

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOAPHONIE

MÉMOIRE

présenté par :

Adeline JOLY

soutenu le **16 juin 2014**

en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

de l'Université de Lorraine

Communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

Etude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste

MÉMOIRE dirigé par : Madame POTTIER Lise, Orthophoniste

PRÉSIDENT DU JURY : Pr DUCROCQ Xavier, Professeur des Universités en Neurologie

ASSESSSEURS : Madame JONVEAUX Thérèse, Docteur en neurologie
Madame BERNOT-NICOLAÏ Anne, Ergothérapeute

Année universitaire : 2013-2014

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE

présenté par :

Adeline JOLY

soutenu le **16 juin 2014**

en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

de l'Université de Lorraine

Communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées :

Etude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste

MÉMOIRE dirigé par : Madame POTTIER Lise, Orthophoniste

PRÉSIDENT DU JURY : Pr DUCROCQ Xavier, Professeur des Universités en Neurologie

ASSESSSEURS : Madame JONVEAUX Thérèse, Docteur en neurologie
Madame BERNOT-NICOLAÏ Anne, Ergothérapeute

Année universitaire : 2013-2014

*« Qu'importe de donner plus d'années à la vie si l'on ne peut donner plus de
vie aux années »*

P. Strandt

Remerciements

Au Professeur Ducrocq, pour avoir accepté la présidence de ce jury de mémoire ainsi que pour sa disponibilité et l'intérêt porté à mon travail ;

À Lise Pottier, pour son énergie et sa disponibilité. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue pendant cette année ;

À Thérèse Jonveaux, pour ses relectures et ses conseils avisés ;

À Anne Bernot pour m'avoir fait découvrir son travail, le centre Spillman et pour m'avoir accompagnée dès le début dans mes questionnements ;

Aux patients pour leur coopération et pour m'avoir confié, le temps d'un instant, leurs précieux témoignages ;

À leurs familles pour leur soutien et l'intérêt porté à l'étude. Merci pour la confiance accordée ;

À tout le personnel soignant et administratif du Centre Médical Paul Spillmann pour avoir contribué directement ou indirectement à mon projet ;

À mon Pépé pour m'avoir accompagnée de loin pendant toute cette année ;

À ma famille, ainsi qu'à Cédric pour leur soutien depuis ces quatre années d'étude, leurs réflexions, leurs relectures, et leurs encouragements pour que je puisse devenir ce que je désire être depuis fort longtemps ;

À PY pour sa rapidité et ses petites astuces ;

À Marie-Hélène pour son accueil au sein de son cabinet et pour m'avoir fait découvrir le monde de l'orthophonie ;

À mes différents maîtres de stage pour leurs critiques, leurs réflexions et pour m'avoir permis parfois de me remettre en question dans ma pratique ;

À Lorraine Bernard pour ses conseils avisés en statistiques ;

À mes amis, du Centre d'Orthophonie ou d'ailleurs pour leur intérêt envers mon travail, leurs conseils et leurs encouragements.

Table des matières

Introduction	4
---------------------------	----------

PARTIE THEORIQUE

1. La Maladie d'Alzheimer (MA)	7
1.1. Définition et épidémiologie	7
1.2. Stades évolutifs	8
1.2.1. Stade léger selon T. ROUSSEAU (1995) (score supérieur à 20 au MMSE)	8
1.2.2. Stade modéré (score entre 10 et 20 au MMSE)	8
1.2.3. Stade sévère (score inférieur à 10).....	9
1.3. Sémiologie : troubles du langage et de la communication, troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives et du comportement	9
1.3.1. Troubles du langage et de la communication	9
1.3.2. Troubles mnésiques	10
1.3.3. Atteintes des fonctions exécutives	12
1.3.4. Troubles du comportement	13
2. La communication	16
2.1. Généralités	16
2.1.1. Définitions.....	16
2.1.2. Principes.....	17
2.2. La communication verbale	19
2.3.1. La proxémie et la gestion des distances	21
2.3.2. La posture.....	21
2.3.3. Les gestes	22
2.3.4. Le toucher (recherche et évitement)	23
2.3.5. La mimique et l'expression faciale (mouvements faciaux et regard)	25
2.3.6. L'expression des émotions.....	26
2.3.7. Le paralangage (intonation, débit, rythme ...).....	28
2.4. Relations entre signes verbaux et non verbaux	28
2.4.1. Parallélisme entre les deux codes	28
2.4.2. Influences réciproques des deux systèmes.....	29
2.5. Communication et dynamique sociale.....	30
2.5.1. Définition du groupe	30
2.5.2. La norme et les rôles dans le groupe.....	31

2.5.3.	LEWIN et la dynamique de groupe	32
2.5.4.	La communication au sein des ateliers thérapeutiques : définition et organisation.....	33
3.	Troubles de la communication chez les patients atteints de Maladie d'Alzheimer (MA)	35
3.1.	La communication verbale selon l'évolution de la maladie.....	35
3.1.1.	Stade précoce (score supérieur à 20 au MMSE)	35
3.1.2.	Stade d'atteinte moyenne (score entre 10 et 20 au MMSE, après 2 à 4 ans d'évolution)	
	36	
3.1.3.	Stade final (inférieur à 10 au MMSE, après 5 à 7 ans d'évolution).....	37
3.2.	La communication non verbale selon l'évolution de la maladie	37
3.3.	La communication entre patients : neurones miroirs, théorie de l'esprit et désir mimétique	38
3.3.1.	La découverte des neurones miroirs aux XXème siècle	38
3.3.2.	La théorie de l'esprit	39
3.3.3.	Le « troisième cerveau » selon OUGHOURLIAN (2013).....	40

PARTIE PRATIQUE

1.	Problématique et hypothèses	43
1.1.	Problématique.....	43
1.2.	Hypothèses	43
2.	Méthodologie	45
2.1.	Population	45
2.1.1.	Critères d'inclusion et d'exclusion	45
2.1.2.	Présentation des patients	46
2.2.	Démarche expérimentale	46
2.2.1.	Thème	47
2.2.2.	Supports	47
2.2.3.	Déroulement.....	48
2.2.4.	Cadre spatio-temporel	49
2.3.	Mode de traitements des données	50
2.3.1.	La GECCO	50
2.3.2.	Schéma des actes échangés	51
2.4.	Précautions méthodologiques	51
2.4.1.	Sur le plan verbal	52
2.4.2.	Sur le plan non-verbal	52

2.4.3. Autres	53
3. Analyse et résultats	54
3.1. Analyse des données et traitement des hypothèses.....	54
1.1.1 Analyse quantitative des actes verbaux et non verbaux.....	54
1.1.2 Analyse qualitative des actes verbaux et non verbaux.....	61
2 Discussion.....	72
2.1 Synthèse globale des résultats	72
2.1.1 La présence du thérapeute favoriserait les actes de communication	72
2.1.2 La présence du thérapeute favoriserait les actes de communication entre les patients ..	72
2.1.3 La présente du thérapeute favoriserait les actes verbaux entre les patients sous un aspect quantitatif et qualitatif	73
2.1.4 La présente du thérapeute favoriserait les actes non-verbaux entre les patients sous un aspect quantitatif et qualitatif	74
2.1.5 Les patients communiquent davantage entre eux lors de la discussion libre si la relation à été initiée par l'orthophoniste au préalable	75
3.2. Critique sur la démarche et du travail	76
2.1.6 Limites	76
2.1.7 Pistes de recherche et perspectives	77
Conclusion	79
Bibliographie	81

***LES ANNEXES CITEES TOUT AU LONG DE CE MEMOIRE SONT
CONSULTABLES SUR LE CD-ROM JOINT.***

Introduction

Encore étudiante en deuxième année, je garde en mémoire mon premier bilan avec une personne atteinte d'une maladie neurodégénérative, la maladie d'Alzheimer (MA). Le mari de Madame C. avait fortement insisté pour obtenir un rendez-vous auprès de l'orthophoniste. L'état de sa femme se dégradant, il était urgent pour lui de l'accompagner dans ses activités au quotidien. Après un bilan de plusieurs fonctions cognitives, Madame C., en pleurs, conscientisa ses troubles. Après un long déni, elle ne pouvait plus nier cette dégénérescence qu'elle tentait de camoufler depuis quelque temps. Son abattement et sa détresse m'ont beaucoup touchée.

On dit parfois « ce qui m'émeut, me meut ». J'ai donc choisi de « rebondir » sur mes émotions et de les mettre au profit d'un travail de recherche autour de la communication chez les patients atteints de démence.

Très vite, je me suis rendue compte que, malgré les efforts technologiques réalisés pour explorer le cerveau et ses fonctions, la Maladie d'Alzheimer ou les Maladies Apparentées (MAMA) n'ont pas encore révélé tous leurs secrets aux scientifiques et professionnels.

Aujourd'hui, les orthophonistes voient arriver de plus en plus de personnes atteintes de MAMA en consultation. Les projections ne prévoient pas l'inversion de cette tendance mais plutôt une accélération de celle-ci. Faut-il pour autant arrêter de s'occuper de ces malades et cesser de leur apporter un soutien? Encore aujourd'hui, certaines personnes s'étonnent de l'intervention de l'orthophoniste auprès de cette population : pourquoi prendre en charge ces patients atteints de démence alors que l'évolution de la maladie est irrémédiablement dégénérative ? Pourquoi entrer en relation avec eux alors que leur mémoire est défaillante ? Ces maladies se traduisent la plupart du temps par une altération des fonctions cognitives et langagières et occupent une place essentielle dans le champ de compétences de l'orthophoniste. La prise en charge de ces patients est rendue nécessaire pour lutter contre la résignation de l'incurabilité et pour ne pas empêcher tout espoir et toute démarche d'accompagnement thérapeutique. Selon l'orthophoniste T. ROUSSEAU (1995) : « S'attaquer aux symptômes n'est peut-être pas le remède miracle mais peut constituer une thérapeutique intéressante. »

La prise en charge des personnes atteintes de MAMA nécessite l'humilité de l'orthophoniste car celle-ci remet en cause les techniques de « rééducation traditionnelle » où le thérapeute cherche à améliorer les capacités du patient ou à développer ses performances. Dans le domaine des troubles neuro-cognitifs, l'objectif consiste à maintenir le plus longtemps possible les capacités de communication déjà présentes.

Malgré l'évolution infaillible de la maladie, les patients conservent des capacités résiduelles pour pouvoir communiquer avec leur entourage. Si la communication verbale est touchée dès le stade précoce, la communication non-verbale serait encore efficiente malgré la présence de troubles adjacents. Voir la personne âgée démente comme une actrice de sa communication, nécessite tout d'abord d'accepter de voir les tentatives de communication qu'elle nous présente.

La communication entre les soignants, les aidants et les patients a été de nombreuses fois décrite par les auteurs. Cependant, on trouve peu de références concernant la communication entre les patients atteints de MAMA, alors que ceux-ci, une fois admis en institution, passent la plupart de leur temps ensemble, soit dans les ateliers de groupe, soit lors des repas ou dans les couloirs.

Nous proposons donc d'étudier les échanges en termes d'actes de communication verbale et non verbale entre les patients atteints de MAMA ainsi que l'influence de l'accompagnement thérapeutique sur ceux-ci lors d'un atelier réminiscence.

Après avoir présenté dans un premier temps les données théoriques sur la Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées, la communication et les prises en charge de groupe, nous présenterons nos hypothèses ainsi que notre protocole expérimental. Enfin, dans une dernière partie, nous exposerons et discuterons nos résultats.

Première partie

PARTIE THEORIQUE

1. La Maladie d'Alzheimer (MA)

1.1. Définition et épidémiologie

Dans le Dictionnaire d'Orthophonie (2004), BRIN et al. définissent la « démence » comme une « diminution irréversible des facultés intellectuelles »

Le DSM IV-TR¹ (classification américaine des maladies mentales - 2000) parle de « syndrome démentiel », c'est-à-dire de « troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives, etc) suffisamment importants pour retentir sur la vie quotidienne et qui durent depuis au moins 6 mois ». Cet ouvrage définit également la démence de type Alzheimer comme une « apparition de déficits cognitifs multiples tels que l'altération de la mémoire associée à un ou plusieurs perturbations cognitives : aphasie, apraxie, agnosie et/ou une perturbation des fonctions exécutives »

Aloïs ALZHEIMER découvre pour la première fois en 1906 une altération anatomique du cerveau chez une patiente démente. Il remarque la présence :

- de plaques séniles localisées entre les neurones ;
- d'une dégénérescence neurofibrillaire consistant en une accumulation anormale d'une substance à l'intérieur des neurones.

On estime aujourd'hui en France à 860 000 le nombre de personnes souffrant de MAMA et environ 220 000 personnes sont diagnostiquées chaque année. Selon le Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès INSERM, la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) représentent la quatrième cause de décès en 2008 (DUPORT, 2013). La maladie d'Alzheimer est le trouble neuro-cognitif le plus fréquent chez les personnes âgées (environ 70 % des cas). En Europe, au niveau épidémiologique, le taux d'incidence moyen de MAMA augmente de 2 cas pour 1000 par an entre 65 et 69 ans et de 70 cas pour 1000 par an après 90 ans (FRATIGLIONI, LAUNER, 2000) On remarque une prédominance féminine (DUPORT, 2013). Le diagnostic reste difficile surtout au début de la maladie et chez les sujets très âgés.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised text, 4th edn

1.2. Stades évolutifs

Tous les symptômes caractéristiques de la MA évoluent vers l'aggravation (le déficit mnésique-relatif à la mémoire-, l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie). La durée moyenne de survie est estimée à un peu de moins de cinq ans (cohorte PAQUID). Il existe toutefois une grande disparité en fonction du degré d'entourage et d'environnement.

Le Mild Cognitive Impairment (MCI) est un déclin cognitif léger considéré comme pathologique pouvant évoluer parfois vers une MA. GAUTHIER, REISBERG, ZAUDIG, PETERSEN et al. (2006) reconnaissent cette phase comme prodromique de la maladie. Il n'existe pas à ce jour de consensus international sur les critères définissant le MCI. KOCHAN et al. ont ainsi démontré en 2010 que l'utilisation des différents types de critères avait un effet sur la prévalence du MCI. DUBOIS B. (2004) propose de penser la MA dans sa globalité, c'est-à-dire au-delà de la phase finale démentielle, mais de considérer une phase de latence clinique, à savoir la MA prodromale.

1.2.1. Stade léger selon T. ROUSSEAU (1995) (score supérieur à 20 au MMSE²)

Le stade léger des MA (aussi appelé « stade initial » ou « stade précoce ») marque la mise en route d'un processus qui entraînera de forts changements pour le malade et son entourage. A ce stade la plupart des capacités du malade sont conservées et la plainte émane souvent de la famille. Les malades sont souvent aptes à renseigner leur entourage sur ce qu'ils vivent (s'ils ne le leur cachent pas). Ils deviennent anxieux devant ces changements et l'entourage remarque des difficultés d'attention et de concentration, ainsi les troubles de la mémoire deviennent de plus en plus évidents (manque du mot, désorientation spatiale etc.).

1.2.2. Stade modéré (score entre 10 et 20 au MMSE)

Le stade modéré, appelé aussi « stade intermédiaire », témoigne d'une perte croissante des facultés cognitives et fonctionnelles. Ce stade peut être révélateur parfois pour la famille et les aidants, de la nécessité de prodiguer des soins particuliers et donc d'envisager un lieu de vie adapté. En effet, il devient trop dangereux pour la personne de vivre sans aide. Parfois, cette personne est institutionnalisée plus tôt. La mémoire des faits personnels est de plus en plus touchée, la désorientation temporo-spatiale est installée et on observe un ralentissement

² Annexe 1 : Mini Mental State Examination de FOLSTEIN (1975)

des fonctions cognitives. C'est généralement le stade le plus long dans l'évolution des troubles.

1.2.3. Stade sévère (score inférieur à 10)

Ce stade appelé également « stade avancé » ou « stade grave » est le dernier stade. Une personne à ce stade a déjà perdu une grande partie de ses capacités cognitives. Elle devient souvent incapable de communiquer verbalement, et aura besoin de soins et d'attention particulière. L'objectif principal à ce stade est de soutenir la personne et sa famille et d'assurer la plus grande qualité de vie possible.

1.3. Sémiologie : troubles du langage et de la communication, troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives et du comportement

Les symptômes présentés ci-dessous ne sont pas systématiques. Les tableaux cliniques des MA peuvent différer selon le degré d'atteinte et la topologie de celle-ci.

1.3.1. Troubles du langage et de la communication

Conjointement aux autres troubles, les MA entraînent, entre autres, une aphasicie. L'aphasicie est une altération acquise du langage chez un individu ayant parlé normalement avant l'apparition de cette maladie neuro-dégénérative. Selon HUFF et al (1987, cités par ROUSSEAU en 1995), les troubles du langage apparaissent après l'altération de la mémoire récente.

Les difficultés de langage peuvent aller jusqu'à la perte totale des mots et jusqu'à une incapacité de communiquer verbalement.

Les premiers troubles du langage commencent par un manque du mot de plus en plus fréquent. Aloïs ALZHEIMER avait déjà décrit il y une centaine d'années des troubles de l'expression et de la compréhension.

Ces troubles du langage ne sont pas comparables aux troubles phasiques classiques. En effet, on constate une grande fluence verbale dans les premiers stades (APPEL, 1982, cité par ROUSSEAU en 1995), moins de paraphasies néologiques (CUMMINGS, 1985, cité par ROUSSEAU en 1995) et une meilleure compréhension auditive au stade sévère (HOLLAND 1986, cité par ROUSSEAU en 1995).

Ces troubles sont dus aux lésions spécifiques qui se propagent dans l'hémisphère dominant pour le langage, généralement l'hémisphère gauche chez le droitier.

Les troubles résultant de ces lésions touchent le versant expressif et/ou réceptif du langage. Les capacités de communication sont également aggravées par l'altération des autres troubles cognitifs : la mémoire et les fonctions exécutives. Pour communiquer efficacement, il faut en effet utiliser conjointement plusieurs aptitudes : pouvoir programmer un comportement verbal, maintenir son attention, se souvenir des événements, tenir compte de l'interlocuteur etc.

Progressivement, les aspects généraux du discours sont atteints telles que la transmission de l'information, la cohérence et la cohésion du message ainsi que ses aspects spécifiques telles que la compétence narrative, la gestion du tour de parole et des actes de langage. Les objectifs de prise en charge orthophonique des patients MA consistent :

- en un maintien des capacités de communication le plus longtemps possible ;
- en une compensation des capacités de communication par des capacités résiduelles ;
- en un maintien du statut d'être communiquant, et ce à travers un moyen verbal et non verbal.

Nous développerons plus spécifiquement les troubles du langage et de la communication dans la troisième partie « Troubles de la communication chez les patients atteints de MA » (page 35).

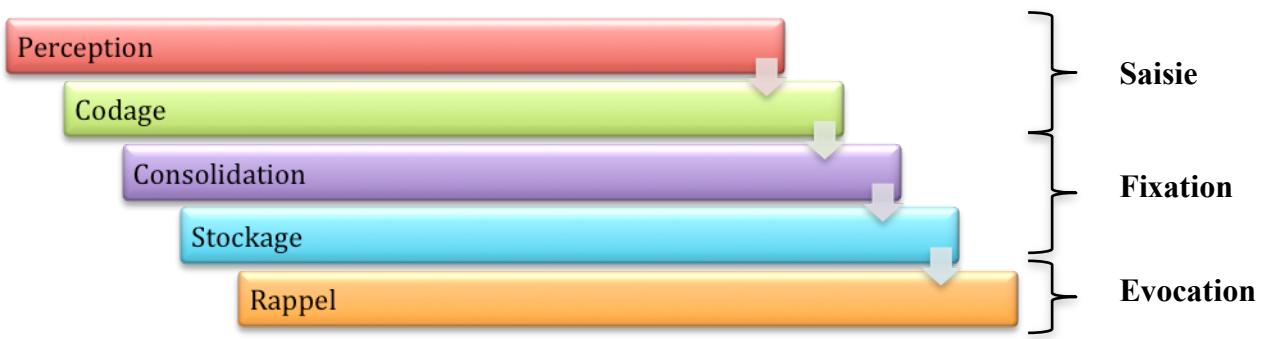
1.3.2. Troubles mnésiques

Les troubles mnésiques sont, dans 70 % des cas, le premier symptôme apparent. Souvent minimisés et justifiés comme des oubli mineurs du quotidien, les symptômes vont devenir de plus en plus fréquents et de plus en plus graves.

Comme démontré par EUSTACHE (1992, cité par ROUSSEAU en 1995), la mémoire n'est pas considérée comme un bloc à part entière mais comme une entité organisée par différents processus. Dans les MA, l'étape de la formation des souvenirs, c'est-à-dire l'encodage, serait altérée. Pendant cette phase, la personne extrait des informations perceptives et les transforme en représentations mentales pour pouvoir les mettre à jour plus tard.

Pour pouvoir mettre en mémoire, l'individu doit avoir un niveau de vigilance suffisant, une attention relativement soutenue, une bonne perception et une intelligence suffisante.

Schéma 1 : Processus de mémorisation



Les déficits mnésiques ont des répercussions sur le quotidien des malades, où en raison des nombreuses sollicitations, ils éprouvent des difficultés à diviser leur attention, à activer leur mémoire de travail et à résister aux interférences. Ces troubles peuvent être majorés par l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, etc.

