

ANNEXES

DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Juliette THUILLIER

**La « Récupération Espacée »
dans la prise en charge orthophonique
de la Maladie d'Alzheimer en France :
Etude statistique de sa connaissance et
application clinique en vue de créer
un livret d'information**

Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques du NINCDS-ADRDA

Diagnostic clinique de la Maladie d'Alzheimer probable	Critères	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documenté par le Mini-Mental State Examination, le Blessed Dementia Scale ou tout autre test équivalent et confirmé par des preuves neuropsychologiques - Déficit d'au moins deux fonctions cognitives - Altérations progressives de la mémoire et des autres fonctions cognitives - Absence de trouble de conscience - Survenue entre 40 et 90 ans, le plus souvent au-delà de 65 ans - Absence de désordres systémiques ou d'une autre maladie cérébrale pouvant rendre compte par eux-mêmes, des déficits mnésiques et cognitifs progressifs
	Critères renforceurs du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - La détérioration progressive des fonctions telles que le langage (aphasie), les habilités motrices (apraxie) et perceptives (agnosie) - La perturbation des activités de la vie quotidienne et la présence de troubles du comportement - Une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement - Le résultat aux examens standards suivants : <ul style="list-style-type: none"> • normalité du liquide céphalo-rachidien • EEG normal ou siège de perturbations non spécifiques comme la présence d'ondes lentes • présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive
	Autres caractéristiques cliniques compatibles	<ul style="list-style-type: none"> - Période de plateaux au cours de l'évolution - Présence de symptômes tels que dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, réactions de catastrophe, désordres sexuels et perte de poids. Des anomalies neurologiques sont possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies ou des troubles de la marche. - Crises comitiales aux stades tardifs - Scanner cérébral normal pour l'âge
	Signes rendant le diagnostic incertain ou improbable	<ul style="list-style-type: none"> - Début brutal - Déficit neurologique focal tel que : hémiparésie, hypoesthésie, déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce - Crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie

<p>Diagnostic clinique de la Maladie d'Alzheimer possible</p>	<ul style="list-style-type: none">- Peut être porté sur la base du syndrome démentiel, en l'absence d'autre désordre neurologique, psychiatrique ou systémique susceptible de causer une démence, en présence de variante dans la survenue, la présentation ou le cours de la maladie ;- Peut être porté en présence d'une seconde maladie systémique ou cérébrale susceptible de produire un syndrome démentiel mais qui n'est pas considérée comme la cause de cette démence ;- Et pourrait être utilisé en recherche clinique quand un déficit cognitif sévère progressif est identifié en l'absence d'autre cause identifiable.
<p>Diagnostic de Maladie d'Alzheimer certaine</p>	<ul style="list-style-type: none">- Critères cliniques de la maladie d'Alzheimer probable ;- Preuve histologique apportée par la biopsie ou l'autopsie.

Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-IV

A. **Apparition de déficits cognitifs multiples**, comme en témoignent à la fois :

1. **une altération de la mémoire** (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

2. **une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes** :

a. **aphasie** (perturbation du langage)

b. **apraxie** (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

c. **agnosie** (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

d. **perturbation des fonctions exécutives** (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une **altération significative du fonctionnement social ou professionnel** et représentent un **déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur**.

C. L'évolution est caractérisée par un **début progressif et un déclin cognitif continu**.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 **ne sont pas dus** :

1. **à d'autres affections du système nerveux central** qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;

2. **à des affections générales** pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;

3. **à des affections induites par une substance**.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un **syndrome confusionnel**.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

- **Sans perturbation du comportement** : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

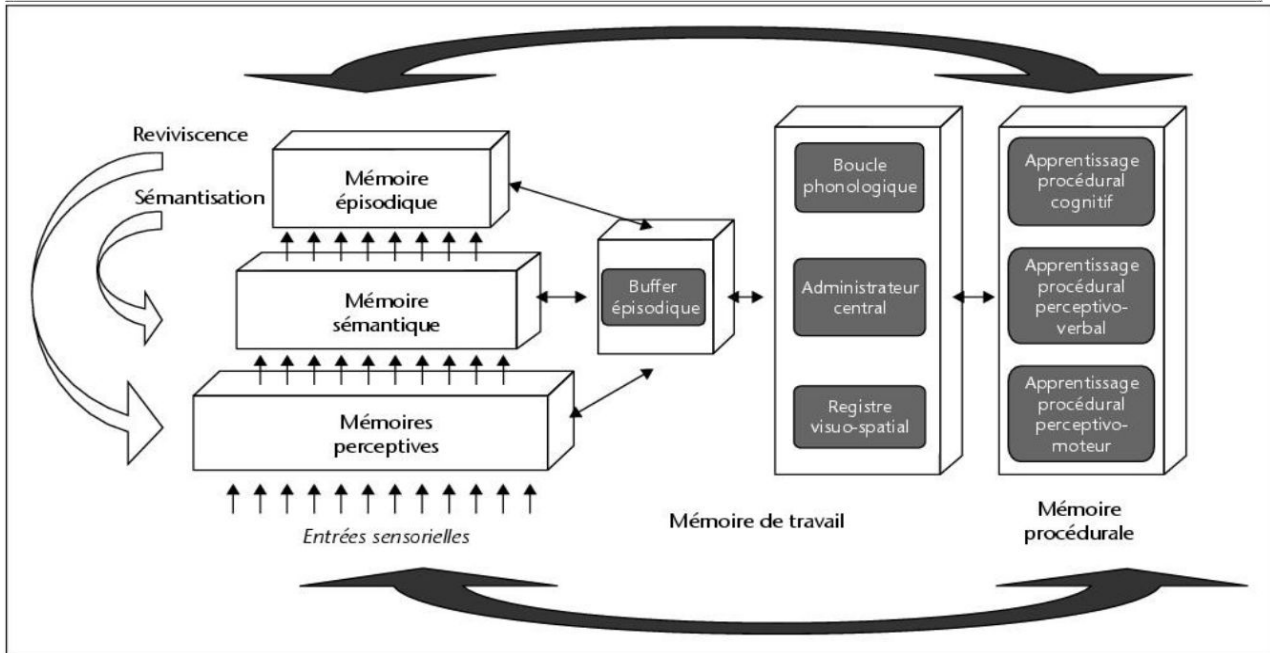
- **Avec perturbation du comportement** : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

Annexe 3 : Modélisation de la mémoire : Modèle MNESIS



Modèle Mnesis : Issu de Eustache et Desgranges, 2003

Annexe 4 : Présentation du questionnaire

La "Récupération Espacée" : Connaissance et utilisation dans la prise en charge orthophonique des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer

Ce questionnaire entre dans le cadre d'un Mémoire d'Orthophonie concernant "L'utilisation de la Récupération Espacée dans la prise en charge orthophonique de la Maladie d'Alzheimer", qui sera soutenu en Juin 2016 par Juliette Thuillier, étudiante en 4ème année au Département d'Orthophonie de Lille.

La « Récupération Espacée » consiste à présenter une information au patient et demander son rappel à des intervalles de temps de plus en plus importants.
Le mémoire est encadré par Madame Isabelle Godfrain, orthophoniste.

L'objectif de ce questionnaire est de dresser un état des lieux sur la connaissance et l'utilisation de la technique dans la prise en charge orthophonique.

--> Même si vous n'utilisez pas la technique dans votre pratique professionnelle, ou si vous ne la connaissez pas, merci de compléter le formulaire.

Si vous souhaitez recevoir un document (sous format pdf) décrivant la méthode, son cadre théorique et les différentes applications orthophoniques, un encadré à la fin du questionnaire vous permettra de déposer votre adresse mail. Celle-ci ne sera utilisée que dans le but de diffuser le document, après la soutenance du Mémoire.

Merci de répondre avant le 29/01/2016

NB: Les données recueillies dans le questionnaire sont totalement anonymisées.

En vous remerciant par avance pour votre participation.

Juliette Thuillier

juliette.thuillier@etu.univ-lille2.fr

**Obligatoire*

1) Votre Nom, ou numéro de téléphone

Facultatif. Cette donnée ne sera pas traitée ni diffusée. Elle permet de répertorier les orthophonistes qui ont répondu à ce questionnaire parmi la liste tirée au sort.

2) Dans quel département exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

(Choix parmi une liste déroulante comprenant les départements de France)

3) Quel est votre lieu de formation ? *

Une seule réponse possible.

(Choix parmi une liste déroulante comprenant les différents centres de formation français, les études de logopédie en Belgique et en Suisse.)

4) Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? *

5) Quel est votre mode d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Libéral uniquement
- Libéral et conventionné avec une / des structure(s) (EHPAD, hôpital, foyer logement, résidence, soins longues durées, établissements publics de santé mentale...)
- Mixte (salarié et libéral)

6) Dans quel(s) grand(s) domaine(s) de l'orthophonie avez -vous déjà effectué au moins une prise en charge ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Langage oral
- Langage écrit
- Cognition mathématique
- Neurologie, aphasie
- Voix
- Articulation et déglutition
- Maladies neurodégénératives
- Polyhandicap
- Trouble sensoriel (surdité, c civit ...)
- Trouble envahissant du développement
- Maladie génétique
- Autre : _____

7) Y-a-t 'il des domaines pour lesquels vous avez arrêté les prises en charge ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8) Si oui, lesquels et pourquoi ?

9) Quelle part représentent approximativement les maladies neurodégénératives au sein de votre patientèle (en pourcentage) ? *

Une seule réponse possible.

(Choix sur une échelle de pourcentages)



10) Quelle(s) maladie(s) neurodégénérative(s) avez-vous déjà pris en charge ?*

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Maladie d'Alzheimer
- Démence   Corps de Lewy

- Démence lobaire fronto-temporale
- Démence vasculaire
- Démence post-AVC
- Syndrome de Korsakoff
- Chorée de Huntington
- Dégénérescence cortico-basale
- Démence parkinsonienne
- Paralyse supranucléaire progressive
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
- Autre :

11) Si vous ne prenez pas en charge de patients atteints de maladies neurodégénératives c'est parce que ...

