

ECOLE D'ORTHOAPHONIE DE LORRAINE

Année Universitaire 2012/2013

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Anne-Sophie DURRMEYER

Démences, mémoire culturelle régionale et communication

Utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle lorraine dans l'étude de la communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, en prise en charge individuelle et collective.

Soutenu le 17 juin 2013

Jury :

Monsieur le Professeur X. DUCROCQ, Professeur des Universités en Neurologie, Président du jury
Madame L. POTTIER, Orthophoniste, Directrice du Mémoire
Madame T. JONVEAUX, Docteur en Neurologie, Assesseur

ECOLE D'ORTHOAPHONIE DE LORRAINE

Année Universitaire 2012/2013

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Anne-Sophie DURRMEYER

**Démences, mémoire culturelle régionale et
communication**

*Utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle lorraine dans l'étude de la
communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, en
prise en charge individuelle et collective.*

Soutenu le 17 juin 2013

Jury :

Monsieur le Professeur X. DUCROCQ, Professeur des Universités en Neurologie, Président du jury
Madame L. POTTIER, Orthophoniste, Directrice du Mémoire
Madame T. JONVEAUX, Docteur en Neurologie, Assesseur

REMERCIEMENTS

A M. le professeur Ducrocq pour s'être rendu disponible et avoir accepté de présider ce jury de mémoire.

A Mme Lise Pottier pour son implication dans ce projet mais surtout pour sa disponibilité, son enthousiasme, sa patience à mon égard ainsi que ses précieux encouragements tout au long de l'année.

A Mme Thérèse Jonveaux pour ses relectures et ses éclaircissements.

A tous les patients pour un temps du centre Paul Spillmann pour leur participation et pour tous les souvenirs qu'ils m'ont transmis.

A leurs familles pour leur consentement et l'intérêt autour de ce projet.

A tout le personnel du centre Paul Spillmann pour son accueil.

A ma Mémé par qui et pour qui tout a commencé.

A ma famille et en particulier à mes parents, pour votre amour et votre soutien inconditionnel pendant ses longues années d'études.

A la Boos Family pour m'avoir prêté votre caméscope.

A Joanne et Manue pour vos précieuses relectures et corrections.

A chacun de mes amis pour votre amitié, pour le soutien que vous m'avez apporté chacun à votre manière. Et surtout, un grand merci à Fred mon « geek préféré » pour m'avoir apporté son aide et avoir partagé son savoir en matière de statistiques et d'informatique.

A mes camarades de promo pour ces belles années passées ensemble, pour nos franches rigolades... et particulièrement à Anaïs pour nos longues heures de dur labeur.

A celui qui tient ma vie entre Ses mains et qui lui donne un sens.

Merci à chacun parce que vous contribuez à faire de moi ce que je suis aujourd'hui en tant que personne et future professionnelle.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	9
PARTIE THEORIQUE	11
1. MEMOIRE, COMMUNICATION ET DEMENCES.....	12
1.1. Le fonctionnement « normal » de la mémoire	12
1.1.1. <i>Le modèle d'Atkinson et Shiffrin, américains (1968)</i>	12
1.1.2. <i>Les modèles de mémoire à long terme de Tulving, psychologue canadien (1972) et Cohen & Squire, américains (1980)</i>	13
1.1.3. <i>La conception multi-systémique de la mémoire</i>	14
1.1.4. <i>Mémoire autobiographique, mémoire culturelle et identité</i>	16
1.2. Les interactions entre mémoire et langage	19
1.3. Les atteintes de la mémoire selon les démences.....	20
1.3.1. <i>Maladie d'Alzheimer (MA)</i>	20
1.3.2. <i>La démence à corps de Lewy (DCL)</i>	21
1.3.3. <i>La démence fronto-temporale (DFT)</i>	21
1.3.4. <i>L'aphasie primaire progressive (APP)</i>	22
1.3.5. <i>La démence vasculaire (DV)</i>	22
1.4. Les atteintes de la communication selon les démences	22
1.4.1. <i>Maladie d' Alzheimer (MA)</i>	23
1.4.2. <i>La démence à corps de Lewy (DCL)</i>	23
1.4.3. <i>La démence fronto-temporale (DFT)</i>	24
1.4.4. <i>L'aphasie primaire progressive (APP)</i>	24
1.4.5. <i>La démence vasculaire (DV)</i>	25
2. COMMUNICATION ET PHENOMENES DE GROUPE.....	25
2.1. La pragmatique	26
2.2. La communication verbale	27
2.3. La communication non-verbale	28
2.4. La communication dans un groupe	30
2.4.1. <i>Définition</i>	30

2.4.2. <i>La théorie de la « dynamique des groupes »</i>	30
2.4.3. <i>Le modèle de Riley et Riley</i>	31
2.4.4. <i>L'analyse de l'interaction</i>	31
3. QUELQUES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES.....	32
3.1. La thérapie écosystémique.....	32
3.2. L'atelier de réminiscence	34
3.3. L'espace multi sensoriel de type Snoezelen.....	35
PARTIE PRATIQUE.....	37
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	38
1. PROBLEMATIQUE.....	38
2. HYPOTHESES.....	38
2.1. Hypothèse générale.....	38
2.2. Hypothèses opérationnelles	39
METHODOLOGIE.....	40
1 EXPLICATION DU PROJET.....	40
2 POPULATION.....	41
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients	41
2.4. Présentation des patients.....	42
3. DEMARCHE EXPERIMENTALE.....	43
3.1. Thèmes des entretiens.....	43
3.2. Support des entretiens.....	43
3.3. Déroulement des entretiens.....	44
3.4. Cadre spatio-temporel.....	45
4. MODE DE TRAITEMENTS DES DONNEES	45
4.1. Outil d'analyse de la communication des patients : la GECCO	45
4.2. Schéma des interactions.....	46
5. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES	46
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	48
1. ANALYSE QUANTITATIVE DE LA COMMUNICATION SELON LE THEME DE L'ENTRETIEN.....	48
1.1. Entretiens individuels	48
1.1.1. <i>Analyse de l'ensemble des patients</i>	48
1.1.2. <i>Analyse en fonction du stade de démence</i>	49

1.1.3. <i>Analyse en fonction du sexe des patients</i>	50
1.2. Entretiens collectifs	51
1.2.1. <i>Analyse de l'ensemble des patients</i>	51
1.2.2. <i>Analyse en fonction du stade de démence</i>	52
1.2.3. <i>Analyse selon le sexe des patients</i>	54
1.2.4. <i>Schémas des interactions au sein du groupe</i>	55
1.2.4.1. Les interactions au sein du groupe 1 en fonction du thème de communication.....	55
1.2.4.2. Les interactions au sein du groupe 2 en fonction du thème de communication.....	57
2. ANALYSE QUALITATIVE DE LA COMMUNICATION SELON LE THEME DE L'ENTRETIEN.....	59
2.1. Analyse de l'adéquation des actes de langage produits.....	59
2.1.1. <i>Entretiens individuels</i>	59
2.1.1.1. Analyse pour l'ensemble des patients.....	59
2.1.1.2. Analyse en fonction du stade de démence	60
2.1.1.3. Analyse en fonction du sexe des patients.....	61
2.1.2. <i>Entretiens collectifs</i>	61
2.1.2.1. Analyse pour l'ensemble des patients.....	61
2.1.2.2. Analyse en fonction du stade de démence	63
2.1.2.3. Analyse en fonction du sexe des patients.....	64
2.2. Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication	
	65
2.2.1. <i>Entretiens individuels</i>	65
2.2.1.1. Analyse pour l'ensemble des patients.....	65
2.2.1.2. Analyse en fonction du stade de démence	67
2.2.2. <i>Entretiens collectifs</i>	68
2.2.2.1. Analyse pour l'ensemble des patients.....	68
2.2.2.2. Analyse selon le stade de démence.....	70
2.3. Répartition des différents types d'actes de langage verbaux dans la communication	71
3. REMINISCENCE ET ACTES DE LANGAGE	73
3.1. Souvenirs évoqués par les patients en fonction du thème de communication.....	73
3.1.1. <i>Entretiens individuels</i>	73
3.1.2. <i>Entretiens collectifs</i>	75
3.2. Analyse de l'activité de réminiscence	77
DISCUSSION	80
1. VALIDATION DES HYPOTHESES	80
2. RETOUR SUR LE TRAVAIL EFFECTUE	82
2.1. A propos de la théorie.....	82

2.2. A propos des outils utilisés	82
2.3. A propos de la démarche expérimentale.....	83
3. PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	83
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE.....	85

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

INTRODUCTION

Je m'en souviens encore très bien, c'était un dimanche après-midi, il y a déjà quelques années, j'entrai dans le salon, déposai une bise sur la joue de ma grand-mère, qui se tournait les pouces assise dans son fauteuil. « Salut Mémé ! ». Ma grand-mère se tourna vers mon grand-père et lui demanda : « Qui est-ce ? ».

La maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées sont des pathologies qui affectent de façon progressive les fonctions cognitives. Connues du grand public car touchant un grand nombre de personnes, âgées pour la plupart, il n'en reste pas moins que ces pathologies interrogent, intriguent, effrayent même car il n'existe actuellement pas de traitement curatif, ce qui en fait un réel enjeu médical, social et financier.

Face à la progressive dégradation des fonctions supérieures provoquées par les démences de type Alzheimer et maladies apparentées, les thérapies non-médicamenteuses sont en constant développement et contribuent, par une adaptation à chaque patient, au maintien des facultés préservées tout au long de l'évolution de la maladie. En effet, parce qu'entretenir des liens sociaux devient de plus en plus problématique pour ces personnes, elles s'isolent progressivement jusqu'à se retirer de la vie en société. Le rôle de l'orthophoniste est d'aider ces patients à conserver une vie relationnelle le plus longtemps possible en soutenant leurs capacités communicationnelles et en s'adaptant un maximum à leurs troubles. Une prise en charge de groupe offre la possibilité aux participants de converser entre eux et avec les soignants, et ainsi de s'exprimer, d'écouter, de s'ouvrir à nouveau au monde extérieur.

Notre recherche s'inscrit dans un projet global, en partenariat avec le Centre Paul Spillmann à Nancy, et prend la suite d'un précédent mémoire de recherche. Au travers de notre recherche, nous avons voulu montrer qu'en mettant en place un atelier de réminiscence, en stimulant les souvenirs personnels au moyen d'un support sur la mémoire culturelle régionale, le patient pourrait retrouver la volonté de partager ses expériences, de retisser son identité de sujet et donc d'ainsi améliorer la communication.

Après avoir présenté dans un premier temps les données théoriques sur la mémoire, les démences et les caractéristiques des pathologies apparentées à la démence type Alzheimer,

nous ferons un état des lieux des différents phénomènes de groupe. Nous décrirons ensuite certaines thérapies non médicamenteuses.