Il existe différents types de mémoire :

- **mémoire à court terme** : stockage temporaire d'une information à l'état brut
- **mémoire à long terme** : stockage durable d'une information codée après consolidation de celle-ci
 - o **mémoire implicite** : mémoire des habiletés motrices, des savoir-faire non ou peu verbalisables
 - o **mémoire explicite** :
 - **mémoire épisodique** : enregistrement des données autobiographiques : il existe un fort codage temporel et spatial et cette mémoire est très vulnérable
 - **mémoire sémantique** : enregistrement des concepts et connaissances générales, le codage temporel est faible, et les informations sont résistantes au temps

On distingue aujourd'hui la **mémoire émotionnelle** qui englobe la modulation de souvenirs épisodiques mais également l'expression de réponses conditionnées émotionnelles. Elle peut donc reposer sur le système explicite (souvenirs épisodiques) et sur le système implicite (réponses conditionnées émotionnelles) (PHELPS & LEDOUX, 2005, cités par KAOUANE en 2010). Une émotion se traduit par un ensemble de réactions complexes comprenant des réactions comportementales, des réponses physiologiques (neurovégétatives) et une sensation

subjective (le ressenti de l'individu) (DANTZER, 1988, BELZUNG, 2007, cités par KAOUANE en 2010)

Dans la MA, l'altération de la mémoire à long terme est fréquemment le premier symptôme à apparaître et parfois la mémoire à court terme est également perturbée. La mémoire sémantique est également altérée, mais ce trouble peut provenir d'un déficit d'accès à la mémoire épisodique ou d'une perturbation centrale de celle-ci. La mémoire épisodique est très souvent la première touchée et elle amène très vite à une désorientation spatio-temporelle. En raison d'un gradient temporel de la dégradation, les souvenirs nouvellement formés de la mémoire épisodique seront plus fragiles. Selon les auteurs, la mémoire déclarative est très souvent perturbée, en revanche la mémoire procédurale résisterait davantage dans les MA. Concernant la mémoire émotionnelle, PLOTON & VEZINA (2010, cités par DEBILLON & GENOUX en 2012) affirment que, malgré l'avancée des stades, le malade MA conserve une prégnance de la vie affective. Celle-ci serait préservée sur le versant expressif et perceptif. Pour ROUSSEAU (2011), les MA conservent la capacité de prendre conscience de leurs émotions et de les exprimer verbalement. Ainsi, cet auteur considère qu'une conversation entraînant une forte charge émotionnelle améliorerait les performances communicationnelles.

1.3.3. Atteintes des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives se définissent comme l'ensemble des fonctions nécessaires au contrôle et à la réalisation de comportements dirigés vers un but, intégrant les besoins propres au sujet et les informations du monde extérieur.

Elles concernent les différentes étapes nécessaires à la réussite de tâches complexes³:

- la définition des objectifs de la tâche ;
- la planification grâce à une stratégie auto-générée ;
- l'adaptation du plan en fonction des variations des messages environnementaux ;
- l'inhibition des réponses non pertinentes;
- le maintien du programme de réponses jusqu'à sa réalisation complète ;
- le rétrocontrôle permet l'ajustement aux objectifs.

Toutes ces capacités sont nécessaires à la réalisation de tâches cognitives et de tâches

³ Enseignement de neurologie 2012-2013 de N. MORIN – orthophoniste-Nancy

quotidiennes. Les mécanismes impliqués dans la MA peuvent être touchés précocement. Lorsque les mécanismes opératoires sont altérés, le patient éprouve ainsi une grande difficulté à résoudre des problèmes qui paraissent simples et à sélectionner les informations pertinentes. Ainsi, selon BHERER, L., BELLEVILLE, S., HUDON, C. (2004), les patients et leur entourage font souvent écho d'une difficulté à « exécuter des activités complexes ou demandant de l'attention et de la flexibilité mentale comme préparer un repas élaboré » ou organiser un itinéraire.

1.3.4. Troubles du comportement

Ces comportements peuvent être considérés comme dérangeants, perturbateurs voire dangereux pour le patient lui-même et/ou son entourage.

Les symptômes sont souvent différents selon leur nature mais on note toutefois des caractéristiques communes. Selon la Haute Autorité de Santé (2009), les troubles du comportement sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées. Ils indiquent le plus souvent une scission entre le fonctionnement passé et actuel du patient. De plus, ces troubles sont souvent fluctuants en intensité et épisodiquement, ils sont interdépendants et souvent associés entre eux.

Les malades d'Alzheimer deviennent rapidement anosognosiques de leur maladie et de l'inadaptation de leurs comportements. D'après ROUSSEAU (2013), cette absence de conscience des troubles survient le plus souvent à un stade modéré dans la MA.

On distingue différents types de symptômes comportementaux :

- opposition ;
- agitation ;
- agressivité ;
- comportements moteurs aberrants ;
- désinhibition ;
- cris ;
- idées délirantes ;
- hallucinations ;
- troubles du rythme nycthéméral (rythme éveil-sommeil).

Au delà de ces troubles du comportement, il faut pouvoir rechercher les facteurs déclenchants et favorisants : ceux liés à l'environnement et à l'entourage, ceux propres à la personne ou à

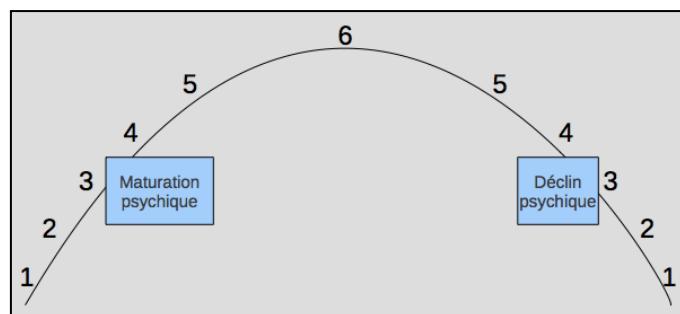
la maladie. Selon DELAMARRE (2011), ces troubles du comportement seraient des actes réactifs de la part des malades (notamment l'agressivité) face à une sensation de n'être ni vus, ni entendus dans leurs désirs relationnels.

Ces troubles ont souvent des conséquences sur la qualité de vie du malade et l'adaptation à son environnement, mais également sur la qualité de vie de l'entourage. Le trouble du comportement est souvent l'une des raisons de l'entrée en institution spécialisée.

PERUCHON (1993, citée par MOFFARTS en 2011) compare les processus en jeu chez la personne atteinte de MAMA et les processus du petit enfant. A partir des théories de WINNICOTT, qui présente les 6 degrés de dépendance psychique, elle précise les moyens de communication préférentiels chez les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs selon le stade de dépendance/indépendance.

Schéma 2 : Degrés de dépendance psychique selon WINNICOTT (cité par MOFFARTS en 2011)

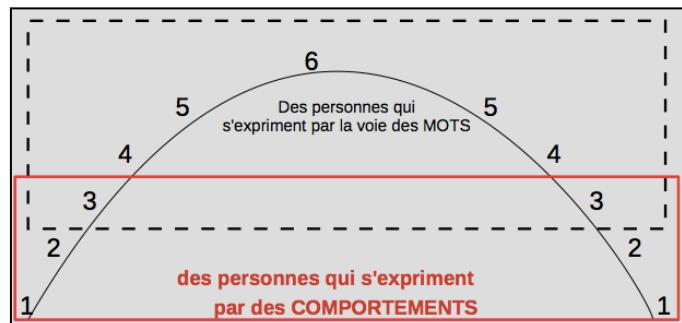
1. Dépendance extrême
2. Dépendance
3. Dépendance / indépendance
4. Indépendance / dépendance
5. Indépendance
6. Sens social



Chez les personnes atteintes de MA comme chez chacun de nous, ces états peuvent progresser ou régresser selon MOFFARTS (2011). Ces degrés fluctuent en fonction de la psycho-dynamique du malade et sa capacité à entrer en contact avec d'autres personnes.

Schéma 3 : Moyens de communication en fonction du degré de dépendance psychique chez les personnes atteintes de MAMA selon PERUCHON (cité par MOFFARTS en 2011)

1. Dépendance extrême
2. Dépendance
3. Dépendance / indépendance
4. Indépendance / dépendance
5. Indépendance
6. Sens social



Dans son ouvrage *Le Déclin de la vie psychique* (1993), PERUCHON (citée par MOFFARTS en 2011) en conclut que les personnes atteintes de MA à un stade de dépendance 1, 2 ou 3, s'expriment essentiellement par des comportements alors que les personnes se situant aux stades 3, 4, 5, 6 ont la capacité de s'exprimer principalement par les mots.

2. La communication

2.1. Généralités

2.1.1. Définitions

Selon le Dictionnaire d'Orthophonie (2004), la communication se définit comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu. En pratique, on peut différencier la communication gestuelle (langue des signes utilisée par les sourds), la communication verbale (orale ou écrite) et la communication non verbale (qui inclut des aspects intralinguistiques et extralinguistiques) ».

Dès lors que l'on s'intéresse aux interactions verbales et non verbales, les aspects sociaux et linguistiques sont mêlés.

2.1.1.1. Les fonctions de la communication

JAKOBSON, linguiste et théoricien de la communication, présente dans ses travaux un modèle de communication. À travers ce modèle, il attribue 6 fonctions au langage : la fonction expressive, conative, référentielle, phatique, métalinguistique et enfin poétique.

Ainsi, en interaction, l'émetteur transmet au destinataire un message codé culturellement et ce message est fonction du contexte d'énonciation et du lien entretenu par les deux protagonistes.

Au fur et à mesure des progrès de la recherche, le modèle de JAKOBSON est devenu inopérant car il se présente comme un modèle télégraphiste. En effet, en situation de communication, il existe une co-construction du sens, c'est-à-dire que les interactions verbales doivent être conçues dans leur totalité et non pas message après message. Le schéma de la communication de JAKOBSON oublie donc une partie du contexte.

Dans la Linguistique de l'Enonciation, courant qui prend racine dans les concepts des Benvenistes (linguistes se réclamant des théories de E. BENVENISTE), les auteurs introduisent la notion de rétroaction lors de l'échange (le feed-back). Au fur et à mesure de l'interaction, on construit le discours en fonction des réponses, non réponses et mimiques de l'interlocuteur.

2.1.1.2. Les composantes de la communication

Les compétences de communication permettent d'avoir une vision globale de la situation. Elles permettent de comprendre et de se faire comprendre. Ces compétences ont plusieurs composantes :

- *la composante linguistique* : être capable de construire un discours en utilisant les principes de la construction de la langue, connaître et maîtriser les modèles tels que morphologiques, syntaxiques ... ;
- *les composantes discursives/ pragmatiques* : être capable de s'adapter à tel discours dans une situation donnée ;
- *la composante référentielle* : lien qu'entretiennent les formes verbales et la réalité de celles-ci. Des compétences extralinguistiques sont nécessaires pour connaître les mots, les formes et le lien entre les mots et la réalité ;
- *La composante socio-culturelle* : elle n'est plus linguistique, c'est la connaissance et l'appropriation des règles sociales et des normes d'interactions entre les individus.

2.1.1.3. La multicanalité de la communication

La multicanalité de la communication humaine signifie que chaque individu émet (et reçoit) un énoncé total, hétérogène, résultant de la combinaison généralement synergique de plusieurs éléments (COSNIER, 1984):

- voco-acoustiques (partie verbale de l'énoncé) ainsi que les modalités d'analyse vocale (intonations, timbre, hauteur, intensité, accents) ;
- visuels, de types statiques ou cinétiques (lents ou rapides). Selon l'auteur les signaux statiques sont d'ordre contextuels alors que les signaux cinétiques sont co-textuels ;
- olfactifs, tactiles et thermiques.

2.1.2. Principes

Selon DEVITO (1993), il est nécessaire de rappeler les principes de communication pour comprendre toutes les formes et les fonctions de la communication.

L'auteur distingue neufs principes essentiels :

1. « *la communication est un ensemble de signaux* », c'est-à-dire qu'elle est composée de comportements et/ou de messages verbaux et non verbaux. Ceux-ci se consolident mutuellement. Dans nos actes de communication, nous ne faisons que

très peu attention à ces comportements. Cependant lorsque les messages sont contradictoires, nous relevons l'importance de la globalité de la communication ;

2. « *la communication est un processus d'ajustement* » : la communication vraie se définit quand les interlocuteurs prennent en compte et comprennent les différents signaux émis par le locuteur. En effet, l'individu doit prendre en compte le langage utilisé, le vocabulaire qui peut avoir un sens différent selon la personne et les sens accordés aux mots. L'efficience de la communication dépendra en partie de cette capacité à repérer les signaux de l'autre et d'en saisir la valeur ;

3. « *la communication comporte un contenu et des aspects relationnels* » : la manière de se comporter entre deux individus dépendra du statut de chacun et des réactions souhaitées. Souvent, la non considération de ces deux aspects provoquera des problèmes de communication ;

4. « *la communication comporte des transactions symétriques et complémentaires* » c'est-à-dire que les deux interlocuteurs se renvoient mutuellement leurs comportements (symétrie) et que ceux-ci peuvent avoir des comportements qui diffèrent entre eux (complémentarité) ;

5. « *les séquences de communication sont ponctuées à des fins d'interprétation* » : les locuteurs ponctuent et segmentent les actes de langage pour les rendre plus compréhensibles (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 1967 cités par DEVITO en 1993). Pour ce faire, il faut qu'ils comprennent comment l'autre ponctue la séquence. Les difficultés de compréhension renvoient à cette perception subjective, unique et donc faillible ;

6. « *la communication est un processus transactionnel* » : des messages sont émis et reçus simultanément, ce qui rend toutes ces informations inter-reliées et toujours en activité ;

7. « *la communication est inévitable* » : comme l'avance l'Ecole de Palo Alto menée par BATESON dans les années 50, « on ne peut pas ne pas communiquer ». Attention, tout comportement ne constitue pas une communication en ce sens que ceux-ci doivent se produire en situation d'interaction ;

8. « *la communication est intentionnelle* » : elle recouvre plusieurs objectifs dont « découvrir, se rapprocher, persuader et jouer » ;

9. « *la communication est irréversible* » : dès que des éléments verbaux ou non verbaux sont émis, on ne peut plus les enrayer mais seulement tenter de les modérer.

2.2. La communication verbale

Cette forme de communication est la plus manifeste. C'est un mode de communication que nous utilisons quotidiennement.

Aux origines de la linguistique moderne, Ferdinand de SAUSSURE (1916 ; 1979) décrivit la langue comme un ensemble de signes s'opposant entre eux. Il distingue dans ce système : le signifié et le signifiant. Le signifié constitue une représentation de la réalité alors que le signifiant représente l'image acoustique de l'objet. Pour pouvoir interagir avec d'autres du même groupe, il est nécessaire de se souvenir de la relation arbitraire entre signifiés et signifiants.

Le langage constitue un système de signifiants. La mise en mots et donc la diffusion de signifiants est une des fonctions la plus importante du langage.

Selon ROSSI (2008), cette signification peut être de trois sortes :

- dénotative : c'est le sens conceptuel et cognitif fondamental et stable, objet d'un consensus de la communauté linguistique ;
- connotative : c'est l'ensemble des significations secondes, propres à chaque individu, c'est une définition émotionnelle attribuée par chacun ;
- référentielle : ce sont les représentations mentales qui renvoient à la réalité extralinguistique.

La mise en mots se rapporte à des éléments extérieurs, qu'ils soient concrets ou abstraits. Parfois les difficultés de compréhension entre deux locuteurs sont observables quand les mots utilisés ne font pas référence à une entité concrète mais à une abstraction de l'esprit propre à chacun d'eux. De plus, il existe dans la langue française un nombre restreint de mots mais les significations caractérisant les référents sont innombrables. Lorsque l'on s'exprime, une part importante de notre pensée sous-jacente n'est pas révélée. Si on ne s'intéresse qu'aux structures verbales, on occulte une bonne partie du sens de l'interaction.

ROUSSEAU (1998 ; 2006) utilise dans la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de

Communication) la classification des actes de langage verbaux qui s'inspire de la taxonomie de DORE (1977). Cette grille seule ne serait en aucun cas pertinente. En effet, il est nécessaire de refléter au mieux la complexité de l'interaction en prenant en compte conjointement les signes non verbaux.

2.3. La communication non verbale

« Nous réagissons (aux gestes) comme d'après un code, secret et complexe, écrit nulle part, connu de personne, compris par tous... Comme toute conduite, le geste a des racines organiques, mais les lois du geste, le code tacite des messages et des réponses transmis par le geste sont l'œuvre d'une tradition sociale complexe ». (SAPIR, 1927 cité par COSNIER en 1984). ARGYLE rejoint cet auteur (1975, 1988): il préfère parler de « *bodily communication* » (langage de corps) car les éléments non-verbaux sont exprimés par les mouvements de l'ensemble du corps.

Le terme communication non verbale renvoie à la posturo-mimo-gestualité intégrée à la « communication totale ». Pour VON LIETH (cité par COSNIER, 1982) la « communication totale » réfère à l'association entre les systèmes verbaux, vocaux et gestuels. Dans notre étude, la communication non verbale désigne les aspects non verbaux de la communication même quand le langage est encore présent et non pas uniquement la communication en l'absence de langage.

Selon MEHRABIAN en 1967 (cité par DELAMARRE en 2011), la prévalence des éléments non-verbaux dans les actes de communication sont considérables : ils considèrent que dans un échange, 55% du message total passerait par tout le corps, 38% par la voix et 7 % par la parole.

La communication non verbale peut être ambiguë. En effet, le message verbal peut être mal interprété en fonction des mots utilisés, de même que le message non verbal. Si un comportement non verbal peut être très significatif, il peut avoir également tellement d'interprétations possibles. Plutôt que de donner des conclusions hâtives quand à cette signification, il est préférable de prendre en compte ces messages non verbaux comme des indices qu'il faut aller vérifier. Les études montrent que les individus qui sont de meilleurs émetteurs de messages non verbaux, sont également de meilleurs récepteurs (KNAPP, 1978, cité par ADLER, 1991). L'aptitude à décrypter les comportements se développe avec

l'expérience mais elle reste néanmoins fluctuante selon la fonction et la personnalité de l'individu.

La communication non verbale peut s'exprimer de différentes manières et transiter par différents canaux. La distance à l'interlocuteur, les postures, les gestes, le toucher, l'expression des émotions, la mimique ainsi que toutes les données paralinguistiques sont à prendre en compte dans l'analyse de l'interaction.

2.3.1. La proxémie et la gestion des distances

La proxémie est l'étude de la façon dont les gens occupent l'espace. Edward HALL (1971) distingue quatre distances propres à la nature des relations qu'entretiennent plusieurs individus :

- *distance intime : 0-0,45 mètre*

Les personnes se touchent. Cette distance est considérée par certaines personnes comme inadaptée en public.

- *distance personnelle : 0,45 à 1,25 mètre*

Cette distance nous permet de nous protéger du contact physique des autres. Le contact corporel est tout de même possible si les individus tendent les bras.

- *distance sociale : 1,25 mètre à 3,65 mètres*

Par rapport à une distance personnelle, on perd les détails visuels précédemment remarquables. Cette distance est utilisée pour discuter de sujets impersonnels. Plus la distance est conséquente, plus l'interaction partagée entre deux individus semble formelle et formalisée.

- *distance publique : 3,65 à 7,5 mètres*

Cette distance est présente quand l'individu est sous une menace (réelle ou imagée), qu'il met en place des mesures de défense ou dans certains cas particuliers comme la prise de parole en public.

Les caractéristiques proxémiques et temporelles constituent le contexte situationnel de l'interaction (COSNIER, 1984). Celui- ci est fondamental pour la définition et le cadrage de l'interaction en cours.

2.3.2. La posture

La posture est un autre canal de la communication non verbale. Elle permet d'obtenir des informations sur la manière dont les autres se sentent, personnellement ou les uns par rapport

aux autres. Les francophones sont sensibilisés inconsciemment au lien entre l'état émotionnel et la posture à travers différentes expressions : « rester bouche bée », « avoir un poids sur les épaules », « baisser les bras » etc.

Dans le cadre de la posture, c'est l'observation de petites variations qui révèlent l'état dans lequel la personne se trouve.

Le psychologue A. MEHRABIAN (cité par ADLER en 1991) a affirmé que la tension et la décontraction du corps sont des indices supplémentaires d'interprétation. Les postures détendues sont alors adoptées lors de situations non menaçantes pour l'individu, tandis qu'elles seraient davantage tendues dans des conditions plus hostiles.

2.3.3. Les gestes

Nous distinguons cinq types de mouvements corporels (EKMAN & FRIESEN, 1969 cités par DEVITO en 1993) :

- les emblèmes: ils signifient des mots ou expressions (leurs références s'ancrent souvent à une culture donnée). Les emblèmes sont codés de façon univoque et discrète comme les signes verbaux ;
- les illustrateurs: ils illustrent, amplifient ou clarifient la signification du message verbal. Il existe des illustrateurs gestuels spécifiques : (EKMAN & FRIESEN, 1969, cité par COSNIER en 1984) ;
 - les bâtons, mouvements rythmant, accentuant ou soulignant un mot ou une phrase ;
 - les idéographes, mouvements dessinant le mouvement de la pensée ;
 - les mouvements déictiques, désignant un objet présent ;
 - les mouvements spatiaux, faisant référence à une relation spatiale ;
 - les kinétographes, mimant l'action corporelle ;
 - les pictographes, dessinant un tableau du référent.
- les manifestations affectives: elles font part de la signification émotionnelle que ressent le locuteur ;
- les régulateurs: ils permettent de réguler, d'entretenir ou de guider les propos de l'autre ;
- les adaptateurs: ils permettent de satisfaire un besoin insignifiant ;

Les gestes peuvent être intentionnels ou inconscients. Bien que certains gestes involontaires aient une signification non équivoque, comme le haussement des épaules, d'autres sont plus subtiles. C'est ce que SCHEFLEN (cité par ADLER en 1991) évoque en appelant ces comportements ambigus de « lissage de plumes » (se passer la main dans les cheveux, se recoiffer, se regarder dans le miroir...). EKMAN montre que l'usage abusif de gestes est souvent signe de malaise. En vérité, la quasi-absence de gestes peut être un indicateur de doubles messages. Faire peu de gestes peut indiquer le manque d'intérêt, de la tristesse, de l'ennui...

