les difficultés restent peu évidentes en langage spontané au stade inaugural de la maladie, l'aggravation et la complexification des troubles du langage vont peu à peu faire évoquer un tableau d'aphasie transcorticale sensorielle. En effet, le manque du mot devient manifeste, les paraphasies sémantiques plus fréquentes et le patient a plus de difficulté à associer un mot à un concept. Progressivement, le discours devient peu informatif, pauvre voire partiellement incohérent.
Et, alors que les capacités de répétition se maintiennent, la compréhension s'altère.

Puis l'expression orale devient jargonnée, émaillée de périphrases et de nombreuses paraphasies sémantiques (remplacement d'un mot par un autre s'y rapprochant par le sens) et phonémiques (modification d'un ou plusieurs phonèmes dans le mot), de néologismes, de persévérations avec tendance à l'écholalie (répétition d'un phonème ou groupe de phonèmes énoncés par autrui) et à la palilalie (répétition spontanée d'un phonème ou groupe de phonèmes).
Les troubles de la lecture sont de plus en plus marqués, ceux de la compréhension deviennent évidents, ils s'aggravent régulièrement et la compréhension, même de phrases élémentaires, devient aléatoire.

Finalement, l'aphasie devient globale : le langage oral est totalement désintégré, le débit est excessivement réduit et parasité de paraphasies phonémiques et sémantiques.
Le sujet n'a aucune compréhension de la parole.
Une communication verbale efficiente s'avère impossible, mais la communication non-verbale (geste, mimique) restant peu modifiée même à un stade avancé de la maladie, permet la persistance d'un contact affectif avec les proches.

Les recherches de T. Rousseau ont également montré que les « difficultés linguistiques des patients n'étaient pas un « simple » déficit du langage mais un véritable trouble de la communication sur lesquels influent différents facteurs » parmi lesquels :
- Le degré d'atteinte cognitive
- L'âge, le niveau socio-culturel, le lieu de vie
- Le profil neuropsychologique
- Et les facteurs contextuels : le thème de discussion et le type d'actes produits par l'interlocuteur.

Il a également pu être démontré que les capacités de communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer subissent un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives.

Cela se manifeste au début par des digressions, le patient s'éloigne du thème de discussion, il peut y revenir sans aide mais progressivement il devient incapable d'y retourner seul. Il a tendance à tout personnaliser et faire des commentaires subjectifs. Puis lorsque le déficit s'accentue, des difficultés d'expression et de compréhension vont apparaître, dans des situations qui sont moins familières au malade. Il peut également avoir des difficultés à prendre la parole pour initier une conversation.

Avec l'évolution de la maladie, le malade peut communiquer mais en situation duelle ou en groupe restreint, et dès que la conversation s'allonge il présente des difficultés à suivre. Il a du mal à exprimer ses besoins quotidiens, sociaux et émotionnels et des troubles au niveau de la cohérence ou de la cohésion du discours apparaissent.

Le sujet peut alors s'arrêter de communiquer ou parler exagérément de manière incohérente. Il commence également à montrer des difficultés à comprendre les éléments de vocabulaire simples.

Il présente à ce stade une anosognosie de ses difficultés de communication et de ses erreurs de langage.

Son intelligibilité se voit progressivement réduite, il ne peut utiliser que des phrases automatisées ou des mots isolés, et les réponses oui / non sont incertaines. Il peut en arriver à utiliser un langage enfantin et ne respecte plus les tours de parole.

Pour finir, le malade peut parfois se manifester par des grognements ou des moyens non-verbaux mais le langage verbal est totalement perdu.

c. Les troubles praxiques

L'apraxie est la perte d'un savoir-faire, un trouble acquis de l'exécution intentionnelle d'un comportement moteur finalisé, secondaire à une lésion cérébrale localisée. Cette définition exclut toute paralysie, incoordination motrice, déficiences sensorielles, etc.

Il existe différents types de troubles praxiques au cours de cette maladie.

Peut être observée à un stade précoce,

- une *apraxie réflexive*, c'est-à-dire une incapacité à réaliser des gestes sans signification sur imitation : mains en aile de papillon, doubles anneaux avec le pouce-index ;
- une *apraxie visuo-constructive* traduisant la difficulté à agencer des parties pour former un tout, une difficulté à dessiner et / ou reproduire des objets en 2 ou 3 dimensions sur ordre ou sur copie.

Par la suite, le trouble praxique se complexifie et l'on peut voir apparaître
- une *apraxie idéomotrice* correspondant à une perte de la représentation motrice, et se traduisant par une incapacité à réaliser des gestes symboliques (salut militaire, signe de croix, …) ou des mimes d'utilisation d'objets (faire semblant de se peigner, de couper du pain, de jouer du violon, …).
- La survenue d'une *apraxie idéatoire*, consistant pour certains en une difficulté à réaliser des séquences gestuelles complexes (plier une lettre pour la mettre dans une enveloppe) et pour d'autres, en la perte de la conception même du geste à effectuer pour manipuler un objet en capacité réelle (se servir d'une paire de ciseaux), est fréquemment rapportée par l'entourage. Elle n'apparaît qu'assez tardivement dans le cours évolutif de la maladie mais retentit fortement sur la vie quotidienne.
- Enfin, *l'apraxie de l'habillage* traduit essentiellement les perturbations du schéma corporel. Elle se manifeste par des difficultés à s'habiller correctement, et surtout par des erreurs dans le positionnement des vêtements, leur utilisation…alors que les gestes fins sont préservés (boutonnage, utilisation d'une fermeture éclair). Elle est extrêmement fréquente, peut apparaître en l'absence d'apraxie idéomotrice ou idéatoire mais est constante à un stade avancé de la maladie.

Au stade évolué, les troubles gestuels sont majeurs et aboutissent à une importante dépendance dans les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, tâches ménagères).

d. Les troubles gnosiques et visuo-spatiaux

L'agnosie est un trouble acquis de la reconnaissance d'un objet au sens large, en rapport avec une lésion cérébrale localisée.

Cette définition exclut les perturbations de la reconnaissance liées à des troubles sensoriels.

Les troubles gnosiques sont dominés par une *agnosie visuelle*. Elle se traduit par une difficulté à reconnaître les images d'objets, puis les objets eux-mêmes, en l'absence de déficit visuel.

Au fil de l'évolution, le patient devient incapable de reconnaître les visages familiers ou sa propre image dans un miroir, on parle de *prosopagnosie*. Un *syndrome de Capgras* peut parfois être rapporté, le patient a alors la conviction que ses proches ont été remplacés par un sosie, un imposteur. Cela sera source d'inquiétude et d'agressivité.

Il existe également une *autotopoagnosie* : incapacité à localiser les différentes parties du corps, et une *agnosie digitale* : trouble de l'identification et de la désignation de ces propres doigts ou de ceux d'autrui.

Sur le plan visuo-spatial, l'espace lui-même étant mal perçu, il en découle une *désorientation spatiale* précoce, le sujet est incapable de se figurer l'espace dans lequel il évolue. Au départ, cette difficulté va se faire sentir dans de grands environnements : une ville, même connue, puis dans des espaces de plus en plus restreints. Le sujet pourra errer sans arriver à se situer et se déplacer même dans sa propre maison. La *désorientation temporelle*, qui est l'incapacité à se situer dans le temps (année, saison, mois, jour, puis heure de la journée), est associée à cette désorientation spatiale.

Au début de l'évolution de la maladie, les patients peuvent être conscients de leurs troubles, ce qui explique qu'ils puissent apparaître anxieux, déprimés mais rapidement ils vont présenter une *anosognosie*, autrement dit, une méconnaissance totale de leur maladie. Cette dernière gênera l'adaptation sociale du sujet et rendra difficile sa prise en charge thérapeutique.

e. Les troubles des fonctions exécutives et du jugement

Les fonctions exécutives constituent l'ensemble des capacités cognitives permettant de penser de façon abstraite, de planifier, initier, organiser dans le temps, contrôler et mener à son terme une action déterminée par un but. Les capacités de raisonnement et les facultés de jugement sont souvent incluses dans les fonctions exécutives. Il s'agit de fonctions complexes qui sous-tendent toute activité sociale ou professionnelle et qui s'avèrent nécessaires à une vie autonome, indépendante et réussie.

Dans la maladie d'Alzheimer, les fonctions exécutives sont assez rapidement altérées, en particulier lorsqu'il faut gérer un événement imprévu ou s'adapter à une situation nouvelle. A une certaine échelle, le patient aura des difficultés au niveau des

mécanismes opératoires, rendant impossible la résolution de problèmes simples, et du mal à trier différents stimuli perçus simultanément. Des difficultés dans les tâches de classement catégoriel apparaissent aussi. La perturbation précoce des fonctions exécutives aboutit finalement à des erreurs dans la prise de certaines décisions importantes, que ce soit sur le plan privé, professionnel ou encore lors d'activités à risque telles que la conduite automobile, …

Des mesures de protection juridique peuvent donc parfois rapidement s'imposer.

1.2.3.2. Les troubles psycho-comportementaux

En 1906, dans sa description princeps, Aloïs Alzheimer avait lui-même souligné l'importance des manifestations psychotiques chez sa malade qui présentait un délire de jalousie, puis des hallucinations.

La maladie d'Alzheimer n'est donc pas uniquement due à une maladie cognitive, c'est aussi une maladie du comportement, de la relation à l'autre. Ce sont souvent ces symptômes dits « non-cognitifs », et plus particulièrement les symptômes comportementaux qui contribuent à la désadaptation du patient.

Bien qu'ils n'appartiennent pas aux critères diagnostiques de la maladie, ces troubles s'observent au cours de l'évolution et sont une source majeure de difficultés pour les aidants familiaux. Ils compromettent la qualité de vie du patient, mènent à l'épuisement son entourage, et constituent une cause essentielle d'institutionnalisation.

Les symptômes psycho-comportementaux, ou SPCD peuvent se définir comme « des conduites ou des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations en référence aux normes culturelles communément admises » (Onen S.H., 2002)

La cause de ces troubles serait multifactorielle. Les signes observés pourraient être la conséquence directe des lésions cérébrales qui, selon leur localisation et étendue, désorganisent le psychisme de l'individu, ou bien en lien avec des mécanismes de défense psychique, le malade cherchant à se protéger du sentiment de modification d'identité et de baisse d'estime de soi induite par les difficultés cognitives et les échecs répétés. Enfin, les difficultés de communication ne cessant de s'accentuer avec l'évolution de la maladie, peuvent susciter ces troubles du comportement. Le patient dépourvu de communication orale pour s'exprimer se réfugie dans l'agressivité ou l'apathie.

La nature et la gravité de ces troubles varient d'un patient à l'autre et relèvent souvent de thérapeutiques médicamenteuses ou non.

Les divers troubles psycho-comportementaux observés dans la maladie d'Alzheimer peuvent être classés en trois groupes : les troubles affectifs, les troubles psychotiques, et les troubles d'activité et végétatifs.

a. Les troubles affectifs

Ils comprennent l'apathie, la dépression, l'irritabilité, les troubles anxieux et les troubles émotionnels.

- *L'apathie*

Trouble le plus récurrent, l'apathie est définie par Morin et al. (2003), comme un manque de motivation ne pouvant être attribué à un trouble de la conscience, à un déficit intellectuel ou à un choc émotionnel. Les trois dimensions cliniques de l'apathie sont l'émoussement émotionnel, la perte d'initiative et la perte d'intérêt.

De survenue précoce, l'émoussement affectif s'accentue avec la progression de la maladie. Il se caractérise par une indifférence générale, tant à la douleur morale qu'à ce qui faisait plaisir auparavant. Aucune activité ne semble procurer satisfaction au malade qui reste indifférent aux événements qui l'entourent. Peu à peu son isolement s'accentue.

- *Dysphorie ou syndrome dépressif*

La dépression est relativement difficile à estimer. Sa fréquence est très diversement appréciée, sans doute en raison de la variabilité des échelles d'évaluation utilisées. En effet, la prévalence de la dépression varie d'une étude à l'autre de 0 à 87 %, avec une médiane de 40 %[4]. La dépression serait un signe précoce de la maladie pouvant survenir plusieurs années avant le déclin cognitif.

Alors que les symptômes d'allure dépressive sont fréquents, la dépression majeure, mélancolique, au sens du DSM-IV est rare.

Dès les premiers stades de la maladie, sont observés : du désintérêt, de l'émoussement affectif, de l'apathie, du retrait social. Il s'agirait moins là d'une réaction dépressive induite par la perception d'une détérioration cognitive que la conséquence directe des

[4] Sous la direction de HERISSON Ch., TOUCHON J.,ENJALBERT L. « *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation* », Paris, 1996, Masson

processus lésionnels de la maladie. Les idées suicidaires et les épisodes maniaques sont en revanche extrêmement rares.

- *L'irritabilité*

Elle sera fréquente à un stade avancé de la maladie. Il s'agit d'une propension à la colère et d'une hyperexcitabilité anxieuse se manifestant particulièrement en situation d'échec. Il conviendra alors aux proches d'apprendre à les éviter et à ne pas insister sur la réalisation de tâches qu'ils savent impossibles.

- *Les troubles anxieux*

Ils sont présents dans 50 % des cas et peuvent relever de mécanismes divers : une anxiété réactionnelle à la prise de conscience des troubles ou à la réaction de l'entourage, une anxiété générée par les hallucinations ou idées délirantes du patient, enfin, à un stade avancé, une angoisse d'abandon.

Le mode d'expression de l'anxiété varie largement en fonction du stade de la maladie. A un stade tardif, l'anxiété se traduit souvent par des manifestations corporelles ou motrices : préoccupations hypocondriaques, manifestations neurovégétatives, déambulations ininterrompues, turbulences nocturnes (agitation vespérale), comportements vocaux inappropriés (cris), comportements stéréotypés et répétitifs (ranger et déranger un tiroir), conduites d'opposition voire d'agressivité, fugues.[5]

- *Les troubles émotionnels*

Ils sont relativement spécifiques de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit le plus souvent de l'émoussement affectif mais l'on peut aussi observer une incontinence émotionnelle. Celle-ci correspond à des fluctuations brutales du ressenti et de l'expression émotionnels se manifestant sur un mode dépressif ou euphorique. Cette labilité émotionnelle intéresse surtout les formes modérées à sévères de la maladie.

[5] Sous la direction de HERISSON Ch., TOUCHON J.,ENJALBERT L. « *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation* », Paris, 1996, Masson

b. Les troubles psychotiques

Classiquement considérés comme d'apparition tardive, les troubles psychotiques auraient une valeur pronostique défavorable puisque prédictifs d'un déclin cognitif rapide. Ils sont relativement fréquents, variables et tous les patients ne les développeront pas. On peut les regrouper en trois rubriques : les hallucinations, les idées délirantes, et les troubles de l'identification.

- *Les hallucinations*

Elles sont retrouvées dans près de 20 % des cas, soit isolément, soit associées à des délires. Ce sont « des perceptions (visuelles, auditives ou tactiles) sans objet à percevoir » (Henri Ey), et volontiers fluctuantes, parfois fugaces. Plutôt visuelles qu'auditives ou sensitives, elles se présentent sous forme d'homme ou d'animal et ne sont que rarement menaçantes. Un traitement est souvent nécessaire.

Leur présence précoce ou au premier plan doit faire reconsidérer le diagnostic de maladie d'Alzheimer au profit d'une éventuelle démence à corps de Lewy.

- *Les idées délirantes*

Elles sont présentes dans environ 40 % des cas. Il s'agit de convictions fausses et absolues s'organisant autour des thèmes du vol, du préjudice, ou encore de l'abandon, de la jalousie ou des préoccupations hypochondriaques. Souvent fluctuantes et enkystées, elles s'observent généralement à des stades débutants à modérés.

- *Les troubles de l'identification*

Ils seraient présents dans un quart des cas particulièrement au stade avancé de la maladie. Ce sont des erreurs d'identification ou des non-reconnaissances transitoires de lieux et de personnes même proches. Les patients peuvent croire en la présence d'un personnage vu à la télévision, avoir la conviction qu'un proche décédé est toujours en vie, ne plus reconnaître leur propre visage dans un miroir, parler à un personnage imaginaire, ou encore agir avec leurs proches comme s'il s'agissait d'étrangers.

c. Les troubles d'activité et troubles végétatifs

Ils comprennent l'agressivité, l'agitation, le comportement moteur aberrant, les troubles du comportement alimentaire, les troubles de la sexualité, les troubles du rythme veille-sommeil et les troubles sphinctériens.

- *L'agressivité*

Plus souvent verbale que physique, l'agressivité est présente dans 30 à 50 % des cas, et tend à se majorer avec l'évolution de la maladie. Des formes mineures d'agressivité peuvent se manifester par de l'irritabilité, des attitudes d'opposition … Ce comportement se rencontre souvent chez des patients anosognosiques et serait particulièrement marqué en fin de journée. Il peut être considéré comme une réaction de défense : l'individu étant incapable de communiquer verbalement ses besoins ou de comprendre ce qui lui est demandé. La perception de l'environnement comme étranger et hostile, du fait du déclin cognitif, de la désorientation, favorise cette agressivité. Enfin, les hallucinations et idées délirantes peuvent également susciter de telles réactions.

- *L'agitation*

Elle serait présente dans 50 à 90 % des cas selon les auteurs. Elle est définie comme une activité verbale, vocale, ou motrice non justifiées par les besoins apparents du sujet et dont les modalités cliniques sont extrêmement variables. Elle peut être apparentée à un mécanisme compulsif avec un comportement stéréotypé ayant perdu son intentionnalité :

- Des productions verbales itératives sans adéquation avec l'environnement
- Des comportements répétés sans but cohérent : ranger - déranger, plier - déplier, s'habiller - se déshabiller, aller constamment aux toilettes …

En fin d'évolution, l'agitation peut être caractérisée par un frottement des mains, des répétitions de sons …

L'agitation peut être la manifestation de troubles somatiques : fécalomes, douleur, infection urinaire ou d'une iatrogénie. Sa cause devra systématiquement être recherchée. Son décodage permettra d'y répondre de manière adaptée. Sa survenue serait un facteur prédictif de déclin cognitif.

- *Le comportement moteur aberrant*

Plusieurs types d'instabilité psychomotrice peuvent être constatés au stade sévère de la maladie :

- Une déambulation correspondant à un comportement inadapté d'exploration,
- Une incapacité à rester assis ou couché,
- Un syndrome de Godot : manifestation anxieuse consistant à suivre, le conjoint, l'aidant principal dans ses moindres déplacements, de peur d'être abandonné.

- *Les troubles des conduites élémentaires*

Ils touchent quatre domaines fondamentaux : l'alimentation, le sommeil, l'élimination, et la sexualité, et sont la règle après une certaine durée d'évolution.

- Les troubles du rythme veille-sommeil

Ils sont assez courants et constituent une plainte non négligeable. Ils se manifestent par une difficulté à maintenir un sommeil et éveil de qualité. En effet, outre les effets classiques du vieillissement, sont observés une somnolence diurne favorisée par une réduction de l'activité, et une perturbation du sommeil nocturne se traduisant par des insomnies donnant lieu à des déambulations. Au stade tardif de la maladie, il est même fréquent d'assister à une inversion nycthémérale complète qui sera difficile à gérer tant à domicile qu'en institution.

- Les troubles des conduites alimentaires

Leur fréquence varie de 10 à 45 % des cas selon les études. Une anorexie avec amaigrissement est plus souvent observée parfois même dès le début de la maladie. Les conduites boulimiques restent plus rares.

Leurs goûts alimentaires peuvent changer au profit d'aliments sucrés.

- Les troubles sphinctériens

La maîtrise sphinctérienne est touchée dans la majorité des cas, dans les formes évoluées de la maladie. D'abord occasionnelle, l'incontinence urinaire, nocturne puis diurne, deviendra constante au stade sévère. L'incontinence fécale sera surtout le fait des patients grabataires au stade terminal.

- Les troubles sexuels

Peu étudiés car d'intensité modérée, les troubles de la sexualité seraient fréquents. Mais, plus que de troubles par desinhibition, il s'agit le plus souvent d'indifférence et d'apragmatisme sexuel.[6]

En somme, nous pouvons dire que la sévérité et la fréquence des symptômes évoqués dépendent du stade d'évolution de la maladie et de l'environnement du sujet. Outre les troubles cognitifs, les troubles psycho-comportementaux ont une place importante dans le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer. Leur impact, sur la vie quotidienne des patients mais également de leur proche, est non négligeable, c'est pourquoi au même titre que les autres symptômes ils devront faire l'objet d'une prise en charge.

Un certain nombre de troubles doivent cependant avoir été éliminés pour retenir le diagnostic probable de maladie d'Alzheimer et définir les orientations thérapeutiques, car en pratique les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer demeurent longtemps non spécifiques. Ainsi, il existe des tableaux cliniques proches, évoluant tout comme la maladie d'Alzheimer, vers une totale dépendance, perte d'autonomie, et pouvant faire évoquer à tort une maladie d'Alzheimer. Il s'agit des maladies dites « apparentées ». Nous nous en tiendrons ici à la description de celles les plus fréquemment rencontrées au sein des accueils de jour.

2. Les maladies apparentées

2.1. Définition

La maladie d'Alzheimer est la plus connue et la plus fréquente des démences mais il existe d'autres maladies neurologiques, dégénératives ou non, retentissant sur les capacités cognitives et le fonctionnement comportemental.

[6] TOUCHON, J., PORTET, F. « *La maladie d'Alzheimer. Aide au diagnostic, thérapeutique, conseils au patient, examens complémentaires, auto-évaluation* ». Paris, 2002, Masson, p.44.

Le processus de dégénérescence neuronale en jeu dans ces autres maladies n'est pas toujours le même que celui de la maladie d'Alzheimer et ne débute pas dans les mêmes régions cérébrales, ce qui explique que les signes des patients sont différents. Cependant, il en est un commun à la maladie d'Alzheimer et ces pathologies qui nous fera parfois les confondre : l'aboutissement à une perte d'autonomie.

On regroupe ainsi fréquemment sous le terme de « maladies apparentées » toutes ces maladies qui vont présenter les mêmes « types de symptômes » que la maladie d'Alzheimer, notamment une atteinte de l'autonomie et un caractère irréversible.
Robert Moulias, président de l'Association internationale de gérontologie, entend quant à lui, par maladies apparentées, les différentes maladies neurologiques entraînant des troubles de la mémoire et au moins un autre déficit des fonctions supérieures, parmi lesquelles les dégénérescences fronto-temporales, la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire et bien d'autres que nous nous efforcerons de décrire au cours des paragraphes suivants.

2.2. Les démences dégénératives corticales sans troubles moteurs, autres que la maladie d'Alzheimer

2.2.1. Les dégénérescences fronto-temporales

Ces affections dégénératives préséniles impliquant les lobes frontaux et temporaux sont responsables de trois syndromes « neuro-comportementaux ».

2.2.1.1. Les démences fronto-temporales (DFT)

Elles constituent un groupe de maladies neurodégénératives caractérisées par des troubles du comportement et du langage associés à une détérioration intellectuelle qualifiée de « démence » à partir d'un certain seuil de sévérité. Il s'agit selon certains auteurs de la troisième cause de démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer et la démence à corps de Lewy.

Une forme de démence fronto-temporale fréquemment rencontrée est la **maladie de Pick** caractérisée par des lésions neuronales particulières appelées « corps de Pick ».

Cette maladie longtemps confondue avec la maladie d'Alzheimer semble pourtant s'y opposer sur divers points.
En effet, alors que dans la maladie d'Alzheimer l'atrophie est plutôt postérieure (atteinte pariéto-temporo-occiptale prédominante) avec un tableau clinique faisant état de troubles mnésiques, d'une désorientation spatiale précoce, d'une atteinte constante des fonctions symboliques et des troubles psychotiques ; dans la maladie de Pick l'atrophie est antérieure (avec démence de type frontal) et les troubles mnésiques et des fonctions symboliques sont peu présents, les symptômes psychotiques sont absents et l'orientation spatiale correcte.
Toutefois, en quelques années s'installe une démence évoluée caractérisée par une réduction importante des idées, et une altération langagière de type aphasie nominale (oubli des mots avec réduction du lexique, sans paraphasie ni jargon). Le patient est anosognosique, son discours est logorrhéique avec des stéréotypies verbales. Enfin, les palilalies et écholalies ne sont pas rares mais se retrouvent dans nombre de démences évoluées.
Peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles ce type de démence est parfois apparentée à la maladie d'Alzheimer, une autre serait la perte d'autonomie engendrée par l'apparition sur le plan neurologique de symptômes extra-pyramidaux. La mort du sujet survient en moyenne au bout d'une évolution de 5 à 10 ans.

2.2.1.2. Les aphasies primaires progressives (APP) non fluentes ou syndrome de Mésulam

Affection neurologique proche de la maladie de Pick et de la maladie d'Alzheimer mais s'en distinguant anatomiquement par une localisation différente au niveau du cerveau.
En effet, l'imagerie structurale ou fonctionnelle montre des anomalies significatives dans les régions du langage situées dans l'hémisphère gauche.

L'étude de Mesulam sur des patients présentant une aphasie progressive dégénérative isolée, en l'absence de syndrome démentiel ou avec démence tardive, a permis de souligner trois critères fondamentaux :
- Une détérioration progressive du langage ou de la parole isolée sur une période supérieure à 2 ans.

- La préservation des activités quotidiennes qui, pendant les deux premières années ne seront perturbées que par l'atteinte langagière.
- La conservation relative des capacités cognitives non verbales.

Après plusieurs années d'évolution les sujets présenteront une aphasie globale avec démence où prédominent des troubles du comportement.

Il existe également des formes fluentes d'aphasies progressives correspondant à une anomie progressive s'accompagnant de troubles de la compréhension. Elles sont plus rapidement associées à des troubles cognitifs non langagiers et évoluent le plus souvent vers une maladie d'Alzheimer classique.

Il ne faut pas conclure de manière trop hâtive à une aphasie progressive primaire face à la prédominance de troubles du langage car celles-ci sont rares (5000 cas en France) et l'autopsie ou la ponction lombaire révèle qu'il s'agit parfois du processus biologique d'une maladie d'Alzheimer longtemps focalisée aux régions du langage. En effet, les symptômes initiaux de la maladie d'Alzheimer sont variés et chez certains patients l'atteinte lexico-sémantique prédomine.

2.2.1.3. La démence sémantique

Décrite en 1989 par Snowden et al., il s'agit d'un trouble rare se caractérisant par une atteinte de la mémoire sémantique c'est-à-dire du système mnésique par lequel l'individu stocke ses connaissances générales : connaissances des faits, des concepts, etc. Contrairement à la maladie d'Alzheimer, la mémoire épisodique, permettant d'évoquer souvenirs autobiographiques et vécu quotidien, est préservée.

La démence sémantique correspond donc à une désintégration progressive et longtemps isolée des connaissances sémantiques verbales pouvant porter sur les mots, les objets (agnosie associative), les lieux et les personnes (prosopagnosie).

Les troubles du langage aboutissent à une anomie puis à des troubles de plus en plus sévères de la compréhension.

Avec le temps, le handicap dans la vie quotidienne est grandissant et la perte des connaissances est telle que la perception de l'environnement en est atteinte. L'univers apparaît dangereux et cela retentit sur la personnalité et le comportement social des

patients qui se montrent alors rapidement opposants, agressifs, égocentriques, avec des comportements compulsifs et stéréotypés.
Pourtant, malgré la sévérité des troubles et leur retentissement sur la vie quotidienne certains auteurs refusent le terme de démence qu'ils jugent inapproprié et lui préfèrent le terme d'aphasie progressive à forme sémantique.

Pour conclure, les DFT sont habituellement des démences préséniles mais certaines formes familiales génétiques peuvent apparaître tardivement et se présenter de manière hétérogène. Cela explique que le diagnostic différentiel le plus important soit la forme « frontale » de la maladie d'Alzheimer observée notamment dans le cas de lésions vasculaires.

2.3. Les démences dégénératives cortico-sous-corticales avec troubles moteurs

Ces maladies sont la résultante d'une atteinte dégénérative du système sous-cortical (extrapyramidal) et cortical (une partie ou la totalité du cortex).
S'il existe dans cette catégorie de démence, la dégénérescence cortico-basale ou encore l'atrophie multisystématisée, nous nous intéresserons ici particulièrement à la démence à corps de Lewy.

2.3.1. La démence à corps de Lewy (DCL)

Décrite pour la première fois par des auteurs japonais en 1961, elle serait aujourd'hui la deuxième cause de démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer et toucherait plus volontiers les hommes.

Sur le plan clinique les manifestations sont très variées, alliant troubles psychiatriques et neurologiques. Le syndrome démentiel est pratiquement toujours présent, mais le début peut être marqué par un syndrome parkinsonnien ou par des troubles neuropsychiatriques et cognitifs.
Si les troubles mnésiques ne sont pas nécessairement retrouvés dans les stades précoces, les critères cliniques établis par Mc Keith (1996) et permettant de poser un diagnostic de probabilité de DCL du vivant du patient, soulignent la présence obligatoire d'une détérioration intellectuelle progressive retentissant sur la vie sociale et les activités

quotidiennes, avec prédominance de désordres visuoperceptifs, visuoconstructifs et visuospatiaux.
Le langage présente une altération spécifique de la fluence verbale avec préservation relative de la dénomination. La parole quant à elle, est entachée de troubles du rythme et la phonation est atteinte au niveau de la tonalité, de l'intensité et du timbre.
Les troubles moteurs consistent en un syndrome parkinsonien dont les signes habituellement modérés sont peu présents au moment du diagnostic mais se révèlent bien plus fréquents au cours de l'évolution. Il s'agit principalement de bradykinésie et rigidité.
Les symptômes psychotiques sont majoritairement les hallucinations visuelles, très différentes de celles observées dans la maladie d'Alzheimer. Les manifestations délirantes retrouvées sont assez spécifiques et plus élaborées que les délires de persécution observés dans la maladie d'Alzheimer.
Enfin, on note parfois des chutes répétées, et fréquemment des troubles du sommeil, des pertes de connaissances transitoires ainsi qu'une somnolence diurne excessive.
L'aggravation de la maladie est progressive et son évolution plus rapide que celle d'une maladie d'Alzheimer.

Les lésions neuropathologiques de la DCL sont les corps de Lewy (inclusions sphériques intracytoplasmiques), répartis de manière diffuse dans le cerveau, et les neurites (structures filamentaires de signification incertaine). Cependant, bien que la DCL et la maladie d'Alzheimer soient deux affections distinctes, des plaques séniles et des dégénérescences neurofibrillaires tau peuvent se voir chez des sujets atteints de DCL, et des corps de Lewy peuvent également être présents dans la maladie d'Alzheimer.
Ainsi, même si le diagnostic clinique mérite d'être porté de façon différentielle par rapport à la maladie d'Alzheimer, les liens entre ces deux maladies sont si complexes qu'ils restent encore sujets à discussion.

2.4. Les démences non dégénératives

Les autres causes : infectieuses, inflammatoires… étant plus rares, il faut essentiellement penser aux démences vasculaires.

2.4.1. La démence vasculaire

Elle se placerait, selon les auteurs, au deuxième ou au troisième rang des démences les plus répandues après la maladie d'Alzheimer. Et, bien que la forme pure ne représente que 8 à 20% des cas de démences, ce sont les plus fréquentes des démences non dégénératives.

Les termes de « folie artériosclérotique » ou « psychose artérioscléreuse » retenus par Kraepelin dans son Traité de psychiatrie de 1910 pour qualifier la démence vasculaire et la notion de démence présénile pour évoquer la maladie d'Alzheimer sont restés prévalents jusque dans les années 1970 où Hachinski décrivit la démence par infarctus multiples (DIM). Il répertorie les premiers critères diagnostiques dans une échelle permettant de déterminer un score (le score ischémique) destiné à différencier la démence par infarctus multiples de la maladie d'Alzheimer.

Item	Score
Installation brutale	2
Aggravation en marche d'escalier	1
Fluctuation des symptômes	2
Confusion nocturne	1
Préservation de la personnalité	1
Dépression	1
Plaintes somatiques	1
Labilité émotionnelle	1
Hypertension	1
Antécédent d'accident vasculaire cérébral	2
Lésions associées d'athérosclérose	1
Symptômes neurologiques focaux	2
Signes neurologiques focaux	2

Total compris entre 0 et 4 points : démence dégénérative.

Total compris entre 7 et 18 points: démence par infarctus multiples.

Figure 2 : Score de Hachinski[7]

[7] LACOMBLEZ, L., MAHIEUX-LAURENT, F. « *Les démences du sujet âgé* ». 2003, Montrouge, John Libbey-eurotext, p.42.

A ce jour, par démence vasculaire on entend : état démentiel en rapport avec des lésions cérébrales d'origine vasculaire, mais il n'existe pas dans la littérature de définition claire.
C'est un concept réunissant des pathologies très différentes, du point de vue anatomoclinique et physiopathologique, comme les démences par infarctus multiples (forme la plus fréquente), par infarctus unique stratégique, par état lacunaire ou par leucoencéphalopathie ou encore par des affections génétiques comme la maladie de Cadasil.

La sémiologie clinique est variable selon l'étiologie, cependant la démence vasculaire est typiquement caractérisée par une progression en marches d'escalier, bien qu'une progression sans à-coup soit possible, une évolution fluctuante et la présence de signes et symptômes focaux.
Le syndrome dysexécutif touchant la planification, l'organisation, l'exécution, l'initiation, serait au départ plus marqué que les troubles de la mémoire et du langage.
Sur le plan mnésique sont observés des difficultés d'évocation, un traitement de l'information ralenti. Les fluences verbales sont faibles, parfois plus faibles que dans la maladie d'Alzheimer, l'oubli en rappel différé est moins marqué mais la mémoire procédurale serait plus altérée que dans la maladie d'Alzheimer. La mémoire implicite verbale serait quant à elle préservée. La mémoire sémantique et les fonctions cognitives telles que les praxies visuo-constructives semblent être atteintes de façon équivalente dans les deux pathologies.
Des troubles de l'humeur, du comportement et de la personnalité sont également recensés. Il s'agit de dépression sévère, apathie, irritabilité, hallucinations et idées délirantes, labilité émotionnelle, hyperémotivité, urinations.
Une anosognosie est décrite, cependant, longtemps la personne est consciente de ses troubles mais reste indifférente à sa maladie (anosodiaphorie).

Le diagnostic de démence vasculaire est difficile à poser.
En effet, les troubles cognitifs même patents, ne correspondent pas toujours aux critères de démence. Ces constatations ont d'ailleurs incité Hachinski à proposer le terme de « troubles cognitifs vasculaires » qui regroupe désormais les démences vasculaires, les maladies d'Alzheimer avec lésions vasculaires et les troubles cognitifs vasculaires sans démence.

De plus, pour conclure à une démence vasculaire pure, les troubles cognitifs et comportementaux doivent être directement imputables à des lésions vasculaires, or il n'est pas aisé d'affirmer la nature vasculaire d'une démence ni même d'exclure une atteinte vasculaire dans le cas d'une maladie d'Alzheimer et ce en raison de la coexistence plus ou moins fréquente de lésions Alzheimer et vasculaires.

Ces deux types de lésions seraient en effet associés « dans 20% à 30% des cas » (Snowden et coll., 1997).

Certains auteurs parlent alors de « **démence mixte** », où lésions vasculaires et Alzheimer associent leurs effets délétères sur la cognition et le comportement ; d'autres désignent ces formes de démence comme correspondant à des maladies d'Alzheimer avec composante cérébro-vasculaire.

Aujourd'hui, les outils nosologiques tels que les critères du ADDTC (State of California Alzheimer's disease Diagnostic and Treatment Centers) ou encore du NINCDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke and a European panel of experts) mettent l'accent sur la nécessité d'établir un lien temporel, chronologique, entre la lésion vasculaire et la survenue des troubles cognitifs.

Or, outre la nécessité d'établir une relation de causalité entre des lésions vasculaires et un tableau de démence afin de ne pas méconnaître une possible maladie d'Alzheimer associée, il s'avère indispensable de prendre en compte les éléments dégénératifs et vasculaires et ainsi de distinguer les cas où une atteinte dégénérative prédomine sur une atteinte vasculaire initiale, de ceux où la démence est principalement liée à une atteinte vasculaire mais où une atteinte dégénérative existait préalablement, car sur le plan thérapeutique certains facteurs peuvent bénéficier de traitements spécifiques.

2.5. Les troubles cognitifs non démentiels

Au début, il peut être difficile de différencier une maladie d'Alzheimer débutante d'un trouble cognitif non démentiel (confusion mentale, trouble anxieux) et plus particulièrement d'un syndrome dépressif.

2.5.1. Le syndrome dépressif

Souvent citée dans le diagnostic différentiel de la maladie d'Alzheimer, la dépression se définit classiquement comme un trouble de l'humeur se manifestant par des affects dépressifs, une baisse du tonus affectif et un ralentissement psychomoteur auxquels s'associent, à divers degrés, de l'anxiété, des troubles de l'appétit et du sommeil.

La maladie d'Alzheimer et la dépression ont certaines de leurs manifestations en commun, seule la terminologie varie. En effet, parler de dysphorie dans le cas de maladie d'Alzheimer revient à évoquer l'humeur dépressive ayant pour symptômes la dévalorisation, la culpabilité, le sentiment d'échec, la tristesse, le désespoir ; à la baisse du tonus affectif correspond l'apathie qui fait à la fois partie du tableau clinique de la dépression et de la maladie d'Alzheimer ; enfin les troubles cognitifs de la maladie d'Alzheimer équivalent au ralentissement psychique.

La dépression peut en tout point « mimer » les troubles rencontrés au décours d'une maladie d'Alzheimer notamment le désintérêt, les troubles de l'attention et de la mémoire, d'où la difficulté de distinguer l'altération intellectuelle fonctionnelle symptomatique de la dépression pseudo-démentielle de la dépression associée à une maladie d'Alzheimer. Seule la disparition complète des troubles cognitifs après un traitement par antidépresseur permettra de confirmer le diagnostic de pseudo-démence dépressive.

Le cas échéant, c'est-à-dire s'il persiste ne serait-ce qu'une légère altération cognitive, un début de démence peut-être suspecté et impose des examens complémentaires.

2.5.2. Le syndrome confusionnel

La confusion mentale est caractérisée par une altération globale du fonctionnement cognitif. Son incidence augmentant avec l'âge, elle représente un des pièges diagnostiques les plus fréquents. Si les épisodes confusionnels sont fréquents au cours de l'évolution des démences, pouvant même en marquer le début, certains signes cliniques permettent de différencier le syndrome confusionnel de la maladie d'Alzheimer.

En effet, selon les critères de diagnostic de confusion du DSM-IV, la perturbation s'installe en un temps court -on parle de début aigu ou subaigu- et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. La conscience est perturbée avec des

troubles attentionnels majeurs et des troubles de la vigilance constants. Un déficit de la mémoire et une désorientation sont également observés.

La pensée est quant à elle d'emblée désorganisée avec des propos incohérents et parfois des hallucinations.

Au cours d'hospitalisations, la confusion mentale, inaugurant sur le plan clinique un syndrome démentiel passé inaperçu jusque là, n'est pas rare. Cependant, il ne faut pas tirer de conclusion trop hâtive en posant le diagnostic de démence voire de maladie d'Alzheimer alors qu'il s'agit d'un épisode confusionnel imposant un traitement spécifique puis un bilan cognitif complémentaire.

2.5.3. Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont des pathologies qui regroupent plusieurs entités cliniques bien caractérisées avec comme dénominateur commun l'anxiété.

L'anxiété est un trouble psychique se caractérisant par la crainte de survenue d'un danger réel ou imaginaire. Elle va altérer les possibilités de fixation mnésique entraînant un grand nombre de plaintes concernant la mémoire de la part des patients.

Cela va à l'encontre du comportement observé chez le sujet atteint de démence débutante qui aura tendance à méconnaître ou minimiser son trouble.

Là encore les traitements par anxiolytiques ou les techniques de relaxation auront pour effet de faire disparaître le trouble. Toutefois, la persistance d'un dysfonctionnement cognitif, même discret, nécessite un suivi et la réalisation d'un bilan complémentaire.

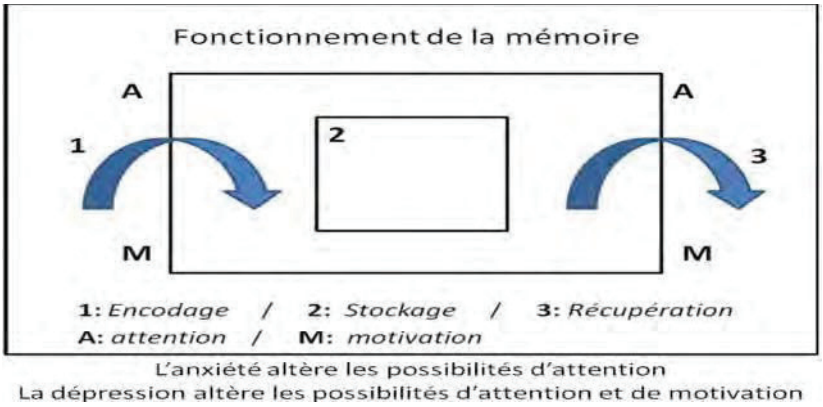


Figure 3 : Fonctionnement de la mémoire[8]

[8] TOUCHON, J., PORTET, F. « *La maladie d'Alzheimer. Aide au diagnostic, thérapeutique, conseils au patient, examens complémentaires, auto-évaluation* ». Paris, 2002, Masson, p.77.

Ces maladies apparentées posent entre autres le problème de la prise en charge. En effet, selon que l'on a à faire à l'une ou l'autre de ces pathologies la prise en charge, qu'elle soit médicamenteuse ou non, les conseils et les traitements devront être différents et adaptés. Nous aborderons ultérieurement la prise en soin non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer en particulier mais avant cela faisons le point sur les différents lieux d'institutionnalisation qui existent.

III. Les différents modes de prise en charge du sujet atteint de maladie d'Alzheimer

Cette liste ne saurait être exhaustive. Les différents modes de prise en charge évoqués ne sont pas systématiques et peuvent sur certains points différer de la description qui en sera faite tout au long de ce chapitre.

1. Le maintien à domicile

Le maintien à domicile est mis en place si l'état du patient le permet et si la famille le souhaite. Quelques aménagements peuvent alors s'avérer nécessaires. En effet, outre les aménagements de l'habitat, le choix de maintenir la personne à domicile demande la coordination des différents intervenants : infirmiers, orthophonistes, kinésithérapeutes, médecins spécialistes, généralistes…

Le CCAS (centre communal d'action sociale) peut proposer des services d'aide ménagère, de portage de repas à domicile. La coordination institution-domicile et des différents intervenants extérieurs incombe parfois aux équipes d'intervention à domicile. Celles-ci sont également capables de faire face à tout problème médical et / ou social.

La sécurité peut, quant à elle, être assurée par un service de garde à domicile ou des systèmes de téléalarme et télésurveillance. Le maintien d'une vie sociale est assuré par la famille, le voisinage, mais également par les divers acteurs médico-sociaux, les bénévoles, …

Une multitude de services est proposée, toutefois, une organisation certaine, consistant à coordonner les divers acteurs, mettre en place les différents modes de financements, etc, est de rigueur pour ne pas nuire à la cohérence de l'action.

Ainsi, couplée à une prise en charge en accueil de jour, à un suivi médical et paramédical organisé, à l'intervention d'auxiliaires de vie au domicile, à des aides financières, etc,

cette situation permettra de maintenir le patient dans son environnement même à un stade avancé de la maladie.
Cependant, demandant une mobilisation importante de la famille, et compte tenu de l'épuisement possible des aidants familiaux, cette situation perdurera parfois difficilement, menant alors à l'institutionnalisation partielle ou totale du malade.

Pour mémoire, rappelons succinctement, les principales difficultés rencontrées par les aidants familiaux. Il s'agit de difficultés pratiques liées à la perte d'autonomie du malade et nécessitant un investissement de tous les instants : assurer les soins, les toilettes, assister pour les déplacements lorsqu'ils sont encore possibles, aider à la prise des repas…Outre les troubles mnésiques, langagiers, gnosiques, praxiques, la désorientation spatio-temporelle, les aidants doivent faire face aux troubles psycho-comportementaux. De plus, psychologiquement, la dégradation de cet être cher est difficile à accepter. La maladie nécessite une réorganisation totale des habitudes de chacun. La dynamique familiale en est inévitablement affectée. Et, malgré les aides matérielles -financières, sociales, humaines-, et le soutien psychologique qui peut être proposé, la gestion du quotidien devient difficile et la dépendance est telle, que la famille se sent de plus en plus impuissante, démunie. Bien souvent l'entourage a le sentiment d'être le seul à pouvoir aider, soutenir le proche, mais il arrive un temps où, épuisé par la charge, il se rend à l'évidence, il n'est plus en mesure de subvenir à ses besoins, d'assurer sa sécurité, sa protection.
Aussi, en dernier recours, pour le bien être de tous, mais du proche malade en particulier, le placement en institution est décidé.

2. Un bref tour d'horizon des structures d'accueil

Différents types d'établissements d'accueil existent pour les malades en fonction de leur situation et du stade de la maladie. Nous choisissons dans ce chapitre de ne citer que les principaux. Notre étude s'étant déroulée au sein d'un Accueil de jour nous nous attarderons particulièrement sur ce type de d'institution.

2.1. Les structures alternatives au placement permanent

Elles ont été mises en place pour pallier les difficultés des aidants à maintenir leur proche malade au domicile, et les insuffisances des structures d'hébergement. Elles

conviennent à des personnes dont l'autonomie est encore relativement préservée et permettent de soulager un peu les familles.

Viennent ainsi compléter l'éventail des possibilités de prise en soin :

- *Les substituts de domicile*

Il s'agit de petites unités de vie accueillant un faible nombre de personnes. Elles regroupent et coordonnent en leur sein tous les acteurs du soutien à domicile, permettent la participation des résidents aux tâches collectives et l'implication des familles, de l'entourage. On distingue :

• Les domiciles collectifs : MARPA (Maisons d'Accueil Rural des Personnes Agées). Les appartements sont indépendants et les espaces de vie communautaires. Ces maisons d'accueils sont destinées aux personnes en perte d'autonomie vivant en milieu rural.

• Les appartements communautaires : CANTOU (Centre d'Animation Naturelle Tiré d'Occupation Utile). Il s'agit de petites unités de vie se trouvant souvent au sein de structures plus importantes comme les MAPAD (Maison d'Accueil pour les Personnes Agées Dépendantes). Elles accueillent des personnes âgées désorientées, souffrant de troubles mentaux, de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Le bâtiment est sécurisé permettant d'éviter les fugues. Le personnel d'encadrement est formé à la prise en charge de ces personnes et proposent des activités adaptées à leur maladie.

• Les foyers logements : destinés aux personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer dont la dépendance n'est pas encore trop handicapante. Il consiste en une solution intermédiaire idéale entre logement à domicile et hébergement en maison de retraite.

• L'accueil chez les particuliers : à titre onéreux, de 1 ou 2 personnes, pour des séjours temporaires ou définitifs.

- *Les accueils et hôpitaux de jour*

Les hôpitaux de jour dépendent de l'hôpital gériatrique et les accueils de jour sont soit rattachés à des structures d'hébergement soit indépendants.

Tous accueillent les personnes une ou plusieurs journées ou demi-journées par semaine et assurent non seulement les soins médicaux courants mais également la prise en charge globale de la personne grâce à une équipe pluridisciplinaire en collaboration avec la famille.

Les accueils de jour feront l'objet d'une description plus détaillée ultérieurement.

- *Les hébergements temporaires*

Généralement situé en EHPAD, ils s'adressent à des personnes dont le maintien à domicile est momentanément compromis.

La circulaire 2002-222 donne cette définition : « L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise isolement, absence des aidants, départ en vacances, travaux dans le logement etc. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge de soins de suite ».

2.2. La prise en charge institutionnelle

Sur le long terme, le placement permanent en institution est presque toujours la règle. La prise en charge du patient se fait alors, aussi bien sur le plan médical que social, dans des structures de prise en soin adaptées.

- *Les MAPAD (Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes)*

Elles prévoient des chambres individuelles pour des personnes âgées totalement dépendantes et nécessitant la présence permanente de personnel spécialisé pour l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne.

- *Les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)*

Ce sont des maisons de retraite médicalisées accueillant les personnes malades à un stade avancé de la maladie, lorsque leur état de santé nécessite un environnement et une surveillance médicale sécurisés 24 h / 24. Il s'agit d'une alternative obligatoire lorsque le taux de dépendance de la personne s'accroît et que les proches ne parviennent plus à s'en occuper.

Ces établissements peuvent être spécialisés de manière générale dans la prise en charge de patients atteints de maladie d'Alzheimer et plus particulièrement des troubles du comportement qui lui sont inhérents. Ils emploient du personnel formé en permanence sur

les approches thérapeutiques du patient désorienté, et bénéficient d'une équipe médicale et paramédicale.

- *Les structures d'hébergement proposées par le secteur lucratif*

Il s'agit d'établissements non conventionnés avec l'Assurance Maladie pour la prise en charge des soins. On en identifie trois sortes :

- Les résidences médicalisées, recevant des personnes âgées dépendantes auxquelles elles assurent les soins d'hygiène et de nursing.
- Les résidences services, pouvant être assimilées à des foyers-logements haut de gamme.
- Les maisons d'accueil, assimilées tantôt à des accueils familiaux élargis, tantôt à des maisons de retraite.

- *Les USLD (Unités de Soins Longue Durée)*

Elles dépendent des centres hospitaliers et sont destinées aux personnes dont l'état de dépendance est tel qu'il ne leur permet plus de vivre seules et dont l'état de santé requiert un suivi médical permanent.

Ayant réalisé notre étude au sein d'un Accueil de Jour, nous proposons maintenant, de présenter plus particulièrement ce type de structure.

3. Les accueils de jour

Ce chapitre traite de manière générale des accueils de jour. Ainsi, selon les lieux, des variantes concernant les différents intervenants, les activités offertes ou encore le déroulement d'une journée, peuvent être observées.

L'accueil de jour au sein duquel notre atelier s'est déroulé sera plus amplement décrit dans la partie pratique.

3.1. Définition

L'accueil de jour est une structure d'accueil temporaire, qualifiée, au même titre que les hébergements temporaires, les gardes itinérantes, …, de « structure d'accompagnement et de répit ». Ce terme relativement nouveau, date d'une

circulaire du 30 mars 2005, et a été conçu pour définir les structures permettant aux aidants de proximité des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer de disposer d'un relais professionnel sur lequel se décharger. Outre, l'accompagnement qu'il propose à la personne malade, ce type d'établissement apporte un soutien aux aidants (information, soutien psychologique avec groupe de parole …) En effet, c'est un lieu de vie ayant un double objectif : permettre aux personnes souffrant de la maladie de renouer une vie sociale et participer à des activités « thérapeutiques » et permettre à l'aidant principal de « souffler » et s'occuper de lui-même.

L'annexe III de la circulaire n°2002/222 du 16/04/2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées sur la création de places d'accueil de jour, définit ainsi les accueils de jour :

«Il s'agit d'accueillir des personnes présentant une détérioration intellectuelle, et vivant à domicile pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journée(s), dans des structures autonomes ou rattachées à une autre structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans des locaux dédiés à cet accueil. Ils s'inscrivent pleinement dans une politique de soutien à domicile.»

L'accueil de jour doit travailler en étroite collaboration avec la consultation du réseau auquel il est rattaché pour que chaque bénéficiaire de l'accueil de jour fasse l'objet d'un diagnostic, et que le stade de sa maladie soit connu. Il doit s'intégrer dans un système de soins et d'aides coordonné, afin d'assurer le suivi de la personne en concertation avec l'ensemble des professionnels. Il se situe dans la continuité des hôpitaux et peut constituer une préparation à une éventuelle entrée en établissement d'hébergement.

3.2. Objectifs principaux

Il s'agit de préserver, maintenir voire restaurer l'autonomie des personnes âgées atteintes de troubles démentiels et de leur permettre de poursuivre au mieux leur vie à domicile.

Après un bilan médico-social, un projet individuel d'aides et de soins adaptés est établi. Il doit définir le programme de réadaptation, permettre de repérer les modifications de comportement, préserver voire rétablir les contacts sociaux, et maintenir le sentiment d'identité.

Pour cela, le personnel dont dispose l'accueil de jour doit être qualifié et compétent pour l'accompagnement et les soins à prodiguer, la stimulation des fonctions cognitives, les techniques de communication non-verbales, la prévention de la dénutrition ..., la prévention de l'épuisement et de l'isolement des aidants.

3.3. Les différents intervenants

Un certain nombre de professionnels intervient auprès des malades et des aidants. Coordonnée par un référent médical, l'équipe pluridisciplinaire est, au mieux, composée d'infirmiers, d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques (AMP) et de professionnels spécialisés : psychologue, psychomotricien, orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, animateurs, …

- *Les auxiliaires médicaux*

• L'ergothérapeute

Dans un souci de renforcer ou du moins maintenir l'autonomie du patient, il réalise des interventions individuelles, soit directement auprès de la personne pour lui permettre de conserver ou réapprendre les gestes de la vie quotidienne et le cas échéant mettre en place un appareillage adapté (couverts…), soit pour l'aménagement matériel de son environnement. En outre, l'ergothérapeute cherche à développer les performances de l'entourage dans la prise en charge et l'accompagnement du patient. En somme, il prend en compte l'ensemble du système dans lequel vit le patient pour lui permettre une qualité de vie acceptable sur le plan fonctionnel et affectif.

• Le kinésithérapeute

La maladie d'Alzheimer s'accompagne de troubles de la marche et de l'équilibre contre lesquels le kinésithérapeute peut agir.

Son intervention vise à réhabiliter les fonctions motrices. Elle consiste en une mobilisation active du patient, privilégiant les articulations et visant à lui faire conserver une bonne mobilité. Auprès des familles, son action intéresse la prévention des chutes.

- Le psychomotricien

Ce thérapeute met en place des techniques destinées à favoriser l'expression corporelle, et même, à agir par l'intermédiaire du corps sur les fonctions mentales perturbées. Ses objectifs sont la réadaptation émotionnelle et relationnelle, la prévention des risques de chute, la prise en charge de l'inconfort et de la douleur, l'intégration des outils substitutifs des déficiences et incapacités. La prise en charge peut être de groupe : parcours proprioceptifs, atelier relaxation, groupes de travail corporel … ou individuelle pour travailler sur l'asomatognosie, la régression psychomotrice, la grabatisation… Auprès des aidants, il aura un rôle d'information et d'éducation, afin d'éviter notamment les risques de maltraitance.

