



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOAPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOAPHONISTE

par

Amélie YERNAUX

soutenu le : **25 juin 2018**

**Intérêt de la communication multimodale auprès de personnes présentant un trouble neurocognitif majeur à un stade modéré :
Utilisation d'un protocole d'intervention orthophonique impliquant la participation de l'aide**

Mémoire dirigé par : Madame POTTIER Lise, Orthophoniste et Formatrice

Président de Jury : Madame Le Professeur TYVAERT Louise, Professeur en Neurologie

Assesseur : Madame JONVEAUX Thérèse, Docteur en Neurologie

« J'ai là-haut entre les étoiles, quelqu'un que je n'oublierai jamais... »

A ma mamie Lulu

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements :

A Madame Tyvaert pour avoir accepté la présidence de mon jury et pour l'intérêt porté à ce travail.

A Madame Pottier, pour m'avoir accompagnée ces deux dernières années dans la réalisation de ce mémoire, pour sa disponibilité, son écoute, sa bienveillance, ses précieux conseils et le temps consacré aux corrections et aux nombreuses relectures... Merci également de m'avoir transmis autant de savoir-faire et de savoir-être professionnel auprès des patients.

A Madame Jonveaux pour avoir accepté de faire partie de mon jury et pour s'être intéressée à ce travail de fin d'études.

Aux patientes et à leurs familles qui ont gentiment accepté de participer à ce projet. Merci pour votre coopération, votre sympathie et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A mes maîtres de stage qui m'ont accueillie cette année. Rachel, Christelle, Maryse et Marie, merci d'avoir été si bienveillantes et encourageantes dans la rédaction de ce mémoire.

A ma mère qui a toujours cru en moi. Merci de m'avoir toujours soutenue, épaulée durant ces années d'études et d'avoir été si patiente et compréhensive...

A Nicolas, qui m'a donné la chance de réaliser mon projet professionnel.

A Olivier, pour avoir sans cesse cru en mes capacités, pour avoir partagé mes moments de doutes. Merci d'avoir été là quand il le fallait.

A Estelle, ma coloc de choc, sans qui ces trois dernières années n'auraient pas eu la même saveur. Merci pour tous ces beaux moments partagés.

Aux PBLC, mes amies d'orthophonie qui ont rendu ces cinq années d'études mémorables. Pour tous les fous rires, les soirées et les galères aussi. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A tous mes amis, d'ici et d'ailleurs pour leurs encouragements et leur amitié sans faille depuis de nombreuses années.

A ma grand-mère pour m'avoir donné l'envie d'exercer ce métier.

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Listes des tableaux	5
Liste des figures	7
Liste des annexes	8
Introduction.....	9
Partie 1 : Ancrage théorique	11
Chapitre 1 La maladie d'alzheimer et les troubles neurocognitifs	12
1.1. Définition et épidémiologie	12
1.1.1. Les troubles neurocognitifs (DSM V).....	12
1.1.2. La maladie d'Alzheimer : épidémiologie	12
1.1.3. Les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer (MAMA).....	13
1.1.4. Une maladie évolutive	14
1.2. Les signes cliniques des TNCM	15
1.2.1. Atteinte mnésique	16
1.2.2. Atteinte linguistique.....	17
1.2.3. Atteinte perceptivo-motrice	19
1.2.4. La désorientation spatio-temporelle.....	20
1.2.5. Atteinte des fonctions exécutives et trouble attentionnel	20
1.2.6. Atteinte comportementale.....	20
1.3. La communication chez le sujet atteint d'un TNCM.....	21
1.3.1. Définition de la communication.....	21
1.3.2. Les facteurs influençant la communication	22
1.3.3. Les répercussions des troubles linguistiques sur la communication.....	23
Chapitre 2 L'importance de la communication non verbale dans les troubles neurocognitifs majeurs.....	25
2.1 Définition de la communication non verbale.....	25
2.2 Les principaux comportements non verbaux utilisés chez l'homme	26
2.2.1 La distance corporelle	26
2.2.2 Le contact corporel	27
2.2.3 Les expressions faciales.....	27
2.2.4 Les aspects non verbaux du langage.....	28
2.2.5 Les gestes	29
2.3 L'influence de la sensorialité sur la communication	30
Chapitre 3 Les moyens thérapeutiques mis en place lors de l'intervention orthophonique auprès de patients atteint d'un trouble neurocognitif majeur.....	34
3.1 Intervention orthophonique sur les troubles consécutifs au TNCM	34
3.1.1 La remédiation cognitive linguistique	35
3.1.2 La remédiation cognitive mnésique	35
3.1.3 La remédiation cognitive des fonctions exécutives	37
3.2 Intervention orthophonique fonctionnelle auprès du patient et de son entourage	37
3.2.1 Thérapie écosystémique avec l'aide : informations, guidance	38
3.2.2 Thérapie écosystémique avec le patient.....	39
3.2.3 Thérapie comportementale.....	39
3.3 Introduction à la communication alternative et améliorée.....	40

3.3.1	Généralités	40
3.3.2	Intérêt de la Communication Alternative et Améliorée (CAA).....	42
3.3.3	Utilisation d'outils de communication non verbale	42
Partie 2 : Partie méthodologique.....		45
Chapitre 1 problématique et hypotheses		46
1.1.	Problématique	46
1.2.	Hypothèses théoriques	47
1.3.	Hypothèses opérationnelles	47
Chapitre 2 Méthodologie		48
2.1	Présentation de la population	48
2.1.1	Critères d'inclusion et d'exclusion pour le choix des patients	48
2.1.2	Présentation des patients et de leurs aidants	48
2.2	Présentation de la démarche expérimentale.....	50
2.2.1	Objectif	50
2.2.2	Déroulement de l'expérimentation	50
2.2.3	Cadre spatio-temporel.....	51
2.2.4	Thème du protocole	51
2.2.5	Constitution du protocole.....	51
2.3	Modes de traitement des données	54
2.3.1	Grille d'évaluation de la communication d'un patient présentant un TNCM (Annexe 4)	54
2.3.2	Grille d'analyse qualitative des entretiens (Annexe 5).....	54
2.3.3	Questionnaire d'évaluation de la communication à destination des aidants (Annexe 6)	55
2.4	Précautions méthodologiques	55
Partie 3 : Résultats		56
Présentation et analyse des données		57
1.1	Grille d'évaluation de la communication d'un patient présentant un Trouble Neurocognitif Majeur.....	57
Discussion		75
1.	Synthèse globale des résultats et validation des hypothèses	75
2.	Positionnement personnel dans la recherche et les situations cliniques	78
3.	Limites et critiques sur la démarche de travail	79
4.	Pistes de recherche et perspectives thérapeutiques	80
Conclusion		81
Bibliographie.....		83
Annexes.....		87

LISTES DES TABLEAUX

Tableau A1 : Comparaison qualitative de la communication verbale de Madame B. avant/après l'expérimentation

Tableau A2 : Comparaison qualitative de la communication non verbale de Madame B. avant/après l'expérimentation

Tableau A3 : Comparaison quantitative de la communication avant/après l'expérimentation de Madame B.

Tableau B1 : Comparaison qualitative de la communication verbale de Madame D. avant/après l'expérimentation

Tableau B2 : Comparaison qualitative de la communication non verbale de Madame D. avant/après l'expérimentation

Tableau B3 : Comparaison quantitative de la communication de Madame D. avant/après l'expérimentation

Tableau D1 : Tableau d'analyse qualitative de la communication non verbale de Mme B. durant les entretiens

Tableau D2 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des gestes entre les protocoles Mme B.

Tableau D2 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des gestes entre les protocoles Mme B.

Tableau D3 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme B.

Tableau D3 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme B.

Tableau D4 (a) : Comparaison des scores d'utilisation des images entre les protocoles Mme B.

Tableau D4 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des images entre les protocoles Mme B.

Tableau E1 : Tableau d'analyse qualitative de la communication verbale et non verbale de Mme D. durant les entretiens

Tableau E2 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des gestes entre les protocoles Mme D.

Tableau E2 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des gestes entre les protocoles Mme D.

Tableau E3 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme D.

Tableau E3 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme B.

Tableau E4 (a) : Comparaison des scores d'utilisation des images entre les protocoles Mme D.

Tableau E4 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des images entre les protocoles Mme D.

LISTE DES FIGURES

Graphique A1 : Comparaison quantitative de la communication de Madame B. avant/après l'expérimentation

Graphique B1 : Comparaison quantitative de la communication de Madame D. avant/après l'expérimentation

Graphique C1 : Comparaison quantitative avant/après expérimentation du discours verbal

Graphique C2 : Comparaison quantitative avant/après expérimentation du discours non verbal

Graphique F1 : Comparaison de l'utilisation gestes début et fin d'expérimentation

Graphique F2 : Comparaison de l'utilisation des objets concrets début et fin d'expérimentation

Graphique F3 : Comparaison de l'utilisation des images début et fin d'expérimentation

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Protocole multimodal d'intervention orthophonique

Annexe 2 : Questionnaire concernant les situations quotidiennes en présence de l'aideant

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Annexe 4 : Grille dévaluation de la communication d'un patient atteint d'un TNCM

Annexe 5 : Grille d'analyse qualitative des entretiens

Annexe 6 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM post-expérimentation à destination des aidants

Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme D pré-expérimentation.

Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme B pré-expérimentation.

Annexe 9 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme D post-expérimentation.

Annexe 10 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme B post-expérimentation.

INTRODUCTION

Les troubles neurocognitifs majeurs représentent aujourd’hui une des principales pathologies neurodégénératives chez la personne âgée. Actuellement, en France 900 000 personnes seraient concernées et ce nombre ne devrait cesser d’accroître dans les années à venir compte tenu de l’allongement de l’espérance de vie.

Outre l’altération progressive des fonctions intellectuelles, du comportement, ces troubles neurocognitifs majeurs ont des répercussions directes sur les facultés de communication de la personne. Ainsi, l’identité du sujet et son statut d’être communicant souvent mis à mal, altèrent inévitablement les relations au sein d’un système familial.

La communication verbale tend à devenir de moins en moins efficace au fur et à mesure que l’atteinte neurocognitive évolue, alors que les capacités communicationnelles non verbales restent présentes. Cette préservation de la communication non verbale est observée même à un stade avancé de la maladie. Elle est essentielle pour les soignants ou/et les proches, afin de comprendre les comportements non verbaux du patient et de pouvoir y répondre de manière appropriée au quotidien. Les thérapies non médicamenteuses actuelles préconisent le recours au canal non verbal pour communiquer avec le patient à des stades avancés de la maladie.

L’un des objectifs de l’intervention orthophonique est de maintenir le plus longtemps possible, les capacités communicationnelles résiduelles de la personne en tenant compte de la singularité de chacun. Des moyens spécifiques et adaptés à chaque patient doivent être proposés pour mener à bien une intervention thérapeutique efficiente. Ainsi, certaines études comme celle de Brunel (2010) ont montré l’intérêt d’utiliser la communication multimodale auprès de patients présentant un Trouble Neurocognitif Majeur (TNCM). En ayant recours à différents canaux sensoriels (verbal, gestuel, visuel), le message verbal est réitéré améliorant ainsi la compréhension du message. Ce type de communication est déjà largement utilisé avec d’autres patients présentant des pathologies diverses (surdité, paralysies cérébrales, ...) mais encore trop peu développée auprès de patients ayant un TNCM. Toutefois, les études de Bouchy (2015) et de Ménard (2016) ont mis en évidence les bénéfices de l’utilisation de la communication augmentative imagée et gestuelle sur la compréhension et dans les situations de soins.

L'orthophoniste intervient également auprès de l'entourage, afin de les informer, de les accompagner et de les orienter sur la façon d'interagir avec leur parent à chaque évolution de la maladie. Réels partenaires dans la prise en charge orthophonique, les aidants et le thérapeute vont chercher ensemble les comportements et les moyens qui faciliteront la compréhension et la communication dans les activités quotidiennes.

Il paraît donc intéressant de développer cette pratique auprès des aidants principaux et des patients lors de l'intervention orthophonique, afin de les sensibiliser à l'intérêt d'y avoir recours dans les activités quotidiennes.

Nous proposons donc d'étudier l'incidence de l'utilisation d'un protocole multimodal et de l'implication de l'aidant lors de l'intervention orthophonique sur la communication quotidienne des patients présentant un TNCM à un stade modéré.

Par ce travail de fin d'études, nous souhaitons trouver des conditions favorisant et facilitant les échanges entre le patient et son aidant principal lors de situations de la vie quotidienne.

Après avoir défini les troubles neurocognitifs majeurs, nous exposerons dans un premier temps les données théoriques concernant les différents troubles cognitifs et langagiers qui en résultent, avant de nous intéresser à la communication non verbale ainsi qu'au rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge thérapeutique de ces troubles. Nous présenterons ensuite nos différentes hypothèses de travail et notre méthodologie pour réaliser le protocole expérimental. Enfin, à travers nos observations, nous analyserons et discuterons les résultats obtenus dans cette étude.

PARTIE 1 : ANCORAGE THEORIQUE

CHAPITRE 1

LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

1.1. Définition et épidémiologie

1.1.1. Les troubles neurocognitifs (DSM V)

La cinquième version de la classification américaine des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) parue en mai 2013, apporte des modifications importantes en ce qui concerne les troubles mentaux liés à des lésions cérébrales. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MAMA) sont à présent regroupées dans le chapitre « Troubles neurocognitifs (TNC) ».

Ce terme est préféré à celui de « Démence », puisqu'il paraît moins stigmatisant et mieux adapté aux maladies neurodégénératives qui peuvent affecter des sujets jeunes (infection par le virus du Sida). Il permet également d'évoquer un trouble neurocognitif majeur sans que les troubles de la mémoire soient essentiels à la pose du diagnostic. Néanmoins, dans la littérature et dans le milieu professionnel, le terme de « Démence » est encore majoritairement usité pour qualifier un patient atteint d'un trouble neurocognitif majeur.

Ce nouveau chapitre comprend ainsi le Délirium (état confusionnel), le Trouble neurocognitif majeur (TNCM) et le Trouble neurocognitif mineur (TNCm).

Les critères du TNCM et du TNCm reposent sur la présence d'un déclin par rapport à un niveau antérieur dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attentionnel, exécutif, mnésique, langagier, de la cognition sociale). La principale différence entre le trouble neurocognitif mineur et le trouble neurocognitif majeur réside dans l'existence de troubles cognitifs compromettant l'autonomie du patient dans les activités de la vie quotidienne.

1.1.2. La maladie d'Alzheimer : épidémiologie

La maladie d'Alzheimer est l'étiologie la plus fréquente des affections à l'origine de troubles neurocognitifs majeurs.

Cette pathologie dite « neurodégénérative », entraîne lentement la disparition des neurones et fait apparaître deux types de lésions qui envahissent progressivement les zones du cortex cérébral : les plaques séniles également appelées « plaques amyloïdes » et les dégénérescences neurofibrillaires (Desrouesné, 2006). La disparition de ces neurones génère une altération des

facultés cognitives (la mémoire, le raisonnement, le langage, les fonctions exécutives...) et engendrent d'autres troubles réduisant progressivement l'autonomie du patient et son adaptation socio-professionnelle et familiale (*France Alzheimer*).

Même s'il existe des cas de forme héréditaire précoces, la maladie d'Alzheimer survient généralement après l'âge de 65 ans, compte tenu du vieillissement de la population. Les femmes seraient plus exposées à cette maladie dans les formes tardives que les hommes.

Selon les estimations de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 900 000 personnes seraient aujourd'hui touchées par la Maladie d'Alzheimer en France. On estime cependant que seulement 50% des patients réellement atteints sont diagnostiqués (Delaby, Rousseau, Gatignol, 2011).

1.1.3. Les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer (MAMA)

Les maladies apparentées présentent la même sémiologie de troubles que la maladie d'Alzheimer mais leur mécanisme, leurs manifestations et leur traitement diffèrent.

1.1.3.1. Les dégénérescences lobaires fronto-temporales (DLFT)

Celles-ci se caractérisent par la disparition progressive des neurones au niveau des lobes frontaux et/ou temporaux antérieurs.

Les DLFT peuvent apparaître sous trois formes :

- La forme comportementale*** qui altère l'initiative et le contrôle de soi par rapport aux normes sociales.
- La forme langagière ou « aphasie primaire progressive »*** responsable d'une réduction de l'expression spontanée et d'un manque du mot régulier.
- La forme sémantique*** à l'origine d'une perte de la connaissance des mots et des objets.

L'âge de début de ce trouble neurocognitif est généralement plus précoce (avant 65 ans) que celui de la maladie d'Alzheimer.

1.1.3.2. Les démences vasculaires et mixtes

- La démence vasculaire*** n'est pas une maladie dégénérative à proprement parlé comme la maladie d'Alzheimer, puisqu'elle caractérise un état démentiel associé à des lésions vasculaires cérébrales à la suite d'accidents vasculaires cérébraux (M.-

L. SEUX, 2006).

- ***La démence mixte*** associe des lésions dégénératives et des lésions dues à des AVC répétés.

1.1.3.3. La maladie à corps de Lewy

Dans cette maladie neurodégénérative plusieurs parties du cerveau peuvent être touchées. Elle se caractérise par une altération du fonctionnement intellectuel et peut être accompagnée de difficultés motrices.

A la différence de la maladie d'Alzheimer, les troubles cognitifs se manifestent la plupart du temps, l'année précédent ou suivant l'apparition des troubles moteurs. (Dieudonné, Marquis, Ergis, Verny, 2006).

1.1.4. Une maladie évolutive

Les TNCM sont singuliers par le fait qu'ils offrent des disparités tant au niveau des troubles que de leur vitesse de progression.

Dès l'apparition des premiers symptômes, la maladie peut évoluer sur plusieurs années, parfois sur plus de dix ans mais se fait toujours dans le sens de l'aggravation (Rousseau, 1995). Au début de la maladie, les différents troubles cognitifs et non cognitifs sont insidieux et n'altèrent que légèrement la communication. Néanmoins, celle-ci se retrouve fortement perturbée lors des derniers stades.

Les auteurs proposent différents tableaux de l'évolution des TNCM.

□ ***L'atteinte légère : score supérieur à 20 au MMSE***

Les premiers symptômes significatifs sont les troubles de la mémoire, notamment épisodique qui deviennent plus manifestes et sont souvent repérés par l'entourage. Le patient oublie les événements récemment vécus et répète les mêmes questions à plusieurs reprises. Des troubles de la concentration peuvent également apparaître dans la réalisation de certaines tâches complexes qui requièrent une attention soutenue.

Au niveau des capacités communicationnelles, la compréhension syntaxique fine ou le langage métaphorique et implicite peuvent être perturbés (Moritz-Gasser, 2006).

D'un point de vue expressif, le patient a généralement recours à des périphrases pour

remplacer des noms et compenser son manque du mot.

A ce stade, le patient nie souvent ses troubles et n'en a fréquemment plus conscience, bien qu'il devienne anxieux devant ces perturbations.

□ *L'atteinte moyenne : score compris entre 10 et 20 au MMSE*

A ce stade, le ralentissement des fonctions cognitives constraint peu à peu le patient à une baisse d'autonomie dans les activités quotidiennes et le rend dépendant d'aides externes.

Les troubles de la mémoire touchent des événements de plus en plus personnels, la désorientation temporo-spatiale est souvent bien installée.

Au niveau communicationnel, le patient présente de plus en plus de difficultés pour exprimer spontanément ses besoins quotidiens et la compréhension des éléments du vocabulaire simple devient de plus en plus complexe (Rousseau, 1995).

□ *L'atteinte sévère : score inférieur à 10 au MMSE*

Lors de ce dernier stade, le patient a besoin d'un accompagnement total dans la réalisation des tâches quotidiennes telles que la toilette, le repas. En effet, les déficits attentionnels, la détérioration des fonctions cognitives ne permettent plus au patient de réaliser une tâche simple ou habituelle.

A ce stade, les fonctions verbales disparaissent totalement et la compréhension du langage se retrouve très altérée. Certains patients peuvent toutefois utiliser quelques mots sans signification ou des vocalisations. Le sujet emploie généralement des moyens non verbaux (les gestes, les mimiques), ou des grognements pour signaler une gêne ou la reconnaissance d'une personne qui lui est familière (Khosravi, 2003).

1.2. Les signes cliniques des TNCM

Les troubles neurocognitifs majeurs possèdent des tableaux symptomatiques vastes et variés compte tenu des variations inter et intra-individuelles et de la localisation des lésions cérébrales.

Les caractéristiques principales de ces maladies sont l'amnésie, l'apraxie, l'aphasie et l'agnosie : c'est pourquoi l'on parle souvent de la maladie des quatre « A » (*France Alzheimer*). D'autres troubles, comme la désorientation, l'incapacité à s'adapter à de nouvelles situations s'installent également au fur et à mesure que la maladie progresse.

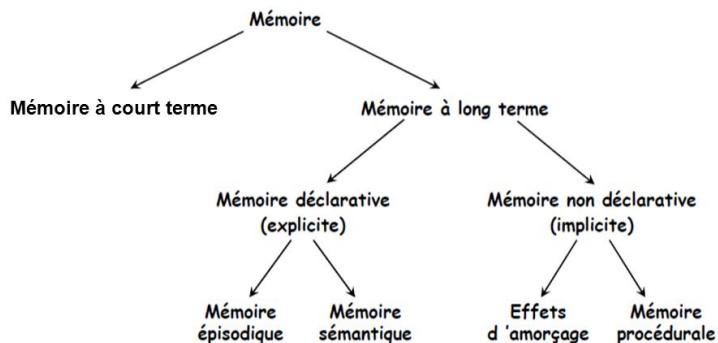
1.2.1. Atteinte mnésique

Les troubles mnésiques constituent généralement le principal objet de plainte des patients. Ce sont les seuls troubles présents chez tous les malades (Derouesné, 2006). L'être humain n'est cependant pas doté d'une seule mémoire mais de plusieurs, liées les unes aux autres qui ne seront pas déficitaires toutes au même moment. Certaines mémoires restent presque efficientes jusqu'au décès du patient (Khosravi, 2003).

Il existe deux grands types de mémoire : la mémoire à court terme et la mémoire à long terme regroupant plusieurs systèmes mnésiques.

MODELE PARALLELISTE DE LA MEMOIRE HUMAINE

Schéma inspiré de Squire & Zola-Morgan (1991)



□ *La mémoire à court terme*

Cette mémoire permettant la rétention d'un nombre limité d'informations sur un court instant, est considérée comme un lieu de stockage transitoire. Elle est souvent altérée dès le début de la maladie.

Elle est composée de la **mémoire de travail** indispensable à la réalisation de tâches immédiates (Belleville, Bélanger, 2006). Ce système mnésique souvent perturbé dans les troubles neurocognitifs majeurs, réduit les capacités d'apprentissage et la capacité à effectuer des tâches complexes (Delaby, Rousseau, Gatignol, 2011).

□ *La mémoire à long terme*

Cette mémoire permet le stockage d'une nouvelle information transformée et codée de façon permanente.

La mémoire épisodique permet l'enregistrement de données autobiographiques situées dans le temps et dans l'espace (Ergis, Boutbibe, 2006). Ces données enregistrées dans un contexte précis d'apprentissage possèdent bien souvent une valeur émotionnelle pour la personne. Son altération constitue un symptôme majeur d'un TNCM qui perturbe très tôt la vie du patient. Parfois, il peut se rappeler des événements de sa vie mais ne peut plus les résituer dans son contexte spatio-temporel.

La mémoire sémantique permet le stockage de la connaissance du monde. Elle contient des informations abstraites sur les objets, les personnes et sont organisées selon des principes non temporels. La récupération de ces informations se fait de manière automatique et par l'activation du sens (Moreaud, 2006). Cette mémoire se dégrade avec l'évolution de la maladie qui détruit progressivement le stock de connaissances du patient. L'accès aux informations contenues dans ce système mnésique est également rendu plus difficile.

La mémoire procédurale est impliquée dans l'apprentissage de nombreuses habiletés perceptivo-motrices (apprentissage du vélo) et perceptivo-verbales. Ces apprentissages s'effectuent de façon progressive et inconsciente (Ergis, Boutbibe, 2006).

Cette mémoire reste longtemps préservée étant donné que l'acquisition de ces procédures est réalisée au niveau de structures neuronales indépendantes de la région hippocampique (noyaux gris centraux) qui est la plus touchée dans un contexte de troubles neurocognitifs majeurs. De la même manière, certaines capacités d'apprentissage implicite associées à la familiarité restent préservées plus longtemps (Kenigsberg et al., 2015).