L'activité gestuelle permet une facilitation cognitive. En effet, le geste facilite l'activité locutoire, c'est-à-dire la transformation des signifiants, des représentations et des images mentales diverses en chaîne verbale organisée de manière anticipée. La parole et la mimogestualité travaillent donc en synergie complète pour une meilleure communication. On retrouve cette gestualité dans les locutions spontanées et non pas dans une situation de répétition ou de lecture.

Selon une étude de 1972, DITTMANN (cité par COSNIER en 1984) a remarqué que les bras et les mains étaient davantage en mouvement lorsque la parole était saccadée et incertaine, c'est-à-dire avant une fluidité de parole. Il note que les gestes illustrateurs sont davantage présents dans la parole fluide et que les mouvements rythmant la parole interviennent dans l'élaboration de l'énoncé.

Néanmoins, il est utile de rappeler que les capacités de réduction de l'état de tension interne sont propres à chaque individu, selon une stratégie qui lui est personnelle, appelée « organisation verbo-viscéro-motrice » par COSNIER, BEKDACHE et DAHAN (1976-1977 cités par COSNIER en 1984)

2.3.4. Le toucher (recherche et évitement)

Le toucher peut être considéré comme une des formes les plus primitives de la communication (MONTAGU, 1971, cité par DEVITO en 1993). Les contacts physiques sont fortement différents en fonction de la culture.

JONES et YARBROUTH (1985 cités par DEVITO en 1993) distingue cinq significations possibles liées aux contacts physiques :

- l'émotion positive : on retrouve ce sentiment surtout chez les personnes intimes ou très proches. Le message veut s'avérer être l'encouragement, la reconnaissance,

l'intérêt, l'affection ... DESMOND MORRIS (1972 cité par DEVITO en 1993) précise « le toucher constitue un très puissant système de transmission et il est étroitement relié aux sentiments que l'on éprouve les uns pour les autres ; c'est pourquoi on y recourt le moins possible lors d'une rencontre fortuite. A mesure qu'une relation se développe, les contacts physiques se multiplient ».

- l'espèglerie : ce type d'interaction permet de faire saisir à l'interlocuteur l'humeur taquine de l'autre et indique de ne pas le prendre au sérieux.
- l'exercice d'une influence : ce toucher permet de contrôler une attitude ou un sentiment exprimé par l'autre. Un individu peut toucher l'autre pour qu'il se dépêche, pour lui signifier de ne pas bouger... Ce contact physique peut également exprimer la domination d'un interlocuteur sur l'autre. Selon les règles sociales, le « dominé » ne peut toucher le « dominant ».
- l'accomplissement d'un rite : ce contact fait référence aux salutations (ex : la poignée de main)
- la réalisation d'une tâche : le contact physique naît lors de la réalisation d'une tâche précise (ex : retirer un cil du visage de l'autre, vérifier si l'autre est fiévreux...)

Parfois, nous évitons le contact physique avec certaines personnes ou dans certaines circonstances. Selon les études de ANDERSEN et LEIBOWITH (1978 cités par DEVITO en 1993), il est démontré que l'évitement du contact physique et le niveau d'appréhension suscité par la communication sont reliés. En effet, les personnes qui appréhendent la communication orale hésitent à toucher les autres.

Le toucher traduit beaucoup de liens interpersonnels (HESLIN et ALPER, 1983 cités par ADLER 1991) :

- fonctionnels (examen buccal) ;
- sociaux (poignée de mains) ;
- d'amitié (tape sur l'épaule) ;
- d'amour, d'intimité (caresses) ;
- excitation sexuelle (baisers) ;
- agression (claques, bousculades).

2.3.5. La mimique et l'expression faciale (mouvements faciaux et regard)

Le visage et les yeux sont sans doute les parties du corps auxquelles on porte le plus d'attention. Pour autant, ces messages non verbaux ne sont pas plus transparents que les autres. Ce canal d'expression est très difficilement analysable. En effet, la détermination du nombre et du genre des expressions peut s'avérer compliquée. EKMAN et FRIESEN (1975, cités par ADLER en 1991) ont trouvé qu'ils existaient par exemple plus de huit positions distinctives des sourcils et du front. De plus, les expressions du visage changent très rapidement. Cependant l'interprétation est d'autant plus abordable qu'on connaît la cible ou le contexte à la source de l'expression. On distingue ici l'expression faciale et l'enjeu du regard.

2.3.5.1. L'expression faciale

Comme le disait fort bien ST JEROME (cité par DEVITO en 1993), «le visage est le miroir de l'âme, et les yeux, quoique muets, découvrent ce que l'âme a de plus caché». Ainsi des chercheurs ont tenté de décoder ce que le visage exprimait.

Selon EKMAN, FRIESEN et ELLSWORTH (1972 cité par DEVITO en 1993), on distingue six émotions qui peuvent être transmises par le visage : bonheur, surprise, crainte, colère, tristesse, dégoût/mépris.

Ces dernières sont pures et uniques. Il existe d'autres états émotionnels selon les auteurs, mais leurs manifestations physiques proviennent d'un assemblage de ces émotions pures.

Les expressions faciales sont universelles, c'est-à-dire qu'elles ne dépendent pas de l'origine culturelle. Cependant, la probabilité d'exprimer nos émotions par telle ou telle manifestation faciale peut s'avérer différente selon la culture. (EKMAN, 1975 cité par DEVITO ,1993).

2.3.5.2. Le regard

Concernant le regard, les mouvements oculaires varient selon la durée, la direction et leurs natures. Ces règles tacites sont bien ancrées dans la culture. En effet, dans la culture occidentale, on fixe quelqu'un pendant 2,95 secondes en moyenne et un échange de regards dure en moyenne 1,18 secondes (ARGYLE, 1988 cité par DEVITO, 1993). Si le regard ne respecte pas la norme sociale, l'interlocuteur pourra interpréter le désintérêt ou la timidité de l'autre, ou inversement, le grand intérêt voire la séduction. La nature du regard

(degré d'ouverture des yeux) peut signifier l'intérêt, la surprise, la crainte ou encore le dégoût.

Les mouvements oculaires peuvent servir à :

- demander une rétroaction ;
- faire savoir que le canal de communication est ouvert et que la personne peut parler ;
- indiquer la nature de la relation : positive par un regard fixe attentif, ou négative par un détournement du regard ;
- réduire la distance psychologique entre deux personnes.

Le regard peut communiquer l'attitude positive ou négative de la personne. Le type de message peut rendre compte d'un message clair : l'intérêt ou le désintérêt vis à vis de l'interlocuteur et/ou du sujet de discussion. En moyenne, on regarde plus en tant que récepteur qu'en situation d'émetteur. Le regard est lié à l'aspect phatique. La perturbation de l'aspect phatique entraîne un déséquilibre de l'interaction voire son interruption (COSNIER, 1984). La dilatation des pupilles peut également transmettre nos émotions. Nous ne développerons pas ici ce sujet en raison de la trop grande précision que l'observation demande pour l'interpréter.

2.3.6. L'expression des émotions

Bien que la face émette les signes les plus différenciés et distinctifs des émotions, les mouvements corporels et les postures sont aussi des signes de l'activation émotionnelle (ARGYLE 1975, EKMAN et FRIESEN 1972 cités par COSNIER, 1984).

ARNDT et JANNEY (1991) distinguent dans la « *communication affective* » deux éléments: l'un émotionnel et l'autre émotif.

- La communication émotionnelle correspond aux expressions spontanées des états intérieurs, c'est-à-dire aux signes psychomoteurs et végétatifs non contrôlés (tremblements, sueurs, pleurs, etc ...).
- La communication émotive correspond à la mise en scène contrôlée des affects réels, potentiels voire non réellement vécus.

Au quotidien nous sommes donc plus souvent confrontés à une communication émotive qu'émotionnelle.

Selon COSNIER (1987), il existe deux genres d'affects conversationnels :

- des affects toniques : émotions de base qui sont stables au cours de l'interaction (les humeurs, la timidité) ;
- des affects phasiques : émotions passagères fluctuant au cours de l'interaction et qui s'harmonisent avec les échanges.

En situation de communication, les locuteurs doivent gérer leurs propres flux affectifs, leurs expressions et chercher à percevoir ceux de l'interlocuteur. Ainsi, en plus de l'échange brut de signifiants s'ajoutera un échange d'indices et d'indicateurs propres à la communication émotionnelle ou émotive.

Selon DARWIN, (1872, cité par COSNIER en 1996), la « qualité » des émotions transiterait davantage par les mimiques faciales alors que les autres éléments corporels dépendraient de l'intensité de l'émotion.

Parallèlement à cet échange affectif, les chercheurs ont découvert un autre mécanisme où les interlocuteurs partagent les émotions : c'est le phénomène « en miroir » ou synchronie mimétique. Les individus expriment des mimiques, des gestes ou des postures semblables. Le rire de l'un, provoque le rire de l'autres et inversement.

Cette situation de synchronie mimétique permet le bon fonctionnement des canaux de communication, un maintien adéquat de la relation mais surtout un accordage émotionnel entre les interlocuteurs, et permet la conclusion d'« inférences émotionnelles ». Cette notion renvoie au modèle d'analyse par synthèse motrice de HALLE et STEVENS en 1974 (cités par COSNIER en 1996), où au niveau vocal, un individu intégrerait la séquence vocale de l'autre et en déduirait la nature du message. Ce modèle peut être étendu aux autres paramètres non verbaux de la communication (gestes, mimiques, posture etc). Par cette synchronie, les individus perceptraient plus facilement, de manière consciente ou non, les affects de l'autre.

Nous pouvons lier ce modèle d'analyse par synthèse motrice à l' « analyseur corporel » de EKMAN et al. (1983) et de BLOCH (1989) cités par COSNIER en 1996. Ces chercheurs ont démontré qu'une attitude spécifique, corporelle ou émotionnelle, pouvait faire émerger les affects particuliers, et ainsi des représentations ajustées.

2.3.7. Le paralangage (intonation, débit, rythme ...)

Le paralangage se définit selon DEVITO (1993) comme « l'aspect vocal de la parole ». Il comprend l'accent ou l'intonation, le débit, la hauteur, le volume, le rythme, le nombre de pauses ainsi que les ruptures. La variation d'un de ces éléments entraîne une expression particulière. En effet, la façon dont un message est dit peut donner au même mot beaucoup de significations.

Déterminer l'état émotionnel d'une personne à travers sa voix se fait de manière inconsciente. Cependant, selon l'auditeur, l'aptitude à décoder les émotions n'est pas la même selon les personnes. De même, les locuteurs ne sont pas tous capables de les encoder (SCHERER, 1986, cité par DEVITO, 1993).

L'impact des signaux paralinguistiques est élevé. En effet, pour déterminer les dispositions dans lesquelles se trouve une personne, le locuteur porte davantage son attention sur le paralangage plutôt que sur le contenu des mots. Lorsqu'il y a contradiction entre le verbal et le vocal, les intentions du locuteur sont déterminées d'après le paralangage et non d'après les mots eux-mêmes.

Les aspects vocaux ont aussi leur importance dans les signes non verbaux concernant l'état affectif de l'émetteur. En effet, la qualité vocale, les pauses, et le temps parolier constituent les paramètres les plus importants (SCHERER 1979 cité par COSNIER en 1984).

Si la mimo-gestualité a montré son utilité dans la compréhension et l'enrichissement des énoncés, son rôle permet également à l'émetteur d'ordonner sa pensée et sa parole.

2.4. Relations entre signes verbaux et non verbaux

Les communications verbale et non verbale sont étroitement liées et elles interagissent en fonctionnant de concert. En effet, on ne peut s'exprimer verbalement sans avoir une expression faciale. COSNIER (1984) nomme la somme de ces deux communications, la « communication totale ».

2.4.1. Parallélisme entre les deux codes

Pour certains auteurs, les signes non verbaux sont automatiquement utilisés au niveau de l'émetteur comme des récepteurs pour porter et clarifier le contenu intellectuel de la communication et ce langage muet n'est l'objet que d'une attention marginale.

Certaines recherches ont mis en évidence que les signes verbaux et les signes non verbaux sont perçus et interprétés par des processus complètement différents comme s'il y avait deux types de consciences simultanées : l'une occupée du sens textuel et l'autre des paralangages. Le code verbal est utilisé pour transmettre un certain contenu de valeur informationnelle, tandis que le code non verbal est utilisé pour établir et maintenir la relation interpersonnelle.

La richesse des communications verbale et non verbale tient surtout de leurs différences. En effet, celles-ci empruntent un canal unique ou des canaux multiples. La parole n'est perçue que de manière séquentielle et ordonnée contrairement aux comportements non verbaux. Ces derniers arrivent simultanément et en grande quantité, ce qui ne permet pas à l'individu d'analyser chacun d'eux. Contrairement au message verbal, la communication non verbale est continue et sans fin. La communication verbale peut être source de confusions, mais les signes non verbaux d'autant plus. Le langage est parfois nécessaire pour interpréter le ressenti d'une personne. Contrairement à la parole, les messages non verbaux ne sont pas, la plupart du temps, délibérés. En effet, il existe tant de canaux non verbaux que même si l'on souhaite contrôler un de ceux-ci, nous ne pouvons pas penser aux autres.

2.4.2. Influences réciproques des deux systèmes

On a constaté que le jugement général des auditeurs sur le contenu d'un message était influencé par les signes non verbaux qui l'accompagnent, mais cela dans une proportion variable selon la personnalité de chaque auditeur. On peut observer soit la concordance, soit la convergence des deux systèmes qui a alors un effet clarificateur et renforçateur, dans ce cas le système non verbal agit comme une redondance d'un type spécial. La synergie fonctionnelle clarifie, unifie et renforce le contenu verbal et rend l'impact du message plus fort.

On distingue six formes d'interaction entre les messages verbaux et non verbaux (KNAPP, 1978 et EKMAN, 1965, cités par DEVITO, 1993) :

- **l'accentuation** : le non verbal sert à mettre en exergue tout ou une partie du message verbal. Cette accentuation peut se faire avec la voix ou avec des attitudes comme par exemple pointer du doigt ;
- **le renforcement** : le non verbal peut soutenir le message verbal (par exemple, pleurer en racontant un épisode malheureux) ;

- **la contradiction** : le non verbal n'est pas en adéquation avec les signaux verbaux. Cette contradiction entre comportement non verbal et énoncés verbaux est souvent non intentionnelle. Elle permet de paraître différent de ce que nous sommes en réalité ;
- **la régularisation** : le non verbal permet de réguler et de contrôler le débit ainsi que le rythme de la communication verbale. Différents signes permettent de faire comprendre à l'autre qu'on veut prendre la parole ou qu'on désire la garder ;
- **la répétition** : le message non verbal répète la signification du message verbal. L'utilisation délibérée de signes non verbaux, ayant une signification précise et connue de pratiquement tout le monde est appelée par les spécialistes « emblèmes ».
- **la substitution** : le non verbal se substitue au verbal (par exemple dire « oui » de la tête uniquement). Cette substitution peut être plus ou moins ambiguë et plus ou moins intentionnelles.

Les doubles messages ont un impact puissant sur la relation. En effet, EKMAN (cité par ADLER en 1991) a démontré en 1985 que lorsqu'un récepteur remarquait une contradiction entre le verbal et le non verbal, ce dernier prenait plus de poids. Cependant, certains comportements non verbaux sont plus caractéristiques que d'autres : les expressions corporelles sont plus révélatrices que celles du visage. Le locuteur est peut-être plus vigilant à les contrôler. Le ton de la voix est également une mine d'indices : erreurs de langage, prise de parole moins longue, débit moins rapide... La discordance entre les 2 systèmes provoque chez le récepteur un brouillage dans la signification du message et des troubles émotionnels. Certaines personnalités sont plus sensibles que d'autres aux signes non verbaux. Chez tout un chacun, la discordance, cas particulier de la contradiction des messages, produit des effets désagréables.

En conclusion, nous pouvons souligner qu'il serait préférable de parler « des communications non verbales » en vue de la diversité de ses modalités d'expression.

2.5. Communication et dynamique sociale

2.5.1. Définition du groupe

Dans *Les Fondements de la communication humaine* (1993) de DEVITO, un petit groupe représente « un ensemble de personnes, lesquelles sont assez peu nombreuses pour que

chacune puisse assumer sans grande difficulté le rôle d'émetteur et de récepteur. ». Un ensemble de personnes ne constitue pas un groupe s'il n'y a pas d'interaction entre elles. Cette différence permet de distinguer groupes véritables et personnes se contentant de co-agir, c'est-à-dire d'avoir une activité similaire sans pour autant communiquer les unes avec les autres.

Un groupe restreint compte entre trois et douze membres, unis par un lien commun. Le nombre de personnes pour définir un groupe n'est pas un hasard. En effet, il existe des différences notoires dans la communication entre deux ou trois personnes.

Un ensemble de personnes qui interagissent pendant un court laps de temps ne constitue pas un groupe. L'appartenance à un groupe n'est pas forcément volontaire. En revanche, les personnes choisissent de se joindre à ce groupe.

Au sein de ce groupe, le comportement d'un des membres peut avoir de l'influence sur le groupe entier. Les membres doivent avoir un objectif commun.

Pour le bon fonctionnement de cette entité, des règles organisationnelles doivent être posées. La structure et le niveau d'organisation sont plus ou moins stricts selon les buts recherchés et les circonstances de réunion.

La notion de groupe se définit comme plusieurs personnes incluses dans une situation de communication en face à face ou via un outil informatisé, qui ont des buts communs et des normes. Les auteurs ont développé des modèles de communication pour atteindre leurs buts de manière interdépendante. (CRAGAN et WRIGHT, 2009). Ces auteurs distinguent 9 caractéristiques propres à un petit groupe. Quatre de ces spécificités sont observables directement - communication, espace, temps, taille - et cinq autres indirectement-interdépendance, normes, structure de parole, buts, identités partagées.⁴

2.5.2. La norme et les rôles dans le groupe

Dans un groupe, il existe des ententes concernant la façon dont les individus devraient se comporter les uns vis-à-vis des autres. Les normes peuvent être officielles ou officieuses. Elles définissent les critères acceptables par le groupe.

Il existe trois catégories de normes de groupe (CRAGAN et WRIGHT, 1980 cités par ADLER, 1991) :

- la norme sociale : elle permet de régir les relations entre les membres du groupe ;

⁴ Annexe 2 : Les 9 caractéristiques des petits groupes selon J.Cragan, C.Kash et D.Wright

- la norme de procédure : elle indique la façon dont le groupe doit fonctionner ;
- la norme de travail : elle concerne la manière dont la tâche sera accomplie.

Tous les groupes ont des normes sociales, mais tous ne possèdent pas des normes de procédure ou de travail.

Selon Charles S. PALAZZOLO (cité par DEVITO en 1993) « les normes d'un groupe définissent les limites à l'intérieur desquelles on juge le comportement acceptable ou approprié. Elles jettent les bases collectives servant à régir le comportement et elles établissent les critères que l'on utilise pour juger le comportement individuel des membres »

Dans chaque groupe, les rôles des individus font référence aux styles de comportement que l'on s'attend à voir jouer par les membres. Comme les normes, certains rôles sont officiels, d'autres officieux.

2.5.3. LEWIN et la dynamique de groupe

La « dynamique de groupe », théorie élaborée par LEWIN (cité en 1997 par DORTIER) énonce le fait que la représentation de l'espace est tributaire à la fois des motivations et attentes de l'individu ainsi que des caractéristiques de l'environnement. Les théories de LEWIN, considéré comme le père de la psychologie sociale moderne, forment l'un des piliers des stratégies organisationnelles.

Les comportements sont régulés pour Lewin par des champs de forces, attraction et répulsion. Selon lui, un groupe est bien plus qu'une simple juxtaposition d'individus, mais plutôt une « totalité dynamique », où se joignent des interactions interpersonnelles, des phénomènes d'attraction/répulsion.

Chaque groupe possède son champ dynamique avec ses canaux de communication, ses frontières, ses barrières. Il est alors à son état d'équilibre. Pour conserver cet équilibre de groupe, les informations nouvelles ne sont acceptées que si elles s'intègrent dans le « champ » propre au groupe.

L'approche lewinienne a été développée par d'autres chercheurs : les types de leadership (LIPPIT et WHITE), la conformité aux normes de groupe (SHERIF et ASCH), la soumission à l'autorité (MILGRAM), l'influence (FAUCHEUX et MOSCOVICI) ...etc

2.5.4. La communication au sein des ateliers thérapeutiques : définition et organisation

On distingue le terme « atelier thérapeutique » d’autres termes tels que « animation », « atelier », « stimulation cognitive » et « sollicitation ». En effet, tous ces termes peuvent être confondus entre eux. Le choix du terme déterminera le contexte d’organisation, l’objectif et le climat de cette réunion.

Selon DEMOURES et STRUBEL (2006), l’atelier thérapeutique se définit comme une expérience de groupe dont l’objectif n’est ni la guérison, ni la récupération des fonctions cognitives. L’adjectif « thérapeutique » renvoie à la notion de « prendre soin de quelqu’un ». Lors de cette rencontre, le patient est sollicité à la fois dans son engagement individuel ainsi que dans son inclusion dans le groupe. L’objet de l’atelier est de faire émerger ou de réveiller des capacités, mais aussi de maintenir des capacités relationnelles.

Le terme « *animation* » renvoie ici à une activité occupationnelle pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs, ce qui n’est pas l’objectif en soi d’une prise en soin.

Le terme de « *stimulation cognitive* » n’est pas approprié pour des malades à un stade sévère. En effet, cette stimulation entraînerait anxiété et agressivité face à des mises en échecs répétitives. Ce type de groupe est plus approprié pour les patients à un stade débutant ou modéré.