- L'orthophoniste

« L'orthophoniste intervient dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer à toutes les étapes de la maladie et accompagne les aidants en les informant et en les formant. »[9]

Le rapport de la HAS (Haute Autorité de Santé) datant de mars 2008, concernant le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, stipule le rôle et l'indication de l'intervention orthophonique auprès de tels patients.

Il précise, entre autres, que la prise en charge orthophonique vise à maintenir et adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole, autres) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade.

Plus particulièrement, l'orthophoniste essaie d'organiser ou planifier avec le malade ses facultés mnésiques, praxiques, gnosiques et exécutives. Mais, surtout, il favorise le maintien du malade dans une vie sociale et familiale par son action sur les capacités langagières conservées (capacités d'expression et de compréhension orales et écrites), et un travail de stimulation de l'ensemble des fonctions cognitives impliquées dans la communication. En prévention du déclin inéluctable, et dans le but d'améliorer la communication, l'orthophoniste travaillera également toutes les communications non-verbales.

Le rôle de l'orthophoniste s'étend aussi aux troubles de la déglutition.

[9] « *Plan Alzheimer, l'Elysée « oubli » les orthophonistes ! »,* 3.02.2012, communiqué de la Fédération Nationale des Orthophonistes.

Si la prise en charge de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer peut être individuelle, en Accueil de Jour elle peut aussi se faire en groupe, mais l'objectif restera le même, à savoir : retarder le déclin des fonctions, maintenir les capacités restantes quelles qu'elles soient, tout en permettant au patient de conserver sa place de sujet, et en favorisant le développement de l'estime de soi, la relation aux autres …
Enfin, il n'est plus utile ici de rappeler que l'approche thérapeutique doit être évolutive et s'adapter aux troubles de chacun, à son comportement, à sa motivation, à son histoire personnelle et aux possibilités de coopération avec l'entourage.

- *Les non paramédicaux*

• Le psychologue

Outre ses compétences dans la consultation cognitive, le psychologue clinicien est chargé d'assurer le soutien psychologique des patients et de leur entourage. Il intervient auprès des malades de façon individuelle ou dans des groupes de parole pour leur permettre d'exprimer inquiétudes, souffrances, désirs …
Les groupes de soutien aux aidants sont de plus en plus répandus. Ils ont, entre autres, pour objectif de rétablir ou maintenir l'équilibre familial et de permettre une meilleure tolérance sociale du patient.
Le psychologue joue également un rôle fondamental auprès des soignants dont le quotidien peut s'avérer épuisant. Il est à leur écoute, facilite l'échange d'idées et d'expériences au sein de l'équipe et sera chargé de mobiliser les énergies et les recentrer sur le projet de soin.

• L'Aide Médico-Psychologique (AMP)

Il veille au bien-être de la personne. Son objectif est d'encourager et soutenir la communication et l'échange pour rompre l'isolement dans lequel certains peuvent s'enfermer. Sa tâche auprès des résidents est double : matérielle (service des repas, toilettes si nécessaire, accompagnement aux toilettes, à la sieste…) et occupationnelle (activités d'éveil, écoute, soutien …). De fortes capacités relationnelles, d'écoute, … sont demandées.

- L'animateur

Présent dans les moments collectifs (sorties en groupe, jeux, activités, repas, cuisine, …) comme dans les instants individuels (lecture, promenade, …) qu'il ne crée pas forcément, l'animateur accompagne le patient, aide à la socialisation, et travaille sur les potentiels restants. Il est dans « le faire avec ». Il tient compte de l'histoire du patient, respecte ses rythmes et désirs, tout en cherchant à donner du plaisir.

3.4. Une journée type

Il s'agit d'une journée type, cela ne signifie pas que tous les accueils de jour fonctionnent ainsi.

8h30-10h : accueil des résidents conduits au centre par les familles ou les taxis mis à leur disposition.
Jusqu'à 10h30 : collation, lecture du journal, découverte du plat du jour.
10h30-11h30 : activités cognitives ou autres.
Jusqu'à 11h45 : les résidents qui le peuvent participent au dressage de la table.
11h45 à 12h45 : repas
Jusqu'à 14h : accompagnement aux toilettes pour les plus dépendants – repos – sieste – journal télévisé.
Jusqu'à 15h : Kiné : gym douce / parcours équilibre, repérage dans l'espace…
15h-16h : activités ludiques : chant, danse, promenade, jeux de quilles/boules, jardinage…
16h : goûter
17-18h : départs des résidents (taxi/famille)

3.5. Activités proposées

Les accueils de jour servent de véritable relais et proposent tout un panel d'activités aux patients. Ces activités entrent dans le cadre des traitements non médicamenteux. Ceux-ci occupent actuellement une place de choix parmi les thérapeutiques proposées. Ils ont pour objectifs, outre l'amélioration, le maintien, le ralentissement des troubles cognitifs et comportementaux, de redonner confiance au patient en utilisant, valorisant ses capacités préservées, sa créativité. Ils ont pour caractéristiques de s'adapter au degré de

sévérité de la maladie et de se centrer principalement sur des activités qui motivent le patient et dans lesquelles il possède un niveau d'expertise élevé.

Voici quelques exemples d'activités proposées. Bien entendu, toutes ne sont pas nécessairement mises en place au sein du même établissement.

3.5.1. Les ateliers thérapeutiques

- *Définition, un peu d'étymologie*

Atelier vient de l'ancien français *attelle* signifiant « petit morceau de bois » et désigne aujourd'hui un « groupe de travail constitué autour d'une activité, d'un thème ».

Le terme de thérapeutique est quant à lui employé ici au sens de soigner, c'est-à-dire de prendre soin de quelqu'un.

L'atelier thérapeutique est présenté comme une activité de soin à part entière visant à mobiliser les ressources du patient pour lui permettre d'être davantage en interaction avec son environnement et améliorer ainsi son bien-être. Le solliciter c'est lui redonner une place à part entière, préserver une certaine autonomie par la prise de décision, le valoriser, et restaurer du plaisir.

- *Organisation*

Dans certains établissements, les ateliers thérapeutiques font partie intégrante du projet de soins et sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante. Dans d'autres, ils sont réalisés par des intervenants spécialisés : animateurs, psychologues, AMP, etc. accompagnés ou non de bénévoles.

Le choix des patients qui participent à l'atelier se fait en équipe et dépend des capacités des malades mais également de leur personnalité, et des compatibilités. Les résidents peuvent, au début, n'être que simples spectateurs avant de devenir eux-mêmes progressivement acteurs.

La question de l'homogénéité des groupes se pose notamment lors d'activités sollicitant plus la cognition.

Dans le but de faciliter aux patients, le repérage dans le temps et l'espace, lieu et horaire sont définis et restent inchangés.

Dans le souci de maintenir une attention plus ou moins soutenue du résident tout au long de la séance, celle-ci excédera rarement 3/4 h. La séance se fait dans une atmosphère

calme et un rituel est instauré : rappel des prénoms des participants, de l'objet de la rencontre, rituel de fin…
A la fin de chaque atelier un moment de synthèse est prévu et régulièrement l'atelier est évalué et réajusté pour convenir à chacun.

- *Quelques exemples d'ateliers en Accueil de Jour et au sein d'autres structures*

Les ateliers thérapeutiques peuvent être classés selon que la visée principale est plutôt cognitive, comportementale, porte sur l'activité motrice, ou la stimulation sensorielle et la recherche de plaisir, détente.

- Ateliers à visée cognitive :

. *Les ateliers de mémoire sémantique*

Ateliers sous forme de groupes de parole où l'on échange sur des sujets tels que les saisons, les fêtes, les métiers. L'écoute active de conte est l'une des variantes de ce type d'ateliers.

. *Les ateliers de mémoire procédurale*

L'atelier cuisine en est un bon exemple. Outre la valorisation de l'estime de soi, le travail des praxies (éplucher, laver les légumes…), la mémoire procédurale, il favorise l'émergence de souvenirs à partir des sens : l'odeur de cuisson, et la socialisation. Sur le même principe, l'on retrouve l'atelier jardinage, bricolage, couture…

. *Les ateliers d'orientation dans le temps et dans l'espace (Reality Orientation)*

Divers supports sont utilisés comme l'utilisation de la presse quotidienne pour fournir aux participants des informations sur un moment, un lieu, des événements, des personnes, dans le but de restructurer l'environnement.
La Validation Therapy, *la Reminiscence Therapy* avec essentiellement évocation du passé, les thérapies médiatisées, sont d'autres ateliers basés sur une approche psycho-sociale.

. *La prise en soin des troubles du langage, de la communication* (orthophonie)

. *La rééducation des compétences fonctionnelles* (ergothérapie)

. *Les activités récréatives*

. *La relaxation*

- Ateliers à visée motrice :

. *Les parcours psychomoteurs*

Constitué d'obstacles, le parcours psychomoteur est court et permet de travailler l'équilibre, l'ajustement postural et la coordination motrice de manière ludique.

. Les ateliers de gymnastique douce

En petit groupe et sur imitation, les résidents réalisent des mouvements de bras, de jambes, des postures… Jeux de ballons, de passages de bâtons, d'anneaux, permettent un travail de coordination œil-main tout en stimulant les interactions entre patients.

. *La danse*

. *La marche*

- Ateliers de socio-esthétique

Atelier de détente et plaisir, dont le but est un travail sur l'image de soi et la renarcissisation.

Pour ce faire un salon de beauté est souvent aménagé au sein de l'établissement et sont proposés des séances de maquillage, coiffure, pose de vernis à ongle.

- Ateliers de créativité

Il peut s'agir d'ateliers peinture, poterie, pâte à sel… La créativité des résidents, souvent encore très riche, est sollicitée.

- Repas thérapeutiques

Des plans de table sont établis de manière à positionner les résidents par affinité. Un plat est posé au milieu de chaque table afin de susciter les échanges, les conversations, et les soignants mangent avec eux pour stimuler l'imitation des gestes. C'est un moment convivial permettant aussi aux soignants d'observer les difficultés de chacun, de les analyser, les comprendre pour pouvoir y remédier.

- Stimulation sensorielle

. *La luminothérapie*

L'exposition des malades à une lumière vive pourrait améliorer les troubles du comportement et du sommeil.

. L'aromathérapie

Médecine naturelle permettant d'apporter bien-être et relaxation au patient en ayant recours à des extraits aromatiques de plantes (essences et huiles essentielles).

. L'approche Snoezelen

Cette méthode vise le bien-être et l'épanouissement des personnes à travers des expériences multi-sensorielles (sollicitation et mise en éveil des 5 sens) et une détente corporelle. Elle se base sur l'observation, l'écoute, la sécurisation, la liberté de choix et favorise la communication non-verbale. Réalisées dans un espace spécialement aménagé (musique, lumière douces) dans le but de recréer une ambiance agréable, les séances offrent une relation privilégiée entre le résident et le soignant spécifiquement formé. Elles sont indiquées, après réflexion avec l'équipe et / ou prescription médicale.

En somme, « en mettant en place des soins et des activités thérapeutiques en corrélation avec les besoins réels des patients, en prenant en compte un souci réel de bienfaisance, on atteint le but fixé pour la prise en soin : accompagner les résidents selon le concept de l'« humanitude[10] » »[11]

En parallèle des ateliers thérapeutiques dont nous venons de parler, une nouvelle méthode thérapeutique se démocratise notamment dans le cadre de la prise en charge non médicamenteuse de patients Alzheimer ou atteints de maladie apparentée. Il s'agit de l'art-thérapie.

3.5.2. L'art-thérapie

« *L'art-thérapie, c'est l'art d'ouvrir les portes* » J.P. Klein

- *Définition*

C'est une méthode thérapeutique ayant recours à toutes les formes d'art - peinture, dessin, sculpture, poterie, poésie, théâtre, danse, mime, musique, marionnettes - comme médiateur de la relation entre le thérapeute et le patient. Pour J.P. Royol, docteur en

[10] Méthode inventée par Y. Ginest et R. Marescotti, basée sur les concepts de bientraitance. Philosophie de soin permettant d'améliorer la prise en charge des personnes et leur état. *Concept généralisé à toutes les maisons de retraite.*

[11] Sous la direction de DEMOURES, G., STRUBEL, D. Prise en soin du patient Alzheimer en institution. *Issy-les-Moulineaux, 2006, Masson, P.110.*

psychologie clinique, directeur de PROFAC[12] et président de la FMAT[13], cette méthode consiste à créer les conditions favorables à l'expression subjective et au dépassement des difficultés personnelles par le biais d'une stimulation des capacités créatrices, capacités que l'on sait longtemps préservées chez les sujets âgées atteints ou non de maladie d'Alzheimer.

Pour certain, L'art-thérapie serait occupationnelle et aurait pour but de maintenir le sujet dans le concret. Pour d'autres, l'atelier d'art-thérapie serait un lieu d'expression où les tensions internes peuvent se décharger. Or, l'expression soulage certes, mais c'est la création suivie suffisamment longtemps qui transforme.

Enfin, la plupart l'envisage sous un angle psychanalytique. Les formes artistiques, appartenant à l'inconscient et au symbolique, servent alors à représenter le sujet. Ce sujet en souffrance, que l'art-thérapeute, aidera par une mobilisation des forces positives.

- *Un exemple d'atelier d'art-thérapie : la musicothérapie.*

La musicothérapie est une des composantes de l'art-thérapie. Elle est définie au sein du référentiel métier comme : « une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques. La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet.

Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal ». Et, selon la définition internationale, il s'agirait d'une « forme de psychothérapie ou de rééducation qui utilise le soin et la musique sous toutes leurs formes comme moyen de communication, d'expression, de structuration et d'analyse de la relation. »

Le musicothérapeute est soit un musicien ayant complété sa formation en psychologie soit un professionnel de santé ayant des connaissances de musique.

[12] Centre de Recherche et de Formation en art-thérapie, situé à Arles.
[13] Fédération Multiculturelle d'Art-Thérapie.

Toujours selon le référentiel du métier de psychothérapeute, en date du 18 mars 2010, ses missions principales sont :

« • Créer, restaurer, et/ou maintenir les moyens de communication et de relation chez des personnes en souffrance en ayant recours à une médiation sonore ou musicale.

• Répondre et s'adapter à une prescription ou indication émanant, d'un médecin, d'une équipe pluridisciplinaire, d'une institution voire à la demande du patient lui -même ou de sa famille.

• Créer les conditions d'un processus d'évolution, de changement, de développement, en établissant un dispositif clairement énoncé et repérable. Le musicothérapeute met en œuvre des techniques spécifiques à sa spécialité, s'appuyant sur l'histoire musicale du sujet, l'improvisation, la communication sonore non verbale, et l'analyse du vécu sonore.

• Repérer la nature de la souffrance psychique et/ou physique au moyen d'une évaluation personnalisée des difficultés. Appréhender l'expression symptomatique, les besoins, et les capacités de la ou des personnes concernées.

• Mobiliser la pensée et développer le potentiel créatif.

• Travailler tout au long du suivi en partenariat avec les différents acteurs du réseau dans le strict respect du secret professionnel.

• Évaluer et adapter la prise en charge à court, moyen et long terme. »

La conservation fréquente de la totalité ou d'une partie des fonctions musicales sert d'appui à la musicothérapie.

L'atelier se déroule préférentiellement dans un lieu toujours identique, à jour et heure fixes. Deux techniques peuvent être employées. Quoi qu'il en soit le musicothérapeute est attentif aux réactions verbales et non-verbales de la personne.

. *La technique réceptive* : réalisée en individuel ou en groupe, elle s'appuie sur l'organisation de différents moments d'écoute d'extraits musicaux pré-enregistrés ou interprétés / improvisés par un instrumentiste.

. *La technique active* : elle réclame la participation du patient et consiste à proposer différents instruments ou médiateurs sonores pour faire de la musique, produire du son et rentrer en contact avec l'autre. Les percussions, certains instruments à cordes, la voix (son intonation, volume, débit, timbre) et enfin le corps, peuvent être utilisés. Un travail sur les rythmes peut être initié. Il peut s'agir de mouvements du corps tout entier : danse, ou de mouvements répétitifs d'une partie du corps : battre des mains, taper sur une table, etc.

Ainsi, centrée sur l'expression corporelle, sonore et musicale du sujet en relation avec le musicothérapeute, cette approche favorise la créativité et l'expression de soi.
Un certain nombre de travaux ont pu montrer l'utilité de ce type de techniques. Leur utilisation permettrait de diminuer la fréquence et l'importance des troubles psycho-comportementaux et de réduire le recours aux psychotropes de manière générale.

Pour conclure, l'art-thérapie se serait révélé une pratique de soins précieuse dans les cas de toxicomanies, d'alcoolisme ou de troubles du comportement alimentaire, mais pas seulement. En effet, outre les bénéfices apportés dans le cadre d'une prise en charge globale de conduites addictives, et de troubles psychosomatiques, elle trouve sa place aujourd'hui dans celui de pathologies psychiques plus sévères telles que l'autisme, la psychose mais intervient aussi de plus en plus dans le champ de la gérontologie en particulier auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

IV. Les marionnettes

1. Histoire des marionnettes

Le terme « marionnette » date du Moyen âge et vient de l'ancien français *mariolette*, diminutif de mariole désignant de petites figures de la Sainte Vierge. En France, les origines pieuses de la marionnette semblent bien présentes. Mais, ce n'est pas toujours le cas. Dans les autres pays d'Europe par exemple, on désigne les marionnettes sous des vocables qui signifient "*poupée qui joue*". Ainsi, en allemand, on les appelle « *puppe* »; en anglais « *puppet* » et « *puppo* » en italien. En France, la première mention du mot marionnette, pris dans l'acception d'un jeu scénique et populaire, se trouve, en 1584, dans les *Sérées* de l'écrivain Guillaume Bouchet. A partir de ce moment seulement, la marionnette désigne aussi les figurines à vocation profane.

Leur origine daterait d'il y a plus de 4000 ans, mais la fragilité des marionnettes rendant leur conservation difficile, il n'est pas aisé, de fixer avec précision une date. Et, si l'on en retrouve sur tous les continents, c'est en Asie et en Europe que les marionnettes et l'art de leur manipulation se sont surtout développés. Il est toutefois intéressant de constater que, dans toutes les sociétés, elles ont évolué de manière relativement similaire

pour, au fil du temps, s'enrichir des caractéristiques locales qui en ont fait leur particularité.
Observons à présent comment, d'objet sacré il y a bien longtemps, la marionnette est aujourd'hui devenue médiateur thérapeutique dans nos sociétés.

1.1. Rôle religieux et sacré

C'est probablement en Asie, et plus précisément en Inde et en Chine, qu'apparurent, près de 2000 ans avant J.C., les premières marionnettes. Dans la société antique, ce sont des objets sacrés, doués de pouvoirs magiques. Elles peuvent servir d'intermédiaire, de médiateur entre le monde réel et l'au-delà, les Hommes et les Dieux, aider la Justice ou les guérisseurs en matérialisant les paroles des Esprits, des Ancêtres.

En Asie et Océanie, on les retrouve intégrées à des cérémonies rituelles telles que le culte à une divinité ou les pratiques funéraires.
En Afrique, elles sont réservées aux initiés et ne peuvent être vues sous peine de mort. Elles inspirent les guérisseurs, permettent au devin de prédire l'avenir, et entre les mains d'un sorcier, elles peuvent recouvrir une fonction maléfique.
En Indonésie, on les pense habitées par l'âme des morts. Elles sont encore muettes, immobiles et prostrées dans les lieux de culte.

Bien que dans certaines sociétés primitives, elles gardent encore leur rôle sacré et sont principalement utilisées à l'occasion de rites propitiatoires, épisodes importants de la vie sociale : naissance, initiations, mariages, rites funéraires, semailles et récoltes, avec l'arrivée de nouvelles religions, les marionnettes perdent leur dimension magique et deviennent objet religieux, que l'on peut toucher, vénérer. Elles permettent aux fidèles de se rapprocher de leur Dieu.
Au Moyen-âge, l'emploi de figurines mobiles dans les églises de la chrétienté, lors de processions, pour illustrer les récits bibliques et évangéliques, se développe et s'accroît avec les siècles. Toujours muettes, ce sont de petites figurines de bois à l'effigie du Christ, de Marie ou des Saints, manipulées par les prêtres afin d'intéresser les fidèles à l'histoire sacrée.

Si les marionnettes servent d'abord essentiellement à des fins religieuses, leur rôle évolue peu à peu vers une utilisation plus profane, souvent ludique voire sarcastique.

1.2. Aspect ludique et sarcastique

La marionnette perd son rôle sacré et, dès l'an mil, prend la parole. Elle coupe le monologue du récitant par des répliques avant de s'exprimer seule face à son public.

En Asie, la marionnette est très présente au théâtre mais garde le plus souvent une connotation religieuse.

En Indonésie, depuis peu les Dalang, outre les idéaux religieux et philosophiques, se font les propagateurs de l'actualité politique, selon leur interprétation et parfois avec humour voire ironie.

En Chine, berceau de la marionnette asiatique, elle évolue vers le récit de légendes épiques puis vers la marionnette ludique et farceuse.

Au Japon, elle est utilisée dans un cadre ludique jusqu'au XVième siècle où, avec l'expansion de l'hindouisme et du bouddhisme, elle devient un véritable outil de propagande religieuse.

En Inde, dès le XIième siècle avant notre ère nous trouvons des traces de spectacles religieux de marionnettes dont le texte était improvisé sur un thème écrit en vers. Très vite s'est développé un spectacle populaire dont le héros est un personnage nommé Vidouchaka. C'est un brahmane, nain et bossu, avec d'énormes dents, des yeux jaunes et complètement chauve. Il est ridicule par ses expressions, son costume et sa goinfrerie. Il est concupiscent et lubrique, très bête mais très rusé. Moqueur et grossier il bat tout le monde. C'est le père des futurs Karageuses et polichinelles que l'on connaît.

En Europe, les marionnettes racontent l'histoire du pays, les mythes et légendes, avant d'endosser un rôle plus populaire, ludique et sarcastique.

En Grèce, la marionnette a très vite perdu son caractère sacré pour venir amuser les enfants mais aussi distraire les adultes lors de banquets, de festivités profanes…Les spectacles populaires représentent des scènes de la vie de tous les jours.

En Angleterre, à la fermeture de tous les théâtres, les marionnettes, ayant toujours été populaires reprirent le flambeau de la tradition dramatique avant de revenir à leur répertoire usuel une vingtaine d'années plus tard.

En Allemagne, le spectacle de marionnettes bénéficie aussi des interdits qui frappent le théâtre. Les marionnettes allemandes mettent à contribution la mythologie, la Bible, la

chevalerie, l'histoire, la féerie[14], mais ne puisent pas seulement leurs sujets dans toutes les sources anciennes, sacrées ou profanes ; elles exploitent encore les événements modernes, et se jettent sur tous les grands noms. Au répertoire de base, adapté à partir de celui des anglais, les montreurs de marionnettes allemands ajoutent des farces où l'on voit se démener le personnage de Hans Wurst (Jean Saucisse) et des histoires fantastiques et extravagantes où des effets spectaculaires côtoient les chants, les danses et les farces de Hans Wurst: les Haupt-und-Staatsaktionnen. Le chef-d'œuvre de la production allemande de cette époque est le Puppenspiel de Faust qui influence fortement Goethe.

Chez les Romains, la marionnette est aussi religieuse mais elle devient très vite populaire. La plus célèbre est un personnage comique nommé Maccus.

En France, Georges Sand, après avoir écrit « *L'homme de neige* », roman faisant l'apologie des marionnettes, crée avec Maurice Sand et Eugène Lambert, le théâtre de Nohant. Présenté comme théâtre littéraire, il s'agit davantage d'un théâtre destiné au délassement des poètes. Il comporte sept personnages devant leur permettre de jouer ce qu'ils veulent : M. Guignol, Purpurin, Pierrot Colombrillo, Isabelle, Della Spada, Capitan, Arbait gendarme et un monstre vert confectionné par G. Sand elle-même. Avec la construction du second théâtre, nommé Théâtre des Amis, le répertoire et le nombre de personnages grandissent, le tout-Paris y défile. Le rideau tombe définitivement en 1889 mais du Théâtre des Amis, il reste encore tous les acteurs de bois et un recueil de certaines pièces jouées.

A la même époque, une série de petits castelets se montent dans les jardins publics parisiens. On y trouve notamment Guignol, le plus célèbre de tous les héros de marionnettes après Polichinelle. Ce personnage, créé par L. Mourguet, ancien canut de Lyon reconverti comme arracheur de dents puis marionnettiste, devient le symbole même du pouvoir de revendication catégorielle et du caractère ludique et sarcastique que peut revêtir la marionnette. Guignol est le valet de comédie, le garçon sympathique, qui se fait l'avocat des exploités, qui rit de tout. Il sera un véritable porte-parole, un représentant du peuple grâce aux sujets qu'il développe : Lyon, ses quartiers, mais surtout le quotidien, les métiers, les problèmes et les revendications du peuple lyonnais, mais aussi le patronat, les gendarmes, la religion. Les textes de L. Mourguet s'inspirent aussi de ses expériences

[14] Wikisource. *Histoire générale des marionnettes.*
http://fr.wikisource.org/wiki/Histoire_g%C3%A9n%C3%A9rale_des_marionnettes/03

vécues, de son passé difficile dans le contexte de la Révolution française. Ils sont choisis au jour le jour, selon l'humeur du moment et les événements de l'actualité. Guignol joue un rôle de chansonnier, l'information étant toujours donnée sur un ton corrosif et sarcastique. Le succès est tel, que même après la mort de son créateur, Guignol continue d'exister ; les théâtres se multiplient et s'exportent dans toute la France. Guignol perdure surtout grâce à l'investissement de la famille Mourguet qui n'a cessé de travailler pour le faire évoluer. Plus tard, Guignol entre dans la bonne société et devient l'amuseur public de la haute bourgeoisie de la cité de la soie. Ce n'est qu'au XXième siècle qu'il s'installe à Paris où il devient le héros de spectacles pour enfants.

Figure 4 : Le théâtre de marionnettes de G. et M. Sand

1.3. Rôle pédagogique et préventif

A l'heure actuelle, la marionnette est aussi employée dans le but explicite d'influencer ou d'instruire une population. Il s'agit d'un médiateur particulier, d'un objet servant de support, de prétexte à l'interaction.

1.3.1. A l'école

Si l'on peut imaginer qu'éducateurs, enseignants… avaient déjà découvert le pouvoir de la marionnette, ce n'est qu'à partir du XXième siècle qu'apparaissent des

ouvrages relatant la dimension pédagogique et éducative de la marionnette. En 1905, par exemple, le Dr DELABOST adresse un rapport concernant le « théâtre enfantin envisagé comme procédé pédagogique »[15].

A l'école, la marionnette est utilisée de différentes façons.

En effet, elle peut-être manipulée par l'enseignant. Elle retient et soutient alors toute l'attention de l'enfant et améliore sa concentration. Elle est également employée dans un objectif de structuration du langage de l'enfant, l'instituteur introduisant dans le discours de la marionnette ce qu'il souhaite aborder. Il peut en effet, par cet intermédiaire, stimuler les compétences phonologiques, sémantiques, ou encore syntaxiques.

La marionnette peut aussi être manipulée par l'enfant lui-même. Elle constitue alors un véritable déclencheur qui lève les inhibitions des élèves, même les plus timides. F. Coquet qualifie d'ailleurs la marionnette de « catalyseur »[16] de l'expression et de la communication. Or, s'exprimer est une nécessité non seulement pour être compris mais aussi pour être entendu et signifier sa présence, son existence.

En outre, la marionnette offre une plus grande liberté d'expression, en ce sens qu'à travers elle, le langage utilisé est plus spontané que dans des activités d'expression classiques et que, parlant à travers elle, l'enfant prend moins de risque que lorsqu'il parle seul. Elle sert donc de « détour pour déboucher sur une élaboration langagière »[17.]

Par ailleurs, à l'école maternelle, elle peut être proposée comme support de jeux car, les mouvements qu'elle réalise ne suffisant pas à la compréhension du message, elle induit nécessairement une verbalisation, parfois plus importante que dans d'autres jeux. Un travail de fabrication, souvent mis en lien avec des activités concernant le schéma corporel, peut également être mis en place. Il stimule les capacités d'imagination et de création. Enfin, la manipulation de la marionnette développe la motricité fine.

Notons par ailleurs que les marionnettes sont ludiques et jubilatoires. Elles ouvrent et favorisent l'imaginaire. Elles sont formatrices car exigeantes à gérer. L'individu qui manipule la marionnette va avoir à se décentrer, à imaginer comment son personnage voit

[15] M. TEMPORAL dans la préface de G. MARINIER. *La marionnette*. Paris, éditions de la Tourelle 1953 p.3.

[16] F. COQUET. *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent, méthodes et technique de rééducation.* Ortho Edition 2004, P.176

[17] C. DUFLOT. *Des marionnettes pour le dire, entre jeu et thérapie.* Collection Marionnette et Thérapie n °35, p.

les objets. Elle va devoir prendre conscience des gestes et mouvements de la marionnette pour exprimer un désir, une intention ou un sentiment.

1.3.2. Dans le cadre d'actions humanitaires, de prévention

Le recours au théâtre de marionnettes dans une visée d'éducation populaire est pratiqué dans bien des pays du monde où, pour différentes raisons, une population doit être touchée de façon massive.

Ainsi, dans le Nordeste Brésilien, où les conditions de vie d'une grande partie de la population sont très misérables, il importe, dans le but d'assurer la survie de chacun, d'apprendre à la population des gestes et des principes d'hygiène élémentaires. Les marionnettes sont alors chargées d'insister sur la nécessité de se laver, de se brosser les dents ou de faire bouillir l'eau des biberons, le lait des nourrissons… Il s'avère que les marionnettes, leurs facéties sont bien mieux reçues et avec plus d'efficacité qu'une conférence médicale.

On retrouve encore la marionnette comme support éducatif en Indonésie, où le Dalang peut se voir chargé par le gouvernement de propager, colporter des informations concernant les méthodes de contraception lors d'intermèdes le plus souvent comiques.
L'African Research and Educational Puppetry Programme (ARREP)[18], a été l'une des pionnières dans le domaine des droits humains et de l'éducation en Afrique du Sud. Depuis 1987, à travers des spectacles de marionnettes, elle apporte aux plus défavorisés les moyens d'aborder des sujets sensibles, difficiles tels que la drogue, l'abus moral et sexuel, le suicide, les grossesses d'adolescentes… Aussi, dans une visée prophylactique, un programme d'information au sujet du sida est mené dans le pays avec le concours de cette compagnie. Son but étant de promouvoir un théâtre éducatif et populaire, l'AREPP a conçu le programme « Puppets against AIDS » où les marionnettes peuvent mettre en scène et dire ce dont les hommes ne peuvent parler. La pièce présente le drame du sida et de la mort dont il est porteur, tout en laissant sa place à l'humour, ce qui touche et retient les spectateurs. L'utilisation des marionnettes comme outil de communication semble efficace puisqu'une évaluation, dont ce travail a fait l'objet, tend à montrer que le spectacle a fait augmenter de façon significative la connaissance des modes de

[18] www.slateafrique.com

transmission du sida et des moyens de prévention dans cette population, notamment dans les zones rurales.

D'autres associations humanitaires telles que l'UNICEF[19] intègrent régulièrement des marionnettes au sein de leurs actions. Un rapport de l'UNESCO rédigé suite à un *Atelier sous-régional de formation des spécialistes de la petite enfance à la production de matériels didactiques* proposé au Dakar (République du Sénégal) en 2002, évoque les moyens jugés opérants dans l'accompagnement des enfants défavorisés, dans leur éducation et leurs apprentissages. Parmi eux, les marionnettes dont les principaux objectifs seraient : l'acquisition d'un vocabulaire précis, d'un vocabulaire en relation avec le schéma corporel, l'amélioration de l'habileté manuelle, l'expression et la communication, le développement de la perception tactile, visuelle, spatiale et enfin le développement de l'imagination. Les marionnettes sont utilisées dans des régions sinistrées, suite à une catastrophe naturelle par exemple, comme ce fût le cas en mars 2006 après le tremblement de terre qui frappa le Pakistan. L'association expose alors aux populations, par l'intermédiaire des marionnettes, l'intérêt de la lutte contre les microbes dans l'enrayement de la propagation d'épidémies. Et, doucement les marionnettes apportent joie et soulagement aux enfants rescapés du séisme. Début 2007, au Liban, c'est à la fin de la guerre que l'UNICEF s'engage dans un projet de réhabilitation des réseaux d'adduction d'eau et de sensibilisation à l'hygiène.

A Madagascar, l'UNICEF a également mis au point un atelier de création de marionnettes, destiné à promouvoir les droits de l'enfant d'une manière ludique et attrayante. L'objectif fixé est d'encourager la participation et l'expression des enfants, de les motiver à exprimer leurs opinions au sujet de leurs communautés, tel qu'il est stipulé dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant.

De manière générale, il apparaît que les conseils sont beaucoup mieux entendus lorsqu'ils sont dispensés par le moyen d'une représentation de marionnettes car celles-ci attirent et retiennent l'attention bien mieux que ne le font d'autres moyens de propagation d'un savoir.

Actuellement en France, le théâtre de marionnettes n'est que rarement utilisé de façon aussi explicite pour la transmission d'informations, la propagation des conseils

[19] www.unicef.fr

d'hygiène, de bonnes mœurs… D'autres médias sont privilégiés : la radio, la presse écrite, ou encore la télévision, avec l'émission *Les Guignols de l'info* par exemple.

1.4. Le champ thérapeutique

La marionnette -sans renoncer au théâtre ni délaisser ses origines sacrées et religieuses- élargit son domaine d'action : elle constitue un recours pour les psychothérapeutes. Elle entre au champ thérapeutique et y trouve, tout aussi bien qu'en pédagogie, de nombreuses applications.

1.4.1. En psychothérapie de l'enfant

Le jeu de marionnettes est utilisé en psychothérapie de l'enfant. Selon E. BUZITH, infirmière et auteur de *La marionnette*, une thérapie, il permet une réparation narcissique chez l'enfant ayant souffert de troubles résultants de « l'insuffisance de l'investissement libidinal et narcissique de la mère »[20].

En outre, par sa forme, son aspect, la marionnette est un objet affectif, dont l'utilisation, la manipulation est source de plaisir. Pour le jeune enfant, il peut donc rappeler l'objet transitionnel auquel il a normalement recours et qui permet, par un travail d'élaboration de coupure entre le moi et le non-moi, l'accès à l'individualisation.

Par ailleurs, la marionnette, par son aspect ludique et attrayant est un prétexte pour susciter un échange dynamique avec l'enfant. Véritable support d'expression, elle peut être mise à profit dans un objectif de libération de la parole de l'enfant qui se laisse aller à parler lorsqu'il la manipule.

La marionnette constitue également une représentation fanstamatique de son histoire car dès la phase de construction puis au cours du jeu instauré, un phénomène d'identification apparaît. Ce phénomène est défini comme le processus par lequel le sujet se considère identique à un autre, « introjecte une information qui concerne un autre et se transforme totalement ou partiellement en fonction de cette information »[21]. Il s'agit d'un processus essentiel à la socialisation et à la formation de la personnalité. Effectuant une mise à

[20] E. BUZITH. « *La marionnette, une thérapie* ». Edition Aréopage 2005, 125 p.
[21] J.M. BLASSEL. « *Transmissions psychiques, approche conceptuelle* », *Dialogue* 2/2003 (n° 160), p. 27-37

distance, l'enfant va aussi pouvoir projeter ses angoisses sur la marionnette, le mécanisme de projection en jeu lui permettant de projeter ce qui est considéré comme mauvais, dangereux. Par ses processus d'identification et de projection, l'enfant va pouvoir se libérer, se décharger de ses tensions et angoisses avant de pouvoir réintégrer de façon plus adaptée les affects qu'il a pu exprimer.
Les capacités de création et d'imagination vont également être stimulées à travers la fabrication de la marionnette, la réalisation de scénario et leur mise en scène.
Enfin, la marionnette va concourir au développement de l'intelligence ; sa manipulation va stimuler les capacités psychomotrices de l'enfant ; son utilisation va engager certaines capacités cognitives, notamment mnésiques avec la mémorisation du scénario par exemple. Finalement, elle peut indirectement favoriser l'expression corporelle de l'enfant.

1.4.2. En psychothérapie de l'adulte

Dans le cadre de la thérapie du sujet adulte, la marionnette est essentiellement proposée à des individus souffrant de psychose. Mais, depuis peu, elle est exploitée dans un objectif thérapeutique avec la personne âgée. Nous aborderons plus amplement ce sujet ultérieurement. Attachons-nous tout d'abord à définir les particularités du théâtre de marionnettes.

2. Généralités concernant la marionnette et le théâtre

2.1. La marionnette

« *Le registre extrêmement limité de leur geste, leur impossibilité de traduire par mimique leur interdit de reproduire la vie : c'est ainsi qu'elles acquièrent le pouvoir d'évoquer. Elles ne traduisent pas, elles signifient... Elles font découvrir plus largement la vie parce qu'elles ne la possèdent pas. Elles nous font accéder au rêve parce qu'elles sont de bois.* »

A.C. GERVAIS, Marionnettes et Marionnettistes de France.[22]

[22] http://www.icem-pedagogie-freinet.org/node/11160

Le Larousse définit la marionnette comme une « petite figure de bois ou de carton que l'on fait mouvoir ordinairement par des fils, quelques fois par des ressorts ou simplement avec la main. » Pour R.-D. BENSKY, « Une marionnette est, au sens propre, un objet mobile, non-dérivé, d'interprétation dramatique, mû soit visiblement, soit à l'aide de n'importe quel moyen inventé par son manipulateur. Son utilisation est l'occasion d'un jeu théâtral. »[23]. M. TEMPORAL la définit ainsi : « La marionnette est une synthèse exprimée. Elle est forme, couleur, mouvement »[24]

Pour C. Magnin, il s'agit plutôt « de prestigieuses petites créatures, douées à leur naissance des faveurs de plusieurs fées, les marionnettes ont reçu de la sculpture, la forme ; de la peinture, le coloris ; de la mécanique, le mouvement ; de la poésie, la parole ; de la musique, le chant ; de la chorégraphie, la grâce et la mesure des pas et des gestes ; enfin de l'improvisation, le plus précieux des privilèges, la liberté de tout dire »25

Profitons de cette dernière définition pour rappeler les principales caractéristiques de la marionnette : physiques, identitaires…

« *Avant d'être un langage de mots, le langage de la marionnette est celui de l'espace, des formes* » C. Duflot, *Des marionnettes pour le dire*.

2.1.1. Caractéristiques physiques

Tout d'abord, à quelques exceptions près, la marionnette est généralement de taille inférieure à la taille humaine. On peut penser, à ce propos, qu'une partie de son pouvoir comme médiateur d'éducation et d'intégration réside dans sa miniaturisation car elle aurait quelque chose de rassurant.

Les têtes, de bois, de chiffon bourré ou autre, peuvent être de dimension très variable. On distingue, les têtes de moins de 10 cm. de haut - ce sont celles qui donnent les marionnettes les plus vivantes, l'harmonie de proportion entre corps, bras et tête étant respectée, - et les têtes beaucoup plus hautes, de type professionnel, faites pour être vues de plus loin.

[23] Pr. R.D. BENSKY. « *Recherche sur les structures et la symbolique de la marionnette* ». 2ième édition St-Genouph, Nizet. 2000, p. 22.
[24] M. TEMPORAL. « *Marotte et marionnette »s.*
[25] C. MAGNIN. « *Histoire des marionnettes en Europe, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours* ». Paris-Genève. Slatkine ressources, 1981, p.4.

Il est important de noter que c'est le maquillage, avec la coiffure, qui donne genre et expression à la tête. C'est pourquoi, il est souvent très relevé, simple et direct d'effet par des oppositions franches de couleurs. Barbes et cheveux, eux, sont de laine, de raphia, de vieilles fourrures ou encore de crêpe.

Quant aux accessoires, ils peuvent suggérer le personnage parfois plus sûrement que le plus savant costume : un arrosoir pour le jardinier, une gaule ou un filet pour le pêcheur, et sont généralement assez gros par rapport à la marionnette. Il n'est pas rare de privilégier la manipulation de véritables objets : une vraie casserole, un vrai bougeoir, etc. afin de renforcer l'effet guignolesque, apprécié du spectateur comme de l'acteur.

2.1.2. Caractéristiques identitaires

L'attribution d'une identité à une marionnette est une métaphore du baptême ou de la reconnaissance à l'état civil. Au même titre que la fabrication, le choix des attributs, mais aussi de l'identité de la marionnette, relève d'une appartenance symbolique de taille puisque se jouent des phénomènes de projection et d'identification dont nous avons déjà parlé. C'est au moment où le regard est posé sur la marionnette qu'elle prend son identité, sexuelle entre autres, mais aussi son caractère, ses traits de personnalité. Elle a une identité, des caractéristiques propres dont elle ne peut se détacher.

Une marionnette n'est faite que pour un rôle. Elle peut revêtir une personnalité vengeresse, se vouloir dénonciatrice ou encore redresseuse de torts. Elle peut aussi faire ressortir des traits de sa personnalité sous un jour humoristique. Une des fonctions essentielles de la marionnette est son pouvoir de prise de parole, de dénonciation.

Par ailleurs, si dans l'histoire les premières marionnettes sont muettes, avec l'accord des autorités civiles et théâtrales, elles se mettent à parler clairement. Leur voix peut être artificielle ou déformée par l'emploi d'un instrument appelé « swazzle », « pivetta », « sifflet ». Le marionnettiste peut aussi leur prêter sa voix, une voix.

Tout le jeu avec la marionnette résidera dans le principe fondamental de correspondance. Ce principe consiste à associer la voix de la marionnette à son mouvement. Aussi, lorsqu'elle ne parle pas, elle ne bouge pas. Cette règle est corrélée à la pauvreté des moyens expressifs de l'objet, qui conduit le manipulateur à toujours favoriser la lisibilité des effets scéniques. Dans le cas où plusieurs marionnettes cohabitent et dialoguent au sein d'un même espace scénique, il est indispensable que l'identification des personnages reste aisée pour le spectateur. L'association stricte de la

parole au mouvement est donc un code qui permet la reconnaissance immédiate du personnage qui parle. Cette règle s'avère relativement contraignante car elle met en œuvre des compétences complexes essentiellement en lien avec le contrôle corporel et la précision de manipulation. L'individu marionnettiste doit en effet, maîtriser la coïncidence de la voix et du mouvement de l'objet qu'il manipule. Les mouvements de la marionnette doivent demeurer précis, mesurés mais l'attention portée à la manipulation ne doit pas en détourner la qualité de la mise en voix. Mais, parvenir à dissocier corps et voix malgré leur simultanéité nécessite une importante capacité de concentration.

2.1.3. Son discours

Quand les marionnettes parlent, ce qu'elles disent n'est pas toujours un texte appris à l'avance ; ce peut être une improvisation, une adresse au public… Et, c'est précisément là que pourront se produire quelques phénomènes inattendus, quelques « courts-circuits ». Paul Claudel, définit la marionnette ainsi : « Ce n'est pas un acteur qui parle, c'est une parole qui agit »[26.] C'est de la parole qui s'est faite chair symbolique, qui s'est incarnée.

Le discours, au sens large, suggéré par la marionnette, est multisémiotique. Ce qui caractérise la marionnette, c'est que son langage, son système de signification seul, entend mimer toutes les composantes du comportement humain. La marionnette peut passer subitement de l'animation à l'immobilité, de l'état de présente-abandonnée. Elle peut passer du mutisme aux cris, au chant, à la parole et retourner au silence sans que personne ne trouve rien à redire. Autrement dit, elle peut exécuter aussi des gestes, des déplacements fulgurants, intenses, violents, dans l'instantané ou l'interminable répétition. Enfin, elle peut interpeler son public au même titre que celui-ci peut s'adresser à elle.
Les gestes extériorisant les sentiments de la marionnette sont rendus par les mêmes gestes du manipulateur, une participation entière de tout le corps qui fait évoluer pareillement dans l'espace marionnette et animateur : reculer de peur, sursauter au bruit, sangloter de douleur, s'affaisser de lassitude, se redresser orgueilleusement, s'élancer pour secourir... C'est ce qui fait de la marionnette un instrument d'expression libre.

[26] http://www.marionnettes.ca/documentation/20e_siecle/page5.php

2.2. Le jeu théâtral

Un spectacle de marionnettes existe grâce à la combinaison entre trois éléments irréductibles : le marionnettiste, la marionnette qui est aussi le personnage, et le public, qui est aussi une somme d'individus. Mais, pour qu'il soit réussi d'autres éléments sont nécessaires.

2.2.1. Le scénario

Le spectacle commence traditionnellement par une harangue adressée au spectateur, un discours en forme de boniment prononcé indifféremment par le montreur, le compère ou une marionnette. On y présente les personnages, on y appelle à la bienveillance du public, on s'y justifie éventuellement sur le contenu du spectacle.

Les scénarios révèlent souvent un personnage principal confronté à des situations conflictuelles qui se solutionnent par l'astuce du héros, par le mensonge, le coup de bâton, et en général grâce à l'utilisation du bon sens le plus élémentaire. La dramaturgie, les conflits primaires et les tensions qui en découlent reflètent les scénarios de la vie quotidienne, et assurent leur impact sur le public avide d'histoires, d'action et de satire. Même si certaines œuvres présentent un caractère abstrait, le spectacle de marionnettes tente le plus souvent de divertir et transmettre des valeurs morales ou politiques.
Il met en œuvre des procédés ludiques qui viennent rompre la passivité du spectateur pour l'orienter vers une participation au jeu théâtral. Il peut également le prendre à parti par des jeux de dialogues et de scène. L'objectif visé étant toujours de provoquer émotions, réflexions chez le spectateur.

Traditionnellement, la marionnette cultive le comique, la caricature, la dérision. Loin de mi-dire, elle exagère tellement qu'il lui est possible de trop dire. Mais, le danger d'une collusion trop forte entre spectacle et spectateur peut-être conjuré par le rire et la mise à distance d'une représentation tellement outrancière que personne ne peut, finalement, vraiment y croire. Et, en s'inscrivant dans un cadre symbolique chargé de sens, rire et dérision peuvent avoir des vertus thérapeutiques allant au-delà de la catharsis des pulsions agressives. Ils créent d'une part le partage, la complicité et d'autre part une distance pertinente face aux affects pénibles, à la peur de la mort. Le média marionnette favorise la maîtrise des sentiments d'anxiété et d'angoisse suscités par l'approche de la

mort. Et en ce sens, elle pourra apporter accompagnement et réconfort aux personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, le théâtre de marionnettes plonge le spectateur dans une expérience atemporelle où le temps perd toute dimension d'historicité. Le temps est, pour la marionnette, un art du mouvement car c'est par l'action qu'elle exprime la vérité de son personnage. Une marionnette de petite taille exigera ainsi la brièveté, des mouvements rapides et saccadés, au contraire une figure de grande taille, réclamera un geste lent et ample. La marionnette traditionnelle est exemplaire dans sa manière de créer une temporalité hors du temps. Les manipulateurs ont pour faculté de créer des dissonances, des ruptures, en battant la mesure et en ayant recours à la répétition. La répétition du schéma dramatique est un facteur important de temporalité. Enfin, le spectacle de marionnettes répond à des exigences de durée. En effet, le rythme enlevé, qui organise le mouvement en séries séquentielles génératrices d'un dynamisme propre à provoquer l'émotion du spectateur, et les schémas répétitifs dont nous venons de parler, et qui existaient déjà à l'origine de la marionnette, le cantonne à la brièveté.

2.2.2. Bruitage et sonorisation

Rappelons pour mémoire, les trois coups frappés, avec un bâton appelé brigadier, juste avant une représentation, pour annoncer qu'elle débute et attirer l'attention du public, particulièrement quand il y a un lever de rideau.

Les sonnettes, les bruits d'orage à la tôle, ... peuvent être reproduits.

Un certain nombre de gags faciles s'obtiennent en bruitant les heurts entre personnages, les coups qu'ils peuvent se donner à l'aide d'une grosse caisse, au pied, à l'aide de coups frappés synchroniquement sur une tôle...

La musique doit aussi avoir une part importante, car elle vient rythmer le spectacle et surtout parce qu'au même titre que les marionnettes, elle permet une mise à distance.

Et, si l'on peut rendre expressive une marionnette sans qu'il y ait un contexte autour du personnage, la présence de tout un environnement augmente et donne de la force à l'expression de la marionnette. En effet, les accessoires ou les éléments de scène peuvent offrir la raison ou la motivation de l'expression.

2.2.3. Le regard

Conçue et réalisée par l'homme, chose ou objet, la marionnette est une œuvre plastique dont l'expression artistique dépend de notre regard.

Avec la marionnette, le regard est partout: du côté du spectateur, du côté du marionnettiste, dans la marionnette. Une marionnette est d'abord un objet regardé et une marionnette sans regard est quelque chose d'inimaginable. Par contre, il est tout à fait possible de rencontrer des marionnettes sans yeux. Autrement dit l'organe n'est pas ici essentiel à la fonction.

En présence du regard fixe d'une marionnette, un effet de captation se produit, dans un bref instant de suprématie de l'imaginaire sur le symbolique. « Objet pousse-à-la-fixité »[27], elle réactive le moment d'emprise par l'image spéculaire ou l'image du semblable propre au fondement du Moi. La fixité de ce regard devient un instant celui du spectateur, le temps de voir, et il s'en échappe pour retrouver sa mobilité, le temps de comprendre, pour, après-coup, se dire qu'il ne s'agissait que d'une marionnette.

Et, dès qu'elle entre sur la scène, "regarde" l'auditoire et commence à parler, ce que l'on remarque tout d'abord c'est qu'elle attire immédiatement son attention. L'auditoire, en effet, reste fasciné par le petit personnage qui parle et semble animé. Au fur et à mesure que la marionnette se montre, selon le cas, douce, agressive, amicale, sinistre, provocatrice, etc., le silence se fait plus dense et on ressent une tension dramatique et un climat émotionnel correspondant à l'échauffement du groupe. Au moment où, inévitablement, quelqu'un rit, commente ou se dirige directement vers la marionnette, la communication entre la marionnette et lui s'établit.

Enfin, le regard du manipulateur est dirigé uniquement sur l'objet qu'il manipule. Les regards qu'il adresserait aux spectateurs ou à un autre manipulateur seraient le signe d'une déconcentration, d'une perte d'attention envers la marionnette. Le spectateur lui, accepte de manière implicite l'illusion de la marionnette par le retrait que le manipulateur affiche envers son objet et l'attention soutenue qu'il lui témoigne. Or, un regard détourné de l'objet ou un regard qui se détourne de la marionnette perturbe et rompt le contrat implicite entre acteurs et spectateurs.

---

[27] P. Le Maléfan, « *La marionnette, objet de vision, support de regard ; objet ludique, support psychothérapeutique* », Cliniques méditerranéennes 2/2004 (n° 70), p. 227-240.

3. La marionnette thérapeutique

L'histoire de l'utilisation et de l'entrée des marionnettes en thérapie passe par la définition du « dispositif thérapeutique ».

3.1. Le dispositif thérapeutique

Lorsqu'on utilise la marionnette dans un but thérapeutique, on fait coexister des éléments du théâtre de marionnettes et quelque chose en plus. Ce quelque chose reste toujours difficile à définir et revient au fond à parler de cadre. Or, avec la marionnette les cadres sont très divers et il n'y a pas de dispositif standard qui vaudrait dans n'importe quelle situation. De plus, la marionnette est bien souvent utilisée au sein d'un dispositif plus large qui ne repose en rien sur sa spécificité. Un dispositif marionnettique à visée thérapeutique est un dispositif sous transfert pour produire de la représentation, et la question est bien de passer de la mise en scène à la mise en acte. C'est à être encadré par le transfert qu'un repérage est possible ainsi qu'une élaboration.

Le concept de « dispositif thérapeutique » renvoie donc tout d'abord au cadre.

- *Le cadre* n'est autre que l'organisation temporo-spatiale. Il est en effet indispensable d'établir de façon stable la durée, la fréquence des séances, leur répartition dans le temps et autant que possible la durée de la prise en charge. Et, si l'organisation de l'espace en psychanalyse est le divan, nous verrons que le dispositif spatial apporté par la marionnette est spécifique, propre au théâtre.
- *Les méthodes de travail et d'intervention* sont variées. Selon que l'objectif est pédagogique ou non, elles peuvent aller de la directivité à la neutralité la plus totale du thérapeute.

Ces méthodes sont sous-tendues par des théories.

- *Les théories* sur le fonctionnement et le dysfonctionnement de la psyché sont psychanalytiques mais il existe aussi des théories comportementales, d'autres relevant de l'approche phénoménologique ou encore de l'approche humaniste.
- *Le travail* s'adresse à toute sorte d'individus mais diffère selon que l'on a à faire à des enfants ou des adultes, des handicapés moteurs, sensoriels, ou encore des névrosés, des hystériques, des psychotiques…

- *Les objectifs* visés peuvent être l'intégration sociale, l'éducation, la psychothérapie c'est-à-dire l'expression des conflits, la réduction du symptôme, l'épanouissement de la personne, ou encore psychanalyste.
- *Les modalités d'intervention* sont variées. Une relation duelle ou bien de groupe peut être engagée. La fabrication des marionnettes, ou encore la préparation d'un spectacle peuvent être privilégiées. Concernant ce dernier un choix est possible entre recherche esthétique, plaisir et neutralité psychanalytique « visant ainsi la mise en image du monde de l'inconscient avant son éventuelle élaboration langagière ? » [28]

3.2. La marionnette

3.2.1. Son statut : de lieu de projection au « double »

Au cours des années 30, apparaissent les premiers écrits relatant des expériences thérapeutiques avec des marionnettes. M. Klein et A. Freud, deux grandes pionnières de la psychanalyse, ont mis en évidence l'intérêt du jeu dans l'analyse de l'enfant : des jouets leur étaient proposés en séance.