Dans une seconde partie, nous présenterons nos hypothèses ainsi que notre protocole expérimental. Enfin, dans une dernière partie, nous exposerons et discuterons nos résultats.

PARTIE THEORIQUE

1. Mémoire, communication et démences

1.1. Le fonctionnement « normal » de la mémoire

De façon très générale, la mémoire se définit comme « la capacité d'un organisme à assimiler, conserver et redonner des informations¹ ». La mémoire est partout, au sein de chaque cellule, c'est elle qui permet à l'individu de construire son identité. La mémoire est une composante fondamentale de nos processus cognitifs, c'est une faculté qui permet à l'organisme de stocker de l'information et de la restituer si besoin pour une bonne adaptation à l'environnement. Elle est très utile pour la vie quotidienne et les apprentissages. Pour fabriquer un souvenir quel qu'il soit, il faut une information (perçue, relatée ou imaginée) et de l'affectivité (motivation, attention ou émotion). Il y a également certaines conditions préalables à la mise en mémoire² : un niveau de vigilance suffisant, un bon niveau d'attention, une bonne perception et une intelligence suffisante. En effet, notre mémoire, pour ne pas se saturer, a besoin d'être structurée et c'est le cerveau, qui en fonction de nos capacités, organise et synthétise les choses.

En somme, la mémoire est un domaine complexe, largement étudié par de nombreux chercheurs, et nous pouvons trouver bien des façons différentes d'expliquer son fonctionnement.

1.1.1. Le modèle d'Atkinson et Shiffrin, américains (1968)

Le modèle de la mémoire proposé par Atkinson et Shiffrin (1968), prend en compte la mémoire dans sa globalité. Il suggère que la mémoire comporte trois modalités de stockage : une mémoire sensorielle, une mémoire à court terme et une mémoire à long terme. En effet, la mémoire implique la rétention de l'information dans le temps, rétention pouvant tout aussi bien durer une seconde que toute la vie. C'est en fonction du temps de rétention qu'Atkinson et Shiffrin ont distingué les trois modalités de stockage évoquées ci-dessus.

La **mémoire sensorielle** est un système qui stocke les caractéristiques du stimulus enregistré par les récepteurs sensoriels, l'information en mémoire sensorielle s'efface rapidement, la trace mnésique d'un stimulus sensoriel est très courte: de 300 à 500 ms.

L'information provenant de la mémoire sensorielle parvient ensuite en **mémoire à court terme** (MCT). La MCT contient uniquement les informations qui sont traitées activement.

¹ Dictionnaire d'orthophonie, Brin et al 2004

² Cours du Pr. Barroche, neurologue.

Elle a une capacité limitée en durée (environ 1 min) et en quantité (environ sept items). Une partie de cette MCT correspond à la mémoire de travail (MT) et permet la manipulation des informations maintenues temporairement, durant la réalisation de tâches cognitives variées.

Enfin la **mémoire à long terme** (MLT), permet le maintien prolongé de l'information, la trace mnésique pouvant persister des dizaines d'années. La succession de trois processus de base est nécessaire pour la rétention d'une information en MLT : l'encodage, le stockage et le rappel des informations.

Le modèle d'Atkinson et Shiffrin inclut également des processus de contrôle, c'est-à-dire des stratégies qui peuvent être mises en œuvre volontairement, comme par exemple la stratégie de révision mentale, qui consiste à répéter une information afin de la maintenir en mémoire.

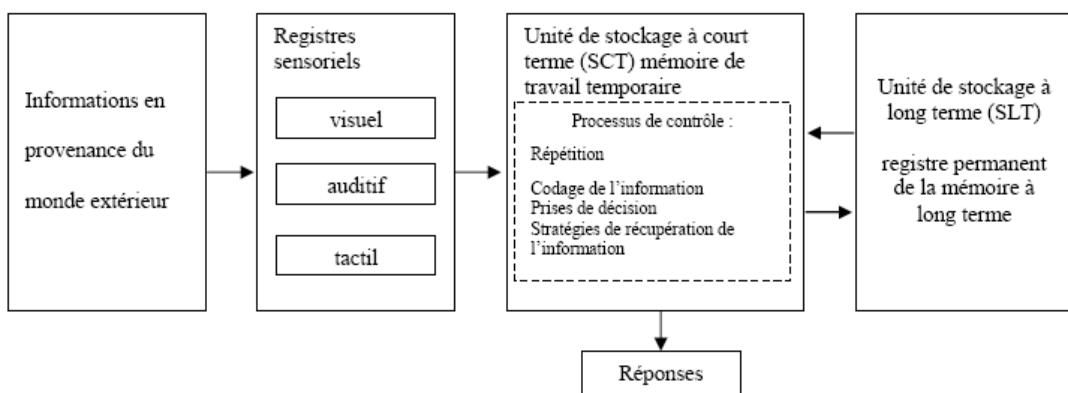


Schéma général de l'organisation de la mémoire d'après le modèle d'Atkinson et Shiffrin (1968)

Bien que valide et apprécié pour sa clarté, le modèle d'Atkinson et Shiffrin reste un peu trop simpliste et ne permet pas d'expliquer au mieux les phénomènes qui se produisent lorsque l'on mémorise une information. En effet, ce modèle ne décrit que des processus de codage et de récupération de l'information en négligeant toute la part de traitement cognitif de l'information. Une autre lacune de ce modèle porte sur les interactions entre MCT et MLT.

D'autres chercheurs laissent place à d'autres théories, c'est le cas notamment de Endel Tulving (1972), qui propose un modèle centré sur la nature du matériel stocké par contraste au modèle d'Atkinson et Shiffrin qui met l'accent sur la période de temps durant laquelle l'information est en mémoire.

1.1.2. Les modèles de mémoire à long terme de Tulving, psychologue canadien (1972) et Cohen & Squire, américains (1980)

Tulving et Squire ont respectivement mené des études qui ont conduit à détailler la MLT et à l'envisager en plusieurs systèmes séparés.

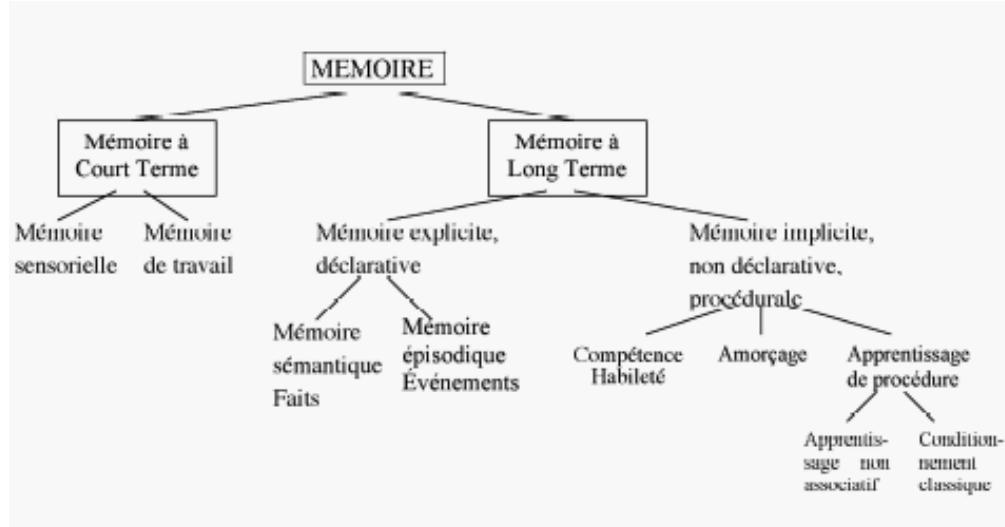
Ainsi, Tulving (1972) propose la distinction entre la mémoire épisodique et la mémoire sémantique en se basant sur des données de psychologie cognitive. Dans un premier temps la mémoire sémantique est considérée comme faisant référence au langage, évoluant vers les connaissances que nous possédons du monde qui nous entoure. La mémoire sémantique quant à elle est un système qui emmagasine les événements temporellement datés.

En 1980, c'est au tour de Cohen et Squire de distinguer deux types de MLT, il s'agit de la mémoire déclarative et de la mémoire procédurale. Dans la mémoire déclarative, on retrouve des connaissances générales, de type sémantique, et des connaissances spécifiques, de type épisodique. La mémoire procédurale regroupe les connaissances qui sont actives au cours d'activités motrices et cognitives (savoir-faire).

D'autres recherches ont mis en évidence une distinction supplémentaire entre mémoire explicite et mémoire implicite (Graf et Schacter, 1985) ce qui nous amène à la théorie de la mémoire la plus répandue à savoir la conception multi-systèmes de la mémoire.

1.1.3. La conception multi-systémique de la mémoire

La conception multi-systémique de la mémoire est la théorie la plus répandue. Elle postule que la mémoire est décomposable en un ensemble de sous-systèmes distincts mais interagissant fortement les uns avec les autres.



Synthèse de l'architecture de la mémoire. D'après Baddeley (1986) ; Anderson (1983) ; Graf et Schacter (1985) ; Squire (1987) ; Tulving (1972).

Ce découpage de la mémoire est à la fois fondé sur des données comportementales de psychologie cognitive et sur des observations neuropsychologiques. Mais nous ne pouvons

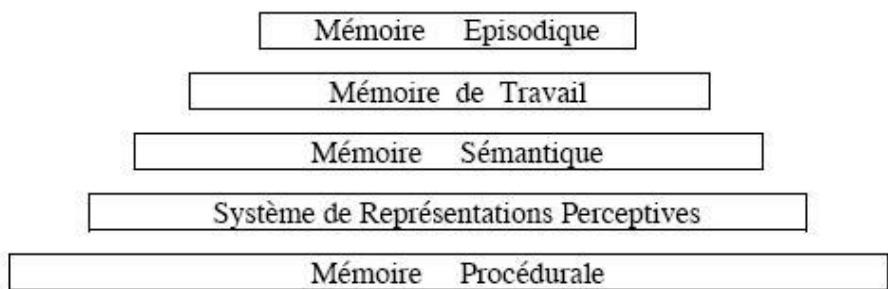
pas être sûrs du nombre et de la nature de ces sous-systèmes de la MLT. Néanmoins, les systèmes les plus souvent évoqués sont la mémoire procédurale, la mémoire déclarative, la mémoire sémantique, la mémoire épisodique, et le système de représentations perceptives. Ces sous-systèmes de la MLT sont en grande partie définis à partir des formes de représentations qu'ils sous tendent.

La mémoire procédurale contiendrait des connaissances relatives à la manière de réaliser diverses activités cognitives. Elle est définie comme une mémoire des savoir-faire, des comportements appris et automatisés.