L'effet d'amorçage est un phénomène induit par une augmentation de la précision et/ou de la vitesse d'une performance dans une tâche cognitive lorsque le sujet a été préalablement exposé à l'information (Nicolas, 1994). La personne ne se souvient généralement pas d'avoir été exposée précédemment à ce stimuli. Par conséquent, l'effet d'amorçage joue un rôle important dans le rappel inconscient des informations.

1.2.2. Atteinte linguistique

Le langage est souvent mis à mal précocement et se détériore au fur et à mesure que la maladie progresse.

Le milieu dans lequel le patient vit est un facteur important dans l'évolution des troubles du langage, selon qu'il est stimulant ou plutôt enclin à l'isolement (Khosravi, 2003).

Les troubles lexicaux

Les troubles du langage se manifestent dès les prémices des TNCM par une perte du mot au cours d'une conversation, une difficulté à enchaîner des idées, des perséverations de phrases ou quelques paraphasies verbales. Ces troubles peuvent s'apparenter à ceux qu'on retrouve dans une aphasic anomique mais il existe une différence majeure qui réside dans la fluence du discours (Appel, 1982 cité par Rousseau, 1995).

Le patient peut alors avoir recours à des paraphrases, à des termes plus génériques ou encore à des pantonymes (« machin », « truc ») pour compenser ce manque du mot.

Le contenu lexical tend à diminuer avec l'évolution de la maladie pouvant aller jusqu'à une forme de mutisme dans les stades les plus avancés (Sambuchi, Michel, Bastien, 2005).

Les différentes difficultés langagières évoquées ci-dessus peuvent également être observées dans d'autres affections responsables d'un TNCM.

Les troubles sémantiques

Tout comme le lexique, la sémantique des mots est touchée et les troubles sont d'intensité variable dans les premiers stades de la maladie. Le patient rencontre des difficultés à identifier et à retrouver le nom des personnes et des objets (Moreaud, 2006). Il n'a plus de représentations mentales des mots : ceux-ci ne font plus sens pour le sujet, compte tenu de la perte des traits sémantiques et des composantes qui les caractérisent.

Les perturbations phonologiques, syntaxiques

Contrairement aux aptitudes lexicales et sémantiques qui sont atteintes précocement, les aptitudes syntaxiques et phonologiques restent relativement préservées.

Des études de Bayles et Kazniak en 1987 démontrent que certains patients continuent à produire des phrases correctes phonologiquement et syntaxiquement même si le contenu n'a aucun sens.

Parfois, des simplifications de constructions syntaxiques et un agrammatisme (absence de mots outils dans la phrase) peuvent être remarqués. A un stade plus avancé, l'ordre des mots constituant la phrase peut être erroné.

Les troubles pragmatiques

En situation de communication, le sujet utilise des compétences pragmatiques (alternance des tours de rôle, initiation d'un thème, demandes de clarification...) afin d'adapter son discours à l'interlocuteur et au contexte d'énonciation.

En présence d'un TNCM, le discours du patient peut parfois manquer de cohérence globale (manière dont le discours est organisé en fonction d'un thème ou d'un but) Berrewaerts et al. (2003) et par conséquent, son contenu devient moins informatif. Différentes études mettent également en évidence la présence d'erreurs référentielles c'est-à-dire l'utilisation de noms, pronoms ou anaphores sans référent ou avec un référent ambigu qui témoignent d'une moins bonne cohésion du discours. Des difficultés à maintenir le thème d'interlocution peuvent également être perceptibles au cours d'une conversation lorsque le stade de la maladie est plus avancé.

1.2.3. Atteinte perceptivo-motrice

Les troubles gnosiques

Le patient atteint d'un TNCM peut présenter une incapacité à reconnaître la signification d'un stimulus en dépit d'un bon fonctionnement des organes sensoriels.

L'agnosie visuelle est la plus fréquente dans un TNCM (Touchon, Portet, 2002). Elle se manifeste par une non reconnaissance des objets de la vie courante, des images, des couleurs pouvant aller jusqu'à la non reconnaissance de visages (prosopagnosie) même très familiers.

Le patient peut également présenter **une agnosie auditive** se traduisant par des difficultés à reconnaître et à identifier certains sons. Dans certains cas, l'agnosie peut être totale et s'étendre à toute la sphère auditive.

Les troubles praxiques

Les perturbations des réalisations gestuelles sont constantes (Rousseau, 2011) et réduisent ainsi l'autonomie de la personne dans les activités quotidiennes.

Il peut s'agir d'une apraxie idéatoire (impossibilité de manipuler des objets), d'une apraxie idéomotrice (impossibilité de réaliser des gestes symboliques tels que le salut militaire).

L'apraxie constructive (impossibilité de reproduire une construction dans le domaine visuospatial) tout comme l'apraxie de l'habillage sont fréquemment présentes à un stade modéré de la maladie.

1.2.4. La désorientation spatio-temporelle

Au début, le patient perd ses repères temporels (Khosravi, 2003). A un stade plus avancé, le patient se retrouve peu à peu hors du temps et ne différencie plus le passé du présent.

Parallèlement à ces déficits, on voit apparaître des troubles d'ordre spatiaux qui touchent dans un premier temps un environnement non familier. Progressivement, le sujet est incapable de se représenter un espace plus restreint et connu (Sellal & Kruczak, 2001).

Ce trouble est souvent source de grande anxiété pour le patient mais aussi pour l'entourage.

1.2.5. Atteinte des fonctions exécutives et trouble attentionnel

Les fonctions exécutives correspondent aux capacités nécessaires à une personne pour s'adapter à des situations nouvelles non routinières. Elles requièrent la mise en œuvre de différents processus tels que l'inhibition, la planification de l'action, l'organisation d'une tâche ou encore la flexibilité mentale qui sont souvent altérés précocement dans un TNCM (Rousseau, 1995). Le patient présente alors des difficultés à former des concepts abstraits à résoudre des problèmes ou réaliser une action dirigée vers un but.

En ce qui concerne l'attention, un TNCM provoquerait des difficultés à maintenir volontairement l'attention du sujet et des temps de réaction plus longs que les sujets âgés non pathologiques (Belleville & Bélanger, 2006).

1.2.6. Atteinte comportementale

Des lésions cérébrales présentes dans la région frontale du cerveau et des altérations chimiques provoquées par la présence d'un TNCM chez un patient peuvent modifier son comportement social et relationnel.

Dès le début de la maladie, on peut remarquer la présence de troubles au niveau comportemental tels que la dépression, l'apathie (perte d'intérêts vis-à-vis des activités antérieures, sociales et familiales), une agressivité et des manifestations anxieuses.

Ces modifications comportementales sont une véritable souffrance pour le patient mais aussi pour l'entourage qui ne sait généralement pas quelle attitude adoptée face à ces troubles et se tourne vers une possibilité d'institutionnalisation (Sellal *et al.*, 2007).

1.3. La communication chez le sujet atteint d'un TNCM

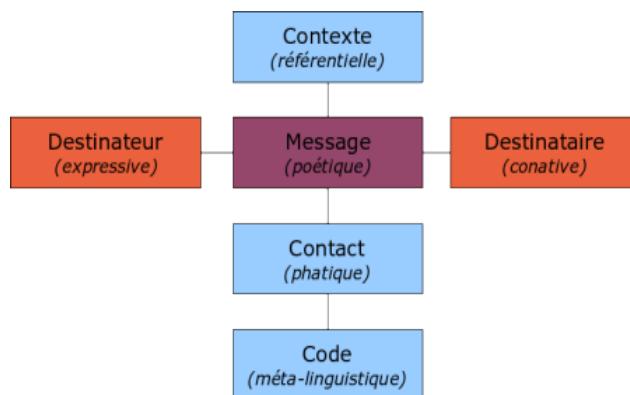
L'altération des fonctions cognitives d'un patient atteint d'un TNCM conduit progressivement à des désordres linguistiques et à une impossibilité de comprendre le discours de l'interlocuteur. Ces changements perturbent par conséquent les échanges verbaux avec autrui sur lesquels influent les facteurs psychosociaux, personnels et contextuels propres au patient (Rousseau,1995).

1.3.1. Définition de la communication

Selon Touchon (2013), la communication pourrait être définie comme « *un échange réciproque dynamique associant l'envoi et la réception d'informations pertinentes pour une culture donnée* ». L'objectif premier est de modifier l'état cognitif et affectif du destinataire et ses intentions de communiquer.

Jakobson en 1963, décrit un schéma général de la communication par la transmission d'un *message* d'un *destinataire* vers un *destinataire*, en incluant la notion de *contact* (canal physique de transmission et relation psychologique établie entre le destinataire et le destinataire), de *contexte* de communication et de *code* en partie commun aux deux sujets.

Une fois le message énoncé, l'émetteur fait preuve de rétroaction (feed-back) qui lui permet d'avoir des informations sur la façon dont son message a été reçu, pour ainsi ajuster la façon dont il communique (par exemple en poursuivant son discours ou en utilisant des procédés de reformulation).



Chacun de ces six facteurs de la communication énumérés par Jakobson renvoie à une fonction linguistique précise : la fonction expressive (expression des sentiments du locuteur), conative (fonction relative au récepteur), référentielle (message renvoie au monde extérieur), phatique (mise en place et maintien de la communication), poétique (forme du texte devient

l'essentiel du message) et métalinguistique (le code lui-même devient l'objet du message).

1.3.2. Les facteurs influençant la communication

La maîtrise d'une langue ou d'une grammaire formelle est nécessaire, mais cela ne suffit pas pour communiquer. Il faut également être capable de répondre et de réagir en fonction de l'intention de communication d'un interlocuteur et d'adapter son comportement aux contraintes de l'échange (Lefebvre et al., 2012).

□ *Liés à l'émetteur*

L'émetteur est la personne qui encode et émet un message. Certains facteurs individuels et psychosociaux tels que l'âge, le niveau socio-culturel et la personnalité vont avoir un effet sur l'interaction avec l'interlocuteur et donc sur la communication. L'émetteur a une représentation du monde qui lui est propre : il possède des connaissances, des idées et des valeurs qui diffèrent d'autrui et qui vont donner un sens au message qu'il veut transmettre. Ces différences peuvent mener à des malentendus et nuire à une bonne communication si le locuteur ne s'ajuste pas aux connaissances du récepteur.

□ *Liés à l'interlocuteur*

L'interlocuteur ou le récepteur est celui qui perçoit le message sous la forme de signes acoustiques ou visuelles. Celui-ci semble avoir une influence importante sur le discours de la personne atteinte d'un TNCM (Berrewaerts et al., 2003).

Une recherche de Ferron a mis en évidence la présence de différences dans la communication du patient en fonction de l'identité de l'interlocuteur. Les patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur communiquent davantage avec leur famille d'un point de vue quantitatif et qualitatif (Rousseau, 2011). Dans une situation de communication avec un proche, on observe que le patient utilise le langage verbal accompagné du langage non-verbal (sourire, toucher, regard). De même, il est important pour le malade d'avoir un feedback sur ses tentatives de communication. La communication semble meilleure avec la famille qui a généralement plus envie de maintenir des liens de communication.

□ *Liés au canal de communication utilisé*

L'émetteur du message choisit généralement le canal perceptif qui lui semble le plus pertinent pour le récepteur. Ce choix peut varier en fonction du contexte ou du contenu du

message. La parole est souvent le canal privilégié lors de la transmission d'un message. Néanmoins, l'utilisation de ce canal de communication, ne permet pas toujours à lui seul, un bon transfert des informations.

Chez la plupart des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, notamment à un stade modéré, l'utilisation d'un support visuel accompagnant la parole dans une situation de communication leur permet de maintenir une attention prolongée et influent sur la production de leurs actes de langage (Rousseau, 2011).

De même, selon une étude menée par Lefebvre et al. (2012), l'utilisation de gestes signifiants accompagnant les demandes verbales permettent d'améliorer la compréhension du langage oral chez les sujets atteints d'un TNCM en stade 1 et 2 puisqu'ils en précisent le sens.

Liés au thème de l'interlocution

Le thème de communication correspond au sujet, à l'objet ou à l'idée évoqué dans le message. Ce référent doit être clair et précis pour l'émetteur et le récepteur afin de faciliter la communication et éviter tout malentendu ou quiproquo possible.

Selon Gobé et al. (2003), le thème de discussion a une influence directe sur les productions du patient atteint de la maladie d'Alzheimer : certains sont considérés comme étant facilitateurs. A un stade léger ou modéré de la maladie, le patient semble avoir moins de difficultés de communication lorsque le thème évoqué lui est familier ou lorsqu'il est investi affectivement que si celui-ci est plus neutre.

1.3.3. Les répercussions des troubles linguistiques sur la communication

Avec l'évolution de la maladie, les troubles de la communication du patient atteint d'un TNCM s'accentuent et les modalités de communication se modifient. Les altérations liées au langage ajoutent une perturbation supplémentaire pouvant empêcher le patient de communiquer verbalement et de comprendre le sens des propos émis par son interlocuteur.

Altération de l'expression

Au stade léger de la maladie, de légères perturbations peuvent être observées dans le discours du patient notamment dans la recherche du mot exact. Le patient va alors utiliser des mots sémantiquement proches les uns pour les autres (Rousseau, 1995). Une étude de Berrewaerts et al. (2003), a également mis en évidence une utilisation plus fréquente de la part du patient présentant un trouble neurocognitif majeur de pronoms sans référents clairs que chez

les sujets normaux. A un stade plus avancé, les paraphasies s'éloignent de plus en plus du mot cible et le discours du patient devient progressivement un jargon incompréhensible. Face à ces perturbations, l'interlocuteur est fréquemment contraint de décoder le message qui lui est adressé, de reformuler les propos énoncés : la communication devient alors moins efficace.

Altération de la compréhension

La compréhension peut être altérée chez le patient atteint d'un trouble neurocognitif majeur mais également chez son interlocuteur. En effet, celle-ci est mise à mal lorsque le discours du patient devient incohérent ou ses idées confuses.

Le patient présente des troubles de la compréhension verbale qui s'accentuent au fil du temps. Dans un premier temps, les structures syntaxiques longues et complexes pourront poser plus de difficultés au patient (Rousseau, 1995). Il aura également des difficultés à comprendre les éléments du vocabulaire simple pouvant conduire jusqu'à une incompréhension de la parole à un stade très avancé de la maladie.

Ces troubles peuvent être amplifiés par d'autres facteurs liés au contexte d'énonciation tels que l'ambiance sonore dans laquelle le message est transmis, le nombre d'interlocuteurs présents dans la conversation ou encore l'état de fatigue et d'attention du sujet.

Altération du comportement

Le patient peut montrer des signes d'agitation ou d'agressivité si son interlocuteur ne le comprend pas ou si lui-même ne trouve plus le mot adéquat pour exprimer ses idées.

Lorsque les troubles langagiers sont plus importants, il se retrouve dans l'impossibilité d'exprimer ses désirs et ses besoins verbalement. Il va alors se servir de son corps et de ses comportements comme expression pour communiquer ses besoins, ses désirs, ses souffrances à autrui en s'agitant (Khosravi, 2003). Si celui-ci se sent incompris ou si personne ne tient compte de sa tentative de communication, il risque de s'énerver et peut s'isoler. Il peut alors venir à ne plus communiquer du tout. Par conséquent, son entourage peut être amené à penser qu'il ne comprend pas et interagit de moins en moins avec lui.

CHAPITRE 2

L'IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION NON VERBALE DANS LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

Selon les chercheurs de l'école de Palo Alto, « *on ne peut pas ne pas communiquer* » même lorsque les troubles du langage ne permettent plus d'utiliser des phrases et des mots. Ce qui ne peut pas être parlé peut cependant être agi et montré soit par une expression corporelle (gestes, regards, mimiques etc.), soit par des conduites (Pellissier, 2010).

Plusieurs études, dont celle de Schiaratura (2008), ont mis en évidence la préservation d'une certaine communication non verbale sur les deux versants langagiers (expression et compréhension), chez le patient atteint d'un TNCM même à un stade avancé de la maladie.

2.1 Définition de la communication non verbale

Selon Corraze (1980), la communication non verbale est « *l'ensemble des moyens de communication existant entre individus vivants n'usant pas le langage humain ou ses dérivés (écrit, langage des sourds-muets)* ».

Cette communication occupe une place importante dans les échanges avec autrui, puisqu'elle représenterait 75 % du contenu global de la communication (Watzlawick, 1979 cité par Delamarre (2011). Certains éléments non verbaux utilisés par le locuteur, notamment les mimiques, les attitudes et les modulations vocales sont porteurs de messages intentionnellement dirigés vers son interlocuteur autant que les mots (Montagner, 1984). La parole est souvent privilégiée dans la communication toutefois, le corps exprime également quelque chose soit pour le dire, pour l'affirmer ou pour parler d'autre chose qui ne peut être verbalisé par le sujet.

La communication non verbale peut donc être caractérisée par *des éléments paralinguistiques* de la langue tels que la variation de l'intensité, du débit et du timbre de la voix mais elle peut également être définie par *des éléments non linguistiques* renvoyant à des mimiques, des attitudes corporelles (les proxémies) et des gestes. Ces éléments souvent employés de manière inconsciente, traduisent l'état émotionnel de la personne. Néanmoins, ils peuvent également être utilisés volontairement et viennent alors souligner ce qui est exprimé verbalement.

Tous ces comportements non verbaux s'acquièrent très tôt, apparaissent parfois de manière spontanée dans le discours et requièrent peu de ressources cognitives pour le sujet (Schiaratura, 2008).

2.2 Les principaux comportements non verbaux utilisés chez l'homme

La communication non verbale couvre un vaste ensemble de signes, certains visibles d'autres plus discrets. Selon la classification des comportements non verbaux de Ekman et Friesen (1969), ces signes peuvent répéter, soutenir ou contredire la communication verbale en l'accompagnant ou en la remplaçant. Ces comportements peuvent être de nature informative (sans intention de communiquer), communicative (émis consciemment avec l'objectif du message) ou interactive (intention d'influencer le comportement d'autrui).

2.2.1 La distance corporelle

La distance corporelle également appelée « proxémie », est la distance physique qu'un sujet maintient entre lui et autrui. Elle nous renseigne fortement sur le type de relation qui s'établit entre les personnes qui interagissent (Hall, 1978, cité par Delamarre 2011).

Ces proxémies sont influencées par la culture, par les relations sociales qu'entretiennent les deux individus (statut de l'interlocuteur) mais également par le lieu de l'interaction.

Ces distances sont équivalentes à des sphères qui entourent le corps et renvoient à un périmètre de sécurité individuel.

Selon l'anthropologue Hall, il existe quatre principales distances interindividuelles relatives à notre culture.

La distance intime : de 0 à 45 cm

C'est une zone qui induit une proximité physique et un échange sensoriel élevé. Cette distance s'observe généralement entre des personnes qui sont intimement proches (époux, parents, enfants et amis proches). Toute intrusion dans cette sphère va être source d'angoisse et d'anxiété pour l'individu.

La distance personnelle (de 45 cm à 1,2 m)

Cette distance est assez similaire à la précédente : le contact physique est possible mais moins aisé. Elle est utilisée dans les conversations particulières, entre amis par exemple.

La distance sociale (de 1,2m à 3,6m)

Elle est utilisée au cours des interactions avec des collègues de travail ou des connaissances. Elle permet d'avoir une vision globale d'autrui et la perception de certains

détails dans les gestes et les attitudes, tout en respectant l'intimité de chacun.

La distance publique (plus de 3,6m)

Elle permet les interactions formelles. C'est la distance minimale à conserver pour pouvoir s'enfuir en cas de danger ou pour parler à des groupes.

Lors de certaines interactions entre un patient atteint d'un TNCM et un individu (lors de la toilette par exemple), ces règles proxémiques peuvent être bouleversées. Il peut en effet y avoir une intrusion dans l'espace intime du patient indépendamment de sa volonté qui génère chez lui des comportements perturbateurs (Delamarre, 2011).

2.2.2 Le contact corporel

Lorsque la maladie progresse, le contact corporel peut être utilisé comme un moyen actif de communication par l'entourage du patient (Khosravi, 2003). Il est souvent employé dans différents contextes avec le patient atteint d'un TNCM et sert à transmettre des informations et des émotions. Ainsi, il peut être utilisé comme outil de communication par les soignants en institution lors des soins corporels mais il permet également d'entrer en relation avec le patient. Ce moyen non verbal, peut également permettre d'attirer l'attention et le regard du malade si celui-ci présente des troubles visuels et auditifs.

Le toucher peut aussi permettre aux aidants de témoigner leur affection envers leur parent ou conjoint qui se sent encore aimé et utile. Il manifeste la disponibilité, l'intérêt porté pour la personne pouvant ainsi la rassurer et calmer son angoisse dans des situations anxiogènes.

Le contact physique est néanmoins perçu différemment d'une culture à l'autre, d'un individu à l'autre et peut ne pas convenir à tout le monde.

2.2.3 Les expressions faciales

Les expressions faciales sont le marqueur essentiel des émotions, indispensables aux interactions interindividuelles. La plupart d'entre elles seraient instinctives et universelles. D'après Ekman et Friesen (1969), six émotions de base peuvent être identifiées par l'intermédiaire des expressions du visage : la joie, la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, le bonheur. Elles jouent un rôle non négligeable dans les échanges conversationnels et aident au décodage des informations perçues par l'interlocuteur.

Ces expressions sont engendrées par la contraction musculaire de différents organes

bucco-faciaux et induisent des modifications temporaires telles que le haussement de sourcils, la forme de la bouche, le clignement de paupière, la crispation des mâchoires ou encore l'apparition de rides ou de fossettes.

Elles peuvent compléter les dires d'un locuteur ou bien les contester par une émotion antagoniste par rapport au contenu verbal.

Elles représentent également un moyen de communication important pour un patient atteint d'un trouble neurocognitif majeur pour compenser un déficit verbal. Par leur observation et leur interprétation, elles peuvent permettre à l'aidant ou aux soignants d'analyser l'état émotionnel dans lequel se trouve le patient (évaluation de la douleur par exemple). Associées aux mots et à la prosodie, elles permettent également au patient de mieux saisir les propos émis par son interlocuteur.

Le regard contribue également à favoriser la communication. En effet il permet d'engager la conversation et incite le locuteur à poursuivre son discours lors des échanges avec autrui. De même, il permet de signifier à l'interlocuteur un désir de communiquer avec lui, de lui transmettre des informations.

2.2.4 Les aspects non verbaux du langage

Ces aspects accompagnent les éléments linguistiques du discours et permettent le décodage correct de l'information contenue dans la communication. Ces éléments paralinguistiques renvoient à l'accentuation, à la hauteur tonale, à l'intensité vocale, au rythme, aux pauses et aux vocalisations (rires, bâillements...) (Baylon, Fabre, 1990).

La prosodie est généralement associée à l'intonation et au rythme produits par un locuteur. Elle transmet des informations sur les caractéristiques physiques (âge, sexe) et psychologiques (émotions) du locuteur notamment par la variation de la hauteur de la voix.

L'accentuation sonore permet de mettre en évidence un ou plusieurs mots ou groupes de mots à l'intérieur d'une phrase pour y donner un sens particulier. Le timbre de la voix peut être réconfortant pour le patient atteint d'un TNCM si elle est maternelle et affectueuse (Khosravi, 2003).

Tous ces éléments complètent la signification d'un énoncé et transmettent un certain nombre d'informations sur le locuteur.

2.2.5 Les gestes

La gestualité demeure, pour certains auteurs, un support quand l'expression verbale est momentanément perturbée ou lorsque la récupération du mot est difficile. Cosnier & Brossard (1984), considèrent que « *la gestualité constitue un langage à elle seule en se substituant ou en s'associant au langage verbal* ».

Certains gestes permettent d'assurer la communication sans l'usage de la parole et d'autres ne peuvent être dissociés du langage verbal.

□ ***Les gestes associés au discours verbal (Lefebvre et al., 2012)***

Les gestes accompagnateurs du langage verbal
<u>Les signes coverbaux</u> : gestes et mimiques accompagnant le discours verbal pour l'illustrer, le connoter ou le renforcer
<u>Les synchroniseurs de l'interaction</u> : éléments pragmatiques indispensables à l'intercommunication qui assurent le contact et constituent des régulateurs
<u>Les signes métacommunicatifs</u> : gestes ou postures expressives qui dévoilent l'attitude de l'émetteur vis-à-vis de son message
<u>Les signes déictiques</u> : gestes qui servent à désigner, à montrer un référent présent ou absent
<u>Les signes extra-communicatifs</u> : mouvements de confort, de gestes autocentrés ou de manipulation d'objets et d'activités ludiques

□ ***Les gestes pouvant se substituer au discours verbal***

Les gestes quasi-linguistiques sont porteurs de sens et s'apparentent à des modèles mimo-gestuels. Ils assurent la communication en se substituant au langage mais ils peuvent être également associés à la parole pour la compléter ou la renforcer (Lefebvre et al., 2012). Ces gestes sont mieux perçus par leur destinataire car ils sont plus saillants visuellement et ressemblent à des icônes contrairement à la parole.