Puis, certains eurent l'idée de proposer des spectacles de marionnettes, des spectacles qui se voulaient interactifs et qui étaient suivis de discussions. Alors qu'à New-York une certaine L. Bender, pédiatre au Bellevue Hospital, remarquait l'importance de la projection des enfants sur les marionnettes qui leur permettait d'exprimer et de jouer un peu leurs conflits intérieurs, en Suisse, Madeleine Rambert, psychanalyste, rapportait dans le même temps, dans son article : « *A propos du jeu des guignols. Une nouvelle méthode en thérapie infantile* », le fait que les marionnettes peuvent servir, « de façon plus ou moins transitoire, de surfaces de projection permettant la mise à jour de conflits et d'angoisses inconscients, censurés ou refoulés », et de moyen d'aide à la parole. Ainsi, lorsque l'enfant joue, il se projette sur ses jouets, mais avec l'âge le jeu cesse nous dit Freud. Pourtant, Winnicott écrit : « c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personne tout entière ».

[28] Marionnette et Thérapie n°29

Dans les années 70, à l'Institut Marcel Rivière, des groupes de marionnettes commencent à être proposés à des patients adultes. La charge de la construction des marionnettes leur incombe pleinement, et c'est ainsi que J. Garrabé et son équipe ont pu constater « une ressemblance avec [les patients] eux-mêmes ou avec une personne non étrangère à eux, amie ou ennemie, mais de toutes façons non indifférente ». La marionnette créée apparaissant comme une sorte de « double » de son créateur, J. Garrabé et ses collaborateurs appelèrent leur travail « thérapie par le Double »[29]. Dans cette thérapie l'étape de la fabrication tient une place de choix.

3.2.2. La fabrication ou création plastique

« *Sans création, il n'y a que survie* » Winnicott.

La fabrication d'une marionnette constitue une étape importante, passionnante, qui se déroule sur plusieurs semaines. S'il existe bien des façons de construire des marionnettes, il n'est pas rare que soit privilégié, dans la pratique de groupes thérapeutiques, le modelage de la tête, mais quel que soit le matériau de base il y aura contact intime des mains, des doigts et de la matière. A travers la construction de la marionnette, mais aussi plus tard avec la réalisation du scénario puis sa mise en scène, les capacités de création et d'imagination sont stimulées.

En outre, comme nous l'évoquions précédemment, la marionnette réalisée constitue souvent une projection de l'auteur, une représentation de lui-même, « une sorte de recréation partielle de soi »[30]. Et, J. Garrabé ajoute « la marionnette est le double » intimement lié à la personne de son auteur, à son corps même.

Cette cohabitation avec ce double s'avère particulièrement intéressante, avec des patients psychotiques adultes notamment mais pas seulement. Cette étape ne devra être que provisoire car des phénomènes d'identification projectives sont à l'œuvre – à une intensité moindre, c'est aussi vrai pour des sujets non malades mentaux – et ce d'autant

[29] « *La marionnette en psychiatrie, esquisses théoriques et méthodologiques* », Marionnettes et Thérapie n°34

[30] C. DUFLOT. « *La marionnette en psychiatrie, esquisses théoriques et méthodologiques* », Marionnette et Thérapie n°34.

plus que l'objet créé est anthropomorphe. La marionnette doit « prendre valeur d'objet transitionnel introduisant la relation à l'autre dans le langage »[31].

Le détachement du double est la condition sine qua non à la réalisation de l'étape suivante, à savoir : l'élaboration d'une identité propre à la marionnette.

3.2.3. L'attribution d'une identité

La marionnette, figure bien réelle représentant le sujet, ses angoisses, ses fantasmes, constitue une « médiation projective » en ce sens que, par son intermédiaire le thérapeute va amener le patient à communiquer. Ceci est vrai lorsque le sujet parle de ce qu'il a représenté, de sa marionnette et lui donne une identité.

Pour rester fidèle au théâtre de marionnettes, en thérapie, une identité propre, unique est donnée à la marionnette. G. Baty, directeur de théâtre et metteur en scène français, créait même de véritables « cartes d'identité » pour ses marionnettes. Ces cartes d'identité permettent aux participants de présenter leur marionnette : donner un nom, un caractère, une fonction à leur personnage.

Elles peuvent paraître neutres au départ mais se trouvent être en réalité un réceptacle où vont s'inscrire les identifications et les projections du sujet. Ce temps est primordial et, avant que l'identité de la marionnette soit arrêtée, définitive, il faudra parfois à certains réaliser plusieurs séries de marionnettes.

Si, comme le souligne C. Duflot, la fabrication est « peu propice à la discussion », l'attribution d'une identité à la marionnette induira une entrée dans le langage. Ce n'est qu'à l'étape du scénario et de la mise en scène, du jeu, que l'on entrera véritablement dans le dialogue et la relation à l'autre.

[31] P. VANCRAEYENEST « *Un atelier sociothérapique : l'utilisation de la marionnette dans un service de psychiatrie « adultes » au centre hospitalier spécialisé de Bélair »*, mémoire pour le certificat d'études spécialisées de psychiatrie, juin1992, pp.125

3.2.4. Le théâtre de marionnettes

3.2.4.1. Jeu et dispositif théâtral

Le jeu théâtral nécessite la détermination d'un espace scénique. Le théâtre est ce lieu délimité pour la représentation, l'énonciation, la mise en scène. Traditionnellement le castelet, ou plus symboliquement une table, un trait à la craie… viendra séparer l'espace du jeu, imaginaire, où les marionnettes parlent et où « tout » pourrait être permis, de celui où évoluent les personnes elles-mêmes (la réalité).

Selon Freud, le théâtre aurait une fonction cathartique c'est-à-dire qu'il donnerait la possibilité au sujet de « jouir de ses propres fantasmes sans honte ni culpabilité », de s'abandonner à ses pulsions plus ou moins réprimées.

Aristote avant lui, parlait d'un effet de purification, « purgation des passions » produit sur les spectateurs d'une représentation dramatique.

Actuellement, d'un point de vue psychanalytique, la catharsis est définie comme la « réaction de libération ou de liquidation d'affects longtemps refoulés dans le subconscient et responsables d'un traumatisme psychique »[32]. La catharsis est considérée comme une « méthode thérapeutique visant à créer chez le patient une situation émotionnelle et à lui permettre par là même de trouver une issue à une situation de souffrance »[33]. Ainsi, en projetant ses sentiments sur la marionnette, l'individu va pouvoir se libérer, se décharger de ses tensions et angoisses.

Le jeu avec la marionnette facilite cette libération des affects, des émotions. L'individu peut s'exprimer de façon authentique car ce n'est pas lui qui parle mais sa marionnette. Par cet objet médiateur il prend moins de risque. Certains auteurs comme BUZITH, considèrent donc la marionnette comme un « moyen puissant de mettre en scène le traumatisme »[34], de décharger de façon adéquate les affects.

[32] Dictionnaire Le Robert.
[33] H. Bloch et collaborateurs. « *Dictionnaire fondamental de la psychologie* », Paris, Editions Larousse, 1997. p.181.
[34] E. BUZITH. « *La marionnette, une thérapie* ». Edition Aréopage 2005, 125 p.

3.2.4.2. L'acteur

« *Quand une marionnette parle, ce n'est pas elle qui parle, c'est quelqu'un derrière* »
Lacan

Le théâtre offre à l'acteur, peut-être même plus qu'au spectateur, cet effet cathartique, selon le personnage qu'il incarne, la thématique de la pièce. Le « comédien » devra travailler le personnage, se remettre en question, pour le jouer avec vérité.
Et, si la marionnette tient le devant de la scène, c'est l'animateur, derrière le castelet, qui répercutant les propres mouvements de son corps, lui donne vie. Cette position en retrait libère l'animateur du regard des autres, ce qui lui permet d'habiter plus facilement son personnage.
Nombre de marionnettistes, comme Brecht ou Waschinsky[35], ont mis l'accent sur le travail de « distanciation » nécessaire à l'artiste pour pouvoir animer la marionnette. Cela sera d'autant plus vrai que la marionnette, cet objet inerte avec lequel il crée l'illusion, sera réaliste.

Ainsi, entre identification et prise de distance, le créateur-acteur trouve sa place de sujet. Il pourra dire : « ce n'est pas moi qui ai dit ça, c'est ma marionnette… mais si elle l'a dit c'est bien parce que je le lui ai fait dire ».

3.2.4.3. Le spectateur

« *Au théâtre, il faut que le spectateur sorte opéré de quelque chose* » Etcheverry

Si la spécificité du théâtre de marionnettes est de créer « un équilibre entre la participation du spectateur et sa conscience amusée de se laisser abuser » comme le souligne C. Duflot, de nombreux auteurs font remarquer les véritables effets psychiques, psychologiques qu'il exerce sur l'auditoire.

La marionnette, qui s'adresse à celui qui est en face d'elle, devient support de phénomènes projectifs et lieu d'identification. R. Schohn dit même que « le jeu théâtral,

[35] H. JURKOWSKI, « *Métamorphoses, la marionnette au XXième siècle* », Editions l'Entretemps, 2008, p.110.

par l'identification qu'il suscite chez le spectateur, permet une libération des ses affects, lui donne l'occasion l'instant du spectacle, de modeler le monde selon son propre désir ou du moins d'en avoir l'illusion ». [36]

Le théâtre de marionnettes n'aura cependant de tels effets qu'à condition que le spectateur participe et se prenne au jeu. Et, comme l'écrit Winnicott « jouer est une thérapie en soi »[37] car l'activité créative manifestée dans le jeu implique l'individu dans sa globalité.

Enfin, nous pouvons dire que la marionnette joue un rôle important notamment dans le cadre d'un travail thérapeutique.

La littérature nous a permis de replacer les grandes étapes de l'utilisation de la marionnette. Et, si elle se trouve en être un médiateur privilégié en thérapie, avec des enfants ou des adultes, intéressons-nous à présent à la place qu'elle occupe dans la prise en charge de personnes âgées atteintes ou non de maladie d'Alzheimer.

4. La marionnette et les personnes âgées

« *Il faut bien que vieillesse se passe* » Albert Camus, Caligula

Avant toute chose, il nous semble indispensable de se pencher sur la personne âgée en institution.

4.1. Les maux de l'âge

« *La vieillesse est elle-même une maladie* » Térence, Le Phormion-IIeS. av. J.-C.

Comment les personnes âgées peuvent-elles se sentir dans leur corps, leur âme, leur environnement ?

Avec l'âge, les douleurs et les handicaps apparaissent, entrainant parfois une souffrance telle, que la personne n'a plus plaisir à habiter son corps. Et, si le sujet âgé investit différemment son corps pour « garder un narcissisme positif » qui lui permet de continuer

[36] R. SCHOHN « *La marionnette : du théâtre à la thérapie* » mémoire de psychiatrie, du Théâtre en Ciel, 1979, p.32.
[37] D.W. WINNICOTT, « *Jeu et réalité* », 1975, Editions Gallimard, 276p.

à investir le monde qui l'entoure, il n'en reste pas moins qu'avec la diminution des capacités physiques et intellectuelles, le regard de l'autre est changé, et l'estime de soi peut s'en trouver affectée.

D'autre part, le rapport au temps, qui chez la personne âgée est fortement empreint d'affectivité, change : corps et pensées sont ralentis. Paradoxalement, le temps semble s'accélérer pour la personne qui sait qu'elle a moins de temps à vivre qu'elle n'a déjà vécu.

Le rapport à l'espace évolue aussi : les personnes se déplacent moins ou sont en fauteuil roulant. L'espace investi diminue et cela va de pair avec un désinvestissement de la relation à l'autre.

En outre, plus l'âge avance, plus les troubles auditifs sont fréquents. La perte d'audition se répercute sur la communication qui devient alors difficile.

J.-J. Amyot, directeur de l'Office aquitain de recherche, d'information et de liaison sur les personnes âgées, dans son livre « travailler auprès des personnes âgées », fait état des difficultés, en institution de type maison de retraite, à développer une bonne communication entre les membres du personnel et les personnes âgées. Une étude qu'il rapporte souligne que ces dernières ne parleraient pas plus de 20 minutes par jour avec le personnel. Les conversations seraient donc courtes et les résidents parleraient plutôt de l'institution et de leurs visites que d'eux-mêmes.

Ainsi, le potentiel isolement, l'inconfort physique, la perte progressive d'autonomie, etc. peuvent parfois être responsable de symptomatologies dépressives, de mal-être, de perte du désir de vivre… Et cela sera d'autant plus vrai que des maladies de type neuro-dégénératives viennent fréquemment se greffer au tableau, apportant avec elles leur lot de désagréments.

Dans la partie suivante de ce mémoire nous proposons d'aborder l'apport de l'utilisation des marionnettes avec les personnes âgées. Certains se sont intéressés à la question, cependant les données issues de la littérature restent rares. Nous choisissons de vous faire part de quelques expériences d'ateliers marionnettes avec des sujets âgés.

4.2. Quelques exemples d'ateliers marionnettes

4.2.1. Les marionnettes en psychothérapie du sujet âgé

F. Héduin rapporte, dans la thèse qu'il a présentée pour le doctorat en médecine : « *Les marionnettes : origines et usages thérapeutiques* », l'expérience d'un atelier marionnettes mis en place en 1991 dans un service de long séjour.

Le groupe se compose de 5 personnes âgées présentant, à des degrés divers, des démences liées au vieillissement cérébral.

L'expérience s'est déroulée sur plusieurs mois.

Elle a consisté en la fabrication de marionnettes par les participants. Cette première étape a mis au jour les difficultés de certains à suivre, réaliser les consignes et à comprendre le sens du projet. D'autres, présentant une altération profonde de l'image du corps ne purent achever leur production.

Au moment de l'attribution d'une identité, des phénomènes liés à des troubles de l'identification surgirent, se traduisant par des appropriations de l'identité d'autrui, des identités imprécises voire une incapacité totale à nommer le personnage.

Enfin, lors de la mise en scène, hormis un échec, les animateurs ont pu constater à certains instants une réelle fusion entre fantasmes des patients-acteurs et réalité, alors qu'à d'autres les patients semblaient bien faire la part des choses entre imaginaire et réalité. Parfois les soignants sont intervenus pour venir en aide aux résidents et rendre le projet cohérent. Ce qui ressort de cette expérience est le plaisir que semble avoir donné l'atelier aux patients et une modification du regard des soignants vis-à-vis de la démence.

4.2.2. Les marionnettes utilisées en institution avec des personnes âgées

A l'occasion du VIIIème colloque international organisé par « Marionnette et Thérapie » dans le cadre du XIème festival mondial des théâtres de marionnettes (Charleville-Mézières), C. Saint-André, psychogérontologue, présente un résumé de l'étude qu'elle a menée en vue de l'obtention de son DESS.

Son étude se déroule à la Maison de Cure Médicale du Centre Hospitalier de Valence, où elle propose un groupe-marionnettes à une vingtaine de personnes.

Seuls quatre, trois femmes et un homme dont un dépendant psychique ne parlant pas spontanément, se présentent régulièrement à l'activité.

Les marionnettes fabriquées sont des marottes, plus facilement réalisables. Les femmes y prennent plus de plaisir.
Les séances sont organisées en trois temps : invention d'un scénario, jeu proprement dit, puis discussion autour des impressions de chacun, et constituent autant d'occasion d'évoquer des souvenirs qu'ils soient communs ou personnels. Le jeu de marionnettes ne pouvant se faire derrière un castelet, certaines personnes étant en fauteuil roulant, un espace est délimité sur une table.

Il ressort de cette expérience que l'activité a, chez la personne âgée, des effets psychothérapiques au niveau de l'image du corps. En effet, alors habitués à se déplacer en fauteuil roulant, les participants réclament l'aide des soignants pour marcher et se rendre à l'atelier. Cela peut être interprété comme une certaine réappropriation de leur corps mais aussi un désir de prouver à soi et aux autres qu'ils sont encore capables.
En outre, le groupe marionnettes, par son cadre, sa redondance, offre de nouveaux repères : temporels - la plupart des participants n'oublient pas de s'y rendre – et spatiaux. Il rythme la vie des patients au sein de l'institution.
D'autre part, l'activité semble jouer un rôle sur les relations entre patients. C. Saint-André cite d'ailleurs à ce propos le docteur H. Petzold qui insiste beaucoup sur l'aspect socialisant des marionnettes. Au cours des séances de fabrication, elle a pu observer une augmentation des échanges principalement avec les thérapeutes et peu entre participants. Cela peut être attribué au fait que la fabrication, comme le dit C. Duflot, est « peu propice à la discussion », mais on peut également le corréler à la nécessité pour ces personnes, parfois dépendantes et présentant souvent un considérable manque de confiance en soi, d'être aidées et soutenues.
C'est à la phase du jeu que se développent les relations entre patients, et cela s'en ressent même dans le contenu des histoires inventées.
Par ailleurs, l'activité semble être allée dans le sens de la « renarcissisation de la personne par le regard des thérapeutes ». Les personnes, même si elles ne sont pas dupes du regard porté par les autres, sont fières de leur production.
Cette expérience a également mis en exergue que « la relation psychothérapique qui s'établit permet l'inscription dans un groupe » ainsi qu'un « travail sur l'imaginaire ». Ce dernier élément se retrouve dans l'originalité des marionnettes fabriquées et dans le discours tenu notamment au moment de la fabrication. Notons tout de même que, si les

histoires sont inventées, elles sont aussi fortement empreintes de souvenirs et d'images remémorés.
Enfin, l'atelier a permis aux soignants, qu'ils y aient participé ou non, de modifier leur regard sur les personne âgées hospitalisées.

4.2.3. Les marionnettes utilisées avec des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer

Adriana Laura Gudiño est animatrice d'ateliers art-thérapie dans le cadre d'unités de vie de type "Cantou", spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres formes de démences.[38]

L'atelier d'art-thérapie qu'elle propose est de type ouvert; il se déroule au vu de tous et, compte tenu de l'état des patients, il n'a pas de périodicité fixe.
Il y a deux ateliers par semaine qui s'achèvent par un moment de paroles, et le nombre de participants varie aléatoirement de un à sept. Les expériences ont souvent pâti de la maladie ou du décès des participants. De plus, elle est contrainte de s'adapter en permanence à l'institution, au manque de moyens matériels, de salle dédiée, et au manque de reconnaissance de son métier, de ses activités, jugées comme occupationnelles, divertissantes. Le travail est rendu difficile par l'environnement bruyant qui empêche le bon déroulement des séances. Or, il est indispensable de travailler, surtout avec des personnes démentes, dans un espace clos, calme, contenant, en somme dans des conditions permettant de garantir une écoute privilégiée, dans un cadre plus intime, rassurant qui les contienne.

L'atelier qui nous intéresse présentement est celui qu'elle a mené dans le cadre de son mémoire, avec une patiente de 96 ans atteinte de maladie d'Alzheimer se traduisant principalement par de graves troubles de la mémoire et de l'orientation.
Cette patiente souffre d'un syndrome anxio-dépressif, son humeur est changeante, elle peut même être agressive verbalement. Son accompagnement est individuel et comme elle semble s'intéresser aux marionnettes un atelier lui est proposé.

[38] A.L. GUDIÑO, « *Marionnettes et Alzheimer* », bulletin Marionnette et Thérapie, n°2, avril-juin 2009, p. 8-18.

Il s'agit de fabriquer des marionnettes avec des « bouts de tissus ». La création terminée, chaque fois la patiente fait danser sa marionnette sur la table « comme s'il s'agissait d'elle-même ».

Cet atelier est basé sur le postulat que le jeu d'improvisation des marionnettes, objets ludiques, symboliques et métaphoriques, utilisant des effets de caricature, de rire et de dérision, autorisent la transgression des interdits d'une façon symbolique. C'est ce qui lui donne sa valeur thérapeutique. Rire et dérision deviennent, comme nous l'avons déjà évoqué, des outils de la relation thérapeutique, permettant aux patients confrontés à la maladie d'Alzheimer en l'occurrence, une certaine mise à distance et la maîtrise des sentiments d'angoisse et d'anxiété que l'approche de la mort, entre autres, provoque.
Ils servent à la communication verbale entre le patient, le thérapeute et le groupe. On peut donc dire que, dans ce contexte, la marionnette apporte accompagnement et réconfort aux personnes atteintes de cette maladie et autres formes de démence.

Par ailleurs, cette expérience montre que la création et le jeu des marionnettes redynamisent, réactivent la pulsion de vie de ces personnes et leur permettent de retrouver du plaisir et du désir. La fabrication des marionnettes a également permis à la personne malade de s'identifier et de s'approprier l'objet créé, qui devenait une sorte de double pouvant agir selon ses désirs.

Compte-tenu des éléments que nous avons concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies qui lui sont apparentées et, riche des informations relatives à la marionnette, ses effets sur le grand public, mais aussi et surtout dans le cadre de thérapies, nous avons décidé de réaliser une étude alliant le travail avec des personnes souffrant de cette pathologie et le recours aux techniques de la marionnette. Nous exposerons les tenants et aboutissants de l'expérience que nous avons menée dans la seconde partie de ce mémoire.

Partie II

PARTIE PRATIQUE

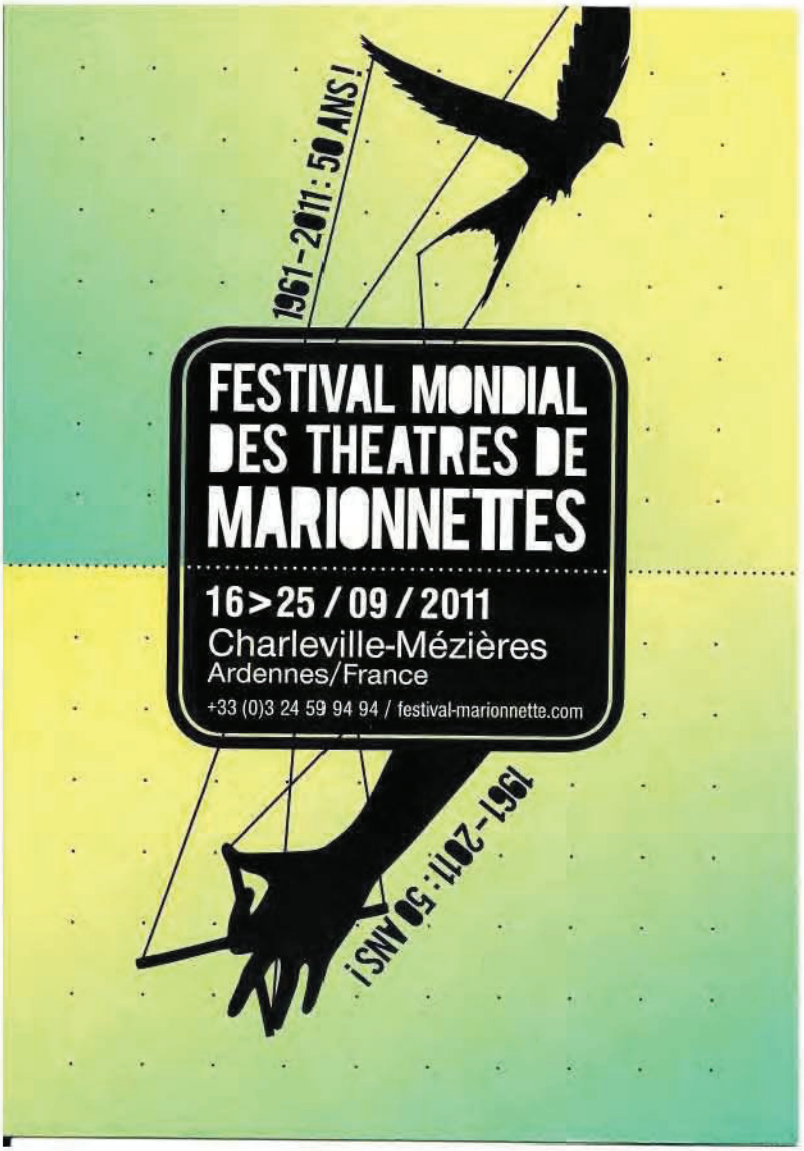


Figure 5: Festival Mondial des théâtres de marionnettes

I. Intervention en institution avec des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

1. Hypothèse de travail et protocole de recherche

L'apport des marionnettes auprès d'enfants ou d'adultes psychotiques, ou encore auprès de personnes âgées n'est plus à prouver. S. Maurel, dans son mémoire : « *La marionnette dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée dépendante* » réalisé sous la direction de Mme A. Osta, a pu mettre en évidence l'influence de la marionnette sur les modalités expressives et réceptives de la communication chez la personne âgée.

A l'heure actuelle, la maladie d'Alzheimer constitue un problème majeur.
En raison du vieillissement démographique le nombre de cas est en augmentation croissante, et sans que l'on ne sache vraiment pourquoi, la maladie frappe n'importe qui, à partir d'un certain âge, atteignant l'Homme dans ce qui fait justement qu'il est homme, à savoir ses fonctions intellectuelles, son comportement, ses capacités de communication. La diminution, pouvant aller jusqu'à la perte totale des capacités de communication, constitue sans aucun doute, selon T. Rousseau, le symptôme le plus dramatique de cette affection[39] .

Ainsi, nous nous sommes proposé de vérifier les effets des marionnettes sur la communication de malades Alzheimer et de personnes atteintes de maladies apparentées. La marionnette peut-elle sinon améliorer, du moins limiter la détérioration et/ou faciliter les habiletés communicatives de tels patients ?

Notre protocole de recherche incluait deux bilans d'évaluation des fonctions cognitives et linguistiques effectués à environ un an d'intervalle, ainsi qu'une évaluation des capacités à percevoir, identifier et reproduire des patrons d'intonation émotionnelle. Un atelier, dont la plupart des séances ont été filmées, a été mis en place, au sein de l'Accueil de Jour : la Villa Hélios St-Jean, à Nice.

[39] T. ROUSSEAU. « *Communication et maladie d'Alzheimer* », Orthoédition.

Il prévoyait la fabrication de marionnettes et l'établissement de « fiches d'identité ». Ces dernières ont servi de support à la rédaction d'un scénario repris lors d'un spectacle mettant en scène les marionnettes réalisées par les membres du groupe et venant clore notre étude.
En parallèle, a été effectuée une enquête visant à réaliser un bref état des lieux du fonctionnement des accueils de jour en France. Le second volet du questionnaire concernait la prise en charge non médicamenteuse de manière générale et plus particulièrement l'utilisation des marionnettes auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

2. Présentation de la Villa Hélios St-Jean

L'établissement, situé proche du port de Nice, comporte une vaste maison principale, des jardins et des terrasses. Il est spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

Il se compose :
- d'un EHPAD destiné à l'accueil de personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie ou dépendantes.
- d'un centre thérapeutique d'Accueil de Jour accueillant, du lundi au vendredi de 10h à 18h, des personnes vivant à leur domicile.

2.1. Le Centre Thérapeutique d'Accueil de jour

L'Accueil de Jour peut recevoir jusqu'à 16 personnes par jour. Elles sont accueillies à raison d'une ou plusieurs journées (ou demi-journées) par semaine.
Comme tous les Accueils de Jour, celui-ci peut être envisagé comme une passerelle vers l'institution mais il s'inscrit aussi dans le projet de maintien à domicile. Par les ateliers thérapeutiques proposés aux patients, il favorise le maintien de l'autonomie et des relations sociales et, pour l'aidant familial, il s'agit d'une véritable structure de répit qui aidera à vivre dans les meilleures conditions possibles la situation.

La structure comprend une grande salle de vie équipée d'une cuisine américaine. Une partie de cette pièce est destinée aux repas, activités, on y trouve une télévision, un poste CD. L'autre sert d'espace pour les ateliers et pour le rangement du matériel.

Une salle de repos est également à disposition. Elle est aussi utilisée pour certains ateliers : langage et mémoire par exemple.
Une pièce est réservée aux activités socio-esthétiques : pose de vernis à ongle, massages-détente, coiffure.
Enfin, une vaste terrasse arborée permet la réalisation d'activités en extérieur : jardinage, promenades, etc.

2.1.1. Organisation d'une journée

10h – 10h30 : Accueil avec collation et revue de presse.
10h30 – 11h30 : Ateliers, animations : 2 ou 3 groupes.
11h30 – 12h00 : Dressage de la table avec l'aide des résidents.
12h00 – 13h15 : Déjeuner.
13h15 – 14h00 : Repos : café et journal télévisé, sieste en salle de repos.
14h00 – 15h00 : Gym douce ou Parcours MARCHE.
15h00 – 16h00 : Ateliers, animations en groupes.
16h00 – 17h00 : Goûter, parfois en musique.
17h00 – 18h00 : Retour à domicile.

2.1.2. L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est formée à l'accompagnement des résidents et à la prise en charge de ce type de pathologie.

Elle se compose :

- *d'une psychologue coordinatrice* :

Elle est chargée de l'accueil et de l'information des patients et de leur famille. En tant que coordinatrice, elle anime des réunions d'échange entre les aidants, rédige les projets de vie individualisés en collaboration avec le médecin coordonateur et l'équipe, et organise des réunions hebdomadaires avec l'équipe pluridisciplinaire afin de résoudre tout problème. Les ateliers, leur horaire, leur organisation y sont abordés tout comme la possibilité des résidents à rester intégrés ou non à un groupe en fonction de l'évolution de leur maladie, de leurs capacités, de leur comportement, etc. La coordinatrice s'occupe en

parallèle du recrutement du personnel, et organise le planning des différents intervenants : bénévoles, équipe soignante, etc.
En tant que psychologue, elle réalise les bilans cognitifs, mnésiques et psychologiques des patients afin de mettre en évidence les capacités préservées et proposer un suivi thérapeutique adapté. Elle accompagne la famille et propose aux résidents des entretiens, des ateliers de médiation : l'atelier à médiation animale.

- *de deux aides Médico-Psychologiques (AMP)* et *d'une Auxiliaire de Vie Sociale (AVS)* :
Seuls les AMP peuvent administrer les traitements médicamenteux. Les AMP comme les AVS, accompagnent les résidents dans les actes de la vie quotidienne : repas, déplacements aux toilettes, etc, et sont au contact direct des familles qui amènent leur proche. Ils s'assurent aussi du rangement et de l'entretien des différents espaces de vie. Enfin, ils proposent des ateliers d'animation ludiques favorisant les relations sociales, le maintien de l'autonomie.

- *d'une psychomotricienne :*
Elle évalue les capacités psychomotrices ainsi que l'autonomie des résidents notamment au moment des repas. Elle propose en parallèle des ateliers thérapeutiques de groupe visant à canaliser les troubles du comportement, atténuer les angoisses et favoriser le bien-être et l'éveil sensoriel.

- *d'un kinésithérapeute :*
En charge de l'évaluation des capacités physiques et motrices des résidents, il propose aussi des activités « sportives » ludiques adaptées visant à maintenir l'autonomie globale de la personne. Effectuées en groupe, ses activités favorisent la participation sociale.

- *d'une orthophoniste :*
Outre les capacités langagières (expression verbale, non-verbale, écrite / compréhension orale, écrite) et cognitivo-mnésiques, l'orthophoniste évalue et prend en charge les troubles de la déglutition.
La prise en charge se fait en groupe, sous forme d'ateliers thérapeutiques visant à maintenir et adapter les fonctions de communication du patient de manière à préserver le plus longtemps possible son autonomie, à stimuler et favoriser les capacités cognitives et

mnésiques, tout en encourageant la socialisation. L'orthophoniste aide également à la prise des repas des résidents présentant des troubles de la déglutition.

2.1.3. Les ateliers proposés

Le projet de l'Accueil de Jour se fonde sur « le postulat que la participation à la vie collective et aux animations est une stimulation et par delà est susceptible de favoriser l'autonomie de la personne. »

Tous les ateliers se font en groupe de manière entre autres à favoriser les échanges. Leur durée ne dépasse pas les 45 à 50 minutes et, selon les projets, ils peuvent être proposés quelques semaines à plusieurs mois.

Les AMP et l'AVS proposent des *activités du quotidien* telles que la revue de presse, l'atelier pain, le jardinage, ainsi que des *activités ludiques* à visée sociale et récréative comme le thé-dansant, les jeux de boules ou quilles, les jeux de mémoire, le scrabble ou encore les sorties, au musée par exemple.

Des *ateliers thérapeutiques* sont également proposés par les auxiliaires médicaux. Par la stimulation et le maintien des capacités cognitivo-mnésiques, attentionnelles, langagières, des praxies, des gnosies, de la motricité fine, des capacités à se déplacer, et de l'expression de soi, ces ateliers cherchent à préserver l'autonomie globale de la personne et à lutter non seulement contre la triade : aphasie, apraxie, agnosie mais aussi contre les troubles du comportement tels que l'apathie, la dépression, l'anxiété, l'agitation ou encore la déambulation.

Ainsi, à l'Accueil de jour, les résidents sont amenés à participer à toutes sortes d'activités. Je propose d'en décrire quelques unes.

- L'atelier « théâtre »

Animé par une AMP, cet atelier permet l'expression de soi, chose que l'on sait difficile, et la créativité. Cette dernière étant préservée relativement longtemps elle permettra de revaloriser la personne. Le groupe est hétérogène mais les personnes dont l'émotivité est trop labile ne peuvent y participer. L'objectif principal est l'accès à la communication non-verbale et au lâcher prise. Les participants sont répartis de sorte à pouvoir communiquer avec au moins une des personnes situées à côté d'eux. Il arrive que certains ne participent pas activement mais ils sont présents.

L'atelier s'organise en quatre temps :

L'accueil : de manière à resituer les personnes dans le temps la date du jour est rappelée, puis l'atelier est décrit.

Le rituel de début : chacun se présente, partage une poignée de mains avec son voisin et lui dit « bonjour » avec l'émotion de son choix : colère, joie, tristesse, peur.

L'atelier : il consiste à jouer une scène à partir d'une émotion et ainsi entrer en contact avec le groupe.

Le rituel de fin : il s'agit de se dire « au revoir » tous ensemble en étant heureux.

Cet atelier est un véritable moment de partage, d'amusement, au cours duquel les résidents rient beaucoup.

- L'atelier « pain »

Animé par une AMP, il consiste à proposer aux participants de réaliser à tour de rôle une partie de la recette : mélanger les ingrédients, pétrir, etc. Tout le monde y va de son expérience, évoque des souvenirs d'enfance ou autres, donne des astuces pour rendre la pâte plus souple ou pour obtenir une cuisson optimale, etc., chacun y met son grain de sel …

Se basant sur une activité de la vie quotidienne, l'atelier pain favorise l'autonomie, et les échanges qui se créent dans ce contexte renforcent l'estime de soi.

- Atelier « peinture / collage »

Effectué avec une AMP ou l'AVS, cet atelier entre dans le cadre des activités artistiques ou créatives. Ainsi, des tableaux sont réalisés et exposés dans différentes pièces de l'Accueil de Jour, des guirlandes ont même été fabriquées à l'occasion des fêtes de fin d'année. Les productions revalorisent les personnes.

- Atelier « massage / détente »

Animé par l'AMP, l'atelier se déroule, en petit nombre, dans le salon de coiffure où l'atmosphère, l'ambiance est propice à la détente. Il a été mis en place dans le but de renforcer la perception du corps, l'éveil sensoriel ainsi que l'estime de soi.

- Les sorties

Pour les personnes qui le peuvent encore, qui le souhaitent, et de manière à pallier l'isolement, la perte du lien social, des sorties à visée « culturelle et sociale » sont

organisées. Accompagnés d'AMP et / ou d'un auxiliaire médical, les résidents assistent à des expositions, vont au carnaval ou se rendent aux musées. A ce propos, dans le cadre du projet CALMAN[40], les résidents ont récemment participé à la visite du Musée d'Art Moderne et d'Art Contemporain. Ce projet est organisé par le Centre Mémoire de Ressources et de recherche (CMRR) du Centre Hospitalier Universitaire en partenariat avec les musées, dans le cadre d'une politique d'ouverture des lieux culturels de la ville de Nice au handicap. « Il a pour objectif de contribuer à l'insertion et à la participation sociale des personnes malades ainsi qu'à véhiculer une image positive et déstigmatisante de la maladie. L'art est considéré comme un support de communication devant permettre de recréer du lien social et des souvenirs. Les visites ont pour but de favoriser les échanges, l'expression orale, la socialisation, les émotions et la cognition. »

- La « gym douce » et le parcours « MARCHE »

L'atelier gym douce est proposé par le kinésithérapeute à raison de 4 fois par semaine, après le déjeuner, pendant une heure environ. Il consiste en des exercices d'étirements et des jeux de ballon. Lorsque la météo est favorable, le groupe se rend au parcours MARCHE, sorte de parcours de santé spécialement aménagé dans le jardin de l'établissement, pour maintenir les capacités motrices notamment celles mises en jeu au moment de la marche : l'équilibre, le repérage au sol, l'analyse spatiale… Un terrain de boules et un mini-golf viennent compléter ce parcours. Ils permettent de stimuler adresse et ajustement oculomoteur de manière plus ludique.

- Atelier « corps / voix / rythme »

La psychomotricienne a mis au point des ateliers fondés sur la conception de M. Herns Duplan[41], intitulée « Expression Primitive ». Selon l'auteur, « le sens de cet intitulé est de s'appuyer sur le relief premier dans la vie - le corps - s'en nourrir pour s'exprimer du zéro à l'infini, c'est-à-dire du minimum nécessaire au maximum de ses possibilités. »[42]
Le terme d' « Expression Primitive » renvoie à une démarche anthropologique conduisant l'individu à une recherche, en soi et à travers le groupe, de sa propre genèse: « rencontre

[40] http://www.cmrr-nice.fr/?p=programme-calman
[41] Comédien, musicien, danseur, chorégraphe et fondateur de « Expression Primitive ».
[42] http://herns.duplan.free.fr/textes/article.html, Article de M. Herns DUPLAN.

du corps avec ses sources, rassemblement des énergies à vivre, déploiement de l'imaginaire, libération des émotions. »

Il s'agit de mettre en jeu le corps dans tout son potentiel d'expression selon des principes qui favorisent la circulation de l'énergie. Ces principes consistent à matérialiser le temps, les rythmes : frappements des pieds, des mains, émissions vocales, etc. et à le ritualiser. Le groupe s'organise en cercle, et la séance s'achève sur un échange de gestes, de chants.

Ainsi, au début de l'atelier, qui se déroule dans un environnement calme avec une lumière adaptée, la psychomotricienne resitue les patients dans l'espace et dans le temps. Ensuite, elle leur propose des exercices progressifs d'échauffements, d'assouplissements, auto-massages, d'étirements, de rotations des mains, des pieds etc. Il s'agit de réaliser, reproduire des mouvements lents en coordination avec la respiration. Puis, vient l'adaptation au rythme par la réalisation de « gestes ancestraux et universels du quotidien » : pousser, tirer, donner, recevoir… La séance se termine par un chant, toujours le même et les participants tapent des mains, des pieds… Il ne s'agit pas d'être dans le faire mais dans l'être. L'objectif visé par cet atelier à médiation corporelle et expressive est la régulation tonique et musculaire ainsi que le lâcher prise. Il contribue à la lutte contre l'anxiété, les troubles du comportement (agitation, déambulation) tout en axant le travail sur la détente et la communication non-verbale.

- L'atelier à médiation animale

L'activité assistée par l'animal est une méthode utilisant l'animal comme médiateur de la relation. L'atelier animé par la psychologue s'adresse à des individus aimant ou ayant eu des animaux. En l'occurrence, l'animal médiateur est un chien. Il interagit avec les membres du groupe, devient le centre d'intérêt et augmente la motivation des personnes à participer à l'atelier, à s'exprimer que ce soit de manière verbale ou non verbale. Et, outre son action apaisante amenant à une réduction temporaire de l'anxiété, le mémoire de Melle C. Salicetti : « *L'Activité Assistée par l'Animal : une solution pour lutter contre l'apathie des DTA ?* » codirigé par Mme E. Saltarin, psychologue à l'initiative de l'atelier, a mis en évidence un effet sur l'apathie.

- Atelier « langage et mémoire »

Les groupes sont formés après un bilan orthophonique en fonction des capacités de chacun. L'orthophoniste intervient 4 matinées par semaine auprès de personnes dont l'aphasie est partielle et qui peuvent s'exprimer verbalement. Son objectif est de stimuler

et maintenir les capacités cognitivo-mnésiques, attentionnelles et langagières. Ainsi, à chaque début d'atelier les résidents sont amenés à retrouver la date du jour, un petit temps est pris pour parler du saint du jour, puis un travail d'évocation lexicale et / ou de réminiscence est engagé. L'orthophoniste varie les supports : images, musique, articles, Fables, … A l'occasion des fêtes de fin d'année, des thèmes tels que la Noël, le jour de l'An ou encore l'Epiphanie ont été abordés donnant lieu à des discussions autour des chants de Noël, des coutumes, des repas traditionnels de différentes régions, etc. En février, le Carnaval a également fait l'objet d'un travail. Les productions verbales des patients sont répertoriées. Les mots évoqués au moment de Noël par exemple ont été tapés à l'ordinateur et, après les avoir catégorisés les membres du groupe les ont collés sur des bandelettes destinées à la confection de boules de Noël. Leurs productions peuvent encore servir à la réalisation de tableaux, etc. Le tout vient agrémenter la décoration de l'espace de vie et par là même revaloriser la personne, son estime de soi.

II. Population

Ont été inclues à notre étude les personnes présentant des troubles de la communication et de la pragmatique du discours en lien avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Nous souhaitions un groupe hétérogène tant du point de vue de l'âge que des capacités cognitivo-mnésiques, psychomotrices et langagières mais l'accès à la communication verbale devait être préservé.

Nous avions comme critères d'exclusion : les troubles du comportement productifs de type déambulation, agitation, ainsi que les troubles gnosiques et praxiques trop prégnants. Le niveau socio-culturel n'a pas été un critère décisif.

Nous nous sommes penchée sur les dossiers des résidents afin d'en connaître mieux leur parcours de vie, l'histoire de la maladie, leurs centres d'intérêt, activités antérieures, et goûts.

Huit résidents de l'Accueil de Jour ont ainsi été initialement choisis pour participer à notre expérimentation : Mesdames B., Bi., R., M., D., P., L., et Monsieur D.

Nous nous proposons de présenter les éléments biographiques de chacun, leur symptomatologie ainsi que leurs centres d'intérêt. Dans le souci du respect médical, les noms des participants ne seront pas divulgués.

1. Madame B.

Mme B. perd son père très jeune et vit une enfance douloureuse. Elle passe son certificat d'études puis devient mère au foyer. Veuve deux fois, elle est mère de 4 enfants, vivant tous dans la région, et est également plusieurs fois grand-mère et arrière grand-mère. Tous viennent régulièrement lui rendre visite, ce qu'elle apprécie beaucoup.

Elle est décrite par sa famille comme volontaire, aimante mais autoritaire, et par l'équipe pluridisciplinaire comme une personne sociable, agréable et ayant un grand sens de l'humour.

Elle aime la télévision, le cinéma, toutes sortes de musiques mais aussi la danse. Elle a d'ailleurs dansé à l'opéra étant petite. Elle adore les animaux, surtout les chats et aimait beaucoup aller à la plage et s'occuper de ses plantes.

Après une semaine passée en accueil de jour, Mme B. intègre l'EHPAD de la Villa Hélios St-Jean, le 21 décembre 2010.

Son dossier médical indique le diagnostic de démence mixte avec syndrome frontal dans un contexte d'hypertension artérielle.

En février 2011, elle a alors 79 ans, son score au MMSE est de 14/30. Elle présente une atteinte modérée des capacités cognitivo-mnésiques.

Elle est anosognosique et l'on note des troubles de la mémoire immédiate ainsi qu'une désorientation temporelle massive. Les gnosies et les praxies sont conservées. Il en est de même pour l'accès à la pensée abstraite et les mémoires autobiographique et sémantique. Enfin, la mémoire de travail est mobilisable et ses capacités langagières sont préservées. Son vocabulaire est riche, elle communique peu spontanément mais répond volontiers aux sollicitations extérieures.

L'objectif de soins principal pour cette patiente est le suivi orthophonique afin de maintenir les capacités préservées et stimuler les facultés cognitivo-mnésiques. Une demi-journée par semaine Mme B. se rend à l'accueil de jour où elle participe à la gym douce et à l'atelier mémoire qu'anime l'orthophoniste. En parallèle, toujours dans le but de renforcer son autonomie et favoriser les échanges collectifs, elle participe à des activités variées telles que les sorties, la couture, l'atelier pâtisserie…

2. Madame Bi.

Femme au foyer, Mme Bi. a élevé ses deux filles. Elle est actuellement grand-mère. La relation avec son époux étant conflictuelle, ils se séparent en 2010 ; elle vit alors seule.

Elle est décrite par son entourage comme active, sociable, gaie mais aussi un peu timide.

Elle aime s'occuper de sa maison, faisait de la couture, du tricot et adorait bricoler.

Elle est admise à l'accueil de jour en mai 2011 à l'âge de 90 ans.

Auprès de l'équipe, elle se montre très agréable, coopérante mais elle n'exprime pas spontanément ses ressentis, peut s'énerver rapidement et s'avérer agressive verbalement.

Son dossier médical à l'accueil de jour mentionne le diagnostic de démence mixte et fait état d'antécédents de troubles cardiaques et d'hypertension artérielle. Il spécifie en outre que la patiente avait fait une rupture d'anévrisme quelques années auparavant.

Le bilan cognitivo-mnésique en date du 16 juin révèle un score de 14/30, soit une atteinte modérée. Mme Bi. présente une importante désorientation temporo-spatiale, une pensée déductive non opérationnelle, ainsi qu'un trouble de la mémoire immédiate et une défaillance de la mémoire de travail.

Elle est consciente de ses troubles ce qui l'affecte et l'amène à se dévaloriser sans cesse. Elle a besoin d'être régulièrement encouragée.

Par ailleurs, la communication spontanée est fluide, et Mme Bi. ne présente pas de troubles aphasiques majeurs. Le bilan psychomoteur, quant à lui, met en évidence un ralentissement général. En revanche, Mme Bi. est autonome pour les actes simples de la vie quotidienne et aucun trouble gnosique ou praxique n'a été décelé.

Mme Bi. se rend chaque jour de la semaine à l'accueil de jour, où lui sont proposées des activités diverses et variées : relaxation, atelier photo-langage, gym douce, atelier corps-voix-rythme, atelier théâtre, jeu de quilles, … censées la dynamiser, soutenir ses compétences, maintenir son autonomie et stimuler ses relations sociales. Dans cette même optique et parce que ses capacités langagières sont relativement bonnes, Mme Bi. est suivie par l'orthophoniste.

3. Madame R.

Mme R. obtient son certificat d'études puis élève ses deux enfants. Elle est âgée de 75 et vit actuellement à son domicile avec son mari. Elle a 4 petits-enfants.

C'est une dame très douce, gentille, un peu timide.

Elle était sportive. Toujours très active, elle pratiquait des activités telles que la couture, le tricot, la peinture, le dessin, le jardinage, le bricolage, les jeux de société, le scrabble... Elle aime les films, la musique, le théâtre, les voyages mais aussi les chats.

En juillet 2011, elle intègre l'accueil de jour.

Elle souffre de maladie d'Alzheimer et de dépression chronique sévère. Son bilan cognitivo-mnésique, datant de septembre 2011, révèle un score de 22/30 soit une atteinte légère. Mme R. déambule, a des troubles de la mémoire, et son autonomie est réduite.

4. Madame M.

Titulaire d'un BEPC, Mme M. a exercé la fonction de secrétaire comptable. Elle a 77 ans, une fille qui habite la région et un garçon. Veuve d'un premier mariage, elle vit aujourd'hui maritalement.

Mme M. est plutôt réservée mais sociable et courtoise.

Elle aime les voyages, la cuisine, les sorties dans la nature, la peinture, la couture, les jeux de boules et de cartes en famille. Elle apprécie de pouvoir aider ses proches.

Dans le courant de l'été 2011, elle est admise à l'accueil de jour qu'elle fréquente deux jours par semaine.

Dès son arrivée, la psychologue pratique un bilan des capacités cognitivo-mnésiques. Celles-ci se trouvent très modérément atteintes (score MMSE : 23/30). On observe une légère désorientation spatiale et, l'encodage n'étant plus efficient, une altération de la mémoire immédiate.

Mme M., consciente et affectée par l'affaiblissement de ses facultés, se montre nerveuse mais persévérante. Elle déploie des stratégies, des astuces pour pallier ses difficultés et donner le change. La mémoire de travail est encore mobilisable et les praxies simples comme les gnosies sont conservées. Le vocabulaire est varié, le discours fluide et la communication spontanée correcte. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer débutante est posé.

Deux mois plus tard, son MMSE est chuté (18/30). Il s'agit d'une dégradation importante en peu de temps.

Les gnosies restent préservées et les praxies le sont encore en grande partie.

C'est au niveau du langage et du comportement que l'on note des changements. En effet, si la compréhension est toujours relativement bonne, dans l'expression le manque du mot

est plus marqué. L'importante implication de Mme M. dans les épreuves se manifeste par une expiration marquée, sonore. Son visage est plus fermé qu'auparavant et un certain émoussement affectif est observable. Mme M. présente une apathie et agit plutôt sur sollicitation.

Sa famille ne pouvant plus s'occuper d'elle, elle intègre l'EHPAD.

Ses facultés langagières et cognitivo-mnésiques restantes doivent être stimulées d'où la sollicitation cognitive assurée par l'orthophoniste et la participation à des ateliers.

5. Madame D.

Mme D. est âgée de 88 ans. Elle a un mari et 3 enfants auxquels elle est très attachée. Elle a gardé sa mère chez elle jusqu'à son décès à l'âge de 102 ans.

Aussi bien avec sa famille qu'avec les résidents et le personnel, Mme D. est une dame charmante, souriante et très sociable. Elle apprécie les échanges mais reste plutôt discrète.

Elle aime la cuisine, les activités manuelles comme le tricot, la couture mais apprécie par-dessus tout la lecture.

Elle est accueillie pour la première fois à l'accueil de jour en août 2011. Elle a alors 87 ans et souffre de maladie d'Alzheimer.

Ses troubles de l'équilibre et de la marche la contraignent à se déplacer avec un déambulateur ou l'aide d'une personne, sous peine de chutes répétées. Elle est sujette aux bronchites chroniques asthmatiformes et tousse, ce qui la fatigue beaucoup.

Son bilan cognitivo-mnésique n'a pu être réalisé car Mme D. était souvent absente et lorsqu'elle était présente son état de fatigue ne permettait pas la réalisation des épreuves. Le bilan psychomoteur montre quant à lui, une légère désorientation spatio-temporelle, des praxies relativement bien conservées, une mémoire de travail en partie préservée et des capacités d'apprentissage. Les gnosies visuelles ainsi que les capacités de compréhension et d'expression sont bonnes. Ses capacités psychomotrices et son optimisme lui permettent de participer à toutes sortes d'activités.

6. Madame P.

Mme P. arrête ses études en première et devient artiste chorégraphique. Elle a longtemps vécu avec son fils en Italie. Aujourd'hui, âgée de 61 ans, elle est célibataire et vit à Nice.

Elle est agréable, aime plaisanter et rire avec les résidents et le personnel.

Elle entre à l'accueil de jour en juin 2010. Sa famille la trouvant davantage dynamique au domicile depuis qu'elle est stimulée au centre, à partir de janvier 2011 elle s'y rend 5 fois par semaine.

Elle est atteinte de maladie d'Alzheimer sans troubles du comportement, dans un contexte d'hypertension artérielle. En janvier, elle partageait une relation privilégiée avec Mme Z. et, durant l'été qui a suivi, elle s'est rapprochée de Mme Bo. qu'elle semble avoir pris sous son aile et pour laquelle elle se trouve être très stimulante, l'encourageant au moment des repas, des activités, etc.

Avec un score de 16/30 au MMSE en février 2011, Mme P. présente des troubles cognitifs et mnésiques modérés. Le bilan met en évidence une désorientation temporo-spatiale massive ainsi qu'une atteinte de la mémoire immédiate, l'épreuve montre toutefois que l'indiçage aide. La mémoire de travail reste mobilisable et l'apprentissage possible. Les gnosies et les praxies idéatoires sont conservées, les praxies constructives ne le sont qu'en partie. Enfin, les praxies idéomotrices sont difficilement réalisables et demandent à être décomposées. Les capacités langagières et la compréhension des choses concrètes sont préservées. Toutefois, un comportement verbal répété, stéréotypé : « oui oui » apparaît parfois, semblant traduire une compréhension partielle. Et, bien que les phrases soient syntaxiquement correctes, un manque du mot évident dont elle ne semble pas être consciente, vient entacher le discours.

Le projet de l'établissement est donc de lui proposer des activités physiques, psychomotrices, des activités visant la stimulation du langage, des capacités attentionnelles, de la mémoire, en particulier la mémoire de travail. La stimulation de la créativité et de l'expression de soi est tout aussi importante. Mme P. se montre en général intéressée par les activités proposées, quelles qu'elles soient et s'intègre sans difficulté.

7. Madame L.

Mme L. a 73 ans. Elle vit à Nice où elle a exercé la profession d'esthéticienne. Elle est divorcée, a deux filles et une petite-fille. L'une de ses filles n'habite pas la région, mais toutes deux sont très présentes.

Elle est décrite comme très active par sa famille.

Elle aimait beaucoup marcher, danser mais aussi cuisiner, dessiner, faire des mots fléchés.

A l'accueil de jour, qu'elle intègre en octobre 2011, elle se montre sociable, dynamique, souriante, toujours prête à se rendre utile.

Mme L. est traitée pour un syndrome anxio-dépressif depuis plusieurs années. Le dossier médical mentionne des antécédents d'épisodes d'hallucinations visuelles ainsi que de troubles du comportement alimentaire de type boulimie.

A son arrivée à l'accueil de jour, la psychologue réalise un bilan qui révèle une atteinte sévère des capacités cognitivo-mnésiques (MMSE 8/30), avec des symptômes en faveur du diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Elle présente une désorientation spatio-temporelle massive, un trouble de la mémoire immédiate, et une atteinte des facultés attentionnelles mettant à mal la mobilisation de la mémoire de travail. Sont également décelés un trouble du jugement et un trouble de la planification mis en évidence lors de la réalisation de gestes complexes. En revanche, les praxies simples et les gnosies, évaluées au moment du bilan psychomoteur, sont conservées. La compréhension et l'expression restent relativement bonnes malgré un manque du mot envahissant. Au niveau du comportement, il est à noter que Mme L. semble parfois indifférente, apathique. Il lui arrive de déambuler. Enfin, elle semble consciente de l'affaiblissement de ses capacités, ce qui l'affecte beaucoup et accroît son anxiété.