Les connaissances de la mémoire déclarative quant à elles, relèvent plus généralement du « savoir ». **La mémoire déclarative** comprendrait deux systèmes de mémoire distincts, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique. **La mémoire sémantique** est censée contenir un répertoire structuré de toutes les connaissances qu'un individu possède sur le monde qui l'entoure. Il s'agit de connaissances abstraites et relationnelles, associées à la connaissance générale du monde (Tulving), mais aussi de connaissances relatives aux symboles verbaux. **La mémoire épisodique** (également appelée mémoire autobiographique) est au contraire décrite comme la mémoire des expériences passées d'un individu, inscrites dans un cadre spatio-temporel. En effet, pour se remémorer correctement un souvenir, il est souvent nécessaire de tenir compte de l'endroit et du moment où a eu lieu l'événement.

Enfin **le système de représentations perceptives** (SRP) est supposé stocker des connaissances relatives aux propriétés structurales des objets; il servirait d'intermédiaire entre les représentations perceptives et les représentations plus abstraites stockées en mémoire sémantique.

Différentes organisations ont été proposées pour ces systèmes, la plus connue étant sans doute celle de Tulving (1995). En faisant évoluer son premier modèle qui opposait simplement deux systèmes il propose une organisation de la MLT par emboîtement, appelée le modèle SPI (sériel, parallèle, indépendant).



Modèle par emboîtement de la mémoire à long terme

SPI Sériel, Parallèle, Indépendant (Tulving, 1995)

Ce modèle permet de rendre compte des relations entre les systèmes de mémoire et de leur mode d'intervention dans le fonctionnement cognitif (toujours d'après les études de Tulving). Il comprend trois postulats :

- L'information est encodée de manière sérielle dans les différents systèmes mnésiques. Par conséquent, l'encodage dans un système dépend du succès du traitement dans le système précédent. Les systèmes procéduraux et le SRP fournissent à la mémoire sémantique des renseignements sur la nature des objets. La mémoire sémantique permet ensuite d'associer des connaissances diverses aux objets. La sortie de la mémoire sémantique est transmise en mémoire épisodique afin de leur associer un contexte spatio-temporel.
- L'information est stockée en parallèle dans les différents systèmes et différentes formes de connaissances sont conservées dans ces systèmes à partir d'une même expérience perceptive.
- L'information peut être récupérée indépendamment dans les différents systèmes.

La mémoire humaine est un phénomène complexe, à l'origine de nombreux débats ; les recherches expérimentales actuelles visent à mieux cerner sa structure et son organisation (approche structurale), ainsi que son fonctionnement (approche fonctionnelle). D'un point de vue structural, la mémoire est composée de sous-systèmes mnésiques, distincts mais interconnectés. D'un point de vue fonctionnel (modèle SPI), ces sous-systèmes entretiennent des relations contraignantes, représentées par une organisation hiérarchique précise et dépendant des processus mnésiques. Les avis divergent cependant à ce sujet, en particulier suite à l'observation récente de certaines pathologies de la mémoire.

1.1.4. Mémoire autobiographique, mémoire culturelle et identité

La mémoire autobiographique, à laquelle nous nous intéressons pour notre recherche, est une mémoire à long terme, déclarative (explicite). Longtemps assimilée à la mémoire épisodique, il s'avère aujourd'hui, qu'elle recourt à la fois aux processus épisodique et sémantique. En effet, Piolino et al. (2000) définissent la mémoire autobiographique comme une mémoire composite qui rassemble des informations et des souvenirs particuliers à un individu, accumulés depuis son plus jeune âge, et qui lui permet de construire un sentiment d'identité et de continuité. L'identité s'appuie sur la conscience de soi (conscience de ses perceptions, de ses actions, connaissance de son corps, estime de soi...) et sur la mémoire (en particulier autobiographique) qui permet de « reconnaître ses pensées et ses actions comme

siennes et comme passées » (Gil, Fargeau et Jaafari, 2011) et de connecter les expériences vécues entre elles afin de garantir la continuité identitaire tout au long de la vie du sujet.

Nous savons aujourd'hui que la mémoire autobiographique est composée de souvenirs autobiographiques épisodiques (souvenirs d'événements spécifiques, situés dans le temps et l'espace, associés à un ensemble de détails perceptifs et sensoriels) et de souvenirs autobiographiques sémantisés (représentant des connaissances générales sur soi, intemporelles). Mais les relations entre ces deux systèmes sont si étroites qu'il est parfois difficile de qualifier les souvenirs selon la stricte opposition sémantique/épisodique, les contenus étant souvent associés.

Selon Conway (1996), le souvenir autobiographique ne correspond pas à la restitution fidèle d'un événement vécu. Il implique un processus de reconstruction dynamique à partir de trois types de connaissances organisées hiérarchiquement, du plus général au plus spécifique : périodes de vie, événements généraux, et détails d'événements spécifiques. Le plus souvent la reconstruction d'un souvenir autobiographique procède de la mise en relation coordonnée d'informations appartenant à ces trois niveaux. Par exemple, lorsque Paul se souvient de ses 18 ans, il rappelle le souvenir d'un événement détaillé (la surprise que lui ont faite ses amis) en réactivant la connaissance générale qu'il a de cette époque, des fêtes d'anniversaire, de ses amis... Cela suppose que le souvenir n'est pas stocké tel quel dans la mémoire à long terme mais reconstruit lors d'un processus de contextualisation.

En 2005, Conway propose le *Self Memory System* ou modèle de mémoire du self qui apporte un éclairage sur la participation de notre mémoire autobiographique à la construction de notre identité. La plupart des auteurs s'accordent à considérer le Self comme une instance de la personnalité constituée de sensations, de souvenirs conscients ou inconscients à partir desquels l'individu se construit, élabore des mécanismes de défense, vit sa relation à l'autre, structure sa personnalité en référence à des perceptions externes. Le Self se définit en tant que système cognitif comme un ensemble de représentations personnelles stockées en mémoire, aux dimensions multiples de nature épisodique ou sémantique. Le modèle de mémoire du Self est un modèle de reconstruction du souvenir autobiographique s'appuyant sur l'interaction entre trois systèmes :

- le **self de travail** : ensemble complexe de processus dirigés par le **modèle d'intégrité actuel du sujet** (ses buts, ses désirs actuels) et son état émotionnel qui déterminent quels événements vont être encodés et conservés durablement et quels événements vont être reconstruits dans les souvenirs.

- le **self à long terme** : représentation sémantique de nous-mêmes, structure de connaissances servant à organiser nos souvenirs autobiographiques, **modèle d'intégrité et de cohérence de notre propre soi**.

- le **système de mémoire épisodique** : système des événements spécifiques, qui stocke des informations de courte durée, contient des détails sensoriels, perceptifs, cognitifs et affectifs, organisés selon un ordre chronologique, encodés selon les buts actuels. Les **souvenirs définissant le soi**, caractérisés par leur densité d'images mentales et d'affects, leur haut niveau de répétition leur appartenance à un thème primordial pour l'individu et leur accessibilité, sont très résistants aux effets du temps.

De manière générale, le Self est la base du sentiment subjectif d'identité et de continuité au cours du temps.

De par la précocité des troubles de la mémoire épisodique et le déficit de la mémoire autobiographique, les démences type Alzheimer et maladies apparentées rompent les liens créés entre les différents événements de la vie du sujet et fragmente ainsi sa continuité identitaire. Grâce à la mémoire, toutes nos actions passées, nos émotions, nos sensations ont modelé notre personnalité et continuent de faire partie de ce que nous sommes. Cette continuité engendre un poids du passé sur notre façon de percevoir le présent. De ce fait, la mémoire collective est un recours pour maintenir l'identité du sujet afin que ce dernier puisse communiquer avec autrui et participer au monde (Rousseau 2006). Bonniol (2008) définit la mémoire collective comme « l'ensemble des contenus mémoriels supposés communs aux membres d'un groupe ». Bien qu'elle soit dite collective cette mémoire n'est toutefois pas intégralement partagée. En effet, les souvenirs renvoient aux expériences personnelles de chacun. La mémoire collective structure les mémoires implicites et sémantiques individuelles. Elle en constitue le socle culturel qui définit l'appartenance à un groupe (Comet et Lejeune, 2008). Cette étroite intrication entre l'individuel et le collectif peut servir de support, de cadre thérapeutique pour le malade dont la mémoire s'efface progressivement. Comme le soulignent Comet et Lejeune (2008), la mémoire culturelle permet de reconstituer certains morceaux de mémoire individuelle et de retrouver un certain sentiment d'identité et d'appartenance à l'aide de traces matérielles, textes, paroles... De plus, d'autres facteurs, tels que la répétition, le rôle des émotions, peuvent influer sur l'évocation de souvenirs autobiographiques, et être de bons outils dans la prise en charge du patient.

1.2. Les interactions entre mémoire et langage

Les travaux de nombreux auteurs et notamment ceux de Baddeley (1986) sur la mémoire de travail, s'attachent à définir le rôle de la mémoire dans l'acquisition et le développement du langage.

Selon le Dictionnaire d'orthophonie, la mémoire de travail (MT) est un système à capacité limitée permettant le maintien temporaire de données pendant la réalisation d'une tâche cognitive. Le modèle de Baddeley nous apprend que la MT est composée d'un système de contrôle appelé administrateur central supervisant et coordonnant l'activité de deux sous-systèmes spécialisés, l'un dans le traitement verbal (la boucle phonologique), l'autre dans le traitement de l'information non-verbale (le calepin visuo-spatial).

Le lien entre mémoire de travail et langage est envisagé à plusieurs niveaux:

- **au niveau de la compétence articulatoire**

Il existerait, selon Baddeley, Thomson et Buchanan (1975), une relation entre la vitesse d'articulation et les performances mnésiques. Néanmoins, d'autres études vont dans le sens d'une absence de lien significatif (Gathercole, Adams et Hitch, 1994).

- **au niveau des compétences de parole**

Une des fonctions premières de la boucle phonologique serait de supporter le processus de développement du langage. (Baddeley, Gathercole, 1998 et Adams 1995). Selon Ellis (1979), les erreurs identifiées dans la production de la parole sont le reflet des imperfections de la boucle phonologique. D'autres études confirment l'hypothèse selon laquelle la boucle phonologique de la MT joue un rôle essentiel dans l'acquisition du vocabulaire. (Vallar & Papagno, 1993 ; Rondal, 1995.)

