

# Thérapie par réminiscence

## 1) Définition

Les troubles du fonctionnement cognitif, et tout particulièrement de la mémoire, les troubles du comportement, la perte d'autonomie, sont les symptômes fondamentaux de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. La prise en charge de cette maladie est particulièrement délicate. En effet, il n'existe pas de traitement médicamenteux curatif efficace et actuellement le traitement de la maladie d'Alzheimer reste un traitement symptomatique des troubles et vise à ralentir la perte d'autonomie. Il s'agit donc d'une prise en charge non spécifique. Pendant longtemps, il a été considéré que la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés ne pouvaient pas bénéficier de traitements non médicamenteux. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. La prise en charge est double dans la majorité des cas et s'adresse tant aux patients qu'aux aidants. Elle cherche à améliorer la qualité de vie des patients et des aidants, à prévenir les situations de crises et à préparer à l'institutionnalisation lorsqu'il faut y recourir. Elle est nécessairement pluridisciplinaire, coordonnée et allie traitement médicamenteux et non-médicamenteux.



L'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services sociaux et Médico-Sociaux) publiera dans le courant de l'année 2009 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la pratique des traitements non-médicamenteux (2). Les traitements non médicamenteux actuellement pratiqués ont pour caractéristiques d'utiliser les capacités préservées, de s'adapter au degré de sévérité du processus démentiel, de se centrer principalement sur les activités quotidiennes en privilégiant les domaines où le patient est motivé, ou bien où il a un niveau d'expertise élevé. La maladie d'Alzheimer est un processus évolutif. Aussi, une technique ne pourra-t-elle fonctionner qu'à un stade donné, avant de perdre son efficacité. Dans cette pathologie, la nécessité d'un aller-retour continu entre traitement et évaluation sera une constante inhérente à toute prise en charge.

Plusieurs objectifs sont recherchés :

- améliorer les fonctions cognitives, l'humeur, les troubles du comportement,
- réduire le stress lié à la maladie et les causes du stress,
- préserver le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle (se nourrir, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, se déplacer)
- préserver le plus longtemps possible les liens et échanges sociaux,
- maintenir et améliorer la qualité de vie,
- retarder le passage en institution,
- aider, soulager et préserver la santé mentale et physique des aidants.

L'origine des techniques basées sur l'évocation de souvenirs anciens remonte à une quarantaine d'années et était destinée à la psychothérapie du sujet âgé. Pour sa part, la thérapie par réminiscence se pratique depuis une vingtaine d'années auprès de patients malades d'alzheimer et revêt des formes très diverses. Elle est à distinguer du concept d'évocation du passé dans son acception psychanalytique qui correspond plus à une approche psychothérapeutique (life review) ayant pour objectif de comprendre et de gérer activement les souvenirs angoissants et qui, de ce fait, est moins adaptée aux personnes atteintes de démence/amnésie.

Ces techniques sont basées sur l'évocation de souvenirs anciens autobiographiques du sujet. Au cours des séances, le sujet évoque des événements particuliers, des expériences ou des activités passées de sa vie. Différents supports sont utilisés pour animer les séances : photographies, objets personnels, musiques, vieux succès, enregistrements familiaux... Elles se pratiquent de manière individuelle, en groupe avec ou sans participation des aidants familiaux.

## 2) Liste des thérapies par catégories :

D'après une méta-analyse de la littérature faite par la **Cochrane Library (2003)**, on peut citer différentes catégories de techniques parmi les plus pratiquées en France et en Europe :

### - les thérapies basées sur la cognition :

Les **ateliers mémoires** consistent en la répétition d'exercices ciblant différentes fonctions ou processus cognitifs : mémoire épisodique, sémantique, fonctions exécutives, fluence verbale. Ils font l'objet de vives critiques (Meulemans, 2001) (19) car ils reposent essentiellement sur bases empiriques, supposent que les difficultés de chaque patient sont identiques et présentent des risques de mise en échec.

La **revalidation cognitive** est une approche individuelle prenant en compte l'hétérogénéité des déficits cognitifs et visant à exploiter des capacités cognitives résiduelles pour réapprendre à réaliser une tâche (apprentissage sans erreur, méthode de récupération espacée, méthode d'estompage).