Elle tente de pallier ses difficultés par la mise en place de stratégies compensatoires. Ces dernières n'étant plus opérationnelles, Mme L. se justifie en donnant des excuses et en tenant des propos fabulatoires.

Mme L. ayant tendance à la dévalorisation, l'objectif est de lui proposer des activités favorisant son autonomie globale et mettant en valeur ses compétences et sa propension à rendre service. La diminution de ses fonctions exécutives nécessite un aménagement de l'accompagnement de manière à éviter la mise en échec.

8. Monsieur D.

Mr D., ancien ingénieur agronome, est âgé de 83 ans. Il est marié et a deux fils qui ne vivent pas à proximité et quatre petits-enfants.

Il est décrit par ses proches comme un homme autrefois rigoureux, droit, introverti, et aujourd'hui détaché de tout, passif.

Il aimait la musique classique, la télévision, le cinéma, le théâtre, la lecture, les jeux de dames, le jardinage et le bricolage. Il a fait des voyages, a longtemps pratiqué le rugby et un peu le football.

Mr D. présente une démence vasculaire. Son dossier médical fait également état d'un syndrome anxio-dépressif ancien, d'un accident ischémique cérébral et de troubles cardiaques. Mr D. porte un pace maker.

Il est admis à l'accueil de jour en janvier 2009.

Il est agréable, sociable et souriant mais semble très fatigable, avoir besoin de temps pour émerger de son sommeil et faire de gros efforts pour tenir éveillé.

En décembre 2009, son score au MMSE est de 21/30 ce qui correspond à une atteinte modérée des capacités cognitives et mnésiques. En septembre de l'année suivante, il a 82 ans, ce score est stable. Le bilan témoigne d'une désorientation temporelle massive, qui ne semble toutefois pas le toucher, et d'un trouble de la mémoire immédiate avec amnésie de fixation. Mr D. tente de pallier ses échecs par le biais de l'humour. Les gnosies et praxies sont conservées, les mémoires, sémantique et biographique, sont préservées, l'apprentissage est possible. Mr D. est peu loquace mais a toujours le mot juste, son vocabulaire est riche et varié. Bien que sporadique, la communication spontanée est bonne. La compréhension l'est tout autant.

Concernant le comportement, l'apathie est manifeste. Sont également observés une diminution de l'estime de soi, une perte de la confiance en soi ainsi qu'une diminution des intérêts et du plaisir éprouvé (anhédonie).

La psychomotricienne évoque quant à elle, un ralentissement psychomoteur.

Pour conclure, Mr D. a besoin d'un accompagnement et d'un soutien particulier afin de l'aider à s'extraire de la passivité et à se renarcissiser. Ainsi, toute participation à des activités qui invitent à l'expression de soi et qui participent à la lutte contre l'apathie sont à encourager.

III. Calendrier

Ce protocole s'est échelonné sur une année environ: de mars 2011 à mars 2012, de la manière suivante :

- Mars 2011 : présentation du projet à la psychologue coordinatrice et à l'orthophoniste de l'accueil de jour.

- Avril 2011 à août 2011 : présentation du projet à l'équipe pluridisciplinaire puis découverte de la structure et de son fonctionnement, familiarisation avec les lieux, l'équipe, la pathologie et les résidents (consultation des dossiers médicaux, etc). Fabrication de notre marionnette, prototype créé en vu de la présentation de l'atelier aux futurs participants.

- Août à septembre 2011 : choix des participants à notre protocole puis passation des bilans initiaux visant à évaluer les fonctions cognitives linguistiques ainsi que la compréhension et la production de patrons d'intonations émotionnelles. Certains bilans étant récents nous avons fait le choix de ne pas les faire de nouveau passer.

- 18 octobre 2011- 24 janvier 2012 : déroulement de l'atelier suivant un protocole préétabli mais ajusté au cours de notre expérience. La plupart des séances ont été filmées de manière à étudier le comportement des résidents, les interactions. La communication, la quantité et la qualité des échanges de trois patientes ont été plus particulièrement analysées au cours de la première et de la dernière séance à l'aide de la GECCO : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication élaborée par T. Rousseau.

- 31 janvier 2012 : spectacle de marionnettes venant clore notre expérience suivi d'une interview des résidents concernant ce qu'il venait de voir. Le spectacle comme l'interview ont été filmés.

- 21 février 2012 : à la demande du personnel et des résidents, nous avons rejoué pour tous, le spectacle mettant en scène les marionnettes créées par les résidents intégrés à l'atelier.

- Février / mars 2012 : seconde passation des bilans. Nous avons proposé les mêmes épreuves que celles des bilans initiaux afin de faire une étude comparative des résultats obtenus.

En parallèle, un questionnaire destiné aux accueils de jour de France a été élaboré. Il s'agissait de faire un état des lieux de l'utilisation des marionnettes auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés au sein de telles structures.

- Eté 2011 : élaboration du questionnaire.

- Septembre / octobre 2011 : envoie des questionnaires à près de 470 accueils de jour en France.

- Février 2012 : dépouillement et analyse des réponses obtenues.

IV. Démarche

1. Bilans initiaux

Nous allons faire une brève présentation des épreuves de chaque bilan : Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques et Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication. Puis, nous proposons une analyse des résultats obtenus par les sujets choisis pour le protocole.

1.1. Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques (EFCL)

1.1.1. Présentation

L'EFCL est un outil d'évaluation des fonctions cognitives linguistiques et d'aide à la rééducation, mis au point par B. Orellana, orthophoniste (*annexe 1*). Ce bilan a été conçu afin de dépister les troubles linguistiques de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou démence et de déterminer l'atteinte des processus mis en œuvre au cours des différentes épreuves. Ces dernières, au nombre de 11, sont regroupées selon ce qu'elles cherchent à apprécier : les capacités verbales, la mémoire, les processus exécutifs.

- *Capacités verbales*
    - Dénomination

Cette épreuve consiste en la présentation d'images et de détails que le sujet doit dénommer. Elle permet de mettre en évidence l'appauvrissement lexical. Selon le degré d'atteinte l'on verra un manque du mot, des paraphasies sémantiques ou phonémiques, ou encore l'emploi de circonlocutions, de termes génériques, de gestes significatifs. De là, des moyens de facilitation tels que l'ébauche orale ou articulatoire, le contexte inducteur, peuvent se dégager.

- Description d'image

Il est demandé au patient de décrire une scène de la vie courante. Sera jugée sa faculté à reconnaître le lieu où se déroule l'action, les personnages, ce qu'ils font, et à donner des éléments de détails. Cet item met également l'accent sur la cohérence de l'analyse globale de la situation. Là encore la richesse lexicale, la qualité du discours et l'utilisation de termes adéquats, adaptés seront à prendre en compte.

- *Mémoire*
    - Rappel et reconnaissance de mots

Cette épreuve met en évidence la capacité des sujets à restituer 5 mots qu'ils viennent de lire à haute voix et de mémoriser. Puis, une épreuve interférente de comptage de 4 en 4 de 0 à 40 est proposée. Elle n'est pas quotée mais permet d'estimer la compréhension, la mémorisation et la capacité à réaliser la tâche. S'en suit un second rappel des 5 mots mémorisés. Qu'il s'agisse du rappel immédiat ou du rappel différé, chaque fois que des mots ont été oubliés nous procédons à un indiçage, c'est-à-dire à l'évocation d'un indice issu de l'encodage, pour retrouver l'information. Ex : quel était le nom du fruit ? La poire. La sensibilité à l'indiçage (pourcentage de mots récupérés) diminue avec l'avancée de la maladie et sera même parfois inefficace en début de maladie. Au cours de cette épreuve, il n'est pas rare de voir ressurgir des noms d'objets issus des images de l'épreuve de dénomination.

Une seconde épreuve interférente intervient : barrer tous les « b » présents parmi des distracteurs : « q » et « d ». Là encore il n'y pas de quotation mais cela nous donne des indications sur la compréhension, la mémorisation, l'analyse de l'espace feuille, la stratégie visuelle.

Enfin, il est demandé au patient de retrouver parmi une liste de mots ceux initialement appris. Cet item permet de confirmer les possibilités d'encodage. On observe

régulièrement de fausses reconnaissances, reflet parfois d'une interférence avec l'épreuve de dénomination d'images.

- Restitution de texte

Le sujet doit restituer des éléments relativement précis d'un court texte lu. Les capacités mnésiques sont clairement évaluées dans cette épreuve.
Certains, ne sachant pas répondre, font référence à leur histoire personnelle.

- *Processus exécutifs*

- Association objet-usage

Il s'agit d'associer un verbe à un mot lu. Cela permet d'évaluer le langage automatique et fonctionnel.

- Concaténation de mots dans une phrase

Il est demandé au patient de construire une phrase contenant les deux ou trois mots que l'on vient de lui donner. La phrase doit contenir tous les mots et sa syntaxe doit être correcte. Tout mot dérivé ou manquant sera sanctionné. Au-delà des facultés de mémorisation des mots, la cohérence et la syntaxe de la phrase sont appréciées.

- Compréhension orale de l'implicite

L'examinateur lit un très court énoncé, que le sujet doit essayer d'expliquer le plus simplement possible. Il arrive que les personnes évaluées tentent de répéter mot pour mot les phrases.

- Résolution de problèmes

Le patient doit résoudre 3 petits problèmes dont les calculs ne sont pas difficiles à condition d'avoir fait preuve d'une écoute attentive des énoncés. Cette épreuve peut révéler des troubles de l'attention mais surtout des difficultés voire une impossibilité à mémoriser les données et à les manipuler, signe d'une atteinte de la mémoire de travail.

- Tâche de similitudes

Après avoir proposé un exemple, il est demandé à la personne de donner le rapport entre deux objets de même catégorie. Ex : Quel est le rapport entre une orange et une banane ?
La plupart du temps les personnes interrogées évoquent ce qui différencie, mais souvent avec une aide du type : « ce sont des… », elles trouvent la réponse exacte.

- Epreuve de chronologie

Le cadre est posé : « vous allez au restaurant », puis l'examinateur demande de classer correctement les 5 actions inscrites sur la feuille.

• Appariements fonctionnels

L'examinateur débute une phrase que le patient doit compléter par le terme approprié. Cette épreuve apprécie le langage automatique et fonctionnel.

Cette épreuve est très rarement chutée.

1.1.2. Résultats

Nous proposons à présent un compte-rendu de ce bilan effectué auprès des différents résidents participants au protocole.

1.1.2.1. Madame B.

Au moment de la passation, le 18 août 2011, Mme B. est plutôt coopérante, volontaire et heureuse de m'aider. Nous avons pu noter que son audition est partielle et sa vision bonne.

Elle obtient un score total de 37,25/60, avec principalement une atteinte mnésique, les processus exécutifs et les capacités verbales restant correctes. Voyons de plus près ce qui dysfonctionne.

- *Les capacités verbales* apparaissent bien préservées.

• L'épreuve de dénomination est correctement réalisée avec un score de 43/44. L'ébauche orale aide la patiente à trouver le mot.

• La description d'images, avec un score de 3/6, est moyennement réalisée. En effet, le lieu est parfaitement reconnu, mais l'analyse globale de la situation, bien que cohérente, reste partielle. Seul un personnage est nommé, quelques actions sont décrites, très peu d'éléments de détails sont fournis. Le discours est succinct.

- *Les épreuves mnésiques* montrent des résultats très faibles.

• Le rappel immédiat est partiellement efficient (3 mots sur 5).

• Le rappel différé est quant à lui impossible.

• Dans les deux cas l'indiçage améliore sensiblement le score.

• L'épreuve de reconnaissance montre un faible résultat avec un seul mot reconnu et quatre fausses reconnaissances.

• Les épreuves interférentes, calcul mental et barrage de lettres, sont correctement réalisées.

• Avec 2 réponses exactes, la restitution de texte est moyennement satisfaisante.

- *Les processus exécutifs* sont relativement préservés.

• Les épreuves association objet-usage et appariements fonctionnels révèlent un langage automatique et fonctionnel assez bien conservé, bien que pour l'épreuve d'association objet-usage Mme B. se détache de la consigne en donnant des verbes conjugués contrairement à l'exemple proposé où le verbe est présenté à l'infinitif.

• L'épreuve de concaténation de phrases montre une élaboration linguistique moyenne. Alors que deux phrases sont correctement construites avec les deux mots demandés, la troisième, bien que tout aussi cohérente et correcte sur le plan syntaxique que les précédentes, montrent l'emploi d'un mot de la consigne sous sa forme dérivée. Enfin, la dernière phrase met en évidence l'oubli d'un des mots cibles.

• La compréhension orale de l'implicite est partielle.

• La résolution de problèmes est effectuée avec succès.

• L'épreuve de tâches de similitudes met en évidence une consigne difficile à comprendre. Mme B. a tendance à donner ce qui différencie les éléments plutôt qu'à trouver les similitudes. Avec mon aide (contexte : « ce sont tous les deux des … ») elle trouvera toutes les réponses.

• L'épreuve de chronologie est chutée. Seule la première action est correcte, pour les autres l'ordre chronologique n'est absolument pas respecté et une action est même totalement oubliée.

En somme, la prise en charge viserait à travailler sur les capacités mnésiques restantes et à utiliser au maximum les capacités verbales et les processus exécutifs qui sont chez cette patiente relativement bien préservés.

1.1.2.2. Madame Bi.

Son bilan est effectué en juin 2011. Elle est coopérante. Son audition est bonne et elle porte des lunettes. Elle obtient un score moyen de 31,5/60. Les trois domaines évalués : capacités verbales, mémoire, processus exécutifs, sont quelque peu atteints.

- *Les capacités verbales* sont relativement faibles.

• L'épreuve de dénomination est assez bien réalisée avec 36 mots correctement dénommés sur 44. Les mots non dénommés donnent lieu à des paraphasies sémantiques et une paraphasie phonémique. L'ébauche orale aide la patiente.

• La description d'image est quant à elle impossible. Mme Bi. ne reconnaît pas du tout la situation. L'analyse globale est mauvaise. Aucun personnage n'est reconnu, aucune action ni aucun élément de détails de la scène de vie quotidienne proposée ne sont décrits. Mme Bi. parle de « maîtresse, instituteurs, élèves… »

- *Les épreuves mnésiques* montrent :

• Un rappel immédiat et un rappel différé partiellement efficients.

• L'indiçage améliore peu le score.

• Les épreuves interférentes sont correctement réussies.

• L'épreuve de reconnaissance révèle un score moyen avec 2 mots reconnus et 2 fausses reconnaissances. Une de ces fausses reconnaissances est probablement en lien avec une des erreurs faite à l'épreuve de dénomination.

• La restitution de texte est impossible. Aucun élément de l'histoire entendue n'a pu être retrouvé.

- *Les processus exécutifs* sont dans l'ensemble atteints.

• Les épreuves association objet-usage et appariement fonctionnel révèle un langage automatique et fonctionnel correcte.

• L'épreuve de concaténation de mots dans une phrase est correcte lorsqu'il n'y a que deux mots à employer. En revanche, lorsque la consigne demande l'utilisation de 3 mots l'oubli à mesure est évident. Qui plus est l'un des mots cibles est employé sous sa forme dérivée ce qui est sanctionné dans cette épreuve.

• La compréhension orale de l'implicite est impossible. Les phrases sont syntaxiquement incorrectes, incompréhensibles et semblent sans lien avec l'énoncé.

• A l'épreuve de résolution de problèmes, seul 1 problème sur 3 a pu être correctement résolu révélant une difficulté à mémoriser les données et à les manipuler au moyen de la mémoire de travail. Lorsque la tâche ne nécessite qu'une seule opération arithmétique elle est correctement résolue.

• La tâche de similitudes met en évidence une consigne difficile à comprendre et à mémoriser, Mme Bi. a tendance à donner ce qui différencie les éléments plutôt qu'à

trouver les similitudes. Avec mon aide, elle trouvera 2 réponses, la troisième et la quatrième donnant lieu à des paraphasies sémantiques.

- L'épreuve de chronologie est impossible même avec l'aide de l'examinateur.

En conclusion, le bilan a mis en évidence une atteinte globale des fonctions cognitives linguistiques. La prise en charge orthophonique viserait à stimuler les capacités verbales, mnésiques et les processus exécutifs résiduels.

1.1.2.3. Madame R.

Son bilan est effectué en août 2011, elle se montre alors coopérante mais apathique. Mme R. porte des lunettes et son audition est bonne.
Son score est de 40/60. Ce sont surtout les processus exécutifs et la mémoire qui font défaut.

- *Les capacités verbales* apparaissent relativement conservées.

- 36 mots sur 44 sont correctement dénommés, les autres ont donné lieu à des paraphasies sémantiques. L'ébauche orale et le contexte aident la patiente.
- La description d'image révèle un score moyen. Les problèmes de vue de Mme Bi. la mène à de mauvaises reconnaissances. Elle pense que la situation se déroule dans une boulangerie mais finira par se corriger. L'analyse globale de la situation est donc partielle, les personnages sont nommés, les actions sont évoquées mais aucun élément de détails n'est cité. L'analyse est succincte.

- *Les épreuves mnésiques*

- Les rappels immédiat et différé sont partiellement efficients.
- La sensibilité à l'indiçage est bonne.
- Les épreuves interférentes sont correctement réalisées.
- La reconnaissance des mots cibles parmi des distracteurs est correcte : 4 mots reconnus et 1 fausse reconnaissance.
- Seul un élément de l'histoire entendue a pu être restitué.

- *Les processus exécutifs*

- Le langage automatique et fonctionnel est parfaitement conservé.

• L'élaboration linguistique est moyenne. A l'épreuve de concaténation de phrases la syntaxe n'est pas toujours correcte. Lorsqu'il est demandé d'employer 3 mots dans une phrase, soit la patiente en oubli un, soit elle l'emploi sous sa forme dérivée.

• La compréhension orale de l'implicite est partielle. Mme Bi. tente de répéter les phrases entendues.

• La résolution de problèmes n'est que partiellement réussie. 1 seul problème est correctement résolu, les autres montrent une difficulté à mémoriser et à manipuler les données en raison d'une difficulté à mobiliser la mémoire de travail.

• Pour la tâche de similitudes, Mme Bi. donne ce qui différencie ou ne répond pas.

• L'épreuve de chronologie est impossible. La patiente a des difficultés à lire.

Il s'agira avec Mme Bi. de s'appuyer sur les capacités verbales, mnésiques et les processus exécutifs restants.

1.1.2.4. Madame M.

Le bilan de Mme M. a été réalisé en septembre 2011. Au cours de l'évaluation la patiente s'investit beaucoup et semble nerveuse, ce qui se manifeste par une expiration sonore, elle touche aussi mes feuilles, ses doigts. Elle obtient 20,5/60 soit un score très faible. Les fonctions cognitives linguistiques sont globalement toutes déficitaires. Mme M. ne porte ni lunettes ni appareils auditifs.

- *Les capacités verbales* sont très atteintes.

• La dénomination n'a été possible que pour 18 mots. Pour pallier son manque du mot, Mme M. a recours à des périphrases, à l'utilisation de gestes pour exprimer la fonction de l'objet, à la description de ce qu'elle voit. Parfois des paraphasies sémantiques apparaissent. L'aide par le contexte inducteur et l'ébauche orale est aléatoire.

• Bien que cohérente l'analyse globale de la scène reste partielle, quelques personnages sont nommés, peu d'actions sont décrites, et aucun élément de détails n'est donné. Le discours est succinct.

- *La mémoire est résiduelle.*

• Le rappel immédiat n'est possible que pour un mot et le rappel différé impossible.

• L'indiçage améliore peu le score.

• Les épreuves interférentes de calcul mental (comptage) et barrage de lettres sont correctement réalisées.

• La reconnaissance partielle montre un encodage possible.

• La restitution d'un texte entendu est impossible.

- *Les processus exécutifs* sont défaillants.

• Les épreuves d'association objet-usage et d'appariement fonctionnel montrent un langage automatique et fonctionnel peu préservé.

• L'élaboration linguistique est difficile. La concaténation de mots n'est possible que pour une phrase contenant 2 mots. La consigne est difficilement assimilée. L'oubli à mesure de la consigne et des mots est évident.

• La compréhension orale de l'implicite est impossible. Mme M. semble perplexe, et ne répond pas malgré mon aide.

• Sur les 3 problèmes, un a pu être résolu par la patiente seule, l'autre sur mon intervention. Si les deux problèmes résolus nécessitent une seule opération arithmétique, celui pour lequel Mme M. a eu besoin de mon aide se présente sous la forme d'un énoncé assez long ce qui accroît la difficulté à mémoriser et manipuler les données.

• La tâche de similitudes est en grande partie échouée. Certaines réponses sont fausses malgré mon aide. Mme M., comme beaucoup, a tendance à donner la différence qui existe entre les objets.

• L'épreuve de chronologie est impossible à réaliser. Mme M. débute mal puis se corrige et oublie une action. Lorsque je lui demande où elle placerait l'action manquante elle se trompe.

Il est important avec Mme M. d'axer le travail sur les capacités verbales restantes et de stimuler les capacités résiduelles.

1.1.2.5. Madame D.

Mme D. est agréable et se montre volontaire au moment du bilan effectué en septembre 2011. Elle ne présente aucun trouble auditif mais porte des lunettes. Elle me dit lorsqu'elle n'est pas sûre d'elle. Elle obtient 26,75/60 avec principalement des troubles mnésiques, une atteinte moyenne des processus exécutifs, et des capacités verbales relativement préservées qu'il s'agira de stimuler.

- *Les capacités verbales* sont relativement préservées.

• La dénomination est assez bien réalisée. Malgré ses lunettes Mme D. semble avoir des difficultés à distinguer les objets. Les erreurs de dénomination se manifestent par l'utilisation de paraphasies sémantiques, d'un terme indéfini : « un chose ». La patiente donne parfois la catégorie (hyperonyme « fruit » pour « raisin, fraise »). Si l'ébauche orale est de grande aide, le contexte inducteur ne l'est pas toujours.

• La description d'image, avec un score de 3,5/6, est moyennement réalisée.

Si l'analyse globale et la reconnaissance des personnages sont satisfaisantes, le lieu et les actions ne sont qu'en partie reconnus et décrits. Quelques éléments de détails sont donnés.

- *La mémoire*.

• Le rappel immédiat est correcte (3 mots sur 5)

• Le rappel différé est peu efficient.

• L'indiçage améliore quelque peu les scores.

• L'épreuve interférente de barrage est correctement réalisée, celle de calcul mental révèle un oubli à mesure de la consigne.

• La reconnaissance est peu satisfaisante. Mme D. barre les 5 mots mais fait également 4 fausses reconnaissances. Elle agit sans grande conviction.

• La restitution de texte est impossible.

- *Les processus exécutifs*

• Le langage automatique et fonctionnel est relativement bien conservé. On note une persévération dans l'épreuve association objet-usage.

• L'élaboration linguistique est moyenne. Une phrase est incorrecte du point de vue syntaxique. Pour les deux dernières phrases nous pouvons noter que, malgré leur cohérence et une syntaxe correcte, la nécessité de mémoriser trois mots cibles rend difficile la réalisation complète de la consigne. Il manque chaque fois un mot manque.

• La compréhension orale de l'implicite est bonne.

• La résolution de problèmes n'est qu'en partie réussie. Seul 1 problème sur 3 a pu être correctement résolu révélant une difficulté à mémoriser les données et à les manipuler au moyen de la mémoire de travail. Lorsque la tâche ne nécessite qu'une seule opération arithmétique elle est correctement effectuée.

• La tâche de similitudes est impossible malgré mon aide.

• L'épreuve de chronologie est totalement chutée. Mme D. ne lit pas toutes les phrases avant de classer les actions. Elle se trompe, se corrige mais inverse de nouveau.

1.1.2.6. Madame P.

Lors du bilan, effectué en août 2011, Mme P. se montre coopérante. Elle porte des lunettes mais ne présente aucun trouble auditif. Elle obtient 30,5/60. Tous les domaines sont atteints mais principalement les processus exécutifs et mnésiques.

- *Les capacités verbales* sont relativement faibles.

• L'épreuve de dénomination est assez bien réalisée (28 images/44). Les erreurs de dénomination se manifestent par des paraphasies sémantiques (barreaux pour pieds). La mise en contexte aide la patiente, plus que l'ébauche orale.

• La description d'image est pratiquement impossible (2/6). Mme P. nommera le lieu sur demande et ne fera qu'une analyse partielle de la scène. Personnages, actions et éléments de détails sont rares voire absents.

- *La mémoire*.

• Le rappel immédiat est correcte (3 mots sur 5)

• Le rappel différé est même meilleur (4 mots sur 5)

• L'indiçage aide aléatoirement.

• L'épreuve interférente de barrage est réalisée avec des erreurs, celle de calcul mental est correcte.

• La reconnaissance est impossible : elle reconnaît deux mots de la liste mais fait 7 fausses reconnaissances.

• La restitution de texte est impossible.

- *Les processus exécutifs*

• Le langage automatique et fonctionnel est parfaitement conservé.

• L'élaboration linguistique est impossible. Seul un mot a été introduit dans une phrase peu cohérente.

• Pour la compréhension orale de l'implicite, Mme P. semble avoir compris la consigne et les énoncés mais présente de grandes difficultés à élaborer.

• La résolution de problème est impossible ce qui montre un trouble du raisonnement mathématique et une incapacité à mobiliser la mémoire de travail.

• La tâche de similitudes est quant à elle correctement réalisée grâce à la mise en contexte.

• L'épreuve de chronologie n'est pas réussie.

1.1.2.7. Madame L.

Mme L. ayant été admise courant du mois d'octobre à l'accueil de jour, notre choix de l'intégrer au groupe a été tardif. Son bilan n'a pu être effectué à temps.

1.1.2.8. Monsieur D.

En avril 2011, Mr D. obtient un score correct de 45/60 avec surtout une atteinte mnésique. Les capacités verbales et les processus exécutifs sont quant à eux bien préservés.

- *Les capacités verbales* apparaissent bien préservées.

• La dénomination est parfaite. (44/44)

• L'épreuve de description montre une analyse globale correcte de la situation. Le lieu est bien reconnu, différentes actions sont décrites Mais peu d'éléments de détails sont fournis et les personnages ne sont pas cités autrement que par « ils ».

- *Les épreuves mnésiques*

• Le rappel immédiat est relativement efficient (4 mots sur 5).

• Le rappel différé est plus difficile (2 mots sur 5)

• L'indiçage améliore le score, mais l'on note toutefois une erreur (animal : « tortue ») probablement directement corrélée à la tâche de dénomination.

• Les épreuves interférentes : comptage et barrage sont correctement effectués.

• La reconnaissance est partielle révélant un encodage possible.

• La restitution de texte est très difficile. Seul un élément de l'histoire entendue est correctement restitué.

- *Les processus exécutifs* sont bien préservés.

• Le langage automatique et fonctionnel est parfaitement conservé.

• L'épreuve de concaténation de phrases montre que l'élaboration linguistique est tout à fait possible. La syntaxe est correcte et la consigne totalement respectée.

• La compréhension orale de l'implicite est satisfaisante.

• Deux problèmes sont correctement résolus sur les trois proposés. Le raisonnement mathématique est encore mobilisable.

• La tâche de similitudes est totalement réussie, sans aide. Mr D. répond correctement à la consigne.

• L'épreuve de chronologie est dans l'ensemble bien réussie. Elle ne présente qu'une inversion.

Globalement, les capacités verbales et les processus exécutifs sont encore bien mobilisables.

1.2. Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC)

1.2.1. Présentation

Le protocole MEC, élaboré par Y. Joanette, B. Ska et H. Côté, est une batterie d'évaluation orthophonique destinée aux adultes cérébrolésés droits. (*Annexe 2*)
Elle évalue les habiletés communicationnelles en tenant compte des versants prosodiques, lexico-sémantiques, discursifs et pragmatiques du langage.

Bien que principalement destiné aux cérébrolésés droits, il est précisé dans le livret introductif que le protocole MEC peut être utilisé auprès de tout adulte présentant des troubles acquis de la communication verbale, ce qui nous permet d'y inclure les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou les troubles apparentés.

Le protocole MEC comporte 14 épreuves et sa passation totale nécessite environ deux heures et demi.

La compréhension du langage repose à la fois sur l'interprétation de ce qui est dit à travers l'analyse des informations phonétiques, phonologiques, morpho-syntaxiques, sémantiques, et sur la manière dont le message est véhiculé grâce à l'analyse des éléments

paralinguistiques. Les éléments paralinguistiques accompagnent le discours et permettent de compléter le message. Ils comprennent : les expressions faciales, les gestes, le contexte énonciatif (thème, sujet de la conversation), mais aussi la prosodie émotionnelle qui joue un rôle complémentaire et essentiel dans la compréhension des intentions communicatives.

Chez les patients atteint de démence de type Alzheimer, quelques études ont montré une difficulté à comprendre l'intonation émotionnelle (Roberts, Ingram, Lamar, & Green, 1996; Testa, Beatty, Gleason, Orbelo, & Ross, 2001; Taler, Baum, Chertkow, & Saumier, 2008).

L'étude de P. Gatignol, O. Garaialde et T. Rousseau, présentée à l'occasion du 26° Congrès de Médecine Physique et de Réadaptation, en octobre 2011 vient corroborer les précédents travaux. Leur étude a révélé l'existence d'un trouble de la perception des émotions chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer, plus particulièrement dans les modalités visuelles et auditivo-verbales. Elle a également montré que les sujets Alzheimer, malgré des capacités de communication verbale diminuées en compréhension et en production, parviennent encore à produire un discours chargés émotionnellement. Leur plus grande difficulté est donc de parvenir à percevoir les émotions véhiculées par la voix de l'interlocuteur.

En 2009, à l'occasion des IXème rencontres d'orthophonie « La voix dans tous ses maux », A. Osta[43], dans sa présentation : « *dire et se dire : expression et réception des émotions en pathologie vocale* » évoque « le constat d'une incidence des troubles de la communication sur la perception et l'expression des émotions ».

Enfin, comme nous l'évoquions dans la partie théorique concernant les marionnettes et leurs effets thérapeutiques, l'apport des marionnettes à la communication est indéniable.

Ainsi, nous avons émis l'hypothèse que la marionnette, agissant sur la communication, pourrait permettre d'améliorer la production et la compréhension de patrons d'intonation émotionnelle.

[43] Orthophoniste, chargée de cours à l'école d'orthophonie de Nice, formatrice en technique vocale et maître en psychologie.

Pour vérifier notre hypothèse nous avons porté notre choix sur les épreuves : de compréhension et répétition de prosodie émotionnelle.

La prosodie consiste en la modulation des paramètres de la parole (intonation, intensité, durée) afin de transmettre une intention de communication linguistique ou émotionnelle. La prosodie émotionnelle consiste en des variations d'intonation permettant la transmission des sentiments.

- *Prosodie émotionnelle – compréhension*

L'épreuve, consistant à évaluer la capacité à percevoir et identifier des patrons d'intonation émotionnelle, est constituée de 4 phrases simples au contenu neutre. Chaque phrase, préenregistrée, est dite avec trois intonations différentes. Le sujet les entend et devra, en se basant uniquement sur l'intonation de la voix, reconnaître si la personne est joyeuse, triste ou en colère. Il peut répondre oralement ou pointer sa réponse sur une planche comportant 3 images figurant la joie, la colère et la tristesse.

Pour cette épreuve nous avons été confrontées au problème suivant : malgré les exemples et les explications, les patients s'attachaient plus au sens des phrases et à ce qu'elles leur renvoyaient qu'à l'intonation employée.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

Pour cette tâche, les stimuli sont les mêmes que ceux présentés précédemment (ce sont les mêmes phrases), mais cette fois-ci c'est la capacité du sujet à reproduire oralement les intonations de joie, tristesse et colère qui est évaluée.

Outre la difficulté à reproduire l'intonation émotionnelle, les patients ont eu du mal à percevoir l'ensemble des mots et reconstituer la phrase exacte.

1.2.2. Résultats

1.2.2.1. Madame B.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Mme B. obtient 7/12 à cette épreuve. Cette cote est légèrement inférieure à la moyenne des âge et niveau d'études ce qui indique une difficulté modérée à comprendre les intonations émotionnelles. L'intonation de la colère est perçue systématiquement mais la

joie et la tristesse sont la plupart du temps assimilées à la colère. La patiente persévère. En parallèle, elle émet de nombreux commentaires « il est autoritaire, c'est un affamé, c'est un gosse qui parle, il veut sortir donc il est en colère, c'est un ordre… ». Elle n'hésitera que pour une seule phrase, pour les autres elle donne le sentiment d'être sûre d'elle.

- *Prosodie émotionnelle - répétition*

Pour cette tâche, la patiente obtient 4/12. Ce score est nettement inférieur à la moyenne. Mme B. se situe légèrement au-dessus de ce que les auteurs appellent le point d'alerte indiquant une difficulté à répéter les intonations émotionnelles. Pour huit phrases (sur 12) la répétition est neutre. L'intonation émotionnelle la mieux répétée est celle de la tristesse, la joie et la colère n'étant réussies qu'une fois.

En comparant les résultats (compréhension / répétition) nous constatons une légère dissociation entre versants réceptif et expressif. Dans l'ensemble, Mme B. comprend mieux les contours intonatifs qu'elle ne peut les reproduire.

1.2.2.2. Madame Bi.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Mme Bi. est très concentrée. Avec 6/12 à l'épreuve elle se place légèrement sous la moyenne. Sa compréhension de la prosodie émotionnelle est légèrement altérée. La prosodie la mieux identifiée est la tristesse (3/4), vient ensuite la joie (2/4) puis la colère (1/4). Les items achoppés sont des phrases où la patiente n'a pas su indiquer de quelle émotion il s'agissait. Pour elle, l'émotion transmise ne correspond à aucune des trois propositions à disposition, elle dit : « c'est aucun des trois, c'est un ordre ». Et, pour certaines phrases, Mme Bi. choisit par déduction « je dirais la joie parce que c'était ni la tristesse ni la colère ». Elle tient énormément compte du sens de la phrase.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

Mme Bi. s'investit dans l'épreuve, elle est joyeuse et accentue les expressions. Obtenant 10/12 à cette épreuve, elle se situe au-delà de la moyenne. Ses difficultés à reproduire des intonations émotionnelles sont minimes. Elle parvient mieux à répéter la colère (4/4) que la joie et la tristesse (3/4 chacun). Mme Bi. commente « elle l'a dit méchamment un peu fort mais pas méchamment, un petit ordre très triste pour la petite, c'est une petit ordre mais pas trop méchant ». Elle persévère dans l'idée d'ordre.

En somme, Mme Bi répète mieux qu'elle ne comprend la prosodie émotionnelle. Paradoxalement, elle reproduit mieux la colère, alors qu'elle l'identifie le moins bien. La joie est moins bien comprise que reproduite. La tristesse est aussi bien perçue que répétée. Le versant expressif (répétition) est mieux préservé que le versant réceptif (compréhension).

1.2.2.3. Madame R.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Mme R. est concentrée, souriante. Elle obtient 12/12. Elle n'a aucune difficulté à percevoir et identifier des intonations émotionnelles différentes.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

La patiente s'applique mais laisse peu d'émotions transparaitre sur son visage. Avec 11/12, elle se situe bien au-delà de la moyenne. Mme R. a eu plus de difficulté à reproduire la joie. Cela peut vraisemblablement être mis en lien avec les signes de dépression que l'on peut observer chez elle au moment du bilan.

Les deux versants sont très bien préservés malgré une répétition légèrement moins efficiente que la compréhension.

1.2.2.4. Madame M.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Mme M. se montre joyeuse et volontaire. Elle obtient 11/12 à l'épreuve, signe de bonne capacité à identifier les intonations émotionnelles malgré quelques hésitations et/ou autocorrections. L'émotion qui lui posera difficulté est la joie, qu'elle assimilera à de la colère. Elle dira « elle s'énerve, elle écoute pas ». Au début, la consigne est comprise et appliquée puis elle semble plus s'attacher au sens de la phrase.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

La patiente est très expressive. Son score à cette épreuve est de 8/12. Les items achoppés concernent surtout la répétition de phrases sur un ton joyeux. Si à une occasion elle semble avoir perçu la joie dans le ton employé par la personne à aucun moment elle ne parvient à la reproduire. La joie est soit signifiée de manière neutre soit assimilée à de la colère ou encore de la surprise.

Il est intéressant de voir que pour les versants réceptif et expressif, s'ils sont relativement efficients, l'intonation la plus spécifiquement touchée est la joie.

1.2.2.5. Madame D.

Mme D. étant absente, elle n'a pas eu l'occasion de passer ces épreuves.

1.2.2.6. Madame P.

- *Prosodie émotionnelle – compréhension*

Mme P. ne semble pas comprendre la consigne malgré les exemples. Elle s'attache à ce que lui renvoie le sens de la phrase. La planche proposant le choix de réponses a été enlevée car la patiente, distraite, n'écoutait plus les phrases et répondait au hasard. Elle obtient 3/12. Ce score est nettement sous le point d'alerte ce qui indique une importante difficulté à comprendre les intonations émotionnelles. Selon elle, 10 phrases sur 12 sont dites avec joie. Lorsqu'il ne s'agit pas de joie, il s'agit de tristesse ou colère. La patiente rit, fait des digressions : alors que la phrase proposée est « René lit le journal » sur le ton de la colère, elle dira « J'ai perdu mon chat, mon petit chat, je sais pas où il est, c'est le père Lustucru … » puis elle se met à chanter. Elle complète les phrases : « Claire frappe à la porte » et Mme P. d'ajouter « elle va aller chercher son pain » ; parle d'elle : « je vois la joie, je suis pas en colère et je suis pas triste moi ».

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

Dans cette épreuve Mme P. continue de compléter les phrases, faire des commentaires. Elle ne semble pas avoir assimilé la consigne et répète sans grande conviction. Avec 3/12, elle présente des difficultés à répéter les intonations émotionnelles. Pour la plupart des items son intonation est neutre. Parfois, elle ne répète pas la phrase mais semble avoir perçu le contour intonatif puisqu'elle commente : « Claire, pourquoi t'es triste ? ».

La compréhension (réception) est plus touchée que la répétition (expression) mais les deux versants sont très atteints.

1.2.2.7. Madame L.

- *Prosodie émotionnelle – compréhension*

Suite à un oubli à mesure il a parfois été nécessaire de répéter la consigne. Mme L. se situe au-dessus de la moyenne de ses âge et niveau d'études (9/12). Le contour intonatif le mieux identifié est la tristesse (4/4), puis vient la colère (3/4) et enfin la joie (2/4). Elle hésite parfois et procède par déduction.

- *Prosodie émotionnelle - répétition*

La patiente est souriante, parle de ce qu'elle voit à l'extérieur. Là encore la consigne a été répétée notamment parce que la précédente venait interférer. Parfois Mme L. elle-même la réclamait. Enfin, nous la rappelions lorsque la patiente semblait en échec : « oui là qu'est-ce que je peux dire ? je sais pas quoi vous dire. Si c'est rapide ? ». Le score obtenu est 4/12, il est légèrement supérieur au point d'alerte. La patiente présente quelques difficultés à reproduire des intonations principalement celle de colère (1/4) et tristesse (1/4). Lorsqu'elle échoue l'intonation des phrases est plutôt neutre.

La réception des émotions est bien meilleure que l'expression.

1.2.2.8. Monsieur D.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Mr D. accepte d'effectuer le bilan. Il obtient 10/12 à cette tâche. Ce score est nettement supérieur à la moyenne. Il échoue sur deux items successifs en fin d'épreuve. Ces erreurs peuvent être attribuées à la fatigue qui semble affecter Mr D..

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

La tâche est échouée. Bien que quelques nuances soient parfois repérables, Mr D. se trouve dans l'incapacité totale de répéter les phrases autrement que sur un ton neutre.

On constate une véritable dissociation entre le versant réceptif, relativement bien préservé, et l'expressif, totalement déficitaire. Il perçoit bien les différents contours intonatifs mais ne peut les reproduire, probablement en raison de son apathie.

2. L'atelier

2.1. Déroulement

L'atelier s'est déroulé sur 13 séances présentées ci-dessous et s'est conclu par la présentation d'un spectacle que nous décrirons dans un second temps.

2.1.1. Les séances : 1 à 13

Séance 1 : le 18 octobre 2011

Les huit résidents initialement choisis pour intégrer le groupe sont présents ce jour.

Présentation du projet

La séance est destinée à la présentation du projet, de l'atelier, à savoir la fabrication de marionnettes de type marotte par les résidents eux-mêmes et la mise au point d'un spectacle. Notre choix s'est porté sur les marottes car leur manipulation en est assez simple. Constituée d'une unique boule fixée sur une tige, elle est complétée d'un corps, parfois même de bras dirigés par deux tiges extérieures, et des jambes pendantes. Tourner la tige sur elle-même suffit aux patients pour la manipuler. Des accessoires peuvent aussi être ajoutés. Nous posons ensuite le cadre : « nous nous verrons chaque mardi matin dans la pièce où nous nous trouvons actuellement ». Puis, le prototype réalisé durant l'été est présenté : il s'agit de Natacha. Ses habits nous permettent d'en savoir plus sur la profession qu'elle exerce, nous décidons d'interroger les patients à ce propos, bien qu'il ne s'agisse pas de l'objectif premier.

Figure 6 : Natacha

Manipulation de notre marionnette

Au cours de cet atelier les participants sont invités chacun leur tour à manipuler notre marionnette. Nous constatons à ce sujet, que la plupart se prêtent spontanément au jeu. Mme R., Mme L. et Mme M prêtent volontiers leur voix à cette marionnette qui, entre les mains de Mme Bi., devient danseuse. Mme P., anciennement artiste chorégraphique, lui fait danser le Lac des Cygnes. Mme D. quant à elle, préfère s'adresser à Natacha. Les vêtements bleus de Natacha évoquent chez Mme L. une chanson : « la

Java bleue » que tous prennent plaisir à reprendre en chœur, y compris Mme R. qui pourtant ce jour se trouve être plutôt taciturne. Mr D. tient, comme à son habitude, des propos ironiques : par exemple, il dit avoir beaucoup voyagé notamment en Afrique, mais affirme n'avoir jamais pris l'avion. L'orthophoniste rebondit « mais comment alliez-vous en Afrique alors ? », Mr D. lui lance « à pied !» tout en souriant. Au cours de la séance, nous notons que ce type de propos de sa part est fréquent et spontané.

Nous décidons de poursuivre l'atelier par une évocation de différents types de marionnettes, supposant que cela pourrait faire resurgir des souvenirs. Pour ce faire nous nous appuyons sur des images. Aucun des participants ne semble connaître les marionnettes à gaine, à fils … mais là n'était pas véritablement la question. En effet, les photos mises à leur disposition étaient assez évocatrices : une marionnette à fils de Charlot, Peggy la cochonne et Kermit la grenouille du Muppet-show, les chars du Carnaval de Nice 2007 qui avait cette année-là pour roi l'ancien Président de la République, Mr Chirac, etc. Tous les participants sont attentifs au discours de l'orthophoniste et reconnaissent plus ou moins les personnages représentés sur les images. Ils affirment également tous être déjà allés au Carnaval. Mais, à l'exception de Mme R. qui se rappelle les spectacles de Guignol qu'elle allait voir avec ses enfants dans les jardins publics, aucun des membres du groupe n'évoque souvenirs ou expériences relatives aux marionnettes.

Réflexion sur la fabrication

Dans un troisième temps, nous proposons aux patients d'exprimer leur avis quant à la manière de fabriquer une marionnette. Cette situation mène à la formulation de propos relativement cocasses tels que faire la tête avec « un œuf dure », ou plus terre à terre : la faire avec « une balle de tennis », « les cheveux avec de la laine », « les habits en tissus »… Certains, remarquant l'absence d'oreilles chez Natacha, précisent qu'il ne faudra pas les oublier sur les leurs. Ce moment de partage fut aussi l'occasion pour Mme P. de nous expliquer comment fabriquer des tutus en papier.

Evocation de leurs futures marionnettes

Enfin, l'orthophoniste invite chacun à s'interroger sur la marionnette qu'il souhaiterait réaliser au cours de nos futures rencontres. Mme B. voudrait faire « un bébé », Mme D. un « monsieur en costume », « noir et blanc »précise Mme P.. Mme L,

Mme P. et Mme Bi. proposent de faire des « danseuses ». Mme M., quant à elle, voudrait fabriquer une marionnette « petite fille » et Mr D. « un pilote, avec une veste bleue ». Mme D. complète la tenue du pilote par une « casquette ou un béret ». Enfin, Mme R., un peu confuse voire d'humeur dépressive, envisage dans un premier temps de réaliser une marionnette de ses enfants pour revenir ensuite sur ses propos et demander à faire une infirmière, parce qu'elle-même n'a pu se former à ce métier, en raison d'un « niveau d'études trop faible ». Elle projette déjà ses affects sur sa future création.
L'orthophoniste et moi-même décidons de faire un point avec la psychologue sur l'état de santé de Mme R. dès la fin de la séance.

En somme, cette séance fut riche à divers niveaux. Si beaucoup de propos ont été obtenus sur sollicitation, nombreux ont été les échanges spontanés. Les patients ont globalement tous communiqué entre eux ou avec l'orthophoniste et la marionnette. Et, malgré le nombre de participants, nous avons pu noter un certain respect des tours de parole, une prise en compte de l'Autre. Mme L. et Mme P. qui ne se côtoient que peu hors de l'atelier, se sont même montrées très proches, complices. Elles discutaient marionnettes. Enfin, les interventions plutôt amusantes de Natacha et Mr D. ainsi que l'humeur joviale de Mme P. et Mme B. ont participé à l'enthousiasme général, et été d'un apport certain à la dynamique « enjouée » qui fût ce jour-là.

Séance 2 : le 25 octobre 2011

Nous avions pour objectif que les patients attribuent une expression à leur marionnette. Or, de multiples travaux, parmi lesquels ceux du Dr P. Granato[44], ont mis en évidence un trouble de la reconnaissance visuelle des émotions faciales au cours de la maladie d'Alzheimer.[45] Un travail préalable sur les émotions nous est donc paru indispensable. Pour cela nous avions choisi des images de personnes exprimant des sentiments relativement distincts de manière à éviter une trop importante surcharge cognitive.

[44] Dr P. Granato, psychiatre au Centre Hospitalier de Valenciennes.
[45] P. Granato, Etude parue La Revue de Gériatrie Tome 34 N°10 Décembre 2009, pp. 853-859.

Mais, avant d'entamer ce travail, l'orthophoniste présente de nouveau Natacha. La majorité des membres du groupe affirme se souvenir d'elle. Mme D. précise même, à juste titre, l'avoir déjà vue la semaine précédente. Natacha entre en scène, salue tout le monde et rappelle l'objet de notre rencontre.

Identification d'émotions

Nous débutons par la reconnaissance d'une émotion qui nous a semblé plus facilement analysable: **la joie**.

Tous l'identifient correctement et commentent : « il a un beau sourire », « il est rigolard », « gai », « content », « a l'air joyeux »…

Le visage suivant exprime **la surprise**. Mme M. mime correctement l'expression, dit « il s'attend à quelque chose » mais ne peut nommer l'émotion. Mme P. et Mme L. se concertent et s'accordent à dire que la personne a peur. Les autres évoquent tour à tour l'étonnement, la surprise, la peur, l'épouvante. La confusion est évidente.

La tristesse est reconnue par cinq des patients. Mme P. refuse dans un premier temps de prendre et regarder la carte, justifiant son comportement par le fait que le personnage « n'est pas beau ». Elle mime par la suite de manière assez réaliste l'émotion. Mme R., aussi triste qu'à la première séance, ne répond pas. Mme M. hésite quant à elle, entre colère et tristesse mais finit par dire « il est pas content ». Pour Mme Bi. « le monsieur réfléchit ».

La colère n'est reconnue par aucun des participants. Elle est assimilée par Mme M. à de la joie : « il a l'air heureux, il a le sourire » et par les autres, à de la peur, de la tristesse…

Bien que reconnue par une des patientes, **la peur** donnera lieu à d'importantes confusions notamment avec la colère. Ce à quoi nous pouvions nous attendre puisque P. Granato dans son étude faisait mention d'une difficulté toute particulière à distinguer la colère de la peur.

Choix d'une expression

Les participants sont ensuite invités à choisir parmi quatre expressions, schématisées, celle qu'ils souhaitent attribuer à leur marionnette. Toutes les femmes choisissent la joie, et Mr D. l'étonnement, la surprise.

Création d'une carte d'identité

A l'instar de G. Baty, homme de théâtre, metteur en scène, nous décidons de créer une carte d'identité pour chaque marionnette. Pour cela, nous proposons aux patients de reporter sous forme de dessin, sur une carte pré-remplie, l'expression choisie. Connaissant la difficulté inhérente à la maladie, d'effectuer des choix notamment lorsque les propositions sont nombreuses, nous nous limitons à quatre expressions. Certains nous font part de leur crainte de ne pas réussir, mais avec notre soutien tous investissent l'activité. Cette tâche met en évidence des troubles praxiques dont nous tiendrons compte pour la suite de notre atelier, notamment au stade de la fabrication des costumes. La mauvaise estime de soi, la dévalorisation sont des caractéristiques très significatives, nous en retrouvons quelques signes au cours de cette séance, mais globalement les patients sortent contents, fiers de leur production ou de leur choix lorsqu'ils n'ont pu dessiner eux-mêmes. Vous trouverez-vous en *annexe n° 3*, les productions des patients. La carte d'identité telle que nous la proposons est sans doute trop proche d'une carte d'identité réelle. En effet, nous notons que chacun y reporte ses informations personnelles à défaut de celles concernant sa marionnette. Mais peut-être est-ce la manifestation d'une identification à la marionnette ? Quoi qu'il en soit, ce travail nous paraissant prématuré, nous décidons de le poursuivre ultérieurement.

Pour cette séance, notons le changement de salle. Nous quittons notre petite salle contenante, pour une plus grande qui doit nous permettre d'être plus à l'aise. La table est plus grande mais les patients sont trop éloignés les uns des autres. Et, si les échanges ont été riches entre individus proches, notamment à la présentation des images, où ils se moquent des personnages, et au moment de dessiner l'expression de leur marionnette sur la carte, nous pouvons supposer que si les patients avaient été moins dispersés la dynamique du groupe en aurait été meilleure.

Séance 3 : le 8 novembre 2011

A mon arrivée, la psychologue de la Villa Hélios m'apprend le décès, quelques jours auparavant, de Mme B., un des éléments moteurs de notre groupe. Et, notre crainte concernant l'état de santé de Mme R. est confirmée. Celle-ci souffrant de dépression, ne se rendra temporairement plus à l'accueil de jour. Sa participation au groupe-marionnettes reprendra quelques semaines plus tard. Nous débutons donc cette matinée bien attristés.

Mme D. étant absente, notre groupe ne compte ce jour que cinq personnes.

Quinze jours se sont écoulés, les patients ne se souviennent plus de la raison de notre rencontre. Nous leur décrivons de nouveau le projet. Natacha fait ensuite son entrée, recherche la date du jour avec tous les participants, rappelle la séance précédente et présente l'objectif du jour.

Evocation à partir de tissus

Nous mettons à disposition des patients différents tissus. Chacun doit choisir celui ou ceux qui les intéressent pour le costume de leur marionnette.
Nous leur proposons tout d'abord de donner leurs impressions et de dire ce à quoi, texture et couleur, leur font penser. Nous constatons qu'à la vue des tissus, déjà des propos intéressants surgissent, nous choisissons d'en répertorier un maximum. Les tissus s'avèrent tantôt support de réminiscence : Mme L. évoque « la guerre » à la présentation du tissu militaire, tantôt d'expression des sentiments : Mme Bi., parlant du tissu marin, dit « c'est agréable ». Plusieurs autres lui évoquent « l'espérance » et « le courage », et elle chantera même : « Brigitte Bardot, Bardot, Brigitte, lala lala… » ou encore « des petits pois, des petits pois, toujours des p'tits pois… » sur l'air du poinçonneur des Lilas de S. Gainsbourg, Mme P. l'accompagnant parfois. Les tissus mais aussi les propos de chacun inspirent beaucoup Mr D. qui ne cesse de plaisanter : le tissu rouge lui fait penser à « du bon vin », celui à cœurs à « un tablier de soubrette », et lorsque l'orthophoniste demande si elle pourrait porter un vêtement confectionné à partir du tissu, qualifié de « froufrou » par les participants, pour aller travailler, il lui rétorque « ça dépend où on travaille ». Ce fameux tissu lui faisait penser à un « déshabillé »…

La bonne humeur est générale, les interactions nombreuses, notamment avec l'orthophoniste mais aussi entre eux. Alors que Mr D. vient de répondre correctement à une question de l'orthophoniste, Mme L. l'applaudit et le félicite.
Au cours de cette séance, Mme P., Mme L., et Mme Bi sont très souriantes, et Mr D., fidèle à lui-même, plaisante beaucoup. L'ambiance est agréable, tous ou presque participent et rient. En effet, Mme M., bien qu'attentive et souriante, reste muette, toute la séance. Elle dira uniquement « c'est très coloré » en parlant du madras.
Natacha clôt notre séance et donne rendez-vous à tout le monde pour la semaine suivante.

Séance 4 : le 15 novembre 2011

Pour des raisons de santé Mme D. est encore absente. Notre groupe compte donc les mêmes participants que la semaine précédente. Mais ce jour, Mme Bi. nous fait part de son désir de rejoindre sa nouvelle collègue participant à une autre activité, la pièce jouxtant la nôtre. Elle est anxieuse, déprimée, pleure même. Elle a « le cafard » et refuse de participer ; elle se désintéresse totalement de l'activité. Elle n'a qu'une idée : retrouver ses amis, et le soutien de Mr D., Mme L. et Mme P. n'y change rien. L'orthophoniste la rassure, s'écarte un temps du groupe avec elle puis revient, mais rien n'y fait. Elle aura uniquement choisi son tissu et quittera prématurément la séance pour rejoindre ses amis au salon.