- **au niveau des compétences en expression**

Dans son modèle de production du langage, le psycholinguiste hollandais Levelt (1989) évoque l'intervention de la MT. Ce modèle de production est constitué d'un *conceptualisateur* qui crée les messages verbaux, d'un *formulateur*. Ce dernier est constitué de deux composants : l'encodeur grammatical et l'encodeur phonologique, le premier permettant de retrouver les formes morpho-syntaxiques et sémantiques dans le lexique et de générer des relations grammaticales, le second créant un « langage intérieur ». Le *formulateur* a accès à l'information lexicale et contribue à la mise en place de la prosodie de la phrase. L'*articulateur* exécute les plans phonétiques et engendre le langage oral articulé. Enfin, le *système de compréhension de la parole* permet au langage oral d'avoir accès au *conceptualisateur* et de ce fait permet au locuteur de moduler ses propres productions. Selon Levelt, la MT intervient au niveau du *conceptualisateur* : pour produire la parole, le locuteur

doit concevoir une intention, sélectionner les informations pertinentes à exprimer dans un but précis, organiser ces informations en vue de l'expression, garder une trace de ce qui a été dit précédemment et surtout, il doit pouvoir gérer sa propre production.

A partir de ce modèle de production, Gathercole et Baddeley (1993) justifient l'intervention de la MT au niveau de la production du langage. Selon eux, la mémoire de travail pourrait remplir deux rôles. Le premier serait celui d'une unité de stockage temporaire permettant la programmation efficace du langage. Le second rôle de la MT dans la production du langage consisterait à contribuer au traitement cognitif impliqué dans la production du langage. C'est l'administrateur central de la mémoire qui serait sollicité puisqu'il possède des capacités de programmation et d'intégration de l'information et qu'il permet d'avoir accès à des ressources de traitement.

- au niveau des compétences en compréhension

Les études sur le rôle de la mémoire de travail dans la compréhension sont nombreuses mais aucun accord unanime ne s'en dégage. Vallar et Baddeley (1989), tentent de lier boucle articulatoire et compréhension du langage, tandis que Carpenter et al., tentent d'établir un lien entre l'administrateur central du système de travail et la compréhension du langage.

En plus de la mémoire de travail, la mémoire à long terme, et plus précisément la mémoire sémantique joue également un rôle important. C'est là que sont stockées toutes nos représentations sémantiques, que sont organisées toutes nos connaissances.

1.3. Les atteintes de la mémoire selon les démences

Le mot «démence» regroupe une multitude d'affections dont la nature, la topographie des lésions cérébrales et les symptômes cliniques sont très différents. On peut donc parler des démences ou syndromes démentiels.

1.3.1. Maladie d'Alzheimer (MA)

Dans la MA, le trouble de la mémoire est en général le premier à apparaître et présente le principal motif de consultation. Selon Joanette et al. (2004), nous retrouvons les atteintes suivantes:

- La **mémoire épisodique** est précocement et massivement altérée. Les patients ont des difficultés dans les tâches de rappel ou de reconnaissance. Ces troubles de la mémoire épisodique peuvent être la conséquence de perturbations (problèmes attentionnels, troubles de la mémoire de travail,

difficultés d'accès à l'information sémantique...) pouvant affecter le processus d'encodage et de récupération.

- La **mémoire sémantique** est progressivement altérée. Ce déficit entraîne des difficultés dans les épreuves de dénomination, pour les associations mot/image ou les tâches de fluence verbale.
- La **mémoire procédurale** : les patients souffrant de la MA semblent présenter des capacités d'apprentissage procédural préservées quand cette acquisition ne met pas en jeu d'autres composantes cognitives altérées. L'apprentissage de procédures perceptivo-motrices ne semble pas être compromis.
- La **mémoire de travail** est fréquemment altérée. Les troubles se manifestent par une réduction des capacités d'empan numérique, verbal ou spatial. Les perturbations majeures de la mémoire de travail concernent plus l'administrateur central que les autres systèmes.

1.3.2. La démence à corps de Lewy (DCL)

Les dysfonctionnements sont davantage marqués dans les domaines attentionnels exécutifs et visuo-spatiaux et les troubles de la mémoire ne sont pas nécessairement les premiers signes observés comme dans la MA, néanmoins ils apparaissent au fur et à mesure que la maladie progresse. (McKeith, 2005)

- La **mémoire épisodique** : l'acquisition et la consolidation du souvenir restent relativement préservées. C'est la récupération spontanée des informations qui est surtout déficitaire.
- La **mémoire sémantique** : les patients ont en général une préservation du réseau sémantique. Néanmoins, une réduction de la fluidité verbale peut être observée.
- La **mémoire procédurale** : il y a une préservation des effets d'amorçage (sémantiques et perceptifs) et une perturbation des capacités d'acquisition et de rétention des informations en mémoire procédurale.
- La **mémoire de travail** est en règle générale affectée. Les patients ont des capacités d'empan numérique plus déficitaires que les patients MA. (Calderon, 2001)

1.3.3. La démence fronto-temporale (DFT)

De manière générale on ne décrit pas de troubles mnésiques au stade précoce de la DFT. Lorsqu'ils sont présents on peut observer que la mémoire de travail est la plus touchée (Gil,

2006). Selon Pasquier et al. (2001) en ce qui concerne la mémoire épisodique c'est le stade de la récupération qui est déficitaire. L'encodage et le stockage sont préservés. La mémoire sémantique n'est que peu touchée. (Gil, 2001)

Dans tous les cas les troubles de la mémoire restent au second plan par rapport aux troubles du comportement.

1.3.4. L'aphasie primaire progressive (APP)

Concernant la mémoire, selon David et al. (2007), elle est assez bien préservée que ce soit dans la forme fluente ou non fluente. La mémoire de travail est intacte, la mémoire à court terme est préservée. La mémoire épisodique est normale. La mémoire sémantique peut être atteinte dans les APP fluentes en modalité verbale uniquement, atteinte en partie expliquée par les troubles phasiques. Elle est préservée dans les APP non fluentes.

1.3.5. La démence vasculaire (DV)

Les démences vasculaires (DV) regroupent l'ensemble des états démentiels secondaires à des lésions cérébro-vasculaires. En fonction de l'atteinte on distingue les DV sous corticales et DV corticales. De façon générale l'atteinte mnésique est moins sévère que dans la MA. Au début, les troubles des fonctions exécutives sont généralement plus marqués que les troubles de mémoire et du langage mais cela est variable selon le type de démences vasculaires. Les troubles de mémoire épisodique sont caractérisés par des difficultés d'évocation et sont liés au dysfonctionnement frontal mais la mémoire épisodique serait moins affectée dans la DV que dans la MA. La reconnaissance est relativement épargnée. L'oubli en rappel différé est moins marqué que dans la maladie d'Alzheimer. La mémoire implicite verbale serait préservée alors que la mémoire procédurale serait plus altérée dans la démence vasculaire que dans la MA. La fluence verbale serait plus faible que dans la MA.

1.4. Les atteintes de la communication selon les démences

Les troubles de la mémoire évoqués précédemment, sont fréquemment accompagnés d'une détérioration des habiletés de communication. Les atteintes du langage suivent en général le processus dégénératif propre aux démences.

1.4.1. Maladie d' Alzheimer (MA)

Une caractéristique essentielle des troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer est leur hétérogénéité et leur variabilité. (Cardebat et al., 1995). En effet, le caractère hétérogène fait référence au fait que la nature des troubles diffère d'une personne à une autre, tandis que la variabilité renvoie à l'idée que l'ampleur de ces troubles du langage ne se manifeste pas forcément en permanence.

En général, toujours selon Cardebat et al., bien que les troubles du langage se traduisent différemment en fonction des personnes atteintes, un tableau général peut être dressé en fonction des stades d'évolution de la maladie.

Au stade initial de la maladie, le langage reste normal. A un stade plus avancé, la production orale spontanée est fluente mais incomplète. Selon Mendez et al. (2003) le patient présente :

- un manque du mot accompagné de circonlocutions (utilisation d'une phrase explicative pour remplacer un mot) ou de paraphasies lexicales sémantiques (remplacer un mot par d'autres mots de la même catégorie)
- une réduction de la fluence verbale avec l'utilisation de mots génériques ("animal" pour "chat") et "de mots valises" (truc, machin..)
- les incohérences dans son discours
- une articulation, une morphologie et une syntaxe généralement préservées. S'il y a des modifications syntaxiques, elles vont dans le sens d'une simplification de la forme grammaticale des phrases avec par exemple une réduction de la longueur des phrases.
- des difficultés dans la répétition de phrases.

La lecture est généralement préservée. Les troubles de la compréhension sont encore plus marqués que ceux de l'expression. La compréhension d'ordre simple est préservée, la compréhension des formes syntaxiques complexes est déficiente. La compréhension écrite est plus sévèrement atteinte que la compréhension orale.

1.4.2. La démence à corps de Lewy (DCL)

Les troubles du langage sont surtout caractérisés, du moins au début, par une difficulté d'accès au stock sémantique avec diminution de la fluence verbale. Les patients présentent:

- une dysarthrie hypokinétique qui se traduit par des troubles articulatoires, un débit verbal précipité et entrecoupé de pauses inhabituelles,

- des troubles de la dénomination mais nettement moins marqués que dans la MA
- une baisse de la complexité syntaxique du discours spontané, des phrases plus simples et plus courtes.
- des capacités de compréhension préservées

Selon Rousseau et al (2010) les patients atteints de la DCL du stade modéré à sévère présentent :

- une légère détérioration de la communication verbale due à la réduction des productions dans le discours et au manque du mot
- une syntaxe préservée
- une communication non verbale préservée, la mimogestualité exceptée.

1.4.3. La démence fronto-temporale (DFT)

Dans la DFT, c'est l'atteinte comportementale qui prédomine, les troubles du langage restent au second plan. Selon Robert et al (1999) au stade précoce les patients présentant une DFT peuvent parfois avoir de façon discrète : une réduction du discours ou une logorrhée, un manque du mot, un discours stéréotypé, des écholalies, des perséverations, des paraphasies sémantiques et visuelles... La compréhension est en général bien préservée.

1.4.4. L'aphasie primaire progressive (APP)

Selon Mesulam (2001) dans l'APP fluente le langage oral se caractérise par un discours fluide informatif, correct grammaticalement et syntaxiquement avec une articulation normale. On peut cependant noter un important manque du mot, présent dans les taches de dénomination. L'ébauche orale n'est d'aucune aide. La répétition peut être préservée ou altérée selon la localisation de la lésion. Les patients gardent longtemps une appétence au langage.

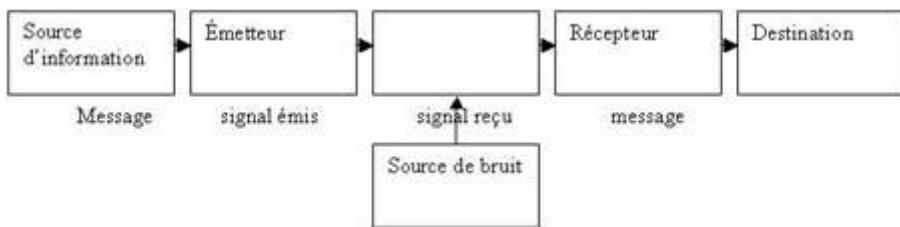
Selon David et al (2006) dans l'APP non fluente le discours oral spontané est hésitant, ralenti avec des pauses fréquentes du fait de la recherche lexicale. L'articulation est laborieuse. Des paraphasies phonémiques et sémantiques peuvent être présentes. Des troubles syntaxiques du type agrammatique peuvent exister. Il y a également une atteinte des transpositions orales (surtout la répétition et la lecture). La compréhension reste préservée un certain temps. Mais par la suite apparaissent des troubles de compréhension des phrases complexes alors que la compréhension lexicale est préservée.