Plusieurs réponses sont possibles

- Vous n'avez pas de demande pour ce type de pathologie
- Vous ne vous estimez pas assez formé(e) pour ce type de prise en charge
- Vous avez orienté votre exercice vers d'autres domaines de l'orthophonie
- Vous pensez que l'orthophonie ne peut apporter de réponses spécifiques aux besoins de ces patients
- Ce sont des prises en charge trop longues
- Ce sont des prises en charge lourdes entraînant des questions sur l'arrêt des soins et la fin de vie
- Autre :

12) Quels types d'activités ou d'objectifs de prises en charge avez-vous déjà mis en place avec les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer ?

Plusieurs réponses possibles.

- Prévention, information et guidance auprès de la famille
- Exercices visant à diminuer les troubles de la déglutition
- Exercices visant à maintenir l'accès au lexique
- Exercices visant à maintenir le langage écrit
- Exercices visant à maintenir les capacités mnésiques
- Exercices visant à maintenir les capacités exécutives, attentionnelles
- Prise en charge éco-systémique
- Techniques de réminiscence
- Mise en place d'aides externes (agenda, livre de rendez-vous, cahier généalogique, livre de recettes, calendrier...)
- Contacts inter-générationnels
- Groupes de parole
- Activités artistiques
- Autre :

13) Utilisez –vous des techniques particulières de réhabilitation cognitive dans la prise en charge des troubles de la mémoire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

14) Si oui, laquelle (ou lesquelles) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Apprentissage sans erreur
- Apprentissage par estompage
- Récupération espacée

15) Connaissez- vous la technique de "Récupération espacée" ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

La suite du questionnaire ne concernera que les orthophonistes qui connaissent la méthode.

Renseignements sur la connaissance de la technique

16) Comment l'avez-vous connue ? *

Une seule réponse possible.

- Etudes d'orthophonie
- Formation continue
- Lecture et recherches personnelles

17) Pour quel(s) type(s) d'activité(s) connaissez-vous cette technique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Association visage-nom
- Incitation à l'utilisation d'une aide externe
- Apprentissage de noms d'objets
- Apprentissage d'un itinéraire
- Localisation d'objets
- Apprentissage d'un numéro de chambre en institution
- Apprentissage de comportements
- Autre :

18) Avez- vous déjà utilisé la méthode ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19) Si non, pourquoi ?

La suite du questionnaire ne concernera que les orthophonistes qui ont déjà utilisé la méthode.

Renseignements sur l'utilisation de la technique

20) Avec quel(s) type(s) de pathologie(s) l'avez-vous déjà utilisée ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Alzheimer
- Démence autre que la maladie d'Alzheimer
- Traumatisme crânien
- Autre :

21) L'utilisez - vous systématiquement pour ce type de pathologie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22) Si non: Pourquoi ?

23) Quelles capacités préservées vous semblent les plus importantes pour mettre en place cette méthode ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Capacités mnésiques résiduelles
- Capacités attentionnelles
- Capacités exécutives
- Capacités de compréhension minimum
- Capacités à produire des réponses verbales adaptées
- Capacités à produire des réponses motrices adaptées
- Motivation
- Autre :

24) Quel (s) type (s) d'information-cible avez-vous déjà utilisé(s) avec vos patients ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Association visage-nom
- Incitation à l'utilisation d'une aide externe
- Apprentissage de noms d'objets
- Apprentissage d'un itinéraire
- Localisation d'objets
- Apprentissage d'un numéro de chambre en institution
- Apprentissage de comportements
- Autre : _____

25) De combien de jours, en moyenne, sont espacées les sessions successives (pour l'apprentissage d'une information) ? *

Une seule réponse possible.

- 1 à 2 (prise en charge du patient 3 fois par semaine ou plus)
- 2 à 4 (prise en charge du patient 2 fois par semaine)
- 7 jours (prise en charge hebdomadaire)

26) De combien de secondes augmentez-vous l'intervalle entre chaque rappel ?

27) Quand considérez-vous que l'information est apprise ?

28) Comment noteriez-vous, en moyenne, les résultats obtenus avec vos patients ? *

Une seule réponse possible.

Echelle de Likert

	1	2	3	4	5	
Technique Inefficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très bons résultats

29) Quelles difficultés avez-vous déjà rencontrées ?


30) Quels commentaires pourriez-vous ajouter autour de votre expérience concernant la « Récupération Espacée » ?


(à la fin du questionnaire ou si réponse « Non » aux questions 15 et 18





Fin du questionnaire
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Si vous souhaitez recevoir un document (sous format pdf) décrivant la méthode, son cadre théorique et ses différentes applications orthophoniques, vous pouvez déposer votre adresse mail ci-dessous. Merci de cliquer sur "envoyer" afin de valider votre réponse au questionnaire.

Annexe 5 : Densité régionale des orthophonistes, Source : DREES

DENSITE REGIONALE DES ORTHOPHONISTES par zone d'activité principale et mode d'exercice global 

DONNEES  - Densité des orthophonistes pour 100 000 habitants | ANNEE - 2015

 <u>MODE D'EXERCICE</u> 	Libéraux ou mixtes
 <u>ZONE ACTIVITE</u> 	↑↓
France métropolitaine	28,8
Alsace	24,6
Aquitaine	29,1
Auvergne	17,1
Basse-Normandie	19,2
Bourgogne	18,7
Bretagne	28,5
Centre	21,6
Champagne-Ardenne	17,7
Corse	22,3
Franche-Comté	18,0
Haute-Normandie	19,0
Île-de-France	29,4
Languedoc-Roussillon	39,2
Limousin	11,7
Lorraine	25,8
Midi-Pyrénées	32,2
Nord-Pas-de-Calais	37,6
Pays de la Loire	28,1
Picardie	17,7
Poitou-Charentes	17,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39,7
Rhône-Alpes	36,2

Annexe 6 : Nombre d'orthophonistes à contacter par région

Mode d'exercice	Libéraux ou mixte	Nombre d'orthophonistes à contacter <i>(suivant le calcul de proportionnalité, résultat arrondi à l'unité)</i>
Zone d'activité		
Alsace	24,6	5
Aquitaine	29,1	5
Auvergne	17,1	3
Basse-Normandie	19,2	4
Bourgogne	18,7	3
Bretagne	28,5	5
Centre	21,6	4
Champagne-Ardenne	17,7	3
Corse	22,3	4
Franche-Comté	18,0	3
Haute-Normandie	19,0	3
Ile-de-France	29,4	6
Languedoc-Roussillon	39,2	7
Limousin	11,7	2
Lorraine	25,8	5
Midi-Pyrénées	32,2	6
Nord-Pas-de-Calais	37,6	7
Pays de la Loire	28,1	5
Picardie	17,7	3
Poitou-Charentes	17,1	3
Provence-Alpes-Côte-D'azur	39,7	7
Rhône-Alpes	36,2	7
TOTAL des densités par région	550,5	100
Moyenne des densités par région = Densité des orthophonistes en France	28.8	

Annexe 7 : Présentation des orthophonistes

	Sexe	Département d'exercice	Région d'exercice	Lieu de formation	Année d'obtention du diplôme	Mode d'exercice
4	F	67	Alsace	Tours	1998	Libéral uniquement
3	M	67		Strasbourg	2005	Mixte
1	F	67		Nancy	2007	Libéral uniquement
2	F	67		Strasbourg	2007	Libéral uniquement
5	F	68		Lyon	2005	Libéral uniquement
8	F	33	Aquitaine	Bordeaux	1986	Libéral uniquement
6	F	33		Tours	1993	Libéral uniquement
9	F	33		Bordeaux	2001	Libéral uniquement
7	F	33		Bordeaux	2004	Libéral uniquement
10	F	40		Autres	1992	Libéral uniquement
11	F	15	Auvergne	Toulouse	1973	Libéral uniquement
12	F	43		Lyon	1989	Libéral uniquement
13	M	63		Tours	2001	Libéral uniquement
16	F	14	Basse-normandie	Belgique	2003	Libéral uniquement
14	F	14		Tours	2004	Libéral et conventionné avec une structure
15	M	14		Caen	2015	Libéral uniquement
17	F	50		Belgique	2005	Libéral et conventionné avec une structure
18	F	21	Bourgogne	Paris	2000	Libéral uniquement
19	F	71		Lyon	2011	Libéral uniquement
20	F	71		Lyon	2011	Libéral uniquement
23	F	29	Bretagne	Lille	1991	Mixte
21	F	29		Lille	2004	Libéral uniquement
22	F	29		Belgique	2005	Libéral uniquement
24	F	35		Lyon	1999	Libéral uniquement
25	F	35		Belgique	2013	Libéral uniquement
26	F	28	Centre	Belgique	2002	Libéral uniquement
27	F	36		Tours	1988	Libéral uniquement
28	F	41		Montpellier	2007	Libéral et conventionné avec une structure
29	M	45		Paris	1994	Libéral uniquement
30	F	8	Champagne-Ardenne	Belgique	2005	Libéral uniquement
31	F	51		Paris	2003	Libéral et conventionné avec une structure
32	F	51		Belgique	2007	Libéral et conventionné avec une structure
33	F	2A	Corse	Marseille	1995	Libéral uniquement
34	F	2A		Paris	1995	Libéral et conventionné avec une structure
35	F	2B		Marseille	1987	Mixte
36	F	2B		Lyon	2001	Libéral uniquement
38	F	25	Franche-Comté	Besançon	1987	Libéral uniquement
37	F	25		Lyon	2002	Libéral uniquement
39	F	39		Nancy	2008	Libéral uniquement
40	F	76	Haute-Normandie	Tours	1995	Libéral uniquement
42	F	76		Paris	2005	Libéral uniquement
41	F	76		Belgique	2008	Libéral uniquement
43	F	75	Ile-de-France	Paris	2014	Libéral uniquement
44	F	77		Paris	1999	Libéral uniquement
46	F	78		Paris	1989	Libéral uniquement
45	F	78		Paris	2013	Libéral uniquement
47	F	93		Paris	2008	Libéral uniquement
48	F	93	Paris	1978	Libéral uniquement	