Dès le début de la séance, Mme P., apercevant et désignant Natacha derrière nous, nous dit, sourire aux lèvres, qu'elle « sait bien ce que l'on va faire aujourd'hui ».
Mr D., qui fait systématiquement remarquer que Natacha est « mince », « pas bien en chair », lui serre la main. Mme M. lui dit bonjour en s'adressant directement à elle, Mme P. la salue et la complimente. Mme L. lui demande comment elle s'appelle. J'ébauche le prénom mais cela n'aide pas. Mme P. propose « Nathalie ».
Ce jour, c'est Mme M. qui donne la date. Elle est heureuse et nous explique que la veille elle avait fêté son anniversaire en famille. Elle sera une des plus actives au cours de la séance.

Choix des tissus et des têtes

L'atelier démarre. Nous disposons sur la table les tissus sur lesquels nous avions travaillé et affichons au mur ce qui avait été évoqué à ce sujet la semaine passée. Après un bref rappel de ce que chaque tissu représente pour eux, les patients sont invités à choisir celui qui leur plaît. Rapidement, Mr D. choisit le blanc pour faire « une chemise de nuit blanche ». Mme L. le rouge à cœurs blancs et Mme P. le tissu bleu des îles. Mme M. quant à elle, opte pour le madras, le seul qui, rappelons-le, avait suscité une réaction de sa part à la séance précédente.
Dans un deuxième temps, les patients sont amenés à choisir la forme et la couleur des boules de polystyrène qui serviront de tête. Des boules rondes ou ovales, noires ou beige sont à leur disposition. Tous choisissent des boules beiges et rondes à l'exception de Mme L. qui opte pour une tête ovale.

Confection des costumes : report du patron – découpe du tissu

Les patients poursuivent l'atelier en reportant au feutre le patron de couture sur le tissu qu'ils doivent ensuite découper. Tous s'appliquent et, non sans mal mais avec notre aide, parviennent à réaliser ces tâches. Mme L., Mme P et Mme M. semblent fières d'elles, satisfaites de leur travail. A la fin de la séance, Mme L., pourtant inquiète au départ, dira même avec un grand sourire « je suis très contente ».
Mr D. n'ayant pas eu le temps de découper son tissu nous demande d'y mettre son nom pour que nous nous souvenions qu'il lui appartient.
A la fin de la séance, lorsque Natacha donne rendez-vous à tous pour le mardi suivant, Mr D. ajoute « pour continuer la poupée ! » puis souhaite spontanément bon voyage à Natacha.

Cette séance révèle beaucoup plus de propos et d'actes spontanés de la part de tous les participants. Très réceptifs au mal être de Mme Bi., Mr. D., Mme L. et Mme P. l'ont activement soutenue, encouragée et ont tenté de la rassurer, entre autres sur le fait qu'elle retrouverait ses amis au moment du repas. Mme P. s'est montrée bien plus dans l'échange que la semaine précédente. Elle a aidé Mme M. et moi-même à plusieurs reprises, elle a plaisanté. Et, tous ont régulièrement donné leur avis. Enfin, l'ensemble des participants, à l'exception de Mme Bi., semble avoir pris plaisir pendant cet atelier.

Séance 5 : le 22 novembre 2011

Sur les conseils de la psychomotricienne, et dans le but d'améliorer les échanges et de stimuler les personnes les plus en retrait ou apathiques, nous modifions la disposition des patients autour de la table. Ainsi, Mme M. et Mr D. sont installés près de nous. Mme L. et Mme P. se placent d'elles-mêmes côte à côte, nous respectons ce choix. L'orthophoniste et moi-même, décidons de rester, autant que possible, assises autour de la table avec les patients de manière à être davantage dans la relation.
Au début de la séance, Mme Bi. décide de quitter définitivement l'atelier, ce qui semble soulager Mme P. et Mme L., agacées par le comportement de leur collègue. Parmi nous, ne restent donc plus que Mr D., Mme L., Mme P. et Mme M..

Natacha entre en scène. Tous interagissent avec elle, la saluent et la complimentent. Mme L. lui demande son nom. Je l'ébauche donc et constate qu'elle trouve le nom exact,

contrairement à la semaine précédente. Natacha invite ensuite les membres du groupe à rechercher la date du jour. Il est intéressant de noter que tous participent et s'entraident. Ainsi, Mme L. remercie Mme M. de l'avoir aidée.

Confection des costumes : assemblage des tissus

L'objectif du jour est, pour Mr D. d'achever le découpage du costume de sa marionnette, puis pour l'ensemble des participants de réaliser l'assemblage des deux morceaux de tissus.

Mr D. tient à découper seul son tissu. Je ne l'aide que par moment, en le lui tenant.

Concernant l'assemblage des tissus pour réaliser le costume, Mme M. choisit de coudre. Elle est autonome, appliquée et silencieuse toute la séance.

Mr D., quant à lui, souhaite agrafer les tissus. Notre agrafeuse étant hors d'usage, il accepte dans un premier temps de s'essayer à la couture mais opte finalement pour le collage. L'orthophoniste l'assiste : il applique la colle, elle l'étale sur le tissu.

Mme L. et Mme P. choisissent le collage à l'unanimité mais présentent quelques difficultés à assimiler et réaliser la consigne. Je les guide donc beaucoup verbalement et les accompagne physiquement. Il est intéressant de noter qu'elles s'observent toujours l'une l'autre dans la réalisation des tâches, se soutiennent, et se consultent pour certains choix : « qu'est-ce que tu en penses, on fait ça ? ».

Réalisation de mains en papier

Mme L. et Mme P. étant en avance, nous leur proposons de commencer à réaliser des mains en papier pour leur marionnette. Cette tâche fut très difficile à réaliser. Les patientes paraissent perplexes puis choisissent le moyen le moins coûteux de répondre à la consigne : elles posent leur propre main sur le papier et en effectuent les contours. Elles réalisent donc une main à taille réelle sans être perturbées par le fait qu'elle soit aussi grosse que la marionnette. La copie n'est pas d'une grande aide.

En réalité, plusieurs commandes motrices simultanées sont à l'œuvre. Une planification des mouvements à effectuer en fonction de la forme à faire est nécessaire. Ces mouvements doivent être séquencés et enchaînés dans le bon ordre. Enfin, cette tâche nécessite un traitement visuel. Des capacités visuo-spatiales et visuo-constructives interviennent donc, or dans la maladie d'Alzheimer, elles peuvent être atteintes et un trouble du schéma corporel peut se surajouter.

Malgré tout, les patientes prennent plaisir. Elles s'appliquent, s'aident, plaisantent, se moquent chacune des dessins de l'autre « on dirait un chou-fleur », etc. Finalement, Mme L. n'est pas fière d'elle, elle a conscience que sa production s'éloigne de la réalité et se dévalorise « je suis nulle ». Il est important qu'elle ne reste pas sur un ressenti négatif, qu'elle se sente, comme tous, capable, c'est pourquoi nous lui proposons de réfléchir une autre solution. La semaine suivante nous abandonnons cette idée de mains en papier, nous réalisons des mains en feutrine nous-mêmes et leur proposons de les coller.

Ce jour, Mr D. nous a semblé relativement joyeux, éveillé et participant. Mme L. et Mme P. très complices, joyeuses et investies. Mme M. très appliquée et silencieuse.
Tous n'avançant pas au même rythme nous notons au moment des temps morts que Mme P. et Mme L., très enthousiastes, discutent, plaisantent et s'intéressent à ce qui se trouve et se passe autour d'elles.
Enfin, la dynamique du groupe nous a semblé meilleure. Nous supposons que la réorganisation des places et le fait d'être assises avec les patients a favorisé les échanges, leur qualité.

Séance 6 : le 29 novembre 2011

Les membres de l'équipe me font remarquer que, depuis quelques temps, Mme P. et Mme L. ont tissé des liens, elles ne se quittent plus même hors des séances et mangent désormais ensemble.
Mme D. est revenue et un stagiaire se joint à nous pour la séance.

Nous faisons patienter Natacha et demandons d'abord la date du jour. Celle-ci étant donnée, l'orthophoniste rappelle que, comme chaque mardi, nous nous retrouvons pour notre atelier. Elle accompagne ses propos de mouvements de mains qui feront dire à Mme P. qu'il s'agit de l'atelier « marionnettes ». Ensuite, lorsque la marionnette arrive, l'orthophoniste ébauche son prénom « Na… » et Mme L. reprend : « Natacha ».

Poursuite de la confection des costumes

Pour Mme D., l'objectif premier de la séance est de confectionner l'habit de sa marionnette. Pour ce faire, elle est assistée par l'orthophoniste qui par moment prend la main et réalise le travail sous les ordres de la patiente.

Mme M. finit de coudre le vêtement de sa marionnette puis rejoint le reste du groupe qui, en premier lieu, s'attèle à coller les mains en feutrine sur les marionnettes.
Cette tâche achevée, nous collons au tissu le bâton de bois supportant la tête. Tout le monde s'affaire, à l'exception de Mme P. qui préfère taquiner le stagiaire : elle fait semblant de l'assener de coups avec la boule de polystyrène située au bout du bâton. Puis, le moment venu elle ne comprend pas la consigne, semble perdue et ne réalise le travail qu'avec aide. Mme L. s'investit, l'activité manuelle paraît lui plaire.

Expression émotionnelle des marionnettes

Jusque là Mr D. semble fatigué, mais il reprend du poil de la bête lorsque nous passons au travail sur « la tête, alouette ! » Pour cette étape Mme D. nous a rejoints, l'équipe est au complet. Nous débutons le dessin des expressions du visage sur les boules de polystyrène.
Mme D. nous dit qu'il manque le regard et la bouche. Les patients ont le choix entre coller des yeux en plastique ou les dessiner. Mme L., Mme P. et Mme D. optent pour des yeux en plastique. Mr D. préfère que nous fassions des yeux bleus au feutre. Mme M. trouve que les yeux en plastique « sortent trop », elle demande à recommencer et les dessiner. Nous effectuons alors le contour qu'elle colorie sans trop de difficultés, en bleu « comme les yeux de mon papa » nous dit-elle.
Nous continuons par le nez, puis la bouche. C'est alors que chacun prend plaisir à reproduire le sourire en coin, la colère, la bouche « en cul de poule » pour faire le baiser, le clin d'œil… Cette situation suscite de nombreux rires et entretient la dynamique du groupe.
Le stagiaire, l'orthophoniste et moi-même définissons, sous les ordres des résidents, les contours de bouche de leur marionnette. Les femmes choisissent de faire des marionnettes joyeuses. Mme L. colorie la bouche, Mme M. souhaite que l'on n'en repasse que les contours en rouge, Mme D. demande à l'orthophoniste de la faire rose, Mme P. fait dans l'originalité et réalise des vagues roses à l'intérieur. Mr D. avait choisi la surprise, nous tenons la boule avec lui pendant qu'il colorie la bouche de sa marionnette en rose.
A notre grande surprise, Mme L. et Mme P. prennent l'initiative d'ajouter des sourcils qu'elles réalisent parfaitement.
Et, alors que notre atelier touche à sa fin, Mme L. nous aide pour la première fois à ranger le matériel.

Il est intéressant de noter que cette séance n'a donné lieu à aucun propos négatif, aucune dévalorisation de quelque sorte que ce soit. Un propos de Mr D. vient clore notre atelier sur une touche d'humour : au revoir « Natacha Moussaka ! »

Séance 7 : le 6 décembre 2011

Mr D., Mme P., Mme L., Mme M. et Mme D. sont présents.

Dès le début de la séance, Mme D., très observatrice, me fait remarquer que Mr D. dort. Ce dernier admettra par la suite être fatigué.

Nous commençons par notre rituel : « nous sommes mardi, et nous nous retrouvons comme chaque mardi pour notre atelier… » qu'une fois de plus Mme P. complète « marionnettes ». J'en profite pour interroger l'ensemble des participants sur le nom de notre marionnette. C'est alors que Mr D., sans aucune aide ni hésitation, répond « Natacha ».

Natacha arrive et Mme D., véritable élément moteur du groupe, engage la conversation avec elle, lui fait la bise. Les autres participants suivent cette initiative, certains embrassant à leur tour Natacha, d'autres lui serrant la main.

Choix des cheveux - coiffures

Notre objectif ce jour est de poursuivre la fabrication des marionnettes. Aussi, je remets à chacun l'habit et la tête qui leur appartiennent, et surprend, Mme L. manipulant sa marionnette. Tous s'accordent à dire qu'il manque les cheveux et répondent par la négative lorsque nous leur proposons l'alternative du dessin car ils préfèrent utiliser la laine à leur disposition.

Mme P. ne réagit plus tellement. La question du choix s'avère sans doute problématique pour elle. Elle est très attentive à tout ce qui se passe autour d'elle mais se montre peu active. Elle accepte que l'orthophoniste réalise un chapeau pour sa marionnette mais n'investit pas l'activité, hormis pour conseiller sa voisine, Mme L., à qui elle suggère de faire des tresses à sa marionnette.

Après réflexion et dans le souci que les cheveux de sa marionnette s'accordent bien avec sa robe, Mme L. opte pour du rouge. L'orthophoniste met en place la laine et Mme L. est chargée de la coiffure : « des couettes … c'est une petite fille ». La patiente est autonome : nous lui fournissons des rubans dont une partie servira de ceinture et l'autre

d'attaches pour les cheveux. Par ailleurs, Mme L. se montre astucieuse. En effet, la robe de sa marionnette s'étant détachée du bâton de bois, elle utilise un morceau de scotch double-face qui traine pour la réparer et en guise de collier lui affuble un bout de tissu. La patiente s'affaire en silence puis à la fin de la séance, tout en exhibant fièrement sa marionnette, nous demande ce que l'on en pense.

Mme D., impatiente, demande que l'on s'occupe d'elle. Elle choisit de faire des cheveux marron et longs « jusque dans le dos » mais « pas de frange » précise-t-elle. L'orthophoniste s'exécute et Mme D. est rapidement satisfaite. Elle passe le restant de la séance à observer les autres, faire des commentaires, donner son avis sur les marionnettes de ses collègues. Elle s'intéresse à ce que chacun fait et nous interroge.

Mme M. quant à elle, veut des cheveux clairs. Nous lui proposons du bleu, assorti aux yeux de sa marionnette mais elle ne semble pas convaincue. Elle finit par choisir des cheveux orange qu'elle décide de coiffer en queue de cheval. Un travail d'équipe s'engage : la patiente tient la tête et je réalise la coiffure.

Enfin, Mr D. choisit rapidement des cheveux blancs que je monte en chignon avec son accord. Il m'assiste en tenant la tête pendant que nous posons ce que nous viendrons à appeler ironiquement « la prothèse capillaire » à savoir, le scotch double-face, et la laine. Mr D. se montre peu loquace mais lorsque je lui demande s'il est bien certain de vouloir couper, sous-entendu les cheveux, il me rétorque, souriant : « pas la tête hein ?! » Et, alors que nous lui demandons si la séance s'est bien passée pour lui, Mr D. ayant toujours le mot de la fin, dira sur un ton moqueur qu'il a « essayé de dormir ».

Mme M. semble gênée par des maux de ventre en fin de séance et Mme P. participe peu. Dans l'ensemble, nous ne notons de sa part que quelques propos spontanés en début de séance. Par la suite, elle reste silencieuse sans pour autant paraître triste. Pour Mme L. ce fut l'occasion de parler d'elle, puisqu'en début de séance elle évoque son anniversaire qui approche. Par ailleurs, elle a beaucoup investi l'activité, a été relativement autonome et nous a finalement présenté une marionnette aboutie. Elle s'est également montrée très prévenante envers Mme D. qui tousse ce jour. Mme D. et Mme L. diront être très contentes et, c'est bien à elles que cet atelier semble avoir été le plus profitable.

Séance 8 : le 13 décembre 2011

Ce matin là, la psychologue m'apprend le départ de Mme D. en maison de retraite et le retour de Mme R.. Notre groupe compte de nouveau cinq personnes : Mme L., Mme P., Mme M., Mme R. et Mr D..
Une stagiaire se joint à nous, pour une séance destinée au choix et à la réalisation des accessoires.

Choix et réalisation des accessoires

Mme R., de retour parmi nous, explique brièvement la raison de son absence et évoque son plaisir de nous retrouver. Elle accepte de reprendre la marionnette de Mme D.. Elle la trouve « jolie » et lui ajoute quelques accessoires : des nattes, un sac, une ceinture, un collier… de manière à se l'approprier véritablement. Elle apprécie notre aide, nous demande conseil et s'intéresse volontiers aux autres membres du groupe avec lesquels elle interagit. Cette activité ne lui posera pas véritablement problème.
Mme L. fait ses choix et réalise les accessoires avec l'aide de l'orthophoniste. A plusieurs reprises elle demande si elle peut récupérer la marionnette pour la donner à sa petite fille.
Mme P., suite à de nombreuses sollicitations, choisit un ruban qu'elle enroule autour de la taille de sa marionnette et un autre qu'elle place autour du cou. Elle accepte ce qui lui est proposé mais ne fait rien. Elle parle de danse avec l'orthophoniste et sa voisine sans trop développer la conversation. Elle est présente, plaisante et participe un peu mais ne s'investit pas réellement dans la fabrication de sa marionnette.
Mme M. est plutôt silencieuse et souriante. Elle prend au sérieux son travail et réalise une écharpe en perles, me demande de fabriquer un sac dont elle choisit la couleur, pose des boucles d'oreille avec mon aide… Mais fera une fixation sur le fait que sa marionnette ne tient pas debout toute seule, et ce malgré nos explications.
Mr D. a sans cesse besoin d'être stimulé. C'est la stagiaire qui l'accompagne dans ce travail pour lequel il montrera un certain intérêt en choisissant de nouer un ruban de lui-même autour de la taille de sa marionnette, ou encore en décidant de lui « mettre quelque chose dans les cheveux ». La stagiaire et Mme R. sont très présentes ce qui contribue à maintenir Mr D. éveillé et dans la relation. Il semble satisfait par le travail accompli, et dira : « c'est pas mal », « c'est bien fait ».

A la fin de la séance, Natacha remercie les participants, leur donne rendez-vous pour la semaine suivante et leur dit au revoir. Mme M. s'empare alors de sa marionnette pour embrasser Natacha et Mme P. s'adresse à elle pour lui signifier qu'elle est « triste » « parce qu'on va s'en aller ». Quelques heures plus tard, l'équipe me rapporte que Mme P. a amené sa marionnette à table. Il semblerait qu'elle l'ait montrée à ses voisines mais je n'en saurai pas davantage.
Il est intéressant de noter que si Mme P. a été peu active au cours de la séance elle a, semble-t-il, apprécié le moment passé en notre compagnie.

Séance 9 : le 20 décembre 2011

Mr D., Mme L., Mme P., Mme R. et Mme M. sont présents.

Nous débutons la séance en parlant du froid qu'il fait ces derniers jours et du risque de neige sur la Côte. Puis, comme à l'accoutumée, nous rappelons la date, l'objet de notre rendez-vous… et Natacha restitue à chacun sa production. Notons que Mme R. n'a aucune difficulté à reconnaître sa marionnette et que Mme P. se sert de la sienne pour interpeler Natacha.

Création d'une fiche d'identité de leur marionnette

Nous demandons à chaque participant de nous décrire, présenter, sa marionnette. Nous le laissons commencer sans aide. Bien entendu, tous les patients peuvent faire des propositions, et si nous n'avons pas suffisamment de détails nous posons des questions ciblées.
La photographie de la marionnette est affichée au tableau et nous notons en face et en haut, les informations fournies par le créateur, en bas celles apportées par les autres patients. Nous retenons uniquement les éléments approuvés par le créateur. Nous procédons chaque fois de la sorte, puis les notes sont reformulées. (*Annexe n°4*) Elles serviront de support à l'établissement d'un scénario.

Figure 7 : Nathalie

- Marionnette de Mme P.

Nous débutons par Mme P. pour laquelle cette tâche s'avère difficile. En effet, elle n'évoque que peu d'éléments spontanément, fait quelques digressions ou reste sans voix. La plupart du temps, elle se contente d'accepter ou refuser les propositions des autres participants.

Elle semble ne pas percevoir ce que l'on attend et a tendance à répondre comme si elle parlait d'elle. Ainsi, à la question « Est-ce que Nathalie [sa marionnette] a eu des jumeaux ? », elle répond : « non, moi j'ai pas de jumeaux » ou encore « a-t-elle un chat ? » « moi j'ai un chat », « moi j'ai jamais divorcé », … Elle attribue à sa marionnette des informations la concernant personnellement. Nous notons, par exemple, que la marionnette est italienne et végétarienne, or Mme P. a longtemps vécu en Italie et n'aime pas la viande. Sa marionnette et elle ont toutes deux un chat. Maintes fois, Mr D. mais surtout Mme L. et Mme R. lui soumettent leurs idées, reformulent nos propos, nos interrogations, ou l'incitent à se décider plus rapidement lui signifiant « c'est à toi », « elle attend », « c'est moi qui répond à ta place là » … rien n'y fait. Mme P. est en difficulté mais elle rit, cela ne paraît pas l'affecter. Nous faisons un bref récapitulatif des caractéristiques de Nathalie et Mme P. revient sans arrêt à elle-même. Elle fait l'amalgame entre sa vie et celle de la marionnette. Elle énonce des commentaires subjectifs et personnels. Nous pouvons parler de phénomène de personnalisation du discours, manifestation fréquemment rencontrée dans la maladie d'Alzheimer.

Mme M. quant à elle, parle peu. Elle est préoccupée, absente.

- Présentation de Boris

Nous achevons notre séance par la présentation de la marionnette de l'orthophoniste : Boris, frère de Natacha et chanteur.

Figure 8 : Boris

Séance 10 : le 3 janvier 2012

Participants : Mme R., Mme M., Mme L., Mme P., Mr D.

Notons que ce jour, nos conditions de travail ne sont pas idéales. En effet, le bruit engendré par l'activité se déroulant dans la pièce jouxtant la nôtre est relativement important et vient perturber le bon déroulement de notre atelier.

Presque 15 jours se sont écoulés mais Mme R. et Mme P. se souviennent que nous nous retrouvons pour l'atelier marionnettes.

Natacha redistribue les marionnettes. Mme L. et Mme R. reconnaissent la leur, Mme P. souhaite prendre celle de Mme M. « parce qu'elle est jolie » et paraît déçue à la vue de la sienne.

Poursuite des fiches d'identité

- Marionnette de Mme R.

Figure 9 : Corinne

Mme R. nous présente Corinne, que Mme P. manipule. Une véritable discussion s'instaure entre Mme R., Mme L. et Mr D., par exemple :

Mme R. – « Elle aimerait bien avoir un bébé »

Mr D. – « Déjà ? »

Mme R. – « Il a 25 ans »

Mme L. – « Oui, 25 ans c'est l'âge où on peut avoir des enfants ».

Et, lorsque la conversation s'essouffle je la relance avec des questions.

Mme P. tient quelques propos inadéquats dans le sens où, comme à la séance précédente, elle en revient toujours à elle. En effet, alors que Mme R. parle du chat de sa marionnette, Mme P. dit « j'ai un chat moi, il s'appelle Titou » ou encore en abordant les déplacements de Corinne, elle dit « on aime les voyages ». Il s'agit de nouveau d'une tendance à la personnalisation.

Mme L. participe de manière relativement active. Il en est de même pour Mr D. qui, comme à son habitude, plaisante mais tient aussi des propos sérieux en relation avec la situation de communication et avec l'environnement sonore trop élevé.

Mme M. reste quant à elle, plutôt silencieuse. Nous lui proposons de nous présenter sa marionnette pensant délier les langues.

- Marionnette de Mme M.

Figure 10 : Joséphine

Mme M. nomme sa marionnette Joséphine, lui donne un âge. Mais ce n'est qu'au prix d'une importante stimulation et de questions répétées que nous obtenons davantage d'informations. Mme M. semble désemparée, parle à mi-voix. Elle est incapable de se décider, comme s'il fallait parler d'une personne réelle. Aussi, sa marionnette habite à l'adresse de notre patiente, porte le prénom de sa cousine, est âgée de 15 ans, mais a un frère né en 1940. La patiente elle-même dit que « c'est difficile d'inventer ».

Mr D., Mme L. et Mme R. participent toujours autant, et Mme P. n'intervient plus que pour se plaindre du bruit occasionné par l'atelier voisin.
Tous sont perturbés et expriment leur mécontentement à plusieurs reprises. Ils ne peuvent se concentrer et être efficaces dans de telles conditions. Et, il est évident que cela a eu un impact sur la dynamique du groupe, même si à certains moments les patients ont préféré rire de la situation.

Il est opportun de rappeler que la maladie d'Alzheimer et les maladies qui lui sont apparentées sont, entre autres, caractérisées par une désorientation spatiale et temporelle et par des troubles de l'attention-concentration. Aussi, afin d'éviter sinon limiter toute distractabilité et d'offrir des repères stables aux patients et un bon encadrement, un certain nombre d'éléments est nécessaire. La clé d'un accompagnement efficace réside sans doute dans la réunion de conditions qui vont permettre de garantir une écoute privilégiée mais aussi un cadre rassurant, contenant. Ainsi, l'idéal est d'avoir à disposition une pièce dédiée qui soit un espace clos, restreint et convivial. L'environnement doit être chaleureux et calme, sans bruit ni passage. Les patients doivent être confortablement installés et placés de façon à pouvoir interagir avec chacun (cercle ou demi-cercle). Nous devons nous trouver au même niveau qu'eux de manière à favoriser la communication, encourager les échanges naturels. Cette liste ne saurait être exhaustive d'autant que la difficulté de mettre en œuvre les moyens matériels suffisants et d'assurer de telles conditions de travail est une réalité. Mais, la compréhension de notre rôle, la reconnaissance de notre travail notamment par l'équipe et le soutien de l'institution sont autant d'éléments contribuant au respect d'un cadre sinon idéal du moins décent.

Séance 11 : le 10 janvier 2012

Participants : Mme R., Mme M., Mme L., Mme P., Mr D..
Pour des raisons matérielles, il nous a été impossible de filmer la séance.

Poursuite des fiches d'identité

- Marionnette de Mme L.

« C'est une demoiselle de 11 ans » qui se prénomme Juliette et qui vit « ici », à la Villa Hélios…

La créativité de notre patiente nous paraît moins fertile qu'au cours des séances précédentes. En réalité, elle semble avoir des idées mais ne parvient pas à les exprimer. Probablement parce qu'elle se trouve impliquée personnellement et souhaite faire au mieux. Malgré tout, seules quelques questions et le soutien de Mr D. et Mme R., suffisent à obtenir une présentation plus détaillée.

Figure 11 : Juliette

Figure 12 : Odette

- Marionnette de Mr D.

Sa marionnette s'appelle Odette. C'est une jeune judoka…
Mme R. et Mme L. lui suggèrent quelques éléments mais Mr D. en évoque aussi de lui-même ou sur sollicitation de notre part.

Nous choisissons pour clore l'atelier du jour, de présenter le fruit de notre travail à Natacha. Tout au long de la séance, nous notons un véritable échange entre Mr D., Mme L. et Mme R.. Mme M., sans être opposante, est absente, perdue dans ses pensées et Mme P., bien qu'attentive, participe peu.

Séance 12 : le 17 janvier 2012

Pour des raisons médicales Mme M. est absente. Les participants sont donc : Mme P., Mme R., Mme L. et Mr D..
Sur le chemin menant à la salle, Mme P. et Mme R. me disent que l' « on va faire les marionnettes ».

Après notre habituelle recherche de date du jour, Natacha présente l'objectif de la séance, à savoir : la familiarisation avec les marionnettes.

Présentation de l'ensemble des marionnettes

Dans un premier temps, nous présentons tour à tour les marionnettes, celle de l'orthophoniste et la mienne également, en insistant sur leurs principales caractéristiques : prénom, âge, profession, situation familiale, loisirs, traits de caractère.

Cette situation donne lieu à de vives réactions, des commentaires en tous genres, des interrogations, notamment de la part de Mme L., Mme R. et Mr D.. Par exemple : « oh ! il est pas beau Boris ! » ou encore « avec un nom comme celui-ci on ne peut pas se tromper !», « c'est le chat botté », « elle est souriante », « la belle vie ! », « Son mari est parti ? », « elle a sa mère et son père ? »… Tous sont très attentifs.

Reconnaissance – Identification

Nous leur donnons quelques repères et certains patients mettent en place d'eux-mêmes des procédés leur permettant d'identifier les marionnettes. Ils les distinguent grâce à leurs accessoires ou encore à des éléments particuliers tels que la couleur peu ordinaire de leurs cheveux.

Beaucoup d'éléments sont retenus, cependant, nous notons quelques confusions, des attributions inadéquates d'identité.

Les interventions de Mme P. sont rares mais adaptées. Elle est attentive mais semble moins réceptive. Nous notons que, depuis quelques séances, ses capacités de compréhension s'amenuisent.

Mr D. est assez fatigable, aussi c'est en début de séance qu'il se montre le plus actif.

Pour Mme L. cette tâche n'a pas été évidente mais elle a investi la séance. Mme R. participe activement et parvient à identifier quelques marionnettes ou des éléments qui les caractérisent.

De nouveau, nous sommes dérangés par le bruit provenant de la pièce attenante. Nous tentons d'en faire abstraction mais devons reconnaître que cela a pu avoir un impact sur le bon déroulement de la séance.

Séance 13 : le 24 janvier 2012

Mme R. est absente, sont donc présents ce jour : Mme L., Mme P., Mr D., Mme M.

Poursuite de l'identification des marionnettes

Les patients sont invités à observer les personnages et à y associer une caractéristique : son nom ou autre. Nous les aidons dans cette épreuve.

Mme P. a besoin d'être orientée mais parvient à identifier les caractéristiques de quelques personnages. Nous notons très peu de digressions.

Mme L. est intéressée et parvient à faire des associations correctes.

Nous observons quelques propos spontanés de leur part mais bien souvent nous les obtenons au prix d'une importante stimulation.

Mr D., apathique, s'est endormi sur sa chaise.

Mme M. reste silencieuse mais à l écoute. Nous remarquons qu'elle réagit à certaines interventions par des mouvements du corps, hochements de tête, sourires.

Manipulation des marionnettes

Nous remettons à chacun sa marionnette et improvisons quelques échanges.

Mr D. s'éveille et participe un peu lorsque l'on s'adresse à son personnage mais avec un temps de réaction assez long.

Mme L. se prête au jeu. Elle répond aux questions de nos marionnettes et semble y prendre plaisir. Ses réponses sont adaptées. Nous choisissons de vous transcrire un passage intéressant.

(Orthophoniste) Corinne – « Et toi Juliette, qu'est-ce que tu veux faire dans la vie ? Quand tu seras plus grande ? »

(Mme L) Juliette – « Euh…, oh, je serai mannequin »

Corinne – « Oh, ben dis donc ! Tu sais que c'est crevant mannequin, hein ! »

Juliette – « Ca ne fait rien, j'adore ça »

Corinne – « Ah ! Et tu vas défiler pour les grands couturiers alors ? »

Juliette – « ben absolument, bien sûr ! »

(Moi-même) Natacha – « ah ! Mais on se croisera peut-être puisque tu devrais beaucoup voyager »

Juliette – « peut-être, oui »

Corinne – « mais oui on se verra dans les avions bien sûr ! ça sera super ! »

(Orthophoniste) Boris – « Et, moi aussi je serai là, les filles ! Pour vous accompagner bien sûr… »

(Rire collectif)

Corinne – « Et puis peut-être qu'on verra Odette ! Parce que si Odette fait des compets internationales …, on la verra ! Hein ? »

Tout ce temps Mme L. est souriante, et alors que nous nous adressons à Nathalie, elle répond à la place de Mme P..

Cette dernière ne perçoit absolument pas ce qui est en train de se jouer. Elle ne comprend pas que nous attendons un retour de sa part en nous adressant à sa marionnette. Et, bien que rendant explicite notre objectif, elle n'assimile pas la consigne, ne répond pas ou parle d'elle.

Mme M. fait bouger sa marionnette mais reste muette malgré nos sollicitations.

Nous nous quittons en chanson. C'est là que toutes les marionnettes, à l'exception de celle de Mr D., s'animent au rythme de la « Java bleue » que Mme P., Mme L. accompagnent en chœur Boris et Natacha. Mr D. ne prend pas part à la chanson. Mme M. semble apprécier, elle murmure quelques paroles et alors que Natacha embrasse sa marionnette, surprise, elle s'exprime enfin : « Oh ! Elle lui a fait le bisou ».

2.1.2. Analyse objective des séances 1 et 12 pour trois patientes

De manière à confirmer nos observations et valider notre hypothèse sur les marionnettes, nous avons choisi d'étudier la communication de trois patients au cours de la première et de la dernière séance à l'aide de la GECCO : « Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer » mise au point par T. Rousseau. Cette grille, qui va nous permettre d'évaluer la quantité et la qualité du discours verbal et para-verbal, convient à la vision pragmatique que nous souhaitons apporter à notre analyse.

Elle prend en compte la spécificité des troubles rencontrés dans la maladie d'Alzheimer et analyse la communication dans des situations réelles d'interlocution. Elle nous permettra de dresser un profil évolutif des capacités de communication des trois patientes que nous avons retenues pour leur présence régulière à notre atelier marionnettes et au spectacle.

2.1.2.1. La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) : présentation

La GECCO est une grille permettant une analyse pragmatique à la fois qualitative et quantitative des actes de langage verbaux et non verbaux. (*Annexe n°5*)

- *L'analyse qualitative* comprend deux aspects :

• une classification des actes de langage verbaux s'inspirant de la taxonomie de Dore (1977) et des actes non verbaux correspondant à la classification de Labourel (1981).

• la détermination de l'adéquation du discours se fait par rapport aux règles socio-linguistiques et à l échange d'informations. Le discours doit présenter une certaine cohérence et une unité au niveau de son thème.

- Concernant *l'analyse quantitative*, cette grille prend en compte la fréquence des actes de langage et des actes non verbaux.

L'analyse pragmatique du discours des patients peut s'effectuer sur trois situations de communication de base :

- une *entrevue dirigée* (autobiographique) qui consiste en une série de questions fermées et ouvertes. Cette situation peut avoir lieu lors du premier contact, au moment où l'examinateur prend les renseignements généraux concernant le patient : identité, profession, situation familiale, lieu de vie, loisirs.
- une *tâche d'échange d'informations*. Le patient doit essayer de faire deviner le contenu d'une image prise au hasard parmi 10, en la décrivant le plus précisément possible, puis c'est au tour de l'examinateur de faire deviner le contenu d'une image au patient. Cette situation est inspirée de celle proposée par Davis et Wilcox (1978) dans la PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness).
- une *discussion libre*. Cette discussion est considérée comme la plus naturelle en théorie car elle est en lien direct avec la situation présente. Dans notre cas, la situation veut que le thème soit de fait associé à celui de la marionnette, mais le patient est libre de s'exprimer. Cette discussion permet d'obtenir un échantillon de conversation avec le patient et d'observer son appétence à communiquer. Lorsque les capacités de communication sont fortement diminuées, cette situation de discussion libre peut prendre une tournure d'entretien semi-dirigé. Cela a parfois été le cas avec certains de nos patients au cours des séances.

L'analyse en « direct », c'est-à-dire en même temps qu'a lieu l'échange, est difficile à faire. Ceci serait possible avec une certaine habitude et à condition que celui qui mène la discussion ne soit pas le même que celui qui en fait l'analyse. Néanmoins, utilisant cette grille pour la première fois et souhaitant être totalement disponible pour les patients, nous choisissons une analyse ultérieure à partir de nos enregistrements vidéo. Ce mode d'enregistrement nous permet de retrouver l'ensemble des actes verbaux et non verbaux émis par les patientes.

2.1.2.2. Résultats

Si nos observations tout au long de cette expérience ont été riches, nous souhaitions apporter un regard objectif sur les actes de communication engendrés par un atelier à médiation marionnettes.
Nous avons choisi d'analyser avec la GECCO, les séances 1 et 12 dont le déroulement et les objectifs ont été décrits précédemment.

Les patientes retenues souffrent toutes trois de maladie d'Alzheimer mais à des degrés divers. Mme P. présente une atteinte modérée sans troubles du comportement. Pour Mme L. l'atteinte est sévère et un syndrome anxio-dépressif vient se greffer au tableau. Enfin, à la maladie de Mme R. s'ajoute une dépression chronique sévère.
En *annexe n°10* se trouvent des graphes récapitulatifs des résultats obtenus au cours des deux séances.

a. Séance 1

- <u>Evaluation des actes de communication verbaux</u>

Afin que la communication puisse se dérouler, et se poursuivre, normalement il faut que l'acte de langage produit soit adéquat. 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 que l'acte de langage produit par le patient apporte un certain feed-back à l'interlocuteur et/ou à la situation.
- à l'échange d'informations : il faut que le discours présente au niveau de son organisation logico-sémantique une certaine cohérence. Il doit exister une unité au niveau de son thème et une logique de déroulement assurée par des transitions compréhensibles.

Analyse qualitative (*annexe n° 6*)

Lors de cette séance, peu de questions sont posées. Seule Mme P. s'interroge sur ce qu'elle peut bien faire de Natacha (notre marionnette) une fois qu'elle l'a en main. Bien que cette question signe une certaine désorientation et incompréhension de ce que l'on attend d'elle, elle est adaptée, a du sens dans la situation de communication.

Nous proposons des **questions ouvertes** comme **fermées**, mais les réponses de type oui/non sont plus fréquentes et parfois inadéquates. Mme R. par exemple tient des propos contradictoires : à la question « le muppet show, vous l'avez regardé vous-même ? » elle répond « oui » puis « c'est les enfants qui regardaient ».

Pour les **réponses de type ouvert**, l'inadéquation est souvent présente et, cela, sous plusieurs formes. On remarque tout d'abord une absence de feed-back chez les trois patientes, donnant lieu à des comportements communicationnels inadaptés : Mme P. tenant la marionnette dans ses mains répond « mon chat, mon chat il est plus là alors qu'est-ce qu'on va faire ? » alors que nous lui demandons son avis sur la matière dans laquelle la tête de la marionnette est faite. Et, à la question : « que feriez-vous comme personnage ? » elle dit : « je lui ferai un tutu ». Quelques minutes plus tard, à cette même interrogation Mme L. répond « je pense c'est pareil un vêtement » et Mme R. « je pense à mes enfants ». Des propos contradictoires sont de nouveau observés. Alors que Mme R. affirmait vouloir fabriquer deux marionnettes, ses deux enfants, elle prétend quelques instants plus tard vouloir faire « une infirmière pour soigner les gens ». Enfin, une absence de cohérence dans la progression rhématique est également à noter : « moi quand je dansais, je faisais de la danse », les propos de Mme P. ne sont pas informatifs.

Peu d'énoncés viennent clarifier le contenu des messages. Seule Mme R. complète ses paroles : « je voulais être infirmière mais j'avais pas les possibilités, j'étais pas assez instruite ».

En revanche, les éléments de **description** sont assez nombreux et le plus souvent adéquats. Nous abordons les différents types de marionnettes qui existent, et proposons pour cela des images à partir desquelles Mme R. identifiera le Muppet Show et Mme P. le carnaval, le président Chirac… Nous observons toutefois une contradiction. En effet, alors que le président Chirac avait initialement été correctement identifié, Mme P., en regardant toujours la même image, l'assimilera plus tard au président actuel. Elle persévèrera dans ce sens à trois reprises malgré nos tentatives de la ramener dans le vrai. Cette répétition de formulation signe une absence de feed-back.

Ensuite, nous parlons de Natacha, de la manière dont nous pouvons fabriquer une marionnette, observons des images de marionnettes dont certaines sont parlantes pour des personnes habitant la région (le Carnaval de Nice), la situation est donc propice à la description d'objets, d'événements, de situations. Pourtant, les **propriétés** et la **localisation** des éléments cités, bien qu'adéquates, restent rares : « c'est électronique » propose Mme R. en parlant du fonctionnement des chars du carnaval, « c'était ici à Nice » le carnaval ajoute-t-elle, « ah c'est dessous » dit Mme L. à propos du bâton permettant de manipuler la marionnette.

Nous notons plus de **formules d'attribution** et **d'évaluation** que de propos relatifs à l'expression d'un état interne personnel ou de règles. La marionnette, support d'expression, permet souvent l'émergence des affects. Pourtant, seule Mme R. affirme « moi j'ai peur de l'avion » alors que Mr D. dit vouloir réaliser une marionnette pilote d'avion.

Par ailleurs, nous notons quelques **mécanismes conversationnels** dont le but est de garder un lien, de rester à leur manière dans la situation de communication, d'interaction, qui est en train de se jouer. Ils sont tous adéquats. « Elle danse tu vas voir ! » constitue une manière de susciter notre attention, « au revoir/ à la prochaine » sont des marqueurs de politesse, « oui / bien sûr/ tout à fait/ah d'accord » sont relativement souvent employés par les trois patientes pour signifier leur accord avec nos propos. Mme L. invitera même « tout le monde » à chanter « tout le monde, tout le monde chante, hein! » Souvent, la marionnette n'échappe pas au banal poncif : « c'est pour les enfants » ou encore « ainsi font font font … » mais au cours de cet atelier nous n'observons rien de tout cela. Nous supposons que la manière dont nous avons introduit la marionnette y est pour beaucoup.

Enfin, Mme P. aura eu de nombreuses crises de fous rires au cours de cette séance. Des fous rires communicatifs, souvent en lien avec la situation. Source notable de plaisir pour l'ensemble du groupe, ils auront contribué à rendre agréable, convivial, ce moment de partage.

Analyse quantitative

Lors d'une première recherche qui avait conduit à la construction de cette grille, T. Rousseau avait retenu le facteur « temps de parole » mais ceci demandait un temps de dépouillement trop important et ne permettait pas un usage clinique aisé. C'est la raison pour laquelle cette grille prend simplement en compte la fréquence des actes de langage.

Pour notre premier atelier, nous pouvons observer que les actes de communication sont relativement nombreux et que ces 3 patientes participent. Toutes sont joyeuses à l'exception de Mme R. qui semble triste et dont les interventions se font essentiellement sur sollicitation.

Cette séance avait pour objectif la manipulation de la marionnette, l'évocation des divers types de marionnettes à partir d'images et l'évocation de la fabrication prochaine de leur propre marionnette. Il s'agit d'autant de situations propices à l'expression. Aussi, le grand nombre d'actes de communication émis pourrait être un facteur responsable du nombre d'actes de communication inadéquats produits. Il est donc à penser que, supports variés à l'appui, le besoin de parler des patientes a parfois primé sur la cohérence.

Les gestes étant souvent bien plus porteurs de sens que les mots, intéressons-nous à présent aux actes non verbaux émis au cours de cette séance.

- Evaluation des actes de communication non verbaux (*annexe n°7*)

Nous pouvons constater que les actes non verbaux émis par les trois patientes sont relativement variés. En effet, nous notons des gestes à fonction référentielle, communicationnelle, métalinguistique mais aussi des regards et quelques expressions faciales, et silences significatifs.

Les actes à fonction référentielle ont une valeur illustratrice. Ils accompagnent ou remplacent le discours verbal. Ils peuvent être mimétiques c'est-à-dire avoir une relation d'analogie au référent, déictiques et correspondre alors à des gestes en relation spatiale précise ou vague au référent, ou encore symboliques et renvoyer dans ce cas à un code culturel ou personnel en relation avec le référent.

Nous ne retrouvons dans cette séance que des **gestes mimétiques** et **symboliques**. Ils améliorent grandement la compréhension du discours et rendent la communication plus efficace. Néanmoins, ces actes sont rares et ne sont émis que par Mme P. et Mme L., Mme R. n'ayant que peu recours aux actes non verbaux de manière générale.

Les **gestes à fonction communicationnelle** sont plus ou moins volontaires et font référence à la situation et aux interlocuteurs. Ils ont une valeur expressive ou émotive quand ils se rapportent à l'émetteur, conative lorsqu'ils s'adressent au récepteur lui signifiant quelque chose et, phatique ou régulatrice lorsqu'ils visent à assurer la bonne continuité de l'échange.

Nous ne retrouvons qu'un acte à valeur expressive et un acte à valeur conative, tous deux produits par Mme L. en appui de son discours, l'un pour signifier qu'elle se remémore, l'autre pour désigner Mme P. qui « s'amuse bien ». Ainsi, les actes à valeur expressive sont rares. Ce constat est en accord avec les actes verbaux relatifs à l'état interne des patientes que nous avons notés comme peu fréquents.

Les **gestes à fonction métalinguistique** peuvent avoir une fonction prosodique lorsqu'ils font partie du discours comme élément prosodique, une fonction de redondance lorsqu'ils sont redondants par rapport au discours, et de commentaire lorsqu'ils servent à commenter la forme ou le contenu de l'énoncé. De ces trois types d'actes, ceux à fonction de redondance sont les plus nombreux, mais ils se limitent le plus souvent à des hochements de tête venant signifier le consentement ou le désaccord. Un seul acte à fonction prosodique est relevé : Mme L. secoue la marionnette au rythme de la chanson que le groupe reprend en chœur.

Parmi les **expressions faciales**, nous notons de nombreux sourires chez Mme P. et Mme L. semblant d'humeur joviales. Mme R. esquisse, quant à elle, quelques sourires lorsque Natacha fait des plaisanteries. Nous observons là un point essentiel évoqué dans notre partie théorique, à savoir les bienfaits de la dérision dans le cadre de l'utilisation des marionnettes.

Les **regards** sont nombreux. Les trois patientes sont très réceptives, elles suivent l'orthophoniste et la marionnette dans leurs déplacements, montrent un certain intérêt aux propos portés par les différents intervenants, et plus particulièrement à ceux tenus par la marionnette. Mme P. et Mme L. parlent beaucoup entre elles mais leur discussion tourne toujours autour du thème. Mme R. est, elle, beaucoup plus silencieuse.

Cette séance a été relativement riche en actes non-verbaux, ces actes que l'on sous-évalue bien trop et qui pourtant s'avèrent porteurs de sens et enrichissent le discours verbal. Au cours de cette séance, ils ont principalement permis à nos trois patientes d'exprimer leur contentement et de signifier leur attention.

Il nous semble à propos de rappeler que le déclin des fonctions cognitives est irrévocable et qu'avec l'évolution de la maladie les troubles langagiers s'installent et conduisent le patient à l'impossibilité de s'exprimer verbalement, perturbant la communication avec l'entourage. Or, les gestes, les postures, les expressions faciales et le contact visuel demeurent, y compris dans les stades les plus ultimes de la maladie. Cette

communication implicite augmenterait même avec le déficit langagier. Il est également intéressant de noter que si elles ont recours aux actes non verbaux, les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer sont également sensibles aux comportements non verbaux d'autrui. Aussi, pour le futur de chaque patient et de manière à suppléer les fonctions de communication verbales défaillantes et préserver les échanges, il convient de préparer relativement tôt cette communication non verbale.

b. Séance 12

Cette séance vient finaliser tout un travail de fabrication et d'élaboration d'identité pour chaque marionnette fabriquée. Il s'agissait alors d'effectuer un travail d'identification des marionnettes et d'imprégnation de leurs caractéristiques propres.

- Evaluation des actes de communication verbaux (*annexe n°8*)

Lors de cette séance, nous constatons une légère augmentation des **questions de type fermé** et **ouvert**. Elles proviennent essentiellement de Mme L. et Mme R. et sont tout à fait adéquates. L'une s'interroge sur l'identité des marionnettes « C'est pas Joséphine ? », l'autre sur leur histoire de vie : « et son mari est parti où ? ».

Concernant les **réponses**, celles de type oui/non ont diminué alors que celles de type ouvert ont sensiblement augmenté. Cela tient probablement à la situation de communication. De nouveau, ce sont Mme L. et Mme R. qui sont à l'origine de la plupart des réponses. Nous notons que contrairement à la première séance, toutes sont adéquates. Celles de Mme P. sont quant à elles, plus rares et parfois inadéquates du type absence de feed-back. Par exemple, à la question « voulez-vous voir celle qui aime les pâtes ? », Mme P. répond « oui, les pâtes c'est bon ».

Les **actes de description** sont beaucoup moins nombreux qu'à la première séance mais tous corrects. Mme P. ne fait aucune description. Et, nous ne retrouvons que très peu d'éléments de ce type dans le discours de Mme R. et Mme L. A la première séance les supports étaient bien plus nombreux et variés (des photos, une marionnette), ce qui explique peut-être en partie la présence plus importante d'éléments de description à ce moment là.

Les **actes verbaux d'attribution**, visant à exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions), des capacités, des intentions d'une autre personne, sont moins nombreux qu'au cours de la première séance.

En revanche, les actes verbaux à valeur d'**évaluation** ont augmenté. Ils sont tous adéquats et relatifs aux marionnettes que nous avons fabriquées. Mme L. s'exclamera par exemple : « Il est pas beau Boris ! »

Le nombre d'actes émis pour exprimer un **état interne** est relativement stable mais cette fois-ci ils proviennent uniquement de Mme R.. Elle a conscience de ses difficultés à mémoriser et se dévalorise : « je me se souviens plus son nom » ou encore « je sais jamais la date», or c'est bien elle qui finit par nous la donner. La situation n'était pas véritablement propice à l'expression des sentiments. Et, de manière générale, les patients souffrent d'une diminution de l'estime de soi ; c'est sans doute une des raisons qui explique le peu d'expression des sentiments.

En outre, nous relevons une augmentation considérable des **mécanismes conversationnels** - retour, venant signifier la reconnaissance des énoncés de l'interlocuteur ou à maintenir la conversation : « ah oui », « d'accord », etc., et des mécanismes-marqueurs de politesse : « bonjour », « à tout à l'heure ».

Enfin, des **actes performatifs** sont présents : Mme P. appelle « Natacha ! », Mme R. la somme de venir « vite », et Mme L. réclame « une chanson » à Boris. Nous comptabilisons également une performative du type de la blague, produite par Mme P.. Alors que nous parlons d'une des marionnettes nommée « Juliette », elle nous dit tout en riant « On va faire Roméo et Juliette ! ». Nous pouvons supposer qu'il s'agit là d'un des effets induits par le travail avec des marionnettes, d'un moyen pour elle de dédramatiser ses difficultés.

En résumé, nous remarquons une légère différence entre les actes verbaux émis lors de la première séance et ceux émis lors de la dernière. Ils sont un peu plus nombreux et le plus souvent adéquats. Nous ne notons que très peu d'actes en inadéquation avec la situation de communication. Ainsi, si les échanges n'ont que peu augmenté, nous pouvons supposer qu'ils ont été en revanche, plus efficaces.

- <u>Evaluation des actes de communication non-verbaux</u> (*Annexe n°9*)

Les actes non verbaux sont de manière générale assez rares et peu variés. Nous notons principalement des actes métalinguistiques à fonction de redondance. Ils remplacent souvent le discours de Mme L., accompagnent les propos de Mme R. et ne sont jamais utilisés par Mme P..

Nous observons également des **gestes à fonction prosodique** au moment où elles invitent Natacha à les rejoindre.
Mme L. et Mme R. utilisent aussi des gestes **à fonction référentielle** de type déictique : elles désignent les marionnettes qu'elles identifient.

Concernant les **expressions faciales**, Mme R. et Mme L. sont très souriantes tout au long de l'atelier. Mme P. quant à elle, sourit parfois mais son visage est beaucoup moins ouvert qu'à la première séance.

Les **regards** sont soutenus, témoignant de leur intérêt pour la situation de communication. Ils s'orientent vers moi lors de mes déplacements au tableau, et vers les différentes marionnettes que je leur présente. Ils prennent encore une valeur proche des gestes à fonction communicationnelle de type conatif lorsqu'ils sont adressés aux autres membres du groupe comme pour se référer à eux dans la difficulté, pour chercher à savoir s'ils connaissent la réponse et peuvent s'aider.

Enfin, les **silences** sont assez nombreux et semblent nécessaires à nos trois patientes pour se concentrer. La tâche demandée faisant notamment appel aux capacités de mémorisation et d'apprentissage, nécessitait une grande attention.

Les actes non verbaux au cours de cette séance ont été moins fréquents. Ils marquent principalement l'attention, la réflexion et, les hochements de tête accompagnant ou remplaçant le discours de nos trois participantes, viennent la plupart du temps signifier leur accord avec nos propos.

En somme, nous observons une augmentation non seulement quantitative, mais aussi qualitative, des actes de communication verbaux puisque moins d'actes inadéquats sont émis. Les actes non verbaux sont moindres par rapport à ceux observés au cours de la première séance, mais sont de nature différente. Les situations de communication de la première et de la dernière séance étant totalement différentes, nous pouvons supposer que le constat fait concernant les actes non verbaux y est directement corrélé.

2.2. Le spectacle : « Une bonne blague »

Figure 13 : Corinne et Joséphine

Le spectacle mettant en scène à la fois Natacha et Boris, marionnettes que nos patients ont régulièrement côtoyées au fil de notre atelier, et les propres créations des participants, nous a semblé incontournable.

Il s'est déroulé en deux temps : une mise en scène du scénario créé pour l'occasion par Mme Osta, présidente de l'association Exprime, à partir des caractéristiques des marionnettes, immédiatement suivie d'une interview des patients. (Extrait du scénario : *annexe n°11*)

Sur les conseils de Mme Osta, l'orthophoniste et moi-même avons décidé de passer derrière le castelet et devenir actrices. Les voix de Natacha et Boris étant déjà connues des patients, nous apportions un point de repère supplémentaire.

Ce jour, mardi 31 janvier 2012, seules Mme R., Mme P. et Mme L. sont présentes. Notons qu'avant d'entrer dans la salle Mme P. rappelle que nous nous rendons à l'atelier « marionnettes ».

2.2.1. Déroulement et analyse

Patients-spectateurs

Les patientes sont installées côte à côte, face au castelet. Elles discutent ensemble jusqu'aux premières notes de musique que toutes trois reconnaissent. Mme R. et Mme P. se mettent à fredonner l'air et bouger en rythme. Puis, retentissent les célèbres trois coups et dès que Natacha apparaît, toute l'attention se porte sur elle.

Il est de coutume que les marionnettes interpellent le public de manière à établir une relation de dialogue, mais en aucun cas elles ne nomment les personnes concernées comme nous avons pu le faire. Un travail de guidance, d'accompagnement est nécessaire avec des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, c'est pourquoi, contrairement à d'habitude, le spectacle commence par une présentation des marionnettes. Natacha rappelle certaines de leurs caractéristiques, leur lien de parenté ainsi que le nom de leur créateur. Un maximum d'indices est donné.