1.4.5. La démence vasculaire (DV)

Dans les démences vasculaires, les tableaux cliniques diffèrent selon la localisation des lésions. Ainsi il n'est permis que de donner les grandes tendances de troubles du langage dans ces différentes affections. Les démences vasculaires liées à des lésions respectant les aires du langage n'ont donné lieu qu'à un nombre restreint de publications (Cardebat et al., 1991) Les troubles de la parole sont fréquemment retrouvés s'intégrant dans un syndrome pseudo-bulbaire. Ils consistent en une réduction de la complexité des phrases produites. Par opposition aux troubles observés dans la MA les perturbations lexico-sémantiques sont moins fréquentes. La dénomination est généralement préservée (Bayles et Tomoeda, 1983) et la baisse de la fluidité verbale est à rapprocher d'un ralentissement plus global dans l'ensemble du groupe des « démences sous corticales ».

2. Communication et phénomènes de groupe

Qu'est-ce que la communication? D'après le dictionnaire d'orthophonie, il s'agit de « tout moyen verbal ou non verbal, utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu ». La communication apparaît donc comme un acte assez simple. C'est en effet ce que montre le modèle proposé par Shannon et Weaver en 1948 qui fait de la communication un processus linéaire. Ce modèle reste réducteur puisqu'il restreint la communication à la transmission d'informations, il ne prend en compte ni la relation entre l'émetteur et le récepteur, ni le contexte.



Modèle de la communication de Shannon et Weaver

D'autres théoriciens vont quant à eux considérer la communication comme un processus circulaire et conférer un rôle à l'interlocuteur dans la situation de communication. Il s'agit de la notion de feed-back. Wiener en 1948 va mettre en évidence l'approche cybernétique d'un système qui considère que « tout effet régit sur sa cause ». Wiener définit ainsi deux types de feed-back : le feed-back positif, qui conduit à accentuer un phénomène et le feed-back négatif qui, au contraire conduit à maintenir la situation dans un état de stabilité.

En insérant cette notion de feed-back dans le champ de la communication, les chercheurs ont fait apparaître le processus bilatéral et circulaire de la communication. La situation de communication ne se réduit plus à une simple transmission d'informations, mais devient un espace où se déroule une interaction entre deux personnes. C'est suite à cette nouvelle conception de la communication que naît une nouvelle discipline : la pragmatique.

2.1. La pragmatique

Le terme de « pragmatique » est utilisé pour la première fois par le philosophe américain Charles Morris en 1938. La pragmatique est, selon cet auteur, une discipline étudiant la relation des signes à leurs interprètes. Cette science a beaucoup évolué et son objet d'étude s'est précisé. Elle s'intéresse notamment à la situation d'énonciation c'est-à-dire au contexte, au code et aux interlocuteurs. Elle tient également compte des intentions et des interprétations des partenaires de communication.

Dans le dictionnaire d'orthophonie, on retrouve deux dimensions dans la définition de la pragmatique : dans un sens restreint et purement linguistique, la pragmatique « étudie l'utilisation du langage dans le discours et les marques spécifiques qui, dans la langue attestent de sa vocation discursive ». Et dans un sens plus large, la pragmatique s'intéresse à ce qui se passe quand on emploie le langage pour communiquer, c'est-à-dire que d'une part, elle tente de décrire l'ensemble des paramètres linguistiques et extra-linguistiques qui influent sur les phénomènes de l'énonciation, qui modifient la façon dont l'énoncé est transmis, et d'autre part, elle étudie dans quelle mesure ces paramètres interviennent.

Quelques concepts-clefs de la pragmatique:

- **L'interaction** : les règles et les normes auxquelles est confrontée toute action effectuée par un sujet, induisent l'existence d'autres sujets, soumis à des règles identiques. L'action se développe dans un cadre social, dans un espace commun : elle se situe dans une interaction.
- **Le feed-back** : il s'agit d'une opération essentielle à la communication, qu'il soit verbal ou non verbal, il a pour fonction d'ajuster le discours et d'adapter les messages.
- **Le contexte** : Pour Sperber et Wilson (1989) le contexte se construit au cours de l'échange par les partenaires. Orecchiono (1996) précise que « le discours est une activité conditionnée par le contexte et transformative de

ce même contexte. Le contexte ne cesse de se redéfinir au fur et à mesure des événements conversationnels.»

2.2. La communication verbale

Le langage oral transmet des informations, il est porteur de sens et constitue un mode de communication essentiel dans la vie de tous les jours.

Ferdinand de Saussure³, linguiste suisse (1972) présente le langage comme un ensemble de signes, un système dans lequel chaque signe s'oppose aux autres. Il définit deux entités : le signifiant et le signifié. Le signifiant renvoie à l'image acoustique du mot et le signifié quant à lui renvoie à la représentation mentale du concept associé au signe. Le lien unifiant le signifiant et le signifié est arbitraire. Pour pouvoir utiliser le langage, il est nécessaire de mémoriser les signes linguistiques.

Roman Jakobson (1963) linguiste russe, attribue quant à lui six fonctions au langage:

- **la fonction référentielle** : le message est centré sur le sujet même du message, le référent. Le langage sert à décrire le monde : il s'agit d'une des fonctions primordiales du langage.
- **la fonction expressive** : le message est centré sur l'émetteur en tant que sujet. Les émotions de ce dernier transparaissent dans le message.
- **la fonction conative** : le message est centré sur le destinataire, le message peut faire naître certaines réactions chez l'interlocuteur. Il s'efforce d'influencer la pensée ou les actions du récepteur. Le message peut prendre la forme d'un ordre ou d'une demande.
- **la fonction métalinguistique** : le message est centré sur le langage. Le langage sert à parler de lui-même. Cette fonction s'intéresse au code. L'émetteur s'assure que lui et le récepteur utilisent le même code linguistique.
- **la fonction phatique** : le message cherche à établir le contact avec le récepteur et à le maintenir.
- **la fonction poétique** : le message est centré sur lui-même, sur sa forme esthétique, notamment dans l'agencement des sons et des mots.

Ces fonctions sont complémentaires, c'est pourquoi dans une interaction, un énoncé verbal peut revêtir plusieurs fonctions à la fois. De plus, derrière ces différentes fonctions du langage

³ In Cours de linguistique générale, 1916

se cache toujours une intention de communication. Austin, philosophe de la deuxième moitié du 20ème siècle montre dans ses travaux que la communication ne se décompose non pas en phrases mais en actes de langage, les actes désignant les actions mises en œuvre au travers des énoncés verbaux. Rousseau (2006) reprend cette théorie pour sa classification des actes de langage inspirée de la taxonomie de Dore. Pour sa grille d'analyse la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de COnnexion), Rousseau regroupe les actes de langage en différentes catégories:

- les **questions** : demandes d'information, d'action, de reconnaissance.
- les **réponses**, font suite et complètent les questions.
- les **descriptions**, sont des représentations de l'environnement qui nous entoure.
- les **affirmations**, de faits, de croyance ou d'émotions.
- les énoncés relevant des **mécanismes conversationnels**, qui sont des actes permettant d'établir, de maintenir ou de régir les relations interpersonnelles ou les conversations.
- les **actes performatifs** qui réalisent simultanément l'action énoncée par la parole.

Chaque catégorie d'actes de langage est détaillée et comporte plusieurs sous-catégories.

Toutefois, une analyse de la communication où seule la langue parlée est prise en compte est insuffisante. L'énoncé à lui seul ne reflète pas la complexité de ce qui se joue au cours de l'interaction. En effet, de nombreux éléments non-verbaux entrent en jeu.

2.3. La communication non-verbale

La dimension non verbale de la communication joue un rôle déterminant dans la relation. En effet la communication non-verbale concerne les gestes, les postures, les orientations du corps, les singularités somatiques, naturelles ou artificielles, les rapports de distance entre les individus (Corraze, 1980). Ce sont tous les signes non-verbaux qui renseignent sur l'état d'esprit du sujet, ses sentiments et sa volonté ou non de communiquer. Dans le cas où les signes verbaux et non verbaux sont discordants, la communication est altérée et le récepteur peut avoir des difficultés à interpréter le message de l'émetteur.

F. Coquet (2011) attribue une valeur communicative à certains signes non linguistiques notamment :

- les **expressions faciales, les mimiques et le regard** transmettent les états émotionnels, renseignent sur les dispositions affectives de l'autre et permettent de réguler l'échange. Regarder son interlocuteur indique que l'on s'adresse à lui mais également qu'on lui porte une attention particulière. Le type de relation qu'entretiennent deux interlocuteurs et le

contexte émotionnel sont souvent décelables selon la nature des regards échangés. Le regard est très expressif et peut laisser deviner les pensées et les sentiments dissimulés.

Le visage dans sa globalité, et plus particulièrement à travers ses mouvements, reflète également l'état d'esprit dans lequel se trouve le sujet. Les sentiments et les émotions s'expriment bien souvent dans les mimiques, toutefois ce n'est pas toujours chose aisée que de pouvoir déceler ces émotions par l'observation du visage. De plus, on interprète les mimiques d'autrui en fonction de nos propres affects.

- **les gestes** ont une valeur référentielle, expressive ou régulatrice. De nombreux mouvements du corps ou postures informent, tout comme les mimiques, sur l'état d'esprit du sujet. Il existe à la fois des gestes porteurs d'une signification comme le hochement de tête, le salut de la main. Mais les gestes peuvent également traduire un état de stress ou au contraire de détente du sujet. Au cours de l'interaction, tous ces éléments sont alors pris en compte par l'interlocuteur et influent sur l'interaction.

- **les postures** rendent compte des intentions d'accueil ou de rejet de l'autre. La place qu'occupe un individu par rapport à un autre ou à un groupe est porteuse de sens et influe sur la communication. Cette position témoigne de la nature effective ou recherchée de leurs relations. Plus l'espace entre deux sujets est restreint, plus leur relation est intime.

- **la voix** possède des composantes multiples, et chacune révèle un peu la personnalité du sujet, son milieu de vie... Le timbre par exemple est la composante qui caractérise le plus la voix d'un individu, c'est l'élément primordial dans la reconnaissance d'une voix. L'intensité et le débit quant à eux renseignent sur l'état d'esprit de l'individu. L'intonation remplit également un rôle important dans l'interaction. En effet, en fonction de l'intonation le sens d'un énoncé peut être totalement modifié.