### - les thérapies basées sur l'environnement :

La **rééducation de l'orientation ou Reality orientation therapy (4)** consiste à adapter l'environnement du patient en fournissant un maximum d'informations favorisant l'orientation dans l'espace et dans le temps. Elles visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées confuses et la gestion des troubles du comportement ;

### - les thérapies psycho-sociales

La **thérapie par réminiscence ou Reminiscence therapy (29)** basée sur l'évocation de souvenirs anciens autobiographiques (cf définition ci-dessus).

Les **thérapies par l'empathie ou Validation therapy (10, 11)** visent une meilleure compréhension des besoins et des émotions du sujet dément : identifier les émotions qu'il peut

exprimer par différents moyens de communication et à les valider par des techniques de communication verbale et non verbale (c: recommandations en 14 points)

- les thérapies basées sur l'activité motrice

Elles ciblent différentes composantes de la fonction motrice comme l'équilibre, la mobilité, la force ou la résistance et s'adressent à tous les stades de sévérité de la maladie.

- les thérapies basées sur une stimulation sensorielle

La **musicothérapie** s'appuie sur les qualités non verbales de la musique: son, rythme, mélodie ou l'harmonie, pour pallier compétences langagières perdues.

L'**aromathérapie** utilise des huiles essentielles issues de plantes odorantes sous forme d'application ou de massages.

La **luminothérapie** consiste en des séances quotidiennes d'exposition à une forte luminosité reproduisant la lumière naturelle.

La **stimulation multisensorielle de Snoezelen** repose sur la stimulation des cinq sens : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat et fournit au sujet dément un environnement sensoriel peu exigeant en termes de ressources intellectuelles et capitalisant au contraire ses capacités sensorimotrices résiduelles.

- les prises en charge basées sur l'entourage

L'**aide aux aidants** propose des thérapies de type psycho-éducatif (soutien et conseil), psychothérapies, intervention cognitivo-comportementale, gestion du stress et des troubles du comportement.

La revue de la Cochrane library ainsi que celle de Livingston et all (18) montrent certains résultats encourageants mais beaucoup de défauts méthodologiques (peu d'études randomisées, effectifs insuffisants, trop grande hétérogénéité des pratiques). Elles soulignent un décalage important entre les résultats souvent modestes obtenus à l'issue de ces études et le « vécu » souvent positif des thérapeutes qui pratiquent ces thérapies. De plus, certaines semblent plus adaptées à la prise en charge institutionnelle comme les thérapies basées sur l'environnement ou sur la stimulation sensorielle et d'autres plus adaptées aux patients ambulatoires comme la stimulation cognitive.

### 3) Limites:

Malgré des preuves limitées de leur efficacité à court terme et une absence totale de preuves de leur utilité à long terme (1, 13), ces thérapeutiques sont très largement appliquées dans les établissements de soins pour personnes âgées.

### 4) Protocole ETNA :

Dans le cadre du Plan National contre la MA et les syndromes apparentés, le Ministère de la Santé a vivement incité les Centre Mémoire de Ressources et de Recherche à réaliser un essai multicentrique national d'évaluation de l'utilité des thérapeutiques non médicamenteuses dans la MA légère à modérée. Cette étude qui s'intitule « Essai clinique prospectif comparatif, multicentrique, randomisé, sans insu évaluant trois thérapies non-médicamenteuses dans la Maladie d'Alzheimer » a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité à long terme (2 ans) de 3 stratégies thérapeutiques non médicamenteuses : stimulation cognitive collective, thérapie par réminiscence collective, et un programme de prise en charge individuelle en déterminant si une ou plusieurs de ces thérapies permet de retarder chez les patients atteints de MA l'entrée dans la phase modérément sévère à sévère de la maladie en comparaison à un groupe de référence qui ne bénéficie pas de ces thérapies.