Les marionnettes, par des questionnements du type : « vous la reconnaissez ? » provoquant un travail de recherche, favorisent le travail mnésique, et développent le dialogue. Aussi, nous observons de nombreux échanges, non seulement entre les patientes qui se sourient, se regardent l'air complice, mais aussi avec les marionnettes. Mme P. se souvient du prénom de notre personnage, qu'elle reconnaît. Mme R. ajoute «c'est l'hôtesse de l'air ». Plus tard, Mme L. salue spontanément une des marionnettes, et toutes trois interagissent avec Natacha. A la vue de Corinne, Mme R. dit : « c'est Corinne, c'est la mienne » et, parlant de Nathalie, la marionnette de Mme P., elles disent : « elle aime les spaghettis », « les pâtes », « elle est italienne »… Les patientes acceptent pleinement le jeu en accueillant volontiers l'illusion. Elles se prennent au jeu, aussi, les actes verbaux et non verbaux sont riches.

Par ailleurs, la littérature fait état d'importantes difficultés attentionnelles chez de tels patients. Pourtant, nous observons que le cadre que nous offre le castelet permet, autant que l'animation des marionnettes, de canaliser cette attention.

L'analyse vidéo du spectacle révèle, qu'au fil de l'intrigue, notre public reste silencieux, ne réagit plus aux sollicitations de notre personnage ni aux événements qui rythment le

scénario : mise au point d'un plan d'action contre Corinne la grande sœur, vol du sac de Corinne, justice rendue par la punition des coupables. A ce propos, Mme Osta, elle-même orthophoniste et marionnettiste professionnelle, m'a rapporté avoir fréquemment rencontré, au cours de son expérience et alors qu'elle effectuait avec son équipe des représentations en maison de retraite, ce type de comportement de la part de personnes atteintes de maladie de type Alzheimer.
Mme L. et Mme R. sont donc restées très attentives. Mais le spectacle a duré une vingtaine de minutes, et c'est probablement la raison pour laquelle Mme P., a un temps semblé s'en désintéresser avant d'être de nouveau à l'écoute.

Pour finir, Boris, roi du bel canto italien, nous montre ses performances de chanteur. Il interprète, à la manière de L. Pavarotti : « O sole mio » que Mme R. et Mme P., tout sourire, s'empressent de reprendre en chœur.

En somme, Mme R. et Mme P. semblent avoir davantage apprécié le spectacle que Mme L. qui, à deux reprises, dit « on retombe en enfance ». Par moment, elle paraissait dubitative mais dans l'ensemble elle s'est montrée intéressée et n'a quasiment jamais détourné le regard du castelet. Le fait que la plupart des personnages soient des enfants a sans doute participé à l'expression d'un tel sentiment. Mais, le scénario s'appuyant sur les propos des patients et le recueil des informations qu'ils nous ont personnellement fournies, nous ne pouvions mettre en scène davantage de personnages adultes. Le fait de ne pas rester fidèles à la représentation qu'ils s'étaient faite de leur personnage est un risque que nous ne pouvions nous permettre de prendre. Les marionnettes se sont construites dans l'imaginaire de chacun, aussi, en modifier une caractéristique aurait fait perdre tout repère aux participants.

Patients-acteurs

Dans la continuité du spectacle, nous proposons aux patientes, pendant que l'une d'entre elles se rend dans une autre salle pour répondre à notre questionnaire, de prendre place derrière le castelet pour manipuler à leur tour les marionnettes. L'orthophoniste se place dans un premier temps en tant que spectatrice, puis les patientes sont invitées à tour de rôle à lui donner la réplique.

Notons que Mme L. semble prendre davantage plaisir à se positionner ainsi. Elle manipule les personnages dans le castelet et leur prête sa voix. Ses propos ne sont pas spontanés mais relativement adaptés.

Et, alors qu'elle ne sait plus quelle est la marionnette que l'orthophoniste réclame, elle se laisse aider par Mme P. qui lui souffle « Odette, c'est celle qui fait le karaté » et alors que le public appelle Juliette, elle s'interroge « c'est laquelle ? » puis, pour contourner la difficulté, fait le choix de répondre : « ah ben, Juliette, elle est au karaté en ce moment ! »

Mme P. accepte de manipuler la marionnette mais ses interventions sont inadaptées. Elle s'adresse à sa marionnette et répond comme si le dialogue s'instaurait entre la marionnette de l'orthophoniste et elle-même. Mme L., persuadée que l'on s'adresse à elle, intervient également à de nombreuses reprises. Ses propos sont alors peu adéquats et nous notons particulièrement l'emploi de phrases toutes faites.

Mme R. est plutôt réservée, intimidée dans un premier temps de manipuler la marionnette. Puis un peu hésitante mais amusée, elle se prête au jeu. Sa marionnette bouge peu mais elle s'exprime de façon adéquate.

Le temps de manipulation s'avère assez court, les patientes se trouvant rapidement fatiguées et les dialogues vite épuisés.

2.2.2. Interview

Des questions relatives aux personnages, à leurs caractéristiques, à leur rôle, au contenu de l'histoire et au ressenti personnel des patients, sont posées. Leurs réponses sont rapportées en *annexe n°12*.

INTERVIEW

(La deuxième partie de la question, à savoir : le choix multiple, est posée en cas d'absence de réponse à la première. En rose, les réponses attendues. Notons que les questions 10, 11 et 12 sont des questions ouvertes n'admettant pas une réponse unique.)

1. Combien de personnages avez-vu dans ce spectacle ? Sept
Vous diriez plutôt : 30 ? 7 ? 3 ?
2. Qui est la présentatrice du spectacle ? Natacha
Vous diriez : Paola ? Natacha ? Lola ?
3. Qui a des couettes ? Juliette
Vous diriez que c'est : Nathalie ? Juliette ?

4. Qu'y avait-il dans le sac de Corinne ? Son billet d'avion

Vous diriez : son billet d'avion ? Son maquillage ?

5. De quoi a-t-elle aussi besoin pour prendre l'avion en plus de son billet d'avion ? Sa carte d'identité

Vous diriez : sa montre ? Sa carte d'identité ?

6. Qui a coupé la lanière du sac ? Juliette

Vous diriez Juliette ? Boris ?

7. Qui doit recoudre la lanière du sac ? Juliette

Vous diriez : Joséphine ? Juliette ?

8. Quel animal entend-on dans la pièce ? Un chat

Vous diriez : un chien ? Un chat ? Un oiseau ?

9. Quel est le personnage qui chante dans la pièce ? Boris

Vous diriez : Natacha ? Boris ? Corinne ?

10. Quel personnage vous a vraiment plu ? …

11. Vous croyez que Corinne va avoir des bébés et se marier ? …

12. Et après, que se passera-t-il dans cette famille ? …

L'analyse des réponses nous a permis d'établir un diagramme dans la mesure où l'on considère les réponses adaptées comme positives (justes) et les réponses erronées, absentes ou non adaptées, comme négatives (faux). (*Annexe n°13*)

Mme R. a correctement répondu à 7 questions sur 12, Mme P. à 5 questions et Mme L. à 3 seulement. Ceci est probablement corrélé au degré d'atteinte de la maladie de nos patientes et des fonctions qui sont prioritairement touchées. Rappelons qu'en début d'atelier Mme R. souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger alors que Mme P. et Mme L. sont respectivement atteintes à des degrés moyen et sévère, et que la maladie a sans doute évolué depuis.

Avec aide, Mme R. a répondu de manière exacte aux questions relatives au rôle des personnages et aux accessoires qui ont été dérobés (2 et 4). Les questions 10, 11 et 12 peuvent accepter plusieurs réponses. Mme R. a su y répondre de manière adaptée, sans soutien, ses réponses sont plausibles. Elle se souvient de l'animal que l'on entend dans la pièce, sans doute parce qu'il s'agit du chat de sa propre marionnette.

Cette question est réussie par l'ensemble des patientes. Mme P. a tout de même besoin d'une aide et fait rapidement un lien avec sa propre vie en abordant la disparition de son chat.

Mme P. parvient à répondre à 3 autres questions (2, 5 et 7), uniquement grâce au choix multiple. Les questions ouvertes, faisant appel à la rétention des personnages de la pièce ou encore à l'imaginaire, sont toutes échouées.

Mme L. quant à elle, répond correctement aux questions 8 et 11 sans aide. Notons qu'à la question 11, elle dit « oui » mais ne s'étend pas. La question 5 est réussie avec aide.

En somme, aucune n'a su donner le nombre exact de personnages de la pièce. Toutefois, Mme R. et Mme L., évoquant spontanément 5 ou 6 personnages, sont proches de la réalité alors que Mme P., parlant d'une trentaine de marionnettes, s'en éloigne totalement. Les informations relatives aux coiffures ou accessoires sont moyennement restituées. L'histoire n'est pas véritablement ancrée dans leur esprit et les personnages, leurs rôles mal identifiés par l'ensemble des patientes. Elles sont capables de citer le personnage qui n'apparaît pas dans le spectacle mais que l'on entend : le chat, mais sont dans l'impossibilité de dire quel personnage leur a vraiment plu. Enfin, seule Mme R. arrive véritablement à imaginer une suite à l'histoire de vie de Corinne. Le fait qu'il s'agisse de sa marionnette y a probablement contribué.

Il nous semble nécessaire de souligner que, pour les questions à choix multiples, il aurait été intéressant de proposer systématiquement trois choix de manière à diminuer la probabilité de trouver la réponse juste au hasard. Dans le même temps, nous nous trouvions confronté aux difficultés mnésiques et de compréhension. Il n'aurait pas été raisonnable de proposer des questions trop longues ou trop complexes, d'autant que nous pouvons supposer que la longueur et complexité des questions actuelles, compte tenu du manque du mot, des troubles mnésiques et de l'oubli à mesure dont souffrent principalement Mme P. et Mme L., constituent peut-être déjà une des raisons de leur échec.

Cette réflexion soulève un point essentiel dans l'accompagnement des patients, à savoir l'indispensable nécessité de s'adapter et mettre en place des techniques de communication[46] pertinentes de façon à faciliter l'implication dans le dialogue, l'échange.

[46] T. Rousseau, guide : « Communiquer avec un malade Alzheimer », GECCO, Ortho édition.

De manière générale il convient d'avoir une attitude réceptive, d'écoute, bienveillante et de faire preuve d'empathie. Respecter des temps de silence, des pauses et laisser parler le patient plutôt que de parler à sa place est primordial.

Il est par ailleurs préférable de privilégier des discussions courtes, dans des endroits calmes et d'éviter de changer rapidement de thème sans en avoir informé le patient. Notre discours doit être clair (pas de mots non spécifiques…) et logique. Le langage enfantin est à proscrire et les situations de mise en échec à éviter.

Prêter attention au langage non verbal, le favoriser (montrer, désigner, faire des gestes…) est tout aussi important que de l'utiliser soi-même : se placer face au malade, au même niveau, avoir une position d'ouverture, établir et maintenir le contact visuel, utiliser des gestes et mimiques car ils facilitent la compréhension et l'attention, créer une proximité, avoir un contact physique…

En cas de manque du mot ou d'emploi inadéquat, nous pouvons encourager le patient à faire des périphrases, donner un mot en rapport avec le « mot cible » (synonyme, qualificatif,…) ou encore proposer un indiçage car celui-ci peut être facilitateur.

Nous pouvons aussi aider la personne à préciser davantage ses propos par ce que l'on nomme la spécification : « cela veut dire quoi ?, « qu'est-ce qui vous fait dire que … ? », ou encore en lui posant des questions ouvertes, ou bien fermées pour lui permettre de se recentrer dans la communication. Interroger le patient (choix multiples ou questions de type oui/non) l'invite à structurer sa pensée. Le questionnement peut également nous permettre de le canaliser ou de le faire revenir sur des propos contradictoires afin qu'il évalue la situation et donne son avis : « Vous m'avez dit ceci et cela. Est-ce ceci ou cela ? », « Pensez-vous que ceci et cela soient possibles ? ».

D'autre part, de manière à nous assurer que nous avons bien compris la personne, nous pouvons procéder à une reformulation de ce qu'il a dit et éventuellement nous appuyer sur le contexte. Si le patient se trouve dans l'incompréhension alors nous devrons préciser nos propos, décrire ou encore définir ce dont nous parlons afin d'éclaircir la situation.

Enfin, si nous constatons que la personne s'écarte du sujet de conversation mais ne parvient pas à y revenir seul, nous pouvons utiliser un mécanisme conversationnel du type : « Vous me parliez de … » ou « C'était intéressant ce que vous me disiez à propos de … ».

Notons que ces techniques de communication, comme bien d'autres, doivent être maîtrisées et habilement employées pour ne pas dénaturer la situation de communication et apporter un réel bénéfice.

2.2.3. Spectacle pour tous les résidents

A la demande des membres de l'équipe, qui se sont montrés très intéressés par notre expérience, nous avons réalisé un second spectacle pour l'ensemble des résidents, reprenant les mêmes personnages et scénario.

Malheureusement, nous n'avons pu filmer la séance, c'est pourquoi je vais m'attacher à retranscrire au plus juste, les quelques propos qui m'ont été rapportés, notamment par Mme Puccini-Emportes, orthophoniste spécialisée dans les pathologies neuro-dégénératives de type Alzheimer et co-directrice de ce mémoire.

De par les actes verbaux, comportements, expressions de visage… qu'elle a pu observer des résidents, elle a su me dire quels ont été les individus ayant participé à notre atelier. Leurs réactions à la vue des marionnettes ont révélé une certaine familiarité.

Dès l'entrée en scène des personnages, nous avons gagné le silence et l'attention de la majeure partie de l'assemblée. Mme Du. par exemple, est une personne d'une grande labilité émotionnelle et qui ne cesse de parler. Elle a semblé apprécier le spectacle, à tel point que nous n'avons pas pu obtenir d'elle le silence. Elle commentait sans arrêt ce qu'elle voyait. Nous avons su attirer son attention sur l'histoire alors qu'habituellement elle a tendance à tout ramener à elle et à s'éparpiller.

Pour les autres spectateurs, nous retrouvons le comportement observé avec notre groupe expérimental, à savoir une attention soutenue lorsque les marionnettes sont présentes dans le cadre, le castelet et un détournement de cette attention lorsqu'elles disparaissent de ce champ de vision.

Concernant l'intrigue, seule Mme Ph., dame pieuse, s'est indignée du fait que l'on puisse voler le sac de quelqu'un. Habituellement, il est difficile de maintenir son attention. Elle, ainsi que quelques autres résidents ont tendance à déambuler, passer du coq à l'âne, or ce jour nous observons des patients relativement calmes, assis et ne cherchant pas à se déplacer. A la fin du spectacle, certains feront part de leur plaisir à y avoir assisté.

3. Bilans finaux

A la fin de notre atelier, nous procédons à nouveau à une évaluation des fonctions cognitives linguistiques ainsi que de la capacité à comprendre et répéter des patrons d'intonation émotionnelle, afin d'obtenir des éléments de comparaison et constater la

dégradation ou le maintien éventuels des facultés de nos patients. Seuls ceux ayant participé à notre expérience jusqu'à ce qu'elle touche à sa fin, sont évalués.

3.1. Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques

3.1.1. Madame R.

Son second bilan est effectué fin février 2012. Elle se montre alors peu enthousiaste. Son score est de 37,5/40.

- *Les capacités verbales* apparaissent relativement conservées.

• 38 mots sur 44 sont correctement dénommés, les autres ont donné lieu à des paraphasies sémantiques, par exemple : « buffet » pour commode. L'ébauche orale et le contexte aident aléatoirement la patiente.

• La description d'image révèle un score de 5,5/6. Cette fois la patiente porte ses lunettes. L'analyse globale de la situation est bonne. Le lieu est correctement identifié. Les personnages, des actions et des éléments de détails sont nommés. La patiente est spontanément assez précise.

- *Les épreuves mnésiques*

• Le rappel immédiat, bien que moyennement efficient (3 mots sur 5), est meilleur que le différé (1 mot sur 5).

• L'indiçage aide peu.

• Les épreuves interférentes sont correctement réalisées.

• La reconnaissance des mots cibles parmi des distracteurs révèle un résultat moyen avec 3 mots reconnus et 4 fausses reconnaissances.

• Aucun élément de l'histoire entendue n'a pu être restitué.

- *Les processus exécutifs*

• Le langage automatique et fonctionnel est relativement conservé. Pour l'épreuve association objet-usage la patiente n'avait pas assimilé la consigne : elle associait des noms du même champ sémantique. Lorsque je lui rappelle la consigne elle est capable de me dire que jusque là elle s'était trompée.

• L'élaboration linguistique est moyenne. A l'épreuve de concaténation de phrases la syntaxe est correcte. Lorsqu'il est demandé d'employer 3 mots dans une phrase, soit la patiente en oublie un, soit elle l'emploie sous sa forme dérivée.

• La compréhension orale de l'implicite est partielle. Mme R. tente de répéter les phrases entendues.

• La résolution de problèmes est en partie réussie. 2 problèmes sur 3 sont correctement résolus.

• Pour la tâche de similitudes, Mme R. donne spontanément ce qui différencie les éléments mais avec aide « ce sont tous les deux des… » elle trouve les trois premières réponses. Pour la dernière, elle reprend d'elle-même cette formulation et répond correctement.

• L'épreuve de chronologie est impossible. Elle a conscience de ses erreurs, tente de s'auto-corriger à 3 reprises mais n'y parvient pas : elle oublie ou ajoute une action.

3.1.2. Madame M.

Le bilan de Mme M. a été réalisé en mars 2012. La patiente semble éteinte, apathique et souffle beaucoup. Elle accepte de me suivre pour effectuer le bilan mais au cours de la passation veut se rendre à plusieurs reprises aux toilettes. Je la retrouve chaque fois assise dans le salon. Elle obtient 12/60 soit un score très bas. Les fonctions cognitives linguistiques sont globalement toutes déficitaires.

- *Les capacités verbales* sont très atteintes.

• La dénomination n'est possible que pour 12 mots. Pour pallier son manque du mot, Mme M. a recours à des périphrases. De nombreuses paraphasies sémantiques et quelques paraphasies morphologiques, par exemple « hanche » pour poche, apparaissent. Le contexte inducteur et l'ébauche orale n'aident pas toujours.

• Seuls quelques personnages sont nommés. Le discours est succinct. Aucune action n'est décrite, et aucun élément de détails n'est donné. Le lieu n'est absolument pas reconnu : « on dirait que c'est sur la route ».

- *La mémoire.*

• Rappels immédiat et différé sont impossibles.

• L'indiçage n'améliore pas le score.

• Les épreuves interférentes de calcul mental (comptage) et barrage de lettres sont correctement réalisées.

• L'épreuve de reconnaissance donne lieu à trois reconnaissances correctes mais aussi trois fausses reconnaissances.

• La restitution d'un texte entendu est impossible.

- *Les processus exécutifs* sont défaillants.

• Les épreuves d'association objet-usage et d'appariement fonctionnel montrent un langage automatique et fonctionnel peu préservé.

• L'élaboration linguistique est quasiment impossible. La concaténation de phrase à partir de 2 mots est échouée. Je débute la première phrase et la patiente l'achève sans employer, ne serait-ce que sous sa forme dérivée, le mot attendu. Les second et quatrième items ne donnent lieu à aucune réponse ni même ébauche. Le troisième item montre l'emploi de deux mots sur trois, l'un d'eux sous sa forme dérivée. La consigne est difficilement assimilée. L'oubli à mesure de la consigne et des mots est évident.

• La compréhension orale de l'implicite est impossible. Mme M. ne répond pas malgré mon aide. Ses seuls propos seront : « je crois qu'il faut rentrer à la maison vite ».

• Sur les 3 problèmes, un a pu être résolu par la patiente seule, l'autre sur mon intervention. Les deux problèmes résolus sont les mêmes que ceux réussis lors du premier bilan.

• La tâche de similitudes est en partie échouée. Les réponses correctes le sont uniquement avec mon aide.

• L'épreuve de chronologie est impossible à réaliser.

3.1.3. Madame P.

Lors du bilan, effectué en février 2012, Mme P. se montre coopérante et joyeuse. Elle obtient 16/60.

- *Les capacités verbales*.

• L'épreuve de dénomination est assez bien réalisée (26 images/44). Les erreurs de dénomination se manifestent essentiellement par des paraphasies sémantiques (chien pour chat). Nous relevons toutefois une paraphasie morphologique (coiffure pour voiture) et l'emploi du pantonyme « machin ». Notons que la patiente est capable d'autocorrection.

Au cours de cette épreuve elle fait quelques digressions. La mise en contexte l'aide plus que l'ébauche orale.

• La description d'image est pratiquement impossible (2/6). L'analyse de la scène n'est que partielle et le lieu, s'il semble identifié, n'est pas nommé. Quelques éléments de détails sont cités, les personnages ne sont pas décrits et les actions sont rares.

- *La mémoire.*

• Le rappel immédiat est correct (3 mots sur 5) mais à l'écoute de la consigne la patiente attend et sourit. Elle ne semble pas comprendre ce que j'attends d'elle. Il me faut répéter la consigne pour obtenir ses réponses.

• Le rappel différé est très déficitaire (1 mots sur 5)

• L'indiçage donne lieu à des persévérations en lien avec les images proposées au cours de l'épreuve de dénomination (une chemise, l'éléphant, une grappe, le vélo). Elle restitue même des noms d'objet qu'elle n'avait pas su dénommer.

• L'épreuve interférente de barrage est réalisée avec des erreurs, celle de calcul mental est impossible malgré mon aide. Elle ne semble pas assimiler la consigne.

• Elle ne reconnaît qu'un mot de la liste et fait 3 fausses reconnaissances.

• La restitution de texte est impossible.

- *Les processus exécutifs*

• Les épreuves d'association objet-usage et appariement fonctionnel révèlent un important manque du mot et des difficultés de compréhension évidente. Pour la première épreuve Mme P. s'entête à lire les mots mais ne parvient pas à leur associer un verbe. Au cours de la seconde épreuve, elle tente de définir la fonction de l'objet dont le nom lui manque « le truc qu'on remet dessus » pour torchon, ou persévère, par exemple : on coupe du bois avec une … « du bois ». Le langage automatique et fonctionnel est atteint.

• L'élaboration linguistique est impossible malgré la reformulation de la consigne. Seul un mot a été introduit dans une phrase. Elle fait des commentaires, répète les mots entendus ou reste silencieuse.

• Pour la compréhension orale de l'implicite, Mme P. ne perçoit absolument pas ce que j'attends d'elle. Elle me regarde, revient sur son idée fixe : les chiens et tient ce propos : « ben oui ils ont, alors les petits chiens, y en a plein là-bas. »

• La résolution de problème est impossible.

• La tâche de similitudes est en partie correctement réalisée grâce à la mise en contexte. Elle semble avoir perdu la catégorie des objets. Aussi, le rapport entre un marteau et une scie est que « ce sont des vêtements », celui entre un pantalon et un manteau est que « c'est des vestes ».

• L'épreuve de chronologie n'est pas réussie.

3.1.4. Madame L.

Ce bilan fut le premier puisque nous n'avions pas eu le temps d'en effectuer un à son arrivée. Elle est coopérante mais perturbée. Nous somme en mars et elle est depuis peu institutionnalisée mais pense être chez elle. Elle obtient 17,25/60.

- *Les capacités verbales.*

• L'épreuve de dénomination est assez bien réussie (25 images/44). Les erreurs de dénomination se manifestent essentiellement par des paraphasies sémantiques. Nous relevons une persévération. Le contexte et l'ébauche orale aident aléatoirement.

• La description d'image est très difficile. A plusieurs reprises la patiente dit « ça je sais pas », « ça je vois pas ce que c'est »… bien qu'elle ait ses lunettes. Seuls quelques personnages sont cités. La patiente semble penser que la scène se déroule dans une boulangerie. Lorsque je lui montre les pièces de viande elle me dit « un pain ou brioche, comme vous voulez », « une poire ». Le lieu n'est donc pas identifié. Aucune action n'est nommée.

- *La mémoire.*

• Le rappel immédiat est déficitaire (1 mots sur 5).

• Le rappel différé est impossible.

• L'indiçage, s'il suit le rappel immédiat, s'avère relativement efficace. Il l'est beaucoup moins lorsque les mots sont oubliés en rappel différé.

• L'épreuve interférente de barrage est réalisée mais avec des oublis, celle de calcul mental est impossible. L'oubli à mesure semble être en cause.

• La reconnaissance est impossible. En quelques secondes elle oublie la consigne et, confuse, attend que je la lui rappelle. Elle dit pourtant « peut-être tulipe » mais encadre le terme marguerite.

• La restitution de texte est impossible. Elle tente de trouver les réponses sur ma feuille.

- *Les processus exécutifs*

• Le langage automatique et fonctionnel est préservé.

• L'élaboration linguistique est impossible. Elle oublie les mots à utiliser ainsi que la consigne. Pour l'item nécessitant l'emploi des termes : interrupteur - lampe, elle dit « je vais allumer mon briquet ». La patiente se rend compte de ses difficultés et se dévalorise.

• La compréhension orale de l'implicite est atteinte.

• La résolution de problème est impossible.

• La tâche de similitudes est en grande partie échouée. Elle donne ce qui différencie et mon aide n'aboutit pas toujours à la réponse attendue.

• L'épreuve de chronologie n'est pas réussie.

3.1.5. Monsieur D.

En mars 2012, Mr D. obtient un score de 36,5/60. Il se montre coopérant.

- *Les capacités verbales* apparaissent bien préservées.

• La dénomination est correcte (42 images sur 44). Les erreurs de dénomination se présentent sous la forme de paraphasies sémantiques.

• L'épreuve de description montre une analyse globale correcte de la situation. Le lieu est bien reconnu, quelques actions sont décrites mais peu d'éléments de détails sont fournis et les personnages ne sont pas cités autrement que par « ils ».

- *Les épreuves mnésiques*

• Le rappel immédiat est correct (3 mots sur 5).

• Le rappel différé est impossible.

• L'indiçage améliore sensiblement le score.

• Les épreuves interférentes : comptage et barrage sont correctement effectués.

• La reconnaissance est moyenne : deux éléments sont reconnus mais nous notons également deux fausses reconnaissances.

• aucun élément du texte entendu ne peut être restitué.

- *Les processus exécutifs*.

• Le langage automatique et fonctionnel est préservé.

• L'épreuve de concaténation de phrases montre une élaboration linguistique correcte. La syntaxe et la consigne sont totalement respectées.

• La compréhension orale de l'implicite est satisfaisante.

• La résolution de problèmes met en évidence de bonnes capacités de raisonnement. Cependant, les résultats annoncés sont incorrects.

• La tâche de similitudes est totalement réussie, sans aide.

• L'épreuve de chronologie est impossible.

3.2. Epreuves de prosodie émotionnelle

3.2.1. Madame R.

Mme R. est fatiguée.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Avec un score de 11/12, elle se situe au-delà de la moyenne des personnes de son âge et niveau scolaire. Elle n'éprouve pas de difficulté particulière à percevoir et identifier des intonations émotionnelles différentes. Seul un item exprimant la joie n'est pas reconnu.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

La patiente obtient 11/12 et présente une légère difficulté à reproduire la colère.

Les deux versants, réception et production, sont bien préservés.

3.2.2. Madame M.

Mme M. n'est pas particulièrement joyeuse ce jour mais accepte de me suivre pour le bilan.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Elle obtient 4/12 à l'épreuve. Ce score est nettement sous le point d'alerte ce qui indique une importante difficulté à comprendre les intonations émotionnelles. Elle ne reconnaît que la tristesse. Elle fait de nombreux commentaires du type « j'y peux rien », s'attache parfois davantage au sens de la phrase, et ne répond pas à certains items.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

La patiente a le visage fermé. Avec un score de 3/12 elle se situe au niveau du point d'alerte. Les items achoppés concernent principalement la répétition de phrases sur le ton de la joie et de la colère qu'elle dit indifféremment de manière neutre. Elle est parfois capable d'identifier la joie mais ne peut la reproduire. Et, bien que je rappelle la consigne maintes fois, la patiente commente ce qu'elle entend et ne répète que rarement.

Il n'est pas étonnant de voir que l'atteinte du versant réceptif concerne les mêmes intonations que celles touchées en production, à savoir : la joie et la colère.

3.2.3. Madame P.

Mme P. se montre très joyeuse avant l'épreuve.

- *Prosodie émotionnelle – compréhension*

Elle obtient 4/12. Ce qui indique une importante difficulté à comprendre les intonations émotionnelles. Selon elle, 9 phrases sur 12 expriment la colère.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

Pour cette épreuve, je rappelle systématiquement et de manière brève la consigne. Immédiatement après chaque phrase entendue je me vois dans l'obligation de lui dire « répétez » sans quoi elle me regarde et attend. Avec 1/12, elle présente d'importantes difficultés à répéter les intonations émotionnelles. Pour la plupart des items son intonation est neutre.

Les deux versants sont très atteints.

3.2.4. Madame L.

- *Prosodie émotionnelle – compréhension*

Suite à un oubli à mesure il a parfois été nécessaire de répéter la consigne. Mme L. se situe au-dessus de la moyenne de ses âge et niveau d'études (11/12). Les contours intonatifs les mieux identifiés sont la tristesse et la colère (4/4), puis vient la joie (3/4). Elle hésite parfois et procède par déduction.

- *Prosodie émotionnelle - répétition*

Là encore la consigne a été répétée notamment en raison d'un oubli à mesure très prégnant. Le score obtenu est 4/12, il est légèrement supérieur au point d'alerte. La patiente présente principalement une difficulté à reproduire l'intonation de la colère. Lorsqu'elle échoue l'intonation des phrases est plutôt neutre. Elle identifie parfois l'intonation exacte mais ne peut la reproduire. Elle est également perturbée parce qu'elle n'arrive pas à retenir la totalité des phrases.

La réception des émotions (compréhension) est bien meilleure que l'expression (répétition).

3.2.5. Monsieur D.

Mr D. accepte volontiers le bilan.

- *Prosodie émotionnelle - compréhension*

Il obtient 4/12 à cette tâche. Ce score est nettement inférieur à la moyenne. Le patient répète la plupart des phrases et un temps de latence est parfois noté.

- *Prosodie émotionnelle – répétition*

La tâche est échouée. Mr D. est incapable de répéter les phrases autrement que sur un ton neutre. Il ne peut reproduire les différents contours intonatifs, probablement en raison de son apathie et/ou de sa difficulté à les percevoir et identifier.

Versant réceptif et expressif se rejoignent et sont tous deux déficitaires.

3.3. Etude comparative des résultats

3.3.1. Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques

3.3.1.1. Madame R.

Ses capacités cognitives linguistiques sont dans l'ensemble relativement stables. Ce sont principalement ses capacités mnésiques qui ont chuté. Nous notons de meilleures capacités verbales lors de la seconde passation. Nous pouvons en partie les mettre en lien avec une amélioration de l'état de santé psychique de la patiente.

3.3.1.2. Madame M.

Si les processus exécutifs, déjà relativement faibles lors de la première passation, sont restés stables, les capacités verbales de la patiente ont nettement diminué et ses facultés mnésiques sont totalement déficitaires. C'est un point que nous avons pu objectiver notamment au cours des dernières séances où la patiente restait muette ou peu éloquente quelle que soit la situation de communication.

3.3.1.3. Madame P.

Tous les domaines sont diminués hormis les capacités verbales qui étaient déjà relativement faibles en août dernier. Si la mémoire est très atteinte, ce sont surtout les processus exécutifs qui sont touchés.

3.3.1.4. Madame L.

Nous n'avons pas d'éléments de comparaison mais pouvons constater une atteinte moyenne à sévère dans tous les domaines. Les capacités verbales sont les mieux préservées. Les processus exécutifs approchent la moyenne notamment grâce à la conservation d'un langage automatique et fonctionnel. Les facultés mnésiques sont les plus déficitaires. Notons pourtant que durant les séances d'identification des marionnettes elle nous a parfois étonnés.

3.3.1.5. Monsieur D.

Les capacités verbales de Mr D. sont stables. Les processus exécutifs sont un peu diminués essentiellement en raison de l'incapacité à remettre dans l'ordre les différentes actions de l'épreuve de chronologie. C'est pour les capacités mnésiques que nous observons la plus nette dégradation.

3.3.2. Epreuves de prosodie émotionnelle

3.3.2.1. Madame R.

La compréhension de patrons d'intonation émotionnelle s'avère très légèrement moins bonne que lors de la première passation. Le score en répétition est identique mais la difficulté concerne la reproduction de la colère alors qu'initialement elle se trouvait sur l'expression de la joie.

3.3.2.2. Madame M.

Mme M. présentait déjà, lors du premier bilan, une difficulté à répéter des phrases sur un ton joyeux. Cette difficulté s'est accentuée. Elle ne peut désormais reproduire ni la joie ni la colère. Parallèlement, nous constatons une diminution considérable de ses capacités à identifier les intonations émotionnelles.

3.3.2.3. Madame P.

La compréhension d'intonation émotionnelle, si elle est sévèrement atteinte, reste stable entre les deux bilans. Lors de cette épreuve, en mars contrairement à septembre dernier, la patiente ne fait plus de digressions et commente peu. Nous observons un temps de latence important avant les réponses et une répétition quasi-systématique des phrases entendues, comme pour mieux les intégrer, les analyser. En outre, nous constatons une dégradation de la capacité à reproduire fidèlement une intonation émotionnelle. Contrairement aux résultats obtenus en première intention, la compréhension est moins touchée que la répétition, mais les deux versants sont très atteints.

3.3.2.4. Madame L.

Lors des deux bilans la compréhension est meilleure que la répétition d'intonation émotionnelle. Cependant, nous observons une très nette amélioration des capacités de compréhension des intonations entendues (perception et reconnaissance). Les capacités de répétition restent identiques ; la joie est toujours le contour intonatif le mieux reproduit.

3.3.2.5. Monsieur D.

D'un bilan à l'autre, les capacités d'expression de Mr D. restent identiques mais nous notons quelques nuances dans la restitution des intonations. Ses capacités de compréhension quant à elles, ont subi une très nette détérioration, Mr D. se situant, antérieurement bien au-delà de la moyenne, et dorénavant en-deçà du point d'alerte.

4. Synthèse des résultats

Cette partie est consacrée à la synthèse et comparaison des résultats obtenus. Nous allons tenter de dégager les bénéfices personnels apportés aux membres de notre groupe.

4.1. Les ateliers

Les ateliers offrent un outil aux patients, pour exprimer leurs émotions, leurs sentiments. Ils ont permis à certains de s'ouvrir aux autres. Je pense notamment à Mr D. ou Mme M. à certains moments.

Mais ils permettent aussi de se familiariser avec les règles du groupe : respect des tours de parole, écoute réciproque. Aussi, Mme P. ayant tendance au début de notre expérience à monopoliser l'attention, se met à respecter les tours de parole, à prendre en compte l'autre.

En outre, Mme L. et Mme R. ont une influence positive sur l'ensemble du groupe qu'elles rassurent et stimulent, incitant les autres à participer. Elles n'hésitent pas à reformuler nos propos et intervenir lorsque l'un d'entre eux est en difficulté. Cela a notamment été le cas lorsque Mme P. a dû attribuer une identité à sa marionnette.

De manière plus générale, les patients s'entraident au moment de rechercher la date du jour mais pas uniquement. L'atelier permet une stimulation des compétences sociales ainsi qu'un travail en équipe qui doit favoriser le soutien mutuel, l'échange, le partage de connaissances, mais aussi le respect des rythmes de chacun… Enfin, dans l'ensemble, les comportements de chacun ont fluctué au fil des séances.

4.2. Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques

Dans l'ensemble, les capacités verbales restent stables, sinon elles sont diminuées ou légèrement améliorées (c'est le cas chez Mme R.). Trois fois sur quatre nous

constatons une détérioration majeure de la mémoire entre les deux passations. Chez Mme P. le déclin mnésique est moins important que celui observé au niveau des processus exécutifs. La dégradation des processus exécutifs est secondaire chez Mr D.. En revanche, nous notons un maintien chez Mme M. et une légère amélioration chez Mme R. de ces mêmes processus.

4.3. Epreuves de prosodie émotionnelle

La capacité à percevoir et à identifier des patrons d'intonation émotionnelle est fortement diminuée pour deux de nos patients (Mme M. et Mr D.) et légèrement pour une troisième (Mme R.). Nous constatons une sensible amélioration du score de Mme L. et une compréhension relativement stable pour Mme P. dont les capacités sont toutefois très limitées.

Concernant le versant expressif, nous observons une nette diminution de la capacité à reproduire les intonations entendues chez deux de nos patients (Mme M. et Mme P.). Pour les trois autres, le score en répétition, qu'il soit correct, moyen ou nul, reste stable d'un bilan à l'autre.

S'ils ne sont pas stables, les deux versants : réceptif et expressif, sont diminués de façon plus ou moins considérable selon les individus.

Dans la maladie d'Alzheimer, nous savons que les patients présentent une difficulté plus importante à comprendre, percevoir des intonations émotionnelles qu'à les produire. Or, ce n'est pas tout à fait le constat que nous faisons. En effet, dans l'ensemble, chez nos patients, la production est plus atteinte que la compréhension. Cela tient probablement au fait que par production nous devons entendre production spontanée, non pas reproduction. En effet, la reproduction est dépendante de la perception. Elle nécessite, contrairement à la production spontanée, un premier traitement consistant à reconnaître l'intonation c'est-à-dire la percevoir et l'identifier. Or, nous avons bien observé cette difficulté de compréhension chez nos patients. Il aurait donc sans doute été plus intéressant d'évaluer la capacité à produire oralement des contours intonatifs émotionnels en tenant compte d'une mise en situation par exemple.

5. Discussion

Je souhaite tout d'abord souligner un point qui m'apparaît important à savoir : le bruit auquel nous avons été confrontés à notre aménagement dans la grande salle. Celle-ci était peu adaptée au travail de groupe tel qu'il aurait dû être : peu chaleureuse et contenante car trop grande, ne facilitant pas les échanges entre individus trop éloignés et insuffisamment isolée phoniquement parlant.

Ensuite, il est regrettable que nous n'ayons pas eu plus de temps à accorder à l'étape où le patient devient acteur, invente ou improvise un scénario. Nous aurions probablement pu faire davantage d'observations.

En outre, afin d'objectiver nos observations, sommes toutes subjectives, nous avons utilisé la grille de T. Rousseau permettant d'évaluer les capacités de communication de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Nous avons effectué une analyse des actes verbaux et non verbaux de trois patientes atteintes de maladie d'Alzheimer à des degrés divers au cours de la première et douzième séance. Nos résultats sont concluants mais notre démarche aurait mérité d'être quelque peu différente. En effet, il aurait sans doute été plus intéressant d'effectuer une évaluation GECCO au début de l'atelier en octobre puis une à la fin en février, sur l'ensemble des patients dans une situation identique d'une quinzaine de minutes, pour mesurer l'effet plus global de l'atelier.

Par ailleurs, cette analyse, bien qu'elle soit faite à l'aide d'une grille ayant déjà prouvé son intérêt, reste subjective. En effet, toute analyse reste dépendante de l'examinateur qui la conduit, même s'il s'efforce de rester neutre. Aussi, des actes verbaux qui peuvent sembler inadéquats pour un observateur extérieur, s'avèrent selon nous la plupart du temps pertinents et en lien avec le contexte.

D'autre part, une cotation telle que celle apportée par la grille que nous utilisons n'est pas nuancée par le niveau d'éveil et de fatigue des participants. Nous ne pouvons donc être persuadés qu'une amélioration ou diminution de la concentration, ou communication du patient, d'une séance à l'autre soit entièrement due à nos ateliers.

En outre, les comportements verbaux et non verbaux fluctuent et ce de manière aléatoire au fil des séances. L'évolution de la maladie participe de ce constat. Ainsi, par exemple, la perte d'appétence à la communication dont semble souffrir Mme P. au cours des dernières séances n'est pas nécessairement en lien avec notre atelier mais aussi avec la progression de la maladie. La maladie de Mme P. s'est déclarée relativement jeune, et

nous savons que lorsque la maladie survient chez un sujet jeune, elle comporte habituellement une évolution plus rapide. Aussi, nous pouvons supposer qu'elle est en partie responsable de la réduction du nombre d'informations transmises par la patiente. Parallèlement, Mme R. qui souffre de maladie d'Alzheimer à un stade léger, produit des actes verbaux dans l'ensemble adaptés. Or, T. Rousseau dans le livret explicatif du logiciel GECCO, souligne que c'est bien à ce stade que l'on est censé retrouver le plus d'actes inadéquats mais ce n'est pas notre cas. Nous pouvons alors penser à un bénéfice en lien avec notre atelier.

Il aurait également été intéressant d'évaluer, de manière plus objective, l'évolution des habiletés pragmatiques de chaque patient. Pour ce faire, nous aurions pu utiliser, après adaptation pour le sujet atteint de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, les grilles de l'apport de la pragmatique pour la rééducation du sujet âgé, établies par E. Demeure et A. Osta.

Par ailleurs, le nombre de patients variant d'une séance à l'autre, la dynamique du groupe en a été changée, ce qui a pu influer sur la quantité et la qualité des actes de communication. D'autres facteurs interviennent également, outre l'âge, le sexe, le niveau socioculturel, l'adhésion ou non aux marionnettes…dont il faudrait pouvoir tenir compte, les caractéristiques de notre population ainsi que le type de démence : vasculaire, mixte, ou maladie d'Alzheimer sont à prendre en considération comme facteurs influents. Mais, nous nous somme limité à une étude globale de notre population.

Pour être généralisable, il aurait été préférable que notre étude soit réalisée sur une population plus large et un groupe homogène : des patients de même atteinte et pathologie. Toutefois, ce choix d'établir un groupe hétérogène nous est apparu intéressant à différents point de vue. Tout d'abord, même si un groupe homogène est conseillé, la réalité implique souvent l'hétérogénéité face à la pathologie et la population en accueil de jour. Ensuite, dans un groupe chacun peut revêtir une fonction insoupçonnée, apporter de son savoir, savoir-faire, savoir-être, et se sentir valorisé. Chacun est invité à communiquer à sa manière et des patients apathiques ou réservés, comme ce fut le cas durant notre atelier, peuvent s'animer, entraînés par la dynamique du groupe. Un sentiment d'être, tant mis à mal dans ce type de pathologie, et d'appartenance au groupe se crée ; relations sociales et plaisir sont favorisés.

V. Apport des marionnettes

« *L'art, dernière expression de l'identité de l'être* » R. Moulias.

Dans le contexte de l'atelier, les marionnettes semblent avoir un effet thérapeutique. Aussi, il nous semble intéressant de nous interroger sur le sens de ce terme. Qu'entend-on par thérapeutique ? Tous les dictionnaires s'accordent à dire qu'il s'agit là d'une manière de traiter, de soigner, d'améliorer la maladie mentale ou des difficultés d'ordre psychologique. Il n'est pas question de guérison ni de récupération des fonctions cognitives. Mais, si l'on raisonne en termes de ce que cela apporte aux patients, nous pouvons parler de confiance en soi, d'expression de leur ressenti, de prise en compte de l'autre, de conscience de leur capacité à faire des choses valorisantes et intéressantes, à penser par eux-mêmes et avoir des idées riches (attribution d'identité/scénario), mais aussi de conscience qu'ils peuvent donner et recevoir. Ils savent déjà bien ce qu'est recevoir car ils se rendent à l'accueil de jour pour recevoir ce qu'on ne peut leur donner à l'extérieur : des soins spécifiques, un encadrement particulier, mais il est indispensable qu'ils aient conscience qu'eux aussi peuvent donner.

1. Social

Avec les marionnettes, on peut travailler les compétences sociales car les règles de spectacles sont similaires à celles que l'on utilise dans la communication avec les autres : le contact visuel, l'attente de son tour de parole. C'est un des effets constatés au cours de notre expérience. Et, outre le respect des tours de parole et l'augmentation des regards témoignant de la prise en compte de l'autre, de son discours, nous relevons une amélioration de l'écoute.

Nous observons également le développement du sentiment d'appartenance au groupe. Outre, l'emploi d'expressions telles que « on » qui suggère l'unité, nous remarquons que les patients ont développé entre eux un respect de l'autre, en ce sens que, par exemple lorsque l'un verbalise ses sentiments de joie ou tristesse, les autres le supportent spontanément et adéquatement. Prenons pour exemple, les vives réactions engendrées, auprès de la plupart des participants, par le comportement de Mme Bi., exprimant son mal être, peu avant son départ du groupe.

En outre, l'atelier a permis une atténuation des comportements perturbateurs. Je fais ici référence à Mme P. qui lors des premières ateliers semble désinhibée, coupe la parole, rit à gorge déployée, et qui au fil du temps gère ce comportement.

Au fil des rencontres, de forts liens se sont tissés, les participants ont pris de l'assurance, s'expriment sans avoir honte de se tromper, ou la crainte d'être jugé. Ils ont développé une complicité, que l'on retrouve pour certains même en dehors des ateliers.

L'utilisation de la marionnette a permis de développer la spontanéité et une certaine forme d'humour. Rappelons les propos de Mr D. mais aussi ceux de Mme P. associant le nom d'une des marionnettes, Juliette, à celui de la tragédie Shakespearienne si célèbre.
Par ailleurs, nous voyons apparaître des compliments sincères et mutuels sur le travail de chacun, notamment lors de l'achèvement des marionnettes. L'intérêt pour autrui s'est parallèlement grandement développé au cours des séances. Prenons pour exemples Mme D. qui se soucie du confort de Mr D. à qui nous proposons un siège avec accoudoirs pour une meilleure installation, ou encore Mme R. qui, peu avant le début du spectacle, s'inquiète du comportement de sa voisine et lui conseille de consulter un « kiné » pour son mal de dos.

Nous pouvons conclure que la fabrication avec le choix des costumes, accessoires, la gestualité, les jeux de rôles mais aussi l'interaction libre fournissent une large et riche gamme de possibilités de communication et de relation. Dans les pathologies comme la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées, qui se manifestent, entre autres, par une diminution de la communication et de l'expression, la marionnette peut devenir une sorte de précurseur de la relation.

2. Expression et estime de soi

Les marionnettes permettent aux individus d'exprimer leurs sentiments, qu'ils soient positifs ou négatifs, de résoudre leurs problèmes et de trouver de nouveaux comportements.

Le travail de fabrication (et la mise en scène) développe(nt) le respect de soi, l'amour propre et l'activité en groupe. Beaucoup de personnes qui utilisent la marionnette en psychothérapie, dans un travail en face à face, utilisent uniquement la marionnette comme moyen d'expression. Les autres composantes comme la fabrication de la marionnette, des décors, des accessoires, la conception du contenu dramatique et la mise

en scène sont mis de côté. Mais si on a le temps et la capacité d'ajouter ces éléments, on augmente les possibilités d'amusement, d'expression et de thérapie.

L'utilisation du théâtre de marionnettes dans tous ses aspects, allant de la création de marionnettes jusqu'à la mise en scène, offre des occasions d'expression créative et, en augmentant la capacité créative et expressive, enrichit l'estime de soi. Je pense ici particulièrement à Mme L. qui se montre à plusieurs reprises fière de sa production et l'exprime.

Par ailleurs, les patients n'hésitent pas à discuter, donner leur avis sur les productions des autres, conseiller, s'entraider…Nous notons aussi des compliments sincères et mutuels sur le travail de chacun.

Les moments de fabrication et d'attribution d'une identité à chaque marionnette, bien qu'à la fois contraignants et passionnants, ont été importants pour la stimulation des capacités cognitives et de la créativité. Cela se retrouve dans l'originalité des marionnettes fabriquées et dans le discours tenu au cours de la fabrication. En sollicitant les fonctions préservées ainsi que la créativité des participants, souvent encore très riche car peu atteinte dans ce type de maladie, l'atelier suscite le plaisir et s'avère particulièrement bénéfique pour l'estime de soi.

D'autre part, le recours à la marionnette permet, outre la réassurance, la communication. Les patients sont davantage dans la relation, les échanges sociaux sont améliorés, et chacun apporte de son savoir et savoir-faire à l'autre. Mais, si la quantité et la qualité de la communication ont évolué de manière générale, le recours à la communication non-verbale est resté relativement stable pour la plupart des patients.

La marionnette a un pouvoir de représentation et d'expression très recherché dans le champ thérapeutique. Elle peut faire office de révélateur de la personnalité, un révélateur de ce que parfois son créateur même ignorait. Elle permet à des individus, comme nos patients, qui peuvent se vivre opprimés, l'expression plastique puis langagière de leurs aspirations, refus ou angoisses, une libération des affects. Dans un tel projet, le recours à la marionnette semble avoir une incontestable portée thérapeutique.

3. « Apprentissage » ?

Au sein de l'atelier les activités sont variées, tantôt manuelles tantôt cognitives, mnésiques, et font autant que possible appel aux capacités restantes, aux ressources du

patient. Elles gardent un rythme et des repères stables, or c'est ce qui facilite une systématisation des apprentissages régis par la mémoire procédurale. Dans la maladie d'Alzheimer, cette mémoire est longtemps préservée, c'est donc sans doute la raison pour laquelle Mme P. entre autres, a fini par retenir le nom de notre personnage et le fait que nous nous retrouvions chaque mardi pour l'atelier marionnettes.
Par ailleurs, les patients ont pris plaisir à participer à l'atelier, or la mémoire des émotions reste intacte dans cette maladie et apparaît facilitatrice pour retenir de nouveaux événements dans un contexte émotionnel de déplaisir ou, comme dans notre situation, de plaisir.

En outre, l'étape de fabrication s'est avérée intéressante. En effet, coudre, découper, coller,… sont des taches très automatisées, faisant appel à la mémoire procédurale et l'habileté motrice qui sont très peu modifiées et assez tardivement. Aussi, s'appuyant sur les capacités résiduelles du patient, l'activité valorise et renforce l'estime de soi.

4. Comportement

Malgré l'évolution de la maladie, le déclin des capacités attentionnelles ne nous a pas particulièrement frappé. Au cours des ateliers et plus encore au moment du spectacle, l'attention s'est trouvée, de manière générale, correcte voire soutenue.

Par ailleurs, nous n'avons pas véritablement remarqué d'opposition mais le comportement des patients a été aléatoire au cours des ateliers : Mme M. tantôt coopérante, tantôt en retrait, Mme P. parfois joyeuse, active et par moment comme absente… Ce constat s'explique probablement par un état physique et psychique qui, dans la maladie d'Alzheimer comme dans les maladies qui lui sont apparentées, peut changer d'un jour à l'autre voire durant la même journée.

5. Stérile

Si l'ordonnance spécifique du théâtre de marionnettes est, de fait, particulièrement propre à créer un équilibre subtil entre la participation du spectateur et sa conscience amusée de se laisser abuser, le recours aux techniques de la marionnette offre des possibilités thérapeutiques. Cependant, il est possible que la marionnette ne soit pas investie, et par conséquent que ses possibilités demeurent inexploitées.

Nous regrettons, à ce propos, le choix de Mme Bi., pourtant initialement potentiellement intéressée par ce support, de quitter l'atelier. Cela nous est d'autant plus difficile à comprendre qu'elle était relativement active lors des premières séances. Mais, l'atelier précédant son départ, elle commençait déjà à manifester son désir de partir, refusant catégoriquement de choisir un tissu pour le costume de sa marionnette et demandant à rejoindre ses collègues. La magie de la marionnette n'opère pas toujours.

Notre atelier a permis de repousser les sentiments douloureux d'inutilité et de solitude. Il a permis d'améliorer les relations interpersonnelles dans la dynamique de groupe, la communication. De surcroît, ludique, il a offert des moments de rire et a souvent apporté plaisir voire bien-être.
L'utilité de la marionnette s'avère évidente, avec des personnes, comme les membres de notre groupe, ayant, entre autres, une pauvreté de langage, une expressivité linguistique réduite, et une utilisation du corps relativement déficitaire.
Malheureusement, et même si nous ne pouvons le vérifier de manière objective, l'ensemble des effets observés au cours des séances ne semble pas perdurer à l'extérieur. Nous savons empiriquement et scientifiquement que l'environnement joue un rôle certain dans l'atténuation ou l'exacerbation de la symptomatologie. De plus, dans le contexte de ce type de maladies, une amélioration, même si elle n'est pas directement recherchée, peut s'observer mais se poursuit progressivement et de manière inéluctable par un déclin. La maladie continue son évolution à bas bruit, de sorte que les gains obtenus ne sont que transitoires, mais néanmoins précieux.

VI. Questionnaires destinés aux accueils de jour de France

1. Objectifs

Comme nous l'évoquions précédemment, les marionnettes comme technique de médiation artistique ou comme médiateur thérapeutique sont de plus en plus utilisées avec des adultes et plus particulièrement dans la prise en charge non médicamenteuse de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
Ainsi, parallèlement à notre atelier nous avons souhaité réaliser une enquête auprès des accueils de jour de France.

Un premier questionnaire était destinée au coordinateur et avait pour but de nous renseigner sur la population et le fonctionnement général de la structure : activités proposées, prise en charge individuelle ou de groupe, constitution des groupes, durée des ateliers … Les informations ainsi récoltées devaient venir étayer les réponses obtenues au second questionnaire. Ce dernier, destiné aux membres de l'équipe pluridisciplinaire, visait à faire un état des lieux de l'utilisation de la marionnette au sein de tels établissements : est-elle fréquemment employée ou non ?, quel intérêt lui est-il porté ? ... Les questionnaires se trouvent en *annexe n°14*.

2. Résultats

Nous avons envoyé ces questionnaires à près de 470 accueils de jour. Parmi les 31 établissements nous ayant répondu, 29 ont renseigné la partie concernant l'utilisation des marionnettes.

A la question « La marionnette est-elle un support utilisé ? » seul un accueil de jour à répondu positivement sans toutefois apporter d'autres précisions que la fréquence occasionnelle d'utilisation.

Concernant la question, « pensez-vous que ce serait une activité intéressante ? », 5 établissements répondent par la négative. Deux d'entre eux considèrent les marionnettes comme infantilisantes. Pour les trois autres, les résidents sont à un stade trop avancé de la maladie ou sont trop agités pour pouvoir participer à ce type d'atelier. Un des établissements mentionne la participation, il y a quelques années, de certains de ses résidents à un atelier marionnettes. Mais, les objets étant détériorés et le matériel utilisé pour la confection étant sans cesse porté à la bouche, cette expérience a dû prendre fin. Des activités lecture, chant, jeux de mémoire, de société, de balles sont donc préférentiellement proposées.