	Sexe	Département d'exercice	Région d'exercice	Lieu de formation	Année d'obtention du diplôme	Mode d'exercice
49	F	11	Languedoc-Roussillon	Montpellier	1987	Libéral uniquement
51	F	30		Montpellier	1996	Libéral uniquement
50	F	30		Montpellier	2007	Libéral uniquement
53	F	34		Montpellier	1985	Libéral uniquement
52	F	34		Montpellier	2006	Libéral et conventionné avec une structure
54	F	34		Strasbourg	2012	Libéral uniquement
55	F	66		Lille	1991	Libéral uniquement
56	F	19	Limousin	Toulouse	2015	Libéral et conventionné avec une structure
57	F	87		Nice	2009	Libéral et conventionné avec une structure
58	F	54	Lorraine	Nancy	2004	Libéral et conventionné avec une structure
59	M	54		Nancy	2011	Libéral uniquement
60	F	57		Lille	1976	Libéral uniquement
61	F	57		Belgique	2006	Libéral uniquement
62	F	57		Nancy	2009	Libéral uniquement
63	F	12	Midi-Pyrénées	Belgique	2003	Libéral uniquement
64	F	31		Toulouse	1995	Mixte
65	F	31		Toulouse	2007	Libéral uniquement
66	F	81		Nice	1986	Libéral uniquement
67	F	81		Toulouse	1995	Libéral uniquement
68	F	82		Toulouse	2011	Libéral uniquement
73	F	59	Nord-Pas-de-Calais	Lille	1975	Libéral uniquement
74	F	59		Lille	1994	Libéral uniquement
70	F	59		Belgique	2003	Libéral uniquement
72	F	59		Belgique	2004	Libéral et conventionné avec une structure
71	F	59		Lille	2009	Libéral uniquement
69	F	59		Lille	2011	Libéral uniquement
75	F	62		Lille	2015	Libéral uniquement
78	F	44	Pays de la Loire	Nantes	1985	Libéral uniquement
76	F	44		Nantes	2004	Libéral uniquement
77	F	44		Lille	2010	Libéral uniquement
79	F	49		Nantes	1978	Libéral uniquement
80	F	85		Belgique	2007	Libéral uniquement
81	F	2	Picardie	Paris	1981	Libéral uniquement
82	F	60		Paris	1988	Libéral uniquement
83	F	80		Paris	1988	Libéral uniquement
85	F	16	Poitou-Charente	Bordeaux	1996	Libéral uniquement
84	F	16		Belgique	2000	Libéral uniquement
86	F	17		Marseille	2003	Libéral uniquement
87	F	4	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Toulouse	2002	Libéral uniquement
89	F	6		Strasbourg	2001	Libéral uniquement
88	F	6		Belgique	2010	Mixte
92	F	13		Paris	1980	Libéral uniquement
91	F	13		Belgique	2001	Libéral uniquement
90	F	13		Marseille	2004	Libéral uniquement
93	F	83		Marseille	1992	Libéral et conventionné avec une structure
94	F	1	Rhône-Alpes	Lyon	2005	Libéral et conventionné avec une structure
96	F	7		Montpellier	1998	Libéral uniquement
95	F	7		Marseille	2001	Libéral uniquement
97	F	38		Lille	2004	Libéral uniquement
98	F	69		Lyon	2001	Libéral uniquement
99	F	69		Lille	2004	Mixte
100	F	74		Strasbourg	1991	Libéral uniquement

Annexe 8 : Activités proposées à Madame C en parallèle de la « Récupération Espacée »

Objectifs	Activités	Résultats obtenus
Mémoire sémantique, lexicale	Textes à trous	<p>Ces exercices sont réussis et appréciés de Madame C. Le vocabulaire est précis et élaboré. Les charades sont parfois source de davantage de difficultés à cause de la mise en jeu de la mémoire de travail.</p> <p>En ce qui concerne les personnalités, elle réussit à retrouver le nom de la plupart. L'indigage est efficace : ébauche phonétique, contexte...</p>
	Charades	
	Lettres effacées dans un mot	
	Remplacer un nom ou un verbe au sein d'une phrase	
	Complétion de proverbes	
	Reconnaissance de personnalités : dénomination, évocation de leur métier, faits marquants, chansons, films, production de devinettes	
Raisonnement	Logigram	<p>Ces exercices sont problématiques en raison des difficultés de mémoire de travail: relecture de consignes, oublis des stratégies / aides données, oublis des éléments déjà trouvés. Madame C a besoin d'être accompagnée dans ce type d'exercice. Cela lui demande une attention importante. Les déductions isolées sont néanmoins réussies.</p>
	Exercices de logique	
Mémoire de travail	Questions en décalage	<p>Les questions en décalage ont été réussies tout comme les réponses au texte.</p> <p>Ce type d'exercice n'a pas été proposé de façon systématique pour ne pas perturber le travail avec la « Récupération Espacée » (rétention du numéro de téléphone).</p>
	Rétention des consignes durant l'entraînement de la flexibilité	
	Ecoute d'un texte puis réponse à des questions	
Flexibilité et double tâche	Complétion de phrases sémantiquement illogiques	<p>La complétion des phrases (suite illogique) a un peu perturbé Madame C. Elle disait que cela l'embrouillait car elle n'aimait pas dire « des bêtises ». Les autres exercices sont en général bien réussis par Madame C néanmoins cela lui demande beaucoup d'attention et est source de fatigabilité.</p>
	Exercices type Stroop	
	Évoquer en alternance la forme, la couleur, le chiffre d'une série d'images	
	Alternance des activités : 1-2-1-2	
	Relier alternativement jour dans l'ordre chronologique / métiers dans ordre alphabétique	
Barrer les noms de couleur, entourer les jours de la semaine...		
Gnosies visuelles	Figures enchevêtrées	Les figures enchevêtrées ont toutes été retrouvées par Madame C.

Annexe 9 : Activités proposées à Madame L en parallèle de la « Récupération Espacée »

Objectifs	Activités	Résultats obtenus
Mémoire sémantique, lexicale	Les métiers : - Evocation en compréhension orale - Evocation sur présentation d'une photographie.	Ces exercices sont difficiles pour Madame L. Elle donne l'impression de chercher un mot compliqué même quand elle possède le mot attendu. On note des temps de latence importants ce qui reflète un déficit d'accès au système sémantique. Le classement par catégorie est possible. La reconnaissance des marques est difficile. La compréhension de la consigne a posé des difficultés à la patiente.
	Charades	
	Remplacer un verbe au sein d'une phrase	
	Classer des articles suivant les rayons d'un magasin. (classement sémantique par catégorie) Reconnaissance de marques alimentaires et non alimentaires.	
Attention visuelle et auditive	Présentation d'une suite de mots à l'écrit ou à l'oral. Un mot-cible doit entraîner une réponse spécifique.	Les difficultés de mémoire de travail rendent difficiles ce type d'exercice : oubli des consignes, manque d'inhibition. Le maintien de l'attention sur une activité longue est difficile.
Praxies constructives	Reproduction de figures géométriques, enchevêtrées	La reproduction de figures géométriques est difficile notamment à cause des problèmes de repérage spatial.
Gnosies visuelles	Dénomination de figures enchevêtrées	Les figures ont toutes été dénommées.
Repérage spatio- temporel	Classement d'images suivant les saisons	La désorientation spatio-temporelle est source de difficultés dans le quotidien de la patiente. Le tri d'images par saison a été relativement réussi, malgré quelques confusions. Le repérage spatial dans l'année et dans la semaine, peut également être difficile.
	Questions sur le repérage dans la semaine, le mois, l'année, la saison	
	Classement dans l'ordre chronologique de dates, d'évènements de la vie	
Mémoire à court terme, mémoire de travail	Rétention d'un nombre, d'une forme, de leur couleur.	Bons résultats sur 2 informations : forme et chiffre ou chiffre et couleur. La rétention de 3 informations est variable : forme, couleur et chiffre

Annexe 10 : Activités proposées à Monsieur T en parallèle de la « Récupération Espacée »

Objectifs	Activités	Résultats obtenus
Accès au système sémantique, lexique	Fluence phonétique : à partir d'une syllabe.	12-7-3-2 mots sont évoqués. Présence de répétitions
	Fluence sémantique	10-9-11-8-5-10-7-11-9 mots sont évoqués Présence de répétitions
	Petit Bac adapté	Evocation correcte. Bénéficie de l'indiciage
	Dénomination de métiers sur présentation de photographies	Parvient à dénommer l'ensemble des photographies présentées. Explications pertinentes des fonctions.
Association d'idées, lexique	Principes de la Technique des associations	Cette activité n'a pas abouti. Une certaine rigidité empêche de trouver de nouveaux mots.
Mémoire à court terme	Rétention de chiffres, de formes, et de leur couleur	Bons résultats pour 3 informations : couleur/ chiffre/ forme
Compréhension, mémoire des consignes, repérage d'un critère commun	UNO	La difficulté de mémorisation de la consigne a rendu le déroulement du jeu difficile. Le repérage des critères communs est efficient.
Balayage visuo-spatial, lecture	Recherche de dessins / mots identiques sur deux cartes.	Bons résultats.

Annexe 11 : Activités proposées à Madame P en parallèle de la « Récupération Espacée »

Objectifs	Activités	Résultats obtenus
Mémoire	Récitation de poésies dont elle est l'auteure	Madame P a écrit des vers qu'elle aime réciter. La récitation est automatisée.
Compréhension orale	Ecoute de poésies. Discussion autour de ce que cela lui évoque.	Madame P présente beaucoup d'intérêt pour cette activité.
Accès au système sémantique, lexique	Fluence phonétique : à partir d'une syllabe.	6 à 7 mots sont évoqués. Présence de répétitions
	Fluence sémantique	8 à 10 mots sont évoqués Présence de répétitions
Association d'idées, lexique	Principes de la Technique des associations	3 séries ont été construites. Une s'est révélée très intéressante. Pour les 2 autres, tendance à répéter les mêmes mots.
Visuo-spatial	Manipulation de balles peintes à moitié pour reproduire un modèle	Cet exercice a été réussi sur présentation de 4 balles. Un rappel des consignes a été nécessaire plusieurs fois. Bonne orientation des balles pour reproduire le modèle.
Mémoire à court terme	Rétention de chiffres, de formes, et de leur couleur	Bons résultats pour 2 informations : couleur/ chiffre ou forme / couleur ou chiffre /forme
Compréhension, mémoire des consignes, repérage d'un critère commun	UNO	Apprécie ce jeu. Il faut néanmoins répéter la consigne. La prise en compte des critères couleur et chiffre est efficiente.