Chaque culture dispose de son répertoire de signes symboliques ce qui implique des variations dans l'interprétation et dans l'apprentissage de certains signes non verbaux.

Une recherche de Pashek et DiVenere en 2006 met en évidence que l'utilisation de gestes porteurs de sens en complément du discours avec des patients atteints d'un TNCM améliorait leur communication avec les aidants. Quand ceux-ci sont systématiquement accompagnés d'une parole claire et précise, la compréhension du patient peut persister assez longtemps après

l'apparition de la maladie. De la même façon, le patient semble produire davantage d'actes de langage lorsque son interlocuteur emploie des gestes associés à la parole dans une situation de communication (Jauny et al., 2010).

2.3 L'influence de la sensorialité sur la communication

Les différents organes sensoriels dont est pourvu l'être humain permettent de percevoir et de comprendre le monde qui l'entoure. Les informations sensorielles reçues sont ensuite transmises au cerveau et permettent ainsi à un individu d'agir efficacement sur son milieu (Kenigsberg et al., 2015).

Avec l'âge, l'acuité sensorielle diminue et conduit à une moins bonne perception de l'environnement et à une baisse des performances cognitives.

Néanmoins, la mémoire sensorielle qui enregistre les informations provenant des sens est un des processus mnésiques le mieux préservé lors du vieillissement normal et également dans un contexte de trouble neurocognitif majeur (Katz, 2014).

2.3.1 Les différents organes sensoriels

□ *La vision*

Au cours du vieillissement, le système visuel subit des changements neurophysiologiques importants. Ainsi, le sujet âgé peut présenter une baisse de la vision mais également des affections oculaires telles qu'un glaucome, une dégénérescence liée à l'âge, une presbytie ou encore une cataracte.

Cette diminution de l'acuité visuelle réduit inévitablement le champ visuel et peut par conséquent avoir des répercussions directes sur les activités et les fonctions cognitives (Guillard, 2006). Toutefois, certaines de ces affections visuelles peuvent être partiellement réduites à l'aide du port de lunettes ou d'une opération chirurgicale.

□ *L'ouïe*

Le système auditif qui permet d'analyser l'environnement sonore et de mémoriser les informations auditives perçues, n'est également pas épargné par le vieillissement normal. Ainsi, le sujet âgé peut présenter des difficultés à percevoir des sons aigus ou encore à localiser la provenance des bruits dans l'espace. Cette diminution de l'acuité auditive peut entraîner des

retentissements sur la communication, notamment sur la compréhension des mots émis par un interlocuteur.

L'odorat et le goût

Ces deux perceptions sensorielles sont associées et ne peuvent être considérées séparément (Guillard, 2006). Il existe un appauvrissement des capacités à percevoir goût et de l'odorat chez la personne âgée dont la cause serait en partie liée à un ralentissement du renouvellement des cellules olfactives et à un assèchement des muqueuses nasales (Kenigsberg et al., 2015).

L'olfaction serait plus altérée lors du vieillissement normal que la gustation. L'odorat est également l'un des canaux sensoriels les plus perturbés dans certains cas d'Alzheimer et dans la maladie de Parkinson (Hervy, 2006).

Le toucher

La peau est l'organe sensoriel le plus étendu qui malgré les effets du vieillissement et la diminution de la sensibilité des récepteurs cutanés reste le plus préservé chez la personne âgée. L'environnement tactile est également très riche et permet ainsi la reconnaissance par le toucher de nombreux stimuli sensoriels de différentes natures (objet, contact physique...) (Kenigsberg et al., 2015).

2.3.2 Les répercussions sensorielles sur la communication

Malgré l'altération de ces différents organes liée au vieillissement normal, la personne présentant des difficultés cognitives va davantage ressentir le monde qui l'entoure à travers son expérience sensorielle (Kenigsberg et al., 2015). En effet, même si une des acuités est davantage affectée ou atténuée, certaines continueront de fonctionner efficacement. Le recours aux modalités sensorielles peut donc faciliter la communication, notamment en présence d'un Trouble Neurocognitif Majeur (TNCM) (Hervy, 2006). De la même manière, plus les difficultés de communication sont importantes, plus l'utilisation d'un support sensoriel multimodal est préconisé. À travers cette stimulation des sens, le maintien de la communication est en effet recherché quelle qu'en soit sa forme (Chaussin et Lolivier, 2006).

L'utilisation d'un tel support fait également appel à la mémoire sensorielle permettant la réactivation de sensations connues et favorisant par conséquent l'accès au lexique. De ce fait, il nous paraît intéressant de s'appuyer sur les perceptions sensorielles dans notre étude. De

même, lorsque le patient se trouve à un stade avancé de la maladie, le toucher est souvent le seul moyen pour l’aidant ou le soignant d’entrer en contact et de communiquer avec lui.

Le traitement multimodal des informations sensorielles est également étroitement lié à des processus cognitifs, comme l’attribution d’intentions (Kenigsberg et al., 2015). Il existe en effet, dans le système cérébral humain, des neurones spécifiques, appelés « neurones-miroirs » qui permettent de se mettre à la place de l’autre, d’apprendre en imitant et de comprendre les intentions d’autrui. Ainsi, lorsqu’un sujet exécute une action, telle que la réalisation de gestes, la personne qui l’observe va inconsciemment les reproduire. Le système de neurone-miroir est relativement bien préservé chez les patients présentant un trouble neurocognitif majeur à un stade léger ou modéré. Par conséquent, il est possible pour ces patients d’imiter des actions, de reproduire des gestes simples ou symboliques. Ainsi, il est possible de s’appuyer sur cette modalité lors de la réhabilitation cognitive.

2.3.3 Des thérapies multi-sensorielles

Les personnes atteintes d’un TNCM étant très sensibles aux stimuli sensoriels, certaines thérapies non médicamenteuses peuvent se révéler intéressantes. Elles permettent chez certains patients de réduire les troubles comportementaux ou de maintenir une forme de communication à un stade plus avancé de la maladie (Katz, 2014).

□ *La stimulation multi-sensorielle : Snoezelen*

Cette thérapie mise au point par deux thérapeutes néerlandais dans les années 70, permet par la stimulation de sens, de communiquer avec un patient présentant un Trouble Neurocognitif Majeur. Par cette stimulation des cinq sens (la vue, l’ouïe, le toucher, l’odorat et le goût), le patient va également parvenir à un état de bien-être. Cette thérapie peut en effet, par la détente et les différentes modalités sensorielles présentes réduire divers troubles comportementaux tels que l’anxiété, l’irritabilité, l’agitation. Ainsi, les interactions et la relation entre le patient et ses interlocuteurs peuvent être favorisés (Dhinaut, 2008). L’exploration sensorielle est possible par l’intermédiaire de différents équipements multi-sensoriels tels que des colonnes à bulles, des surfaces tactiles douces, des fonds sonores, des diffuseurs d’huiles essentielles, des fibres optiques...).

La musicothérapie

Cette pratique peut également être proposée aux patients présentant des Troubles Neurocognitifs Majeurs, dans le but de réduire les troubles anxiogènes et psycho-comportementaux et d'encourager une sensation de plénitude (Rousseau, 2011). De la même manière, elle offre par la stimulation des capacités non verbales de la musique (rythme, mélodie, intensité), un moyen d'expression et de communication pour le patient. Elle peut être réalisée de façon individuelle ou en groupe.

L'utilisation de cette modalité sensorielle peut également permettre le réactivation certaines capacités résiduelles mnésiques par la réminiscence de certains souvenirs. Ainsi une certaine appétence à communiquer est favorisée chez les patients.

L'aromathérapie

Cette thérapie non médicamenteuse se basant sur l'utilisation d'huiles essentielles est utilisée afin de réduire les troubles thymiques et comportementaux chez les patients présentant un TNCM. Le recours à la stimulation chimiosensorielle olfactive semble bénéfique à court terme et améliore les performances cognitives des patients (Bianchi *et al.*, 2015).

CHAPITRE 3

LES MOYENS THERAPEUTIQUES MIS EN PLACE LORS DE L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE AUPRES DE PATIENTS ATTEINT D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR

Selon le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (legifrance.gouv.fr), le thérapeute du langage est habilité à intervenir auprès de patients atteints de pathologies neurodégénératives.

Les principaux objectifs de la prise en charge orthophonique vont être :

- De maintenir le plus longtemps possible, d'adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole) et de ralentir le processus de dégénérescence.
- D'aider son entourage familial à adapter ses comportements face aux difficultés du malade.
- De permettre au patient de maintenir une vie socio-familiale et d'être reconnu en tant qu'être communicant même à un stade avancé de la maladie.

L'intervention orthophonique devra être évolutive et s'adapter aux troubles du patient, à son comportement, à son histoire personnelle (Rousseau, 2011).

3.1 Intervention orthophonique sur les troubles consécutifs au TNCM

En début de maladie, les personnes atteintes d'un TNCM ne présentent pas une atteinte de toutes les fonctions cognitives. En effet, certaines d'entre elles sont altérées précocement, d'autres demeurent relativement bien préservées jusqu'à un stade avancé. L'orthophoniste va alors orienter sa prise en charge vers le renforcement des capacités restantes par l'intermédiaire de la remédiation cognitive.

Cette approche thérapeutique a pour principal objectif de ralentir la progression des troubles afin de permettre au patient de conserver le plus longtemps possible une certaine autonomie dans ses activités quotidiennes.

3.1.1 La remédiation cognitive linguistique

Cette pratique consiste à stimuler et à maintenir les capacités cognitives du patient par l'intermédiaire d'activités variées impliquant différentes fonctions linguistiques (la compréhension orale et écrite, la mémoire autobiographique, la mémoire sémantique). Lors d'une séance, l'orthophoniste peut choisir un thème « facilitateur » de discussion pour le patient, en partant des ses centres d'intérêts ou d'événements personnels vécus (Rousseau, 2011). Ainsi, différents aspects du langage tels que l'accès lexical, l'accès sémantique, la morphosyntaxe, la pragmatique du discours et la compréhension d'inférences peuvent être travaillés à partir de thèmes familiers. Il est également possible de travailler sur des situations de la vie quotidiennes (repas, toilette) qui sont relativement bien préservées à un stade précoce de la maladie. Le but est de mettre en évidence des mécanismes conversationnels qui contribueront à valoriser le patient et à augmenter son estime de soi.

Cette thérapie a pour but de renforcer la motivation du patient à communiquer avec ses proches de manière verbale et non verbale.

3.1.2 La remédiation cognitive mnésique

La remédiation cognitive de la mémoire vise surtout à favoriser une bonne utilisation des capacités préservées. Selon Van Der Linden et al. (2005), les troubles ménisques portent essentiellement sur la mémoire épisodique, la mémoire de travail et la mémoire sémantique. L'orthophoniste va alors proposer au patient des stratégies facilitatrices lui permettant de contourner ses déficits mnésiques. Ainsi, le thérapeute essayera d'améliorer les fonctions restantes au sein d'un système de mémoire spécifique ou en utilisant d'autres systèmes mnésiques préservés (la mémoire procédurale en particulier).

Selon Van Der Linden (2005), la principale stratégie qui va aider la mémoire de travail défaillante est la présentation d'une seule information à la fois. Le thérapeute peut également fournir des indices pour faciliter l'encodage de l'information. Pour la mémoire épisodique, il est préconisé de prolonger le temps d'exposition de l'élément à mémoriser et d'augmenter le nombre d'essais d'apprentissage pour le retenir.

Enfin, la réalisation de certaines tâches peut être apprise ou réapprise au patient, afin de le rendre plus autonome dans sa vie quotidienne. Cela est possible en ayant recours à des systèmes mnésiques (telle que la mémoire procédurale) qui fonctionnent correctement (Dick,

1992). Il existe actuellement trois méthodes d'apprentissage pouvant être utilisées avec un patient présentant un TNCM.

La méthode de récupération espacée

Cette méthode consiste à récupérer une information après des délais de plus en plus longs (après 10, 20, 30 secondes puis 1 minute...). Selon Schacter et al. (1985, cités par Van Der Linden et al. 2005), le processus de mémoire implicite serait responsable de l'efficacité de la méthode : les patients ne se souviennent pas d'avoir été exposés à l'apprentissage.

Cette technique semblerait efficace dans des situations quotidiennes avec des patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur. Elle peut être utilisée pour l'apprentissage d'association nom-visage ou pour automatiser l'utilisation de certaines aides externes comme un calendrier par exemple.

La méthode d'estompage

Elaborée par Glisky en 1986, cette méthode consiste à fournir au patient des indices concernant l'information cible à récupérer, de les augmenter si besoin puis de les diminuer jusqu'à ce que la personne produise la réponse elle-même sans indiquer. En cas d'échec, la première lettre du mot lui est fournie puis une deuxième jusqu'à ce que le mot soit trouvé sans lettre indice.

La méthode d'apprentissage sans erreur

Le principe de cette méthode est d'éviter à la personne de commettre des erreurs en l'exposant de façon répétée à la bonne réponse (Baddeley & Wilson, 1994). La mémoire implicite impliquée dans cette méthode aurait un effet facilitateur sur l'apprentissage à l'utilisation d'un nouvel appareil.

La thérapie de réminiscence est souvent utilisée dans la remédiation cognitive des troubles de la mémoire épisodique. Le patient présente des difficultés à encoder des événements personnels ou récents et ce, dès le stade précoce des troubles (Lalanne & Piolino, 2013). Cette thérapie favoriserait, chez les patients atteints d'un TNCM, la récupération de souvenirs en ayant recours à différents supports multimodaux (objets, musiques, photographies).

La mémoire sémantique, également altérée en présence d'un TNCM, entraîne une altération progressive du stock sémantique ou de l'accès aux représentations sémantiques. Il est alors nécessaire de permettre au patient de retrouver ces représentations sémantiques par l'intermédiaire de la désignation d'images ou de l'appariement d'une définition énoncée à l'oral avec l'image correspondante et par la répétitivité de ces tâches.

3.1.3 La remédiation cognitive des fonctions exécutives

Plusieurs études ont mis en évidence la présence d'un dysfonctionnement exécutif chez les patients atteints d'un TNCM dès le stade initial. L'atteinte de ces fonctions cognitives a des répercussions directes sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (repas, trajet en voiture) nécessitant des capacités attentionnelles et organisationnelles.

Une étude pilote réalisée auprès d'une vingtaine de patients diagnostiqués Alzheimer à un stade léger à modéré suggère que certaines fonctions exécutives peuvent bénéficier d'un entraînement cognitif (Lapre et al., 2012). La mise en œuvre de la plasticité cérébrale et la réorganisation des capacités résiduelles durant les premières phases de la maladie permettraient une remédiation cognitive. En tenant compte des besoins individuels propres à chaque patient, l'orthophoniste peut avoir recours à des aides externes se présentant sous une multitude de formes variées. Ainsi, ces aides pourraient pallier les fonctions exécutives déficitaires pour une activité spécifique (par exemple, un tableau dans la cuisine reprenant l'organisation d'un repas). L'ensemble des stratégies et des apprentissages développés en séance d'orthophonie, devront être transférés dans le quotidien du patient afin de pouvoir améliorer son fonctionnement. La participation des aidants est donc primordiale pour qu'ils veillent au bon transfert des acquis dans les activités quotidiennes.

3.2 Intervention orthophonique fonctionnelle auprès du patient et de son entourage

Les troubles linguistiques et communicationnels sont souvent mal vécus par l'entourage familial et retentissent sur le fonctionnement et le bien-être du système familial. Il est alors primordial pour l'orthophoniste d'aider les proches à connaître ces troubles et leur proposer des moyens et des stratégies conversationnelles afin de maintenir une communication le plus longtemps possible avec leur parent (Arock, 2014).

3.2.1 Thérapie écosystémique avec l’aidant : informations, guidance

L’aidant familial occupe une place importante dans la prise en charge du patient atteint d’un trouble neurocognitif majeur. Il lui apporte une aide quotidienne le plus souvent de façon informelle et devient, au fil de la maladie, son interlocuteur privilégié.

Néanmoins lorsque la personne devient de plus en plus dépendante et de moins en moins capable de communiquer efficacement ses besoins et ses envies par des mots, l’entourage se sent très vite démunie et des difficultés relationnelles apparaissent. Selon une étude d’Amieva et al. (2011), les aidants ressentent la nécessité d’obtenir des infos sur la façon d’interagir avec le patient. Certains d’entre eux ont également tendance à sous-estimer les capacités communicationnelles de leur proche ce qui conduit inévitablement à une altération des échanges entre les deux partenaires (Cavrois, Rousseau, 2008). L’orthophoniste va alors jouer un rôle de conseil et d’aide en leur expliquant la manière de mobiliser les canaux de communication encore fonctionnels chez leur proche afin qu’ils puissent s’adapter au mieux à ce nouveau profil communicatif (Arock, 2014). Mieux le trouble et son fonctionnement seront expliqués à l’entourage, plus l’aide apportée au patient sera appropriée et efficiente. C’est pour cette raison que la participation de l’aidant aux séances est essentielle. Le thérapeute va également leur offrir un temps d’écoute afin qu’ils puissent expliquer leurs difficultés, leurs doutes, leurs inquiétudes au quotidien. Ainsi, l’orthophoniste pourra apporter des réponses à leurs divers questionnements concernant la maladie (Degiovani, 2008).

Ces partenaires de la relation thérapeutique vont fournir à l’orthophoniste, des informations précieuses sur les goûts et les habitudes de vie du patient (Cavrois, Rousseau, 2008) mais également sur ses aptitudes communicationnelles dans des situations réelles d’échange. Eléments clés dans l’intervention orthophonique, les proches vont jouer un rôle de relais dans la mise en œuvre à domicile du travail effectué en séance, dans sa généralisation aux activités quotidiennes ainsi que dans la mise en action des outils proposés au patient (Cappeliez et al., 2000). Pour toutes ces raisons, l’intervention orthophonique ne peut se concevoir sans la participation des aidants.

3.2.2 Thérapie écosystémique avec le patient

La thérapie écosystémique de Rousseau est une approche thérapeutique cognitivo-comportementale s'intéressant aux troubles du langage et de la communication des patients atteints d'un TNCM de façon globale. Cette approche est qualifiée d'écosystémique puisque la prise en charge va être réalisée sur tout le système de vie dans lequel évolue le patient et notamment sur son système familial (Delaby et al., 2011). Afin d'établir le profil communicatif du patient, une grille d'évaluation de la communication (la GECCO) est administrée avant le début de l'intervention dans le but de déterminer les actes de langage privilégiés par le patient, les thèmes conversationnels facilitateurs et les facteurs externes pouvant être perturbateurs de la communication (Rousseau, 2011).

Cette thérapie s'adresse d'une part, au patient seul et d'autre part à son entourage familial et/ou professionnel. Dans un premier temps, l'orthophoniste a pour rôle de donner des conseils, des procédés facilitateurs conversationnels afin d'améliorer les échanges entre le patient et son interlocuteur dans des situations de communication quotidiennes. Ainsi, les conditions perturbatrices pouvant troubler le discours du patient seront évitées. L'entourage doit donc apprendre à modifier son propre comportement de communication afin de s'adapter au mieux à celui du patient (Rousseau, 2011). Dans un second temps, le thérapeute intervient directement auprès du patient lors de séances individuelles dont l'objectif est de stimuler les actes de langage encore utilisés à travers des situations de communication où il se sent à l'aise, pour qu'il continue à les produire le plus longtemps possible. L'un des principaux objectifs de cette approche est de maintenir le patient atteint d'un TNCM le plus longtemps possible dans son milieu de vie en faisant en sorte de ralentir le processus de dégradation irréversible de la pathologie afin de préserver son statut d'être communicant (Rousseau, 1995).

3.2.3 Thérapie comportementale

Cette approche thérapeutique inspirée des théories behavioristes est actuellement pratiquée dans les pays anglo-saxons mais très peu dans les pays francophones. Cette pratique a pour objectif d'intervenir sur l'environnement du patient dans le but d'en modifier ses conduites pathologiques.

Cette thérapie intervient au niveau de l'environnement ménager dans lequel évolue le patient afin de mettre en place des repères temporels (horloge, calendrier) des repères spatiaux

(signalisation des toilettes, repères lumineux), des stimuli (photos, objets familiers) tout en favorisant l'apprentissage d'automatismes (Rousseau, 1995). Le thérapeute intervient également sur les activités quotidiennes du patient afin de préserver le plus longtemps possible son autonomie. Il peut alors donner des conseils aux aidants afin d'installer une routine régulière dans toutes les situations de la vie quotidienne répétitives (le repas, la toilette, le coucher) auprès de son proche et éviter ainsi le risque d'agitation, d'anxiété.

L'orthophoniste fournit également un certain nombre de conseils à l'entourage du patient en matière de communication afin de favoriser des attitudes positives dans les situations d'échange avec leur proche en le considérant toujours comme un interlocuteur à part entière et ce malgré la présence de troubles langagiers (Rousseau, 1995).

3.3 Introduction à la communication alternative et améliorée

La communication alternative et augmentative offre aux personnes dont la communication orale n'est pas suffisamment efficace à elle seule, un ensemble d'outils d'aide à la communication. Ce mode de communication, largement utilisé auprès de patients présentant certaines pathologies (une déficience intellectuelle, un trouble du spectre autistique...) tend à se développer progressivement auprès de personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs.

3.3.1 Généralités

La communication alternative et améliorée (CAA) est une communication multimodale faisant intervenir plusieurs canaux de communication dans les échanges d'informations lorsque la parole fait défaut. Elle inclut des systèmes palliatifs de communication sans support matériel (signes, gestes, mimiques), des aides techniques non technologiques (objets, images, pictogrammes, lettres), ou technologiques (outils numériques) (Cataix-Nègre, 2011). Ce mode de communication peut être utilisé de manière temporaire ou permanente.

Celle-ci est généralement composée de :

La communication verbale

Quel que soit l'état du patient, il est important de continuer à lui parler, de lui donner des explications sur les actes qu'on réalise.

Pour faciliter la communication verbale avec une personne atteinte d'un trouble

neurocognitif majeur, il est recommandé à l'interlocuteur de (Rousseau, 2011) :

- Se placer face à lui en situation d'échanges conversationnels
- Capter son attention et maintenir un contact visuel
- Lui parler lentement
- Segmenter les consignes en étapes courtes
- Utiliser les mêmes mots et les mêmes phrases pendant les activités de la vie quotidienne
- Ne pas utiliser un langage enfantin
- Privilégier les situations duelles dans un endroit calme sans distracteurs
- Laisser au patient assez de temps pour répondre

Toutefois, ces recommandations ne suffisent pas toujours à pallier les troubles de la communication du patient. Il est alors important d'associer la parole à d'autres canaux de communication lors de l'interlocution.

La communication non verbale

La communication non verbale est multiforme et peut se manifester par la gestuelle, la mimique, le regard, la prosodie.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que ces éléments permettent au patient atteint d'un TNCM de décoder plus aisément des informations dans les échanges conversationnels et ce d'autant plus que cette communication reste préservée jusqu'à un stade avancé de la maladie (Le Dastumer et al., 2008).

La communication écrite

Elle peut être utilisée avec des patients qui présentent des difficultés en langage oral mais dont les capacités à l'écrit sont encore conservées.

Des messages courts ou des mots clés peuvent être rédigés en gros caractères sur des post-it laissés en évidence, un carnet ou encore une ardoise. Si le patient ne peut plus écrire, il est possible d'avoir recours à des dessins simples porteurs de sens et de taille suffisante pour la personne afin de lui transmettre une information.

La communication par image

L'utilisation d'un support imagé en situation de communication permet à l'interlocuteur d'attirer l'attention du patient et d'illustrer ses propos en s'appuyant sur des indices visuels.

Le patient semble se montrer plus constructif et plus pertinent dans ses propos en présence

d'un support imagé ou photographique (Rousseau, 2011). Ce type de support peut être utilisé en séances, lors de l'intervention orthophonique, mais également au domicile du patient par l'intermédiaire de la mise en place d'un carnet de communication, d'un tableau ou encore d'un classeur. Outre l'utilisation d'images ou de photographies, il est possible d'avoir recours à des codes plus symboliques tels que les pictogrammes ou les idéogrammes.

3.3.2 Intérêt de la Communication Alternative et Améliorée (CAA)

Le principal objectif de la CAA est de réduire le handicap à la communication lors des interactions avec le patient atteint d'un TNCM. Elle permet d'améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille en allégeant les conséquences du déficit langagier (Guitton, 2017). L'entourage peut ainsi, en développant des stratégies communicationnelles, maintenir des échanges avec son proche malgré un langage verbal déficitaire.