Le terme « *sollicitation* » est adapté pour définir les objectifs des ateliers. Selon le Larousse, solliciter signifie « mettre en éveil », c’est-à-dire améliorer le bien-être de la personne face à son environnement pour lui attribuer une certaine autonomie. On distingue donc « solliciter » de « stimuler ». En effet, « stimuler » dénote d’une composante plus agressive, on pousse la personne à agir, on la bouscule dans son fonctionnement.

Le mode de structuration spatiale du groupe a une grande importance. En effet, selon la sociométrie et l’analyse des réseaux de communication, le placement de chaque membre a un impact sur la dynamique de groupe. C’est en fait la nature de la tâche demandée qui conditionnera le choix de structuration des membres.⁵

La sociométrie consiste à étudier l’ensemble des relations dans un groupe. L’analyse des réseaux aboutit à une configuration des liens qui se nouent entre les personnes. Le type d’actes de communication, leurs volumes, et leur efficacité sont engendrés par l’organisation

⁵ Annexe 3 : Type de réseaux de communication de BEVALAS et LEAVITT (1950)

du réseau de communication. Selon les groupes et leurs buts, plusieurs structures peuvent être mises en place :

- **L'organisation selon un schéma centralisé** permet de réaliser des tâches assez simples, la prise de décisions peut être rapide puisque un leader rassemble les informations des membres à la périphérie. En revanche, cette conception du groupe peut provoquer le détachement des individus périphériques et donc un niveau de satisfaction sur le groupe plus faible.
- **L'organisation selon un schéma décentralisé** permet une communication intense mais les erreurs sont moins contrôlables. Aucun leader ne chapeaute le flux de groupe et cette organisation peut rendre la structure plus lente et moins efficace. En revanche, un intérêt est porté par tous les membres grâce à un sentiment de satisfaction. Chaque membre peut parler de la dynamique de groupe avec tous les autres, puisque qu'aucun ne possède un pouvoir de décision unique. La structure dans son ensemble est plus interactive.

3. Troubles de la communication chez les patients atteints de Maladie d'Alzheimer (MA)

Les déficiences communicationnelles ne sont pas toutes liées à une atteinte organique. En effet, selon ROUSSEAU (1995), on peut intervenir sur certains facteurs pour repousser au maximum l'évolution de ces troubles.

Il existe des traitements non médicamenteux qui s'orientent vers une prise en charge comportementale. Ces thérapies comportementales s'intéressent notamment à l'analyse des conduites communicatives. Elles ont pour but de favoriser la communication globale c'est-à-dire verbale et non verbale. Elles ne s'intéressent pas à un symptôme linguistique donné.

Selon HABIB (1991), les perturbations linguistiques dans la MA sont très fluctuantes. L'auteur associe trois variabilités :

- « la variabilité des déficits au cours de la progression de la maladie chez un même sujet ;
- la variabilité interindividuelle entre deux malades au même stade des troubles neuro-cognitifs ;
- la variabilité intra-individuelle au cours d'une même journée ».

3.1. La communication verbale selon l'évolution de la maladie

Nous nous intéresserons ici uniquement à la communication orale. Malgré la grande variabilité des atteintes, nous pouvons tout de même présenter de manière schématique 3 stades :

3.1.1. Stade précoce (score supérieur à 20 au MMSE)

Les troubles du langage peuvent être présents dans 8 à 15 % des cas au stade précoce de la maladie (JUILLERAT, VAN DER LINDEN et al, 2000).

La production ainsi que la compréhension sont généralement altérées. A ce stade, on note un déficit lexico-sémantique, une difficulté à mémoriser les informations nouvelles, une

désorientation dans l'espace, notamment dans un nouvel environnement, une perte d'intérêt et d'initiative et parfois une agitation voire une légère agressivité.

Selon ROUSSEAU (1995), à ce stade, les capacités de communication semblent peu perturbées. En effet, les sujets malades compensent leurs difficultés d'évocation par l'utilisation de périphrases et l'atteinte de la compréhension orale est semblable à celle du vieillissement normal.

Dans le niveau expressif, on remarque des manques du mot apparents, des paraphasies, des perséverations de mots/phrases surtout concernant les automatismes (HIER ; CUMMINGS, cités par ROUSSEAU, 1995), une utilisation plus fréquente de « mots-valises », parfois une incohérence dans le discours ainsi qu'une diminution de la fluence remarquable pendant les premières phases de la maladie (ROUSSEAU, 1995).

Au niveau réceptif, on remarque une altération de la compréhension relative à la longueur de l'énoncé, la compréhension des mots isolés est souvent bonne - sauf les mots abstraits - (GOLDBLUM, 1992, cité par MALECOT 2001), les ordres simples ou assez complexes sont en principe assimilés. En revanche, les formes syntaxiques complexes contenant une relation de comparaison, causales ou inférentielles, sont inabordables à ce stade.

3.1.2. Stade d'atteinte moyenne (score entre 10 et 20 au MMSE, après 2 à 4 ans d'évolution)

Selon ROUSSEAU (1995), le patient peut communiquer « en situation duelle ou en très petit groupe, mais [il] a des difficultés pour suivre une conversation un peu longue ».

A ce stade, les atteintes de la mémoire à court terme sont de plus en plus conséquentes. Les capacités expressives et réceptives se dégradent davantage, et affectent le quotidien de l'individu. La désorientation n'atteint plus seulement les nouveaux endroits mais également les espaces familiers. Le malade commence à oublier l'heure, la date, la saison et l'année. Souvent le malade « présente une anosognosie de ses difficultés de communication et de ses erreurs de langage » (ROUSSEAU, 1995). L'interlocuteur doit donc interroger le locuteur pour comprendre ce qu'il exprime verbalement ou non verbalement.

Au niveau expressif, le manque du mot est aggravé, le malade a donc davantage recours à la périphrase quand il le peut. Il réalise des paraphasies sémantiques, les pronoms sont souvent imprécis et la fluence verbale est donc modifiée. En revanche, le débit de parole est conservé. On peut trouver un discours dyssyntaxique.

Le niveau réceptif quant à lui devient davantage déficient, au niveau verbal ainsi que gestuel.

3.1.3. Stade final (inférieur à 10 au MMSE, après 5 à 7 ans d'évolution)

Au dernier stade, la mémoire à long terme est touchée, le patient oublie donc sa propre histoire. Le langage verbal a souvent disparu, ou il se réduit à des syllabes ou simples vocalisations. Le langagier est altéré dans toutes ses structures. Si les expressions orales sont encore possibles, elles sont souvent jargonnées et donc inintelligibles par l'interlocuteur. Les productions sont rares et les capacités de compréhension sont davantage altérées par rapport au stade précédent. Ainsi, la quasi disparition du langage verbal permet de laisser une place d'autant plus importante aux moyens non-verbaux.

3.2. La communication non verbale selon l'évolution de la maladie

Les études portant sur la communication non verbale chez les patients atteints de MA ne sont pas nombreuses. PLOTON (2004) rappelle que « le patient conserve des possibilités d'expression non verbales cohérentes : le regard, le ton ... ». GONZALEZ (1996, cité par MALECOT en 2001) rappelle que si le langage est souvent altéré par la maladie, d'autres modalités de communication sont toujours présentes. Celles-ci peuvent parfois compenser le trouble langagier.

Au stade sévère de la maladie, il semble indispensable d'examiner la communication non verbale pour conserver le contact. L'atelier Réminiscence par exemple permet de faire émerger des souvenirs anciens qui sont plus longtemps préservés. C'est ce que RIBOT baptise en 1881 (cité par REIMOND en 2010) « la loi de régression » : la dégradation des souvenirs suit l'ordre inverse d'acquisition. ROUSSEAU (2013) définit la thérapie Réminiscence comme un « rappel vocal ou silencieux d'événement passés »

Selon BESANÇON & RIFFAUT (1999, cités par MALECOT en 2001), il est probable que la compréhension gestuelle soit également perturbée.

ROUSSEAU propose en 1994 (cité par MALECOT en 2001) de mettre en place des principes d'aides à la communication lorsque la structure langagière s'étoile :

- lors d'une atteinte légère : il conseille d'établir et de maintenir au maximum le contact visuel, d'utiliser des gestes et des mimiques qui facilitent la communication. Il précise que l'interlocuteur (entourage ou professionnels) doit prendre conscience du timbre de

sa propre voix. En effet, la forme du message est parfois mieux perçue que le contenu réel ;

- Lors d'une atteinte moyenne : il est préférable de s'aider du contexte, des intonations de voix, des gestes et des mimiques pour comprendre le malade malgré ses difficultés de communication ;
- Lors d'une atteinte sévère : les fonctions verbales sont altérées mais les capacités de communication non verbale sont encore mobilisables, telles que gestes des mains, mimiques et regard. Quand la compréhension est très altérée, il est préférable d'utiliser soi-même des gestes et mimiques, et enfin de recourir au toucher et au sourire pour apaiser l'angoisse exprimée par le patient.

3.3. La communication entre patients : neurones miroirs, théorie de l'esprit et désir mimétique

Il existe peu d'études à ce sujet, notamment concernant les ateliers thérapeutiques avec les patients atteints de MA. Les recherches portent davantage sur la communication entre les patients et l'entourage et/ou les soignants. En revanche, des avancées ont été réalisées en neuropsychologie grâce à la découverte des neurones miroirs et de la théorie de l'esprit. Ougourhlian (2013) évoque même la présence d'un 3^{ème} cerveau, le cerveau mimétique.

3.3.1. La découverte des neurones miroirs aux XXème siècle

Depuis quelques années, les neurosciences réalisent des découvertes concernant la communication non verbale. Celle des « neurones miroirs » par RIZZOLATTI en 1996 est fondamentale (cité par OUGHOURLIAN en 2013). Le neurologue SYLVESTER (cité par DE KEUKELAERE en 2005) affirme même « la découverte des neurones miroirs est absolument renversante. C'est aussi la découverte la plus importante et elle est pratiquement négligée parce qu'elle est si monumentale que nul ne sait qu'en faire »

Ces neurones sont appelés « miroirs » car ils s'activent de la même manière quand on réalise une action, quand on l'observe ou l'imagine. Cette notion est très proche de celle de la théorie de l'esprit. En effet, les « neurones miroirs » permettent de déchiffrer la manière dont l'individu comprend l'autre et la manière dont il apprend une nouvelle tâche. RIZZOLATTI rappelle en 2008 : « le cerveau qui agit est aussi et avant tout un cerveau qui comprend [...] ce type de compréhension se reflète également dans l'activation des neurones miroirs [...] ces

neurones montrent comment la reconnaissance des autres, de leurs actions, voire de leurs intentions dépend en première instance de notre patrimoine moteur ». La dénomination de cette classe particulière de neurones renvoie à la capacité qu'ils ont de refléter les actions d'une personne dans le cerveau de l'individu observateur.

Selon RIZZOLATTI (cité par HENNEL-BRZOZOWKA en 2008), ces neurones qui interviennent dans les capacités sociales, permettraient notamment l'expression de l'empathie et de repérer les intentions de l'autre. GALLESE ajoute (cité par OUGHOURLIAN en 2013) : « La fusion des intentions des autres dans celles de l'observateur produit cette qualité particulière de familiarité que nous entretenons avec les autres individus. C'est ce que signifie être en empathie ». Selon le neurologue POLYDOR (2009), ces neurones sont préservés pendant longtemps dans la maladie d'Alzheimer, ce qui permet aux malades d'intégrer des données non-verbales. Ces neurones miroirs ne seraient altérés qu'à un stade très avancé de la maladie. Autrement dit, la personne malade reste apte à considérer l'attitude des personnes qu'il a en face de lui.

3.3.2. La théorie de l'esprit

La notion de neurones miroirs est liée à la théorie de l'esprit, qui se définit comme « la capacité à inférer des états mentaux à autrui, comme des croyances, des désirs ou des intentions » (DUVAL, PIOLINO et al, 2011). Celle-ci permet « d'interpréter, de prédire, d'anticiper les comportements » et s'avère essentielle à la régulation des interactions sociales. La théorie de l'esprit nécessite des capacités de métacognition : pouvoir réaliser consciemment une représentation de l'état mental de l'autre (perception directe de l'environnement) et construire une métareprésentation (représentation d'une représentation). Pouvoir raisonner sur les pensées de l'autre nécessite un « circuit relationnel, impliquant une reconnaissance cognitive et/ou émotionnelle de soi-même et d'autrui actualisée dans l'échange (MIERMONT, 1997). Certains auteurs distinguent 2 types de théorie de l'esprit (CORICELLI, 2005 ; SHAMAY-TSOORY et al, 2007 ; KALBE et al, 2010 ; cités par DUVAL et PIOLINO & al en 2011):

- Théorie de l'esprit cognitive: une théorie de l'esprit « froide », ou relative aux pensées. Son rôle permet de se représenter les états de connaissance sur le monde des autres individus.
- Théorie de l'esprit affective: une théorie de l'esprit « chaude » ou relative aux

émotions. Son rôle permet de se représenter, de saisir les états affectifs des autres.

Dans le cadre de la MA, les sujets présentent une cognition sociale plus défaillante que la théorie de l'esprit affective. (GREGORY, LOUGH, STONE, 2002 cités par DUVAL, PIOLINO et al, 2011). Les tâches de théorie de l'esprit de 2^{ème} ordre (du type « *je pense qu'il pense que* ») seraient particulièrement altérées.

MICHALON, SERVEAUX et ALLAIN (2014) distinguent trois processus nécessaires aux interactions communicationnelles : la communication cognitive, émotionnelle et motivationnelle. Les résultats de leur étude montrent une résistance de la dimension émotionnelle. Ainsi, alors que les dimensions cognitives, verbales et motivationnelles semblent perturbées, la dimension émotionnelle serait préservée malgré la MA. La reconnaissance des émotions faciales et le décodage affectif en théorie de l'esprit pour les émotions simples ou complexes seraient maintenus chez les personnes atteintes de MA.

3.3.3. Le « troisième cerveau » selon OUGHOURLIAN (2013)

D'après OUGHOURLIAN en 2013, l'homme dispose de 3 types de cerveaux.

- Le premier cerveau, cognitif et rationnel, est situé dans le cortex. Il possède les fonctions de motricité, de sensibilité, de langage, de sensorialité. Il constitue le siège de la cognition, de la rationalité de la compréhension. Ce cerveau est capital mais il ne peut fonctionner tout seul.
- Le deuxième cerveau, émotionnel et affectif, correspondant au système limbique, a été baptisé par DAMASIO de « *cerveau émotionnel* » (cité par OUGHOURLIAN en 2013). OUGHOURLIAN (2013) affirme la présence dans ce deuxième cerveau de neurones miroirs et d'un système miroir expliquant l'intelligence émotionnelle et sociale. Pour cet auteur, cette deuxième entité est « équipée d'un système miroir expliquant l'empathie et la compréhension, la transmission, la contagion et le partage des sentiments, des émotions et de l'humour »
- Le troisième cerveau prend en charge ce qui n'est pas touché par les deux autres cerveaux à savoir, la relation, la réciprocité et le mimétisme. Selon OUGHOURLIAN (2013), les neurones miroirs se situent dans le premier et le deuxième cerveau mais « les rapports qu'ils permettent d'établir avec les cerveaux des autres êtres humains ont une telle importance et une telle réalité psychologique que cette interindividualité

mimétique me paraît mériter d'être individualisée sous le nom de cerveau mimétique.» La psychologie « interindividuelle » est celle qui ne se limiterait pas à l'individu seulement mais aux rapports et relations qu'ils entretiennent entre eux. OUGHOURLIAN (2013) se base sur la théorie mimétique avancée par René GIRARD (1961) : « le désir est mimétique, c'est-à-dire qu'il est copié, inspiré, généré suggéré et produit par le désir de l'autre ». Le désir mimétique peut porter sur l'objet lui-même ou sur une personne modèle. Toute interaction humaine est fondée sur le principe de l'imitation réciproque. Lors de l'imitation, une personne recherchera la reproduction de l'action mais également le but à atteindre. De même, les neurones miroirs sont activés, non pas par le mouvement de l'autre mais par l'intention sous-jacente à celui-ci.

Ces trois cerveaux cohabitent en symbiose permanente pour assurer un comportement le plus normal possible. Comme l'avance OUGHOURLIAN (2013), le moi est pétri d'altérité et le thérapeute doit ainsi s'adresser au premier, deuxième ou troisième cerveau du patient pour aller chercher la personne où elle se trouve.

Communiquer avec une personne atteinte de MA n'est pas facile. Comprendre les troubles de la communication, c'est pouvoir mettre en place une communication adaptée. Comme le rappelle Christian Moffarts lors du colloque international « Approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer » de 2011, les personnes atteintes de démence sont hypersensibles à notre manière d'être en relation avec elles. Il faut donc trouver le juste milieu entre *la juste proximité*, être présent à l'autre, et *la juste distance*, en restant présent à soi. Concernant la communication entre les patients, même si les capacités langagières sont souvent altérées, les patients conservent d'autres modalités de communication. L'accompagnement « validant⁶ » et la présence apaisante du thérapeute sont parfois un préalable nécessaire à la mise en relation.

⁶ Expression tirée de la Validation de N. Feil : « Valider, c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne »

Deuxième partie

PARTIE PRATIQUE

1. Problématique et hypothèses

1.1. Problématique

L'évolution de la MA amène la personne à éprouver des difficultés langagières pour se faire comprendre ou comprendre les autres interlocuteurs. Les professionnels gravitant autour du malade, notamment les orthophonistes, sont sensibilisés à ces difficultés et tentent de ne pas mettre la personne dans une situation délicate. Ils mettent donc en place des adaptations pour que le patient puisse signifier ses besoins mais également pour exprimer ses états émotionnels.

Notre projet s'est donc attaché à observer les actes de communications verbaux et non verbaux échangés entre les patients, réunis autour d'un thème semblable, sollicités par un intervenant ou non.

Dans l'atelier réminiscence, le thème choisi est commun à tous, et permet à chacun de partager au groupe ses souvenirs et ses expériences et ainsi renforcer l'envie de communiquer.

Nous pouvons ainsi poser les questions suivantes :

- l'accompagnement thérapeutique favorise-t-il l'expression verbale et non verbale individuelle ?**
- l'accompagnement thérapeutique favorise-t-il les échanges verbaux et non verbaux entre les patients atteints de MAMA ?**

1.2. Hypothèses

Au vu des données exposées précédemment, nous pouvons poser les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La présence du thérapeute favoriserait les actes de communication

Hypothèse 2: La présence du thérapeute favoriserait les actes de communication entre patients.

Hypothèses opérationnelles :

- la présence du thérapeute favoriserait les actes de communication verbale entre les patients sous un aspect qualitatif et quantitatif.
- la présence du thérapeute favoriserait les actes de communication non verbale entre les patients sous un aspect qualitatif et quantitatif.

Hypothèse 3 : Les patients communiqueraient davantage entre eux lors de la discussion libre si la relation a été initiée par l'orthophoniste au préalable.

2. Méthodologie

2.1. Population

2.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Notre expérimentation s'est déroulée au sein de l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) du centre Paul Spillmann de Nancy. Cette structure dispose de 11 lits destinés à des personnes atteintes de MAMA présentant des troubles cognitivo-comportementaux tels que agitation, opposition, désinhibition, etc. D'ordinaire, les séjours dans cette structure durent entre 4 à 6 semaines, avec pour objectif l'amélioration des troubles comportementaux. L'UCC dispose d'une équipe paramédicale composée d'une neuropsychologue, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne et d'une orthophoniste. Tous les professionnels du service (médicaux et paramédicaux) participent aux prises en charge médicamenteuses et non-médicamenteuses que ce soit en individuel ou en groupe par des ateliers communication et langage, réminiscence, chorale, psychomotricité, etc.

Les patients n'étant dans ce service que pour 4 à 6 semaines, la sélection des patients présents était restreinte. Les patients retenus pour participer aux ateliers réminiscence ont été sélectionnés grâce aux critères suivants :

- atteints de Maladie d'Alzheimer ou Maladies Apparentées (démence mixte, démence à corps de Lewy, démence fronto-temporale ...)
- un MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein) compris entre 7/30 et 21/30 (1 patient à un stade léger, 4 à un stade modéré et 3 à un stade sévère)
- présentant peu ou pas de troubles gnosiques

Les critères d'exclusion sont :

- les patients ayant une maîtrise approximative du français ;
- les patients présentant des troubles du comportement importants ou incompatibles avec un atelier de groupe ;
- les patients ayant des troubles sensoriels importants.

2.1.2. Présentation des patients

Tableau 1 : Présentation des huit patients

Patient	Sexe (F/H)	Age (en années)	Diagnostic	MMSE
Groupe 1				
BL	F	81	démence mixte (<i>stade modéré</i>)	14/30
MG₁ ⁷	F	83	maladie d'Alzheimer (<i>stade sévère</i>)	8/30
RP	H	83	maladie d'Alzheimer (<i>stade sévère</i>)	7/29
PC	H	84	<i>syndrome démentiel en cours de diagnostic évalué à un stade modéré</i> ⁸	16/29
Groupe 2				
SG	H	76	Maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement (<i>stade modéré</i>)	11/30
EM	F	86	Maladie d'Alzheimer (<i>stade modéré</i>)	14/30
GF	H	79	démence vasculaire (<i>stade sévère</i>)	9/29
MG₂ ⁵	F	82	démence mixte avec troubles du comportement (<i>stade léger</i>)	21/30
Moyenne (écart-type)		82 ($\sigma=30$)		12,5/30 ($\sigma=5$)

2.2. Démarche expérimentale

Le protocole de recherche expérimentale a été réalisé de janvier à février 2014. Les rencontres se sont déroulées avec deux groupes différents, tous deux composés de 4 personnes (2 hommes / 2 femmes) hospitalisées à l'UCC du Centre Spillmann du CHU de Nancy. Un petit groupe de 4 personnes nous a semblé idéal pour favoriser l'émergence d'interactions, pour pouvoir s'ajuster et être à l'écoute de chacun.