En tant qu'outil pragmatique, la GECCO de Thierry Rousseau, permet également de relever les actes de langage non-verbal. En effet, lorsqu'ils remplacent un acte de langage, ils peuvent avoir différentes fonctions. Les actes non verbaux sont issus de la classification de Labourel (1981), elle-même inspirée de celle de Jakobson (1963), qui distingue différentes catégories selon leur fonction dans le processus de communication :

- référentiels : ces gestes accompagnent ou remplacent le discours verbal.
- communicationnels : ces gestes se rapportent à l'interaction entre les interlocuteurs. Ils sont dits émotifs quand le locuteur exprime quelque chose sur lui-même et conatifs quand le geste est destiné au récepteur.
- métalinguistiques : ce sont les gestes rythmant le discours et ceux exprimant un commentaire sur la production verbale.

- homéostatiques : ce sont les gestes d'ajustement du corps, des membres ou des vêtements. Ils n'ont pas de relation directe avec le contenu de la communication
- l'expression faciale, le regard et les silences sont également considérés comme des actes non-verbaux et sont pris en compte par la GECCO.

2.4. La communication dans un groupe

2.4.1. Définition

L'étymologie du mot groupe vient de l'italien "grosso" qui signifiait "nœud" et du terme germanique "krappa" qui caractérisait une masse arrondie. La signification du mot a petit à petit évolué jusqu'à sa signification actuelle : un ensemble de personnes. En 1968, Anzieu et Martin, psychanalystes français, considèrent le groupe comme «*un lieu simultanément ou alternativement investi d'espoirs et de menaces*.⁴» Ils différencient plusieurs types de groupes, en fonction de leur taille et de leur organisation: le groupe primaire, le groupe secondaire, la bande, le groupement et la foule. Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons uniquement aux notions concernant les deux premiers types de groupes. Ces deux catégories se rejoignent par le nombre restreint de leurs membres (moins de 20), de ce fait, ce sont des groupes dans lesquels les individus peuvent communiquer les uns avec les autres. Le groupe primaire ou naturel se caractérise par des relations affectives fortes entre les membres, par exemple, la famille et le groupe d'amis entrent dans cette catégorie. Le groupe secondaire quant à lui, est marqué par des relations beaucoup moins intimes et chaque inter-actant y tient un rôle défini par exemple dans les groupes de travail ou les séminaires.

2.4.2. La théorie de la « dynamique des groupes »

Kurt Lewin, psychologue américain d'origine allemande, définit le groupe par «*l'interdépendance entre ses membres*⁵». Il explique que des forces dynamiques interviennent dans le groupe au travers des interactions entre le sujet et son environnement mais également entre le sujet et les autres personnes composant le groupe. Ce phénomène engendre un certain équilibre. Quand l'équilibre est rompu, une tension s'installe chez l'individu, qui cherche à rétablir cet équilibre. A chaque groupe correspond un champ dynamique, des canaux de

⁴ In La dynamique des groupes restreints, Anzieu et Martin, 1979

⁵ In La dynamique des groupes restreints, Anzieu et Martin, 1979

communication et des frontières qui lui sont propres. Si l'on remanie l'une des principales composantes du groupe, c'est le groupe qui peut être modifié.

2.4.3. Le modèle de Riley et Riley

En 1953, les sociologues américains John et Matilda Riley incluent la notion d'environnement social dans leur modèle de communication. En effet, les sujets sont intégrés à des groupes primaires (familles, amis, communautés...) qui prennent eux-mêmes place dans une structure plus large (catégorie sociale, professions, ...) qui s'inscrit dans un système social global (une société). Ainsi, l'appartenance à un groupe et la société influent directement sur les façons de penser, de voir et d'agir des individus et donc sur leur communication avec autrui, qu'ils soient émetteurs ou récepteurs. L'appartenance à un groupe ou à une structure dirige la communication par les affinités, la hiérarchie, les valeurs ou les sentiments. La théorie de Riley et Riley prend également en compte le phénomène de feed-back, c'est-à-dire l'inter-influence qui peut se manifester lorsque deux personnes communiquent.

2.4.4. L'analyse de l'interaction

Robert F. Bales, sociologue américain, a tout comme Lewin analysé la dynamique de groupes. Dans les années 50, il observe des groupes de discussion et met au point un système d'analyse des processus d'interaction permettant de déterminer le rôle de chaque participant ainsi que son évolution. Cette grille d'analyse⁶ décompose les échanges possibles entre les participants en douze catégories regroupées en 3 zones: la zone socio-affective positive, la zone neutre de la tâche et la zone socio-affective négative. Grâce à l'utilisation de cet outil, Bales met en évidence six étapes par lesquelles passent les échanges : les phases d'information, d'évaluation, d'influence, de contrôle, de décision et d'intégration. Concernant les interactions dans le groupe, l'auteur constate que les individus qui produisent le plus de communication sont ceux à qui sont adressés le plus de messages. Il remarque également qu'avec l'augmentation du nombre de participants, se manifeste le phénomène du leadership c'est-à-dire la prédominance d'une personnalité.

Les différentes caractéristiques de la communication et des théories qui s'y attachent, illustrent bien la complexité de la notion de communication. La communication interpersonnelle ne se réduit pas à une transmission d'information linéaire. L'environnement, le caractère de chacun, la situation duelle ou de groupe ont une incidence sur les interactions.

⁶ Annexes 1 : Grille de Bales

Par conséquent, dans une situation où les capacités langagières et communicationnelles du sujet sont affectées, il est possible d'adapter nos propos et nos comportements à autrui pour favoriser les échanges pour créer un cadre propice à la communication verbale et non verbale. C'est ce que proposent les thérapies que nous allons présenter.

3. Quelques thérapies non médicamenteuses

Retarder l'évolution de la maladie, traiter les symptômes et préserver les capacités du patient sont les principaux objectifs du traitement des démences. Malheureusement, il n'existe aujourd'hui aucun traitement curatif pour ces maladies. Et bien qu'il existe des médicaments qui peuvent agir sur les troubles cognitifs et comportementaux spécifiques à la maladie d'Alzheimer, ils s'avèrent à eux seuls limités et ne présentent qu'une facette de la prise en charge. En effet, leur efficacité s'optimise dans une démarche de prise en charge globale. Prise en charge dans laquelle les thérapies non médicamenteuses et l'intégration des aidants sont essentielles. De ce fait, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes ... ont un rôle central aussi bien dans la rééducation cognitive que dans la prise en charge des troubles comportementaux.

L'objectif de ces approches n'est pas de restaurer une fonction, et le terme de thérapie ne renvoie pas à une notion de guérison. Néanmoins, ces soins, dans lesquels nous retrouvons des approches de type stimulations cognitives mais également des approches psychosociales ou encore comportementales, visent surtout le maintien et l'adaptation des fonctions de communication restantes.

L'orthophoniste, par le biais de différents ateliers, prise en charge individuelle ou prise en charge de groupe, aide les patients à conserver ou adapter le plus longtemps possible leurs capacités résiduelles de communication.

3.1. La thérapie écosystémique

Comme son nom l'indique, cette thérapie est à la fois écologique et systémique. Le patient est pris en charge dans son milieu naturel de vie mais aussi dans le système dans lequel il évolue.

L'objectif étant de déterminer le profil de communication du patient afin de s'y adapter, une évaluation écologique et pragmatique des capacités de communication à l'aide de la

GECCO⁷ est nécessaire au préalable, afin de mesurer la fréquence des actes adéquats et inadéquats dans son discours et ce qui favorise et/ou perturbe la communication du patient.

Toutes les modalités de cette thérapie s'unissent dans le but de permettre au patient « d'émettre des actes adéquats », non pas par leurs propres efforts mais pas l'intermédiaire de leurs proches, et des conditions favorisant cette adéquation. De cette façon, la thérapie écosystémique intervient sur les systèmes de vie du patient, en particulier « sur le micro-système familial ».

Thierry Rousseau, dans sa thérapie, associe deux types d'intervention:

- La première consiste en une approche cognitivo-comportementale : il s'agit d'offrir au patient, lors de séances individuelles, des situations, des contextes et des thèmes facilitateurs induisant des actes de langage adéquats « pour que leurs dégradations soit la plus lente possible ». Il place donc l'effort thérapeutique dans la valorisation de performances encore adéquates, puisque « compte tenu de l'irréversibilité de la dégradation, ce qui est perdu aujourd'hui l'est définitivement »⁸.
- La deuxième intervention est destinée à l'entourage familial et/ou professionnel du sujet. Les séances se déroulent avec le patient en présence de son entourage et ont pour objectif de susciter un mimétisme chez ces derniers. L'orthophoniste, suite aux éléments relevés dans la GECCO, montre aux proches comment « modifier leur propre comportement communicationnel pour s'adapter à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne ».

La thérapie écosystémique pourra donc être proposée aux patients déments lorsqu'une autre approche ne fonctionnera pas, ou mettra le patient en situation d'échec. En s'adaptant au malade et à ses difficultés elle pourra faciliter la communication de telle sorte que les patients se sentent à nouveau reconnus comme individus communicants. Cette thérapie pourra se prolonger tant qu'une forme de communication sera possible.

⁷ Annexes 2: Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication, Thierry Rousseau, 1998

⁸ Rousseau, In Démences, orthophonie et autres interventions, 2007

3.2. L'atelier de réminiscence

Le terme de réminiscence se définit comme un « souvenir incomplet, difficile à localiser : avoir de vagues réminiscences d'un événement » (Larousse). La thérapie par réminiscence s'adresse à des personnes démentes. Elle se base sur le refus d'une conception défaitiste des différentes pathologies démentielles et se centre sur le vécu du sujet atteint et de son entourage. **La mise en place d'un atelier de réminiscence a pour but la reconstitution du passé des personnes participantes et l'amélioration de leur qualité de vie et de leurs relations à autrui.**

En 1881, Théodule Ribot, philosophe français, propose une théorie appelée loi de régression, «en nous montrant comment la mémoire se désorganise, elle nous apprend comment elle est organisée⁹ ». En effet lors du vieillissement normal comme lors de pathologies touchant la mémoire, les souvenirs les plus récents étant moins solides que les souvenirs anciens, la dégradation suit l'ordre inverse de l'acquisition. Les souvenirs anciens, contrairement aux souvenirs récents, ont été fréquemment répétés, et c'est cette répétition qui assure une bonne organisation des souvenirs anciens. La répétition serait donc un facteur favorisant la pérennité des souvenirs. Des études ont également mis en avant le rôle déterminant des émotions dans la création d'un souvenir (Piolino, Desgranges et Eustache, 2000).