De plus, seront évalués les retentissements à court terme et à long terme de ces stratégies thérapeutiques non médicamenteuses sur :

- la détérioration cognitive du patient ;
- l'autonomie fonctionnelle du patient ;
- les troubles du comportement du patient ;
- la qualité de la vie du patient ;
- la symptomatologie dépressive du patient ;
- l'apathie du patient ;
- le fardeau de l'aidant ;
- le coût médical et médico-social de la prise en charge.

Il s'agit d'un essai clinique prospectif multicentrique, randomisé, sur quatre groupes parallèles, sans insu sur la prise en charge non médicamenteuse de patients atteints de la MA dont la gravité est légère à modérée.

Les patients sont randomisés en quatre groupes parallèles pour bénéficier du :

- suivi médical standardisé seul (stratégie de référence)
- ou suivi médical standardisé + stimulation cognitive collective
- ou suivi médical standardisé + thérapie par réminiscence collective
- ou suivi médical standardisé + programme de prise en charge individuelle

Par conséquent, l'évaluation contrôlée de ces thérapeutiques permettra de mieux comprendre leurs mécanismes d'action et ainsi de les développer au mieux.

#### 5) thérapie par réminiscence

Parmi les thérapies de type psychosocial, la thérapie par réminiscence est une des plus utilisées. Les thérapies par évocation du passé sont basées sur l'évocation de souvenirs anciens autobiographiques du sujet, relativement préservés au cours de la démence, y compris à des stades avancés. Un travail sur les souvenirs, des évènements particuliers, des expériences ou des activités passées de sa vie est effectué classiquement au cours de séances hebdomadaires en groupe. Les objectifs sont d'améliorer l'estime de soi du patient et de stimuler les capacités de socialisation résiduelles. Différents média peuvent être utilisés comme supports susceptibles de faciliter la récupération des souvenirs personnels : photographies, objets personnels, musiques, chansons anciennes, enregistrements familiaux... Selon le programme REMau (22), les séances reposent sur deux principes : consolider la sémantique personnelle et favoriser la reviviscence de souvenirs. Les séances peuvent se dérouler de manière individuelle, en groupes auxquels participent plusieurs patients, ou en groupes « familiaux » où participent le patient et différents membres appartenant à son entourage familial ou amical. Woods, Spector, Jones, Orrell et Davies (2005) (29) ont réalisé la revue de la littérature concernant la thérapie par réminiscence pour la Cochrane Library. Cinq essais randomisés seulement correspondaient aux critères de sélection des auteurs. Quatre essais seulement ont pu être inclus dans la méta-analyse : Baines et al. 1987 (4); Thorgrimsen et al. 2002 (27); Lai et al. 2004 (15); Morgan 2000 (20). D'après les conclusions de cette revue, les thérapies par évocation du passé sembleraient avoir une efficacité significative sur la cognition mais essentiellement limitée à la mémoire autobiographique ainsi que sur la symptomatologie dépressive des sujets y compris 4 à 6 semaines après l'intervention. Elles semblent aussi avoir une efficacité significative sur les troubles du comportement, mais celle-ci est limitée à la durée de l'intervention. Les études rapportent également une réduction du stress de l'aidant ainsi qu'une meilleure connaissance des soignants vis-à-vis des patients. Les interventions évaluées sont toutefois très hétérogènes :

certaines consistant en des entretiens individuels, d'autres en des séances de groupe ; certaines incluant les familles d'autres exclusivement centrées sur le patient. En conclusion, bien que ces résultats soient encourageants il existe trop peu d'études randomisées portant sur des effectifs suffisants pour pouvoir conclure à l'efficacité de cette thérapie dans la démence.