Cet outil de communication peut être utilisé en expression, afin de conserver l'identité sociale de la personne, son statut d'être communicant et de lui permettre d'exprimer ses besoins quotidiens. Il peut également être employé en réception, afin d'améliorer la compréhension des messages pour le patient lors d'une situation d'interlocution. Par conséquent, il permet au patient de conserver un lien avec son environnement et ses proches évitant ainsi tout risque d'isolement. Brunel (2010), a démontré l'intérêt d'avoir recours à une communication multimodale auprès de ces patients afin de renforcer la compréhension en situation conversationnelle.

Par conséquent, il apparaît important de proposer l'enseignement de ce mode de communication à l'entourage du patient ou à ses partenaires de soins pour faciliter les échanges lors des situations de la vie quotidienne (Cappeliez et al., 2000).

3.3.3 Utilisation d'outils de communication non verbale

La communication non verbale avec ou sans support matériel, vise le maintien de l'autonomie et des capacités communicationnelles du patient, afin qu'il puisse continuer d'agir comme sujet.

Les aides techniques non technologiques

L'orthophoniste peut avoir recours à des aides externes ou à des supports concrets afin de pallier les fonctions cognitives déficitaires et ainsi d'en réduire les répercussions sur le

quotidien du patient (Cappeliez et al., 2000). Ces aides ont pour principal objectif de faciliter la communication entre le patient et son entourage. La mise en place d'aides externes se construit progressivement avec le patient selon ses mécanismes de compensation possibles, son âge et ses capacités linguistiques et cognitives restantes. Les outils choisis doivent être essentiellement centrés sur les besoins de l'utilisateur dans des situations réelles de communication (Bianco et al., 2007).

L'orthophoniste peut proposer au patient, l'élaboration d'*un carnet de communication* en première intention. Celui-ci aura un rôle identitaire et facilitateur dans les contacts avec des interlocuteurs non familiers, étant donné qu'il contient toutes les informations utiles pour mieux communiquer avec la personne.

Il est également possible de créer *un cahier de vie personnel* dans lequel sont décrites les activités principales du patient, les grands évènements personnels et/ou professionnels, les souvenirs forts partagés avec ses proches. Selon Cataix-Nègre (2011), l'utilisation du cahier de vie s'effectue d'abord sur le canal réceptif et s'inscrit dans la démarche de rééducation du langage et de la communication. En outre, il s'avère être un outil utile permettant ainsi au thérapeute et au patient de converser autour d'événements passés.

Un tableau de communication peut également être proposé dans le but de maintenir ou de renforcer les capacités expressives de la personne, par l'utilisation d'un code communicationnel de substitution. L'objectif est de permettre à la personne d'exprimer une pensée, alors qu'elle ne peut le faire par la parole.

L'élaboration d'une *liste de courses* peut également être mise en place avec l'aide du patient afin de pallier ses troubles mnésiques.

Lorsque la maladie évolue, les difficultés se situent à la fois sur le plan réceptif et expressif du langage ainsi que sur les aptitudes communicationnelles et entraînent des conséquences directes sur la vie quotidienne du patient. Le thérapeute va alors intervenir sur l'environnement des personnes en apportant une aide efficace à la communication dont le but est de réduire le risque de vivre des situations handicapantes.

En pratique, ces outils se présentent sous la forme d'images, de photos et peuvent être regroupées sous forme de tableaux (ou d'affiches), dans les différents lieux de vie de la

personne. Les thèmes représentés peuvent concerter l'identité de la personne et celle des autres, les lieux, l'organisation du temps et des activités.

L'utilisation de ces aides devra être apprise et systématiquement entraînée pour que le patient puisse y avoir recours lui-même. Il devra également se familiariser avec, pour pouvoir l'utiliser de manière efficiente (Wojtasik et al., 2009).

Les aides techniques technologiques

Lorsque le patient dispose de connaissances en informatique, l'orthophoniste peut lui proposer des outils numériques tels qu'un appareil à synthèse vocale, une tablette numérique ou encore un ordinateur pour communiquer. Il est également possible d'introduire des alertes sonores ou vocales par l'intermédiaire de ces outils numériques afin d'améliorer le fonctionnement mnésique et exécutif de la personne.

Les systèmes sans aides techniques

Au fur et à mesure que la maladie progresse, la communication verbale du patient tend à s'amenuiser alors que des capacités non verbales restent encore préservées (Schiaratura, 2008). La plupart du temps, le patient met en place des moyens non verbaux de manière inconsciente (Cavrois, Rousseau, 2008). C'est pour cette raison que l'orthophoniste peut introduire et développer des moyens non verbaux tels que les gestes ou les mimiques chez le patient atteint d'un TNCM. Il existe actuellement différents codes gestuels pouvant être utilisés avec des patients dont la communication verbale n'est pas satisfaisante. La langue des signes française (L.S.F) pratiquée par les personnes malentendantes, propose des signes représentant des concepts et faisant appel à une syntaxe particulière. Le français signé emploie des gestes issus de la L.S.F tout en respectant la syntaxe utilisée à l'oral. D'autres codes gestuels tels que le Coghamo, le Sésame peuvent également être utilisés néanmoins ils sont davantage adaptés pour des personnes présentant un handicap moteur.

Les gestes accompagnant la parole peuvent également être utilisés en réception par l'interlocuteur afin d'améliorer la compréhension du patient (Lefèvre et al., 2012). Il est donc primordial de sensibiliser les aidants à l'utilisation des gestes et des mimiques faciales dans les situations de communication avec leur proche.

PARTIE 2 :
PARTIE METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 1

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

1.1. Problématique

L'évolution inéluctable de la maladie détériore peu à peu les capacités langagières du sujet atteint d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) et altère comme nous l'avons vu, les versants expressif et réceptif de la communication verbale.

Il devient alors nécessaire pour les interlocuteurs d'adapter leur discours et de recourir à d'autres moyens communicatifs, pour maintenir des interactions fonctionnelles et satisfaisantes avec le patient au quotidien.

Ainsi, Marlène Bouchy (2015) a démontré dans son mémoire d'orthophonie, l'intérêt d'employer une communication multimodale avec des personnes atteintes d'un TNCM. En effet, l'utilisation de gestes et d'images associés à la parole améliore significativement la compréhension verbale de ces patients à un stade modéré ou sévère de la maladie. Marion Ménard (2016) a également constaté des bénéfices sur la communication et la compréhension lorsque la communication augmentative gestuelle est utilisée dans des situations de soins avec ces patients.

Lors de la prise en charge orthophonique, le thérapeute va proposer au patient des supports et des thèmes adaptés favorisant sa communication. Le mémoire d'orthophonie de Coralie Salquebre (2016) s'intéressant à la familiarité et à l'opérativité des supports utilisés lors de l'intervention orthophonique a permis de montrer une augmentation de l'appétence à communiquer des patients et un meilleur accès au lexique.

De ce fait, notre projet s'est intéressé à l'utilisation de la communication multimodale dans un protocole d'intervention orthophonique auprès de patients présentant un TNCM à un stade modéré. Nous avons également étudié l'influence de ce support sur leur communication fonctionnelle lors d'activités quotidiennes avec leurs proches.

Notre problématique est donc la suivante :

L'utilisation d'un protocole multimodal et l'implication de l'aide lors des séances d'intervention orthophonique améliorent la communication fonctionnelle et quotidienne des patients présentant un trouble neurocognitif majeur modéré.

1.2. Hypothèses théoriques

Afin de répondre à cette problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- L'utilisation de la communication multimodale à un stade modéré d'un TNCM (Trouble NeuroCognitif Majeur) améliorerait les capacités de communication et faciliterait la compréhension verbale du patient dans la vie quotidienne.
- La participation de l'aidant dans le protocole d'intervention orthophonique l'inciterait à utiliser davantage la communication non verbale avec le patient et faciliterait ainsi les interactions avec son proche dans les activités de la vie quotidienne.

1.3. Hypothèses opérationnelles

- Les personnes présentant un TNCM à un stade modéré manifestent une meilleure compréhension quand la communication augmentative gestuelle est utilisée.
- L'utilisation d'un support imagé favorise la communication verbale du patient présentant un TNCM à un stade modéré.
- L'utilisation d'objets concrets favorise l'appétence à communiquer du patient présentant un TNCM à un stade modéré.
- Les personnes présentant un TNCM à un stade modéré communiquent mieux quand plusieurs modalités sensorielles sont utilisées.
- L'implication de l'aidant dans le protocole d'intervention orthophonique améliore sa communication avec le patient dans les activités de la vie quotidienne.

Ces différentes hypothèses seront vérifiées à l'aide des différents outils élaborés pour ce mémoire.

CHAPITRE 2

METHODOLOGIE

2.1 Présentation de la population

2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion pour le choix des patients

Les sujets retenus pour participer à notre expérimentation répondent aux critères suivants :

Critères d'inclusion

- Le patient est atteint d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM)
- Le patient présente un stade modéré des troubles neurocognitifs majeurs (score au MOCA > ou = à 10)
- Le patient bénéficie d'une prise en charge orthophonique
- Les aidants interviennent auprès du patient dans les activités quotidiennes

Critères d'exclusion

- Le patient présente un stade sévère des troubles neurocognitifs majeurs (MOCA < à 10)
- Le patient présente des troubles visuels importants (Dégénérescence Maculaire Liés à l'Age)
- Le patient présente des troubles gnosiques importants

2.1.2 Présentation des patients et de leurs aidants

Deux patientes participent à notre expérimentation avec leurs aidants respectifs.

Madame B., 86 ans

➤ Type de TNCM : Maladie d'Alzheimer

➤ Score obtenu à la MOCA : 16/30

➤ Présentation du profil cognitif de la patiente : Madame B. présente des troubles cognitifs modérés et bénéficie d'une prise en charge orthophonique depuis trois ans environ. Sa plainte cognitive porte essentiellement sur des difficultés mnésiques : différentes aides externes ont ainsi été mises en place afin de pallier ses oubli.

Sur le plan langagier, un manque du mot est parfois présent notamment en langage spontané. Quelques paraphasies sémantiques, phonémiques sont également perceptibles dans le discours de Madame B. La compréhension lexicale et syntaxique est légèrement altérée selon la longueur

et la complexité des énoncés utilisés par l’interlocuteur.

Les fonctions exécutives et visuospatiales sont elles aussi, modérément altérées.

➤ Présentation de l’aidant principal : La fille de Madame B. est très présente et accompagne sa mère dans la gestion des activités quotidiennes. Elle participe notamment à l’élaboration des repas, à la gestion des tâches ménagères, des rendez-vous médicaux et des documents administratifs.

□ ***Madame D., 77 ans***

➤ Type de TNCM : Maladie d’Alzheimer

➤ Score obtenu à la MOCA : 11/30

➤ Présentation du profil cognitif de la patiente : Madame D. présente des troubles cognitifs modérés à sévères et bénéficie d’une prise en charge en orthophonie depuis 2010. Madame D. présente des difficultés mnésiques majeures ainsi qu’une désorientation temporo-spatiale importante. Les fonctions exécutives et les gnosies sont quant à elles, modérément altérées.

Sur le plan de l’expression orale, un manque du mot fréquent est présent dans le discours de la patiente mais il est souvent compensé par l’utilisation de périphrases ou de gestes compensatoires. Des paraphasies sémantiques et phonémiques sont également présentes en langage spontané et peuvent légèrement entraver l’intelligibilité du discours.

La compréhension lexicale orale et écrite est altérée en raison de l’atteinte sémantique tandis que la compréhension syntaxique est relativement préservée.

➤ Présentation des aidants principaux : Madame D. vit à son domicile avec son époux et gère de moins en moins seule les activités de la vie quotidienne.

Ainsi, nous avons sensibilisé le mari de Madame D. à notre projet, qui l’accompagne quotidiennement. Par ailleurs, nous avons pu échanger avec sa fille par courriel, qui ne vit pas sur place mais qui est très impliquée dans la prise en charge de sa mère.

2.2 Présentation de la démarche expérimentale

2.2.1 Objectif

L'objectif de ce mémoire étant d'instaurer la communication non verbale à un stade relativement modéré d'un TNCM, nous avons élaboré un protocole d'intervention orthophonique multimodal. Afin de rendre ce protocole le plus fonctionnel possible, nous avons choisi d'utiliser ce type de communication à partir d'activités quotidiennes pouvant générer des difficultés communicationnelles et comportementales chez le patient. Nous avons également souhaité impliquer les aidants dans notre démarche afin qu'ils puissent réutiliser ce type de communication lors de situations quotidiennes avec leur proche et en tirer des bénéfices.

2.2.2 Déroulement de l'expérimentation

Notre démarche s'est déroulée en plusieurs temps :

- Nous avons créé un protocole d'intervention orthophonique (Annexe 1) permettant l'utilisation de la communication multimodale à partir de quatre situations de la vie quotidienne.
- Parallèlement, nous avons également élaboré deux questionnaires à destination des aidants (Annexes 2 et 3), l'un dans le but de recenser les activités quotidiennes générant le plus de troubles de troubles psycho-comportementaux, le second afin de recueillir leur avis sur la communication de leur proche.
- De même, nous avons conçu une grille d'évaluation de la communication à destination de l'expérimentateur (Annexe 4) afin d'apprécier la communication verbale et non verbale des patients participant à l'étude.
- Dans un deuxième temps nous avons contacté les aidants par téléphone ou par courriel afin de leur expliquer notre projet et d'obtenir leur accord pour qu'ils participent avec leur proche à cette expérimentation.
- Ensuite, nous avons proposé aux sujets le protocole d'intervention orthophonique sur une dizaine de séances lors d'entretiens individuels et filmés avec ponctuellement la présence de l'aidant.

- Nous avons également analysé et exploité les résultats et les observations recueillis lors de l'administration du protocole d'intervention orthophonique multimodal à partir d'une grille d'analyse qualitative (Annexe 5).
- Après la période expérimentale, nous avons adressé une nouvelle fois aux aidants le questionnaire relatif à la communication de leur proche afin de recueillir leur avis sur l'utilisation de ce type de pratique au quotidien (Annexe 6).

2.2.3 Cadre spatio-temporel

Notre expérimentation s'est déroulée sur dix entretiens, de novembre 2017 à mars 2018 au domicile respectif des patientes à Ludres.

Les séances d'orthophonie des deux patientes s'effectuant au préalable à domicile, nous avons souhaité réaliser ces entretiens dans les mêmes conditions. De plus, il nous semblait préférable d'effectuer ces rencontres dans le lieu de vie du patient dans la mesure où le protocole requiert l'utilisation d'objets du quotidien et l'implication de l'aide.

La durée des entretiens était la même que pour celle des séances d'orthophonie, c'est-à-dire 45 minutes.

2.2.4 Thème du protocole

Nous avons choisi de concevoir notre protocole d'intervention orthophonique à partir de situations de la vie quotidienne afin de le rendre le plus fonctionnel possible. Nous avons sélectionné au préalable six activités quotidiennes qui nous semblaient les plus susceptibles d'engendrer des troubles de la communication et du comportement, à savoir : la toilette, le repas, l'habillage, les déplacements, le coucher et les visites.

Le questionnaire recensant les activités quotidiennes adressé aux aidants nous a ensuite permis d'adapter le protocole à chaque patiente en fonction des situations les plus problématiques.

2.2.5 Constitution du protocole

D'une activité quotidienne à l'autre, la trame utilisée dans le protocole est identique. Cela favorise l'utilisation de la mémoire procédurale et permet de comparer intra-individuellement la communication des patientes lors les différentes situations quotidiennes.

En outre, le protocole d'intervention orthophonique cherchant à favoriser l'instauration de la communication multimodale, s'appuie sur différentes modalités sensorielles.

Supports imagés

Les supports imagés utilisés dans le protocole d'intervention orthophonique, représentent des actions de la vie courante (se laver les cheveux, se laver les dents, mettre la table, s'habiller etc.) et sont en majorité issus du matériel Clic-Clac : *scènes de la vie courante*, (Ortho édition).

Toutes les images présentées lors des entretiens sont des photographies en couleur, de taille satisfaisante afin de favoriser l'exploration visuelle et de minimiser les éventuels troubles visuels.

Supports concrets

Les objets employés lors des entretiens sont dans la mesure du possible, ceux utilisés par la patiente dans la vie courante. Nous leur avons présenté différents supports concrets (objets, produits alimentaires, produits d'hygiène) correspondant aux différentes situations de la vie quotidiennes.

Ainsi, pour les différentes situations nous avons utilisé :

Situations quotidiennes	Objets utilisés
La toilette	<ul style="list-style-type: none">- Une brosse à dents- Une brosse à cheveux et/ou un peigne- Une serviette de toilette- Un gant de toilette- Un flacon de parfum- Un tube de dentifrice- Une savonnette et/ou du gel douche- Du shampooing
Le repas	<ul style="list-style-type: none">- Les couverts (cuillère, couteau)- Un bol- Un verre- Une orange ou une bouteille de jus- Un paquet de café- Des biscuits / du pain- Du beurre- De la confiture

L'habillage	<ul style="list-style-type: none"> - Une paire de chaussettes - Un pantalon - Une jupe - Un gilet/ un pull - Un tee-shirt - Une robe - Des sous-vêtements - Une paire de chaussures
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Supports olfactifs

Nous avons également pensé qu'il serait intéressant de recourir à d'autres modalités sensorielles telle que l'olfaction dans notre protocole multimodal.

Lors de nos entretiens, nous avons proposé aux patientes des odeurs caractéristiques à chaque activité quotidienne quand celle-ci le permettait.

Ainsi, nous avons utilisé :

Situations quotidiennes	Odeurs utilisées
La toilette	<ul style="list-style-type: none"> - Du dentifrice - Du parfum - Du savon
Le repas	<ul style="list-style-type: none"> - Du café - Du pain grillé - De l'orange

Supports auditifs

Lors des différents entretiens, nous avons également proposé aux patients l'écoute sonore de certains bruits spécifiques d'une situation quotidienne, d'une action bien particulière.

Nous avons présenté les bruits suivants :

Situations quotidiennes	Bruits utilisés
La toilette	<ul style="list-style-type: none"> - La douche - Le brossage des dents - Le sèche-cheveux
Le repas	<ul style="list-style-type: none"> - La cafetière / la bouilloire

	<ul style="list-style-type: none"> - Le beurre qu'on étale sur la tartine - La mastication d'un gâteau - La cuillère que l'on remue dans la tasse
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

□ *Gestes*

Les gestes utilisés dans le protocole sont en majorité des gestes issus de la Langue des Signes Française (L.S.F.). Néanmoins, certains signes ne sont pas toujours très représentatifs de l'action réelle et peuvent représenter un obstacle à la compréhension. Nous avons donc repris les gestes présents dans la plaquette d'informations sur la communication gestuelle à destination des aidants élaborée par Marion Ménard (2016) qui semblent plus concrets et plus imagés.

2.3 Modes de traitement des données

Afin de pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ, nous analyserons les résultats et observations recueillis lors de notre expérimentation à l'aide de différents outils méthodologiques que nous avons créés à cet effet.

2.3.1 Grille d'évaluation de la communication d'un patient présentant un TNCM (Annexe 4)

Afin de constater s'il y a un intérêt à instaurer une communication non verbale à un stade relativement modéré lors d'une atteinte neurocognitive majeure, nous avons conçu une grille permettant d'évaluer la communication du patient.

Cette grille, inspirée de la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de Communication) de T. Rousseau, nous permet d'apprécier à la fois le versant verbal et le versant non verbal de la communication chez ces patients.

L'expérimentateur est invité à remplir la grille avant l'administration du protocole puis quelques mois après, afin de constater une éventuelle amélioration de la communication.

La comparaison des grilles nous fournira des résultats quantitatifs qui seront analysés de manière individuelle pour chaque patient puis pour l'ensemble des patients par domaine exploré.

2.3.2 Grille d'analyse qualitative des entretiens (Annexe 5)

Grâce à l'enregistrement vidéo, nous pourrons analyser de manière qualitative les difficultés présentes chez les patientes en expression orale et en compréhension le cas échéant et les

différents moyens de compensation mis en place. Nous observerons également si l'utilisation de gestes, d'objets concrets et/ou d'images facilite la compréhension et la communication du patient, s'il les utilise lui-même afin de compenser un éventuel manque du mot. Nous avons donc élaboré une grille d'analyse qualitative afin de recenser tous les actes non verbaux réalisés par le sujet lors des différents entretiens.

2.3.3 Questionnaire d'évaluation de la communication à destination des aidants (Annexe 6)

Les réponses données par les aidants à ce questionnaire nous permettront de voir si les aidants constatent une éventuelle amélioration de la communication et de la compréhension du patient dans les situations quotidiennes. Il nous permettra également de savoir s'ils trouvent un intérêt à instaurer ce type de communication auprès de leur proche à ce stade de la maladie.

2.4 Précautions méthodologiques

Nous pouvons d'ores et déjà nous attendre à un biais méthodologique étant donnée le nombre limité de personnes constituant notre population. En effet, nous avons rencontré certaines difficultés lors de la recherche des patients pouvant participer à notre démarche expérimentale, compte tenu de nos critères d'inclusion, d'exclusion et du délai temporel.

De ce fait, les résultats obtenus ne pourront être généralisés et statistiquement valables.

En outre, les données fournies par les aidants et par l'expérimentateur sur la communication du patient, sont des interprétations subjectives en raison de la nature des outils méthodologiques utilisés.

Enfin, il est possible de rencontrer des biais inhérents à l'enregistrement vidéo lors de nos entretiens. Les patientes peuvent être gênées par la présence de l'appareil puisque celui-ci retire inévitablement le caractère naturel de l'entretien.

Cette expérimentation doit être vue comme une étude pré-clinique, permettant une première approche pour instaurer ce type de protocole lors de l'intervention orthophonique auprès de patients présentant un TNCM à un stade modéré.

Les résultats obtenus nous permettront de nous faire une première idée quant à la pertinence d'utiliser une communication multimodale à ce stade de la maladie.

PARTIE 3 : RESULTATS

PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies dans les enregistrements vidéo et dans les grilles d'évaluation, nous ont permis d'analyser et de comparer le cas échéant, la communication verbale et non verbale et la compréhension de chacune des patientes avant et après l'administration du protocole de rééducation multimodal.

1.1 Grille d'évaluation de la communication d'un patient présentant un Trouble Neurocognitif Majeur

Nous avons dans un premier temps analysé qualitativement et quantitativement les grilles d'évaluation de la communication de chacune des deux patientes proposées aux orthophonistes avant et après l'administration du protocole de rééducation.

Pour l'analyse quantitative nous avons traduit les fréquences observées par des scores numériques dans les domaines suivants :

- **Le discours verbal** (formulation de questions, de réponses, habiletés conversationnelles et compréhension)
- **Le discours non verbal** (présence de gestes, d'expressions faciales, du contact visuel, de l'intonation, de silences)

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
0	1	2	3	4

La comparaison des scores numériques nous a permis de mettre en évidence de manière quantitative, une évolution ou non de la communication de chaque patiente. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

1.1.1 Analyse de la grille de communication de chaque patiente

Madame B., 86 ans

Analyse qualitative

Discours Verbal	Avant expérimentation	Après expérimentation
<i>Questions</i>		
Le patient pose des questions fermées (oui/non) à l'interlocuteur	Très souvent	Très souvent
Le patient pose des questions commençant par des pronoms interrogatifs (où, quand, comment, pourquoi, qui, que)	Souvent	Très souvent
Le patient pose des questions parfois incohérentes ou inadaptées à la situation	Rarement	Jamais
<i>Réponses</i>		
Le patient est en mesure de répondre à une question posée par oui ou par non	Très souvent	Très souvent
Le patient peut répondre correctement à des questions ouvertes	Souvent	Souvent
Le patient répond de façon inadquate aux questions posées	Rarement	Rarement
Le patient se contente de répondre à la question posée	Très souvent	Rarement
Le patient étaye sa réponse par une explication	Rarement	Souvent
<i>Description</i>		
Le patient nomme correctement un objet	Parfois	Souvent
Le patient nomme correctement une personne	Rarement	Très souvent
Le patient nomme correctement une situation	Rarement	Très souvent
Le patient décrit l'état d'un objet, énonce ses caractéristiques	Parfois	Souvent
Le patient est en mesure de décrire le lieu dans lequel se situe un objet, une situation	Parfois	Souvent
<i>Conversation</i>		
Le patient exprime ses impressions, son point de vue au sujet d'un objet ou d'un thème énoncé lors de la conversation	Parfois	Très souvent
Le patient exprime ses sentiments, ses capacités à accomplir une action	Souvent	Très souvent
Le patient est capable d'exprimer les intentions d'autrui	Rarement	Très souvent
Le patient est confronté au manque du mot lors d'une conversation	Parfois	Rarement
Le discours du patient est ponctué de néologismes, de paraphasies	Parfois	Jamais
Une absence de cohésion est observée lors d'une conversation avec le patient	Parfois	Jamais
Le patient présente des difficultés à tenir une conversation même si un thème simple ou familier y est abordé	Parfois	Jamais
Le patient s'exprime spontanément	Souvent	Très souvent
<i>Compréhension</i>		
Le patient comprend des questions fermées	Très souvent	Très souvent
Le patient comprend des questions ouvertes	Parfois	Très souvent
Le patient comprend la situation donnée	Parfois	Très souvent
Le patient comprend des consignes simples	Souvent	Très souvent
Le patient exprime son incompréhension lorsqu'il ne comprend pas	Souvent	Très souvent

*Tableau A1 : Comparaison qualitative de la communication verbale de Madame B.
avant/après l'expérimentation*

En ce qui concerne le discours verbal, nous observons une évolution positive des données chez Madame B. et ce dans différents domaines.