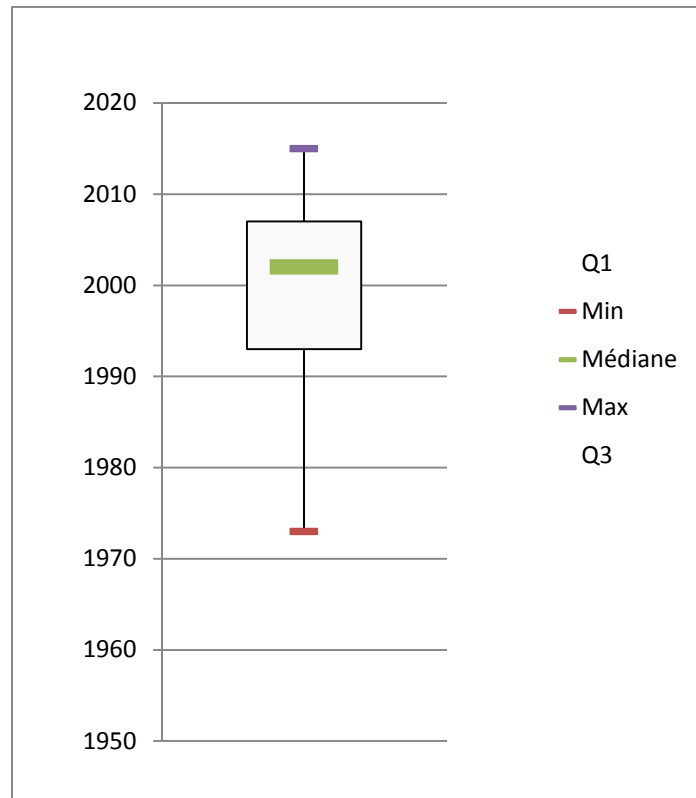
Annexe 12 : Activités proposées à Madame F en parallèle de la « Récupération Espacée »

Objectifs	Activités	Résultats obtenus
Accès au système sémantique, lexique	Fluence phonétique : à partir d'une syllabe.	7 -8 et jusqu'à 14 mots sont évoqués. Présence de répétitions
	Fluence sémantique	8 à 12 mots sont évoqués Présence de répétitions
	Petit Bac adapté	Bonne évocation
	Alphabet des métiers	Réussi (avec indiçage pour certains items)
	Dénomination de métiers sur présentation de photographies	Parvient à dénommer l'ensemble des photographies présentées. Explications pertinentes des fonctions.
Association d'idées, lexique	Principes de la Technique des associations	2 séries ont été construites.
Mémoire à court terme	Rétention de chiffres, formes, et de leur couleur	Bons résultats pour 3 informations : couleur/ chiffre/ forme
Compréhension, mémoire des consignes, repérage d'un critère commun	UNO	Apprécie ce jeu. Invente des stratégies pour gagner (mettre deux fois la carte 2 car elle n'a pas la carte « 4 »), manie l'humour

Annexe 13 : Caractéristiques de la population d'étude du questionnaire

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Sexe	Femme	95	95%
	Homme	5	5%
Lieu de formation	Formation logopède, Belgique	16	16%
	Paris	15	15%
	Lille	12	12%
	Lyon	9	9%
	Montpellier	7	7%
	Toulouse	7	7%
	Marseille	6	6%
	Tours	6	6%
	Nancy	5	5%
	Strasbourg	5	5%
	Bordeaux	4	4%
	Nantes	3	3%
	Nice	2	2%
	Autres	1	1%
	Besançon	1	1%
	Caen	1	1%
Mode d'exercice	Liberal uniquement	81	81%
	Libéral et conventionné avec une structure	13	13%
	Mixte	6	6%

Annexe 14 : Année d'obtention du diplôme de la population



Répartition des orthophonistes de la population selon leur année de diplôme

Annexe 15 : La prise en charge orthophonique

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Domaines de prises en charge	Langage oral	99	99%
	Langage écrit	99	99%
	Articulation, déglutition	99	99%
	Neurologie et aphasie	97	97%
	Maladies neurodégénératives	96	96%
	Voix	78	78%
	Troubles envahissants du développement	68	68%
	Cognition mathématiques	65	65%
	Maladies génétiques	64	64%
	Troubles sensoriels	60	60%
	Polyhandicap	49	49%
Orthophonistes qui ont arrêté de prendre en charge une pathologie / un domaine	Oui	40	40%
	Non	60	60%

Répartition des orthophonistes suivant leurs prises en charge

Annexe 16: Répartition des orthophonistes ayant déclaré avoir arrêté de prendre en charge certaines pathologies, raisons évoquées

	Manque de formation	Pas d'attrait pour la prise en charge	Réorientation vers d'autres professionnels	Spécialisation	Pas de demande	Non précisé	Total
Langage oral		1		1			10
(Dont bégaiement)	6		2				8
Voix	2	2	2				9
(Dont laryngectomie)	2					1	3
Maladies neurodégénératives	1	3		1	1		6
Cognition mathématiques	3	1	1				5
Neurologie et aphasie	1	3		1			5
Langage écrit		2		2			4
Troubles envahissants du développement	2		1			1	4
Troubles sensoriels	1		1				2
Polyhandicap	1	1					2
Articulation, déglutition		1					1
Maladies génétiques							0
	19	14	5	5	1	2	

Annexe 17 : La prise en charge orthophonique des maladies neurodégénératives : Quelles maladies ? Pourquoi ne pas les prendre en charge ?

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Maladies neurodégénératives déjà prises en charge durant la carrière			
Démence de type Alzheimer	Prend en charge	91	91%
Maladie de Parkinson	Prend en charge	65	65%
Sclérose latérale amyotrophique	Prend en charge	59	59%
Sclérose en plaques	Prend en charge	48	48%
Démence post-AVC	Prend en charge	45	45%
Démence vasculaire	Prend en charge	39	39%
Démence lobaire fronto-temporale	Prend en charge	25	25%
Démence à corps de Lewy	Prend en charge	21	21%
Chorée de Huntington	Prend en charge	21	21%
Syndrome de Korsakoff	Prend en charge	19	19%
Paralysie supra-nucléaire	Prend en charge	11	11%
Démence cortico-basale	Prend en charge	10	10%
Autre	Prend en charge	5	5%
Raison de refus de prise en charge des maladies neurodégénératives			
Pas de demande	Oui	10	10%
	Non	5	5%
Orientation vers d'autres pec	Oui	10	10%
	Non	5	5%
Manque de formation	Oui	8	8%
	Non	7	7%
Prise en charge lourdes, question de la fin de vie	Oui	5	5%
	Non	10	10%
Autre	Oui	1	1%
	Non	14	14%
Prise en charge longue	Oui	0	0%
	Non	15	15%
L'orthophonie n'apporte pas de réponse spécifique	Oui	0	0%
	Non	15	15%

Répartition des orthophonistes selon les maladies dégénératives prises en charge, et raisons du refus de ces prises en charge

Annexe 18: Objectifs de la prise en charge des maladies neurodégénératives

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Exercices visant à maintenir l'accès au lexique	NA	8	8%
	Non	6	6%
	Oui	86	86%
Exercices visant à maintenir les capacités mnésiques	NA	8	8%
	Non	8	8%
	Oui	84	84%
Exercices visant à maintenir les capacités exécutives, attentionnelles	NA	8	8%
	Non	10	10%
	Oui	82	82%
Mise en place d'aides externes	NA	8	8%
	Non	14	14%
	Oui	78	78%
Prévention, information et guidance auprès de la famille	NA	8	8%
	Non	16	16%
	Oui	76	76%
Exercices visant à maintenir le langage écrit	NA	8	8%
	Non	26	26%
	Oui	66	66%
Exercices visant à diminuer les troubles de la déglutition	NA	8	8%
	Non	45	45%
	Oui	47	47%
Prise en charge éco-systémique	NA	8	8%
	Non	59	59%
	Oui	33	33%
Techniques de réminiscence	NA	8	8%
	Non	79	79%
	Oui	13	13%
Contacts inter-générationnels	NA	8	8%
	Non	84	84%
	Oui	8	8%
Groupes de parole	NA	8	8%
	Non	86	86%
	Oui	6	6%
Activités artistiques	NA	8	8%
	Non	88	88%
	Oui	4	4%
Autre	NA	8	8%
	Non	90	90%
	Oui	2	2%

NA = Données manquantes (Correspondant au nombre d'orthophonistes ne prenant pas en charge les maladies neurodégénératives)

Annexe 19 : Comment les orthophonistes ont connu la « Récupération Espacée »

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Comment avez-vous connu la "Récupération Espacée"	Formation continue	6	46%
	Lecture et recherches personnelles	4	31%
	Etudes d'Orthophonie	3	23%

Annexe 20 : Raisons évoquées par l'échantillon pour expliquer la non-utilisation de la « Récupération Espacée »

Orthophonistes	Raison de la non-utilisation pour chaque orthophoniste
1	Patients trop avancés dans la maladie.
2	Par manque de temps pour reprendre et appliquer correctement la formation dans laquelle il en a été question
3	Hormis dans le cadre de mes études, je n'ai jamais utilisé cette méthode car je préfère orienter ma prise en charge sur la gestion de la maladie au quotidien en partenariat avec la famille, de gérer les demandes de manière écologique.
4	pas eu de patients neuro depuis la formation
5	Tout simplement car je n'aime pas utiliser une seule méthode spécifique. Je m'en inspire et je l'utilise de manière ponctuelle mais cela dépend surtout du stade de la maladie et de la motivation du patient.
6	Pas de formation spécifique récente
7	stade trop avancé de la maladie
8	(Absence de réponse)

