

## RÉSUMÉ :

*Les possibilités d'agir efficacement sur les troubles linguistiques des patients atteints de maladie d'Alzheimer sont faibles voire inexistantes. Par conséquent, une thérapie doit intervenir sur l'ensemble des facteurs qui influent sur la communication et pas seulement sur les capacités mêmes des malades. Elle doit en particulier intervenir sur les facteurs contextuels, environnementaux et sur le système au sein duquel évolue le patient, en particulier le micro-système familial pour qu'il adapte son propre comportement de communication aux troubles spécifiques du malade.*

*Après une évaluation pragmatique des capacités de communication, nous proposons une thérapie cognitivo-comportementale qui se veut surtout écosystémique et qui est orientée à la fois vers le malade et vers son entourage.*

## MOTS-CLÉS :

Démence de type Alzheimer - Thérapie écosystémique - Communication - Environnement.

# THERAPIE ECOSYSTEMIQUE DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

par Thierry Rousseau

Thierry ROUSSEAU  
Orthophoniste  
Docteur en psychologie  
BP 145

72303 Sablé sur Sarthe cedex  
Email : throusseau2@wanadoo.fr

## SUMMARY : *Ecosystemic therapy of communication troubles in Alzheimer disease*

*The possibilities to efficiently solve Alzheimer patients' linguistic troubles are weak or even non-existent. As a consequence, a therapy must intervene on the overall factors that influe on communication and not only on the patients capacities. Particularly, it must intervene on the contextual and environmental factors and on the system in which the patient moves ; in particular the family micro-system, so that it adapts its own communication behaviour to the patient's specific troubles.*

*After a pragmatic evaluation of the communication skills, we propose a "cognitivo-comportementale" therapy which is above all "eco-systemique" and referred to the patient and his environment.*

## KEY-WORDS :

Alzheimer disease - "Ecosystemic therapy" - Communication - Environment.

La démence de type Alzheimer entraîne l'installation précoce de troubles cognitifs, en particulier des troubles mnésiques, qui deviendront au fil du temps de plus en plus importants et invalidants. Elle entraîne aussi, et surtout, des troubles de la communication qui dépassent de loin le simple cadre du trouble de langage, entre autres parce qu'ils sont sous l'influence de multiples facteurs. En effet, ces troubles de la communication sont sous l'influence de l'atteinte organique et donc sous l'influence de la perturbation de l'activité cognitive qui sous-tend l'activité langagière, mais aussi comme nous l'avons montré\*, sous l'influence de facteurs contextuels tels le thème de discussion, la situation de communication et le type d'actes de langage utilisés par l'interlocuteur. Ces difficultés de communication sont également sous l'influence de facteurs personnels tels le lieu de vie, l'âge, le niveau socioculturel du patient mais aussi la façon dont le malade va ressentir, percevoir, vivre sa dégradation. A ce niveau, l'influence de l'entourage est capitale car selon son attitude le patient se sentira ou non reconnu comme individu communicant, ce qui inmanquablement déterminera sa volonté de communication et donc ses capacités, puisque nos recherches ont également montré que les patients qui communiquent le mieux sont aussi ceux qui communiquent le plus\*.

\*Rousseau, 1992

Une thérapie de type orthophonique devra tenir compte de tous ces facteurs influents. Par conséquent les approches classiques vont rapidement montrer leurs limites. En effet une approche calquée sur l'aphasiologie, basée essentiellement sur une approche sémiologique, traitant essentiellement les troubles linguistiques, en l'occurrence ici surtout le trouble lexico-sémantique, n'a jamais montré son efficacité. L'objectif de cette approche est soit la restauration de la composante perturbée, soit la réorganisation d'un système fonctionnel en contournant la composante déficitaire. On imagine bien que cette forme d'intervention n'est pas parfaitement adaptée à la DTA, les patients qui en sont atteints n'étant quasiment capables d'aucun apprentissage et cette approche restant trop attachée au comportement verbal sans tenir compte des troubles globaux qui touchent les patients.

\*Rousseau, 1995

Une approche de type cognitif prenant en charge les systèmes qui sous-tendent les différents troubles a montré une certaine efficacité : Van Der Linden\* pour les troubles mnésiques ou Teil et Marina\*, Dubois-Remund\*\* pour les troubles lexico-sémantiques, sans que l'on puisse dire, par contre, que le patient soit capable d'en tirer profit dans sa vie quotidienne.