Au niveau des actes de langage, la patiente semble davantage produire des questions ouvertes de type « wh » (qui, que, quoi, comment). La production de questions incohérentes à la situation de communication ne semble plus manifeste dans les échanges (de « parfois » à « jamais »). En revanche, nous n'observons aucune évolution significative en ce qui concerne les réponses produites par Madame B. si ce n'est qu'elle semble davantage les étayer (de « rarement » à « souvent »). Les items relatifs aux actes de langage descriptifs (nommer un objet, une personne) ont tous significativement augmenté et semblent plus présents dans le discours de la patiente.

En ce qui concerne les habiletés conversationnelles, Madame B. semble exprimer davantage son opinion (de « parfois » à « souvent »), ses sentiments à l'égard du thème conversationnel. La fréquence de production de paraphasies verbales ou de néologismes semble également avoir diminué (de « parfois » à « jamais ») tout comme le manque du mot qui semble moins perceptible dans son discours (de « parfois » à « jamais »). De même, la fréquence de l'initiation des échanges a évolué positivement (de « souvent » à « très souvent »).

Dans le domaine de la compréhension verbale, la fréquence de la compréhension des différents items (compréhension de consignes simples, de la situation, des questions ouvertes) a significativement augmenté (de « parfois » à « très souvent » et de « souvent » à très souvent » pour la compréhension de consignes).

Discours non verbal	Avant expérimentation	Après expérimentation
<i>Gestes</i>		
Le patient a recours à des gestes mimétiques (mime l'objet ou sa forme)	Jamais	Jamais
Le patient utilise des gestes déictiques (montre à l'aide de son doigt)	Jamais	Jamais
Le patient utilise un signe de tête de façon adéquate pour exprimer oui ou non	Jamais	Rarement
Le patient utilise des gestes conventionnels renvoyant au code culturel (bonjour, au revoir)	Jamais	Jamais
Le patient a recours à des gestes qui lui sont propres et non conventionnels	Jamais	Jamais
Des mouvements corporels ou une gesticulation interviennent durant l'interaction	Jamais	Jamais
Le patient émet des gestes expressifs ou émotifs durant la conversation	Jamais	Rarement
Le patient a recours au geste pour appuyer ou étayer son discours (tape son front de la main...)	Rarement	Jamais
<i>Expressions faciales</i>		
Le visage du patient est expressif lors de la conversation	Souvent	Parfois
Le patient est capable d'exprimer la surprise par son expressivité	Souvent	Rarement
Le patient semble montrer de l'incompréhension par l'intermédiaire des expressions faciales	Souvent	Rarement
<i>Regard</i>		
Le patient établit un contact visuel avec le récepteur ou l'objet évoqué	Très souvent	Parfois
Le patient exprime de la surprise par l'intermédiaire du regard (élévation de la paupière et élévation du sourcil)	Souvent	Rarement
Le patient semble exprimer une incompréhension (plissement des yeux)	Souvent	Jamais
Le patient semble absent, il regarde dans le vide	Jamais	Jamais
<i>Intonation</i>		
Le patient module sa voix par des intonations	Souvent	Rarement
<i>Silence</i>		
Le patient marque une pause, en signe de réflexion	Rarement	Parfois
Une pause survient dans le discours du patient traduisant un manque du mot	Parfois	Rarement

Tableau A2 : Comparaison qualitative de la communication non verbale de Madame B. avant/après l'expérimentation

En termes de communication non verbale, la fréquence des gestes utilisées par la patiente n'a pas évolué significativement. Nous observons une légère augmentation dans la fréquence des gestes expressifs et émotifs (de « jamais » à « rarement ») ainsi que dans la fréquence des signes de tête approuveurs (de « jamais » à « rarement »). On note cependant une diminution dans la fréquence des gestes étayant le discours (de « rarement » à « jamais »).

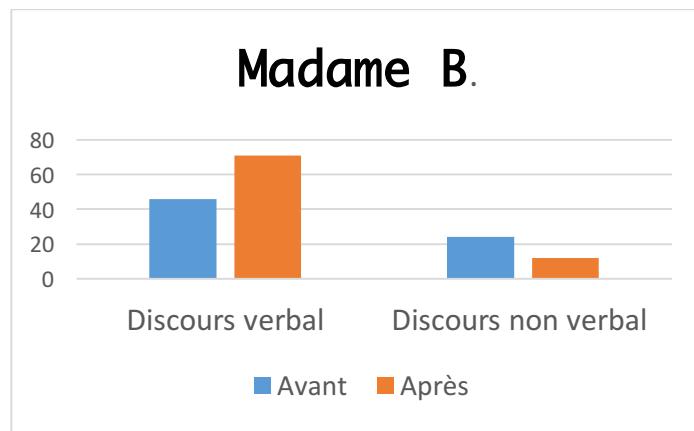
En ce qui concerne les expressions faciales, leur fréquence a également diminué pour tous les items (de « souvent » à « rarement/ parfois »). Il en est de même pour les autres éléments non verbaux (regard, intonation), leur évolution est négative (de « souvent » à « rarement pour l'intonation et de « très souvent » ou « souvent » à « parfois/rarement » selon les items). Néanmoins, la fréquence de l'utilisation des silences a évolué positivement. Les pauses traduisant un manque du mot semblent moins fréquentes (de « parfois » à « rarement »).

Pour Madame B., les données relatives à la communication verbale ont en majorité évolué positivement. Nos observations globales concernant la communication non verbale sont quant à elles plus hétérogènes. Certaines fréquences ont évolué négativement et d'autres positivement.

Analyse quantitative

	MME B.				Taux d'évolution (en %)
	Avant		Après		
	Total (/76)	Pourcentage	Total (/76)	Pourcentage	
Discours verbal	46/76	60,53%	71/76	93,42%	+ 54%
Discours non verbal	Total (/64)	pourcentage	Total (/64)	Pourcentage	-50%
	24/64	37,50%	12/64	18,75%	

Tableau A3 : Comparaison quantitative de la communication de Madame B. avant/après l'expérimentation



Graphique A1 : Comparaison quantitative de la communication de Madame B. avant/après l'expérimentation

L’analyse quantitative des scores corrobore nos observations concernant l’évolution de la communication de Madame B.

Ainsi, elle met en évidence une évolution positive dans le domaine verbal tant au niveau de la production que de la compréhension : les scores obtenus passent de 46 à 71 sur 76 soit un taux d’évolution de 54%. En revanche, nous observons une diminution significative en ce qui concerne le discours non verbal. Nous passons de 24 à 12 sur 64 soit un taux d’évolution de – 50%. Ce versant de la communication était déjà peu utilisé par Madame B. avant l’expérimentation.

Nous pouvons donc conclure que l’utilisation d’un protocole de rééducation multimodal auprès de Madame B. semble améliorer sa communication verbale tant sur le

versant de l'expression que de celui de la réception. Toutefois cela ne l'incite pas à utiliser davantage une communication non verbale en situation d'échange.

Madame D., 77 ans

Analyse qualitative

Discours Verbal	Avant expérimentation	Après expérimentation
<i>Questions</i>		
Le patient pose des questions fermées (oui/non) à l'interlocuteur	Très souvent	Très souvent
Le patient pose des questions commençant par des pronoms interrogatifs (où, quand, comment, pourquoi, qui, que)	Souvent	Souvent
Le patient pose des questions parfois incohérentes ou inadéquates à la situation	Parfois	Jamais
<i>Réponses</i>		
Le patient est en mesure de répondre à une question posée par oui ou par non	Très souvent	Très souvent
Le patient peut répondre correctement à des questions ouvertes	Rarement	Parfois
Le patient répond de façon inadéquate aux questions posées	Souvent	Rarement
Le patient se contente de répondre à la question posée	Souvent	Rarement
Le patient éteint sa réponse par une explication	Parfois	Parfois
<i>Description</i>		
Le patient nomme correctement un objet	Rarement	Parfois
Le patient nomme correctement une personne	Jamais	Rarement
Le patient nomme correctement une situation	Rarement	Souvent
Le patient décrit l'état d'un objet, énonce ses caractéristiques	Rarement	Parfois
Le patient est en mesure de décrire le lieu dans lequel se situe un objet, une situation	Rarement	Parfois
<i>Conversation</i>		
Le patient exprime ses impressions, son point de vue sur le sujet d'un objet ou d'un thème énoncé lors de la conversation	Parfois	Souvent
Le patient exprime ses sentiments, ses capacités à accomplir une action	Souvent	Très souvent
Le patient est capable d'exprimer les intentions d'autrui	Rarement	Parfois
Le patient est confronté au manque du mot lors d'une conversation	Très souvent	Très souvent
Le discours du patient est ponctué de néologismes, de paraphasies	Souvent	Parfois
Une absence de cohésion est observée lors d'une conversation avec le patient	Parfois	Parfois
Le patient présente des difficultés à tenir une conversation même si un thème simple ou familier y est abordé	Souvent	Jamais
Le patient s'exprime spontanément	Souvent	Très souvent
<i>Compréhension</i>		
Le patient comprend des questions fermées	Souvent	Souvent
Le patient comprend des questions ouvertes	Parfois	Parfois
Le patient comprend la situation donnée	Souvent	Souvent
Le patient comprend des consignes simples	Parfois	Souvent
Le patient exprime son incompréhension lorsqu'il ne comprend pas	Rarement	Très souvent

Tableau B1 : Comparaison qualitative de la communication verbale de Madame D. avant/après l'expérimentation

Dans le domaine verbal, nous observons chez Madame D. une diminution dans la production de questions inadéquates à la situation de communication (de « parfois » à « jamais »). En revanche, l'évolution est nulle en ce qui concerne l'utilisation de questions fermées et ouvertes dans le discours.

Les items relatifs aux réponses produites par la patiente mettent en évidence une légère évolution positive en ce qui concerne les réponses données à des questions ouvertes (de « rarement » à « parfois »). De même, nous remarquons une diminution significative de la production de réponses inadéquates aux questions qui lui sont posées (de « souvent » à « rarement »). La production de réponses à des questions fermées et l'éteinte apportée à une réponse n'ont pas évolué. Nous notons une évolution positive pour tous les actes de langage descriptifs. Madame D. semble davantage nommer un objet (de « rarement » à « parfois »), une personne (de « jamais » à « rarement ») et une situation (de « rarement » à « souvent »)

qu'avant l'expérimentation. De la même façon, la patiente semble décrire plus fréquemment un objet ou une situation (de « rarement » à « parfois »).

Une évolution positive relative aux habiletés conversationnelles est également observée. Ainsi, la patiente semble plus fréquemment exprimer son opinion, ses sentiments concernant un objet, un sujet conversationnel (de « parfois » à « souvent ») ou sa possibilité à accomplir une action (de « souvent » à « très souvent »). La fréquence de production de néologismes, de paraphasies a diminué (de « souvent » à « parfois ») tout comme l'impossibilité à maintenir un thème familier ou simple lors d'un échange (de « souvent » à « jamais »). Néanmoins, l'évolution est nulle pour la présence d'un manque du mot et l'absence de cohésion dans le discours.

Au niveau de la compréhension, nous n'observons pas d'évolution significative en ce qui concerne les questions fermées, ouvertes et une situation donnée. Toutefois la fréquence de compréhension évolue positivement pour l'item des consignes simples (de « parfois » à « souvent ») et de l'expression d'une incompréhension (de « rarement » à « très souvent »).

Discours non verbal	Avant expérimentation	Après expérimentation
<i>Gestes</i>		
Le patient a recours à des gestes mimétiques (mime l'objet ou sa forme)	Jamais	Souvent
Le patient utilise des gestes déictiques (montre à l'aide de son doigt)	Rarement	Très souvent
Le patient utilise un signe de tête de façon adéquate pour exprimer oui ou non	Souvent	Très souvent
Le patient utilise des gestes conventionnels renvoyant au code culturel (bonjour, au revoir)	Souvent	Très souvent
Le patient a recours à des gestes qui lui sont propres et non conventionnels	Jamais	Souvent
Des mouvements corporels ou une gesticulation interviennent durant l'interaction	Souvent	Souvent
Le patient émet des gestes expressifs ou émotifs durant la conversation	Parfois	Souvent
Le patient a recours au geste pour appuyer ou étayer son discours (tape son front de la main...)	Souvent	Très souvent
<i>Expressions faciales</i>		
Le visage du patient est expressif lors de la conversation	Souvent	Très souvent
Le patient est capable d'exprimer la surprise par son expressivité	Très souvent	Très souvent
Le patient semble montrer de l'incompréhension par l'intermédiaire des expressions faciales	Souvent	Très souvent
<i>Regard</i>		
Le patient établit un contact visuel avec le récepteur ou l'objet évoqué	Très souvent	Très souvent
Le patient exprime de la surprise par l'intermédiaire du regard (élévation de la paupière et élévation du sourcil)	Souvent	Souvent
Le patient semble exprimer une incompréhension (plissement des yeux)	Souvent	Souvent
Le patient semble absent, il regarde dans le vide	Jamais	Jamais
<i>Intonation</i>		
Le patient module sa voix par des intonations	Souvent	Très souvent
<i>Silence</i>		
Le patient marque une pause, en signe de réflexion	Parfois	Souvent
Une pause survient dans le discours du patient traduisant un manque du mot	Souvent	Jamais

Tableau B2 : Comparaison qualitative de la communication non verbale de Madame D. avant/après l'expérimentation

Dans le domaine non verbal, nous observons une évolution positive pour un grand nombre d'items. Madame D. semble davantage avoir recours à la gestuelle lors des échanges. La fréquence de gestes mimétiques et de gestes déictiques a fortement augmenté (de « jamais/rarement » à « souvent/très souvent »). La patiente semble également utiliser plus fréquemment des gestes conventionnels (de « souvent » à « très souvent ») et des gestes qui lui sont propres (de « jamais » à « souvent »). De la même manière nous remarquons une

augmentation de la fréquence de gestes étayant le discours (de « souvent » à « très souvent ») ainsi que des gestes expressifs, traduisant des émotions (de « parfois » à « souvent »).

En ce qui concerne les expressions faciales, nous constatons une évolution positive pour deux items : le degré d'expressivité au niveau facial et la manifestation d'une incompréhension à travers les expressions faciales (de « souvent » à très souvent »). En revanche, l'évolution est nulle en ce qui concerne les items relatifs au regard.

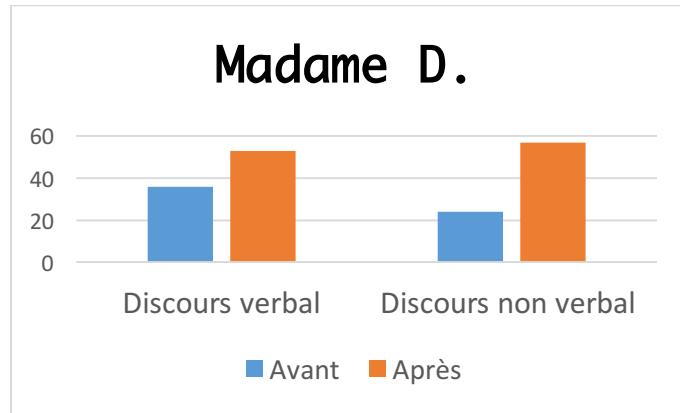
La fréquence de l'intonation a quant à elle augmenté (de « souvent » à « très souvent »). De même, la fréquence de silences traduisant un manque du mot semble avoir significativement diminué « de souvent » à « jamais ». Madame D. semble également davantage utiliser des pauses avant de formuler sa réponse (de « parfois » à « souvent »).

Nous observons pour Madame D. une évolution positive homogène tant au niveau de la communication verbale que non verbale. La majorité des fréquences ont évolué positivement néanmoins nous observons une évolution nulle pour certains items et ce, dans les deux domaines de la communication (verbal et non verbal).

Analyse quantitative

	MME D.				Taux d'évolution (en %)
	Avant		Après		
	Total (/76)	Pourcentage	Total (/76)	Pourcentage	
Discours verbal	36/76	47,37%	53/76	69,74%	+ 47%
Discours non verbal	40/64	62,50%	57/64	89,06%	+ 43%

Tableau B3 : Comparaison quantitative de la communication de Madame D. avant/après l'expérimentation



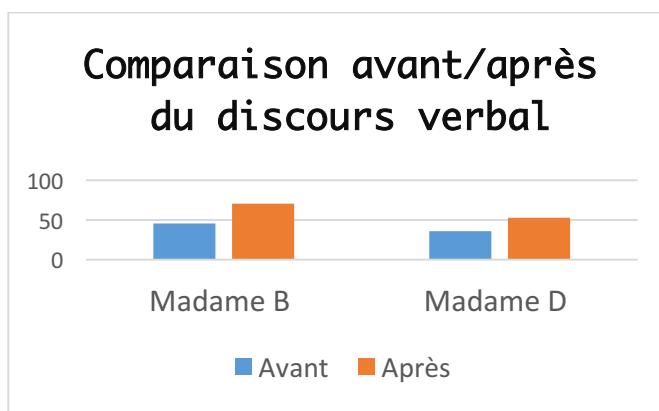
Graphique B1 : Comparaison quantitative de la communication de Madame D. avant/après l'expérimentation

D'un point de vue quantitatif, les scores obtenus traduisent également une évolution positive dans les deux domaines évalués. Ainsi, nous passons de 36 à 53 sur 76 pour la communication verbale regroupant l'expression et la compréhension, soit un taux d'évolution de 47%. De la même manière, la communication non verbale a également évolué positivement après l'expérimentation. En effet, les scores obtenus passent de 40 à 57 sur 64, soit un taux d'évolution de 43%. Le discours non verbal était déjà largement utilisé par Madame D. avant l'expérimentation et aujourd'hui, il le semble davantage.

L'utilisation d'un protocole de rééducation offrant plusieurs modalités sensorielles semble apporter de nombreux bénéfices dans la communication de Madame D. tant au niveau verbal que non verbal. La compréhension verbale de la patiente semble également avoir évolué positivement. De plus, il semblerait que cela l'incite davantage à utiliser le versant non verbal lors des échanges lorsque le versant verbal lui fait défaut.

1.1.2 Analyse globale des grilles de communication par domaine exploré

Analyse du discours verbal

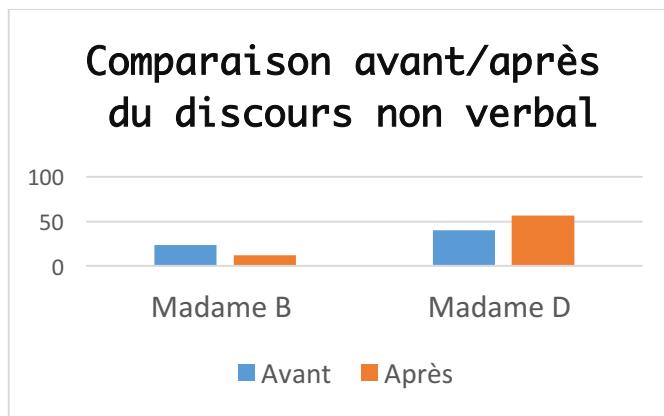


Graphique C1 : Comparaison quantitative avant/après expérimentation du discours verbal

Pour le domaine du discours verbal, l'évolution des scores est positive pour les deux patientes comme nous l'avons vu précédemment. La fréquence des actes de langage, des habiletés conversationnelles et de la compréhension verbale ont augmenté chez les deux patientes après l'expérimentation.

Nous notons donc une évolution positive de la communication verbale.

Analyse du discours non verbal



Graphique C2 : Comparaison quantitative avant/après expérimentation du discours non verbal

En ce qui concerne le discours non verbal, nous avons observé une évolution des scores plus hétérogène selon les patientes. Nous remarquons une évolution positive pour Madame D. et une diminution des scores chez Madame B.

On note donc une évolution positive pour l'une et une évolution négative pour l'autre. Nous pouvons interpréter ce résultat comme étant lié à la taille réduite de notre échantillon, au degré de sévérité du trouble mais également aux variations interindividuelles. En effet, Madame B. semble moins investir le versant non verbal de la communication que Madame D.

1.2 Grille d'analyse qualitative des entretiens vidéo

Grâce à l'enregistrement et à la transcription vidéo des différents entretiens réalisés avec les patientes, nous avons dans un premier temps observé les éventuelles difficultés en expression orale, la présence de difficultés de compréhension et les moyens de compensation verbaux et non verbaux mis en place par chaque patiente.

Par l'intermédiaire du protocole de rééducation multimodal mis en place et de la grille d'analyse, nous avons donc analysé les scores obtenus par les patientes pour la modalité non verbale. Ainsi, nous avons comparé pour chaque patiente l'utilisation des gestes, des objets concrets et des images d'un protocole à l'autre afin de constater une éventuelle évolution.

1.2.1 Analyse de la grille pour chaque patiente

Madame B.

Analyse qualitative de la communication non verbale utilisée

MME B	Protocole SDB	Protocole CUISINE	Protocole HABILLEMENT			
Difficultés en expression orale						
Manque du mot	OUI	OUI	OUI			
Paraphasies verbales	OUI (sémantique)	OUI (sémantique, mixte)	OUI (sémantique)			
Néologismes/ Mot-valise	OUI	OUI	OUI			
Mot inachevé	NON	OUI	NON			
Phrase inachevée	OUI	OUI	OUI			
Interruption de phrases	NON	OUI	OUI			
Digressions	NON	NON	NON			
Incohérence du discours	NON	NON	NON			
Difficultés de compréhension						
Sur questions fermées	NON	NON	NON			
Sur questions ouvertes	NON	NON	NON			
Sur consignes	NON	NON	NON			
Moyens compensatoires verbaux mis en place						
Autocorrections	OUI	OUI	OUI			
Utilisation d'une périphrase	OUI	NON	NON			
Utilisation d'un terme générique	OUI	NON	NON			
Utilisation d'un pantonyme	OUI	NON	NON			
Moyens compensatoires non verbaux mis en place						
Gestes (décitiques, référentiels)	OUI	15 FOIS	OUI	19 FOIS	OUI	23 FOIS
Expressions faciales	OUI		OUI		OUI	
Utilisation de l'objet concret	OUI	7 FOIS	OUI	7 FOIS	OUI	10 FOIS
Aide avec mot écrit sur l'objet concret	NON		OUI	1 FOIS	OUI	1 FOIS
Utilisation des objets présents sur l'image	OUI	5 FOIS	NON		NON	
Aide avec éléments présents dans son environnement	NON		OUI		OUI	

*Tableau D1 : Tableau d'analyse qualitative de la communication non verbale de Mme B.
durant les entretiens*

Au niveau de l'expression orale, les enregistrements et la transcription vidéo ont mis en évidence la présence de certaines difficultés langagières se traduisant essentiellement par des manques du mot, quelques néologismes et des paraphasies verbales parfois sémantiques et parfois mixtes. Celles-ci sont très souvent autocorrigées par Madame B. lors des entretiens (« oui » pour tous les protocoles). En outre, les manques du mot sont très souvent compensés par des moyens verbaux spontanés tels que le recours à une périphrase, à un terme générique ou à un pantonyme. En revanche, on observe que Madame B. n'a pas souvent recours à la communication non verbale quelle qu'en soit la modalité (gestes, objets concrets, mots écrits) pour pallier ses difficultés langagières. Cela peut éventuellement s'expliquer par une préservation relativement satisfaisante de son expression orale à ce stade de la maladie.

Analyse quantitative de la communication non verbale utilisée

➤ Gestes

	Protocole SDB (n° 1)	Protocole CUISINE (n°2)	Protocole HABILLEMENT (n° 3)
Gestes	15	19	23

Tableau D2 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des gestes entre les protocoles Mme B.

Taux d'évolution

Entre protocole 1 & 2	Entre protocole 2 & 3	Entre protocole 1 & 3
26,66 %	21,05 %	53,30 %

Tableau D2 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des gestes entre les protocoles Mme B.