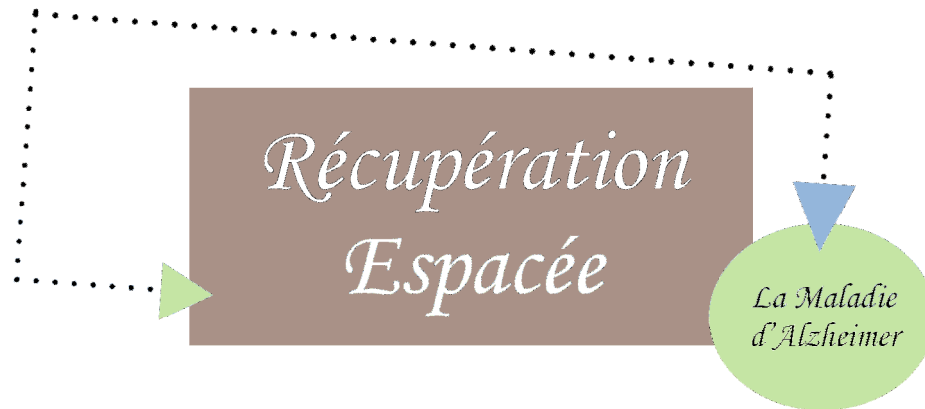
Annexe 21 : Répartition des orthophonistes utilisant la méthode selon la pathologie et les capacités résiduelles du patient

Variables		Modalités	Effectifs	Pourcentages (Echantillon restreint)	Pourcentages (Population totale)
Quelles pathologies ?	Application dans la peco de la Maladie d'Alzheimer	Oui	5	100%	5%
		Non	0	0%	0%
	Application dans la peco d'une démence autre que la Maladie d'Alzheimer	Oui	3	60%	3%
		Non	2	40%	2%
	Application dans la peco des traumatismes crâniens	Oui	2	40%	2%
		Non	3	60%	3%
	Application avec une autre pathologie	Oui	0	0%	0%
		Non	5	100%	5%
Application systématique dans la prise en charge des troubles de la mémoire		Oui	0	0%	0%
		Non	5	100%	5%
Capacités résiduelles nécessaires	Capacité de compréhension minimale	Oui	5	100%	5%
		Non	0	0%	0%
	Capacités attentionnelles	Oui	4	80%	4%
		Non	1	20%	1%
	Capacités Mnésiques résiduelles	Oui	4	80%	4%
		Non	1	20%	1%
	Capacités à produire des réponses verbales adaptées	Oui	3	60%	3%
		Non	2	40%	2%
	Capacités exécutives	Oui	2	40%	2%
		Non	3	60%	3%
	Capacités à produire des réponses motrices adaptées	Oui	1	20%	1%
		Non	4	80%	4%
	Motivation	Oui	1	20%	1%
		Non	4	80%	4%
Autre	Oui	0	0%	0%	
	Non	5	100%	5%	

Annexe 22 : Répartition des orthophonistes utilisant la technique selon l'information utilisée et la fréquence moyenne des sessions

Variables	Modalités	Effectifs
Informations utilisées	Noms d'objets	4
	Incitation à l'utilisation d'une aide externe	2
	Localisation d'un objet	2
	Autre	2
	Apprentissage d'un itinéraire	1
	Information Visage-Nom	1
	Apprentissage d'un numéro de chambre (institution)	0
	Apprentissage d'un comportement	0
Espacement des sessions successives	1 à 2 jours	2
	2 à 4 jours	2
	7 jours	1

Annexe 23 : Livret d'information



SOMMAIRE

Les techniques de réhabilitation cognitive	2
Un peu d'Histoire...	3
Définition et Procédure	3
Les mécanismes cognitifs mis en jeu	4
Pour qui et pourquoi ?	5
Choisir l'information	6
Différentes applications en orthophonie	7
Informations pratiques et recommandations	8
Définir si un patient peut bénéficier de la méthode	9
Feuille de suivi des performances	10
Exemple de complétion	12
Application clinique	14
Bibliographie	16



Affiche d'une campagne publicitaire réalisée par la « Fondation pour la recherche sur Alzheimer »

Ce livret a été rédigé dans le cadre d'un Mémoire d'Orthophonie soutenu par Juliette Thuillier, en juin 2016. Il a été réalisé suite à une demande d'informations mise en évidence par un questionnaire visant à mesurer la connaissance de cette technique auprès de 100 orthophonistes de toute la France, premiers destinataires de ce livret.

Son objectif est de donner aux orthophonistes les premières informations utiles afin d'intégrer la « Récupération Espacée » dans leur pratique mais ne pourra se substituer à une formation spécifique délivrée par différents organismes.

Les techniques de réhabilitation cognitive

« Une intervention visant à fournir des aides à la mémorisation face à des problèmes concrets définis, au préalable, par chaque personne malade et destinée à lui permettre de continuer à s'investir dans les activités. Les stratégies de mémorisation développées sur la base de ces objectifs concrets et individualisés, identifiés de concert avec la personne malade et éventuellement ses proches, s'appuient essentiellement sur la mémoire implicite ». (Dorenlot, 2006)

Apprentissage sans erreur

Principe :

Les sujets ayant des troubles de la mémoire sont plus sensibles aux erreurs (dysfonctionnement de la mémoire explicite).
Il faut donc limiter la possibilité d'en commettre.

Fonctionnement :

Privilégier la confrontation répétée du patient avec la bonne réponse plutôt que de la demander explicitement ou demander de la deviner en :

- Décomposant une tâche en plusieurs petites étapes
- Fournissant une quantité de modèles avant de demander au patient d'exécuter la tâche
- Corrigeant immédiatement les erreurs
- Diminuant progressivement les aides.

Technique d'Estompage

Principe :

Diminuer progressivement les indices fournis au patient concernant une information-cible jusqu'à ce qu'il fournisse une réponse correcte en l'absence d'indices

Fonctionnement :

Lors de l'apprentissage d'une information verbale, le mot est présenté en entier au départ puis une lettre est enlevée progressivement, à chaque bonne réponse.

Récupération Espacee

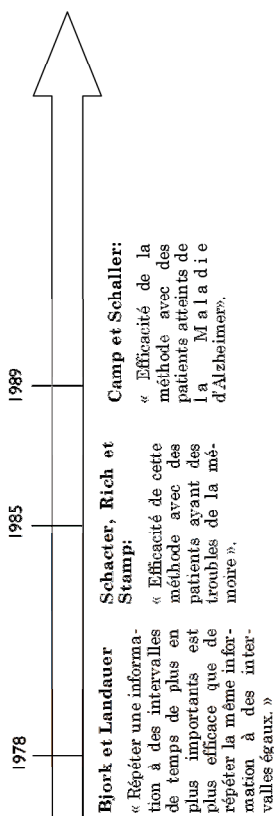
Principe :

Répéter une information à des intervalles de plus en plus importants est plus efficace que de répéter la même information à des intervalles égaux

Fonctionnement :

Présenter une information au patient et demander son rappel à des intervalles de temps croissants au fil des essais.

Un peu d'Histoire...



Définition et procédure

La **Récupération Espacee** consiste à présenter une information au patient et à lui demander son rappel à des intervalles croissants.

Tout d'abord, l'orthophoniste présente l'information et demande un rappel immédiat, puis après un intervalle très court (30s).

- Si la réponse est exacte, le temps est doublé.
- En cas de mauvaise réponse, l'intervalle est ramené au dernier pour lequel la récupération a réussi. Puis l'augmentation se poursuit au fil des réussites.

Chaque session d'entraînement doit être ponctuée d'une réponse exacte.

Au début de la séance suivante, l'information est demandée.

- Si celle-ci est récupérée, l'orthophoniste ne la redemandera plus au cours de la session. Si le patient parvient à donner l'information au début de trois sessions consécutives, celle-ci est considérée comme intégrée à la mémoire à long terme.
- En cas d'erreur, l'examineur donne la réponse au patient, qui doit la répéter immédiatement. Ensuite, le premier intervalle sera égal au dernier intervalle réussi à la session précédente.

* Si l'information est récupérée, on poursuit l'augmentation.

* Dans le cas contraire, on revient au plus petit intervalle (30s) et on recommence l'apprentissage.

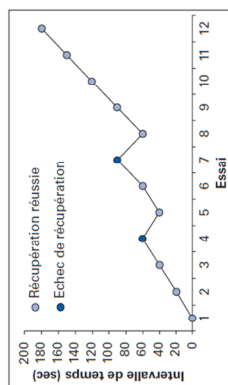


Figure issue de Erkès et al. (2009)

Les mécanismes cognitifs mis en jeu

L'effet de récupération

Il y a effet de récupération lorsque l'information est mieux et plus vite récupérée parce que c'est le patient lui-même qui rappelle l'information (rappel actif) par rapport à la répétition passive de l'information.

Au début de l'apprentissage en « Récupération Espacée », les délais sont courts. Les mécanismes impliqués sont d'ordre explicite. Au fil des essais, les délais s'allongent. La présentation répétée de l'information facilite son accès en mémoire. Les mécanismes en jeu sont alors d'ordre implicite.

Comment ça marche ?

L'effet d'amorçage

Il y a effet d'amorçage lorsque le patient traite plus facilement et plus rapidement un stimulus parce que ce dernier a été présenté au préalable sous la même forme ou une forme apparentée.

Dans le cas de la « Récupération Espacée », l'amorçage est dit « direct » ou « de répétition » car c'est le même stimulus qui est présenté.

La réactivation de l'information à chaque essai facilite le rappel ultérieur.

L'apprentissage sans erreur

Les délais courts instaurés dans la première partie de la méthode favorisent la production de bonnes réponses et limitent les erreurs. Or les patients ayant des troubles mnésiques sont plus sensibles aux interférences et persévérations.