\*1993

\*1992 \*\*1995

Les limites de ces deux approches tiennent essentiellement au fait qu'elles ne prennent pas en compte tous les facteurs influents, en particulier tous les facteurs environnementaux, ceux sur lesquels, pourtant, il est sans doute le plus efficace d'intervenir. En effet, dans le cas d'une atteinte dégénérative comme la DTA, les facteurs que nous pourrions appeler directs ou proximaux (atteinte neuropsychologique en particulier) sont très peu sensibles à une intervention thérapeutique non médicamenteuse telle qu'une intervention orthophonique. Par contre les facteurs indirects ou distaux que nous avons montré influents (en particulier les facteurs environnementaux) peuvent être réceptifs à une thérapie adéquate, c'est à dire à une thérapie de type écologique et systémique qui va prendre en charge le patient dans son milieu de vie et qui va prendre également en charge le système dans lequel évolue le patient.

## EVALUATION DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Cette thérapie écosystémique présuppose une évaluation qui aura pour objectifs essentiels de déterminer comment communique maintenant le patient atteint de DTA et quels sont les facteurs qui influent sur ses capacités de communication. C'est la raison pour laquelle nous avons mis au point une grille d'évaluation des capacités de communica-

tion des patients atteints de DTA\*.

L'objectif premier de cette grille est d'analyser de manière pragmatique et écologique les capacités de communication des patients atteints d'une DTA dans différentes situations de communication afin de savoir quels sont les actes de langage utilisés préférentiellement par le malade de manière adéquate et ceux qui le sont de manière inadéquate. Un autre objectif est de voir quels thèmes et quelles situations de discussion permettent au malade d'avoir des échanges corrects, quels types d'actes sont utilisés dans ces cas-là et, parallèlement, de connaître les thèmes et situations qui entraînent l'inadéquation du discours.

Dans l'état actuel des choses cette grille n'a pas d'objectif diagnostique.

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

- L'analyse qualitative comprend deux aspects :

1 - Classification des actes de langage :

La classification des actes de langage verbaux est inspirée de la taxonomie de Dore\*.

Les actes non-verbaux retenus sont ceux qui correspondent à la classification de Labourel\* mais il ne sera pas fait de distinction taxonomique.

2 - Détermination de l'adéquation du discours :

Pour que la communication puisse se dérouler et se poursuivre normalement, il faut que l'acte de langage produit soit adéquat et cette adéquation est déterminée par rapport :

-aux règles socio-linguistiques : il faut que le discours ait une certaine cohésion au niveau lexical et au niveau grammatical et il faut aussi que l'acte de langage produit par le patient apporte un certain feed-back à l'interlocuteur et/ou à la situation de communication.

-à l'échange d'informations : il faut que le discours présente au niveau de son organisation logico-sémantique une certaine cohérence, c'est à dire qu'il doit exister une unité au niveau de son thème et une logique du déroulement de ses séquences assurée par des transitions aisément compréhensibles. En référence à Charolles\* nous avons retenu quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression thématique, la relation et la non-contradiction.

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

- Pour l'analyse quantitative, nous avons retenu simplement la fréquence des actes de langage : un acte correspondant au maximum à un énoncé. Pour les actes non verbaux nous retenons également la fréquence.

En pratique, il s'agit de remplir une grille pour analyser une situation d'interlocution. Il convient de faire l'analyse de plusieurs situations de communication si l'on veut avoir une idée des capacités de communication du patient en faisant notamment varier les formes de discussion (entrevue dirigée, tâche d'échanges d'informations, discussion libre, ...), les thèmes (le passé, le présent, la famille, les événements personnels, sociaux,...) et les interlocuteurs (proches, soignants, ...). Ces situations de communication doivent être le plus proche possible d'une situation normale d'interlocution, cette évaluation se voulant avant tout écologique.

Pour remplir cette grille il faut cocher dans la case correspondante chaque acte produit en répondant donc à ces questions :

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

Cette analyse comporte un aspect subjectif, que nous allons jusqu'à revendiquer car il est inhérent à toute discussion, à tout échange, à partir du moment où il y a face à face

\*1977

\*1981

\*1978

un émetteur et un récepteur qui peuvent ne pas donner exactement les mêmes valeurs aux codes de l'outil de communication.

Il est nécessaire de chronométrer le temps de discussion afin de pouvoir réaliser des comparaisons en déterminant la fréquence par minute des différents actes. L'analyse pourra se faire sur un temps relativement court (3-5 minutes par situation).

L'analyse est impossible à faire en "direct", c'est à dire en même temps qu'à lieu l'échange, sauf avec une grande habitude et à condition, bien sûr, que celui qui mène la discussion ne soit pas le même que celui qui en fait l'analyse. L'idéal est un enregistrement vidéo-scopique qui permet tranquillement une analyse ultérieure, un enregistrement audio est aussi envisageable à condition que les actes non verbaux aient été notés par ailleurs.

## THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE

Cette grille permet donc une analyse écologique et pragmatique des capacités de communication des patients-Alzheimer. A partir du profil de la communication ainsi établi, une thérapie écosystémique peut être proposée\*.