Lors de la mise en place du premier protocole d'expérimentation, Madame B. utilisait peu de fois les gestes (15) et ce quelle que soit leur nature (référentiel, déictique, non conventionnel). Néanmoins leur fréquence a augmenté progressivement lors de l'administration des deux protocoles suivants (19 et 23). Le taux d'évolution entre chaque protocole est positif (26,66 % et 21,05%) même si les scores obtenus restent relativement faibles (19 et 23). Toutefois, nous constatons une évolution positive élevée de 53,30 % entre le début et la fin de l'expérimentation.

Nous pouvons supposer que l'utilisation de gestes par l'expérimentateur, durant les entretiens, encourage la patiente à produire spontanément plus de gestes.

➤ Objets concrets

	Protocole SDB (n° 1)	Protocole CUISINE (n° 2)	Protocole HABILLEMENT (n° 3)
Objets concrets	7	7	10

Tableau D3 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme B.

Taux d'évolution

Entre protocole 1 & 2	Entre protocole 2 & 3	Entre protocole 1 & 3
0,00 %	42,85 %	42,85 %

Tableau D3 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme B.

D'un point de vue quantitatif, l'utilisation des objets concrets par Madame B. lors de la période expérimentale n'a pas évolué entre le protocole « salle de bains » et le protocole

« cuisine » (évolution nulle de 0%). Néanmoins, la fréquence d'utilisation a légèrement augmenté en termes de scores entre le protocole « cuisine » et le protocole « habillement » (de 7 à 10) soit un taux d'évolution de 42,85%.

Cette évolution positive tend à s'expliquer par l'utilisation du tableau des composantes sémantiques incitant la patiente à décrire les aspects physiques des objets proposés.

➤ Images

	Protocole SDB (n° 1)	Protocole CUISINE (n° 2)	Protocole HABILLEMENT (n° 3)
Images	5	0	0

Tableau D4 (a) : Comparaison des scores d'utilisation des images entre les protocoles Mme B.

Taux d'évolution

Entre protocole 1 & 2	Entre protocole 2 & 3	Entre protocole 1 & 3
-1,00 %	0,00 %	0,00 %

Tableau D4 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des images entre les protocoles Mme B.

Au cours de la démarche expérimentale, la fréquence d'utilisation des images a diminué de 1% : les scores obtenus passent de 5 à 0 entre le protocole n°1 et le protocole n°2. On observe une évolution nulle entre le protocole n°2 et le protocole n°3 (0%). Madame B. semblait avoir recours à quelques images pour appuyer son discours verbal lors du premier protocole puis a cessé de les utiliser au fil de l'expérimentation.

Les données ont mis en évidence une évolution positive de l'utilisation des gestes et des objets concrets au fil de l'expérimentation même si les scores obtenus restent relativement faibles. Seule l'utilisation des images déjà très peu exploitée par Madame B. a évolué négativement.

□ **Madame D.**

□ *Analyse qualitative de la communication non verbale utilisée*

MME D	Protocole SDB	Protocole CUISINE	Protocole HABILLEMENT
Difficultés en expression orale			
Manque du mot	OUI	OUI	OUI
Paraphasies verbales	OUI (sémantique, phono)	OUI (sémantique, phono)	OUI (sémantique)
Néologismes/ Mot-valise	OUI	OUI	NON
Mot inachevé	Oui	OUI	NON
Phrase inachevée	OUI	OUI	OUI
Interruption de phrases	OUI	OUI	OUI
Digressions	NON	NON	NON
Incohérence du discours	OUI	OUI	NON
Difficultés de compréhension			
Sur questions fermées	NON	NON	NON
Sur questions ouvertes	OUI	OUI	NON
Sur consignes	NON	NON	NON
Moyens compensatoires verbaux mis en place			
Autocorrections	OUI	OUI	OUI
Utilisation d'une périphrase	OUI	OUI	OUI
Utilisation d'un terme générique	OUI	OUI	OUI
Utilisation d'un pantonyme	OUI	NON	NON
Moyens compensatoires non verbaux mis en place			
Gestes (déictiques, référentiels)	OUI	195 FOIS	OUI
Expressions faciales	OUI		OUI
Utilisation de l'objet concret	OUI	59 FOIS	OUI
Aide avec mot écrit sur l'objet concret	OUI	11 FOIS	OUI
Utilisation des objets présents sur l'image	OUI	37 FOIS	OUI
Aide avec éléments présents dans son environnement	OUI		OUI
		126 FOIS	
			229 FOIS
			79 FOIS
			0 FOIS
			33 FOIS

Tableau E1 : Tableau d'analyse qualitative de la communication verbale et non verbale de Mme D. durant les entretiens

On a pu observer dans le discours de Madame D., la présence de nombreux manques du mot parfois compensés spontanément et à d'autres moments plus difficilement conduisant ainsi à de nombreuses phrases inachevées. Une légère amélioration dans le protocole N°3 de la fréquence de ces difficultés est perceptible : les néologismes, les mots inachevés et les incohérences dans le discours ne semblaient plus présents.

On observe que Madame D. a recours à de nombreux moyens non verbaux notamment les gestes dont leur fréquence d'utilisation était déjà élevée au début de l'expérimentation. Au fil des entretiens, la patiente s'est également saisie des éléments présents dans son environnement, notamment des objets concrets comme moyens de compensation. L'utilisation importante des moyens non verbaux tend à s'expliquer par un langage oral relativement déficitaire et un important manque du mot. De ce fait, la patiente peut difficilement utiliser le versant verbal de la communication afin de compenser ses troubles.

Enfin, la compréhension verbale de Madame D. semble s'améliorer au fil des entretiens. La fréquence des difficultés de compréhension sur les questions ouvertes tend à diminuer dans le dernier protocole.

□ Analyse quantitative de la communication non verbale utilisée

➤ Gestes

	Protocole SDB (n° 1)	Protocole CUISINE (n°2)	Protocole HABILLEMENT (n°3)
Gestes	195	126	229

Tableau E2 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des gestes entre les protocoles Mme D.

Taux d'évolution

Entre protocole 1 & 2	Entre protocole 2 & 3	Entre protocole 1 & 3
-35,38 %	81,74 %	17,43 %

Tableau E2 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des gestes entre les protocoles Mme D.

Au début de l'expérimentation, la fréquence d'utilisation des gestes était déjà très élevée (195 fois) par Madame D. On note une légère diminution de cette fréquence entre le protocole n°1 et le protocole n°2 avec un taux d'évolution de -35,38%. Néanmoins cette fréquence augmente de nouveau dans le protocole n°3 avec un score de 229 soit un taux d'évolution de 81,74 %. L'évolution de la fréquence d'utilisation des gestes est donc positive entre le début et la fin de l'expérimentation (17,43 %). Cette diminution des scores obtenus au protocole « cuisine » peut s'expliquer par un engouement moins fort pour cette activité quotidienne de la part de Madame D. et moins propice à l'utilisation des gestes.

➤ Objets concrets

	Protocole SDB (n° 1)	Protocole CUISINE (n°2)	Protocole HABILLEMENT (n°3)
Objets concrets	59	44	79

Tableau E3 (a) : Comparaison des scores pour l'utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme D.

Taux d'évolution

Entre protocole 1 & 2	Entre protocole 2 & 3	Entre protocole 1 & 3
-25,42 %	79,54 %	33,89 %

Tableau E3 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des objets concrets entre les protocoles Mme B.

Quantitativement, la fréquence d'utilisation des objets concrets diminue de 25,42% entre le protocole « salle de bains » et le protocole « cuisine ». Toutefois, elle tend à évoluer positivement (+ 79,54%) entre les deux derniers protocoles (n° 2 et n° 3). Ainsi, on note une évolution positive entre le début et la fin de l'expérimentation (+33,89 %). Tout comme pour les gestes, on note une nouvelle fois une diminution de la fréquence d'utilisation des objets concrets dans le protocole « cuisine ». Ce thème semble moins inciter Madame D. à avoir recours à la modalité non verbale lors des échanges.

➤ Images

	Protocole SDB (n° 1)	Protocole CUISINE (n°2)	Protocole HABILLEMENT (n°3)
Images	37	22	33

Tableau E4 (a) : Comparaison des scores d'utilisation des images entre les protocoles Mme D.

Taux d'évolution

Entre protocole 1 & 2	Entre protocole 2 & 3	Entre protocole 1 & 3
-40,54 %	50 %	-10,81 %

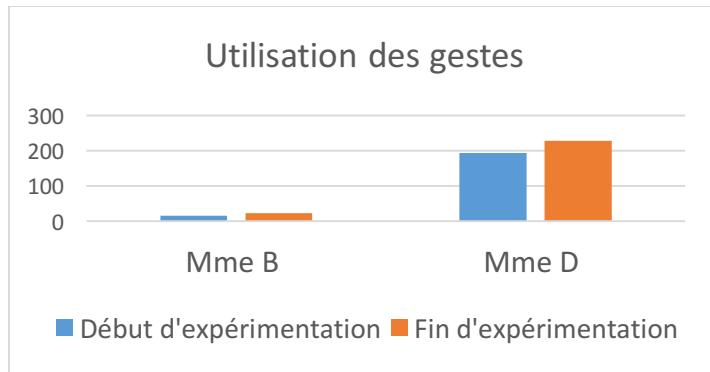
Tableau E4 (b) : Comparaison taux d'évolution utilisation des images entre les protocoles Mme D.

Les scores obtenus montrent une nouvelle fois une diminution de la fréquence de l'utilisation des images entre le protocole n°1 et n°2 (de 37 à 22 fois) soit un taux d'évolution de - 40,54%. On note toutefois une augmentation entre les protocole n°2 et n°3 : les scores passent de 22 à 33. L'évolution entre les protocoles n°1 et n°3 est quant à elle négative (- 10,81%). Au début de l'expérimentation, Madame D. semblait davantage avoir recours aux images pour étayer son discours. Néanmoins, au fil de l'expérimentation, on observe une diminution de cette fréquence qui peut s'expliquer par une préférence pour l'utilisation des gestes et des objets concrets dont les fréquences sont plus élevées à la fin qu'au début de l'administration du protocole.

Au cours de la démarche expérimentale, on a pu noter pour Madame D. une évolution positive des scores concernant l'utilisation des gestes et des objets concrets. Les données ont néanmoins évolué négativement en ce qui concerne la fréquence d'utilisation des images entre le début et la fin de l'expérimentation.

1.2.2 Analyse globale des grilles d'analyse vidéo

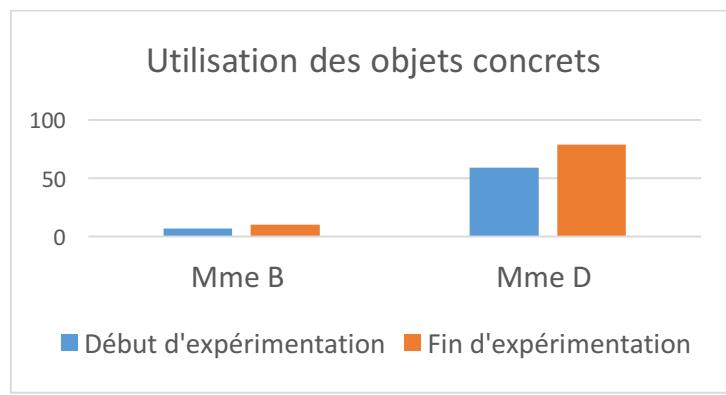
Analyse de l'utilisation des gestes



Graphique F1 : Comparaison de l'utilisation gestes début et fin d'expérimentation

En ce qui concerne l'utilisation des gestes, on constate une évolution positive pour les deux patientes entre le début et la fin de l'expérimentation. Cela tend à s'expliquer par la nature du protocole de rééducation proposé. En effet, le mode d'administration est toujours le même pour les trois protocoles (salle de bains, cuisine et habillement). Ainsi, la mémoire procédurale est sollicitée et l'utilisation des gestes par l'expérimentateur est effectuée à chaque séance pour tous les protocoles. Cela semble donc inciter les patientes à utiliser davantage les gestes pour communiquer.

Analyse de l'utilisation des objets concrets

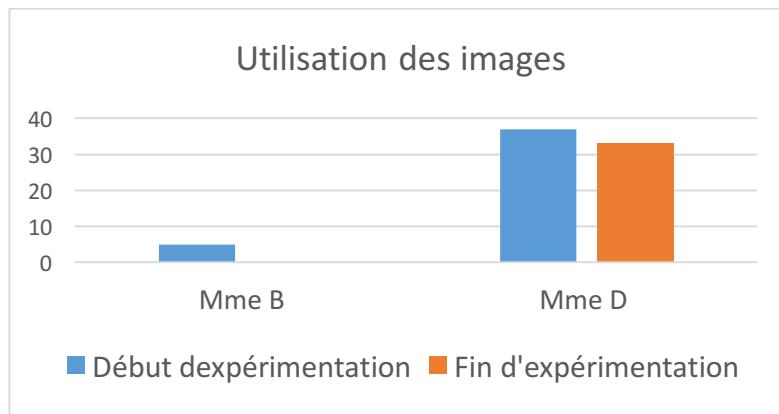


Graphique F2 : Comparaison de l'utilisation des objets concrets début et fin d'expérimentation

Pour les objets concrets, on note également une évolution positive de la fréquence d'utilisation entre le début et la fin de la période expérimentale pour les deux patientes. On peut donc supposer que la présence des objets concrets et l'utilisation du tableau d'analyse des

composantes sémantiques dans tous les protocoles (salle de bains, cuisine et habillement) inciteraient les patientes à y avoir recours plus fréquemment en situation de communication.

Analyse de l'utilisation des images



Graphique F3 : Comparaison de l'utilisation des images début et fin d'expérimentation

En ce qui concerne l'utilisation des images, on observe une évolution négative chez les deux patientes. Cette modalité non verbale semble moins utilisée que les deux modalités précédentes (les gestes et les objets concrets). Ainsi, les patientes les privilégièrent moins pour étayer leur discours.

On constate donc une évolution positive dans l'utilisation des gestes et des objets concrets chez les deux patientes entre le début et la fin de la période expérimentale. Néanmoins une évolution négative est relevée pour l'utilisation des images. Les patientes présentant des troubles neurocognitifs majeurs à un stade modéré semblent utiliser davantage ces deux modalités non verbales lorsqu'elles leur sont présentées.

1.3 Questionnaire post-expérimentation aux aidants

1.3.1 Pratique de la communication augmentative gestuelle après l'expérimentation

Les aidants qui ont répondu au questionnaire ont affirmé avoir utilisé les gestes avec leur proche après la période expérimentale. On note que l'aidante principale de Madame B. n'avait jamais recours aux gestes avec sa mère dans les activités quotidiennes avant le début du protocole. Elle n'a relevé aucun bénéfice particulier sur la communication de son proche lors des activités quotidiennes. Néanmoins, elle a pu s'approprier cette pratique et a été attentive à l'enseignement des gestes lors de la période expérimentale. En outre, elle semble utiliser davantage de gestes pour étayer ses propos lorsque son proche présente des difficultés de compréhension.

L’aidante de Madame D. avait déjà recours à la communication augmentative gestuelle avant l’expérimentation à certains moments. Elle a encore peu eu l’occasion de les expérimenter avec son proche mais elle observait déjà quelques bénéfices sur la communication avant l’expérimentation. N’ayant pas eu la possibilité de la rencontrer physiquement après la période expérimentale, nous avions laissé à sa disposition le livret créé par Marion Ménard (2016) reprenant certains gestes utilisés lors des entretiens.

1.3.2 Intérêt de la communication augmentative gestuelle auprès des patients atteints d’un trouble neurocognitif majeur à un stade modéré

Les aidants ont tous trouvé un intérêt à instaurer ce type de communication avec de leur proche. A la fin du questionnaire, ils étaient invités à préciser leur réponse. L’aidante de Madame B. trouve que cette pratique est intéressante à utiliser avec son proche afin de lui indiquer la position de certaines parties du corps (positionnement des pieds dans les escaliers) ou de certains objets (sac à main). L’aidante de Madame D. quant à elle a recours à ce type de pratique en situation de conversation avec sa mère. Elle utilise les gestes afin de maintenir un contact physique et une attention prolongée lors des situations d’échanges.

Suite à l’expérimentation, les aidants ont observé une amélioration de la compréhension et de la communication de leur proche au niveau de l’expression. Ainsi, l’aidante de Madame B. a constaté une amélioration dans l’expression des besoins élémentaires, la désignation de personne ou d’un événement. La fille de Madame D. note une légère amélioration dans la désignation des objets et dans la possibilité à converser si un thème familier est abordé.

Toutefois, même s’ils trouvent un intérêt à utiliser une communication augmentative gestuelle auprès de leur proche, les aidants affirment ne pas y avoir suffisamment recours lors des activités quotidiennes compte tenu de la préservation relativement satisfaisante de la modalité verbale chez les patientes. Ainsi, ils pensent utiliser davantage les gestes le jour où l’expression verbale ne sera plus du tout efficiente chez leur proche.

DISCUSSION

1. Synthèse globale des résultats et validation des hypothèses

Hypothèse n°1

Les personnes présentant un Trouble Neurocognitif Majeur (TNCM) à un stade modéré manifestent une meilleure compréhension quand la communication augmentative gestuelle est utilisée.

Les données issues de l'analyse qualitative de la grille d'évaluation de la communication verbale et non verbale ont montré pour les deux patientes une amélioration de la compréhension verbale après l'administration du protocole multimodal.

L'analyse des questionnaires à destination des aidants après l'expérimentation a également mis en évidence des bénéfices sur la compréhension fonctionnelle lorsque la communication augmentative gestuelle est utilisée dans certaines situations de communication.

Ces résultats s'accordent avec les données de la littérature énoncés dans la partie théorique. En effet, l'étude de Lefèvre & al (2012) a montré que l'utilisation des gestes associés à la parole favorisait la compréhension verbale des patients présentant un TNCM.

Ainsi, notre première hypothèse est donc validée.

Hypothèse n°2

L'utilisation d'un support imagé favorise la communication verbale du patient présentant un Trouble Neurocognitif Majeur à un stade modéré.

Les scores obtenus par les deux patientes ont évolué négativement entre le début et la fin de l'expérimentation. Ainsi, les patientes semblent moins avoir recours au support imagé pour appuyer leur communication verbale lorsque plusieurs modalités non verbales y sont associées.

Les résultats obtenus expriment une évolution négative, **nous ne pouvons donc pas valider notre deuxième hypothèse.**

Hypothèse n°3

L'utilisation des objets concrets favorise l'appétence à communiquer du patient présentant un Trouble Neurocognitif Majeur à un stade modéré.

L'analyse quantitative de la grille d'analyse vidéo a mis en évidence une augmentation de la fréquence de l'utilisation des objets concrets lors des entretiens pour les deux patientes. La présence des objets concrets associée au tableau d'analyse des composantes sémantiques lors des entretiens a incité les patientes à s'exprimer davantage de manière spontanée.

Ainsi, nous pouvons valider cette hypothèse.

Hypothèse n°4

Les personnes présentant un trouble neurocognitif majeur à un stade modéré communiquent mieux quand plusieurs modalités sensorielles sont utilisées.

Les données issues de la grille d'évaluation de la communication verbale et non verbale ont démontré une amélioration de la communication verbale après la période expérimentale pour les deux patientes. Les scores obtenus montrent une augmentation de la fréquence d'utilisation de certains actes de langage et une amélioration de la compréhension après la période expérimentale.

Grâce à l'utilisation du protocole de rééducation multimodal offrant plusieurs canaux sensoriels, les patientes communiquent mieux lors des entretiens.

En outre, les questionnaires post-expérimentation montrent que les aidants estiment que leurs proches communiquent mieux dans les situations quotidiennes. Ainsi, le protocole de rééducation semble avoir une influence positive sur la communication fonctionnelle des patientes au quotidien. **Notre quatrième hypothèse est donc validée.**

Aucune donnée issue de la littérature ne coïncide avec les résultats obtenus concernant la communication. Les seules données théoriques présentent dans notre première partie évoquent une amélioration de la compréhension verbale du patient lorsqu'on multiplie les afférences puisque cela permet d'assurer une redondance des informations reçues (Cataix-Nègre, 2011).

Hypothèse n°5

L'implication de l'aide dans le protocole d'intervention orthophonique améliore sa communication avec le patient dans les activités de la vie quotidienne.

Les scores obtenus au questionnaire post-expérimentation sont hétérogènes. Ainsi, une aidante constate certains bénéfices sur la communication lorsque les gestes sont utilisés en complément de la parole avec son proche lors des activités quotidiennes.

Ce résultat concorde aux données présentes dans la littérature. Ainsi, une étude de Pashek & DiVenere (2006) a démontré que l'utilisation de gestes en complément de la parole avec des patients présentant un TNCM améliorait leur communication avec leur entourage.

La seconde aidante n'a quant à elle pas observé d'amélioration particulière en utilisant ce mode de communication.

En outre, les données recueillies sont à nuancer concernant l'utilisation de ce type de communication augmentative lors des situations quotidiennes. En effet, même s'ils ont utilisé les gestes lors des interactions avec les patients, les aidants affirment ne pas y avoir recours assez souvent au quotidien.

De toutes les modalités non verbales qui nous étaient offertes, la communication augmentative gestuelle nous semblait être la plus adaptée et la plus facile à utiliser au quotidien par les aidants avec leurs proches.

Ainsi, notre dernière hypothèse opérationnelle est partiellement validée.

Par la validation de ces différentes hypothèses, nous pouvons affirmer que l'utilisation de la communication multimodale à un stade modéré d'un TNCM améliore les capacités de communication et facilite la compréhension verbale du patient dans la vie quotidienne. Ce résultat était attendu compte tenu des données issues de la littérature.

En outre, nous avions pensé que la participation de l'aide lors du protocole d'intervention orthophonique l'inciterait davantage à utiliser la communication augmentative gestuelle avec le patient ce qui faciliterait ainsi les interactions avec son proche dans les activités quotidiennes. Le questionnaire adressé aux aidants après l'expérimentation et les données théoriques exposées auparavant ont permis de valider partiellement cette hypothèse. En effet, Cappeliez & al (2011), affirment qu'il est important de proposer l'enseignement de ce mode de communication à l'entourage du patient pour faciliter les échanges lors des activités

quotidiennes.

2. Positionnement personnel dans la recherche et les situations cliniques

La réalisation de ce mémoire nous apporte de nouvelles données concernant l'intervention orthophonique auprès de patients présentant un Trouble Neurocognitif Majeur.

Le caractère évolutif, singulier des pathologies neurodégénératives et les troubles qui y sont associés peuvent parfois être déstabilisants, rendant ainsi le rôle de l'orthophoniste difficile à définir. Les variations inhérentes à la pathologie et à chaque individu nous invitent à réajuster perpétuellement les outils proposés, les choix thérapeutiques mis en place tout comme peut l'être le travail de recherche.

Au-delà des savoirs théoriques, la confrontation aux situations cliniques demande des capacités d'adaptation et de remise en question à la fois de nos représentations personnelles et professionnelles sur ces troubles et sur nos divers questionnements. Elles nous permettent d'enrichir nos savoir-faire et savoir-être professionnels.

Les différents entretiens avec les aidants nous ont également beaucoup apporté sur le ressenti et le vécu des troubles de leurs proches ainsi que la gestion de ces difficultés au quotidien. L'entourage s'est montré très à l'écoute et très intéressé par la possibilité d'améliorer la communication avec leur parent au quotidien. Néanmoins, lorsque nous leur avons proposé d'intégrer la communication augmentative gestuelle dans les situations quotidiennes, nous nous sommes confrontés à plusieurs reprises à leurs propres représentations concernant la maladie et également à leur degré d'acceptation des troubles. Des ajustements étaient parfois nécessaire afin de les amener à comprendre l'intérêt d'avoir recours à cette pratique avec leurs proches à ce stade de la maladie. Lors de la présentation de notre démarche, nous nous sommes appuyés sur le livret d'information créé par Marion Ménard (2016) pour illustrer nos gestes et nos explications. Nous leur avons laissé un exemplaire pour qu'il puisse le réutiliser après la période d'expérimentation. Ainsi, les personnes rencontrées ont montré un intérêt pour cette pratique toutefois, ils n'ont pas toujours éprouvé le besoin de l'utiliser à l'heure actuelle avec leur proche.

3. Limites et critiques sur la démarche de travail

Notre étude comporte plusieurs limites notamment liées à la méthodologie utilisée.

La population

L'une des premières limites est évidemment liée à la taille de notre population pour l'expérimentation. Compte tenu du nombre de patients participant à notre étude et des variations interindividuelles existantes, nous ne pouvons en aucun cas généraliser les résultats obtenus.

Nous voulions dans un premier temps, inclure plus de personnes dans notre population. Toutefois, les contraintes temporelles et organisationnelles ont représenté un frein à notre étude. Par ailleurs, nous avions contacté une personne supplémentaire qui n'a pas souhaité participer au projet.