La thérapie de réminiscence peut avoir lieu en groupe ou en individuel. Elle consiste à présenter à des personnes âgées souffrant de démences neurodégénératives, différents supports multi sensoriels afin de provoquer chez elles l'accès à des souvenirs anciens et l'évocation de bribes du passé. Chaque séance comporte en général un thème. Les stimuli, en lien avec ce thème, prennent différentes formes : objets anciens, photographies, supports sonores, nourriture, senteurs et parfums... Le but étant de proposer des supports variés faisant appel à plusieurs sens pour favoriser l'émergence des souvenirs. Les ateliers de réminiscence visent à améliorer la qualité de vie des personnes démentes, c'est un cadre propice à la communication et à la socialisation.

Woods et al (2005), ont réalisé une revue de la littérature, regroupant quatre études contrôlées et randomisées, mesurant les effets de la thérapie par réminiscence. D'après les conclusions de cette revue, les thérapies par évocation du passé sembleraient avoir une efficacité sur la cognition mais essentiellement limitée à la mémoire autobiographique ainsi que sur la symptomatologie dépressive et les troubles du comportement des sujets. Les

⁹ In Nicolas, 2002

résultats de ces travaux sont encourageants et semblent témoigner de l'intérêt de la thérapie par réminiscence auprès de personnes atteintes de démences neurodégénératives.

3.3. L'espace multi sensoriel de type Snoezelen

Ce terme est hollandais et n'est pas un terme scientifique il a été fabriqué à partir de la contraction de deux mots : *doezelen* (somnoler) et *shuffelen* (renifler). Cette technique est issue de la création par deux psychologues hollandais Jan Hulsegge et Ad Verheul (1974) d'un concept alliant une approche philosophique de la personne dépendante et un principe de stimulations psychosensorielles. Leurs premières pensées étaient axées sur la volonté de trouver des activités pouvant être proposées aux personnes qui étaient dans l'impossibilité de communiquer verbalement ou physiquement leur univers psychique. Tout d'abord destiné aux personnes handicapées mentales de tous âges le Snoezelen s'est étendu à l'accompagnement des personnes dépendantes notamment celles souffrant de troubles relationnels quels qu'ils soient. Participer à l'activité Snoezelen s'inscrit dans les projets en soin individuel et on peut l'utiliser aujourd'hui pour soutenir les aidants familiaux et professionnels tant les séances procurent bien être et détente et fournissent des clefs nouvelles au niveau de la communication.

L'espace multi-sensoriel Snoezelen n'est donc, ni une méthode, ni une technique. C'est un environnement, un cadre dans lequel, à l'aide de matériels spécifiques et variés, les personnes accueillies vont être amenées, à leurs rythmes et dans un climat de confiance, à développer des expériences sensori-motrices et relationnelles. L'approche Snoezelen est une démarche d'accompagnement, un état d'esprit, un positionnement d'écoute et d'observation, basée sur des propositions de stimulation et d'exploration sensorielles, privilégiant la notion de « prendre soin ». Cet outil médiateur est centré sur la construction d'une sécurité psycho-corporelle, dans un cadre contenant et une relation individualisée. Le concept s'articule autour de trois dimensions :

- Des propositions d'expériences adaptées autour des différentes modalités sensorielles, visuelles, sonores, tactiles.
- Le respect de la personne et de ses rythmes en lui permettant d'être actrice dans une présence empathique et attentive de la part des soignants
- La proposition d'expériences autour du relâchement et de la réduction des tensions autorisant un mieux-être potentiel.

Le snoezelen arrive en France au courant des années 80, par l'est et le nord dans des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) pour adultes handicapés. Depuis le congrès sur le polyhandicap en 1992 les champs d'application se sont multipliés : enfants et adultes polyhandicapés ; enfants et adultes autistes et psychotiques ; personnes âgées démentes ; accompagnement de fin de vie ; éveil de coma...

D'après Martin et Adrien (2005) cette technique serait intéressante pour toutes les populations évoquées précédemment car elle contribuerait à améliorer le comportement et la qualité de vie globale de ces personnes.

En général, une séance se déroule de la façon suivante :

Avant : préparer le résident, lui expliquer ce qui va se passer dans cet espace multi-sensoriel.

Pendant : le patient est installé dans la salle Snoezelen là où bon lui semble (fauteuil, canapé, matelas à eau... en tenant compte de ses possibilités). Les différents supports / matériels (divers objets comme par exemple des balles en mousse, à picots...) sont présentés au patient. De la musique en fond sonore pour la détente et la relaxation, ainsi qu'un diffuseur d'arômes et un éclairage spécifique permettent de créer des ambiances, ce qui peut ramener des souvenirs. La colonne à bulle et les fibres optiques offrent une stimulation visuelle, une stimulation gustative peut éventuellement être proposée. Cet espace permet d'aborder chacun dans le respect, la dignité et de créer une relation de confiance et de communication. Le professionnel accompagnant prendra soin de noter les réactions du patient face à l'environnement proposé, aux objets, aux autres participants...

Après : Le thérapeute échange avec le patient autour de ce qui s'est passé dans la salle et le reconduit sur son lieu de vie

Les résultats de l'étude clinique du Dr Lehnart (2001) ont mis en évidence l'aspect bénéfique de cette approche sur les états dépressifs, les troubles du comportement, les problèmes d'appétit, les inhibitions... De plus la dimension relationnelle s'en trouverait également améliorée. Martin et Adrien (2005) quant eux observent des résultats variés mais qui semblent se réunir sur deux points. Il est constaté « une régulation sensorielle grâce à l'environnement Snoezelen » et « une relation entre les stimulations sensorielles et la réduction des comportements stéréotypés et des comportements inadaptés ».

PARTIE PRATIQUE

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

1. Problématique

Le mémoire d'Elisa Vauclare auquel notre travail fait suite s'est attaché à montrer l'intérêt de la mémoire culturelle régionale dans la prise en charge des patients présentant une DTA ou maladies apparentées. Il ressort de cette étude que la mémoire culturelle, du fait de son intrication avec la mémoire individuelle, semble pouvoir être le support d'activité de réminiscence. De plus, comme l'ont montré les résultats de ce précédent travail de recherche, elle favorise la volonté de communiquer et de partager avec autrui et ce, malgré les difficultés langagières et communicationnelles dues à la pathologie.

Suite à ce travail il semblait intéressant de poursuivre les recherches à savoir : étudier l'impact d'autres thèmes régionaux mis en évidence par le questionnaire d'Elisa et voir quels pouvaient être les apports d'un tel travail au sein d'une prise en charge collective. Nous pouvons de ce fait poser les questions suivantes :

Dans quelles mesures l'utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle régionale améliore-t-il la communication des patients, atteints de démence type Alzheimer ou maladies apparentées, au sein d'une prise en charge collective ?

Lors d'une prise en charge individuelle, l'utilisation d'un support sur la culture régionale différent de celui utilisé l'an passé favorise-t-il la communication de patients déments de la même façon ?

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse générale

Au vu des données exposées précédemment et des résultats présentés par le travail d'Elisa nous pouvons poser l'hypothèse suivante :

Lors d'un entretien qu'il soit individuel ou collectif, la communication est favorisée par l'utilisation d'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale.

2.2. Hypothèses opérationnelles

- Lors d'une prise en charge individuelle ou collective, un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale renforce l'envie de communiquer ce qui se traduit par la production de plus d'actes de langage adéquats que lorsque le thème de discussion ne stimule pas cette mémoire.
- Lors d'une prise en charge individuelle ou collective, l'utilisation d'un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale atténue les difficultés de communication du patient ce qui se traduit par une amélioration qualitative des actes de langage. C'est-à-dire la production de plus d'actes de langage adéquats que lorsque le thème de discussion ne stimule pas cette mémoire.
- Lors d'une prise en charge individuelle ou collective, la communication autour d'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale favorise l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs chez les patients atteints de DTA et maladies apparentées.
- Lors d'une prise en charge collective, un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale favorise les interactions entre les membres du groupe.

METHODOLOGIE

1 Explication du projet

Ce travail fait suite à un projet entamé l'an passé, en partenariat avec le Centre Paul Spillmann de Nancy. En effet, l'Unité Cognitivo-Comportementale dispose d'un jardin thérapeutique (Jardin de l'Horloge « art, mémoire et vie ») servant de support à des activités de réhabilitation cognitive pour les résidents de ce service. Dans le cadre d'un projet d'aménagement du jardin il est prévu que des panneaux, illustrant les références culturelles et sociales des patients lorrains, soient exposés tout au long de l'année pour stimuler la mémoire collective et culturelle ainsi que pour servir de support à des ateliers thérapeutiques de réminiscence et de communication.

Un premier travail de recherche s'inscrivant dans ce projet a donc été effectué l'an passé. Il a permis de mettre en évidence, par le biais d'un questionnaire, les thèmes les plus pertinents pouvant être utilisés pour la conception des panneaux. Ce travail s'est également penché sur l'impact d'un thème de discussion stimulant la mémoire culturelle régionale sur les capacités de communication de patients atteints de DTA ou maladies apparentées, en comparant deux panneaux : l'un stimulant la mémoire culturelle régionale, l'autre non.

Au départ, la suite de ce travail devait consister en un premier temps en la création de plusieurs panneaux à partir des thèmes convenus dans le mémoire précédent. Puis dans un deuxième temps, de les utiliser en groupe, pour voir l'impact qu'ils pouvaient avoir sur la communication et les interactions des patients atteints de démence type Alzheimer ou de maladies apparentées.

Finalement, pour augmenter la population d'étude initiale et corroborer les résultats de la précédente recherche nous avons, dans un premier temps, décidé de retester un nouveau couple de panneaux lors d'entretiens individuels. Puis dans un second temps, nous avons utilisé les panneaux lors d'entretiens collectifs, afin d'étudier les interactions entre les différents membres du groupe et ce, en fonction du thème de communication utilisé.

2 Population

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients

Pour plus de cohérence, nous avons tenté de conserver au maximum des critères similaires avec le mémoire précédent. Néanmoins, nous avons dû travailler avec les patients présents au Centre Spillmann sur la période de nos expérimentations. La population que nous avons retenue pour cette étude était, de ce fait, composée de patients sélectionnés selon les critères suivants:

- atteints de démence type Alzheimer ou de maladies apparentées (démence mixte, démence à corps de Lewy, démence fronto-temporale...)
- ayant un score au Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein compris entre 25 et 4. Nous avons donc constitué 3 catégories selon leur stade de démences : léger (scores compris entre 25 et 20), modéré (scores compris entre 19 et 10) et sévère (scores compris entre 9 et 3), l'évaluation datant de moins de 3 mois.
- présentant, dans la mesure du possible, pas ou peu de troubles gnosiques (évalués à l'aide du test de Dénomination Orale d'images 30 items [DO 30] datant de moins de 3 mois) bien qu'il soit difficile de démontrer la pertinence de ce critère.