Le conditionnement

Le conditionnement implique un lien entre un stimulus (la question posée au patient) et une réponse.

Avec la « Récupération Espacée », ce lien se trouve renforcé par la présentation répétée de l'association (stimulus-réponse).

C'est un conditionnement classique (ou répétant). Mais la satisfaction du patient qui parvient à retrouver la bonne réponse peut également être considérée comme un renforçateur intrinsèque. On pourrait alors considérer la « Récupération Espacée » comme un conditionnement opérant.

Pour qui ?

La « Récupération Espacée s'adresse à des personnes :

- ♦ souffrant de troubles mnésiques
- ♦ capables de produire des réponses verbales et/ou motrices adaptées,
- ♦ capables de se concentrer sur une tâche pendant quelques minutes au minimum.

⇒ Néanmoins, l'efficacité de la méthode est limitée par la présence : (Erkles et al., 2009)

⇒ de troubles sensoriels ou moteurs

⇒ d'un syndrome confusionnel

⇒ de troubles massifs de la vigilance

⇒ de troubles du langage sévères en compréhension et expression

Des travaux se sont également intéressés à l'intérêt de la « Récupération Espacée » dans des pathologies telles que

- La démence de type Alzheimer
- La démence liée au VIH (Neundorfer et al., 2001),
- Les démences vasculaires et mixtes (Bird & Kinsella, 1996),
- La démence liée à la maladie de Parkinson (Hayden & Camp, 1995)
- Les traumatismes crâniens

Pourquoi ?

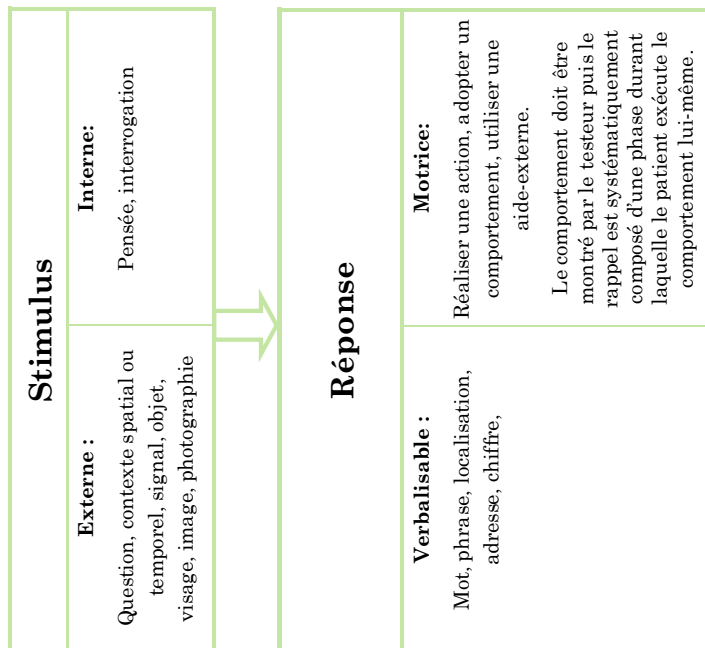
Les buts principaux de la « Récupération Espacée » sont :

- De permettre aux individus présentant des troubles de la mémoire de se souvenir de connaissances verbalisables et déclaratives sur de longues périodes.
- D'atteindre plus facilement certains objectifs visant l'autonomie du patient, son confort, son plaisir dans sa vie quotidienne. (Brush & Camp, 1998)

Les objectifs de la méthode seront la mémorisation de l'information-cible, un transfert à la vie quotidienne avec un entraînement particulier, un maintien variable qui devra être soutenu par des séances de rappel. Aucun effet ne sera attendu sur une éventuelle amélioration du fonctionnement cognitif global. (Brush & Camp, 1998)

Choisir l'information

Le choix de l'information utilisée doit être réalisé, si possible, en partenariat avec le patient et/ou la famille. Elle doit être concrète et comprise par celui-ci.



Différentes applications en orthophonie

<p>Noms et localisation d'objets <i>(Abrahams & Camp, 1993)</i></p> <p>Par exemple: Noms d'objets du quotidien du patient, perdus régulièrement ou dont l'accès sémantique est difficile.</p> <ul style="list-style-type: none"> « Qu'est ce que c'est ? » « Pouvez-vous me donner le nom de cet objet ? » 	<p>Informations spécifiques</p> <p>Différentes informations peuvent être apprises suivant les besoins du patient.</p> <p>Par exemple: Numéro de chambre en institution (« Quel est votre numéro de chambre? »), date importante dans le vie du patient, réponse à une question récurrente</p>
<p>Association visage- nom <i>(Camp & Schaller, 1989)</i> <i>(Camp, 1989)</i> <i>(Clare, et al., 2002)</i></p> <p>Par exemple: Apprentissage du nom d'un membre d'une équipe thérapeutique, d'un membre de la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> « Qui est-ce ? » « Pouvez-vous me donner le prénom de cette personne ? » 	<p>Utilisation d'aides externes</p> <ul style="list-style-type: none"> Carnet contenant des réponses à des questions récurrentes <i>(Stevens, O'Hanlon, & Camp, 1993)</i> Agenda: « Si vous voulez savoir quelles activités vous allez faire aujourd'hui, vous pouvez regarder dans ce livre. Que pouvez-vous faire pour savoir quelle activité vous allez faire ? » Réponse attendue: « Je regarde dans mon agenda. » <i>(Bourgeois et al., 2003)</i> Fiches dont l'objectif était d'aider le patient à se nourrir: à prendre leurs médicaments dans le cadre d'une démente liée au VIH <i>(Neundorfer et al., 2004)</i>
<p>Adoption de comportements</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque du mot : Privilégier la description physique ou fonctionnelle de l'objet si le patient ne retrouve plus son nom <i>(Brush & Camp, 1998)</i> « Que pouvez-vous faire si vous ne retrouvez plus le nom de quelque chose ? » Réponse: « Le décrire ou dire à quoi il sert ». Dysphagies (manœuvres, positions): <i>(Brush & Camp, 1998)</i> « Comment tenir votre tête pendant la déglutition ? ». Le patient doit alors avaler et montrer la tenue de la tête inclinée. Conduite de toilettage obsessionnel, gestion de la colère <i>(Bird, 2001)</i>. 	<p>Adoption de comportements</p> <ul style="list-style-type: none"> Dysarthrie: se souvenir des positions articulaires, d'inspirer avant de parler <i>(Brush & Camp, 1998)</i> Voix: Information sur l'hygiène vocale, le placement de la voix, parler fort <i>(Brush & Camp, 1998)</i> Autres informations : S'assurer qu'il y ait bien une chaise derrière soi avant de s'asseoir, utiliser correctement un déambulateur, différentes étapes pour l'utilisation du pinceau, ou encore l'apprentissage d'une courte mélodie sur clavier. <i>(Brush & Camp, 1998)</i>

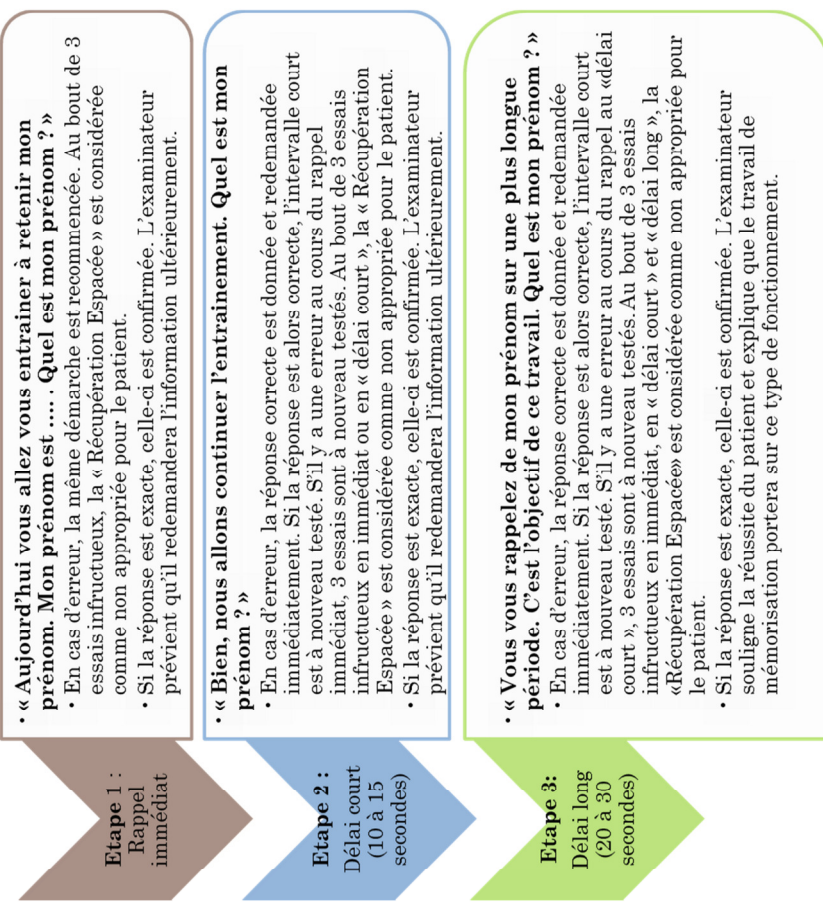
Informations pratiques et recommandations