Les outils utilisés

Le protocole de rééducation

Les photos choisies pour la création de notre protocole étaient pour la plupart issues du matériel orthophonique « Clic-Clac, scènes de la vie courante ». Certaines d'entre elles ont été source de difficultés pour les patientes compte tenu du fait que nous ne pouvions visualiser entièrement la personne effectuant l'action. Ainsi, les patientes arrivaient difficilement à identifier l'action réalisée sur la photo.

Les différentes odeurs proposées dans le protocole « salle de bains » et « cuisine » étaient parfois difficilement reconnaissables par les patientes sans un support visuel associé. Même si nos patientes ne semblent pas présenter de troubles gnosiques, nous savons qu'il existe une perte de l'odorat relativement précoce chez certains patients présentant un TNCM.

Les outils méthodologiques

Les outils que nous avons utilisés pour recueillir les données représentent également un biais à notre étude. En effet, les différentes grilles d'analyse n'ont pas été normées et validées statistiquement étant donné que nous les avons créées pour l'expérimentation.

En outre, comme nous l'avions annoncé précédemment, les scores obtenus sont liés à la subjectivité du professionnel de santé qui suit le patient et également à celle des aidants. Ainsi, les scores recueillis peuvent parfois être sur-évalués ou à l'inverse sous-évalués.

4. Pistes de recherche et perspectives thérapeutiques

A l'issue de cette étude, nous pouvons envisager plusieurs perspectives de travail.

Avant tout chose, il semble nécessaire de vérifier nos hypothèses auprès d'un plus grand nombre de patients afin d'obtenir des résultats significatifs.

De la même manière, l'utilisation d'outils validés et normés serait préconisée pour analyser les données. Il serait donc intéressant dans un premier temps de créer une grille spécifique évaluant à la fois la communication verbale et non verbale validée et normée.

D'autre part, nous pourrions mesurer les bénéfices de l'utilisation de la communication multimodale dans les situations quotidiennes, sur un plus long cours. En effet, nous n'avons pu proposer le protocole de rééducation aux patientes que quelques semaines, il apparaît alors difficile d'évaluer les réels retentissements sur la communication fonctionnelle au quotidien pour les professionnels et les aidants.

Enfin, cette pratique pourrait être envisagée auprès de patients présentant ces pathologies à un stade précoce de la maladie afin de constater un éventuel intérêt dans leur communication quotidienne avec leur entourage.

CONCLUSION

L'espérance de vie étant en perpétuelle augmentation, les personnes âgées sont davantage susceptibles d'être affectées par des Troubles neurocognitifs majeurs.

Ainsi, les orthophonistes sont de plus en plus sollicités pour prendre en charge des patients présentant ce type de trouble. L'un des objectifs de cette intervention est de pouvoir proposer aux patients et à ses aidants des outils de communication adaptés et fonctionnels, afin de limiter au maximum les répercussions néfastes des différents troubles occasionnés par ces pathologies au quotidien.

Ce travail de fin d'études avait pour principal objectif de démontrer s'il y avait un intérêt à utiliser une communication multimodale avec des patients présentant des Troubles Neurocognitifs Majeurs à un stade modéré.

D'une part nous souhaitions évaluer les éventuels bénéfices que pouvait apporter ce type de pratique sur la compréhension verbale et les capacités communicationnelles du patient. D'autre part, nous voulions observer si la communication non verbale était davantage exploitée par les aidants dans les situations quotidiennes lorsqu'ils étaient impliqués dans le protocole de rééducation. Les données issues de la littérature, la création d'un protocole de rééducation multimodal et de divers outils méthodologiques nous ont permis d'observer des bénéfices sur la communication et la compréhension dans certaines situations quotidiennes chez ces patients.

Le travail effectué autour de ce thème ouvre, pour les orthophonistes, de nouvelles perceptives pour la prise en charge de ces patients. Le recours à un support multimodal lors de l'intervention orthophonique permet comme nous l'avons vu de fournir une redondance de l'information émise, facilitant ainsi la compréhension du patient et incitant le patient à communiquer davantage. La participation des aidants lors de l'intervention orthophonique paraît également importante afin qu'ils puissent utiliser certaines modalités non verbales, notamment les gestes, au cours des séances.

Toutefois, le thérapeute doit prendre en charge le patient dans sa globalité. Il est donc important de considérer le patient comme une être communicant singulier appartenant à un système familial, afin de lui proposer des outils concrets, adaptés et fonctionnels pouvant améliorer sa communication au quotidien avec son entourage.

D'un point de vue personnel, l'élaboration de ce mémoire m'a permis d'enrichir mes expériences cliniques, en tant que future professionnelle, auprès de patients présentant des Troubles Neurocognitifs Majeurs.

Les différents entretiens réalisés auprès des aidants m'ont également rappelé à quel point il est important, en tant que thérapeute du langage, d'être à l'écoute et d'accompagner le patient et sa famille tout au long du suivi.

La prise en charge de patients porteurs de ces troubles apporte pour le thérapeute, un réel enrichissement tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

BIBLIOGRAPHIE

American psychiatric association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J.F., Dubois, O., Salamon, R. (2011). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 60(3), 231–238.

Arock, P. (2014). Programme d'amélioration de la communication à destination de l'entourage des malades d'Alzheimer ou de démences de type Alzheimer : mise en œuvre et bénéfices. *Glossa*, 114, 12-27.

Association France Alzheimer. (2013). La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Paris : Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées.
<http://francealzheimer.org/>

Baddeley, A.D., Wilson, B.A. When implicit learning fails : Amnesia and the problem of error elimination. *Neuropsychologia*, 32, 53-68.

Baylon, C., Fabre, P. (1990). *Initiation à la linguistique*. Paris : Nathan.

Belin, C., Ergis, A.N., Moreaud, O. (2006). *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*. Marseille, Solal.

Belleville, S., Bélanger, S. (2006). Dysfonction de la mémoire de travail et du contrôle de l'attention dans la maladie d'Alzheimer in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.

Berrewaerts, J., Hupet, M., Feyereisen, P. (2003). Langage et démence : examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer, *Revue de neuropsychologie*, XIII, 2, 165-207.

Bianchi, A.-J., Guépet-Sordet, H., Manckoundia, P. (2015). Modifications de l'olfaction au cours du vieillissement et de certaines pathologies neurodégénératives : mise au point, *La Revue de Médecine Interne*, 36 (1), 31-37.

Bianco, A., Blache, P., Marty, J., Rauzy, S. (2007). Les outils de communication alternative in V. Rolland (Ed.), *Les Dysarthries* (1-11). Solal.

Bouchy, M. (2015). Maladie d'Alzheimer, maladies apparentées et troubles de la compréhension : Intérêt de la communication augmentative. Université de Lorraine, Nancy.

Brunel. (2010). Intérêt de la communication multimodale dans l'optimisation de la transmission verbale d'informations aux patients atteints de démence de type Alzheimer. Mémoire d'orthophonie.

Cappeliez, P., Landreville, P., Vézina, J. (2000). *Psychologie clinique de la personne âgée*. Ottawa, Masson.

Cataix-Nègre, É. (2011). *Communiquer autrement : accompagner les personnes avec des*

troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives. Solal.

Cavrois, A., Rousseau, T. (2008). Crédit d'un questionnaire dans le cadre de l'approche écosystémique. Comment l'aide principal apprécie-t-il les capacités communicationnelles de son proche atteint de maladie d'Alzheimer ? *Glossa*, 105, 20-36.

Chaussin, A., Lolivier, S. (2006). Un atelier des sens pour maintenir la communication in *L'altération des cinq sens*, Soins Gérontologie, n°57

Cosnier, J., Brossard, A. (1984) *Les communications non verbales*. Paris : Delachaux et Niestlé.

Degiovani, R. (2008). La place de l'intervention orthophonique dans le parcours de vie des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2008) 8, 37-42.

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Delaby, S., Rousseau, T., & Gatignol, P. (2011). Intérêt d'une thérapie écosystémique chez des patients âgés ayant une maladie d'Alzheimer sévère. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(63), 124-132.

Delamarre, C. (2011). *Alzheimer et communication non verbale*. Paris, Dunod.

Derouesné, C. (2005). Communication non verbale et démences in. B.F. Michel, F. Verdureau, P.combet (Ed), *Communication et démence*, (105-119). Marseille, Solal.

Derouesné, C. (2006). Maladie d'Alzheimer. Données épidémiologiques, neuropathologiques et cliniques in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.

Derouesné, C. (2013). Les troubles mentaux liés à des lésions cérébrales dans le DSM V à la lumière des versions précédentes. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 11(4), 403-15.

Dick, M.B. (1992). Motor and procedural memory in Alzheimer's disease. In. L. Bäckman (Ed.), *Memory functioning in dementia*. (135-150). Amsterdam, Elsevier.

Dieudonné, B., Marquis, C., Ergis, A.-M., Verny, M. (2006). La démence à corps de Lewy : diagnostic clinique et neuropsychologique in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.

Dhinaut, C. (2008). *Snoezelen et quoi encore : témoignages*. Nice : Éditions Bénévent.

Ekman, P., Friesen, WV. (1969). The repertoire of nonverbal behaviour : categories, origins, usage, and coding. *Semiotica* : 49. (49-98).

Ergis, A.-M., Boutibibe, F. (2006). Mémoire implicite et maladie d'Alzheimer : apprentissages de procédures et effet d'amorçage in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.

Guillard, G. (2006). Altération des cinq sens et maintien au domicile in *L'altération des cinq sens*. Soins Gérontologie, n°57

Guitton. (2017). *Les aides à la communication et au langage oral*. Université de Lorraine : cours aux étudiants en orthophonie.

Hervy, B. (2006). Les sens de la vie in *L'altération des cinq sens*. Soins Gérontologie, n°57

INSERM. (2014). *Alzheimer*. Institut national de la santé et de la recherche médicale.
<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Tome 1, les fondations du langage. Paris, Editions de Minuit.

Jauny, Mouton. (2010). Influence des gestes de l'interlocuteur sur les actes de langage des malades d'Alzheimer. Mémoire d'orthophonie. Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Katz, L. (2014) *La stimulation sensorielle contre Alzheimer*. Alternative santé
<http://www.alternativesante.fr/alzheimer/la-stimulation-sensorielle-contre-alzheimer>

Kenigsberg P.-A., Aquino J.-P., Berard A., Boucart M., Bouccara D., Brand G., et al. Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015 ; 13(3) : 243-58

Khosravi, M. (2003). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*. Rueil-Malmaison [France] : Doin.

Lalanne, J., Piolino, P. « Prise en charge des troubles de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer du stade débutant au stade sévère : revue de la littérature et nouvelles perspectives », *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2013/3 (Volume 11), p. 275-85.

Lapre, E., Postal, V., Bourdel-Marchasson, I., Boisson, C., Mathey, S. « Stimulation cognitive et fonctions exécutives dans la maladie d'Alzheimer : une étude pilote », *Revue de neuropsychologie* 2012/2 (Volume 4), p. 123-130.

Lefebvre, L., & Arias Y Arenas, J. (2012). La compréhension de gestes pseudo-linguistiques dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 12(68), 62-73.

Ménard, M. (2016). La communication augmentative gestuelle au quotidien avec les personnes ayant un trouble neurocognitif majeur : réalisation d'un livret à destination des soignants et des aidants pour développer l'utilisation de ce type de communication dans des situations quotidiennes. Université de Lorraine, Nancy.

Moreaud, O. (2006). Connaissances sémantiques et maladie d'Alzheimer in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.

Nicolas, S. (1994). Réflexions autour du concept de mémoire implicite. *L'année psychologique*, 94, 63-80.

- Pashek, G. V., & DiVenere, E. (2006). Auditory Comprehension in Alzheimer Disease : Influences of Gesture and Speech Rate. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 14(3), 143-155.
- Pellissier, J. (2010). *Ces troubles qui nous troublent : les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*. Villematier, Erès.
- Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Isbergues, France : L'Ortho-Edition.
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie* 2009/5 (numéro 503) p. 429-444.
- Rousseau. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy- les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Salquebre, C. (2016). Etude de l'influence du degré de familiarité et d'opérativité des supports utilisés en intervention orthophonique sur les capacités de communication et d'accès au lexique des patients présentant une Maladie d'Alzheimer ou une Maladie Apparentée. Université de Lorraine, Nancy.
- Sambuchi, N., Michel, B.-F., Bastien, C. (2005). Communication, langage oral et démence. Origine du manque du mot dans la maladie d'Alzheimer : accès lexical et mémoire sémantique, in Michel (B. F.), Verdureau (F.), Combet (P.), *Communication et démence* (105-119). Marseille, Solal.
- Schiaratura, L. T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 183-188.
- Sellal, F., & Kruczak, E. (2007). *Maladie d'Alzheimer* (2e édition). Rueil-Malmaison : Doin Editions.
- Sellal, F., Kruczak, E. (2010). *Maladie d'Alzheimer*. Collections conduites. Paris, Doin.
- Seux, M.-L. (2006). Les démences vasculaires : données cliniques et radiologiques d'Alzheimer in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.
- Touchon, J., Portet, F. (2002). *La maladie d'Alzheimer*. Paris, Masson.
- Touchon, J. (2013). Quand le patient voit les mots s'échapper...in Touchon, J., Gabelle, A., Brun, V. (Ed.) *Maladie d'Alzheimer et communication* (49-53). Montpellier, Sauramps Medical.
- Van Der Linden, M., Juillerat, A.-C., Delbeuck, X. (2005). La prise en charge des troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer in. C.Belin, A.-M.Ergis, O.Moreaud (Ed), *Les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (167-197). Marseille, Solal.
- Wojtasik, V., Lekeu, F., Quittre, A., Olivier, C., Adam, S., Salmon, E. (2009). Réadaptation cognitive pour les activités de vie quotidienne dans la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société* 2009/3 (vol. 32/ n°130), 187-202.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole multimodal d'intervention orthophonique

Protocole multimodal d'intervention orthophonique

Activité quotidienne : La toilette

- 1) Proposition d'une image avec une personne qui prend une douche. Demander au patient de nommer l'action.

➤ L'expérimentateur reprend/reformule la réponse du patient en y associant le geste de la douche.

- 2) Proposer dans un deuxième temps deux grandes images sur lesquelles apparaîtraient deux lieux de vie du patient. Par exemple une photo de la salle de bain et une photo d'une autre pièce à vivre (la cuisine par exemple). Demander au patient d'indiquer la pièce dans laquelle on effectue l'action vue précédemment.

➤ L'expérimentateur pose la question suivante : « Chez vous, où est-ce que vous allez prendre votre douche ? »

- 3) Disposer ensuite différents objets utilisés quotidiennement par le patient lors de cette activité, qui sont sélectionnés préalablement avec lui si possible. Lui demander de désigner les objets énoncés (gants de toilette, savon, brosse à dents, serviette de bain, shampooing).

Proposer ensuite le protocole ACS (analyse des composants sémantiques) pour chaque objet appartenant aux objets de la salle de bain.

➤ Si le patient est en difficulté, l'expérimentateur peut l'aider en posant des questions fermées, questions à choix multiples.

- 4) Proposition au patient de lui faire écouter des bruits d'objets que l'on trouve la salle de bain (l'eau qui coule, de quelqu'un qui se brosse les dents, utilisation du sèche-cheveux).

- 5) Ensuite nous lui proposons de lui faire sentir certaines odeurs caractéristiques de produits d'hygiène (savon, dentifrice, parfum, shampooing).

- 6) Enfin nous lui proposons de toucher les objets mis dans un sac pour qu'il essaie de mémoriser les traits physiques des différents objets (texture, taille, forme).

- 7) Dans un troisième temps, nous utilisons des images séquençant l'action « se laver » (issues du matériel Clic-Clac). Le but étant pour le patient de réussir à remettre les images dans le bon ordre.

➤ L'expérimentateur reprend les propos du patient en y associant le geste correspondant.

Nous opérons de la même manière pour l'action « se brosser les dents » et « se laver le visage ».

- 8) Pour terminer, nous demandons au patient quelles sont toutes les actions que l'on réalise lors de la toilette (se déshabiller, se laver, se sécher, s'habiller, se laver les dents, se coiffer, mettre ses bijoux).

➤ L'expérimentateur utilise les gestes au fur et à mesure des différentes actions énoncées par le patient.

Enfin nous lui demandons de replacer chaque objet en fonction de l'action et de réaliser ces gestes à son tour afin de faire deviner à l'expérimentateur l'action correspondante au geste.

Activité quotidienne : Le repas

1) Proposition de travailler sur le petit-déjeuner ou un des deux autres repas qui est susceptible de poser problème.

2) Proposer différentes images du domicile du patient en lui demandant dans quelle pièce il prend le petit-déjeuner (cuisine, salle à manger) et dans quelles conditions (musique de fond, devant la télévision, en lisant son journal, seul ou avec son époux/épouse).

➤ L'expérimentateur pose la question suivante : « Chez vous, où est-ce que vous prenez votre petit-déjeuner ? »

3) Disposer ensuite différents objets utilisés quotidiennement par le patient lors de cette activité, qui sont sélectionnés préalablement avec lui si possible. Lui demander de désigner les objets énoncés (bol, verre, petite cuillère, pain, beurre, café...).

Proposer ensuite le protocole ACS (analyse des composants sémantiques) pour chaque objet utilisé lors de cette activité.

➤ Si le patient est en difficulté, l'expérimentateur peut l'aider en posant des questions fermées, questions à choix multiples et associer les gestes du café, du thé, du beurre, du pain (en fonction des aliments présents dans son petit-déjeuner) aux mots.

4) Lui proposer dans un deuxième temps de classer ces différents objets/aliments selon 3 grandes catégories sémantiques (les aliments qu'on peut manger, qu'on peut boire, la vaisselle que l'on utilise).

➤ L'expérimentateur signe les gestes de boire, de manger, de la vaisselle.

5) Proposition d'un travail d'association objet-aliment (avec tel aliment j'utilise une fourchette, un couteau, une cuillère) et d'association de mouvements-objets (pour découper certains aliments, pour presser une orange, étaler du beurre sur une tartine...) à partir des objets réels présents.

6) Proposition au patient de lui faire écouter des bruits de différentes actions que l'on réalise dans la cuisine (le bruit du grille pain, du café qui coule, du bruit du beurre que l'on étale sur le pain grillé, bruit de la mastication).

7) Ensuite nous lui proposons de lui faire sentir certaines odeurs d'aliments (café, pain grillé, de l'orange...).

8) Enfin nous lui proposons de toucher les différents objets présentés précédemment, mis dans un sac pour qu'il essaie de mémoriser les traits physiques des différents objets (texture, taille, forme).

9) Dans un troisième temps, nous utilisons des images séquençant l'action « mettre la table » (issues du matériel Clic-Clac). Le but étant pour le patient de réussir à remettre les images dans l'ordre chronologique.

➤ L'expérimentateur reprend les propos du patient en y associant le geste correspondant.

Nous opérons de la même manière pour l'action « préparer le café » et « faire la vaisselle ».

10) Pour terminer, nous demandons au patient quelles sont toutes les actions que l'on réalise lors du petit-déjeuner (mettre la table, faire le café, couper les tartines, la prise de médicaments, débarrasser la table, faire la vaisselle, ranger ...).

➤ L'expérimentateur utilise les gestes au fur et à mesure des différentes actions énoncées par le patient.

11) Enfin nous lui demandons de replacer chaque objet en fonction de l'action et de réaliser ces gestes à son tour afin de faire deviner à l'expérimentateur l'action correspondante au geste.

Activité quotidienne : L'habillage / le déshabillage

- 1) Proposition d'une image avec une personne qui s'habille. Demander au patient de nommer l'action.
➤ L'expérimentateur reprend/reformule la réponse du patient en y associant le geste de s'habiller.
- 2) Proposer dans un deuxième temps deux grandes images sur lesquelles apparaîtraient deux lieux de vie du patient. Par exemple une photo de la cuisine et une photo d'une chambre. Demander au patient d'indiquer la pièce dans laquelle on effectue l'action vue précédemment.
➤ L'expérimentateur pose la question suivante : « Chez vous, où est-ce que vous rangez vos vêtements ? »
- 3) Disposer ensuite différents vêtements utilisés quotidiennement par le patient lors de cette activité, qui sont sélectionnés préalablement avec lui si possible. Lui demander de désigner les objets énoncés (les sous-vêtements, les chaussures, les vêtements, les manteaux éventuellement).
Proposer ensuite le protocole ACS (analyse des composants sémantiques) pour chaque vêtement.
➤ Si le patient est en difficulté, l'expérimentateur peut l'aider en posant des questions fermées, questions à choix multiples et associer les gestes (enfiler un pantalon, faire ses lacets...) aux mots.
- 4) Lui proposer dans un deuxième temps de classer ces différents vêtements selon 3 grandes catégories sémantiques (les sous-vêtements, les vêtements, les chaussures, les vêtements de nuit).
- 5) Proposition d'un travail d'association vêtements-saisons ou conditions climatiques (tel vêtement quand il fait chaud ou plutôt quand il fait froid, quand il pleut...) à partir des objets réels présents.
➤ L'expérimentateur associe les gestes (froid, chaud, éventuellement hiver/été, pluie, soleil) aux mots.
On peut également effectuer un travail d'association un vêtement- une action spécifique (maillot de bain, tablier, bleu de travail, pyjama...).
Nous pouvons éventuellement réaliser avec le patient un travail praxique pour réaliser certains mouvements (boutonner son gilet, faire ses lacets, remonter une fermeture éclair).
- 6) Enfin nous lui proposons de toucher les différents vêtements présentés précédemment, les yeux bandés pour qu'il essaie d'en mémoriser les traits physiques (texture, taille, forme).
- 7) Dans un troisième temps, nous utilisons des images séquençant l'action « s'habiller ». Le but étant pour le patient de réussir à remettre les images dans l'ordre chronologique (mettre d'abord les sous-vêtements, puis le pantalon, le tee-shirt, le pull, les chaussures, les lunettes...).
➤ L'expérimentateur reprend les propos du patient en y associant le geste correspondant.
Nous opérons de la même manière pour l'action « se déshabiller ».
- 8) Enfin nous lui demandons de replacer chaque vêtement en fonction de l'action et de réaliser ces gestes à son tour afin de faire deviner à l'expérimentateur l'action correspondante au geste.
- 9) Si le patient a des difficultés quotidiennes dans l'ordre de passation des différents vêtements, on peut éventuellement créer des pictogrammes représentant l'ordre dans lequel les vêtements doivent être mis. De même dans l'armoire, on peut en créer pour indiquer au patient l'emplacement des chaussettes, des slips, des pantalons...en collaboration avec l'aidant.

Activité quotidienne : Les visites

- 1) Proposition d'une image avec une personne qui sonne à la porte. Demander au patient de nommer l'action.
➤ L'expérimentateur reprend/reformule la réponse du patient en y associant le geste de sonner.
- 2) Demander au patient de décrire l'image et de faire des hypothèses à partir des questions (Qui ? où ? comment).
➤ **L'expérimentateur pose la question suivante : « Qui vous rend souvent visite ? »**
- 3) Disposer ensuite différents objets/images utilisés par le patient lors de cette activité, qui sont sélectionnés préalablement avec lui si possible. Lui demander de désigner les objets énoncés (porte, sonnette, interphone, judas, paillason). Proposer ensuite le protocole ACS (analyse des composants sémantiques) pour chaque objet appartenant à cette situation.
➤ Si le patient est en difficulté, l'expérimentateur peut l'aider en posant des questions fermées, questions à choix multiples et associer les gestes (sonner, toquer, ouvrir la porte) aux mots.
- 4) Proposition au patient de lui faire écouter des bruits d'objets que l'on trouve dans cette situation (le bruit de la sonnette, frapper à la porte, le bruit des chaussures qu'on essuie sur le paillason, bruit des clés de la serrure, ouverture de la porte qui grince, porte qui se referme).
- 5) Enfin nous lui proposons de toucher les différents objets présentés précédemment, les yeux bandés pour qu'il essaie d'en mémoriser les traits physiques (texture, taille, forme).
- 6) Dans un troisième temps, nous utilisons des images séquençant l'action « recevoir un visiteur ». Le but étant pour le patient de réussir à remettre les images dans l'ordre chronologique (demander l'identité de la personne, lui ouvrir, la saluer, la prier d'entrer, lui dire de s'installer).
➤ L'expérimentateur reprend les propos du patient en y associant le geste correspondant.
Nous opérons de la même manière pour l'action « raccompagner le visiteur ».
- 7) Nous pouvons éventuellement demander au patient si l'on s'adresse de la même façon lorsque c'est une personne familière qui nous rend visite ou si c'est un professionnel de santé qui vient à domicile.
Travailler éventuellement ces différentes situations à partir des dires du patient et de l'aistant.
- 8) Enfin nous lui demandons de réaliser les gestes à son tour afin de faire deviner à l'expérimentateur l'action correspondante au geste.