Ces séances se sont déroulées après avoir eu un échange téléphonique avec les familles afin de leur expliquer l'intérêt de cette recherche et d'obtenir de leur part les autorisations officielles (formulaire de droit à l'image et consentement à la participation à une recherche). Les personnes hospitalisées ont pu également donner leur consentement oral avant d'être filmées.

Les 4 patients participant au groupe 1 ont pu échanger de manière autonome autour du support présenté. Par la suite, l'orthophoniste est intervenue pour relancer les échanges et approfondir la thématique.

⁷ Nous distinguerons ci-dessous les deux patients possédant les mêmes initiales par MG₁, patiente participant au groupe 1 et MG₂, patiente participant au groupe 2.

⁸ Nous n'avons pas le diagnostic précis de PC car son évaluation était en cours. Malheureusement celui-ci est décédé quelques jours après sa participation au groupe.

De manière inverse, les 4 patients participant au groupe 2 ont découvert la thématique, accompagnés de l'orthophoniste. Dans un deuxième temps, ceux-ci ont pu poursuivre l'échange en s'appuyant sur l'effet bénéfique de l'élan communicationnel précédemment établi.

2.2.1. Thème

Quatre entretiens se sont déroulés : deux en expression libre, où les deux groupes de patients ont pu échanger sur le support de manière spontanée, deux en expression semi-dirigée avec la présence de l'orthophoniste.

Le thème commun choisi pour ces entretiens était « l'Ecole D'Autrefois ». En effet, conformément au principe d'atelier Réminiscence de Goldberg, nous avons choisi un thème qui soit en accord avec le déroulement temporel de la vie. La plupart des personnes ont pu alors faire part au groupe de leur expérience.

2.2.2. Supports

Afin d'évaluer l'incidence des actes de communication sur l'atelier que nous avons mis en place, nous avons choisi d'utiliser différents supports permettant l'évocation de souvenirs anciens autobiographiques :

- un vieux cartable en cuir ;
- un plumier en bois ;
- un compas, un sifflet ;
- une photo d'école (Doisneau) ;
- une affiche d'école ;
- un livre d'histoire de France ;
- un livre de grammaire ;
- un livre de prières journalières ;
- un cahier de devoirs datant de 1930.

Les objets présentés à chaque groupe sont exactement les mêmes pour ne pas biaiser le nombre d'actes de communication. Toutes les affaires sont présentées sur une table ronde autour de laquelle les patients sont assis. Lors de la séance, la stimulation de la vue, du toucher et de l'odorat permettent chez les patients de favoriser et de faciliter la

communication, de solliciter les fonctions sensorielles et cognitives, d'éveiller les répertoires de souvenirs ainsi que les connaissances et les émotions associées.

2.2.3. Déroulement

Globalement, la trame des entretiens se ressemble d'un groupe à l'autre. Nous avons placé deux caméras fixes, chacune ayant dans son champ deux personnes. Ces vidéos ont permis de retranscrire le plus objectivement possible les actes verbaux, non-verbaux et paraverbaux. Ce moyen de recueil de données donne au thérapeute la possibilité d'être dans l'interaction et d'adapter la trame en fonction des interventions des patients. Cependant, le cadre des séances diffère selon l'ordre des entretiens.

- **Avec le groupe 1**

En expression libre :

- nous accueillons les patients dans la salle d'activité et nous leur expliquons que nous nous plaçons en retrait mais qu'ils peuvent échanger. Nous observons si leur attention se porte sur les objets présents sur la table. Au bout de 2 minutes d'inactivité, nous avons dû intervenir pour recentrer les patients sur l'activité
- si les patients nous sollicitent nous réagissons peu
- nous clôturons les échanges lorsque nous estimons que les actes ne présentent plus d'apport informatif

En expression semi-dirigée :

- l'orthophoniste initie un tour de table : nous suggérons aux participants que chacun d'entre eux rappelle son identité. Ce rituel permet de réduire les tensions et l'anxiété.
- après une rapide présentation du thème, nous proposons de regarder ensemble les supports disposés sur la table, de les manipuler avec l'espoir qu'elles reconnaissent l'un d'entre eux, et qu'elles puissent relier cet objet à une personne, un lieu, une anecdote. La discussion est très libre. L'orthophoniste intervient pour relancer la conversation et apporter de l'aide aux participants : elle les encourage, leur donne le mot en cas d'anomie, elle veille à recentrer la discussion sur le thème quand l'une des participantes digresse sur un temps long, etc.
- nous clôturons la séance en réalisant un bilan des échanges et en remerciant chacun pour sa participation

- Avec le groupe 2

En expression semi-dirigée :

- tout d'abord, l'orthophoniste accueille les patients dans la salle d'activité.
- l'orthophoniste initie un tour de table : nous suggérons aux participants que chacun d'entre eux rappelle son identité.
- après une rapide présentation du thème, nous incitons les patients à observer les objets présents, à les toucher. Si les personnes ne s'expriment pas spontanément sur le thème, nous orientons les questions. Une aide est parfois apportée aux patients en cas d'inadéquation de l'acte pour ne pas rompre l'échange.
- nous clôturons la séance après avoir remercié chacun.

En expression libre :

- nous expliquons aux patients que nous nous retirons du groupe et qu'ils peuvent, s'ils le souhaitent poursuivre l'échange.
- nous nous plaçons en retrait et si les patients nous sollicitent nous réagissons peu.
- nous clôturons les échanges lorsque nous estimons que les actes n'ont plus d'apport informatif, lorsque les discours tournent en rond ou lorsque les patients commencent à être plus agités.

2.2.4. Cadre spatio-temporel

Lors de l'accueil des participants, tous les objets sont déjà présents sur la table.

Les entretiens se sont déroulés en milieu de matinée, pour ne pas perturber les soins et les visites de l'après-midi.

La durée des entretiens n'était pas limitée. Cependant, nous avons essayé qu'ils ne dépassent pas 30 minutes pour éviter l'effet de fatigabilité et ainsi maintenir la plus grande l'attention des patients autour du thème. Nous avons choisi de stopper l'entretien lorsque nous estimions que nous avions assez d'éléments pour l'analyse et la comparaison entre les groupes.

Tableau 2 : Durée (en minutes) de chaque entretien

	Expression libre (cas A)	Entretien semi-dirigé (cas B)	Total
Groupe 1	2'58	23'25	26'23
Groupe 2	9'04	22'07	31'11
Total	12'02	45'32	57'34

Les entrevues se sont déroulées dans la salle d'activités du service, pour que plusieurs personnes puissent s'asseoir autour d'une table et pour être dans un environnement calme, non pas perturbé par d'autres patients ou professionnels. Le placement autour d'une table ronde permet le partage de l'information sans avoir forcément pré-établi de règles indiquant les tours de parole. L'interaction est décontractée et chacun peu contribuer à la discussion comme il le veut. La présence d'un coordonnateur permet de recentrer le sujet ou d'encourager les plus réticents à s'exprimer.

2.3. Mode de traitements des données

2.3.1. La GECCO

La GECCO⁹ est un outil créé par T. Rousseau (version informatisée en 2006) afin de rendre compte des compétences communicationnelles propres à chaque patient atteints de MA en vue d'une prise en charge orthophonique.

Cette grille permet d'évaluer sur le plan pragmatique et écologique les capacités interactionnelles du sujet (verbales et non verbales), l'hétérogénéité de ses troubles, les situations facilitatrices et celles génératrices de troubles.

Elle permet de dégager un profil pour chaque patient. En effet, le thérapeute peut identifier quels sont les actes encore utilisables par le patient, les thèmes et les situations qui favorisent ou non la communication, les actes de l'interlocuteur qui favorisent ou non l'interaction.

Normalement, l'analyse de fait lors de trois situations d'interlocution :

- *une entrevue dirigée* sur un thème autobiographique où l'orthophoniste pose diverses questions (ouvertes et/ou fermées)
- *un échange d'informations*, sur le principe de la PACE de Wilcox et Davis (1978) : le patient et l'orthophoniste se font deviner des images en les décrivant
- *une discussion libre*, pour observer ses capacités de communication en situation spontanée

Ces 3 entretiens sont filmés et ensuite analysés grâce à la grille¹⁰. L'analyse est à la fois qualitative et quantitative. En effet, nous pouvons quantifier le nombre d'actes verbaux et non-verbaux émis par le patient mais également en préciser la nature et leur adéquation à la situation.

⁹ Annexe 4 : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication, Thierry Rousseau

¹⁰ Annexe 5 : Transcriptions et analyse des entretiens et grille GECCO

Pour l'analyse de notre étude, nous nous sommes tournées vers cette grille pour pouvoir établir un profil de patient et ainsi extraire des informations quand aux situations plus enclines aux échanges inter-groupes. L'utilisation de cette grille a été adaptée à nos besoins et à nos exigences. En effet, même si l'objectif n'était pas de mettre en place une thérapie écosystémique, cet outil nous semblait pertinent pour apprécier les actes de langage verbaux et non verbaux émis entre les patients.

L'outil a permis d'analyser les deux séances en expression libre et les deux autres en expression semi-dirigée. Chaque séance a pu être filmée et les actes verbaux et non verbaux émis ont été retranscrits sur papier.

Ainsi, chaque patient dispose de deux grilles¹¹ :

- une grille évaluant de manière qualitative et quantitative ses productions lors l'entretien libre avec les autres patients du groupe
- une grille évaluant de manière qualitative et quantitative ses productions lors de l'entretien semi-dirigé en groupe où l'orthophoniste est présente.

2.3.2. Schéma des actes échangés

Il nous était nécessaire de compléter la GECCO pour avoir une vision plus globale de la dynamique de groupe et de la place de chacun dans les interactions. En effet, la GECCO n'évalue que les actes individuels.

Issus de l'ouvrage *Ergothérapie en gériatrie* de Eric TROUVE (2009 ; Edition Solal), ces schémas permettent d'avoir une vue topographique des placements de chacun autour de la table, des échanges verbaux et de leur fréquence. En légende, nous avons précisé la participation à l'activité proposée et nous l'avons schématisée par un carré rouge (passive), orange (semi-active) ou vert (active). En termes de communication et de relations, les personnes étant à l'écoute des autres disposent d'un pictogramme représentant une oreille et les échanges verbaux sont symbolisés par des flèches.

2.4. Précautions méthodologiques

Nous envisageons des difficultés de recueil ou d'analyse des éléments verbaux ou non verbaux. En effet, il est primordial d'avoir conscience des obstacles auxquels nous pouvons être confronté afin d'éviter tout biais.

¹¹ Annexe 6 : Grilles GECCO de chaque patient

2.4.1. Sur le plan verbal

- certaines vocalisations peuvent être inaudibles à la vidéo en raison d'un volume vocal trop faible ou de superpositions de voix.
- certains actes de langage peuvent être interprétés lors de la cotation par l'examineur, que ce soit pour la qualification des actes, l'intention sous-jacente du locuteur ou l'adéquation à la situation de langage.
- la méconnaissance de l'histoire ou de la géographie régionale peuvent pousser l'examineur à coter de manière erronées des actes qui sont en réalité adéquats.

2.4.2. Sur le plan non-verbal

- Problèmes de recueil de données :
 - o le placement des personnes peut sembler un biais méthodologique car nous devions avoir chaque personne dans le champ de la caméra pour pouvoir analyser son comportement non-verbal. Or pendant la séance, certaines personnes bougent sur leur chaise et ainsi cachent leur voisin.
 - o le plan de la caméra était fixe : l'observation des membres supérieurs, de la tête, du visage, de la mobilité du regard a été possible mais pas les mouvements fins du regard ou ceux des membres inférieurs.
- Problèmes de description des données : Comment traduire verbalement des données non-verbales ?
 - o la mimo-gestualité est continue dans le temps et tridimensionnelle dans l'espace contrairement au langage. Parfois, nous observons chez la même personne des gestes concomitants qui peuvent être complémentaires, indépendants ou encore contradictoires.
 - o il n'existe pas de code qui permette de transcrire un geste en protocole écrit comme cela se fait pour la parole.
 - o l'échelle de temps entre les données verbales et non-verbales n'est pas commune.
 - o le traitement des données peut se faire sous la forme d'une micro-analyse, mais cette méthode est fastidieuse, ou d'une macro-analyse. C'est cette dernière que nous avons choisi en utilisant la grille d'analyse non-verbale de la GECCO.

2.4.3. Autres

- au vue du nombre restreint de participants et d'expérimentations, nous ne pouvons nous permettent de tirer des conclusions scientifiques
- la composition des groupes est hétérogène. En effet, dans chaque groupe, le niveau de troubles neuro-cognitifs n'est pas comparable.

3. Analyse et résultats

Grâce à ces deux supports – la GECCO et les schémas des interactions –, nous avons analysé les productions sur un versant verbal et non verbal. Cette analyse comparative a été réalisée pour chaque patient mais également pour chaque groupe en fonction du type d’atelier :

- **cas A** : atelier en l’absence de l’orthophoniste (discussion libre) ;
- **cas B** : atelier en présence de l’orthophoniste (entretien semi-dirigé).

Dans ces analyses, il faut garder à l’esprit que, pour le groupe 2, contrairement au groupe 1, le cas B (avec l’orthophoniste) a précédé le cas A (sans l’orthophoniste).

3.1. Analyse des données et traitement des hypothèses

1.1.1 Analyse quantitative des actes verbaux et non verbaux

A partir des résultats obtenus, nous avons effectué entre les deux types d’atelier une comparaison des actes de langage:

- de tous les patients de manière individuelle
- des deux groupes de manière collective
- en fonction de l’atteinte des troubles neurocognitifs. Nous avons réparti les patients en trois sous-groupes :
 - « atteinte légère » comprenant les patients dont le MMSE est supérieur à 20,
 - « atteinte modérée », comprenant les patients dont le MMSE est compris entre 10 et 20
 - « atteinte sévère », comprenant les patients dont le MMSE est inférieur à 10
- en fonction du sexe des patients. Nous avons souhaité que les groupes hommes-femmes soient équivalents car nous présumions que les comportements pouvaient différer selon le sexe des interlocuteurs présents et ce, d’autant plus pour les personnes âgées.

Enfin, afin d’avoir une vision d’ensemble plus schématique, nous avons analysé le nombre d’échanges émis grâce aux schémas des interactions.

3.1.1.1. Comparaison d'ensemble intra-groupe

Tableau 3 : Nombre d'actes verbaux et non verbaux émis par patient en fonction du type d'atelier

GROUPE 1				
Patients	Nombre d'actes verbaux (cas A)	Nombre d'actes verbaux (cas B)	Nombre d'actes non-verbaux (cas A)	Nombre d'actes non-verbaux (cas B)
BL	11	131	38	432
MG₁	1	114	60	556
RP	0	11	0	85
PC	37	219	24	380
Moyenne	12	119	30	363
Ecart-type	17	85	25	200
GROUPE 2				
SG	69	88	107	148
EM	12	22	42	88
GF	89	180	347	637
MG₂	1	26	34	86
Moyenne	43	79	133	240
Ecart-type	43	74	147	266
Moyenne globale	28	99	82	302
Ecart-type global	34	77	112	228

Nous remarquons que tous les patients ont produit en moyenne plus d'actes verbaux et non verbaux en la présence de l'orthophoniste (entretien semi-dirigé). Cette évolution est d'autant plus remarquable pour les actes non-verbaux. L'ensemble des patients a émis en moyenne 220 actes non-verbaux en plus s'ils sont accompagnés dans l'échange.

Les quatre patients les plus expressifs au niveau non-verbal (BL, MG₁, PC, GF) ont produit en moyenne 4 fois plus d'actes non-verbaux entre la discussion libre et l'entretien semi-dirigé. Pour ces mêmes personnes, l'émission d'actes verbaux a été multipliée par 4,5 fois dans le cas B (en présence de l'orthophoniste) par rapport au cas A (en l'absence de l'orthophoniste).

Ces données montrent bien l'apport de l'accompagnement thérapeutique, que ce soit au niveau verbal et non-verbal. Aucun des patients actifs dans le groupe ne s'est mis en retrait à l'arrivée de l'orthophoniste. Notons que RP n'a pas participé spontanément à la discussion de groupe, il ne produit ni acte verbal, ni acte non-verbal s'il n'est pas sollicité.

Il est important de noter que pour chacun des ateliers, il existe une forte variation de la moyenne globale des actes verbaux émis par la population (σ cas A= 34 ; σ cas B= 77).

Il existe de fortes différences inter-individuelles dans le nombre d'actes non-verbaux produits, comme le montre les écarts-types élevés (σ cas A= 112; σ cas B = 228).

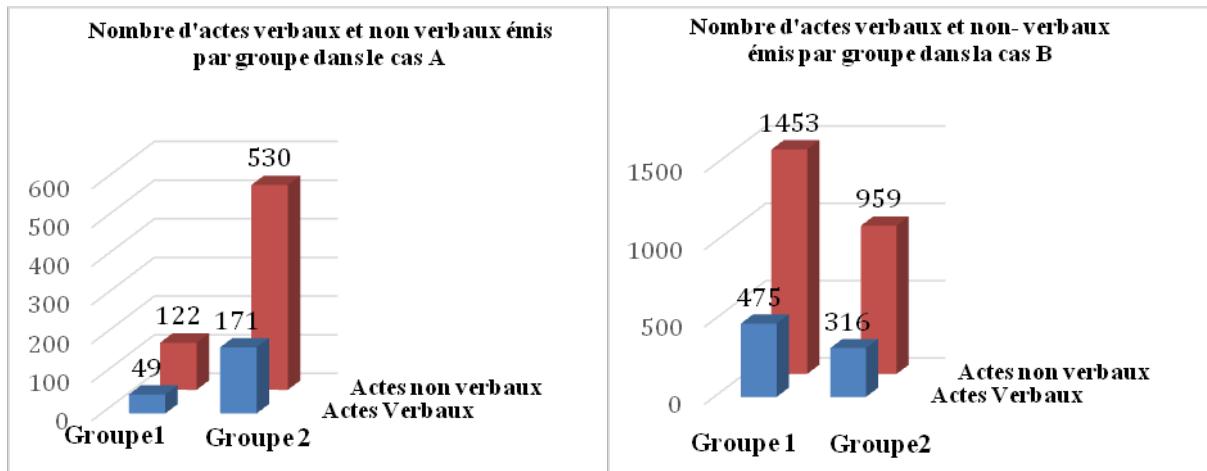
En raison de la faible taille de notre échantillon, nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. Ce dernier est un test non-paramétrique permettant de comparer les distributions pour les deux échantillons appariés. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0,05$.

Grâce à ce test, la p-value calculée pour l'ensemble des personnes pour les actes verbaux (**p= 0,008**) et non-verbaux (**p= 0,008**) est inférieure au seuil de signification choisi.

Nous pouvons donc en conclure qu'il existe une différence significative entre le nombre d'actes verbaux et non-verbaux émis par les 8 patients et les deux situations.

3.1.1.2. Comparaison d'ensemble intergroupe : groupe 1 – groupe 2

Graphique 1 & 2 : Nombre d'actes verbaux et non verbaux émis en discussion libre (cas A) ou en entretien semi-dirigé (cas B)



Dans une analyse plus globale, nous remarquons que le groupe 2 produit beaucoup plus d'actes verbaux et non verbaux en discussion libre (3,5 fois plus d'actes verbaux et 4 fois plus d'actes non-verbaux par rapport au groupe 1). En revanche, en présence de l'orthophoniste, le premier groupe produit davantage d'actes de tout type (1, 5 fois plus d'actes verbaux et non-verbaux par rapport au groupe 1). Nous pouvons donc supposer que le groupe 1 est plus dépendant de l'intervention de l'orthophoniste, alors que le groupe 2 est

globalement plus indépendant en raison du précédent atelier réalisé avec l'orthophoniste. Celui-ci a pu amorcer le sujet et donc permettre la continuité dans les échanges.

De manière générale, lors de la présence de l'orthophoniste, il a été émis 3,6 fois plus d'actes verbaux et 3,7 fois plus d'actes non-verbaux.

Tableau 4 : Moyennes et écarts-types de l'ensemble des actes émis en discussion libre (cas A)

ou en entretien semi-dirigé (cas B)

	cas A (discussion libre)		cas B (entretien semi-dirigé)	
	groupe 1	groupe 2	groupe 1	groupe 2
moyenne des actes émis	86	351	964	638
Ecart-type	52	254	692	455

Nous avons appliqué à ces données le test de Mann-Whitney pour des échantillons indépendants. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0,05$.