- ⇒ La « Récupération Espacée » a pu montrer des résultats lors d'une application **à distance**, via des appels téléphoniques. (Jolain et al., 2003)
- ⇒ La « Récupération Espacée » peut être **combinée avec d'autres méthodes**. Par exemple, des auteurs l'ont utilisée conjointement à l'« Apprentissage sans erreur » (Hua-Shan W. et al., 2014) ou encore avec des activités de type Montessori (Hua-Shan W. et al., 2014)
- ⇒ Le principe de la méthode est de **ne pas demander d'effort cognitif important** au patient. Ainsi, on note régulièrement dans les réponses, des remarques comme « c'est venu tout seul » « je ne sais pas comment je le sais » « ça m'est venu comme ça » « je ne sais pas pourquoi mais je pense à ... » « il y a une réponse qui me vient à l'esprit, je ne sais pas pourquoi »
- ⇒ La **multimodalité** de l'entrée de l'information aide le patient à retenir l'information. Ainsi, l'orthophoniste pourra proposer au patient d'écrire l'information-cible afin d'ajouter une trace mnésique kinesthésique et visuelle à la stimulation auditive.
- ⇒ L'**intervalle minimal utilisé pourra être adapté** par l'orthophoniste en fonction de la complexité de l'information et des capacités du patient. La littérature ne préconise pas d'intervalle précis. Certains scientifiques commencent à 30 secondes puis augmentent suivant le schéma suivant : 30s, 1 min, 2 min, 4min, 8min... D'autres commencent le rappel à un intervalle de 1min ou encore de 2 min.
- ⇒ Dans le cas où le patient ne parvient à dépasser un certain seuil, l'orthophoniste pourra appliquer un **intervalle intermédiaire entre 2 paliers**. Par exemple, si le patient fait plusieurs erreurs sur l'intervalle de 8 minutes, après plusieurs réussites à 4 min, l'orthophoniste pourra appliquer le rappel après 4 minutes, puis 6 minutes et enfin 8 minutes.
- ⇒ Il est important de **limiter le nombre d'erreurs** produites. De même, il est préférable de terminer la séance avec une réponse correcte, même si l'intervalle de rappel est court.
- ⇒ Si l'information-cible concerne un type de comportement à adopter, par exemple pour la consultation d'une aide externe, le patient devra **associer le geste moteur** à la réponse verbale.
- ⇒ Dans la pratique clinique, les intervalles sont susceptibles d'être modifiés. En effet, une discussion ou une activité peuvent être en cours. Brush et Camp (1998) rappellent que ces intervalles sont une indication et que, même s'il faut y rester le plus fidèle possible, il ne faut pas interrompre une conversation afin de demander un rappel. L'application peut **rester souple**.

Définir si un patient peut bénéficier de la méthode

Créé et décrit par Camp et Brush (1998), ce test rapide permettra à l'orthophoniste de juger de la capacité du patient à pouvoir recevoir ce type de protocole. En fait, il évalue rapidement les capacités d'encodage et de restitution d'une information à différents délais.

Ce test s'effectue en plusieurs étapes :



Feuille de suivi des performances

Cette fiche de suivi a été créée dans le cadre d'un Mémoire d'Orthophonie grâce aux données et observations recueillies durant une application clinique réalisée avec des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer.

Elle pourra être utilisée par les orthophonistes souhaitant apprécier l'évolution des performances concernant la rétention de l'information, les observations réalisées au fil des sessions.

Complétion du graphique d' « Evolution des performances » :

Au début de la séance, l'orthophoniste demande la restitution de l'information et complète la ligne « Information récupérée en début de séance » en entourant la modalité « oui » ou « non » suivant le résultat obtenu.

Rappelons que, suivant le protocole de passation, si l'information est récupérée, elle ne sera plus demandée au cours de la séance. La fiche de suivi ne sera pas complétée davantage. L'information est considérée comme acquise quand le patient parvient à restituer l'information au début de trois sessions consécutives.

A 37

Dans le cas où le patient ne récupère pas l'information au début de la séance:
 Au premier essai (axe des abscisses = 1), l'orthophoniste place une croix au niveau de l'intervalle réussi à la fin de la séance précédente.

Si, à cette durée l'essai est marqué d'une réussite, l'intervalle suivant sera doublé.

Si l'intervalle est échoué, la phase d'apprentissage est reprise au point de départ en appliquant l'intervalle 2 min (ou l'intervalle minimum choisi par l'orthophoniste)

A chaque réussite, l'orthophoniste double le temps de l'intervalle à l'essai suivant.

A chaque erreur, l'orthophoniste donne la réponse et demande un rappel immédiat. Il appliquera ensuite l'intervalle réussi précédemment.

Feuille de suivi de la « Récupération Rapacée »

Nom du patient : _____

Date : _____

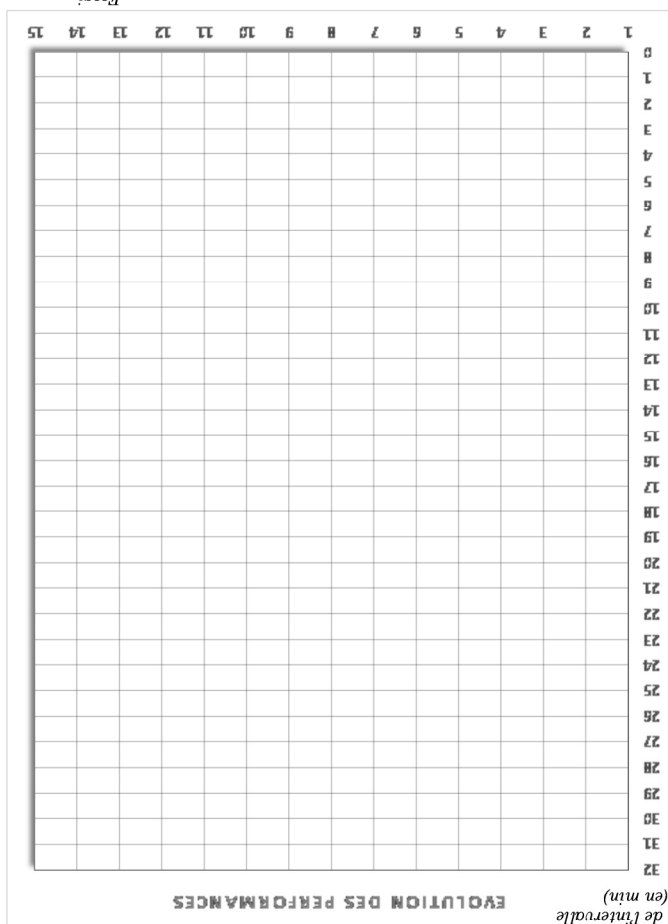
Information utilisée Session n° : _____

Intervalle final maximum atteint la séance précédente : _____

Activités réalisées durant la séance/ Objectifs : _____

Essai	Réponses et discours parallèles
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

REMARQUES :



Essai

Exemple de complétion

Afin d'illustrer la manière dont la feuille de suivi peut être remplie, voici un exemple issu de l'application clinique.

La patiente est Madame A. L'information utilisée pour l'apprentissage avec la « Récupération Espacée » est ici un numéro de téléphone.

Il s'agit de la 5ème session durant laquelle l'information est travaillée.

Au début de la séance, le numéro de téléphone est demandé mais Madame A ne parvient à récupérer l'information. La modalité « Non » est entourée dans la ligne « Information restituée en début de séance ».

La « Récupération espacée » sera donc utilisée durant la séance.

Le numéro de téléphone est alors donné à Madame A et l'orthophoniste demande un rappel immédiat.

Essai 1 (8min): Il s'agit de la durée maximale atteinte en fin de séance précédente. Madame inverse les deux derniers numéros.

Essai 2 : Le temps est ramené au temps minimum utilisé = 1minute Madame A parvient à restituer le numéro de téléphone.

Essai 3: Le temps (1min) est doublé = 2 min Madame A ne se souvient plus de l'avant-dernier numéro.

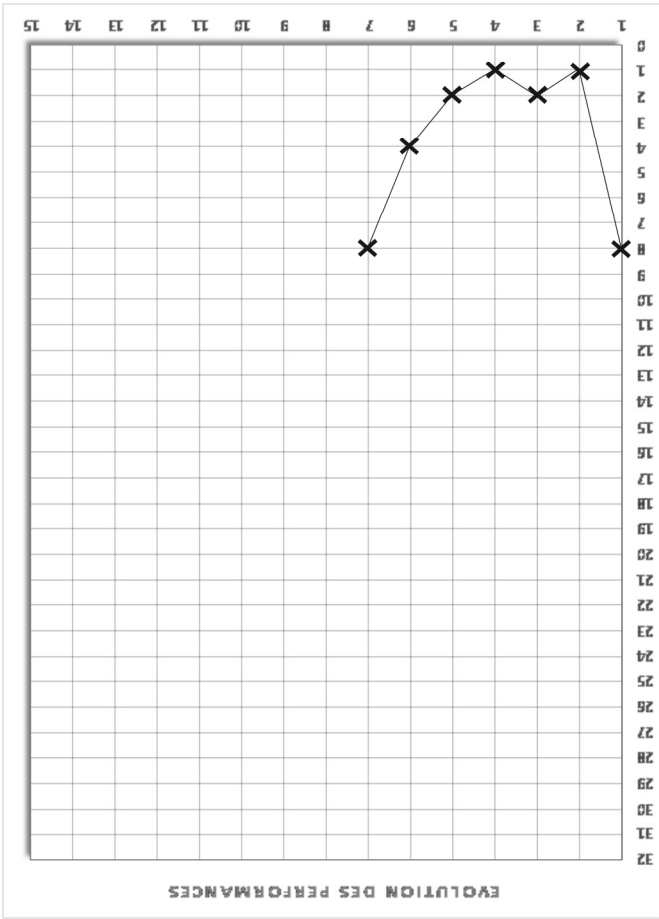
Essai 4: L'orthophoniste applique le dernier intervalle réussi par Madame A = 1 minute. Celle-ci restitue le numéro sans hésiter.

Essai 5: Le temps est doublé = 2 min La restitution est correcte.

Essai 6: Le temps est doublé = 4 min La restitution est correcte.