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

La grille d'évaluation permet au thérapeute de savoir :

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

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

Pour se faire, elle ira dans deux directions :

- intervention auprès du patient par une approche de type cognitivo-comportementale. Au cours de séances individuelles on va utiliser des thèmes, des situations, des actes de langage qui vont permettre au patient d'utiliser les actes de langage qu'il peut encore émettre correctement. Par contre, on ne travaillera aucunement les actes que l'on sait être généralement émis de façon inadéquate, en partant du principe que, compte tenu de l'irréversibilité de la dégradation, ce qui est perdu aujourd'hui l'est définitivement. Par contre ce qui fonctionne encore au jour J, risque de moins bien fonctionner à J + X mais c'est à ce niveau qu'il faut placer l'effort thérapeutique pour que la dégradation soit la plus lente possible. Parfois, cependant, il sera possible d'essayer d'obtenir des actes limites qui appartiennent encore à la compétence du sujet même s'ils semblent avoir disparu de sa performance.
- intervention au niveau de l'entourage, familial et/ou professionnel du sujet. C'est sans aucun doute à ce niveau que se place principalement la thérapie. Les possibilités d'adaptation du patient étant quasiment inexistantes, c'est à l'entourage que l'on va demander de faire l'effort de s'adapter aux modifications des capacités de communication du malade. On lui demandera de modifier son propre comportement de communication pour qu'il s'adapte à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne. D'où les qualificatifs de comportementale et écologique que

\*Rousseau 1998 b et c

l'on a employés pour cette intervention. Pour se faire, il convient de livrer à l'entourage toutes les informations recueillies grâce à la grille. Il ne s'agit bien sûr pas de tout livrer en bloc mais progressivement et en montrant, au cours des séances, comment modifier son propre comportement de communication pour pallier tel ou tel trouble spécifique. Par exemple, si la grille nous indique que le discours du patient est beaucoup plus adéquat lorsqu'on lui pose des questions fermées plutôt que des questions ouvertes, on l'expliquera à l'entourage et on lui montrera comment remplacer dans son propre discours les questions ouvertes par des questions fermées. La démonstration avec le malade et en présence d'un membre de l'entourage est indispensable. Les moyens utilisés sont donc les explications, les démonstrations accompagnées d'un support écrit.

Il peut donc s'agir d'un membre, voire plusieurs, de l'entourage familial ou d'un membre de l'entourage professionnel si le patient est institutionnalisé (aide-soignante, infirmière,...). Dans ces cas, il sera généralement souhaitable, de prévoir une information pour l'ensemble des membres du personnel et de travailler plus spécifiquement avec une personne-ressource.

Nous avons édité une plaquette\* à destination de l'entourage qui donne quelques conseils de base et qui surtout propose une adaptation du discours en fonction des différents troubles que l'on peut rencontrer lors d'une discussion avec un malade-Alzheimer.

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

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

## EVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE ÉCOSYSTÉMIQUE

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

Dans ces conditions, remplit-elle son objectif ?

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

\*Rousseau, 1999 a

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

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

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

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

- une détérioration cognitive nette puisque la BEC est passée à 28/96 (atteinte profonde)
- une amélioration globale des capacités de communication avec en particulier :
- une augmentation du nombre total d'actes émis avec parallèlement une augmentation nette du nombre d'actes adéquats et une diminution relativement faible du nombre d'actes inadéquats,
- des variations hétérogènes des différents actes de langage (ceux ayant été les plus sollicités en séances demeurent les plus efficaces),
- une variabilité de l'amélioration des capacités de communication selon les situations de communication (ce sont surtout les situations au cours desquelles la patiente peut être dirigée ou lorsqu'elle peut s'exprimer librement sur des thèmes de son choix que l'amélioration est sensible. Par contre, lors d'une situation au cours de laquelle elle doit construire seule son discours, sur un thème neutre, la dégradation est plus importante.),
- une modification de la cause de l'inadéquation après thérapie (l'absence de cohésion, en particulier l'absence de cohésion lexicale, devient plus fréquente alors que l'absence de cohérence devient moins prévalente).

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

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

La comparaison des différents actes de langage, avant et après thérapie, montre que les actes qui ont été les plus " activés ", à la fois en séance avec le thérapeute et dans la vie de tous les jours avec l'entourage, sont ceux qui restent les plus efficaces. C'est le cas, en particulier, des actes de réponses qui étaient les actes adéquats les plus nombreux avant thérapie, qui ont donc été stimulés et pour lesquels on a demandé à l'entourage de modifier quelque peu son comportement de communication en faisant en sorte de poser un maximum de questions pour que le malade puisse émettre des réponses adéquates. Ceci est vrai pour Madame E., cela l'est de manière générale pour les patients Alzheimer\*,

\* Rousseau, 2000

\*1975 \*\*1989

\*1995

\*1978

qui peuvent s'appuyer sur la structure grammaticale et surtout lexicale de la question de l'interlocuteur pour donner une réponse adéquate. Ainsi, pour Madame E. le nombre global de réponses a augmenté et surtout les réponses adéquates. Le nombre de réponses inadéquates a aussi augmenté mais en pourcentage nettement moindre et le bénéfice reste nettement positif.