Lors de la discussion libre (cas A), la p-value calculée grâce à ce test est supérieure au seuil de signification choisi ($p= 0,33$ NS¹²). Lors de l'entretien semi-dirigé (cas B), la p-value calculée est supérieure au seuil de signification choisi ($p= 0,67$ NS). **Dans les deux situations, il nous est impossible de conclure à une différence significative entre le nombre global d'actes produits et le groupe.** Ce résultat est très certainement lié à la faible taille de notre échantillon ainsi qu'aux écarts types très élevés (pour le groupe 1 : σ cas A = 52 ; σ cas B = 692 ; pour le groupe 2 : σ cas A = 254 ; σ cas B = 455)

Tableau 5 : Part des actes verbaux dans la communication émis par groupe en fonction du type d'atelier

	GROUPE 1	GROUPE 2
Cas A (discussion libre)	29 %	24 %
Cas B (entretien semi-dirigé)	25 %	25 %
Part globale (A et B)	25 %	25 %

La part des actes verbaux par rapport à la totalité des actes ne dépasse pas 25 % pour les deux groupes, excepté pour le groupe 1 (cas A) où nous avons observé moins d'actes non-verbaux. **La présence ou l'absence de l'orthophoniste a peu d'influence sur la part des actes verbaux dans l'échange. Les actes sont plus nombreux mais les proportions du versant verbal restent quasiment les mêmes.**

¹² non significatif

3.1.1.3. Analyse en fonction du niveau d'atteinte neurocognitive

Tableau 6: Nombre moyen d'actes verbaux et non verbaux émis selon l'atteinte neurocognitive en fonction du type d'atelier

Stade	Nombre moyen d'actes verbaux			Nombre moyen d'actes non-verbaux		
	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Pourcentage de variation	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Pourcentage de variation
Léger (1 cas)	1	26	+ 2500 %	34	86	+ 153 %
Modéré (4 cas)	32 ($\sigma=27$)	115 ($\sigma=83$)	+ 259 %	53 ($\sigma=37$)	262 ($\sigma=169$)	+ 394 %
Sévère (3 cas)	30 ($\sigma=51$)	102 ($\sigma=85$)	+ 240 %	136 ($\sigma=185$)	426 ($\sigma=298$)	+ 213 %

Nous remarquons que, quel que soit le niveau d'atteinte, tous les patients ont produit en moyenne plus d'actes de langage verbaux et non-verbaux entre la discussion libre et l'entretien semi-dirigé. Selon les stades, l'augmentation a été plus significative pour les actes non-verbaux. En effet, la patiente atteinte à un niveau léger a produit 2,5 fois plus d'actes non-verbaux lors de l'entretien semi-dirigé (cas B) par rapport à la discussion libre (cas A). De même, à un niveau modéré, les patients en ont produit 5 fois plus et 3 fois plus pour le niveau sévère. Dans notre groupe, plus l'atteinte est sévère, plus il y a de production non-verbale en présence de l'orthophoniste (cas B).

L'évolution moyenne des actes verbaux pour les atteintes modérée et sévère est relativement similaire ($\times 3,6$ pour le stade modéré et $\times 3,4$ pour le stade sévère). Les résultats du stade léger sont à relativiser car une seule de nos patientes répond aux critères.

Après avoir appliqué le test de Wilcoxon sur les échantillons appariés à chaque groupe selon le niveau d'atteinte neuro-cognitive, nous avons comparé les distributions obtenues dans chaque cas.

La p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est supérieure au seuil de signification choisi ($p= 0,25$ NS). **Il n'est donc pas possible de conclure à une différence significative du nombre d'actes verbaux et non-verbaux dans les deux situations quelque soit le niveau d'atteinte.** Ce résultat est certainement lié à la taille réduite de notre population ainsi qu'aux différences interindividuelles traduites par de forts écart-types (verbal: σ cas A= 17 ; σ cas B= 48 ; non-verbal : σ cas A= 54 ; σ cas B=170).

3.1.1.4. Analyse en fonction du sexe du patient

Tableau 7 : Nombre moyen d'actes verbaux et non-verbaux émis selon le sexe des patients en fonction du type d'atelier

Sexe	Nombre moyen d'actes verbaux			Nombre moyen d'actes non-verbaux		
	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Pourcentage de variation	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Pourcentage de variation
Homme	49 (σ= 39)	125 (σ=93)	+ 155 %	120 (σ=158)	313 (σ=251)	+ 161 %
Femme	6 (σ=6)	73 (σ=57)	+ 1 117 %	44 (σ=11)	291 (σ=240)	+ 561 %

Qu'importe le cadre de l'atelier, nous constatons que les hommes produisent en moyenne plus d'actes verbaux et non verbaux que les femmes.

En discussion libre (cas A), les hommes produisent 8 fois plus d'actes verbaux que les femmes. Cette différence est moins flagrante en entretien semi-dirigé (cas B).

En discussion libre, les hommes produisent 2,7 fois plus d'actes non-verbaux que les femmes.

En revanche, en présence de l'orthophoniste, la différence des productions non-verbales n'est pas significative.

Ce sont les femmes qui sont le plus sensibles à la présence de l'orthophoniste. En effet, concernant les actes verbaux, celles-ci en produisent 12 fois plus lorsque l'orthophoniste est présente, alors que les hommes n'en produisent que 3 fois plus.

De même concernant les actes non-verbaux, les femmes produisent 6,6 fois plus d'actes en présence de l'orthophoniste (2,6 fois plus pour les hommes).

3.1.1.5. Schéma des interactions pour les deux groupes

Légende des schémas suivants

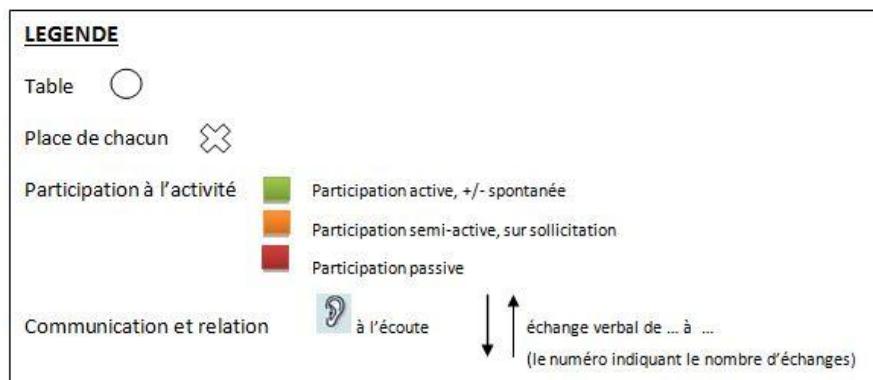
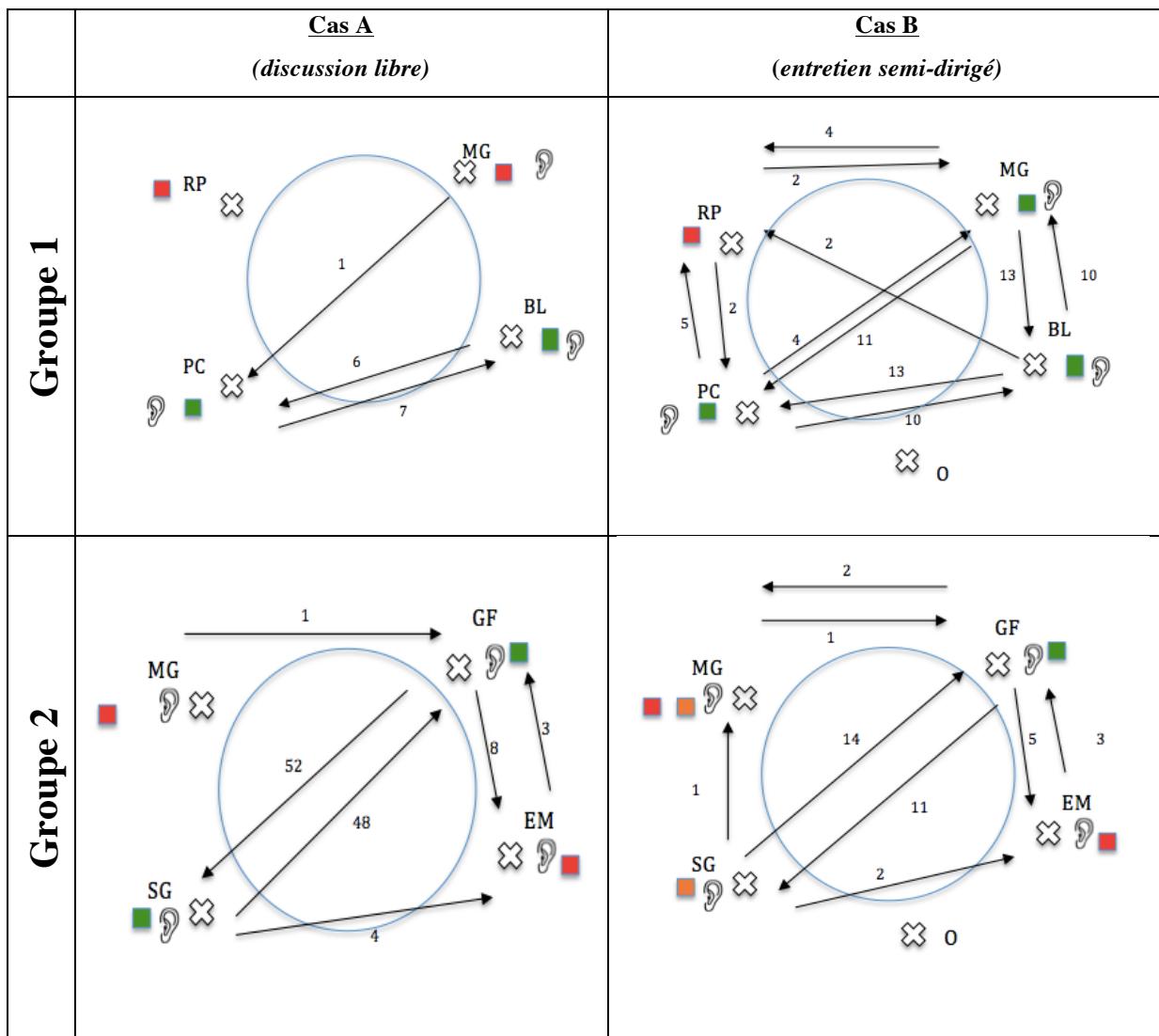


Tableau 8 : Nombre de tours de parole au sein des deux groupes en fonction du type d'atelier



En l'absence de l'orthophoniste, nous constatons que le nombre de tours de parole est très réduit. RP et MG₁ sont beaucoup plus en retrait par rapport aux autres. La majorité des échanges verbaux sont produits par PC, mais ceux-ci ne sont pas à visée communicative. Les autres personnes ont donc peu de place pour pouvoir intervenir.

Lorsque l'orthophoniste est présente, nous trouvons davantage d'échanges et ceux-ci sont beaucoup plus homogènes dans le groupe. RP est toujours en retrait par rapport aux autres patients mais il participe tout de même (4 échanges avec les autres patients sur 11 participations).

En discussion libre, GF est la seule personne qui échange avec tout le monde, et celle qui échange le plus. EM et MG₂, ont toutes les deux un interlocuteur unique, GF, en revanche,

elles sont à l'écoute des discussions. Dans cet atelier, les échanges se passent principalement entre SG et GF.

De même, en présence de l'orthophoniste, les échanges de SG et GF constituent l'essentiel de la communication verbale. MG₂ et EM ne s'adresse toujours qu'à GF, car ce dernier est très communicant (au niveau verbal et non-verbal).

Globalement, nous constatons que le nombre de tours de parole augmente en présence de l'orthophoniste et que l'atelier semi-dirigé a des conséquences positives sur l'atelier libre s'il est effectué avant.

1.1.2 Analyse qualitative des actes verbaux et non verbaux

1.1.2.1 Analyse pragmatique du discours

L'analyse pragmatique du discours des patients consiste à identifier et à classer les différents types d'actes de langage et à déterminer la cause éventuelle de l'inadéquation.

L'ensemble des actes adéquats constitue la communication efficiente, c'est-à-dire celle qui permet de poursuivre l'interlocution dans des conditions normales, sans entraîner de rupture de l'échange.

a) Comparaison d'ensemble intra-groupe

Tableau 9 : Pourcentage d'actes adéquats émis par patient en fonction du type d'atelier

Patient	Pourcentage d'adéquation des actes verbaux		Différence du taux d'adéquation des actes verbaux entre cas A et cas B
	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	
BL	91 %	80 %	- 11 points
MG ₁	100 %	89 %	- 11 points
RP	/ ¹³	73 %	/
PC	54 %	70 %	+ 16 points
SG	74 %	65 %	- 9 points
EM	92 %	82 %	- 10 points
GF	60 %	61 %	+ 1 points
MG ₂	100 %	77 %	- 23 points
Moyenne	71% ($\sigma=19$)	75 % ($\sigma=9$)	- 6 points

En moyenne, les actes ont été plus adéquats dans le cas B que dans le cas A (adéquation avec la présence de l'orthophoniste supérieure de 4 points par rapport à la discussion libre).

¹³ RP ne participe pas verbalement à l'atelier

Pour 2 patients, le pourcentage d'adéquation des actes verbaux produits en atelier semi-dirigé est plus élevé qu'en discussion libre. Cette hausse est d'autant plus remarquable pour PC (+16%). Il s'avère que ces deux patients sont aussi ceux qui sont le plus prolixes au niveau verbal dans les deux ateliers. La différence moyenne est de + 8,5 % en faveur du cas semi-dirigé (cas B).

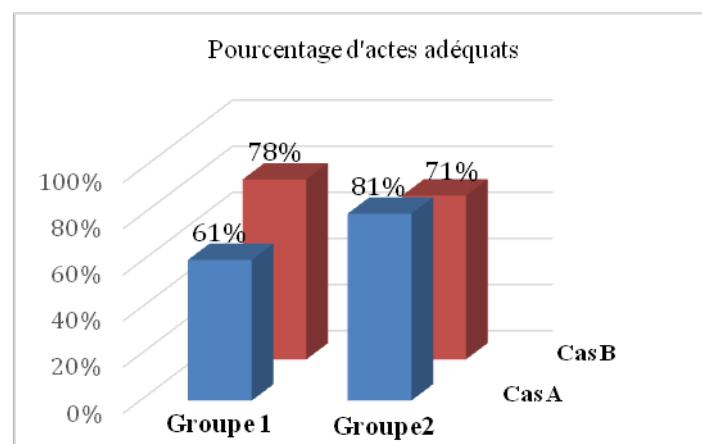
Nous n'avons pas interprété les actes d'adéquation des actes de langage pour RP puisqu'il n'a pas produit d'actes de langage en discussion libre (cas A).

Enfin, pour les 5 autres patients, le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits est moins élevé en atelier semi-dirigé (cas B) qu'en discussion libre (cas A) (12,8 % en moins en moyenne).

Ainsi, en raison des résultats hétérogènes, nous ne pouvons conclure à une amélioration nette de la qualité de la communication lors de l'accompagnement orthophonique.

b) Comparaison d'ensemble intergroupe : groupe 1- groupe 2

Graphique 3 : Pourcentage d'adéquation pour chaque groupe selon le type d'atelier



Les résultats concernant le pourcentage d'adéquation des actes de langage en fonction du type d'atelier diffèrent d'un groupe à un autre. En effet, le groupe 1 produit moins d'actes adéquats en discussion libre (cas A) qu'en atelier semi-dirigé. En revanche pour le groupe 2, le pourcentage d'actes adéquats est plus important en l'absence d'accompagnement. Rappelons que ce groupe a pu continuer les échanges après une première ébauche de discussion avec l'orthophoniste.

c) Analyse en fonction du niveau de l'atteinte cognitive

Tableau 10 : Pourcentage d'actes adéquats émis selon l'atteinte neuro-cognitive en fonction du type d'atelier

Stade	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Différence
Troubles légers (1 cas)	100 %	77%	- 23 points
Troubles modérés (4 cas)	78 %	74%	- 4 points
Troubles sévères (3 cas)	53 %	74%	+ 21 points

On note que le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits est supérieur en discussion libre lors d'un stade léger. Ce résultat est à relativiser en raison du cas unique de ce sous-groupe, ne produisant qu'un seul acte de langage. **Plus le stade des troubles avance, plus le pourcentage d'efficience de la communication diminue.** Quelque soit le type d'atelier, l'adéquation est plus forte pour les atteintes légères. Dans le cas B (entretien dirigé), l'adéquation est croissante pour les patients MAMA sévères. Nous pouvons donc supposer que les patients atteints sévèrement ont davantage besoin d'être accompagnés pour maintenir une communication efficace.

d) Analyse en fonction du sexe du patient

Tableau 11 : Pourcentage moyen d'actes adéquats émis selon le sexe des patients en fonction du type d'atelier

Sexe	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Différence
Homme	47%	67%	+ 20 points
Femme	95%	82%	- 13 points

Nous remarquons que pour les hommes, l'adéquation des actes de langage est supérieure lorsqu'ils sont accompagnés. En revanche, pour les femmes, la tendance s'inverse. **Ces résultats ne suffisent pas à montrer que les hommes sont plus efficaces que les femmes en termes de communication.** Nous pouvons expliquer ce chiffre par le pourcentage d'adéquation de MG₁ et de MG₂. En effet, ces deux patientes n'ont produit chacun qu'un acte de langage en l'absence de l'orthophoniste et celui-ci était adéquat. Leur taux d'adéquation est donc de 100 %, ce qui conduit à un pourcentage d'adéquation pour les femmes de 95 %. Ce résultat est sous doute lié au fait que les femmes ont en moyenne beaucoup moins participé que les hommes lors de la discussion libre. En effet, elles ont produit 88 % d'actes de langage en moins que les hommes.

1.1.2.2 Répartition des actes verbaux et non-verbaux inter-patients dans la communication

a) Comparaison d'ensemble intergroupe

Tableau 12 : Nombre d'actes verbaux et non-verbaux émis ENTRE patients en fonction du type d'atelier

GROUPE 1				
Patients	nombre d'actes verbaux (discussion libre)	nombre d'actes verbaux (entretien semi-dirigé)	nombre d'actes non-verbaux (discussion libre)	nombre d'actes non-verbaux (entretien semi-dirigé)
BL	6	38	14	166
MG₁	1	43	31	197
RP	0	4	0	28
PC	7	35	6	71
GROUPE 2				
SG	55	22	51	38
EM	7	3	18	23
GF	78	30	161	107
MG₂	1	1	17	32
Moyenne (écart-type)	19 ($\sigma=30$)	22 ($\sigma=17$)	37 ($\sigma=52$)	83 ($\sigma=67$)

De manière générale, on constate que les actes verbaux et non-verbaux suivent la même tendance puisqu'ils sont plus nombreux en situation semi-dirigée. Les actes verbaux ont augmenté en moyenne de 16 % et les actes non-verbaux de 124 %.

Dans le groupe 1, les émissions verbales ont été multipliées par 9 environ entre les deux ateliers. Dans le groupe 2 en revanche, les émissions verbales sont plus nombreuses en discussion libre qu'en situation semi-dirigée. Il y a 60 % de production en moins en présence de l'orthophoniste. Rappelons tout de même que le groupe 2 a bénéficié dans un premier temps de l'accompagnement de l'orthophoniste (cas B) avant d'être autonome (cas A). Nous supposons donc que l'augmentation des productions verbales serait due à un effet bénéfique de la conduite semi-dirigée du précédent atelier. En effet, les personnes ont donc pu plus facilement poursuivre les échanges suite à l'amorçage déjà réalisé.

Concernant les actes non-verbaux, le groupe 1 a émis 10 fois plus de gestes en présence de l'orthophoniste (cas B). Nous pouvons poser le même constat que précédemment pour le groupe 2, qui a émis moins d'actes non-verbaux en présence de l'orthophoniste qu'en situation libre (-19 % environ). Nous expliquons ce phénomène par l'ordonnancement des deux types d'ateliers.

Nous avons appliqué à ces données le test de Mann-Whitney pour des échantillons indépendants.

Quelle que soit la situation, la p-value calculée grâce à ce test est supérieure au seuil de signification retenu ($p= 0,19$ NS pour les actes verbaux dans le cas A et $p= 0,11$ NS pour le cas B; $p= 0,11$ NS pour les actes non-verbaux dans le cas A et $p= 0,34$ NS pour le cas B). **Il est donc impossible de conclure à une différence significative entre le nombre d'actes verbaux et non-verbaux échangés entre les patients et les deux situations.** Ceci est très certainement lié aux importantes différences interindividuelles et à la petite taille de notre échantillon.

b) Répartition des différents types d'actes verbaux dans la communication

Tableau 13 : Part des actes verbaux émis ENTRE patients par rapport aux actes émis totaux

Patients	Pourcentage d'actes verbaux (discussion libre)	Pourcentage d'actes verbaux (entretien semi-dirigé)
	GROUPE 2	
BL	55 %	29 %
MG ₁	100 %	38 %
RP	/ ¹⁴	36 %
PC	19 %	16 %
GROUPE 2		
SG	80 %	25 %
EM	58 %	5 %
GF	88 %	17 %
MG ₂	100 %	4 %
Moyenne (écart-type)	62 %($\sigma=37$)	17 %($\sigma=13$)

Pour tous les patients, nous constatons que la part des actes verbaux émis entre les patients par rapport à l'ensemble des actes émis est supérieure lors de la discussion libre. **En effet, en présence de l'orthophoniste, les patients ont produit davantage d'actes de communication non-verbale.** Le pourcentage d'actes communicatifs entre les patients est donc inférieur lors de l'entretien semi-dirigé, ce qui semble logique puisque certains actes sont non orientés ou orientés vers l'orthophoniste en particulier.

¹⁴ Remarque : RP n'a pas produit d'actes dans le cas A (absence de l'orthophoniste)

c) Répartition des différents types d'actes non-verbaux inter-patients dans la communication

Tableau 14 : Part des actes non-verbaux émis ENTRE patients parmi les actes totaux

	Pourcentage d'actes non-verbaux (discussion libre)	Pourcentage d'actes non-verbaux (entretien semi-dirigé)
Patients	GROUPE 2	
BL	37 %	38 %
MG ₁	52 %	35 %
RP	/ ¹⁵	33 %
PC	5 %	19 %
	GROUPE 2	
SG	48 %	26 %
EM	43 %	26 %
GF	46 %	17 %
MG ₂	50 %	37 %
Moyenne (écart type)	34 % ($\sigma=20$)	29 % ($\sigma=8$)

Nous remarquons que le taux d'expression des actes non-verbaux entre les patients a augmenté pour 2 patients seulement (BL et PC). Si nous corrélons ce tableau avec le précédent, nous constatons que lors la discussion libre (cas A), ces mêmes patients qui ont émis la part la moins grande d'actes verbaux entre les patients.