Essai 7 : Le temps est doublé = 8 min

La restitution est correcte. Madame A ajoute : Ça vient tout seul, je n'ai même pas besoin de réfléchir



Feuille de suivi de la « Récupération Espacée »

Nom du patient : Madame J Date : 10/11/2015

Information utilisée : N° de tél. 03 21 XX XX XX Session n° : 5

Intervalle final maximum atteint la séance précédente : 8 min

Activités réalisées durant la séance/ Objectifs : Compléter un ordre par un système (matrice contextuelle) répondre à des questions ou dialogues (Mémoire de travail) logiques (raisonnement)

Réponses et discours parallèle	
Essai	1
	KO : Inversion des deux derniers numéros
	OK
	KO : oubli de l'avant dernier numéro
	OK (pas d'hésitation)
	OK
	OK
	OK « Ça vient tout seul, je n'ai même pas besoin de réfléchir »
	8
	9
	10
	11
	12
	13
	14
	15

REMARQUES :

Présentation d'un cas clinique

Présentation du patient :

Monsieur B, 89 ans
Domicilié dans un EHPAD avec sa femme

Atteint de la Maladie d'Alzheimer

Scores au MMS: 17

- Orientation 6-10

- Apprentissage 3/3

- Attention et calcul: 0-5

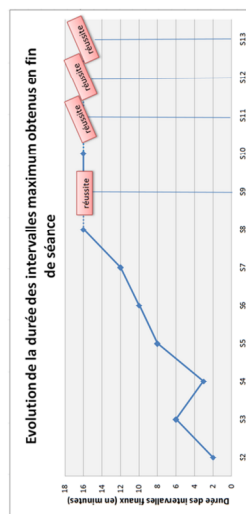
- Rappel: 0-3

- Langage : 7-8

- Praxies constructives: 1/1

Souffre de DMLA, observation de photographies rendue possible par le port de lunettes de correction, et par l'utilisation d'un télé-agrandisseur.

Monsieur B a participé à 13 séances d'environ 45 min. Il s'est montré très volontaire et participatif durant les séances. La « Récupération Espacée » a permis à Monsieur B d'apprendre à reconnaître le visage d'une personne avec qui il aime discuter et avec qui il est régulièrement en contact. Le tracé de l'« évolution de la durée des intervalles maximum obtenus en fin de séance » permet d'apprécier la progression des intervalles.) A l'exception d'une baisse entre la session 3 et la session 4, on y observe une augmentation quasi-continue des intervalles atteints en fin de séances et pour lesquels Monsieur B a pu restituer l'information.



Sept séances ont été nécessaires avant d'obtenir une réponse correcte en début de session. A la séance suivante, Monsieur B n'a pas pu renouveler cette performance ni restituer l'information au même temps que l'intervalle maximum atteint en session 8. Pourtant, la suite de la session n'a été source que de réussites. Enfin, durant les trois séances suivantes, Monsieur B a pu restituer l'information dès le début de la session, sur présentation de la photographie. Néanmoins, il faut préciser que la réussite à la session 12 a été aidée par un indice. En effet, Monsieur B répétait souvent lors des différentes sessions que le prénom demandé était synonyme de « sagesse » en grec. Il évoquait également différents livres dont le titre comportait le prénom. La suggestion de l'auteur d'un de ces ouvrages, ou du mot « sagesse » pouvait aider monsieur au cours de différentes sessions et au début de la douzième.

Monsieur B est ensuite parvenu à dénommer trois fois consécutivement le visage-stimulus. Ce qui signifie, selon les modalités de la technique de la RE, un passage en mémoire à long terme de l'information.

L'observation de la courbe d'« Evolution des performances » montre des résultats fluctuants à l'intérieur d'une même session du- rant les cinq premières séances. En effet, la durée des intervalles augmente jusqu'à un niveau maximum durant la première moitié de la séance puis on note une chute des performances dans la seconde partie. Elle pourrait correspondre à une difficulté de maintien de l'attention. En ce qui concerne les quatre séances suivantes, durant lesquelles la «Récupération Espacée» a été utilisée, la durée des intervalles augmente tout au long de la session. Monsieur B n'est donc pas parvenu à récupérer l'information en début de séance, ni au même temps réalisés à la fin de la session précédente mais la durée de l'intervalle a pu être augmentée sans être perturbée par une erreur.

Analyse du discours parallèle :

Durant les séances où la « Récupération Espacée » a été utilisée, Monsieur B employait souvent la forme interrogative pour ex- primer ses réponses « C'est pas XXXX? ».

La diminution des délais est due :

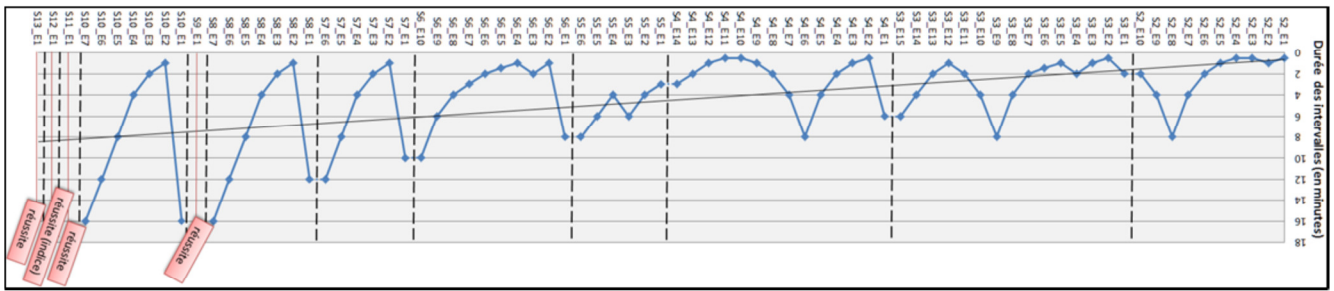
- A une absence de réponse. L'information n'est pas récupérée.
- A des erreurs : confusions entre des pré-noms. Les réponses produites correspondent toujours à des pré-noms féminins. Ces der- niers peuvent être éloignés de l'information-cible ou proche phonolo- giquement.

Au total, 5 pré-noms différents ont été produits par erreur. L'un d'eux a été assez prégnant puisqu'on le retrouve plusieurs fois à l'intérieur d'une session mais également sur plusieurs sessions con- secutives. Le prénom de la personne appliquant la « Récupération espacée » a également été évoqué, celui-ci étant rappelé en début de séance.

Par ailleurs, une tâche d'évocation, précédant un essai, a pro- duit un effet de contamination sur la réponse de Monsieur B lors de la session 4. Effectivement, l'évocation de mots commençant par la syllabe « -cri » était proposée au patient. Le prénom « Christelle » a été évoqué. Une persévérance a ensuite été observée puisque Mon- sieur B a proposé le prénom « Christelle » quand la photo lui a été présentée lors de l'essai suivant.

Plusieurs remarques de Monsieur B ont également montré quelques signes d'anxiété par rapport au manque du mot : « C'est rageant, je l'ai dit tout à l'heure » « Ah j'oublie toujours son prénom. Vous me le dites à chaque fois. » « Zut alors... » « Comment ça se fait, je le savais tout à l'heure » « Là on voit que la mémoire fout le camp » « elle est gentille c'est tout ce que je sais ».

Monsieur B utilise l'autorépétition quand la réponse attendue lui est donnée.



Bibliographie

- Abrahams J., Camp C., (1993), Maintenance and Generalization of Object Naming Training in Anomia Associated with Degenerative Dementia, *Clinical Gerontologist*, 3, 57-72
- Bird, M., & Kinsella, G. (1996). Long-term cued recall of tasks in senile dementia. *Psychology and Aging*, 11(1), 45-56
- Bird M., (2001), Behavioural difficulties and cued recall of adaptive behaviour in dementia: Experimental and clinical evidence, *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 357-375
- Bjork, R. A., & Landauer, T. K. (1978). Optimum Rehearsal patterns and name learning. In *Practical Aspects of Memory* (Academic Press, Vol. 1, p. 625-632).
- Bourgeois M., Camp C., Rose M., White B., Malone M., Carr J., Rovine M., (2003), A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia, *Journal of Communication disorders*, 36, 361-378
- Brush J., Camp C., (1998), A therapy technique for improving memory: spaced retrieval, *Menorah Park Center for Senior Living*
- Camp C., Schaller J., (1989), Epilogue: Spaced retrieval memory training in an adult-care center, *Educational Gerontology*, 15, 6, 641-648
- Clare L., Wilson B.A., Carter G., Roth I., Hodges J., (2002), Relearning facename associations in early Alzheimer's disease, *Neuropsychology*, 16, 538-547
- Dorenlot, P. (2006). Démence et interventions non médicamenteuses : revue critique, bilan et perspectives, *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement* 4(2), 135-44.
- Erkès J., Raffard S., Meulemans T., (2009), Utilisation de la technique de récupération espacée dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Revue critique et applications cliniques, *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, 7, 275-286
- Hayden, C. M., & Camp, C. J. (1995). Spaced-retrieval : a memory intervention for dementia in Parkinson's disease. *Clinical Gerontologist*, (16), 80-82
- Jolfin A., Camp C.J., McMahon C.M., (2003), Spaced-retrieval over the telephone: An intervention for persons with dementia, *Clinical Psychologist*, 7(1), 50-55
- Mckittrick L.A., Camp C.J., Black F.W., 1992, Prospective Memory Intervention in Alzheimer's Disease, *Journal of Gerontology*, 47(5), 337-343
- Neundorfer M.M., Camp C.J., Lee M.M., Skrajner M.J., Malone M.L., Carr J.R., (2004), Compensating for Cognitive Deficits in Persons Aged 50 and Over with HIV/AIDS: A Pilot Study of a Cognitive Intervention, *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 3(1) 79-97
- Schacter, D. L., Rich, S. A., & Stamp, M. S. (1985). Remediation of Memory Disorders: Experimental Evaluation of the Spaced-Retrieval Technique. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 7(1), 79-96.
- Stevens A.B., O'Hanlon A.M., Camp C., (1993), The spaced-retrieval method: a case study, *Clinical gerontologist*, 13(2) 106-109
- Hua-Shan W., Li-Chan L., Shu-Chun S., Shiao-Chi W., (2014), The effects of spaced retrieval combined with errorless learning in institutionalized elders with dementia: recall performance, cognitive status, and food intake, *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(4) 333-339
- Hua Shan Wu., Li-Chan L., Shiao-Chi W., Ke Neng L., Hsiu Chih L., (2014), The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia, *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1891-1901