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

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

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

De même, la diminution de l'absence de continuité thématique dans le cadre de l'absence de cohérence montre l'efficacité du soutien qui peut être apporté au patient pour ce genre de difficultés grâce à la thérapie.

Alors que, au cours de la première rencontre avec sa famille, l'institutionnalisation de Madame E. était envisagée, au bout d'une année de thérapie elle vit toujours chez elle. L'agressivité a diminué, les relations avec l'entourage sont bien meilleures. L'entourage, en particulier familial, vit mieux les choses et ne rejette plus la malade comme la demande pressante de placement au départ la laissait deviner.

Il est évident que, la dégradation neurologique et cognitive se poursuivant, les choses vont bouger mais un gain de qualité de vie a manifestement été obtenu même s'il n'est certainement pas durable.

## CONCLUSION

Même si elle n'a été réalisée que sur un cas unique, cette étude confirme la nécessité, pour le thérapeute, de prendre en charge tout l'aspect "situationnel" des troubles de la communication dans la DTA.

Les bénéfices obtenus sont manifestes tant pour le malade, que pour son entourage et pour la société (bénéfice économique lié au retardement de l'institutionnalisation).

L'évaluation de l'efficacité de cette thérapie à grande échelle, pour permettre une analyse statistique semble souhaitable et elle est en cours avec la participation de plusieurs équipes d'orthophonistes.

L'approche écosystémique montre ici son efficacité avec une pathologie dégénérative. Nous pensons que cette approche pourrait également montrer son grand intérêt dans la plupart des pathologies prises en charge en orthophonie.

## BIBLIOGRAPHIE

- CHAROLLES M. (1978). Introduction aux problèmes de cohérence des textes. *Langue Française*, 38, 7-41.
- DORE J. (1977). " Oh them sheriff " : a pragmatic analysis of children's responses to questions. In S. Ervin-Tripp & C. Mitchell (Eds) : *child discourse*. New-York : Academic-press.
- DUBOIS-REMUND C. (1995). La prise en charge des troubles du langage et de la communication : étude de cas. In F. Eustache et A. Agniel (Eds) : *Neuropsychologie des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : Editions Solal.
- FOLSTEIN M.F. et coll (1975). " Mini Mental State " , a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J. Psychiat. Res.*, 12, 189-198.
- GRECO (1995). *ADAS partie cognitive*. Isbergues : L'Ortho-Edition.
- LABOUREL D. (1981). Communication verbale et non verbale. In X. Séron et C. Laterre (Eds) : *Rééduquer le cerveau*. Bruxelles : Mardaga.
- ROUSSEAU T. (2000). Evaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication chez une patiente atteinte de démence de type Alzheimer. *Le courrier de l'évaluation en santé*, 18, 22-27.
- ROUSSEAU T. (1999a). L'identité du patient atteint de maladie d'Alzheimer. *Education Permanente : " les âges de la vie "* , 138, 169-173.
- ROUSSEAU T. (1999b). *Communiquer avec un malade Alzheimer. Guide pratique*. Rueil-Malmaison : Novartis Pharma.
- ROUSSEAU T. (1998a). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer*. Isbergues : Ortho-édition.
- ROUSSEAU T. (1998b). Prise en charge cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la D.T.A.. In M.C. Gély-Nargeot, K. Ritchie, J. Touchon (Eds) : *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Marseille : Solal, 567-572.
- ROUSSEAU T. (1998c). Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 20, 88-90.
- ROUSSEAU T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Isbergues : Ortho-édition, 135 pp.
- ROUSSEAU T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer*. Thèse de doctorat en psychologie de l'Université de Caen, 406 pp.
- SIGNORET J.L. et col. (1989). *Evaluation des troubles de mémoire et désordres cognitifs associés : BEC 96*. Paris : IPSEN.
- TEIL S., MARINA I. (1992). La désintégration lexico-sémantique dans les démences de type Alzheimer: intérêt d'une prise en charge orthophonique spécifique : à propos de 4 observations. *Glossa*, 28, 44-46.
- VAN DER LINDEN M. (1993). Prise en charge neuropsychologique dans la maladie d'Alzheimer : une perspective cognitive. In *Entretiens d'orthophonie 1993 (77-82)*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- WILCOX J., DAVIS G. (1978). *Promoting Aphasia Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco : S.L.H.A.