Pour tous les 6 autres patients en revanche, la part des actes non-verbaux a diminué entre la discussion libre et l'atelier semi-dirigé. Il faut relativiser ce constat, car cela ne signifie pas que les patients ont émis moins d'actes non-verbaux, au contraire, ils ont été multipliés par 4 environ entre la discussion libre et l'atelier semi-dirigé.

1.1.2.3 Actes de communication échangés entre patients

a) Schémas des interactions du groupe 1

- Discussion libre (cas A)

- *Interactions verbales :*

Lors de la discussion libre, il y a eu 14 actes de langage. 93 % de ces échanges se sont réalisés entre PC et BL, les deux patients les plus actifs du groupe d'un point de vue verbal.

¹⁵ Remarque : RP n'a pas produit d'actes dans le cas A (discussion libre)

RP semble absent: il regarde ailleurs, touche ses mains et semble distant. Il n'y a ni participation verbale ni non verbale. Il touche parfois certains objets présents mais ces actions ne sont pas à visée communicative.

○ *Interactions non-verbales :*

D'un point de vue non-verbal, sur les 122 actes émis, 50 sont produits entre les patients (soit 41 %). On remarque que MG₁ utilise préférentiellement ce canal de communication : elle suit du regard tous les interlocuteurs sans participer verbalement. Alors qu'elle ne participait qu'à 7 % des échanges de manière verbale, elle mène 62 % des échanges non-verbaux en direction des 3 autres patients. **Les interactions non verbales sont beaucoup plus variées**, et ne se limitent pas à PC et BL. En revanche, RP est toujours en retrait par rapport au groupe malgré les sollicitations non-verbale de MG₁.

- Entretien semi-dirigé (cas B)

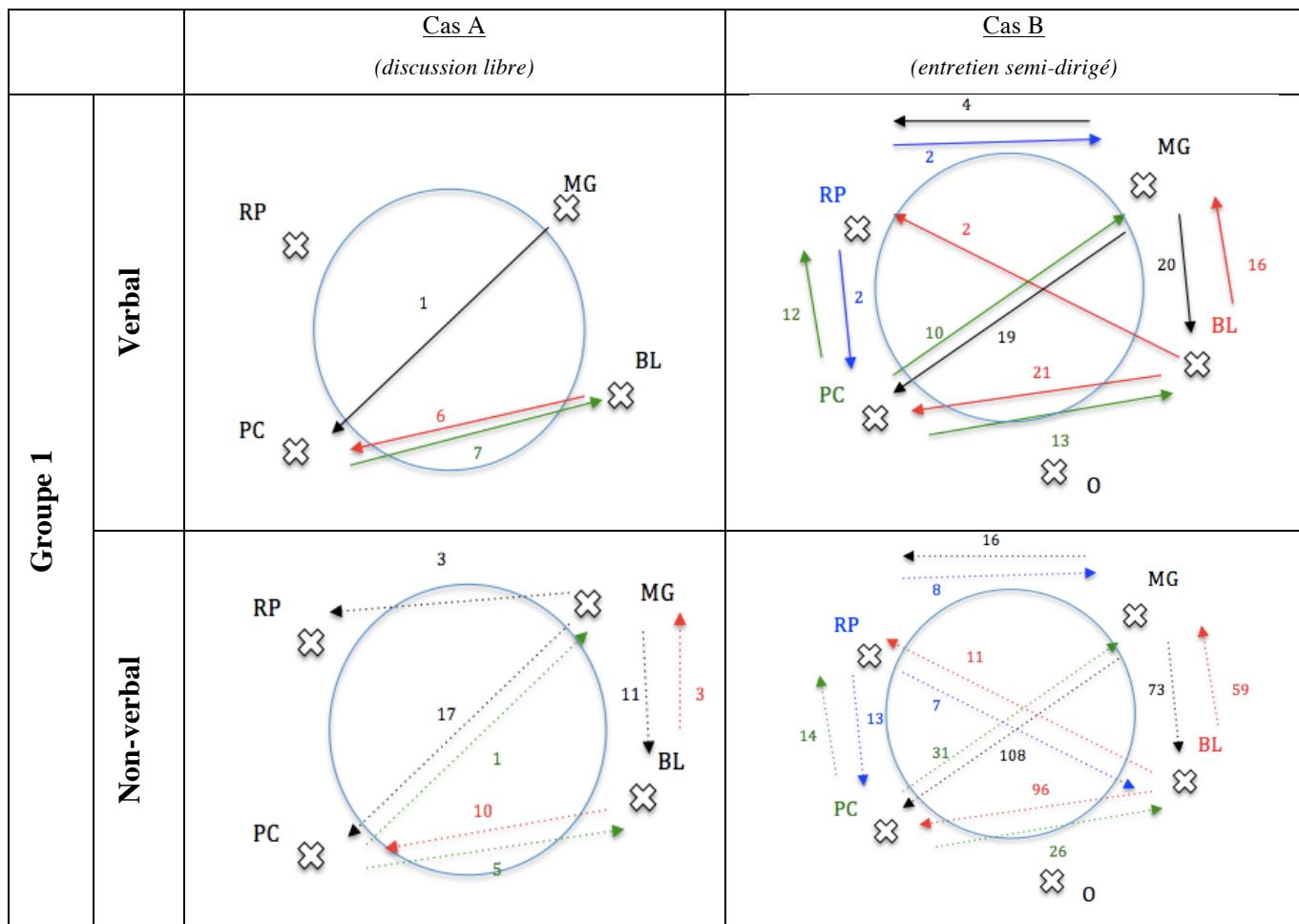
○ *Interactions verbales :*

Lors de l'entretien dirigé, 121 actes de langage sont échangés entre les patients (soient 25 % des actes de langage totaux). Les 75 % d'actes restants sont, soit dirigés l'orthophoniste spécifiquement, soit l'interlocuteur n'est pas identifié. Les tours de parole sont respectés. Nous pouvons remarquer que PC et BL sont toujours très actifs dans la communication mais que MG₁ parvient à interagir avec l'un comme avec l'autre. RP réussit à rentrer en communication de manière verbale avec les autres même si son attention est fluctuante. PC sollicite beaucoup plus RP pour le faire réagir, ce qui provoque 2 actes de langage de la part de RP. MG₁ invite également RP à échanger, notamment en dehors de la discussion principale. Les réponses verbales de RP sont minces (2 actes dirigées vers MG₁).

○ *Interactions non-verbales :*

Au niveau non-verbal, les échanges sont beaucoup plus nombreux et plus variés. Sur les 1453 actes non-verbaux émis, 462 sont émis entre les patients (soit 32 %). **Tous les patients produisent des actes verbaux et tous sont destinataires de ces actes.** MG₁ est toujours très communicante d'un point de vue non verbal : elle produit à elle seule 43 % des messages non-verbaux lors de cet atelier B. Alors que RP ne participaient pas en l'absence de l'orthophoniste, il émet 6 % des actes non-verbaux davantage en direction de PC.

Tableau 15 : Nombre d'actes échangés au sein du groupe 1 en fonction du type d'atelier



b) Schémas des interactions du groupe 2

- Discussion libre (cas A)

- *Interactions verbales :*

Concernant le groupe 2, lors de la discussion libre, la plupart des échanges verbaux se réalisent entre SG et GF. A eux deux, ils s'échangent 87 % des messages émis verbalement entre les patients. Nous remarquons que SG produit beaucoup plus d'actes de langage spontanés en l'absence du thérapeute. Nous posons l'hypothèse que le précédent atelier lui permet d'être plus enclin à communiquer avec les autres personnes du groupe.

- *Interactions non-verbales :*

La communication non-verbale est beaucoup plus riche et variée. Elle représente 26 % de la totalité des actes non-verbaux émis. Tous les patients participent. MG₂ sollicite GF et SG mais ces derniers ne répondent ni par des gestes ni par des actes de langage. Les patients les

plus actifs sont de nouveau GF et SG : les contacts visuels sont pratiquement constants. GF émet 65 % des actes non verbaux totaux dont 44 % vers SG.

- Entretien semi-dirigé (cas B)

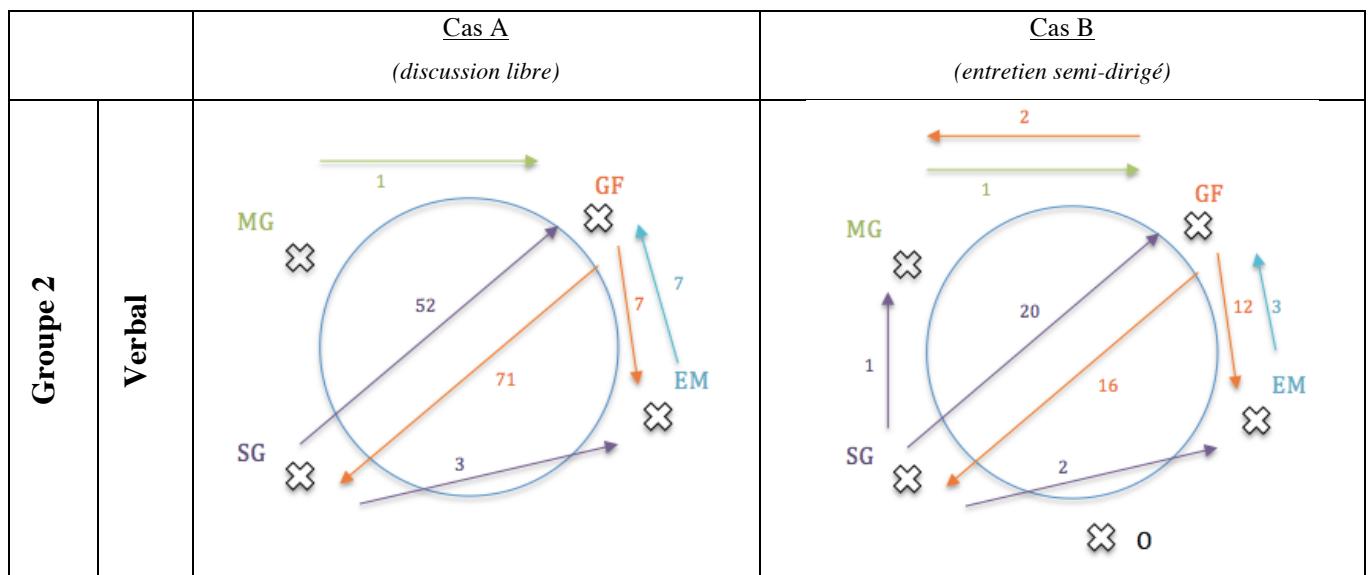
- *Interactions verbales :*

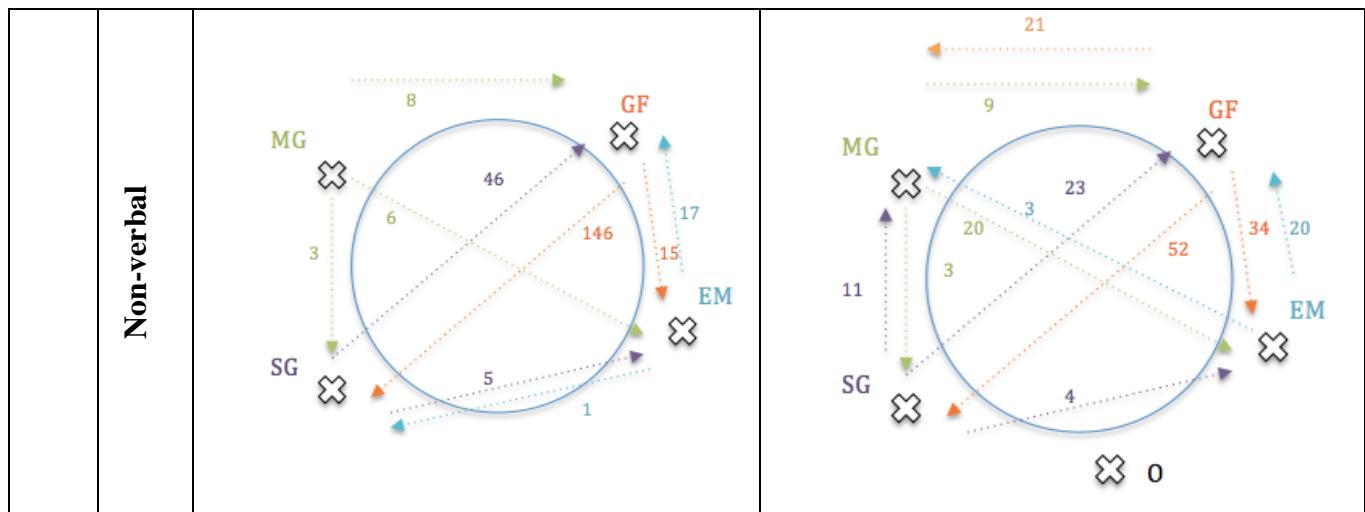
En présence de l'orthophoniste, l'orientation des actes de langage est beaucoup plus variée, même si EM et MG₂ ne communiquent toujours pas entre elles. Les actes de langage échangés représentent 18 % des actes totaux. Les échanges spontanés se déroulent principalement entre les 2 hommes.

- *Interactions non-verbales :*

Au niveau non-verbal, tous les participants communiquent avec tous les autres (sauf entre EM et SG). GF occupe 23 % des échanges à lui seul avec MG₂, SG et EM. Notons que ses actes non-verbaux précédent souvent le discours ce qui lui permet de masquer son manque du mot. En revanche, les gestes ne sont pas toujours adaptés à l'acte verbal qui suit.

Tableau 16 : Nombre d'actes échangés au sein du groupe 2 en fonction du type d'atelier





c) Actes préférentiels verbaux et non-verbaux

Tableau 17: Types d'actes verbaux et non-verbaux émis préférentiellement par chaque groupe selon le type d'atelier

		verbal		non-verbal	
		Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)	Cas A (discussion libre)	Cas B (entretien semi-dirigé)
groupe 1	Types d'actes préférentiels sur la totalité des actes émis	Affirmation Description	Affirmation Description	Expressif Contact visuel	Redondance Contact visuel
	Types d'actes préférentiels sur la totalité des actes émis vers un autre patient	Description	Affirmation Mécanismes conversationnels	Expressif Contact visuel	Expressif Contact visuel
<hr/>					
groupe 2	Types d'actes préférentiels sur la totalité des actes émis	Description Mécanismes conversationnels	Description Réponses-Affirmation	Déictique Contact visuel	Redondance Commentaire Contact visuel
	Types d'actes préférentiels sur la totalité des actes émis vers un autre patient	Description Mécanismes conversationnels	Description Affirmation	Déictique Contact visuel	Redondance Contact visuel

Que ce soit les actes verbaux ou non verbaux, chaque groupe a émis préférentiellement certains actes par rapport aux autres¹⁶. La moyenne générale des actes échangés préférentiellement dans le groupe ne coïncide pas forcément avec les actes échangés préférentiellement dans l'interaction entre les patients.

¹⁶ Annexe 7 : Tableau de répartition des différents actes verbaux dans la communication

On note que les **actes descriptifs** sont beaucoup utilisés dans le groupe 1 comme dans le groupe 2, quelque soit le type d'atelier, excepté dans lors de l'accompagnement du groupe 1, lorsque les patients interagissent entre eux. En effet, dans cette situation, les patients usent davantage des **affirmations** et des **mécanismes conversationnels**. On suppose que dans l'entretien semi-dirigé, les actes descriptifs sont davantage orientés vers l'orthophoniste.

Au niveau non-verbal, on remarque que le **contact visuel** est un acte très utilisé quelque soit le groupe et le type d'atelier.

Dans le groupe 1, en discussion libre (cas A), les actes verbaux et non-verbaux émis préférentiellement sont globalement les mêmes dans l'analyse générale et l'analyse interactionnelle. En semi-dirigé en revanche (cas B), des mécanismes conversationnels sont plus émis entre les patients. Néanmoins, globalement, nous remarquons la prépondérance des affirmations. Ces dernières sont probablement émises grâce à l'accompagnement de l'orthophoniste.

Dans le groupe 2, en discussion libre (cas A), les patients utilisent davantage les **actes descriptifs** et les **mécanismes conversationnels**. Ces derniers sont souvent des automatismes verbaux qui nécessitent le recours à la mémoire implicite, procédure qui est généralement préservée comme nous l'avons vu ci-dessus. Les descriptions quant à elles nécessitent l'accès à la mémoire sémantique. Les actes non-verbaux les plus utilisés sont les **gestes à fonction référentielle de type déictique** et les **contacts visuels**.

En semi-dirigé en revanche (cas B), nous trouvons plus d'**affirmations** que de mécanismes conversationnels. Les actes affirmatifs demandent davantage de raisonnement que les mécanismes conversationnels. Au niveau non-verbal, le contact visuel est toujours aussi présent, mais les **gestes à fonction métalinguistique de type redondance** sont davantage utilisés.

2 Discussion

2.1 Synthèse globale des résultats

2.1.1 La présence du thérapeute favoriserait les actes de communication

Chaque participant a émis plus d'actes de communication verbale et non-verbale entre la discussion libre (cas A) et l'entretien semi-dirigé (cas B). D'une manière générale, le nombre d'actes verbaux a été multiplié par 3,5 entre les deux ateliers. Cette tendance est comparable pour les actes non-verbaux puisqu'ils ont été multipliés par 3,7 entre les deux ateliers.

Dans le groupe 1, MG₁ est la personne qui a le plus bénéficié de l'accompagnement puisqu'elle émet 1 seul acte verbal en discussion libre alors qu'elle émet 114 actes verbaux en présence de l'orthophoniste. Au niveau non-verbal, PC est le patient qui évolue le plus entre les deux ateliers. Alors que l'augmentation du nombre de ses actes verbaux est la moins forte du groupe, il émet 16 fois plus d'actes non-verbaux entre les deux ateliers.

Dans le groupe 2, que ce soit au niveau verbal ou non verbal, MG₂ est la patiente qui évolue le plus parmi ses pairs. Elle émet 26 fois plus d'actes verbaux et 2,5 fois plus d'actes non-verbaux.

L'analyse nous a permis de montrer l'existence d'un lien significatif entre l'accompagnement et la participation verbale et non verbale à l'atelier ($p=0,008$).

Ainsi, notre première hypothèse est donc validée.

2.1.2 La présence du thérapeute favoriserait les actes de communication entre les patients

Notre hypothèse générale supposait que la présence de l'orthophoniste, menant un groupe lors d'un atelier réminiscence, encouragerait les actes de communication entre les patients MAMA.

Les résultats d'ensemble indiquent que l'accompagnement de l'orthophoniste encourage globalement la production d'actes de communication. En effet, le nombre des actes verbaux a augmenté de + 254 % et les actes non-verbaux de + 268 %.

Les schémas des interactions réalisés nous montrent que les patients ont produit 86 % d'actes de communication en plus en direction des autres patients en présence de l'orthophoniste. Les actes verbaux ont augmenté de 16 % alors que les actes non-verbaux de 124 %. L'analyse inférentielle va à l'encontre de ces résultats.

Nous remarquons que l'accompagnement thérapeutique par la reformulation, la réassurance et la gestion de l'interlocution, permet aux patients d'échanger davantage entre eux et de rebondir sur les dires de l'interlocuteur. L'analyse inférentielle ne confirme pas cette observation en raison de la taille de notre échantillon. Ainsi, notre deuxième hypothèse est donc nulle.

2.1.3 La présente du thérapeute favoriseraient les actes verbaux entre les patients sous un aspect quantitatif et qualitatif

D'après nos analyses, nous constatons que les patients MAMA ont produit en moyenne 16 % d'actes verbaux en plus en présence de l'orthophoniste (cas B). D'après l'analyse inférentielle, les résultats nous montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre la présence de l'orthophoniste et le nombre d'actes verbaux échangés entre les patients. On ne rejette pas H0 (c'est-à-dire que les 2 groupes ne sont pas différents) avec un risque de 5 %.

Lorsque nous nous penchons un peu plus sur le type d'actes échangés, nous nous apercevons, que dans les deux groupes, les **actes descriptifs** sont les actes les plus utilisés par les patients pour communiquer avec un autre participant (en présence de l'orthophoniste ou pas).

Cependant, dans l'entretien semi-dirigé, l'utilisation des actes affirmatifs sont tout aussi révélateurs du besoin de communiquer entre les patients. En effet, pour le groupe 1 et 2, les **actes d'affirmation-évaluation** sont les plus nombreux. Ce type d'acte permet aux patients d'échanger leurs impressions sur un sujet ou un jugement sur une situation.

Nous constatons cependant une différence notable entre les deux groupes. En effet, outre les actes descriptifs, le groupe 1 émet davantage de **mécanismes conversationnels** dans le cas B (avec l'orthophoniste). Pour le groupe 2 au contraire, les patients ont émis plus de marqueurs

conversationnels dans le cas A (sans l'orthophoniste). Notons que les deux ateliers, où les marqueurs conversationnels sont le plus émis, ont été réalisés en deuxième position. Nous supposons donc qu'**après un premier atelier, les patients parviennent davantage à s'engager dans la relation et donc à maintenir la conversation en reconnaissant la production verbale de l'interlocuteur.**

Au prorata temporis, le groupe 1 a émis dans le premier atelier (discussion libre) 3 actes adéquats à la minute contre 4 par la suite (entretien semi-dirigé). Pour le groupe 2, les patients ont émis 2 actes adéquats/minute lors de l'entretien semi-dirigé, et 11 actes adéquats/minute lors de la discussion libre.