En revanche, 14 accueils de jour estiment que la marionnette serait un médiateur intéressant. Certains nuancent cependant leurs propos, leur crainte étant de ne pas arriver à sortir de ce côté enfantin attribué à la marionnette. L'aspect infantilisant est une réponse redondante mais l'absence de formation a également été évoquée.
L'aspect ludique de la marionnette, qui participerait au relâchement des tensions internes, est mentionné à deux reprises.

Si certains qualifient la marionnette d'élément de stimulation sensorielle et affective, tous s'accordent à dire qu'il s'agit d'un élément de stimulation émotionnelle. Lors des mises en scène, les situations « exagérées » stimuleraient de façon favorable les émotions. La plupart des personnes ayant répondu au questionnaire évoque l'idée selon laquelle les marionnettes faciliteraient l'expression de soi, des sentiments, des pensées et permettraient de projeter des agressivités de toute sorte. Pour d'autres, la marionnette, créant un tiers et donc de la distance, permettrait de se détourner de son corps et de rendre un jeu de rôle plus facile ; ce n'est pas soi que l'on met en scène.

Un autre des avantages cités est le fait que la marionnette favoriserait les échanges. Deux accueils de jour estiment que la marionnette constitue un support supplémentaire à la communication verbale -participant même parfois à la restauration de la parole- et à la communication gestuelle, en permettant notamment l'expression de personnes qui ne communiquent plus verbalement.

La marionnette contribuerait selon 3 établissements au rappel de souvenirs, souvenirs d'enfance en particulier, permettrait de relater des histoires, vécues ou non, ou encore d'aborder de façon directe des sujets définis.

Deux accueils de jour suggèrent également l'intérêt de l'étape de fabrication qui, selon eux, majorerait la satisfaction des personnes.

Enfin, pour un des établissements, les marionnettes favoriseraient la créativité des patients, pour un autre elles permettraient de retrouver le schéma corporel. Un dernier établissement mentionne le phénomène de renarcissisation induit par un tel atelier, le sujet étant « responsable » de son « personnage ».

CONCLUSION

Etroitement liées au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée moyenne de vie, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées continuent de progresser.

La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence touchent environ 35 millions de personnes dans le monde. Ce nombre devrait atteindre plus de 100 millions d'ici 2050, dont 2 millions en France.

Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique, et le plan Alzheimer 2008-2012 traduit la récente mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs sanitaires et sociaux, en proposant des mesures et des moyens supplémentaires, innovants.

Le parcours de soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées se renforce donc, et se structure depuis peu autour d'une prise en charge non médicamenteuse.

La marionnette a tour à tour revêtu un caractère sacré, religieux, avant d'avoir une fonction profane. Outil de propagande religieuse et politique, elle devient aussi l'exutoire des sociétés en crise. Réduite, dans les pays occidentaux, à une distraction infantile, c'est au début du XXième siècle que des représentants des arts et du spectacle la situent comme médiateur de choix dans la réflexion théâtrale et lui confèrent de nouvelles potentialités. Peu à peu l'intérêt pour la marionnette et ses potentialités grandit et la diversification des utilisations ne tarde pas.

Du statut d'outil pédagogique, elle intègre celui d'objet thérapeutique pour être notamment utilisée aujourd'hui dans le champ de la psychothérapie de l'enfant et de l'adulte. Elle devient un outil singulier de la prise en charge des perturbations affectives, des problèmes relationnels mais aussi des troubles de l'expression et de la communication. Ces derniers éléments nous intéressent plus particulièrement, car il est important de garder en mémoire que la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer ou

maladie apparentée reste une personne à part entière dont l'expression, qu'elle soit verbale ou non verbale, doit être prise en considération.

Aussi, dans l'objectif de stimuler, maintenir entre autres, les habiletés communicatives de ces personnes, nous avons décidé, pour notre expérience, de nous appuyer sur ce support concret, riche d'histoire et de possibilités que constitue la marionnette.

Notre hypothèse est qu'avec elle nous pouvons agir sur les versants expressifs et réceptifs de la communication tant mise à mal dans ce type de pathologie.

Ayant posé notre hypothèse et choisi notre support, nous avons mis au point un protocole. Il s'est déroulé sur une année de mars 2011 à mars 2012, au sein de l'accueil de jour la Villa Hélios St-Jean, à Nice où j'ai été particulièrement bien accueillie et où, à aucun moment je n'ai véritablement rencontré de réticences à l'introduction des marionnettes.

La première partie de ce travail a consisté en un état des lieux général sur la maladie d'Alzheimer, les maladies qui lui sont apparentées et leur symptomatologie. Nous avons ensuite présenté les diverses institutions spécialisées dans la prise en charge de ces patients, en nous attardant plus amplement sur les Accueils de jour, type de structures au sein de laquelle a eu lieu notre expérimentation et dont il nous est paru naturel voire indispensable de connaître le fonctionnement. Puis, nous avons présenté la marionnette, son histoire, les différentes fonctions qu'elle peut occuper et plus particulièrement sa place en tant qu'objet médiateur thérapeutique. Enfin, nous avons recensé les expériences publiées concernant le recours aux techniques de la marionnette avec des personnes âgées et des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer.

La seconde partie de ce travail est dédiée à la pratique. L'utilisation groupale de la marionnette en tant qu'outil de prise en charge des troubles de la communication de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée est au cœur de notre projet.

Cette expérimentation a reposé sur la fréquentation assidue des membres de notre groupe aux ateliers hebdomadaires visant la création de marionnettes et l'élaboration d'une identité pour chacune d'entre elles. Le protocole prévoyait en outre un spectacle venant marquer la fin de notre étude. Afin d'effectuer une étude comparative des nos résultats, avant le début de notre atelier en novembre 2011 puis en mars 2012, nous avons évalué les fonctions cognitives linguistiques de chaque patient ainsi que leur capacité à comprendre et exprimer des émotions. Par ailleurs, le comportement des participants au cours des séances et leurs réactions lors du spectacle ont été décrits et analysés à partir de supports vidéo.

Et, dans le but d'enrichir nos observations d'une analyse objective nous avons procédé a une étude plus précise des actes de communication verbaux et non verbaux de trois patientes atteintes de maladie d'Alzheimer à des degrés divers au cours de deux séances clés. Enfin, une interview était prévue après le spectacle.

Les résultats obtenus vont, dans l'ensemble, dans le sens de notre hypothèse de départ. Et, la communication établie s'avère bien souvent plus riche, plus adaptée et plus sereine. Un exemple probant est celui de Mme R. qui d'une certaine passivité, est parvenue à produire de manière spontanée beaucoup plus d'actes de communication. Ses propos sont plus riches et en adéquation avec la situation. Elle est même capable de rechercher, solliciter le dialogue.

Par ailleurs, si nous avons constaté que la marionnette pouvait ne pas être investie par tous et que dans ce sens elle était un outil parmi d'autres, qu'il était nécessaire d'adapter mais en aucun cas d'imposer, cette expérience a surtout mis en évidence plusieurs aspects thérapeutiques dans son utilisation au sein de notre groupe.

En effet, nous avons remarqué que la marionnette était investie par nos patients comme objet social. Elle a permis de les sortir de l'isolement, suscitant en eux le plaisir et le désir d'échanger avec l'Autre, cet Autre qu'ils considèrent à nouveau. Elle facilite la communication et les relations interindividuelles.

De plus, la marionnette constitue un intéressant support d'expression. A travers elle, le patient peut enfin exister. Il peut recevoir mais aussi s'exprimer, exprimer son ressenti,

ses émotions, parler de ses désirs, ses souvenirs, ses angoisses, ses affects douloureux. En somme, il peut « dire » et « se dire ».

Ensuite, si les difficultés de communication sont un des éléments les plus couramment cités à l'évocation de la maladie d'Alzheimer, il en est d'autres moins abordés comme les troubles de l'attention. Cette attention est habituellement assez labile, pourtant nous avons noté, que ce soit au cours des séances ou encore du spectacle, qu'elle était relativement soutenue.

Enfin, la marionnette, élément d'ouverture, de communication et de socialisation ; objet médiateur, véritable synthèse d'activités nombreuses : manuelles, cognitives, d'expression corporelle, d'expression écrite ou orale (élaboration d'identité/mise au point de scénarios), etc., offre de multiples occasions de valoriser les patients par une stimulation de leurs compétences, de leurs ressources.

Parallèlement à ce travail, nous avons effectué une enquête auprès de différents accueils de jour en France en vue de préciser l'utilisation actuelle de la marionnette au sein d'établissements spécialisés dans la prise en charge de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Aujourd'hui, de nombreux ateliers utilisant des techniques de médiation artistique telles que la peinture, le collage, l'argile, les contes, l'écriture, le théâtre, … se démocratisent, notamment dans le cadre de la prise en charge non médicamenteuse de patients Alzheimer. La marionnette apparaissant comme un médiateur de choix avec de telles personnes, nous pouvions nous interroger sur la place qui lui est actuellement accordée au sein de telles structures. Nous avons eu peu de réponses mais s'il s'avère que certains évoquent l'aspect infantilisant de la marionnette, bien des structures, sans l'avoir pour autant expérimentée, voient en elle d'importantes possibilités.

Il est établi que la marionnette possède de nombreuses potentialités et son utilité, en particulier avec des personnes comme celles participant à notre groupe, ayant une

pauvreté de langage et une expressivité linguistique et émotionnelle fortement réduite, apparaît évidente.

Mais, le jeu de marionnettes, la mise en scène, par le travail de distanciation qu'il impose et toutes les projections qu'il met en œuvre ne pourrait-il pas par ailleurs, concourir à la maîtrise des émotions, à la compréhension des intentions émotionnelles d'autrui et par là-même à la réduction des comportements d'agressivité ? Et même, ne favoriserait-il pas la communication non verbale tant recherchée pour pallier les difficultés inhérentes au déclin progressif de la fonction langagière ?

GLOSSAIRE

A

ADDTC : Sate of California Alzheimer's disease Diagnostic and Treatment Centers

AMP : Aide médico-psychologique

APA : American Psychiatric Association

APP : aphasie primaire progressive

ARREP : African Research and Educational Puppetry Programm

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

B

BEPC : Brevet d'Etudes du Premier Cycle

C

CANTOU : Centre d'Animation Naturelle tiré d'Occupation Utile

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies et problèmes de santé connexes

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

D

DCL : démence à corps de Lewy

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DFT : démence fronto-temporale

DIM : démence par infarctus multiples

DNF : dégénérescence neurofibrillaire

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DTA : Démence type Alzheimer

E

EFCL : Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

F

FMAT : Fédération Multiculturelle d'Art-Thérapie

G

GDS : échelle Globale de Détérioration de Reisberg

GECCO : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication de sujets atteints de DTA

H

HAS : Haute Autorité de Santé

M

MA : maladie d'Alzheimer

MAPAD : Maison d'accueil pour les personnes âgées dépendantes

MARPA : Maisons d'accueil rural des personnes âgées

MEC : protocole Montréal d'Evaluation de la Communication

MMS : Mini-Mental State

N

NINCDS-AIREN : National Institute of Neurological Disorders and Stroke and a European panel of experts

O

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P

PACE : Promothing Aphasic's Communicative Effectiveness

PAQUID : quid des personnes âgées

PROFAC : Centre de Recherche et de Formation en Art-Thérapie

PS : plaques séniles

S

SPCD : symptômes psycho-comportementaux

U

UNESCO : United Nations Educationals, Scientific and Cultural Organisation

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

USLD : Unités de Soins Longue Durée

V

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E. Et MASY V., « *Dictionnaire d'orthophonie* », Ortho Edition, 2004, 298 p, ISBN : 2-914121-22-9

MOULIAS, R., HERVY, M.-P., Ollivet, C., MISCHLICH, D. « *Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien* ». Paris, 2005, Masson. 508p. ISBN : 2-294-01369-7.

Sous la direction de HERISSON Ch., TOUCHON J.,ENJALBERT L. « *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation* », Paris, 1996, Masson, ISBN : 2-225-85181-6.

Dr CROISILE, B. « *La maladie d'Alzheimer. Identifier, comprendre, accompagner* » Paris, 2010, Larousse. 191p. ISBN : 978-2-03-584961-8.

KHOSRAVI, M. « *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer, Guide pratique* ». Paris, 1995, Doins Editeurs. 257p. ISBN : 2-7040-0773-X.

SELLAL, F., KRUCZEK, E. « *Maladie d'Alzheimer* ».2001, Doin Groupe Liaisons S.A. 145p. ISBN : 2-7040-1093-5.

LACOMBLEZ, L., MAHIEUX-LAURENT, F. « *Les démences du sujet âgé* ». 2003, Montrouge, John Libbey-eurotext, 128p. ISBN : 2-7420-0443-2.

TOUCHON, J., PORTET, F. « *La maladie d'Alzheimer. Aide au diagnostic, thérapeutique, conseils au patient, examens complémentaires, auto-évaluation* ». Paris, 2002, Masson. 173p. ISBN : 2-294-00956-8.

ROUSSEAU, T. « *Communication et maladie d'Alzheimer* ». 1995, L'Ortho-Edition. 135p. ISBN : 2-906 896-36-5.

Sous la direction de DEMOURES, G., STRUBEL, D. « *Prise en soin du patient Alzheimer en institution* ». Issy-les-Moulineaux, 2006, Masson. 239p. ISBN : 2-294-06171-3

HAUW, J.-J., SIGNORET, J.-L. « *Maladie d'Alzheimer et autres démences* ». 1991, Flammarion. 511p. ISBN : 2-257-15502-5

ALBERT, L. « *La maladie d'Alzheimer : de l'étiologie à la thérapeutique* », 2001, Bruxelles, édition Kluwer. 139p. http://books.google.fr/books

PATRY-MOREL, C. « *Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Rééducation, Théorie et pratique* ». 2006, Solal Editeur. 91p. ISBN : 2-914513-95-X

WHITEHOUSE P-J, GEORGES D. « *Le mythe de la maladie d'Alzheimer, ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté* ». 2009,Solal Editeur, 390p. ISBN : 978-2.35327-080-4

ROUSSEAU, T. « *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer* ». 1998, Isbergues : Ortho-édition.

ORELLANA B. « *Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques* », Isbergues : Ortho-édition, ISBN : 2-914121-35-0

JOANETTE Y., SKA B. et COTE H., « *Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication* », Isbergues : Ortho-édition, ISBN : 2-914121-18-0

Sous la direction de ROUSSEAU T., « *Prise en charge orthophonique des pathologies neurologiques* », Les approches thérapeutiques en Orthophonie Tome 4, 2008, Ortho Edition, 219p. ISBN : 2-914121-27-X

CRÔNE P., « *L'animation des personnes âgées en institution* », 2004, Masson, 119 p., ISBN : 2-294-01545-2

DUFLOT C. « *Des marionnettes pour le dire, Entre jeu et thérapie* ». Marseille, 1992, Editions Hommes et perspectives, 217 p.

KLEIN J-P. « *L'art-thérapie* », Paris, Editions Presses Universitaires de France, 2010, collection Que sais-je? 127 p. ISBN : 978-2-13-058129-1

ROYOL J-P. « *Art-Thérapie, quand l'inaccessible est toile* », Jargeau, Dorval Editions, 2009, 146p. ISBN : 978-2-358-57-000-8

TEMPORAL M. dans la préface de G. MARINIER. « *La marionnette* ». Paris, 1953, Editions de la Tourelle, p.3.

COQUET F. « *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent, méthodes et technique de rééducation* ». 2004, Ortho Edition, 449p. ISBN : 2-914121-26-1

BUZITH E. « *La marionnette, une thérapie* ». 2005, Edition Aréopage, 125 p.

BENSKY R.D. « *Recherche sur les structures et la symbolique de la marionnette* » 2ième édition St-Genouph, Nizet. 2000, p. 22.

FOURNEL P. « *Les marionnettes* », Paris, Bordas, 1995, 160 p., ISBN 204027145 7

MAGNIN C. « *Histoire des marionnettes en Europe, depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours* » Paris-Genève. Slatkine ressources, 1981, 362 p. ISBN : 2-05-000194-0

ERULI B. « *Marionnette et Société* », Charleville-Mézières, 1990, Institut National de la marionnette, PUCK n°3, 111p.

BATY G., CHAVANCE R., « *Histoire des marionnettes* », Paris, Presses Universitaires de France, 1972, 124p.

DUFLOT C. « *La marionnette en psychiatrie, esquisses théoriques et méthodologiques* », Nantes, 2011, Marionnettes et Thérapie n°34, 111p.

BLOCH H. et coll. « *Dictionnaire fondamental de la psychologie* », Paris, Editions Larousse, 1997. 693p.

JURKOWSKI H. « *Métamorphoses, la marionnette au XXième siècle* », Editions l'Entretemps, 2008, p.110.ISBN : 978-2-012877-54-3

WINNICOTT D.W. « *Jeu et réalité* », 1975, Editions Gallimard, 276p. ISBN : 978-2-07-041984-5

DE BREM A-M., « *G. Sand, un diable de femme* », Edition Sébastien Deleau et Béatrice Peyret-Vignals, 112p. ISBN : 2-07-053393-X

Articles

« Plan Alzheimer, l'Elysée « oubli » les orthophonistes ! », 3/02/2012, communiqué de la Fédération Nationale des Orthophonistes.

BLASSEL J.M. « *Transmissions psychiques, approche conceptuelle* », Dialogue 2/2003 (no 160), p. 27-37

LE MALEFAN P., « *La marionnette, objet de vision, support de regard ; objet ludique, support psychothérapeutique* », Cliniques méditerranéennes 2/2004 (no 70), p. 227-240.

GRANATO P. Etude parue La Revue de Gériatrie Tome 34 N°10 Décembre 2009, pp. 853-859.

OSTA A. « *Expression et réception des émotions en pathologie vocale* », La voix dans tous ses maux, Ortho Edition, 2009, pp.153-167

GUDIÑO A.L., « *Marionnettes et Alzheimer* », bulletin Marionnette et Thérapie, n°2, avril-juin 2009, p. 8-18.

TEMPORAL M. « *Marotte et marionnettes* », la Vie Active, n°5, 1950,26 p.

VALENTINI M.A. Institut médico-éducatif. « *Les marionnettes : un formidable médiateur de langage* ». Ortho magazine, janvier-février 2011, n°92, pp.32-35.

« *Pratiques innovante et personnes âgées* », Ortho magazine, septembre-octobre 2009, n°84, pp. 15-25.

« *Une journée avec F. DAIKHOWSKI, psychanalyste et formatrice sur la maladie d'Alzheimer* », Ortho magazine, mars-avril 2011, n°93, pp.6-7.

« *Alzheimer, la mémoire cultivée du côté jardin* », ortho magazine, septembre-octobre 2010, n°90, p.8.

VAIS M. « *Le théâtre utile : entre loisir et thérapie* », revue de théâtre, n° 91, (2) 1999, pp.103-119. http://id.erudit.org/iderudit/25754ac

VAIS M. « *Marionnettes, art et tradition*», revue de théâtre, n° 57, 1990, pp.205-208. http://id.erudit.org/iderudit/25754ac

Mémoires et thèses

VANCRAEYENEST P. « *Un atelier sociothérapique : l'utilisation de marionnettes dans un service de psychiatrie « adultes » au centre hospitalier spécialisé de Belair* », 1983, 136 p., mémoire pour le certificat d'études spécialisées de psychiatrie, juin1982.

SCHOHN R. « *La marionnette : du théâtre à la thérapie* », 1979, 74p, mémoire de psychiatrie.

HEDUIN F., « *Les marionnettes : origines et usages thérapeutiques* », 1996, 81p, doctorat en médecine.

MAUREL S. « *La marionnette dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée dépendante* », 2011, 136p. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université Nice Sophia-Antipolis, école d'orthophonie, 2011.

LAFORGE, L. « *La marionnette dans la prise en charge orthophonique* ».2009.255p. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université de Nice Sophia-Antipolis, école d'orthophonie, 2009.

SALICETTI C. « *L'activité assistée par l'animal : une solution pour lutter contre l'apathie des DTA ?* », 2011, 108 p. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université de Nice Sophia-Antipolis, école d'orthophonie, 2011.

GROS A. « « *Je ne peux plus me sentir » : rapports et apports de l'olfaction dans la maladie d'Alzheimer* », 2010, Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université de Nice Sophia-Antipolis, école d'orthophonie.

GUILLEMIN M. « *La marionnette comme autre Soi* », 2011, Mémoire présenté dans le cadre du D. U. Art-thérapie,Spécialisation : Arts de la scène.

LEFORT-AUCHERE S. « *L'art et la matière : les paradoxes de la marionnette* », 2004, Mémoire de DESS Développement Culturel et Direction de Projet, Université de Lyon 2 – ARSEC, 2004.

Comptes-rendus

Marionnette et Thérapie, « *La question du dispositif toujours d'actualité* », Compte rendu de la IVième journée clinique, Angers 8 juin 2002, Paris 2002, collection marionnette et thérapie, 95p.

Sites Internet

http://www.francealzheimer.org/
http://www.atout-org.com/sofmer2011/abstract_display!fr!!!!60b0ab48-b5cb-102e-8a86-0bd0f456d114!23
http://fr.wikisource.org/wiki/Histoire_g%C3%A9n%C3%A9rale_des_marionnettes/03
www.slateafrique.com
www.unicef.fr
http://www.icem-pedagogie-freinet.org/node/11160
http://www.marionnettes.ca/documentation/20e_siecle/page5.php
http://herns.duplan.free.fr/textes/article.html
www.alzheimer-conseil.fr
http://www.alzheimerbelgique.be/arttherapie.htm
http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical
http://www.ccas-nice.fr/
http://www.has-sante.fr/
http://www.cmrr-nice.fr/?p=programme-calman
http://www.marionnettes-evrard.fr
http://fr.medipedia.be/alzheimer/news_art-therapie_200
http://www.espacefrancais.com/topics/marionnettes-origine-histoire.html
http://www.larousse.fr/archives/grande-encyclopedie/page/8603

Vidéos et Cd-rom

http://videos.tf1.fr/jt-13h/charleville-mezieres-capitale-mondiale-des-marionnettes-4762601.html

T. ROUSSEAU, guide : « Communiquer avec un malade Alzheimer », Cd-rom GECCO, Ortho édition.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Photographie la maladie d'Alzheimer.

Figure 2 : Score de Hachinski.

Figure 3 : Fonctionnement de la mémoire.

Figure 4 : Le théâtre de marionnettes de G. et M. Sand, « *G. Sand, un diable de femme* », Edition Sébastien Deleau et Béatrice Peyret-Vignals.

Figure 5 : Carte postale du Festival Mondial des théâtres de marionnettes.

Figure 6 : Photographie de Natacha, marionnette de l'étudiante.

Figure 7 : Photographie de Nathalie, marionnette de Mme P.

Figure 8 : Photographie de Boris, marionnette de l'orthophoniste.

Figure 9 : Photographie de Corinne, marionnette de Mme R.

Figure 10 : Photographie de Joséphine, marionnette de Mme M.

Figure 11 : Photographie de Juliette, marionnette de Mme L.

Figure 12 : Photographie d'Odette, marionnette de Mr D.

Figure 13 : Photographie extraite du spectacle : « Une bonne blague », A. OSTA.

ANNEXES

Annexe I : Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques (EFCL)

Evaluation des fonctions cognitives linguistiques

NOM :.....Prénom.....

Date de l'examen :.....

Date de naissance :.....Age:.....

Niveau d'étude :.....
Profession :.....

Langue maternelle :..... Langue usuelle:.....

Si Hospitalisation : LS SSR HdJ Consultation

Score au MMS :.....

audition + - *prothèse* vision + - *prothèse* dentition + - *prothèse*

Date des 1ers symptômes :.....
Date du diagnostic :.....
Type de démence :.....
Siège de la détérioration (résultats imagerie) :.....
Autres observations médicales : .....
.....
.....
.....

Comportement lors du bilan : Apathique Agité Dépressif Exubérant Opposant

Résultats

Capacités verbales	1. Dénomination	/ 11	
	2. Description d'images	/ 6	/ 17
Mémoire	3. Rappel-reconnaissance	/ 15	
	4. Restitution de texte	/ 4	/ 19
Processus Exécutifs	5. Association objet-usage	/ 5	
	6. Concaténation phrases	/ 4	
	7. Compréhension implicite	/ 2	
	8. Résolution de problèmes	/ 3	
	9. Similitudes	/ 4	
	10. Chronologie	/ 2	
	11. Appariement fonctionnel	/ 4	/ 24

TOTAL = /60

1- Epreuve de dénomination

"Je vais vous présenter des images, vous montrer des détails et vous me direz leur nom."

(1 point par bonne réponse puis diviser le total par 4)

1	**Voiture**	
2	Roue	
3	Volant	
4	Capot	
5	**Chat**	
6	Oreille	
7	Queue	
8	**Passoire**	
9	**Chemise**	
10	Col	
11	Bouton	
12	**Commode**	
13	Tiroir	
14	**Banane**	
15	**Tortue**	
16	Carapace	
17	**Avion**	
18	Hublot	
19	**Scie**	
20	**Echelle**	
21	Barreau	
22	**Raisin**	
23	Grappe	
24	Grain	
25	**Mouton**	
26	Laine	
27	**Tire-Bouchon**	
28	**Chaise**	
29	Pied	
30	Dossier	
31	**Escargot**	
32	Coquille	
33	**Vélo**	
34	Selle	
35	Guidon	
36	**Chameau**	
37	Bosse	
38	**Pantalon**	
39	Poche	
40	Braguette	
41	**Fraise**	
42	**Eléphant**	
43	Défense	
44	Trompe	

TOTAL/4 = /11

TOTAL = /44

2 - Description d'image

"Voici une scène de la vie quotidienne.
Pouvez-vous raconter ce qui se passe sur cette image ?"

Noter si les informations suivantes sont présentes :
(1 point par rubrique, 2 pour l'analyse globale)

Lieu (Boucherie, magasin…)	/ 1
Personnages (Refuser "gens", "ils"…)	/ 1
Actions	/ 1
Eléments de détails (énumérations, couleurs…)	/ 1
Analyse globale de la situation	/ 2
	TOTAL= /6

3 - Rappel et reconnaissance

Rappel immédiat (annexe 1)
"Vous allez lire à haute voix une liste de 5 mots que je vais vous présenter et que vous essayerez de mémoriser." (poire, violon, souris, autobus, tulipe)

Quel est le nom de l'instrument de musique ? .....
Quel est le nom du fruit ? .....
Quel est le nom de l'animal ? .....
Quel est le nom du moyen de transport ? .....
Quel est le nom de la fleur ? .....

Retourner la feuille.
"Pouvez-vous me dire les mots qui figuraient sur la feuille ?" (1 point par mot)
.....
.....**Total =** / 5

Pour les mots oubliés, indicer: (1/2 point par rappel)

Quel était le nom de l'instrument de musique ? .....
Quel était le nom du fruit ? .....
Quel était le nom de l'animal ? .....
Quel était le nom du moyen de transport ? .....
Quel était le nom de la fleur ? .....
Total = / 2,5

Epreuve interférente : *"Pouvez-vous compter de 4 en 4 de 0 à 40 ?"*

Rappel différé
"Pouvez-vous me redonner les 5 mots lus précédemment ?"
(1 point par mot)
.....
.....**Total =** / 5

Pour les mots oubliés, indicer :
"Certains mots ont été oubliés, essayons de les retrouver." (1/2 point par rappel)

Quel était le nom de l'instrument de musique ? .....
Quel était le nom du fruit ? .....
Quel était le nom de l'animal ? .....
Quel était le nom du moyen de transport ? .....
Quel était le nom de la fleur ? .....
Total = / 2,5

Epreuve interférente (annexe 1) : *"Pouvez-vous barrer tous les b sur cette feuille ?"*

Reconnaissance (annexe 2)
"Parmi les mots suivants, quels sont ceux qui figuraient dans la liste ?"
(1 point par mot)
.....
.....**Total =** / 5

TOTAL = /15

4 - Restitution de texte

"Je vais vous lire une histoire courte. Soyez attentif car je vous poserai ensuite des questions auxquelles vous devrez répondre."

"Tous les lundis, Maurice prend le bus de 7h22 pour être sûr de ne pas arriver en retard à la bibliothèque municipale. Arrivé à 7h50 sur son lieu de travail, il a encore le temps d'avaler un café et un croissant."

Noter si les informations suivantes sont présentes :
(1 point par bonne réponse)

Qui est le personnage principal de l'histoire ? ..... / 1

Où travaille-t-il ? ..... / 1

A quelle heure prend-il son bus ? ..... / 1

A-t-il le temps de prendre un petit-déjeuner avant de commencer à travailler ? ..... / 1

TOTAL = /4

5 - Association objet - usage

"A chaque mot que vous lirez à haute voix, vous associerez un verbe.
Par exemple: à "marteau" je vais associer "taper"... A vous:"

(1 point par bonne réponse.
Accepter variables dans le champ sémantique (ex: "taper", "clouer", "planter un clou"...))

Cuillère ..... / 1

Voiture ..... / 1

Pelle ..... / 1

Stylo ..... / 1

Fusil ..... / 1

TOTAL = /5

6- Concaténation de phrases

"Je vais vous donner 2 ou 3 mots et vous construirez une phrase contenant ces mots."

(1 point par phrase avec tous les mots et une syntaxe correcte
1/2 point si 1 mot manquant ou dérivé de celui de la consigne
0 point si la syntaxe est incorrecte, même si tous les mots y sont)

Timbre - enveloppe

..... / 1

.....

Interrupteur- lampe

..... / 1

.....

Chien - niche - pluie

..... / 1

.....

Alerte - témoin - accident

..... / 1

.....

TOTAL = /4

7 - Compréhension orale de l'implicite

"Je vais lire un énoncé très court. Vous essayerez de me l'expliquer le plus simplement possible."

(1 point si explication claire et cohérente, 0 point si explication fausse ou absente)

Aujourd'hui il y a grève des conducteurs de train; on a battu des records d'affluence sur les routes.

.....

.....

..... / 1

Une violente tempête avait soufflé toute la nuit. Le châtelain appela le vitrier dès le lendemain.

.....

.....

..... / 1

TOTAL = /2

8 - Résolution de problèmes

"Je vais vous poser 3 petits problèmes que vous devrez résoudre.
Les calculs ne sont pas difficiles mais il faut être attentif à l'énoncé."
(1 point par réponse juste
1/2 point si la réponse est erronée mais le raisonnement juste)

Un kilo d'oranges coûte 4 euros. Un kilo de pommes coûte moitié moins cher qu'un kilo d'oranges.

- Combien coûte un kilo de pommes ?..... / 1

- Combien dépensez-vous si vous achetez un kilo d'oranges et deux kilos de pommes ? ..... / 1

Comment pouvez-vous répartir 12 livres sur 3 étagères ? ..... / 1
(ne pas exiger une répartition égale par étagère)

TOTAL = /3

9 - Tâche de similitudes

"Si je vous dis par exemple que le rapport entre un chat et un chien est que ce sont tous deux des animaux, pouvez-vous me dire:"
(1 point par catégorie juste)

Quel est le rapport entre une orange et une banane ?..... / 1

Quel est le rapport entre un pantalon et un manteau ?..... / 1

Quel est le rapport entre un marteau et une scie ?..... / 1

Quel est le rapport entre un train et un avion ?..... / 1

TOTAL = /4

10 - Epreuve de Chronologie

"Vous allez au restaurant. Pouvez-vous remettre en ordre les 5 actions inscrites sur cette feuille ?".....

(2 points pour une chronologie correcte: D A E B C
1 point si 1 inversion, 0 si plus d'une erreur)

1) 2) 3) 4) 5)

TOTAL = /2

11 - Appariements fonctionnels

"Je vais commencer une phrase et vous la complèterez par le terme approprié."
(1 point par bonne réponse)

On enfonce un clou avec un ..... / 1

On tricote avec des ..... / 1

On essuie la vaisselle avec un ..... / 1

On coupe du bois avec une ..... / 1

TOTAL = /4

d	p	d	q	d	p	d	q	d
p	q	b	p	q	d	b	p	q
q	p	d	b	p	b	d	q	b
b	d	p	b	d	q	p	d	b
p	q	d	q	p	b	p	b	b
q	b	p	b	d	p	b	q	p
b	p	d	q	p	b	q	d	d
p	d	b	q	p	d	q	b	b
d	q	b	p	d	q	b	p	b
p	b	p	d	q	b	p	q	b
d	p	b	q	d	p	b	q	d

Annexe 1

Ananas Piano

Tulipe Chien Souris

Marguerite Autobus

Avion Tapis

Balançoire Violon Poire

Couteau

Pomme Peigne

Annexe 2

Annexe II : Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC)

1. Prosodie émotionnelle - Compréhension

7. Prosodie émotionnelle — Compréhension

Guide de passation et de cotation **page 18**

Consigne: Vous allez entendre des phrases. En vous basant uniquement sur l'intonation de la voix, essayez de reconnaître si la personne est triste, heureuse ou fâchée. Pointez l'image qui correspond à votre choix.

Exemple : (À faire à voix haute) «Philippe joue aux échecs.» (colère). Si échoué, répéter l'exemple.

PHRASES				COMMENTAIRES
1. Jacques va sortir				
2. Claire frappe à la porte.				
3. René lit le journal.				
4. Denise mange du pain.				
5. Claire frappe à la porte.				
6. Jacques va sortir				
7. René lit le journal.				
8. Denise mange du pain.				
9. Claire frappe à la porte.				
10. Jacques va sortir				
11. René lit le journal.				
12. Denise mange du pain				
	/ 4	/ 4	/ 4	Total : / 12

Total / 12	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
scolarité (années)	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
moyenne	11,00	10,87	10,23	11,10	8,20	9,57
écart-type	1,26	1,17	1,92	1,12	2,52	1,98
10e percentile	9,10	9,10	6,20	9,10	5,00	6,20
point d'alerte	9	9	7	9	5	7

Commentaires:

2. Prosodie émotionnelle - Répétition

10. Prosodie émotionnelle — Répétition

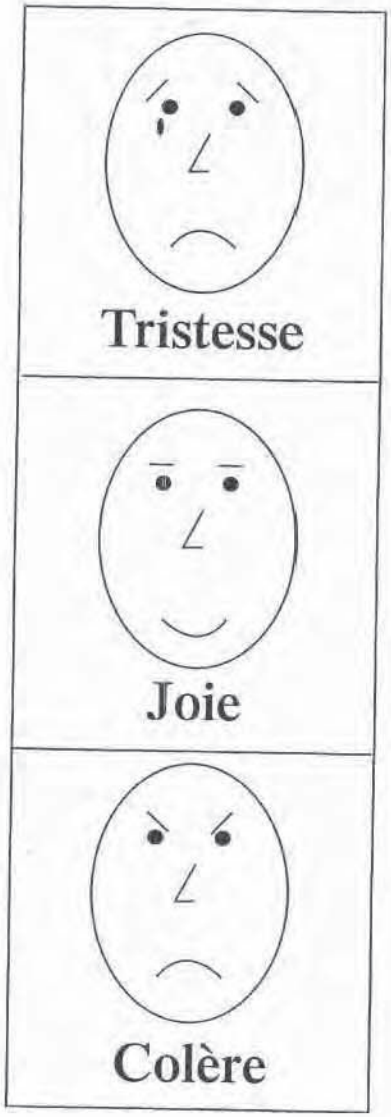
Guide de passation et de cotation **page 19**

Consigne: Vous allez entendre des phrases. Répétez chaque phrase en respectant l'intonation.

PHRASES				COMMENTAIRES
1. Jacques va sortir.				neutre ❑
2. Claire frappe à la porte.				neutre ❑
3. René lit le journal.				neutre ❑
4. Denise mange du pain.				neutre ❑
5. Claire frappe à la porte.				neutre ❑
6. Jacques va sortir.				neutre ❑
7. René lit le journal.				neutre ❑
8. Denise mange du pain.				neutre ❑
9. Claire frappe à la porte.				neutre ❑
10. Jacques va sortir.				neutre ❑
11. René lit le journal.				neutre ❑
12. Denise mange du pain.				neutre ❑
	/ 4	/ 4	/ 4	**Total :** / 12

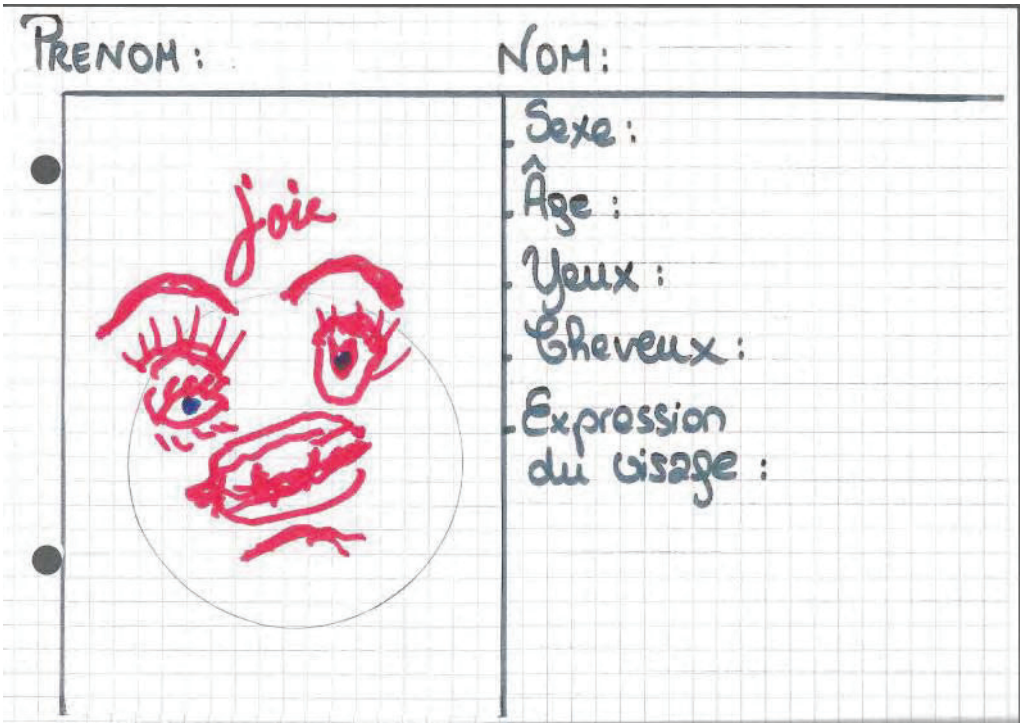
Total / 12	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
scolarité (années)	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
moyenne	9,17	8,73	7,33	8,80	7,43	7,43
écart-type	2,90	2,96	3,15	1,79	2,67	2,28
10e percentile	4,00	5,00	3,10	6,00	3,10	4,10
point d'alerte	4	5	3	6	3	4

Commentaires :

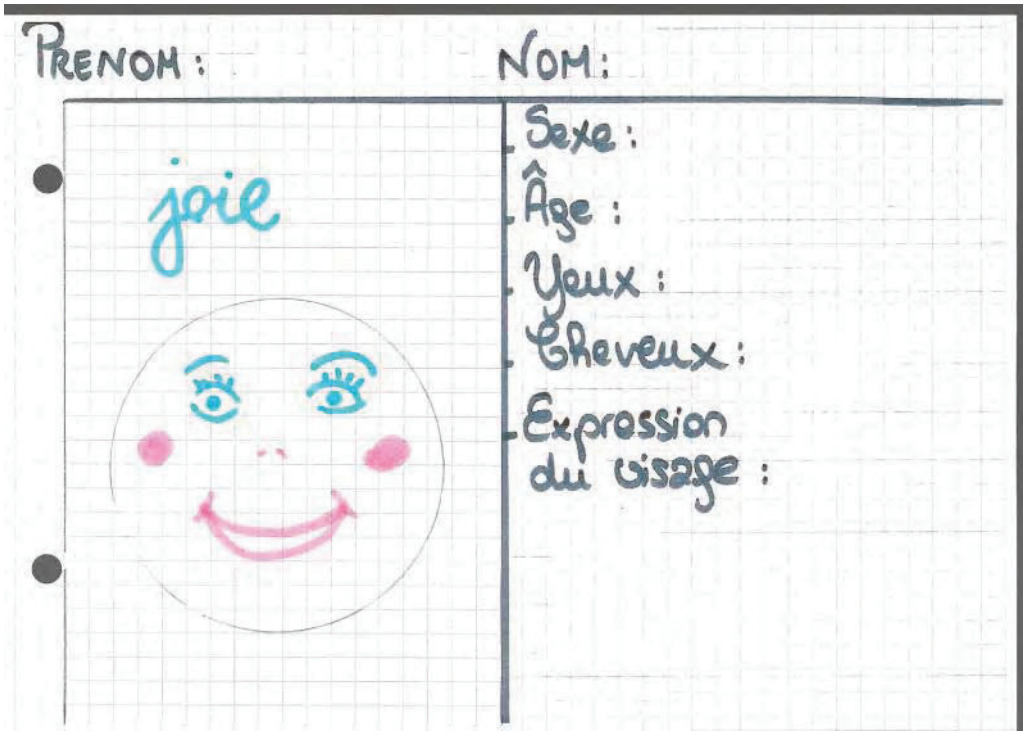

Tristesse
Joie
Colère

Annexe III : Cartes d'identité des marionnettes

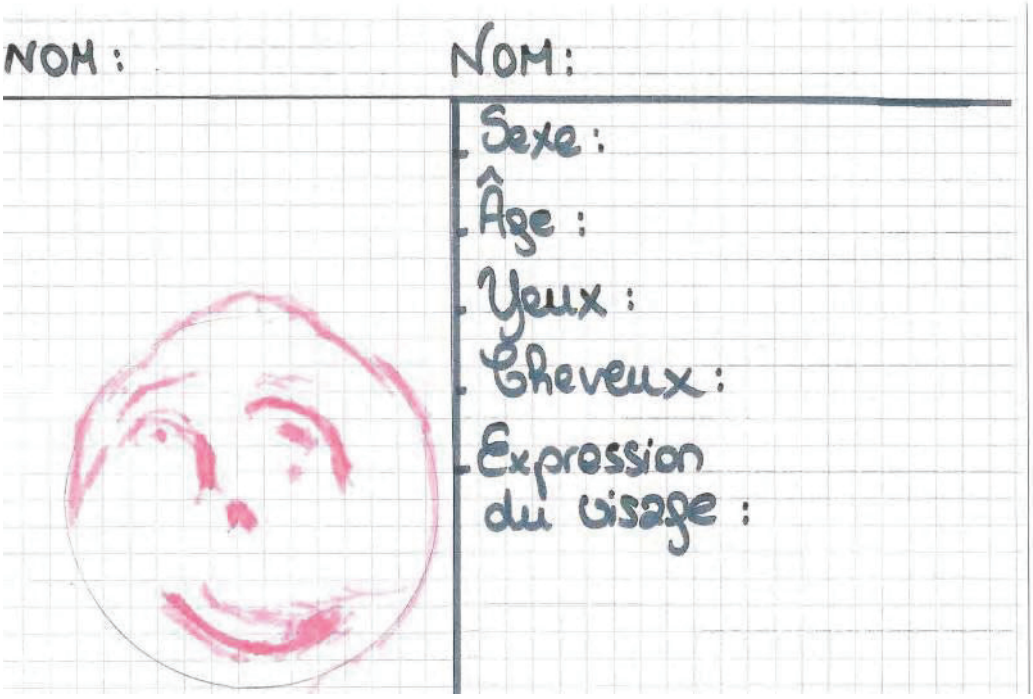
1. Madame Bi.



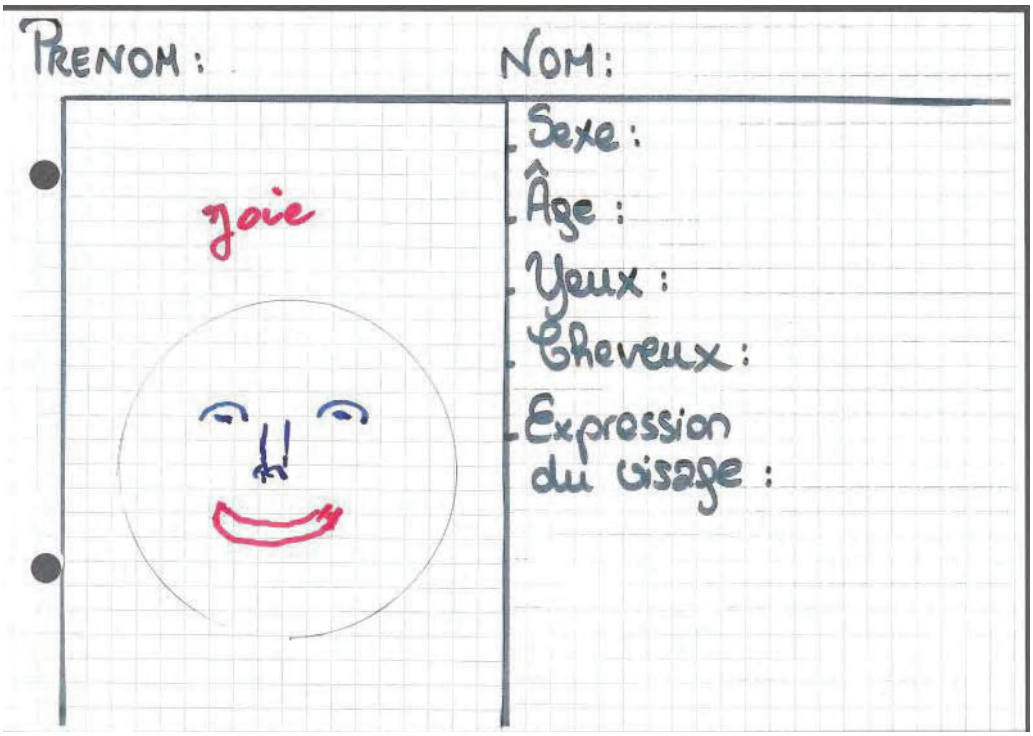
2. Madame D.



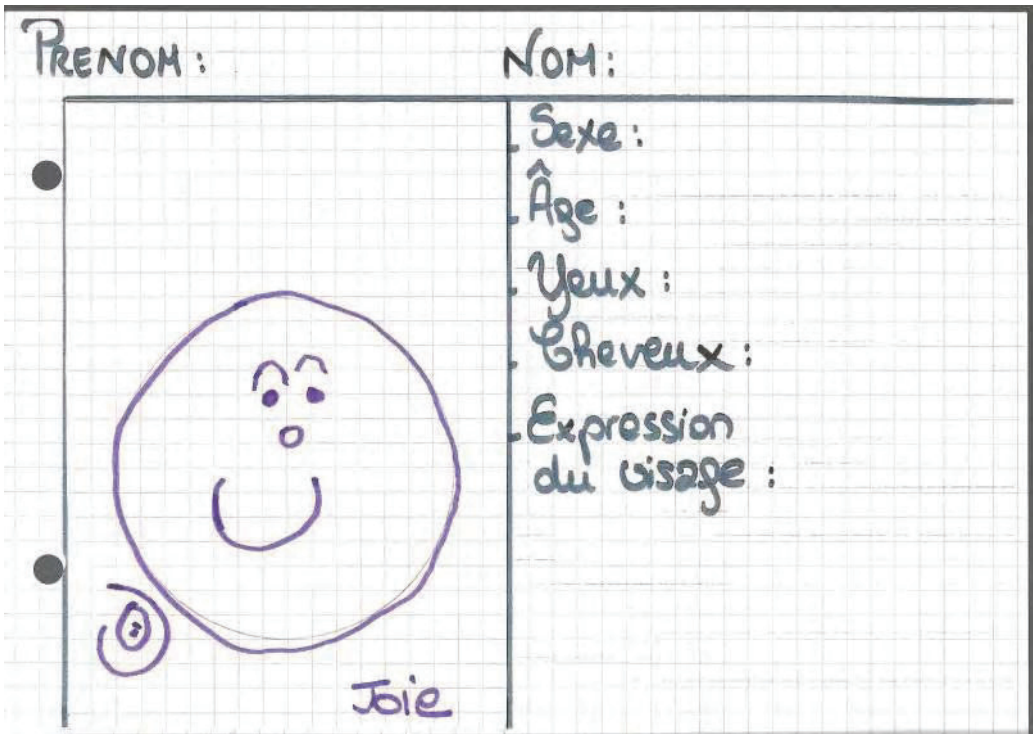
3. Madame L.



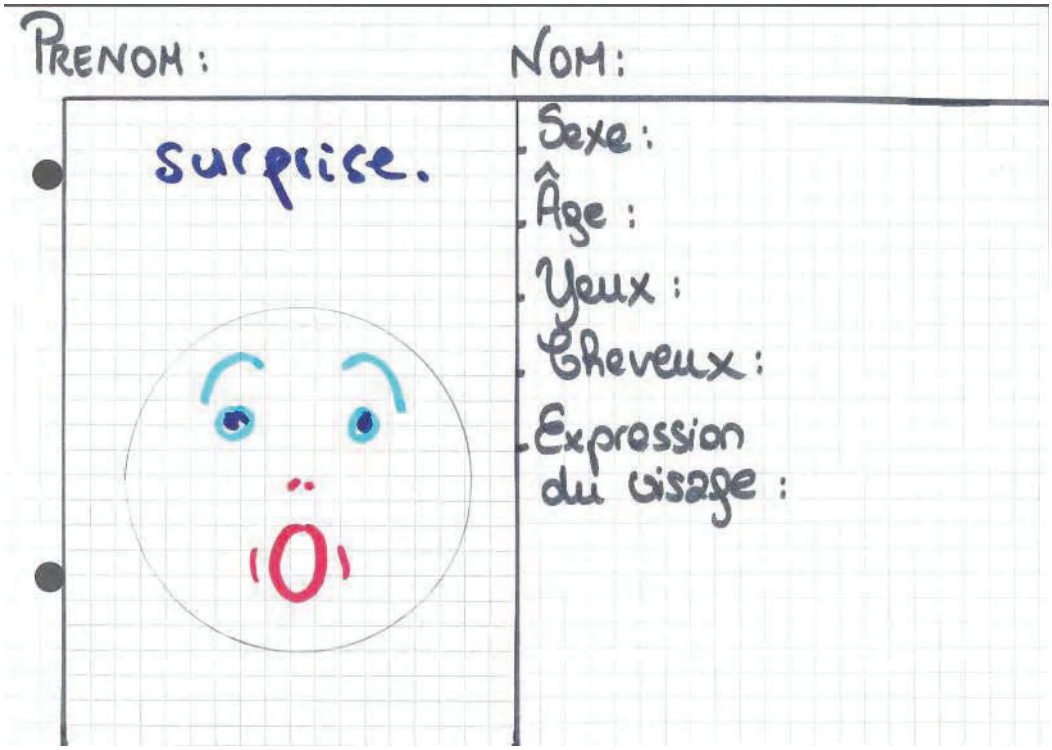
4. Madame M.



5. Madame P.



6. Monsieur D.



Annexe IV : Description des marionnettes

1. Juliette (créatrice : Mme L.)

Juliette est une demoiselle de 13 ans (parce qu'elle a du rouge à lèvres).

Elle vit à la Villa Hélios avec ses 2 frères dont un est plus âgé qu'elle (il a 17 ans) et ses 2 sœurs. Elle a un amoureux.

Elle va au collège où elle travaille bien.

Elle est partie à Londres dans une famille d'accueil dans le cadre d'un voyage scolaire pour apprendre l'anglais. Elle joint ainsi l'utile à l'agréable car elle aime voyager et aime bien les langues.

Elle est assez espiègle, coquine, plutôt dynamique, voire agitée (à la limite de l'hyperactivité), elle fait donc beaucoup de sport pour dépenser toute son énergie mais aussi pour ne pas prendre trop de poids.

Elle aime bien lire l'actualité sportive dans « l'équipe ».

2. Joséphine (créatrice : Mme M.)

Joséphine est une enfant de 13 ans.

Elle est fille unique et vit chez ses parents, au 21 boulevard Delfino à Nice.

Elle va à l'école, elle aime ça. Elle a plutôt bon caractère et toujours le sourire.

Elle aime le sport, pratique particulièrement la marche et joue au basket avec ses amis. Elle apprécie la musique et joue du piano pour le plaisir (elle ne va pas au conservatoire).

Elle est encore trop jeune pour décider du métier qu'elle voudra faire plus tard.

3. Nathalie (créatrice : Mme P.)

Nathalie est une gentille jeune femme rousse de 35 ans, toujours souriante, qui élève seule ses 5 enfants.

Elle vit en Italie où elle exerce la profession d'infirmière.

Elle est végétarienne et raffole tout particulièrement des pâtes, de toutes les sortes de pâtes.

Elle aime les animaux surtout les chats. Elle en possède un d'ailleurs.

Elle apprécie les sorties, les promenades en bateau, le théâtre mais depuis qu'elle est séparée de son mari, lorsqu'elle ne travaille pas elle s'occupe de ses enfants. Elle n'a pas le temps de faire autre chose.

4. Odette (créateur : Mr P.)

Odette est une demoiselle de 15 ans, fille unique. Elle va à l'école, elle est bonne élève.

Elle a plutôt bon caractère et est ouverte aux autres, elle aime son copain.

Elle habite à Paris, aime faire du ski mais est actuellement en vacances à Nice où elle est venue faire une exhibition de Judo. Elle est d'ailleurs ceinture « rouge » de judo. Dans le cadre du judo elle crie beaucoup.

Elle est plutôt émotive et se laisse impressionner par la foule.

5. Corinne (créatrice : Mme R.)

Corinne est une jeune fille de 20 ans plutôt sympathique et indépendante.

Elle est actuellement en vacances à Tahiti mais elle vit habituellement en France, à Nice, avec son copain Jacky un steward de 25 ans.

Elle finit ses études d'hôtesse de l'air. Elle a choisi ce métier parce qu'elle aime voyager et est ouverte aux autres ; mais elle est un peu embêtée lorsqu'elle part parce que, même si elle a de la famille à Nice, elle doit laisser son chat : Noisette à ses voisins.

Elle bouge beaucoup (dynamique), fait beaucoup de sport : du surf et de la planche à voile, aime la musique même si elle n'en joue pas. Elle danse avec son copain dans les surprises-party et lit beaucoup car elle en a besoin dans le cadre de ses études.