5.1) Rationnel

La thérapie par réminiscence est basée sur une composante fondamentale de la mémoire humaine : la mémoire autobiographique, qui rassemble les expériences vécues et forme l'essence de l'identité personnelle, mais aussi sur la mémoire des événements publics qui elle est partagée par tous. La mémoire autobiographique permet ainsi de conserver les traces mnésiques du passé propre à chaque individu : les épisodes importants de la vie, les lieux, les visages et les voix des personnes absentes ou disparues, les images, les mélodies, les odeurs, les saveurs perçues et même les émotions et les sentiments éprouvés dans le passé. Cette mémoire est multiple, composée de connaissances intemporelles et de souvenirs datés. Outre les connaissances très générales sur soi, y figurent aussi des souvenirs d'événements spécifiques qui gardent une telle vivacité que nous avons l'impression de les revivre en y pensant. Elle est également hétérogène quant aux effets du passage du temps, à la fois dépositaire de connaissances permanentes, sorte de mémoire de référence (3) et de connaissances soumises aux déformations et à l'oubli (26). Autrement dit, la mémoire autobiographique est constituée de deux composantes, épisodique et sémantique, qui peuvent être dissociées. La part épisodique contient des souvenirs d'événements spécifiques situés dans le temps et l'espace, alors que la part sémantique regroupe les connaissances générales de son passé. Ces connaissances sémantiques personnelles résultent pour la plupart d'un phénomène de décontextualisation progressive de la trace mnésique épisodique au cours du temps et des répétitions d'événements similaires (théorie de la sémantisation).

Différents travaux ont montré que l'effet de l'âge est hétérogène en fonction des systèmes mnésiques étudiés (6, 7, 14, 17). Ainsi, la mémoire épisodique est particulièrement sensible à l'effet de l'âge mais non la mémoire sémantique (21, 28).

Les résultats obtenus avec les épreuves de laboratoire de mémoire épisodique suggèrent que, dans la mémoire du passé lointain, les composantes épisodiques seront plus sensibles aux effets du vieillissement que les composantes sémantiques. Par ailleurs, si la preuve est faite que, dans le vieillissement normal, les informations anciennes sont mieux préservées que les informations récentes (loi de Ribot, 23), certains auteurs en déduisent que les informations anciennes sont de nature sémantique alors que les informations récentes sont épisodiques (5). La maladie d'Alzheimer (MA) est caractérisée par une importante hétérogénéité des atteintes cognitives en particulier dans le domaine de la mémoire (8, 9). Dans cette pathologie, les troubles mnésiques se caractérisent par une amnésie antérograde due principalement à un trouble d'encodage des nouvelles informations en mémoire épisodique. L'atteinte de la mémoire sémantique est plus variable et dépend du stade d'évolution de la maladie.

Sagar et al. (24) montrent en comparant deux groupes de patients atteints de démence légère et de démence modérée à sévère que les souvenirs autobiographiques récents sont plus sensibles au processus démentiel que les souvenirs anciens. Par ailleurs, Sagar et al. (25) confirment l'existence d'une distribution temporelle des souvenirs semblable à celle des sujets contrôles. Cependant, le pic des événements rappelés correspond à un âge d'encodage plus précoce chez les malades d'Alzheimer. Ces résultats confortent l'idée que les souvenirs récents et anciens sont sous-tendus par des processus distincts.

L'étude de Frohmholt et Larsen (12) démontre un effet du niveau de sévérité de la maladie sur les aspects quantitatifs et qualitatifs de la mémoire autobiographique : les patients présentent une baisse du nombre de rappels d'événements puis, avec la progression de la maladie, les associations entre les événements, leur contextualisation et le nombre de détails diminuent. En revanche, les souvenirs d'événements repères, marquant des changements dans la vie des patients, sont mieux rappelés.

Laurent et al. (16) ont proposé que l'évolution des profils de l'amnésie chez les patients MA suit l'évolution des lésions neuroanatomiques qui atteignent d'abord le cortex entorhinal et l'hippocampe, puis les aires associatives frontales et temporo-pariétales. En fonction de cette évolution, on assisterait à une « hiérarchie de dégradation » avec en premier des troubles de la mémoire épisodique, puis de la mémoire de travail et de la mémoire sémantique. L'étendue de l'amnésie rétrograde progresserait avec la sévérité de la maladie : au stade débutant (MMS > 20), le déficit atteint les connaissances autobiographiques et publiques récentes, au stade modéré (MMS 15-20) seules persistent les connaissances anciennes et au stade sévère (MMS < 15), seules les connaissances de l'enfance résistent à l'amnésie.