A partir des données observées, nous pouvons en conclure que **l'accompagnement de l'orthophoniste influence la quantité et la qualité des actes verbaux échangés. Cette influence est d'autant plus forte si les patients ont pu explorer d'eux-mêmes le matériel et émettre quelques prémisses d'interactions au préalable. Ainsi, notre troisième hypothèse est donc nulle en raison de la taille de l'échantillon.**

2.1.4 La présente du thérapeute favoriserait les actes non-verbaux entre les patients sous un aspect quantitatif et qualitatif

Au vu du nombre moyen d'actes non-verbaux recensés pour les deux groupes, nous constatons que les patients MAMA ont produits en moyenne + 124 % d'actes non-verbaux en plus en présence de l'orthophoniste. D'après l'analyse inférentielle, les résultats nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre la présence de l'orthophoniste et le nombre d'actes non-verbaux échangés entre les patients. On ne rejette pas H0 (c'est-à-dire que les 2 groupes ne sont pas différents) avec un risque de 5 %.

De manière générale, c'est le **regard** qui est le plus utilisé pour communiquer. Pour le groupe 1 par exemple, le geste du regard constitue 30 % de la communication non-verbale dans le cas A (sans l'orthophoniste) et 24 % dans le cas B (avec l'orthophoniste). Pour le groupe 2, 24 % des actes non-verbaux passent par le regard dans le cas A (sans l'orthophoniste) contre 19 % dans le cas B (avec l'orthophoniste). Nous pouvons donc en conclure que **les patients utilisent davantage de gestes communicatifs qu'extra-communicatifs en présence de l'orthophoniste.** En effet, outre le regard, le groupe 2 échange beaucoup d'**actes à fonction métalinguistique** (14 % en entretien semi-dirigé contre 10 % en discussion libre). Dans le

groupe 1, les actes à fonction métalinguistique représentent 11 % des actes échangés en présence du thérapeute. Lors de la discussion libre en revanche, outre le regard, ce sont les **actes relationnels** qui sont les plus émis (12%).

Au prorata temporis, le groupe 1 a émis en moyenne dans le premier atelier (discussion libre) 17 actes à la minute contre 18 par la suite (entretien semi-dirigé). Pour le groupe 2, les patients ont émis 9 actes non-verbaux/minute en présence de l'orthophoniste, et 7 actes non-verbaux/ minute en son absence.

Au vu de nos observations, nous aboutissons ainsi à cette conclusion: **par la guidance et la suggestion thérapeutiques, l'orthophoniste permet aux patients d'échanger davantage d'actes non-verbaux entre eux et ceux-ci sont davantage communicatifs.** Cette affirmation est valable quel que soit l'ordre des ateliers. **Ainsi, notre quatrième hypothèse est donc nulle en raison de la taille de l'échantillon.**

2.1.5 Les patients communiquent davantage entre eux lors de la discussion libre si la relation a été initiée par l'orthophoniste au préalable

Comme démontré précédemment, le deuxième groupe est davantage enclin à communiquer de manière autonome lorsque l'expression libre survient après l'expression semi-dirigée. Le groupe 2 émet 10 fois plus d'actes verbaux et 5 fois plus d'actes non-verbaux que le premier groupe lorsqu'il est seul.

Le groupe 2 émet 2,5 fois plus d'actes de langage entre l'atelier semi- dirigée et l'atelier en expression libre. Cette augmentation est moins forte pour le non-verbal puisque le groupe échange 247 actes en l'absence de l'orthophoniste et 200 en présence de l'orthophoniste.

Nous pouvons donc en conclure que **l'atelier réalisé au préalable en compagnie de l'orthophoniste permet d'avoir des répercussions positives plus ou moins longues sur la communication entre patients lorsqu'ils se trouvent en situation classique de communication.** **Ainsi notre quatrième hypothèse est donc validée.**

3.2. Critique sur la démarche et du travail

2.1.6 Limites

2.1.6.1 La population étudiée

Les conclusions soulevées doivent être nuancées tout d'abord en raison de la petite taille de notre échantillon (8 patients). Ainsi, les résultats obtenus pour nos patients peuvent difficilement corroborer les résultats de l'ensemble des patients MAMA.

De plus, la population était constituée de personnes atteintes à des stades divers, ce qui entraîna un biais dans les résultats. En effet, nous n'avions par exemple qu'une patiente atteinte de manière légère. Ses productions ont donc été le témoin dans notre étude de l'atteinte légère en général. Nous avions tenté de maîtriser la variable sexe pour pouvoir obtenir deux sous-échantillons équivalents. Outre la taille de la population et les degrés d'atteinte, l'hétérogénéité des types de troubles neurocognitifs posent également une troisième limite à notre étude.

Enfin, les individus constituant nos groupes sont variés et chacun possède un caractère propre. Nous avons remarqué dans nos analyses que le deuxième groupe produisait davantage d'actes verbaux et non- verbaux en l'absence de l'orthophoniste. Ces résultats peuvent être biaisés par le choix des personnes composant ces groupes. En effet, les personnes du premier groupe sont peut-être davantage dépendante à la présence de l'orthophoniste et plus tributaire de ses recadrages, relances ou commentaires.

2.1.6.2 Les outils utilisés : la GECCO

Pour pouvoir analyser les données brutes, nous avons utilisé la GECCO de ROUSSEAU et les schémas des interactions de TROUVE.

Le premier outil permet de dresser un profil de chaque patient mais ne prend pas en compte le groupe dans sa globalité. Parfois, la cotation du type d'acte verbal ou non verbal émis par le patient entraîne l'hésitation de l'examinateur quant à la catégorie (*description, affirmation...*), quant au genre (*description- identification ; description-possession...*) ou quant à l'adéquation de l'acte. La désorientation spatio-temporelle, caractéristique primordiale des MAMA, n'est pas cotée. En effet, le patient peut émettre un acte tout à fait adapté à la situation mais ne pas s'ancrer dans le temps et dans l'espace. Certains actes peuvent être

interprétés différemment selon le vécu de l'analyse (connaissance de la géographie régionale, des expressions régionales...) et selon sa sensibilité personnelle. Enfin, il nous est arrivé parfois de placer un acte dans une catégorie, faute d'autre solution, malgré l'insatisfaction face à ce choix.

2.1.6.3 Le recueil des données

Malgré les précautions méthodologiques, nous avons été confronté à des difficultés d'extraction des données sur le plan verbal et non-verbal.

En effet, les ateliers ont été transcrits le plus fidèlement possible mais certains actes n'ont pas été pris en compte en raison d'un volume vocal trop faible ou de superpositions de voix.

Concernant l'analyse non-verbale, il est arrivé que certains patients sortent du champ de la caméra pendant quelques secondes. Pour des raisons techniques, nous n'avons pris en compte que les gestes émanant du visage et des membres supérieurs. Enfin, il n'existe pas encore de code clair pour retranscrire les comportements non-verbaux, de manière synthétique et simultanée, ce qui a pu entraver la transcription de nos ateliers.

2.1.7 Pistes de recherche et perspectives

Suite à ce travail de recherche, nous pouvons proposer de nombreuses pistes pour poursuivre cette étude. Dans un premier temps, il semble nécessaire de soumettre ces ateliers à un plus grand nombre de patients, à des stades d'atteintes neuro-cognitives plus variées.

Ensuite, il peut être intéressant de reprendre le même cadre de travail et de confronter l'émission d'actes verbaux et non-verbaux entre patients en fonction du thème de l'atelier. En effet, nous avons choisi dans notre étude de traiter le thème de l'école mais celui-ci peut ne pas avoir été révélateur du niveau de difficultés en fonction de l'histoire personnelle de chacun.

En construisant la démarche expérimentale, nous avons supposé que la proportion d'hommes et de femmes jouait un rôle dans la participation à l'atelier. Il serait intéressant d'évaluer l'impact du sexe dans la communication chez les MAMA et si celui-ci est plus fort que chez les personnes âgées sans atteinte neuro-cognitive.

Enfin, étudier la communication non-verbale de l'orthophoniste et son impact sur la communication des patients MAMA paraît être une autre piste de recherche intéressante à explorer.

Conclusion

Nous nous sommes intéressées aux capacités et aux difficultés communicationnelles de 8 patients atteints de MAMA (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées), séparés en deux groupes distincts. La mise en place d'ateliers a rendu possible l'observation des interactions verbales et non-verbales entre les patients d'un même groupe.

Notre volonté était d'étudier le lien entre l'accompagnement thérapeutique lors d'ateliers réminiscence et l'expression verbale et non-verbale entre les patients. Outre le nombre d'actes échangés, nous avons tenu compte de la qualité des informations transmises et de son adaptation dans la communication.

Cette étude, travail préliminaire à une recherche plus élargie, nous a permis de constater que les ateliers thérapeutiques menés par l'orthophoniste entraînent davantage d'interactions verbales et non-verbales entre patients et une communication plus adaptée au thème de discussion.

Les résultats recueillis par d'autres auteurs corroborés à ceux obtenus dans cette étude sont encourageants et montrent que le domaine d'étude doit être encore exploré afin de permettre aux patients MAMA de pouvoir vieillir le plus sereinement possible.

Ces ateliers de groupe ont permis d'observer le patient au-delà de sa maladie, en le considérant comme Être de relation, et en admettant que les patients MAMA conservent leur intelligence affective. En effet, nous ne pouvions nous limiter à l'évaluation du langage en tant que tel, puisque nous savions déjà qu'il se trouve plus ou moins altéré selon l'atteinte neurologique. Un angle de vue pragmatique était alors nécessaire pour pouvoir observer les intentions communicationnelles du patient avec les autres personnes atteintes de MAMA dans le service. Etudier la pragmatique signifie également tenir compte de la communication non-verbale et du comportement.

Il serait souhaitable que l'entourage puisse prendre le temps d'être à l'écoute, de reconnaître le statut de l'interlocuteur, de le rassurer et de le contenir. En prenant conscience que le patient peut revivre des moments d'émotions fortes du passé comme un moment ancré dans le présent, les aidants, professionnels ou familiaux, peuvent accueillir les émotions de leur

proche. Nous parlons souvent dans les ouvrages de « comportements troublés » mais il importe de mettre du sens sur cette conduite et de concevoir cette expression comportementale comme le fruit d'un souvenir lointain, lié à une émotion forte que la maladie fait ressortir.

Nous parlerons donc davantage d'une « prise en soin » que d'une « prise en charge », notion à connotation davantage négative. La prise en soin se réfère en effet à l'état d'empathie dans lequel se trouve le professionnel, à la mise en confiance, et aux processus l'amenant au cours de la relation à se représenter le monde de la personne et d'être à l'écoute de ses besoins.

En tant qu'orthophoniste, lors de l'évaluation de la communication, nous devons tenir compte de tous les facteurs émotionnels et contextuels influençant l'état de la personne.

Nous sommes toujours gênés dans un premier temps avec une personne « non-verbalisante » ou lorsqu'une personne malade nous aborde avec des propos qui ne signifient rien selon nos représentations. Nous éprouvons donc des difficultés à entrer en relation avec elle.

Pour ma part, ce travail de recherche m'a permis de comprendre davantage la nécessité d'aller plus loin que nos premières représentations, de voir ce qu'il se cache « derrière le décor. » Durant ces quatre années d'études, j'ai acquis beaucoup de connaissances théoriques sur la « normalité » du langage, ce qui est déficient ou non dans telles ou telles pathologies... Cette étude m'a davantage recentrée sur la pragmatique du langage, les émotions transmises par celui-ci et le bien-être de la personne vieillissante. A un certain stade, il est préférable d'aller rejoindre le patient où il est pour l'amener ailleurs si l'émotion qu'il ressent est négative et agressive, et en partageant son plaisir si le sentiment constitue un moment de bonheur pour la personne. Ce sont ainsi tous ces savoir-être et savoir-dire que j'ai pu appréhender avec ces 8 patients et leurs familles, préalables à un exercice professionnel davantage centré sur la personne.

Bibliographie

- ADLER, R. (1991). *Communication et interactions*. Montréal, Québec, Canada. Editions Etudes Vivantes
- ARGYLE, M. (1988). *Bodily communication. 2nd édition*. London. Routledge
- ARNDT, H. ; JANNEY, R.W. (1991). *Verbal, prosodic, and kinesic emotive contrasts in speech*. Journal of pragmatics, 522-550
- BHERER, L. ; BELLEVILLE, S. ; HUDON, C. (2004). *Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence fronto-temporale*. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, 2, 3, 181-189.
- BRIN F. ; COURRIER C. ; LEDERLE E. ; MASY V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie 2^{ème} édition*. Isbergues. Ortho Edition
- COSNIER J. ; COULON J. ; BERRENDONNER A. ; ORECCHIONI C. (1982). *Les voies du langage, communications verbales, gestuelles et animales*. Paris. Dunod
- COSNIER J.; BROSSARD A. (1984) *La Communication non verbale*. Neuchâtel Paris. Delachaux & Niestlé
- COSNIER J. (1987). *Expression et régulation des émotions dans les interactions de la vie quotidienne*, Colloque La psychologie sociale et les émotions, Paris, MSH, 5-9 janvier 1987.
- COSNIER J. (1996). *Les gestes du dialogue, la communication non verbale*. Rev. Psychologie de la motivation, 21, 129, 138,
- CRAGAN, J.; KASH, C.; WRIGHT, D. (2009). *Communication in small groups: theory, process skills*, Seventh Edition- Boston, Wadsworth Centage Learning
- DEBILLON, M. ; GENOUX, M. (2012). *Etude de la perception des caractéristiques émotionnelles des mots dans la maladie d'Alzheimer*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Paris
- DELAMARRE, C. (2011). *Alzheimer et communication non verbale*. Paris Edition Dunod.
- DEMOURES, G. (2006). Communiquer avec le patient Alzheimer. IN DEMOURES, G., STRUBEL, D. *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. 79-93. Issy-les-Moulineaux. Masson

- DEVITO, J. (1993). *Les Fondements de la communication humaine*. Boucherville, Québec, Canada. Gaëtan morin Editeur Itée
- DORTIER, JF. (1997) *Communication dans les groupes*. La Communication, état des savoirs ; Sciences Humaines Hors- Série n°16, p 40-41
- DUBOIS B., ALBERT ML., Lancet Neurol 2004; 3: 246-248
- DUPORT, N. et al (2013). *Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France Métropolitaine, 2007 et 2010* ; Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°30. Institut de Veille Sanitaire
- DUVAL, C. ; PIOLINO, P. et al. (2011). *La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge*. Revue Neuropsychologie, 3 (1) : 41-51
- FEIL, N. ; KLERK-RUBIN, V. (2005). *Validation®, la méthode de Naomi Feil : Pour une vieillesse pleine de sagesse*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre
- FRATIGLIONI, L.; LAUNER, LJ. et al. (2000). *Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts*. Neurology 54(11): S10-S15.
- JUILLERAT, AC. ; VAN DER LINDEN, M. ; ADAM, S. ; & SERON, X. (2000). *La prise en charge des patients Alzheimer au stade débutant*. In X. Seron & M. Van der Linden (Eds.), Traité de neuropsychologie clinique. Marseille. Solal,
- HALL, E. (1971). *La dimension cachée*. Paris.Edition Seuil
- Haute Autorité de Santé (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Recommandation mai 2009.
- HENNEL-BRZOZOWKA, A. (2008). *La communication non verbale et paraverbale-perspective d'un psychologue*. Synergies Pologne n°5 p21-30. Université Pédagogique de Cracovie. Pologne.
- GAUTHIER, S. ; REISBERG, B. ; ZAUDIG, M. ; PETERSEN, RC. et al. (2006). *Mild cognitive impairment*. Lancet. 367 :1262-1270
- GOLDBLUM, M.C (1992). *Troubles du langage et démences d'Alzheimer*. Glossa, n° 28, 18-23
- KAOUANE, N. (2010). *Mémoire émotionnelle normale et pathologique : implication des glucocorticoïdes infra-hippocampiques* ; thèse pour l'obtention du grade doctoral en neurosciences. Université de Bordeaux
- KEUKELAERE, S. (2005). « *Des découvertes révolutionnaires en sciences cognitives. Les*

paradoxes et dangers de l'imitation ». Automates intelligents, n°63

- KOCHAN, N.A.; SLAVIN, M.J. et al (2010). *Effect of different impairment criteria on prevalence of « objective » mild cognitive impairment in a community sample*. The American Journal of Geriatric Psychiatry 18, 711-722.
- MALECOT, C. (2001). *Etude de la communication non verbale de patients déments : études de cas portant sur sept patientes démentes prises en groupe de langage* ; mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Besançon.
- MICHALON, S. ; SERVEAUX, JP. ; ALLAIN, P. (2014). *L'apport des neurosciences cognitives et affectives à la communication auprès d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer*. Revue Neurologique vol 170 ; p A8
- MIERMONT, J. (1997). *Pour une théorie de l'esprit : cognitions, passions et communication*. Résonances 10-11 : 64-71
- MOFFARTS, C. (2011). Le Clown Relationnel® et la maladie d'Alzheimer. Colloque International « Approches non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer » (3/4 Novembre 2011) Versailles. Tiré de : <https://www.youtube.com/watch?v=KyOFAFYQW8Nw>
- OUGHOURLIAN, JM. (2013). *Notre troisième cerveau- la nouvelle révolution psychologique*. Paris. Edition Albin Michel
- PLOTON, L. (2004). *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*. Lyon. Chronique Sociale
- POLYDOR, JP. (2009). *Alzheimer mode d'emploi- le livre des aidants*. Le Bouscat. Edition L'esprit du temps
- REIMOND, L. (2010). *L'atelier de réminiscence : incidence sur les capacités de communication des personnes atteintes de démence de type Alzheimer*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nantes
- RIZZOLATTI, G. ; SINAGAGLIA, C. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris. Edition Odile Jacob
- ROUSSEAU, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation et prise en charge*. Isbergues. Ortho Edition
- ROUSSEAU, T. (2006). *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication dans le cadre des démences, GECCO (CD rom)*. Isbergues. Ortho-Edition
- ROUSSEAU, T. (2011). *Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer*. NGPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie. 11(65), 221-228

- ROUSSEAU, T. (2013). *Communiquer avec un proche Alzheimer : comprendre, déculpabiliser et maintenir un lien*. Paris. Groupe Eyrolles
- ROSSI, JP. (2008). *Psychologie de la compréhension du langage*. Bruxelles. De Boeck
- SAUSSURE, F. (1979). *Cours de linguistique générale*. Paris. Ed. Payot

Communication verbale et non-verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : Etude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste

Résumé : Beaucoup de travaux traitent des difficultés de communication entre l'entourage et les patients atteints de MAMA (Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées). En institution, ces personnes fréquentent davantage d'autres patients possédant également des troubles neurocognitifs. Cette étude s'intéresse donc aux actes de communication verbale et non-verbale entre les patients MAMA ainsi qu'à l'influence de l'accompagnement thérapeutique sur ceux-ci lors d'un atelier réminiscence. Nous avons formé deux groupes de communication, tous deux composés de 4 personnes. Chaque groupe a pu s'entretenir librement et participer à un entretien semi-dirigé mené par l'orthophoniste. L'ordre de passation a différé pour chaque groupe. L'objet de cet atelier était la réminiscence des souvenirs autour du thème de l'Ecole d'Autrefois. Les ateliers ont été filmés pour pouvoir être analysés grâce à la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de Mr T. Rousseau et grâce aux schémas des interactions de Mr E. Trouvé. Les résultats recueillis dans cette étude montrent qu'en présence de l'orthophoniste, les patients communiquent davantage entre eux, de manière plus adaptée, en termes de communication verbale et non-verbale. À un stade sévère de la maladie, les patients communiquent d'autant plus par le non-verbal. Nous constatons que la présence de l'orthophoniste permet de renforcer cette compétence tout en favorisant l'expression verbale. À tous les stades, les patients sont sensibles au rôle du thérapeute et sont plus enclins à communiquer entre eux. Nous remarquons que lorsque l'entretien semi-dirigé précède la discussion libre, les patients parviennent à maintenir plus longtemps une relation adaptée. Ainsi, les ateliers de groupe entre patients MAMA leur permettent de soutenir leur statut d'être communicant avec des personnes qu'ils côtoient quotidiennement en institution. L'accompagnement type réminiscence leur permet donc de réduire leur anxiété et ainsi d'acquérir un comportement davantage apaisé, à la plus grande satisfaction des soignants, des autres patients et des familles.

Mots clés: Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) – Communication verbale – Communication non-verbale – Interactions – Groupe – Réminiscence

Abstract : Many studies talk about communication difficulties between the family circle and patients suffering from Alzheimer and related diseases. In institution, these people interact more with other patients that are also affected by neurocognitive disorders. This study aims to analyze verbal and non-verbal act of communication between Alzheimer and related diseases patients and the influence of a therapeutic support of these patients during reminiscence working group. We formed 2 groups of communication, both composed of 4 people. Each group could freely discuss with each other and they participated at a semi-directed interview leaded by the speech therapist. The test period's order differed for each group. The aim of the working groups was the recollection of memories about specific theme that was « School in the past ». Sessions have been filmed in order to be analysed through the evaluation scale created by T. Rousseau assessing communication skills of Alzheimer's disease patients (GECCO) and completed by interaction diagrams of E. Trouvé. The results collected during this study have shown an intensification of the communication within patients when the speech therapist is present. Their exchanges are more adapted in terms of verbal and non-verbal communication. At a severe stage of the disease, patients communicate even more through non verbal communication. We noticed that the speech therapist attendance accentuates this ability and further verbal expression. In all stages of the disease, patients are sensitive to the therapist's role and they keen to communicate with each other. When the semi-directed interview precedes free discussions, we noticed that patients manage to keep an adapted relation longer. Finally, these working group allow Alzheimer and related diseases patients to keep their status of communicating human being with people they see regularly in institution. The reminiscence care provides less anxiety for each patients and so they acquire a calmer behaviour, to the greatest satisfaction of the caregivers, the other patients and families.

Key-words : Alzheimer and related diseases – Verbal communication – Non-verbal communication – Interactions – Group – Reminiscence