□ **Annexe 2** : Questionnaire concernant les situations quotidiennes en présence de l'aidant

**Questionnaire concernant les situations quotidiennes en présence de
l'aidant**

Questions

1. Certaines situations de la vie quotidienne occasionnent-elles des difficultés pour votre proche ?

Oui *Non*

Si oui précisez lesquelles :

- Le repas
- La toilette
- L'habillage
- Le lever-le coucher
- Les déplacements

2. Ces difficultés se retrouvent-elles davantage lorsque vous vous adressez à lui ou lorsqu'il s'adresse à vous ? Ou les deux ?

.....
.....
.....

3. Engendrent-elles des troubles du comportement chez votre proche ?

Oui *Non*

Si oui, précisez quel type de troubles :

- De l'angoisse
- De la peur
- De l'agressivité
- De la colère
- De l'opposition

4. Vous demande-t-il régulièrement la date du jour ou le lieu dans lequel vous vous trouvez ?

Oui *Non*

Si oui, précisez de quelle façon :

.....
.....

5. Présente-t-il des difficultés à effectuer des déplacements ?

Oui *Non*

Si oui, comment cela se manifeste-t-il ?

- Dans les déplacements d'un lieu à un autre
- Dans les déplacements d'une pièce de la maison à une autre
- Dans les déplacements d'un support à un autre (du lit au fauteuil...)

6. Votre proche sollicite-t-il votre aide pendant ces situations de vie quotidienne ?

Oui *Non*

Si oui, de quelle façon ?

.....
.....
.....

7. Lors de votre présence durant ces situations de la vie quotidienne, communiquez-vous avec votre proche ?

Si oui, veuillez préciser de quelle manière :

- Exclusivement par la parole
- Par des gestes associés à la parole

Autre :

.....
.....
.....

- **Annexe 3 :** Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Veuillez coter chaque question de 1 à 4 selon la fréquence des actes réalisés par votre proche

1 = jamais, 2 = quelquefois, 3 = souvent, 4 = toujours

Questions

1. Votre proche semble-t-il gêné pour exprimer des besoins élémentaires (Par exemple, pour boire, manger, dormir) ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

2. Lorsqu'il veut exprimer ses intentions, présente-t-il des difficultés à se faire comprendre ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

3. Votre proche nomme-t-il correctement :
 - Un objet

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Une personne

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Un événement

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

4. Lui arrive-t-il d'utiliser des pantonymes (Par exemple, « truc », « bidule », « machin ») dans son discours ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

5. Votre proche manifeste-t-il des difficultés à tenir une conversation même si des thèmes familiers ou simples y sont abordés ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

6. Votre proche est-il toujours adapté à la situation ? (Se lève t'il en pleine conversation ? Change t'il subitement de sujet, etc...)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

7. Votre proche semble-t-il comprendre davantage les questions simples et fermées que les questions ouvertes et complexes ? (*Ex de question simple et fermée : « Est-ce que tu veux manger ? » réponse par oui/non*
Ou « Préfères-tu manger une banane ou une pomme ? » réponse pré-établie dans la question posée
Ex de question complexe et ouverte : « Qui a téléphoné pendant que j'étais sous la douche ? » réponse libre)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

8. Présente-t-il des difficultés à exprimer par la parole des sentiments (La joie, la colère, la peur) ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

9. Lui arrive-t-il de protester ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

10. Votre proche a-t-il recours à des gestes pour s'exprimer ? (Pointage, mime...)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

11. Utilise-t-il le regard pour tenter de se faire comprendre ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

12. Les expressions faciales sont-elles utilisées parallèlement à son discours ?
(Sourire, haussement des sourcils...)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

13. Vous arrive-t-il d'avoir recours aux gestes en complément de la parole pour vous faire comprendre de votre proche ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

14. Avez-vous des observations ou des remarques à ajouter ?

- Annexe 4** : Grille dévaluation de la communication d'un patient atteint d'un TNCM

Grille d'évaluation de la communication d'un patient atteint d'un TNCM

Veuillez coter chaque item de 0 à 4 en fonction de la fréquence de la réalisation des actions.

0= *jamais*
1= *rarement*

2= *parfois*
3= *souvent*

4= *très souvent*

Discours verbal	Notation (de 0 à 4)
- <i>Questions</i>	
Le patient pose des questions fermées (oui/non) à l'interlocuteur	
Le patient pose des questions commençant par des pronoms interrogatifs (où, quand, comment, pourquoi, qui, que)	
Le patient pose des questions parfois incohérentes ou inadaptées à la situation	
- <i>Réponses</i>	
Le patient est en mesure de répondre à une question posée par oui ou par non	
Le patient peut répondre correctement à des questions ouvertes	
Le patient répond de façon inadéquate aux questions posées	
Le patient se contente de répondre à la question posée	
Le patient éteye sa réponse par une explication	

<i>- Description</i>		
Le patient nomme correctement un objet		Le patient présente des difficultés à tenir une conversation même si un thème simple ou familier y est abordé
Le patient nomme correctement une personne		Le patient s'exprime t-il spontanément ou plutôt lorsqu'on le sollicite ?
Le patient nomme correctement une situation		<i>- Compréhension</i>
Le patient décrit l'état d'un objet, énonce ses caractéristiques		Le patient comprend des questions fermées
Le patient est en mesure de décrire le lieu dans lequel se situe un objet, une situation		Le patient comprend des questions ouvertes
<i>- Conversation</i>		Le patient comprend la situation donnée
Le patient exprime ses impressions, ses croyances, son point de vue au sujet d'un objet ou d'un thème énoncé lors de la conversation		Le patient comprend des consignes simples
Le patient exprime ses sentiments, ses capacités à accomplir une action		Le patient exprime son incompréhension lorsqu'il ne comprend pas
Le patient est capable d'exprimer les intentions d'autrui		Discours non verbal
Le patient est confronté au manque du mot lors d'une conversation		<i>- Gestes (accompagnant ou remplaçant le discours verbal)</i>
Le discours du patient est ponctué de néologismes, de paraphasies		Le patient a recours à des gestes mimétiques (mime l'objet ou sa forme)
Une absence de cohésion est observée lors d'une conversation avec le patient		Le patient utilise des gestes déictiques (montre à l'aide de son doigt)
		Le patient utilise un signe de tête de façon adéquate pour exprimer oui ou non

Le patient utilise des gestes conventionnels renvoyant au code culturel (bonjour, au revoir)	
Le patient a recours à des gestes qui lui sont propres et non conventionnels	
Des mouvements corporels ou une gesticulation interviennent durant l'interaction	
Le patient émet des gestes expressifs ou émotifs durant la conversation	
Le patient a recours au geste pour appuyer ou étayer son discours (tape son front de la main pour signaler qu'il n'a plus de mémoire)	
<i>- Expressions faciales</i>	
Le visage du patient est expressif lors de la conversation	
Le patient est capable d'exprimer la surprise par son expressivité	
Le patient semble montrer de l'incompréhension par l'intermédiaire des expressions faciales	
<i>- Regard</i>	
Le patient établit un contact visuel avec le récepteur ou l'objet évoqué	
Le patient exprime de la surprise par l'intermédiaire du regard (élévation de la paupière supérieure et élévation du sourcil)	
Le patient semble exprimer une incompréhension (plissement des yeux)	

Le patient semble absent, il regarde dans le vide	
<i>- Intonation</i>	
Le patient module sa voix par des intonations	
<i>- Silence</i>	
Le patient marque une pause, en signe de réflexion	
Une pause survient dans le discours du patient traduisant un manque du mot	

Annexe 5: grille d'analyse qualitative des entretiens

MME	Protocole SDB	Protocole CUISINE	Protocole HABILLEMENT
Difficultés en expression orale			
Manque du mot			
Paraphasies verbales			
Néologismes/ Mot-valise			
Mot inachevé			
Phrase inachevée			
Interruption de phrases			
Digressions			
Incohérence du discours			
Difficultés de compréhension			
Sur questions fermées			
Sur questions ouvertes			
Sur consignes			
Moyens compensatoires verbaux mis en place			
Autocorrections			
Utilisation d'une périphrase			
Utilisation d'un terme générique			
Utilisation d'un pantonyme			
Moyens compensatoires non verbaux mis en place			
Gestes (déictiques, référentiels)			
Expressions faciales			
Utilisation de l'objet concret			
Aide avec mot écrit sur l'objet concret			
Utilisation des objets présents sur l'image			
Aide avec éléments présents dans son environnement			

- **Annexe 6 :** Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM post-expérimentation à destination des aidants

Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Veuillez coter chaque question de 1 à 4 selon la fréquence des actes réalisés par votre proche (mettre en gras)

1 = jamais, 2 = quelquefois, 3 = souvent, 4 = toujours

Questions

1. Votre proche semble-t-il gêné pour exprimer des besoins élémentaires (Par exemple, pour boire, manger, dormir) ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

2. Lorsqu'il veut exprimer ses intentions, présente-t-il des difficultés à se faire comprendre ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

3. Votre proche nomme-t-il correctement :
- Un objet

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Une personne

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Un événement

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

4. Lui arrive-t-il d'utiliser des pantonymes (Par exemple, « truc », « bidule », « machin ») dans son discours ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

5. Votre proche manifeste-t-il des difficultés à tenir une conversation même si des thèmes familiers ou simples y sont abordés ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

6. Votre proche est-il toujours adapté à la situation ? (Se lève t'il en pleine conversation ? Change t'il subitement de sujet, etc...)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

7. Votre proche semble-t-il comprendre davantage les questions simples et fermées que les questions ouvertes et complexes ? (*Ex de question simple et fermée : « Est-ce que tu veux manger ? » réponse par oui/non*
Ou « Préfères-tu manger une banane ou une pomme ? » réponse pré-établie dans la question posée
Ex de question complexe et ouverte : « Qui a téléphoné pendant que j'étais sous la douche ? » réponse libre)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

8. Présente-t-il des difficultés à exprimer par la parole des sentiments (La joie, la colère, la peur) ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

9. Lui arrive-t-il de protester ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

10. Votre proche a-t-il recours à des gestes pour s'exprimer ? (Pointage, mime...)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

11. Utilise-t-il le regard pour tenter de se faire comprendre ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

12. Les expressions faciales sont-elles utilisées parallèlement à son discours ?
(Sourire, haussement des sourcils...)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

13. Vous arrive-t-il d'avoir recours aux gestes en complément de la parole pour vous faire comprendre de votre proche ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

14. Pensez-vous qu'il est intéressant et pertinent d'utiliser les gestes en complément de la parole avec votre proche ?

Oui Non

Précisez, si possible :

15. Avez-vous pu utiliser des gestes en complément de la parole depuis la fin du protocole de rééducation sur les activités quotidiennes ?

Oui Non

16. Pensez-vous que l'utilisation des gestes en complément de la parole favorise la compréhension et l'expression de votre proche lors des activités quotidiennes ?

Pour la compréhension : Oui Non

Pour l'expression : Oui Non

17. Avez-vous constaté une amélioration de la communication chez votre proche depuis la fin de l'expérimentation ?

Oui Non

Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme D pré-expérimentation.

Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Veuillez coter chaque question de 1 à 4 selon la fréquence des actes réalisés par votre proche

1 = jamais, 2= quelquefois, 3 = souvent, 4 = toujours
Questions

1.!Votre proche semble-t-il gêné pour exprimer des besoins élémentaires (Par exemple, pour boire, manger, dormir) ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

2.!Lorsqu'il veut exprimer ses intentions, présente-t-il des difficultés à se faire comprendre ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

3.!Votre proche nomme-t-il correctement : -! Un objet

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

-! Une personne

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

-! Un événement

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

4.!Lui arrive-t-il d'utiliser des pantomimes (Par exemple, « truc », « bidule », « machin ») dans son discours ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

5.!Votre proche manifeste-t-il des difficultés à tenir une conversation même si des thèmes familiers ou simples y sont abordés ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

6.!Votre proche est-il toujours adapté à la situation ? (Se lève t'il en pleine conversation ? Change t'il subitement de sujet, etc...)

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

7.!Votre proche semble-t-il comprendre davantage les questions simples et fermées que les questions ouvertes et complexes ? (Ex de question simple et fermée : « Est-ce que tu veux manger ? » réponse par oui/non Ou « Préfères-tu manger une banane ou une pomme ? » réponse préétablie dans la question posée Ex de question complexe et ouverte : « Qui a téléphoné pendant que j'étais sous la douche ? » réponse libre)

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

8.!Présente-t-il des difficultés à exprimer par la parole des sentiments (La joie, la colère, la peur) ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

9.!Lui arrive-t-il de protester ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

10.!Votre proche a-t-il recours à des gestes pour s'exprimer ? (Pointage, mime...)

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

11.!Utilise-t-il le regard pour tenter de se faire comprendre ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

12.!Les expressions faciales sont-elles utilisées parallèlement à son discours ? (Sourire, haussement des sourcils...)

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

13.!Vous arrive-t-il d'avoir recours aux gestes en complément de la parole pour vous faire comprendre de votre proche ?

1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

14.!Avez-vous des observations ou des remarques à ajouter ?

Pas facile de donner des réponses catégoriques. Nicole Didelot verbalise encore bcp et bien. Ce qui est notable, c'est que les noms de personnes (voisins, commerçants, famille un peu éloignée, ...) ne lui évoquent rien.

Cdt,
AD

□ **Annexe 8 :** Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme B pré-expérimentation.

Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants			
Veuillez coter chaque question de 1 à 4 selon la fréquence des actes réalisés par votre proche			
1 = jamais, 2= quelquefois, 3 = souvent, 4 = toujours			
Questions			
1. Votre proche semble-t-il gêné pour exprimer des besoins élémentaires (Par exemple, pour boire, manger, dormir) ?			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
2. Lorsqu'il veut exprimer ses intentions, présente-t-il des difficultés à se faire comprendre ?			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
3. Votre proche nomme-t-il correctement :			
- Un objet 1 = jamais 2= quelquefois <input checked="" type="radio"/> 3 = souvent 4 = toujours			
- Une personne <input checked="" type="radio"/> 1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
- Un événement <input checked="" type="radio"/> 1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
4. Lui arrive-t-il d'utiliser des pantomimes (Par exemple, « truc », « bidule », « machin ») dans son discours ?			
<input checked="" type="radio"/> 1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
5. Votre proche manifeste-t-il des difficultés à tenir une conversation même si des thèmes familiers ou simples y sont abordés ?			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
6. Votre proche est-il toujours adapté à la situation ? (Se lève t'il en pleine conversation ? Change t'il subitement de sujet, etc...)			
1 = jamais 2= quelquefois <input checked="" type="radio"/> 3 = souvent 4 = toujours			
7. Votre proche semble-t-il comprendre davantage les questions simples et fermées que les questions ouvertes et complexes ? (<i>Ex de question simple et fermée : « Est-ce que tu veux manger ? » réponse par oui/non</i> <i>Ou « Préfères-tu manger une banane ou une pomme ? » réponse pré-établie dans la question posée</i> <i>Ex de question complexe et ouverte : « Qui a téléphoné pendant que j'étais sous la douche ? » réponse libre)</i>			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
8. Présente-t-il des difficultés à exprimer par la parole des sentiments (La joie, la colère, la peur) ?			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
9. Lui arrive-t-il de protester ?			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
10. Votre proche a-t-il recours à des gestes pour s'exprimer ? (Pointage, mime...)			
<input checked="" type="radio"/> 1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
11. Utilise-t-il le regard pour tenter de se faire comprendre ?			
1 = jamais <input checked="" type="radio"/> 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
12. Les expressions faciales sont-elles utilisées parallèlement à son discours ? (Sourire, haussement des sourcils...)			
1 = jamais 2= quelquefois <input checked="" type="radio"/> 3 = souvent 4 = toujours			
13. Vous arrive-t-il d'avoir recours aux gestes en complément de la parole pour vous faire comprendre de votre proche ?			
<input checked="" type="radio"/> 1 = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours			
14. Avez-vous des observations ou des remarques à ajouter ?			

- Annexe 9 :** Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme D post-expérimentation.

Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Veuillez coter chaque question de 1 à 4 selon la fréquence des actes réalisés par votre proche (mettre en gras)

1 = jamais, 2= quelquefois, 3 = souvent, 4 = toujours

Questions

1. Votre proche semble-t-il gêné pour exprimer des besoins élémentaires
(Par exemple, pour boire, manger, dormir) ? PEU

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

2. Lorsqu'il veut exprimer ses intentions, présente-t-il des difficultés à se faire comprendre ?

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

3. Votre proche nomme-t-il correctement :
- Un objet

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Une personne PEU ; pas possible de nommer si la personne n'est pas devant ses yeux

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Un événement pas de référence à évts passés ; description d'évt présent OK

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

4. Lui arrive-t-il d'utiliser des pantomimes (Par exemple, « truc », « bidule », « machin ») dans son discours ?

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

5. Votre proche manifeste-t-il des difficultés à tenir une conversation même si des thèmes familiers ou simples y sont abordés ? à comprendre ce qui est dit si évocation de noms = tjs ; à s'exprimer : peu de difficultés

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

6. Votre proche est-il toujours adapté à la situation ? (Se lève t'il en pleine conversation ? Change t'il subitement de sujet, etc...) svt décalée, ms j'arrive à trouver sa cohérence

I = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

7. Votre proche semble-t-il comprendre davantage les questions simples et fermées que les questions ouvertes et complexes ? (*Ex de question simple et fermée* : « Est-ce que tu veux manger ? » réponse par oui/non Ou « *Préfères-tu manger une banane ou une pomme ?* » réponse pré-établie dans la question posée Ex de question complexe et ouverte : « Qui a téléphoné pendant que j'étais sous la douche ? » réponse libre)

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

8. Présente-t-il des difficultés à exprimer par la parole des sentiments (La joie, la colère, la peur) ? difficulté pr dire les mots abstraits autrefois maîtrisés

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

9. Lui arrive-t-il de protester ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

10. Votre proche a-t-il recours à des gestes pour s'exprimer ? (Pointage, mime...) + **qu'avant la maladie**

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

11. Utilise-t-il le regard pour tenter de se faire comprendre ?

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

12. Les expressions faciales sont-elles utilisées parallèlement à son discours ? (Sourire, haissement des sourcils...) comme avant la maladie, bcp de sourires

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

13. Vous arrive-t-il d'avoir recours aux gestes en complément de la parole pour vous faire comprendre de votre proche ? peu / pas assez

1 = jamais 2 = quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

14. Pensez-vous qu'il est intéressant et pertinent d'utiliser les gestes en complément de la parole avec votre proche ?

Oui Non

Précisez, si possible :

Nicole parle bcp ; je suis moi-même très verbale. Les gestes, regards, sourires nous permettront de continuer à maintenir notre lien qd / si le langage disparaît.
Je prends la main de Nicole bcp + qu'avant, qd nous sommes assises et discutons pour attirer son attention, ou qd ns ns promenons pour lui signifier mon attachement et ma proximité.
Est-ce un « geste » au sens où vous l'entendez ?

15. Avez-vous pu utiliser des gestes en complément de la parole depuis la fin du protocole de rééducation sur les activités quotidiennes ?

Oui mais peu

16. Pensez-vous que l'utilisation des gestes en complément de la parole favorise la compréhension et l'expression de votre proche lors des activités quotidiennes ?

Pour la compréhension : Oui Non

Pour l'expression : Oui Non

17. Avez-vous constaté une amélioration de la communication chez votre proche depuis la fin de l'expérimentation ?

Oui Non

Annexe 10 : Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants_ Mme B post-expérimentation.

Questionnaire d'évaluation de la communication quotidienne chez un patient atteint d'un TNCM à destination des aidants

Veuillez coter chaque question de 1 à 4 selon la fréquence des actes réalisés par votre proche (mettre en gras)

I = jamais, 2= quelquefois, 3 = souvent, 4 = toujours

Questions

1. Votre proche semble-t-il géné pour exprimer des besoins élémentaires (Par exemple, pour boire, manger, dormir) ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

2. Lorsqu'il veut exprimer ses intentions, présente-t-il des difficultés à se faire comprendre ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

3. Votre proche nomme-t-il correctement :

- Un objet

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Une personne

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

- Un événement

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

4. Lui arrive-t-il d'utiliser des pantomimes (Par exemple, « truc », « bidule », « machin ») dans son discours ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

5. Votre proche manifeste-t-il des difficultés à tenir une conversation même si des thèmes familiers ou simples y sont abordés ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

6. Votre proche est-il toujours adapté à la situation ? (Se lève t'il en pleine conversation ? Change t'il subitement de sujet, etc...)

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

7. Votre proche semble-t-il comprendre davantage les questions simples et fermées que les questions ouvertes et complexes ? (*Ex de question simple et fermée : « Est-ce que tu veux manger ? » réponse par oui/non*
Ou « Préfères-tu manger une banane ou une pomme ? » réponse pré-établie dans la question posée
Ex de question complexe et ouverte : « Qui a téléphoné pendant que j'étais sous la douche ? » réponse libre)

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

8. Présente-t-il des difficultés à exprimer par la parole des sentiments (La joie, la colère, la peur) ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

9. Lui arrive-t-il de protester ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

10. Votre proche a-t-il recours à des gestes pour s'exprimer ? (Pointage, mime...)

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

11. Utilise-t-il le regard pour tenter de se faire comprendre ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

12. Les expressions faciales sont-elles utilisées parallèlement à son discours ?
(Sourire, haissement des sourcils...)

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

13. Vous arrive-t-il d'avoir recours aux gestes en complément de la parole pour vous faire comprendre de votre proche ?

I = jamais 2= quelquefois 3 = souvent 4 = toujours

14. Pensez-vous qu'il est intéressant et pertinent d'utiliser les gestes en complément de la parole avec votre proche ?

Oui Non

Précisez, si possible : positionnement des pieds sur les escaliers, positionnement de certains objets, du sac à main.

15. Avez-vous pu utiliser des gestes en complément de la parole depuis la fin du protocole de rééducation sur les activités quotidiennes ?

Oui Non

16. Pensez-vous que l'utilisation des gestes en complément de la parole favorise la compréhension et l'expression de votre proche lors des activités quotidiennes ?

Pour la compréhension : Oui Non

Pour l'expression : Oui Non

17. Avez-vous constaté une amélioration de la communication chez votre proche depuis la fin de l'expérimentation ?

Oui Non



YERNAUX Amélie

Intérêt de la communication multimodale auprès de personnes présentant un trouble neurocognitif majeur à un stade modéré : Utilisation d'un protocole d'intervention orthophonique impliquant la participation de l'aideant

Résumé : De nombreux travaux suggèrent que l'utilisation de la communication multimodale apporte des bénéfices auprès de patients présentant un trouble neurocognitif majeur à un stade sévère.

Notre étude s'intéresse à l'incidence que peut avoir l'utilisation de ce type de pratique sur la communication verbale auprès de ces patients à un stade modéré.

Un protocole d'intervention orthophonique multimodal abordant certaines activités quotidiennes a été administré à deux patientes durant 3 mois. Les entretiens ont été filmés pour pouvoir être ensuite analysés grâce à une grille d'évaluation de la communication.

Lors de l'expérimentation, les aidants étaient également invités à utiliser la communication gestuelle lors des activités quotidiennes avec leur proche afin de constater une éventuelle amélioration de la communication. Les résultats recueillis dans cette étude montrent l'intérêt d'avoir recours à ce mode de communication augmentative dès le stade modéré des troubles. Ainsi, la communication multimodale apporte des bénéfices sur la compréhension verbale et la communication fonctionnelle des patients au quotidien avec leurs proches.

Mots-clés : Troubles Neurocognitifs Majeurs_ stade modéré_ communication verbale_ communication multimodale_ intervention orthophonique_ aidants_ activités quotidiennes.

Abstract : A great deal of research suggest that the use of multimodal communication is beneficial to patients presenting major neurocognitive disorders at an advanced stage.

Our study focuses on the effects that this kind of practice can have on verbal communication with these patients at the moderate stage.

Two patients followed a multimodal speech therapy protocol about certain daily activities for 3 months. The interviews were filmed so that they could be analysed with an evaluation communication grid.

During the experiment, the carers were also asked to use gestural communication with their relatives in the daily activities in order to notice a possible improvement in communication.

The study results show that it is significant to resort to this type of augmentative communication as early as the moderate stage of the disorders. Thus, multimodal communication is beneficial to the verbal comprehension and functional communication of patients in their everyday life with their families.

Key-Words : Neurocognitive disorders_ major moderate stage_ oral communication_ multimodal communication_ speech therapy intervention_ caregivers_ daily activities.