## 6) Bibliographie

1. ANAES, Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, mai 2003.
2. ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, à paraître en 2009.
3. Bahrick H.P. Semantic memory content in permastore: 50 years of memory for Spanish learned in school. *Journal of Experimental Psychology: Memory, learning and cognition*, 113; 1-29, 1984.

4. Baines S., Saxby P., Ehlert K. Reality Orientation and Reminiscence Therapy : a controlled cross-over study of Elderly Confused People. *British Journal of Psychology*, 151; 222-231, 1987.
5. Cermak L.S. The episodic-semantic distinction in amnesia. In L.R. Squire, N. Butters (eds.), *Neuropsychology of memory*. New-York : The Guilford Press, 55-62, 1984.
6. Craik F.I.M., Anderson N.D, Kerr S.A., Li K.Z.H. Memory changes in normal ageing. In A.D. Baddeley, B.A. Wilson, F.N. Watts (eds), *Handbook of memory disorders*. Chichester: Wiley & Sons, 221-241, 1995.
7. Desgranges B., Eustache F., Rioux P. Effets de l'âge et du niveau d'étude sur différents sous-systèmes mnésiques. *L'année Psychologique*, 94 ; 345-368, 1994.
8. Desgranges B., Eustache F., Rioux P., De la Sayette V., Lechevalier B. Memory disorders in Alzheimer's disease and the organization of human memory. *Cortex*, 32; 387-412, 1996.
9. Eustache F., Desgranges B. Les systèmes de mémoire dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie Française*, 42 ; 391-402, 1997.
10. Feil N. *Validation The Feil Method. How to help the disorientated old-old*. Feil Productions, Cleveland, 1982.
11. Feil N *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's type dementia"*, Baltimore, Health Promotion Press, 1993.
12. Fromholt P., Larsen S.F. Autobiographical memory and life-history narratives in aging and dementia (Alzheimer type). In M.A. Conway, D.C., Rubin, H. Spinnler, W.A. Wagenaar (eds), *Theoretical perspectives on autobiographical memory*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 413-426, 1992.
13. H.A.S. *Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, synthèse des recommandations professionnelles*, mars 2008.
14. Kausler D.H. *Learning and memory in normal aging*. New York: Academic Press, 1994.
15. Lai C. K. Y., Chi I., Kayser-Jones J. A randomised controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16; 33-49, 2004.
16. Laurent B., Thomas-Antérion C., Allegri R.F. Mémoires et démences. *Revue Neurologique*, 154; 2s, 33-49, 1998.
17. Light L.L. Memory and aging: four hypothesis in search of data. *Annual Review of Psychology*, 42; 333-376, 1991.

18. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*, 162 ; 1996 – 2021, 2005.
19. Meulemans T. Rééducation du fonctionnement mnésique: perspectives actuelles. *Arobase* 5, 1-2 ; 91-103, 2001.
20. Morgan S. The impact of a structured life review process on people with memory problems living in care homes. DCLinPsy thesis, University of Wales Bangor, 2000.
21. Nyberg L., Tulving E. Classifying human long-term memory: evidence from converging dissociations. *European Journal of cognitive Psychology*, 8; 163-183, 1996.
22. Piolino P. La mémoire autobiographique: théorie et pratique en neuropsychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 27 (3) ; 1-20, 2006.
23. Ribot T. Les maladies de la mémoire. Paris : Baillière, 1881.
24. Sagar H.M., Cohen N.J, Sullivan E.V., Corkin S. Remote memory function in Alzheimer disease and Parkinson's disease. *Brain*, 111; 185-206, 1988.
25. Sagar H.M., Sullivan E.V., Corkin S. Autobiographical memory in normal ageing and dementia. *Behavioural Neurology*, 4; 235-248, 1991.
26. Schacter D.L. A la recherche de la mémoire. Bruxelles : De Boeck, 1999.
27. Thorgrimsen L., Schweitzer P., Orrell M. Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29; 93-97, 2002.
28. Tulving E. Organization of memory: quo vadis? In M.S. Gazzaniga (eds), *The cognitive neurosciences*. Cambridge: the MIT Press, 839-847, 1995.
29. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia (review) *The Cochrane Collaboration*, in *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005.