Corinne et Jacky aimeraient avoir un bébé (« Jacky est plus vieux qu'elle, à cet âge on peut avoir des enfants », et puis « elle a bientôt fini ses études »)

6. Boris (créatrice : l'orthophoniste)

Boris est un jeune russe de 35 ans qui vit à Berlin mais voyage énormément avec son travail. Il croisait d'ailleurs souvent sa sœur Natacha aux 4 coins du monde lorsqu'elle faisait les long-courriers.

C'est le roi du bel canto Italien. Il est extravagant, extraverti, très théâtral. Il fume d'énormes cigares même si c'est mauvais pour les chanteurs.

Il pique des colères parfois terribles mais peut être très drôle aussi. Bref, c'est un artiste.

7. Natacha (créatrice : étudiante)

Natacha est une jeune femme de 35 ans, elle vit avec son mari et sa fille de 10 ans en Corse.

Elle est hôtesse de l'air mais n'effectue plus que les vols moyen et court-courriers pour être plus proche de sa famille.

Elle est plutôt indépendante, coquette, curieuse.

Elle aime son métier surtout le côté relationnel.

Comme toute femme voulant soigner son apparence elle fait du sport notamment des randonnées et de la course à pied. Elle apprécie la lecture, les sorties entre amis. Elle aime bien les animaux, elle possède d'ailleurs un chat : gribouille.

Annexe V : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication des patients atteints de DTA. T. ROUSSEAU.

Patient : Date :

Situation de communication : Thème :

Interlocuteur : Durée :

ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS									TOTAL ACTES
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence				*total*	
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
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											

1. Méthode d'analyse des actes de langage

ACTES DE LANGAGE	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Question oui/non	Demande de confirmation ou de négation du contenu propositionnel Demande de permission	Etes-vous fatigué? Est-ce que je peux m'en aller ?
Question " wh "	Demande d'information par une question utilisant un des pronoms interrogatifs suivants : où, quand, quoi, pourquoi, comment?,... La question concerne la localisation, le moment, l'identité ou les propriétés d'un objet, d'un événement ou d'une situation Demande adressée à l'interlocuteur pour qu'il répète ce qu'il vient de dire	Où habitez-vous? Quand partez-vous? Qui vous a conduit ici? Vous voulez quoi? Pourquoi êtes-vous venu ici? Voulez-vous me dire ce que vous voyez sur cette image? Vous avez dit?
Question rhétorique	Demande adressée au récepteur en vue d'obtenir sa reconnaissance pour permettre au locuteur de poursuivre	Vous comprenez? D'accord?
Réponse oui/non	Suite à une question oui/non, l'interlocuteur répond en confirmant, niant ou d'une autre façon, le contenu propositionnel, ou répond en exprimant son accord ou son désaccord	Non, je ne suis pas fatigué oui, c'est pour cela que je suis ici
Réponse " wh "	Suite à une question " wh " (où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment?) l'interlocuteur répond en procurant au locuteur l'information requise	Question du locuteur : pourquoi êtes-vous venu ici? Réponse " wh " : Je suis venu pour passer des examens
Qualification	Enoncé subséquent qui clarifie, qualifie ou modifie différemment le contenu du message	Après la réponse " non je ne suis pas fatigué " : parce que je me suis reposé avant de venir
Description-identification	Nommer un objet, une personne, un événement ou une situation	C'est une chaise Il s'agit d'un accident
Description-possession	Indiquer qui possède ou a temporairement en sa possession un objet ou une idée, par exemple	L'homme a une voiture La jeune fille sait comment y aller
Description-événement	Décrire un événement, une action ou une démarche	Le chien a traversé la rue lorsque la voiture arrivait et elle l'a écrasé
Description-propriété	Décrire les traits observables ou l'état d'objets, d'événements ou de situations	C'est un bureau en bois, de couleur marron, en désordre
Description-localisation	Décrire le lieu ou la direction d'un objet ou d'un événement	Le vase est sur la table
Affirmation de règles	Déterminer des règles, des procédures conventionnelles, des faits analytiques ou des classifications	Il vaut mieux ne pas aller à la pêche lorsqu'il y a de l'orage Pour faire un punch, on met d'abord le rhum puis ensuite le sirop de sucre de canne
Affirmation-évaluation	Exprimer ses impressions, ses attitudes ou ses jugements au sujet d'objets, d'événements ou de situations	Cette chaise n'est pas solide Pour faire ça, il faut être courageux
Affirmation-état interne	Exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action	Je me sens mal Je suis capable de gagner Je vais aller jouer aux cartes
Affirmation-attribution	Exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions), des capacités, des intentions d'une autre personne	Il est surpris Ma femme fait très bien la cuisine
Affirmation-explication	Rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédire le dénouement	Je ne vais plus voir ma belle-fille car elle ne m'aime pas S'il continue à me battre, je le quitte

Mécanismes conversationnels-marqueurs de frontière	Sert à amorcer ou achever l'interaction ou la conversation	C'est tout ce que j'ai à vous dire Comme je le disais hier
Mécanismes conversationnnels-appel	Sert à entrer en interaction en suscitant l'attention de l'autre	Dites... Ecoutez-moi
Mécanismes conversationnels-accompagnement	Enoncé accompagnant l'action du locuteur et qui cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur	Je suis en train de faire un tricot, regardez Ce que je lis devrait vous intéresser
Mécanismes conversationnels-retour	Reconnaissance des énoncés précédents de l'interlocuteur ou insertions visant à maintenir la conversation	D'accord OK Vous disiez que...
Mécanismes conversationnels-Marqueurs de politesse	Politesse rendue explicite dans le discours du locuteur	Je vous en prie, allez-y
Performative-action	Demande adressée au récepteur en vue d'accomplir une action (ordres)	Allez me chercher le livre
Performative-jeu de rôle	Jeu fantaisiste où les interlocuteurs s'attribuent des rôles ou des personnages	(enfants qui jouent à la marchande et au client)
Performative-protestation	Objections au comportement prévisible de l'interlocuteur	Ne faites pas ça
Performative-blague	Message humoristique	(toute blague ou plaisanterie ou humour)
Performative-marqueur de jeu	Amorcer, poursuivre ou terminer un jeu (concerne surtout les enfants)	Allez, on joue à la marchande
Performative-proclamer	Etablir des faits par le discours	Celui qui dit ça est un menteur
Performative-avertissement	Prévenir l'interlocuteur d'un danger imminent ou non	Attention, vous allez glisser
Performative-taquiner	S'amuser à contrarier, sans méchanceté, l'interlocuteur en étant provocateur ou en lui faisant des reproches	et vous croyez que ce que vous m'avez dit me suffira pour deviner ce qu'il y a sur cette image
Divers	Actes non conventionnels	Ce n'est pas un perdreau de l 'année (pour dire de quelqu'un qu'il est assez âgé)
	Actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphasies sémantiques ou phonologiques)	ograminospire

2. Méthode d'analyse des actes non verbaux

ACTES NON VERBAUX	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Geste à fonction référentielle	Geste à fonction illustratrice quand il accompagne ou remplace le discours verbal. Il peut être : -mimétique : relation d'analogie au référent -déictique : relation spatiale précise ou vague au référent -symbolique : renvoie au code culturel ou personnel; relation arbitraire et conventionnelle au référent.	-mettre ses mains en forme de rond pour parler d'un ballon -montrer du doigt la direction à suivre -mettre en pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire
Geste à fonction communicationnelle	Le geste fait référence à la situation et aux interlocuteurs. Il est plus ou moins volontaire. Il peut avoir une valeur : -expressive ou émotive : se rapporte à l'émetteur -conative : se rapporte ou s'adresse au récepteur lui signifiant quelque chose -phatique ou régulatrice : se rapporte ou s'adresse au récepteur assurant la bonne continuité de l'échange	-poser sa main sur sa poitrine pour exprimer que l'on est vraiment impliqué dans ce que l'on dit -pointer son index vers l'interlocuteur en signe de mise en garde -tendre la main à plat vers l'interlocuteur pour l'inviter à parler ou à poursuivre
Geste à fonction métalinguistique	Ce type de geste peut avoir comme fonction: -fonction prosodique : fait partie du discours comme élément prosodique -fonction de redondance : le geste est redondant par rapport au discours -fonction de commentaire : le geste sert de commentaire sur le contenu ou la forme de l'énoncé	-taper sur la table avec la main au rythme des syllabes pour marquer l'importance de ce que l'on dit -accompagner un " non " verbal d'un mouvement négatif de la tête et de l'index -mouvement oscillatoire de la main exprimant le doute par rapport à ce qu'y est dit
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	moue dubitative
Regard	Ne sont pris en compte que les aspects du regard en tant que comportement de communication : -contact visuel -mobilité du regard -expressivité du regard	-un regard soutenu qui, témoignant d'un intérêt de l'interlocuteur, apporte un feed-back au locuteur -le regard s'oriente vers une certaine direction permettant de synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale -les yeux s'ouvrant largement expriment la surprise
Silence	Pauses survenant au cours de l'échange signifiant : -la réflexion : permet les opérations mentales -l'interaction : pause à caractère social où l'interlocuteur manifeste se reconnaissance du degré et du type de participation attendue	-le sujet s'arrête de parler pour mieux préparer ce qu'il va dire ensuite -tout en marquant son attention (par le regard) l'interlocuteur se tait parce qu'il juge que c'est à l'examinateur de prendre la parole et de mener la discussion

3. Méthode d'analyse de l'adéquation / inadéquation

TYPE INADEQUATION	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Absence de cohésion grammaticale	La structure grammatico-syntaxique de la phrase ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-il a couru à cause qu'il n'était pas en retard -phrase contenant un ou plusieurs pronoms sans référent
Absence de cohésion lexicale	Le lexique utilisé ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-le chien a attrapé un colipan
Absence de feed-back/à l'interlocuteur	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de l'acte produit par l'examinateur	Examinateur : " quel âge avez-vous? " Patient : " mon frère est en vacances "
Absence de feed-back / à la situation	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de la situation de communication	Alors qu'il doit décrire une image, le patient parle de ses enfants
Absence de continuité thématique	Le patient change de thème de discussion de manière brutale et inopportune	-je vois un homme au milieu de la rue. Ma femme n'aime pas les tomates
Absence de progression rhématique	Le discours du patient ne progresse pas, il n'y a pas d'apport informatif, il tourne en rond	-j'habite ici parce que j'habite là et que je n'habite pas ailleurs
Absence de relation	Les actions, les états ou les événements du discours ne s'articulent pas entre eux	-le petit garçon tombe, il court et il est assis parce qu'à cinq heures il est l'heure de sortir
Contradiction	L'information donnée par le patient est en contradiction avec une information qu'il a donnée antérieurement	-" j'habite chez moi dans ma maison à la campagne " puis plus loin : " j'habite ici " (on est dans une maison de retraite)

Annexe VI : Actes de communication verbaux-séance1

ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS				
		Absence de feed-back		Absence de cohérence		
		/situation	/interloc	Continuité du thème	Progression rhématique	Contraire
Questions						
Oui/ Non	Une jupe plissée ?					
Wh	Qu'est ce que je fais avec ça ?					
Réponses						
Oui/Non	Oui c'est vrai/Pas trop/Ah oui les matrouchkas/ Je crois ça me revient là oui/Non/oh ben non c'est pas possible/non pas régulièrement/oui les chars qui défilent		Oui bien sûr			C'est les enfants qui regardaient
Wh	C'est la java bleue/c'est un œuf/enfant/avec un tutu par exemple// y avait Guignol, y avait.../ en bois/ on les manipulait à la main/ avec du tissu/ les 2/c'est le roi/en papier	Mon chat il est plus là alors qu'est-ce qu'on va faire ?	Je pense à mes enfants/je lui ferai un tutu/Je pense c'est pareil un vêtement		Moi quand je dansais je faisais de la danse	On emmenait les enfants/Moi je veux faire une infirmière pour soigner les gens
Qualification	Parce qu'elle est en bleu/Dans le temps avec mes petits-enfants/ on y allait avec les enfants/ c'est-à-dire que j'ai mal au cœur/mais j'avais pas les possibilités j'étais pas assez instruite					
Description						
Identification	Charlot/c'est le Muppet-show/c'est Charlot/c'est carnaval/ça c'est Chirac		C'est Sarkozy			C'est Nicolas Sarkozy(3x)
Possession	Avec la couronne					
	Elle fait le grand-écart/on prend un			Mon chat, il est perdu, il est		Les chats, ils aiment bien se

Evénement	papier on le roule comme ça et après on a plein de tutu			monté en haut/ ils aiment bien se mettre en haut du machin		mettre dans les trous
Propriété	C'est électronique/c'est une balle...une balle de tennis/du plastique/c'est une belle blonde/elle a pas d'oreille					
Localisation	Ah c'est dessous/ c'était à Nice					
Affirmation						
Règles/faits						
Evaluation	C'est connu/c'est pas pareil/c'est trop petit/c'est rigolo celui-là					
Etat interne	Ah ça j'adore/c'est sympa/moi j'ai peur de l'avion		Je trouve que c'était très bien			
Attribution	Elle est jolie/elle s'amuse bien/elle tourne bien/vous avez de la patience/elle te dit non, non, non/ il fait des bêtises					
explication			C'est pour ça que je...			
Mécanisme conversationnel- accompagnement	Elle danse tu vas voir					
retour	Oui/oui bien sûr/oui tout à fait/eh oui/voilà/ah oui/ah d'accord					
marqueurs de politesse	Au revoir/au revoir à la prochaine					

Annexe VII : tableau des actes non verbaux-séance1

ACTES NON VERBAUX	TYPE	ACTES
Gestes à fonction référentielle	-mimétique -symbolique	-Mme L. fait un rond avec ses mains pour parler de la boule de polystyrène/Mme P. mime la danse de la marionnette avec ses mains, fait des gestes pour décrire la réalisation de tutus. -Mme L. fait un geste de la main signifiant l'action de couper/Mme P. d'un geste de la main nous montre que son « chat était en haut ».
Gestes à fonction communicationnelle	-expressive ou émotive -conative	-Mme L. tourne son doigt pour montrer qu'elle se remémore. -Mme L. pointe son index en direction de Mme P. pour signifier à l'orthophoniste qu'elle « s'amuse ».
Gestes à fonction métalinguistique	-fonction de redondance -fonction prosodique	-Mme R. et Mme L. accompagnent certains « oui » / « non » d'un mouvement de la tête. -Mme L. secoue la marionnette au rythme de la chanson : « La Java bleue ».
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	Mme L. et Mme P. sont très souriantes. Mme R. paraît triste mais esquisse quelques sourires.
Regard	-contact visuel -mobilité du regard -expressivité du regard	-regard fixe, attentif, soutenu de tous les participants, sur l'orthophoniste qui anime, la marionnette qui l'accompagne et les images proposées. -le regard de nos trois patientes s'oriente vers l'orthophoniste et la marionnette. Elles les suivent dans leur déplacement/Leu regard s'oriente également vers les différents participants lorsqu'ils prennent la parole. -A l'évocation des différents types de marionnettes, Mme L. semble interloquée.
Silence	-la réflexion -l'interaction	-Mme R. : « c'est une balle de ... une balle de tennis. » -Chacune des patientes, tout en marquant leur attention (par le regard), se taisent, jugeant que c'est à l'orthophoniste ou à la marionnette de prendre la parole et de mener la discussion.

Annexe VIII : Actes de communication verbaux-séance 12

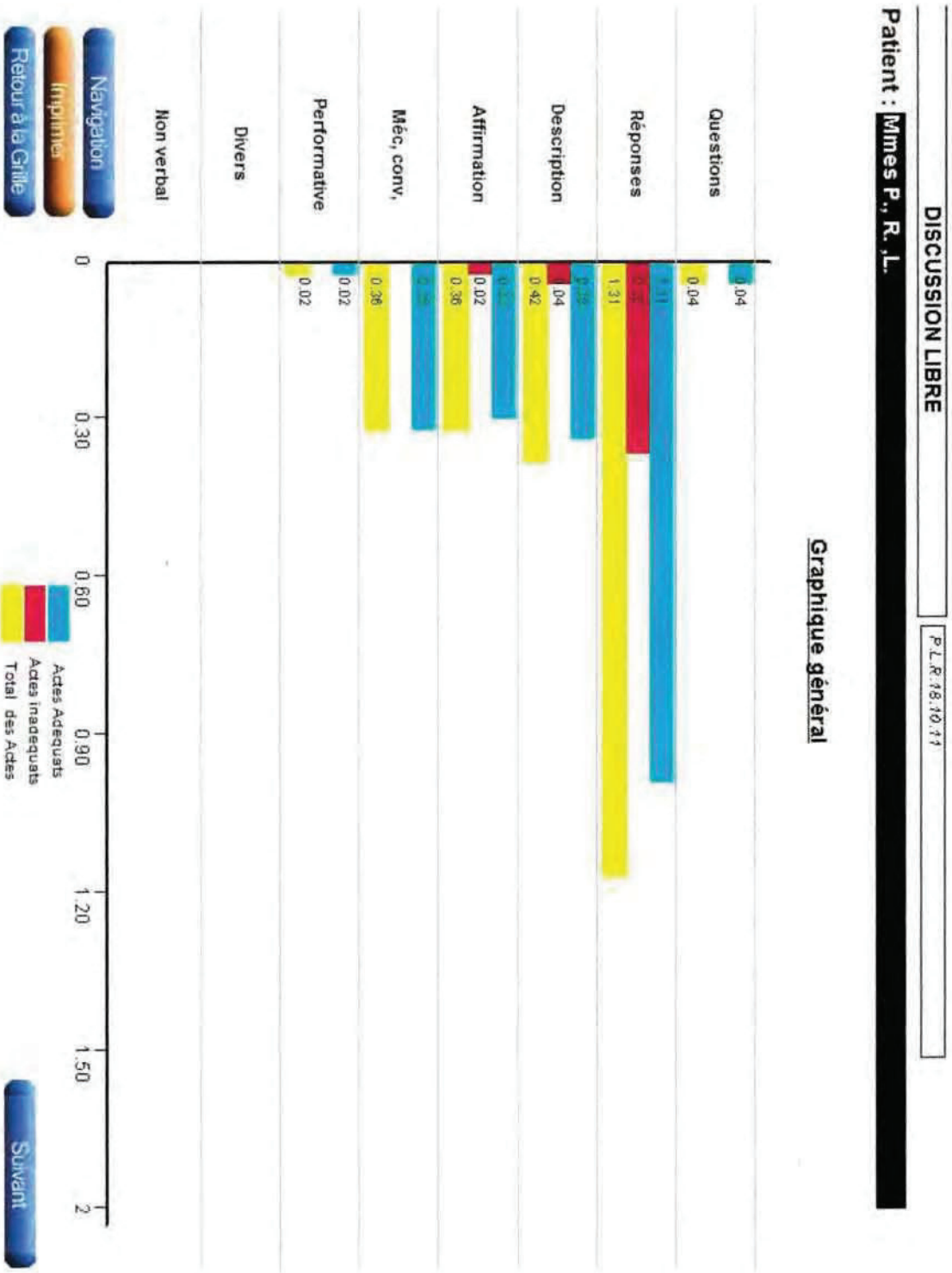
ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS	
		Absence de feed-back	Absence de cohérence
		/interloc	Contraire
Questions			
Oui/ Non	C'est pas Jacky ?/C'est pas Joséphine ?		
Wh	Et son mari est parti où ?		
Rhétorique			
Réponses			
Oui/Non	Oui/non/oui par exemple/ oui pourquoi pas/non je pense qu'elle a un copain/non coquine/oui je le regarde/oui y en avait beaucoup/non elle a un copain/oui il travaillait/oui/oui/		
Wh	Italienne/Noisette/Aurélie/Denise/Natacha/stewart/ elle est souriante/roux c'est tellement rare les cheveux oranges/ Giulietta/c'est mardi/on est le 17 janvier/j'ai un calendrier/ 2012/les marionnettes/ ça va bien/un minou/des compétitions/hôtesse de l'air/de Natacha/chanteur/judoka/ c'est Joséphine/a un copain/italienne/chanteur/Noisette/ Joséphine/Spaghetti	Oui les pâtes c'est bon/moi j'aime les spaghetti/oui c'est bon les ravioli/	
Qualification	Je vois un D/mais je mémorise pas		
Description			
Identification	C'est Boris/y a Boris/c'est une chatte/Boris/		
Possession	Elle a la ceinture rouge		
Evénement	Elle va la faire tomber		
Propriété	Elle sourit en tout cas/elle est italienne/		
Localisation			
Affirmation			
Règles/faits			
Evaluation	Il est pas beau Boris/il fait plus jeune/avec un nom comme celui-ci on peut pas se tromper/la belle vie/elle est mignonne/ils paraissent pas/elle fait plus jeune/elle a du mérite, je me demande comment elle peut faire/elle travaille beaucoup/elle fait du karaté/		
Etat interne	Moi je sais jamais/je me souviens plus son nom/je sais plus/mais je me souviens plus		
Attribution	Elle voyage beaucoup/elle aime les spaghettis/oh elle est gentille Natacha/elle aimerait passer la ceinture bleue ou verte		Il est tombé amoureux d'elle
Explication	Elle est gourmande parce qu'elle a des bonbons dans son sac/ elle a des bonbons dans son sac, elle est très gourmande/		
Mécanisme conversationnel – retour	Ah/oui/oui d'accord/ah ben non bien sûr/oui tout à fait/ah oui/ oui d'accord/ah oui Corinne/Jacky oui/eh oui/oui		
Mécanismes conversationnel- marqueur de politesse	Bonjour/bonjour/à tout à l'heure/bonjour/à tout à l'heure		
Performative – action	Natacha !/une chanson !/Natacha viens vite !/Natacha/Natacha/		
Performative- blague	On va faire Roméo et Juliette !		

Annexe IX : Tableau des actes non verbaux-séance 12

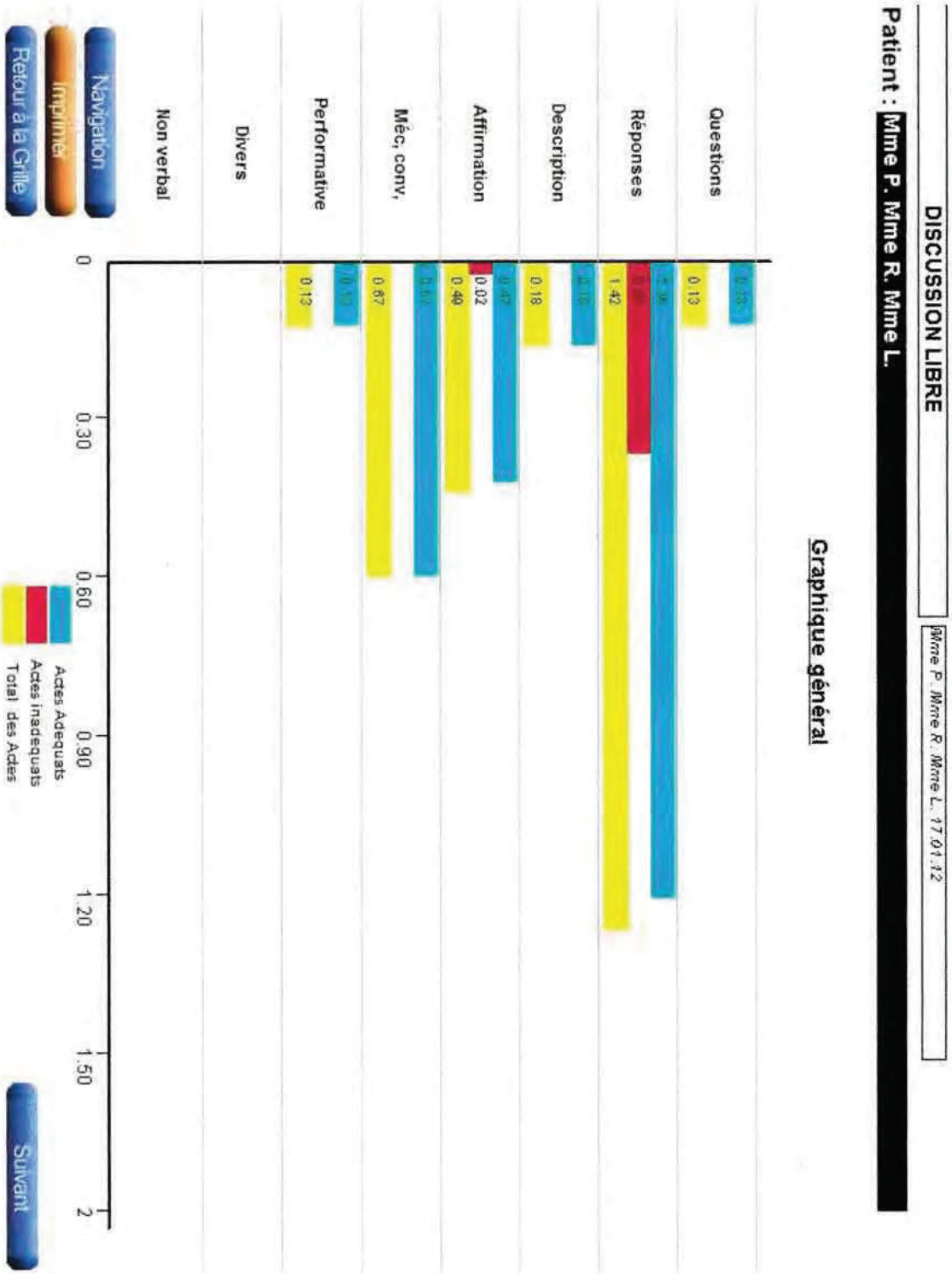
ACTES NON VERBAUX	TYPE	ACTES
Gestes à fonction référentielle	-mimétique -déictique	-Mme R. fait des gestes avec les marionnettes. -Mme L. et Mme R. montre du doigt les marionnettes qu'elles identifient (gestes accompagnant ou remplaçant le discours verbal).
Gestes à fonction métalinguistique	-fonction de redondance -fonction prosodique	-un mouvement de tête accompagne ou remplace les « oui »/« non » verbaux de Mme L. et Mme R. -les trois patientes tapent des mains sur la table tout en appelant Natacha.
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	Mme L. et Mme R. sont très souriantes. Mme P. est peu expressive mais sourit à certains de nos propos.
Regard	-contact visuel -mobilité du regard -expressivité du regard	-chacune regarde l'autre comme pour s'interroger, s'entraider. -le regard des participantes s'oriente vers le tableau lorsque j'écris/les regards me fixent lorsque je parle. -Mme L. semble surprise que Boris ne soit pas le copain de Natacha mais bien son frère.
Silence	-la réflexion -l'interaction	-il arrive aux trois patientes, mais en particulier à Mme L. et Mme R., de s'arrêter de parler pour mieux préparer ce qu'elles vont dire. -Tout en marquant leur attention, les patientes se taisent pour écouter mes propos.

Annexe X : Graphiques généraux de GECCO

1. Séance 1



2. Séance 12


DISCUSSION LIBRE
Mme P. Mme R. Mme L. 17.01.12
Patient : Mme P. Mme R. Mme L.
Graphique général
Questions
0.13
Réponses
1.42
Description
0.18
Affirmation
0.02
0.49
Méc. conv.
0.67
Performative
0.12
Divers
Non verbal
0
0.30
0.60
0.90
1.20
1.50
2
Actes Adequats
Actes inadequats
Total des Actes
Navigation
Imprimer
Retour à la Grille
Suivant

Annexe XI : « Une bonne blague » (extrait du spectacle)

ENTREE 2 FILLES Corinne et Joséphine

• C- Arrête de ma taquiner, mais tu as 13 ans Joséphine, arrête de te comporter comme un bébé!

• J- Mais je m'amuse, juste je te tire un peu les cheveux, je te pique ton châle! C'est pour rire! (elle s'approche pour la bousculer)

• C- Justement, ça ne me fait plus rire! Espèce de peste! Tu vas recevoir une gifle si tu continue

• J – je vais dire à Maman que tu me frappes!

• C- Maman a assez à faire avec nous et son travail! Laisse la tranquille! Et va faire ton travail d'école!

• J- Oh la barbe avec les devoirs! Je veux m'amuser moi!

• C – et bien moi, je vais préparer ma valise! J'ai déjà mis mon billet d'avion dans ce petit sac (elle le montre)

• J – tu pars encore?

• C- Mais ma petite soeur chérie, je suis restée ici 15 jours pour les vacances, mais tu sais que mon travail d'hôtesse de l'air m'oblige à voyager beaucoup et à rejoindre mon fiancé à Tahiti! Je pars cet après midi!

• J- ah c'est ça c'est ça! Vivre à Tahiti! Mon rêve! Et puis tu vas retrouver ton fiancé là-bas! Tu en as de la chance!

• C- Oh non, il est steward et nous ne nous voyons pas souvent!

• J – oui, mais là bas à Tahiti, tu fais du surf!

• C- oui, j'adore et l'eau est si chaude! Ah au fait, je dois apporter mon chat Noisette à la voisine! Maman ne peut pas s'en occuper et

en plus Noisette se bat avec Minou! Quand Jacky et moi, on sera mariés, j'espère avoir deux chats et deux bébés! Et on habitera à Paris! Ah j'aimerais vivre au pied de la Tour Eiffel! Et aller danser tous les soirs avec Jackie dans des boîtes branchées!

• J- Tu m'emmèneras, dis?

• C- Ah non tu es trop jeune encore! Allez je file apporter Noisette à la voisine! (elle sort)

• J- Ah j'enrage, je ne peux rien faire! Trop jeune trop jeune! On va bien voir; je vais me venger! Non je ne suis pas trop jeune! Non non et non! Je ne suis pas trop jeune! (elle sort)

[….]

Les trois filles

• Joséphine: voilà, voilà j'arrive!

• Ah bonjour Odette (bisous), bonjour Juliette

• O et Ju: bonjour Joséphine!

• Jo: Vous êtes mes amies et j'ai besoin de vous!

• O: Ah pourquoi?

• Jo: je voudrais faire une bonne blague à ma soeur Corinne car elle m'énerve! Elle me dit toujours que je suis trop jeune! Je voudrais lui piquer son sac où il y a son billet d'avion pour partir à Tahiti!

• O: voler son sac! Moi, au judo j'apprends à être honnête! À respecter les autres!

• Jo mais c'est pour rire!

• Ju ah oui c'est une blague; moi ça me fait rire!

• O: et bien moi non! Et puis, j'ai une compétition cet après-midi! Je suis juste passée parce que tu m'a appelée mais je dois filer! Au revoir les copines! À bientôt!

• (elle sort)

Annexe XII : Interview

1. Réponses de Mme R.

INTERVIEW : Mme R.

(La deuxième partie de la question, à savoir : le choix multiple, est posée en cas d'absence de réponse à la première. Notons que les questions 10, 11 et 12 sont des questions ouvertes n'admettant pas une réponse unique.)

1. Combien de personnages avez-vu dans ce spectacle ? 5 ou 6 je crois.
   Vous diriez plutôt : 30 ? 7 ? 3 ?
2. Qui est la présentatrice du spectacle ? -
   Vous diriez : Paola ? Natacha ? Lola ? Natacha.
3. Qui a des couettes ? Y en a beaucoup qui ont des couettes. Y a Corinne, euh... Les noms moi je sais pas trop bien. Elle avait les cheveux rouges.
   Vous diriez que c'est : Nathalie ? Juliette ?
4. Qu'y avait-il dans le sac de Corinne ? -
   Vous diriez : son billet d'avion ? Son maquillage ? Son billet d'avion, oui.
5. De quoi a-t-elle aussi besoin pour prendre l'avion en plus de son billet d'avion ? Son passeport.
   Vous diriez : sa montre ? Sa carte d'identité ?
6. Qui a coupé la lanière du sac ? -
   Vous diriez Juliette ? Boris ? C'est Boris oui.
7. Qui doit recoudre la lanière du sac ? La maman
   Vous diriez : Joséphine ? Juliette ?
8. Quel animal entend-on dans la pièce ? Un chat
   Vous diriez : un chien ? Un chat ? Un oiseau ?
9. Quel est le personnage qui chante dans la pièce ? Boris
   Vous diriez : Natacha ? Boris ? Corinne ?
10. Quel personnage vous a vraiment plu ? Tous, ils m'ont tous plu.
11. Vous croyez que Corinne va avoir des bébés et se marier ? Pas tout de suite, dans quelque temps quand même !
12. Et après, que se passera-t-il dans cette famille ? Il pourrait se passer un mariage. Et elle attend son premier bébé. Mais il faut qu'elle continue à travailler quand même. C'est sa mère qui gardera le bébé.

2. Réponses de Mme P.

INTERVIEW : Mme P.

(La deuxième partie de la question, à savoir : le choix multiple, est posée en cas d'absence de réponse à la première. Notons que les questions 10, 11 et 12 sont des questions ouvertes n'admettant pas une réponse unique.)

1. Combien de personnages avez-vu dans ce spectacle ? Euh...
   Vous diriez plutôt : 30 ? 7 ? 3 ? 30 à peu près.
2. Qui est la présentatrice du spectacle ? Y avait Mme Bo.
   Vous diriez : Paola ? Natacha ? Lola ? Natacha.
3. Qui a des couettes ? Ah oui, c'était Corinne, c'était pas ça ?
   Vous diriez que c'est : Nathalie ? Juliette ?
4. Qu'y avait-il dans le sac de Corinne ? Ah ben ça alors ...
   Vous diriez : son billet d'avion ? Son maquillage ? Ben tous les deux.
5. De quoi a-t-elle aussi besoin pour prendre l'avion en plus de son billet d'avion ? Ben il lui faut ses ...
   Vous diriez : sa montre ? Sa carte d'identité ? oui, quoi ? Il lui faut sa carte d'identité.
6. Qui a coupé la lanière du sac ? Qui a coupé la lanière ?
   Vous diriez Juliette ? Boris ? Euh ... Juliette.
7. Qui doit recoudre la lanière du sac ? -
   Vous diriez : Joséphine ? Juliette ? Ah oui... C'est Juliette.
8. Quel animal entend-on dans la pièce ? Quel animal on entend ?
   Vous diriez : un chien ? Un chat ? Un oiseau ? Un chat. Moi j'ai un chat, je l'ai cherché partout. Je l'ai cherché partout.
9. Quel est le personnage qui chante dans la pièce ? Euh...
   Vous diriez : Natacha ? Boris ? Corinne ? Euh... Natacha.
10. Quel personnage vous a vraiment plu ? hum. (je répète) Eh bé, c'était avec euh, comment il s'appelle ?
11. Vous croyez que Corinne va avoir des bébés et se marier ? RIRE, alors... euh ...
12. Et après, que se passera-t-il dans cette famille ? -

3. Réponses de Mme L.

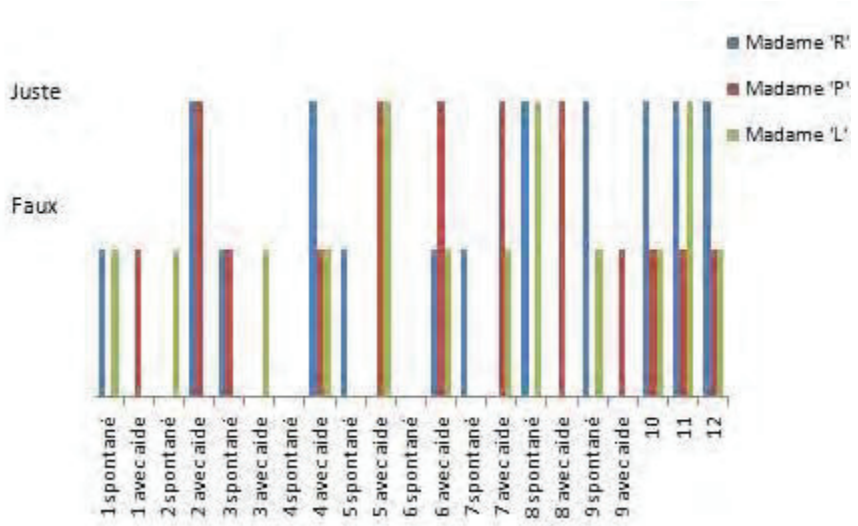
INTERVIEW : Mme L.

(La deuxième partie de la question, à savoir : le choix multiple, est posée en cas d'absence de réponse à la première. Notons que les questions 10, 11 et 12 sont des questions ouvertes n'admettant pas une réponse unique.)

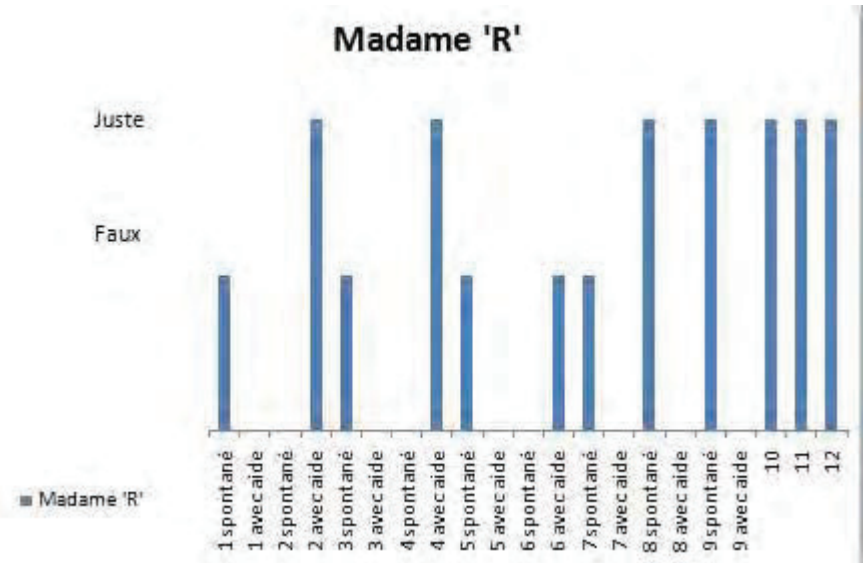
1. Combien de personnages avez-vu dans ce spectacle ? pour le spectacle ?, euh... je sais pas. Peut-être 6.
   Vous diriez plutôt : 30 ? 7 ? 3 ?
2. Qui est la présentatrice du spectacle ? Mariona. C'est une italienne.
   Vous diriez : Paola ? Natacha ? Lola ?
3. Qui a des couettes ? Qui a des couettes ? Pas moi (RIRE), euh...
   Vous diriez que c'est : Nathalie ? Juliette ? Nathalie je crois.
4. Qu'y avait-il dans le sac de Corinne ? Ah je suis pas curieuse alors j'ai pas regardé. Euh... qu'est-ce qu'elle peut avoir ? Un porte-monnaie ?
   Vous diriez : son billet d'avion ? Son maquillage ? Oui, non je dirai son maquillage.
5. De quoi a-t-elle aussi besoin pour prendre l'avion en plus de son billet d'avion ? En plus de son billet d'avion...
   Vous diriez : sa montre ? Sa carte d'identité ? Sa carte d'identité.
6. Qui a coupé la lanière du sac ? Ah, ça aussi.
   Vous diriez Juliette ? Boris ? Je dirais Boris.
7. Qui doit recoudre la lanière du sac ? Ah, oh. Peut-être, euh ... comment vous l'appelez déjà ?
   Vous diriez : Joséphine ? Juliette ? c'est, euh ... ben Joséphine allez !
8. Quel animal entend-on dans la pièce ? Un chat.
   Vous diriez : un chien ? Un chat ? Un oiseau ?
9. Quel est le personnage qui chante dans la pièce ? Le personnage ? Il faut donner un prénom encore ? Une fille ou un garçon ? Je vais dire caroline alors.
   Vous diriez : Natacha ? Boris ? Corinne ?
10. Quel personnage vous a vraiment plu ? Hum... Bonne question ! Qu'est-ce que je vais pouvoir bien dire là ? Qu'est ce que j'ai vu ... ? Ben ... Le ... Comment on appelle ? ... Les marionnettes.
11. Vous croyez que Corinne va avoir des bébés et se marier ? Oui.
12. Et après, que se passera-t-il dans cette famille ? Ben c'est déjà pas mal d'avoir des enfants et je trouve que c'est formidable. On peut pas vivre sans. Ce sera... fille et garçon tiens !

Annexe XIII : Diagrammes des réponses à l'interview

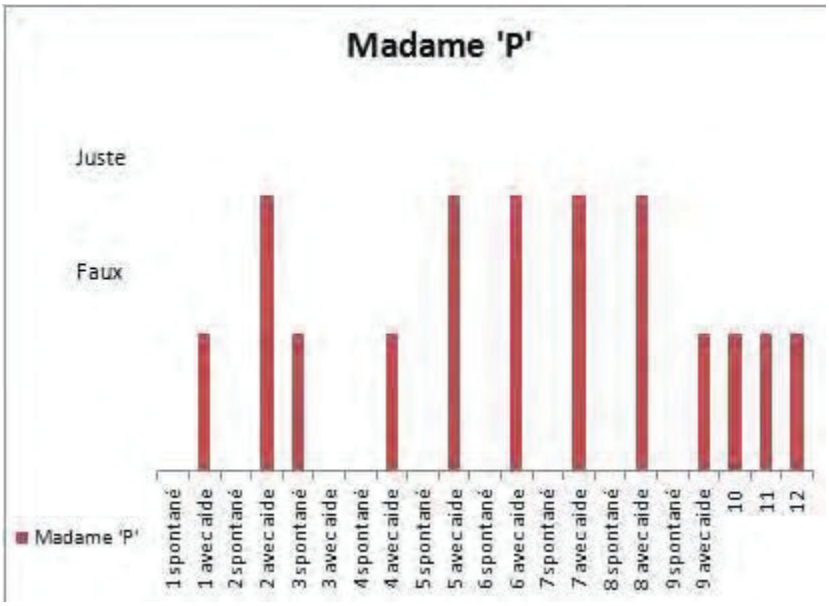
1. Diagramme récapitulatif



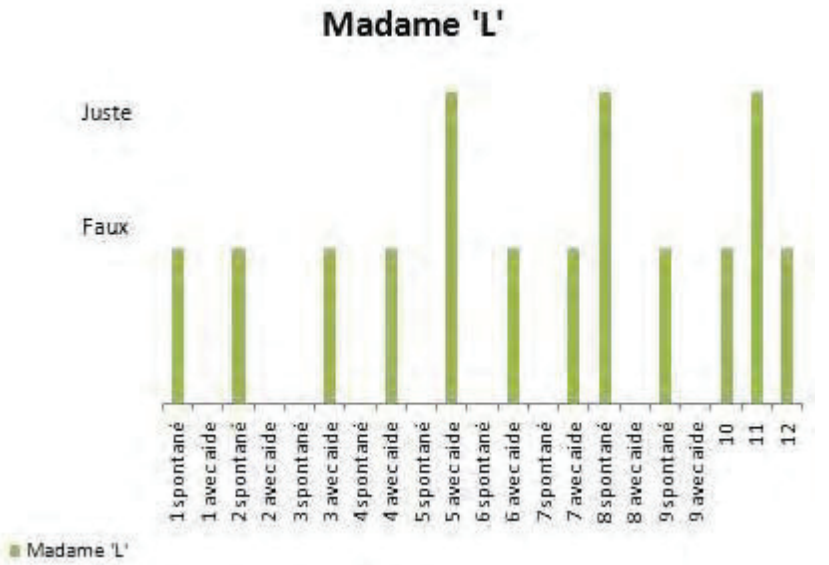
2. Diagramme réponses de Mme R.



3. Diagramme réponses de Mme P.



4. Diagramme réponses de Mme L.



Annexe XIV : Enquête auprès des Accueils de jour

1. Questionnaire destiné au coordinateur

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES

-ENQUETE AUPRES DES ACCUEILS DE JOUR-

QUESTIONNAIRE DESTINE AU COORDINATEUR DE L'ACCUEIL DE JOUR

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie je réalise une enquête visant à dresser un état des lieux de la prise en charge non médicamenteuse et plus particulièrement de l'utilisation des marionnettes auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées au sein des différents accueils de jour de France.

Afin de faciliter l'analyse des données, merci de bien vouloir indiquer les champs suivants, les informations contenues dans ce questionnaire resteront bien entendu anonymes.

Le nom de l'accueil de jour où vous exercez : .....

Votre profession : .....

Je vous remercie par avance.

Ce questionnaire peut être renseigné de manière numérique grâce à « Acrobat Writer » ou au logiciel « NitroPDFreader » téléchargeable gratuitement à l'adresse : http://www.nitroreader.com/fr/

Organisation de l'accueil de jour

- **Quel est le déroulement type d'une journée à l'accueil de jour ?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Quelles sont les activités proposées ?**

□ stimulations cognitives □ activités ludiques □ activités sociales
□ activités physiques □ loisirs □sorties
□autre(s) :.....
.....
.....

Par qui ?

□ orthophoniste □ psychologue □ psychomotricienne □ ergothérapeute □ AMP
□autre(s) :.....
.....
.....

Objectif principal de ces activités

.....
.....
.....

- **Comment s'effectue le choix d'établir un groupe ?**

En fonction
□ des capacités du résident □ de ses activités antérieures
□ de ses habitudes de vie □ du jour de son inscription
□ de ses troubles □ de son autonomie
□ autre(s) :.....
.....
.....

de faire un travail individuel ?

En fonction
□ des capacités du résident □ de ses activités antérieures
□ de ses habitudes de vie □ du jour de son inscription
□ de ses troubles □ de son autonomie
□ autre(s) : .....
.....
.....

- **Les patients participant aux activités de groupe ont-ils également des activités individuelles ?**

□ Oui □ Non

- **Au-delà de la pathologie Alzheimer y a-t-il des personnes atteintes d'autres pathologies ?**

□ Oui □ Non

Si oui, lesquelles : (Si vous cochez une pathologie, mettre à côté de chacune un « M » si un atelier Marionnettes a été proposé à ces patients au moins une fois).

□ démence vasculaire □ maladie à corps de Lewy □ maladie de Parkinson
□ maladie de Pick
□ autre(s) :.....

- **Quel type de patients le travail de groupe concerne-t-il ?**

Maladies

□ démence vasculaire □ maladie à corps de Lewy □ maladie de Parkinson
□ maladie de Pick □ maladie d'Alzheimer
□ autre(s) :.....

Stade(s)

.....
.....

Autre(s) critère(s)

.....
.....

Les groupes sont-ils homogènes sur le plan :

Cognitif	□ Oui	□ Non
Psychologique	□ Oui	□ Non
Psychomoteur	□ Oui	□ Non
De l'âge	□ Oui	□ Non
Du sexe	□ Oui	□ Non

Autre(s) :.....
.....
.....

Objectif principal
de l'homogénéité

.....
.....

de l'hétérogénéité

.....
.....

- **Quelle est la durée**
d'une séance ?

.....

d'un atelier sur l'année (nombre de mois de manière générale) **?**

.....

- **Comment se déroule une séance ?**
  □ rituels d'arrivée □ rituels de départ, □ rappel de l'atelier, son objectif
  □ rappel des repères temporo-spatiaux : date du jour, année, heure, durée de la séance, ce qui vient d'être fait, ce qui sera fait après, etc.
  □ autre(s) : .....
  .....
  .....

Vous pouvez adresser vos réponses, avant le 10 janvier 2012,
- soit sous format papier à l'attention de :

- soit au format numérique à : emmanuellemedaille@gmail.com
- Vous pouvez encore scanner vos réponses manuscrites et me les retourner à cette même adresse.

Je vous rappelle que les réponses seront traitées de façon anonyme.

Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps à renseigner ce questionnaire, et vous assure de ma considération.

Melle Emmanuelle MEDAILLE

2. Questionnaire destiné aux membres de l'équipe

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES

-ENQUETE AUPRES DES ACCUEILS DE JOUR-

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEMBRES DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie je réalise une enquête visant à dresser un état des lieux de la prise en charge non médicamenteuse et plus particulièrement de l'utilisation des marionnettes auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées au sein des différents accueils de jour de France.

Afin de faciliter l'analyse des données, merci de bien vouloir indiquer les champs suivants, les informations contenues dans ce questionnaire resteront bien entendu anonymes.

Le nom de l'accueil de jour où vous exercez : .....

Votre profession : .....

Je vous remercie par avance.

Ce questionnaire peut être renseigné de manière numérique grâce à « Acrobat Writer » ou au logiciel « NitroPDFreader » téléchargeable gratuitement à l'adresse : http://www.nitroreader.com/fr/

Art-thérapie

Aujourd'hui l'art-thérapie, qui utilise des techniques de médiation artistique telles que la peinture, le collage, l'argile, les contes, l'écriture, le théâtre, les marionnettes…, se démocratise, notamment dans le cadre de la prise en charge non médicamenteuse de patients Alzheimer,

- **Pratiquez-vous ce type d'activités ?** □ Oui □ Non
  Si oui, lesquelles ? .....
  .....
  .....

- **Plus particulièrement, la marionnette est-elle un support utilisé :**
  □ **Occasionnellement, au cours de certaines séances**
  Si oui, lesquelles et pourquoi ? .....
  .....
  .....

□ **Si non, pensez-vous que ce serait une activité intéressante ?** □ Oui □ Non
Pourquoi ? .....
.....
.....

□ **Plus régulièrement, dans le cadre d'un atelier marionnette ?**
Si oui, quels en sont
les critères d'inclusion ?
.....
.....
les contre-indications ?
.....
.....

- **Par qui l'atelier est-il animé ?**
□ orthophoniste □ ergothérapeute □ AMP □ psychomotricienne □ psychologue
□ autre(s) : .....
.....
- **Quels en sont les objectifs ?**
.....
.....
- **A quel(s) stade(s) de la maladie est-il proposé ?**
.....
.....
- **Est-ce une activité**
□ individuelle □ de groupe
- **Le(s) groupe(s) est**
□ homogène □ hétérogène
Pourquoi ?
.....
.....
- **L'atelier consiste-t-il en la fabrication de la marionnette ?**
□ par le patient □ par le soignant
□ autre(s) : .....
.....
- **De quel type de marionnette s'agit-il ?**
□ à gaine □ marotte □ ombres chinoises
□ autre(s) : .....

- **Les marionnettes utilisées ont été**
  □ achetées toutes faites □ fabriquées pour chaque patient
  □ fabriquées pour chaque atelier

- **Y a-t-il un jeu final ?** □ Oui □ Non

- **Y a-t-il un décor ?** □ Oui □ Non

- **Qui fait le scénario ?**
  □ le(s) patient(s) □ le(s) soignant(s) □ patients et soignants

- **Est-il improvisé ?** □ Oui □ Non

- **Y a-t-il une sonorisation du spectacle ?** □ Oui □ Non

- **Y a-t-il plusieurs acteurs ?** □ Oui □ Non

- **La manipulation est faite par**
  □ le(s) patient(s) □ le(s) soignant(s) □ patients et soignants

- **Le scénario est « déclamé » par**
  □ le(s) patient(s) □ le(s) soignant(s) □ patients et soignants

- **Y a-t-il des spectateurs ?** □ Oui □ Non

- **Ce média est utilisé comme support d'un travail**
  □ cognitif □ de mémoire □ d'évocation □ praxique □ psychologique
  □ autre(s) :.....

Constat

- **Apport des marionnettes sur**
  □ la communication (appétence, respect des tours de parole…) □ la relation à l'autre
  □ les praxies □ les gnosies □ le schéma corporel
  □ le comportement (apathie, dépression, désinhibition…) □ la mémoire
  □ autre(s) :.....
  .....
  .....

- **Le fait que le patient choisisse et / ou fabrique sa marionnette l'amène t-il à l'utiliser plus souvent?** □ Oui □ Non
  Si oui, à quel(s) moment(s), dans quelle(s) situation(s) ?
  .....
  .....
  .....

- **Comment l'utilisation des marionnettes est-elle présentée aux patients ?**
  .....
  .....
  .....
  à leur famille ?
  .....
  .....
  .....

- **Comment cela semble t-il être vécu par les patients ?**
  .....
  .....
  .....
  par leur famille ?
  .....
  .....
  .....

Vous pouvez adresser vos réponses, avant le 10 janvier 2012,
- soit sous format papier à l'attention de :

- soit au format numérique à : emmanuellemedaille@gmail.com
- Vous pouvez encore scanner vos réponses manuscrites et me les retourner à cette même adresse.

Je vous rappelle que les réponses seront traitées de façon anonyme.

Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps à renseigner ce questionnaire, et vous assure de ma considération.

Melle Emmanuelle MEDAILLE

Emmanuelle MEDAILLE

APPORT D'UN ATELIER MARIONNETTES AUPRES DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES : Expérience au sein d'un Accueil de Jour

253 pages, 78 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – **UNS / Faculté de Médecine** - Nice 2012

RESUME

Longtemps considérée comme une simple distraction, la marionnette fait depuis quelques années l'objet de nombreuses expériences, notamment orthophoniques, auprès d'enfants, d'adultes ou encore de personnes âgées. Leurs résultats témoignent d'une valeur thérapeutique de la marionnette et notamment de son action bénéfique sur la communication. Parallèlement, le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ne cesse de croître et s'accompagnent inéluctablement de troubles importants à sévères de la communication.

Nous avons posé l'hypothèse qu'il était possible de limiter la détérioration et/ou faciliter les habiletés communicatives de ces personnes grâce à la marionnette.

Nous avons élaboré un protocole de recherche prévoyant notamment la fabrication de marionnettes par les résidents d'un Accueil de Jour, l'attribution d'une identité et la participation à un spectacle mettant en scène leurs personnages. Puis, nous avons souhaité évaluer la place qui est accordée à la marionnette dans le cadre des prises en charge non médicamenteuses dans les Accueils de Jour.

Après une année d'expérimentation, les résultats obtenus tendent à valider notre hypothèse : la marionnette facilite la communication et les relations interindividuelles. Elle favorise l'expression et l'estime de soi. Enfin, notre enquête révèle que si la marionnette, véritable objet de communication et socialisation, est encore peu employée en institution, elle se trouve être un médiateur de choix en qui la plupart voient d'importantes possibilités.

MOTS-CLES

Communication - Orthophonie - Thérapie - Expérimentation
Adulte - Marionnettes - Maladie d'Alzheimer - Atelier thérapeutique

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Arlette OSTA

CO-DIRECTEURS DE MEMOIRE

Martine PUCCINI-EMPORTES
Virginie COLOMBO