Comme l'an passé, nous avons exclu de notre population d'étude :

- Les patients ayant une maîtrise approximative du français.
- Les patients présentant des troubles de la personnalité.
- Les patients présentant d'importants troubles sensoriels.

2.4. Présentation des patients

Patient	Age (en année)	Diagnostic	MMSE	DO 30	Date entretien sur Stanislas	Date entretien sur Victoria
Entretiens individuels						
Mme De	84	Maladie à corps de Lewy	20/30	9/30	13/11/12	19/11/12
Mme G	77	Démence mixte	16/30	18/30	13/11/12	19/11/12
Mme Da	79	Syndrome démentiel	17/30	19/30	19/11/12	20/11/12
Mme T	86	Maladie d'Alzheimer	18/30	22/30	10/12/12	20/11/12
M. Cha	70	Démence fronto-temporale	24/30	30/30	10/12/12	4/12/12
M. Che	86	Démence à corps de Lewy	23/30	25/30	10/12/12	4/12/12
M. F	84	Démence mixte	9/30	22/30	10/12/12	17/12/12
Mme P	88	Maladie d'Alzheimer	15/29	16/30	17/12/12	10/12/12
Moyenne	82 (σ = 6)		18/30 (σ = 4,7)	20/30 (σ = 6)		

Entretiens collectifs						
Groupe 1						
Mme Ma	86	Maladie d'Alzheimer	12/30	22/30	12/02/13	11/02/13
M. S	87	Démence mixte	12/30	25/30	12/02/13	11/02/13
M. P	71	Maladie d'Alzheimer	4/30	16/30	12/02/13	11/02/13
Mme S	90	Démence sénile	8/30	4/30	12/02/13	11/02/13
Moyenne	83 (σ = 8,5)		9/30 (σ = 3,8)	16/30 (σ = 9)		
Groupe 2						
Mme D	82	Démence d'origine cortico-sous-corticale	16/30	24/30	4/03/13	5/03/13
Mme DS	82	Troubles cognitifs associés à des hallucinations visuelles et auditives	20/24	18/30	4/03/13	5/03/13
Mme Ch	63	Maladie d'Alzheimer	14/30	23/30	4/03/13	5/03/13
Mme Di	79	Démence à corps de Lewy	6/30	18/30	4/03/13	5/03/13
M. C	77	Démence mixte	6/30	6/30	5/03/13	5/03/13
Moyenne	76 (σ = 8)		12/30 (σ = 6)	18/30 (σ = 7)		

3. Démarche expérimentale

Nous avons rencontré les patients lors de leur hospitalisation au Centre Spillmann à Nancy. Nos expérimentations se sont déroulées en deux temps de la façon suivante :

- de novembre à décembre 2012, nous avons fait passer les entretiens individuels, afin de tester un nouveau thème stimulant la mémoire culturelle régionale et de corroborer les résultats du mémoire précédent.
- de février à mars 2013, nous avons effectué les prises en charge collectives, afin d'étudier le discours et les interactions des patients au sein d'un groupe en fonction du thème de communication.

Chaque patient et chaque groupe de patients ont été vus à deux reprises.

Chaque entretien qu'il ait été individuel ou collectif a été précédé d'une prise de contact avec les familles des patients (par téléphone et courrier) afin de leur expliquer le projet et d'obtenir leur consentement quant à la participation de leur proche à cette étude.

3.1. Thèmes des entretiens

Chaque entretien a été organisé autour d'un thème : l'un stimulant la mémoire culturelle lorraine, l'autre pas. Pour élaborer nos panneaux, nous avons adopté un thème stimulant la mémoire culturelle lorraine parmi ceux mis en évidence par le questionnaire d'Elisa Vauclare. Le thème de Stanislas étant le plus cité dans la catégorie « personnages célèbres » du questionnaire (cité par 36% de la population interviewée) a été retenu. Celui de la reine Victoria d'Angleterre a été choisi comme thème contrôle ne stimulant pas la mémoire culturelle lorraine.

3.2. Support des entretiens

Toujours pour être en accord avec le projet initial d'aménagement du jardin et avec le travail de recherche précédent le nôtre, nous avons opté pour un support prenant la forme d'un panneau aux dimensions approximatives de 50*70 centimètres. Nous avons également veillé à ce que nos supports¹⁰ soient sensiblement les mêmes que les panneaux déjà créés. A savoir, des éléments ayant la même taille et disposés de la même manière afin d'éviter au maximum les biais pouvant être liés au matériel.

¹⁰ Annexes 3 : maquettes de panneaux utilisés

Composition du panneau sur le thème de Stanislas :

- Un portrait de Stanislas accompagné d'une petite biographie.
- Une photographie de la place Stanislas de Nancy, accompagnée de la légende suivante : « La place Stanislas, à Nancy ».
- Un texte rapportant l'anecdote de la création des madeleines de Commercy accompagné d'une photographie de ces dernières.

Composition du panneau sur le thème de la reine Victoria :

- Une photographie en noir et blanc de la reine Victoria accompagnée d'une courte biographie.
- Un texte rapportant l'anecdote du premier timbre-poste au monde ainsi qu'une photographie de celui-ci.

Lors de nos entretiens de groupe nous avons également utilisé les panneaux confectionnés par Elisa, l'an passé.

Composition du panneau sur le thème de la Saint-Nicolas :

- Un texte narrant la légende de Saint-Nicolas.
- Une image d'Epinal représentant Saint-Nicolas ressuscitant les trois petits enfants, accompagnée de la légende suivante : « Image d'Epinal ».
- Une photographie en noir et blanc prise lors d'un défilé de Saint-Nicolas des années 1962, accompagnée de la légende « Défilé de la Saint-Nicolas dans les années 1960 : Saint-Nicolas et le Père Fouettard ».

Composition du panneau sur le thème de Venise :

- Un texte présentant la ville de Venise.
- Deux photographies accompagnées de leur légende : l'une représentant une gondole sur le grand Canal, l'autre représentant deux personnes déguisées à l'occasion du carnaval de Venise.

3.3. Déroulement des entretiens

Lors de nos entretiens, nous avons utilisé une trame d'entretien semi-dirigé¹¹ s'inspirant largement de celle utilisée l'an passé. Cette trame s'articule autour de trois parties : l'accueil, le corps de l'entretien et les remerciements. Pour obtenir des échantillons de conversations

¹¹ Annexes 4 : Trame des entrevues

variés nous avons utilisé, dans cette trame, des questions à la fois ouvertes, fermées et rhétoriques. De cette façon nous avons pu guider les échanges, tout en laissant libre court à l'évocation de leurs émotions, sentiments et souvenirs.

Les entretiens ont été filmés pour pouvoir retranscrire avec précision tous les actes verbaux et non-verbaux des patients.

3.4. Cadre spatio-temporel

Les entretiens ont eu lieu, en fonction des patients, soit dans leur chambre soit dans la salle d'activité du Centre Spillmann. Toujours en suivant le protocole de recherche mis en place l'an passé, nous avons réalisé les deux entretiens en les séparant d'au moins une journée. De plus, pour minimiser l'effet d'ordre de présentation, nous avons présenté en première intention de façon aléatoire le panneau contrôle ou le panneau test. La durée des entretiens n'a pas été fixée à l'avance pour laisser la possibilité aux patients de s'exprimer autant qu'ils le souhaitaient. Le temps d'un entretien a été très variable, entre 5 et 25 min environ.

4. Mode de traitements des données

Afin de répondre à nos hypothèses, nous allons présenter et analyser les données recueillies lors de notre expérimentation. Nous traiterons les données en utilisant les outils décrits ci-après.

4.1. Outil d'analyse de la communication des patients : la GECCO

Pour analyser les capacités de communication de nos patients, nous avons utilisé la GECCO de Thierry Rousseau. Il s'agit d'un outil permettant de dresser un profil de la communication des patients en déterminant quels types d'actes de langage il utilise encore de manière adéquate ou au contraire de manière non-adéquate, quels thèmes de discussion favorisent ou non sa communication. Nous nous sommes particulièrement intéressés à ce dernier point. En effet nous avons utilisé la GECCO afin de voir si la communication était améliorée dans une discussion stimulant la mémoire culturelle régionale en comparaison à une autre situation ne stimulant pas cette mémoire.

Nous avons donc observé la communication des patients à deux reprises, lors d'entretiens semi-dirigés non limités dans le temps. Cette observation nous a permis de réaliser une analyse quantitative et qualitative des conversations et d'observer le thème de communication sur lequel les patients avaient le plus de choses à dire. Chaque entretien a été filmé et retranscrit dans sa totalité. Ainsi nous avons obtenu pour chaque patient et pour chaque groupe deux grilles, l'une analysant la communication autour d'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale, la seconde analysant la communication autour d'un thème ne stimulant pas ce type de mémoire¹².

4.2. Schéma des interactions

Il a été difficile d'évaluer les interactions au sein de nos différents groupes, car nous n'avons pas trouvé d'outils appropriés. Pour avoir une visualisation rapide des séances collectives, nous avons donc décidé d'élaborer un schéma topographique avec pictogrammes, inspiré d'un article issu de l'ouvrage « Ergothérapie en gériatrie » de Eric Trouvé aux éditions Solal, en complément des grilles générées par la GECCO.

Ces schémas reprennent le placement de chacun autour de la table, les différents échanges verbaux que les patients ont eu les uns avec les autres. De plus, un compte rendu rapide est effectué sur la dynamique du groupe et la participation de chaque membre.

5. Précautions méthodologiques

Afin d'éviter les biais méthodologiques il est important de prendre en compte certaines difficultés rencontrées lors du déroulement de la partie pratique. Nous envisageons qu'il sera possible de rencontrer des difficultés lors du déroulement de la partie pratique :

- Certains passages des enregistrements sont inaudibles pour cause de bruits parasites ou de superpositions de voix.
- La caméra étant fixe, le champ n'est pas toujours le plus adéquat. Or le non verbal (gestes et mimiques) peut influencer ou nuancer une interprétation.
- Les signes cliniques des démences peuvent varier d'un individu à l'autre.
- L'interprétation subjective de l'analyse des actes de langage (leur adéquation, leurs qualifications...)

¹² Annexes 5 : transcriptions et analyses des entretiens et grilles GECCO

- Lors des entretiens de groupe, un changement de dernière minute a dû être effectué pour raison médicale au sein de notre population, ce qui a malheureusement entraîné la modification de la composition d'un groupe.
- La composition fluctuante des groupes (le nombre de patients dans chaque sous-groupe de sévérité de démence n'étant pas équivalent).
- Le faible nombre d'expérimentations ne permettant pas de tirer des conclusions scientifiques.

Voici autant d'aspects qui devront être pris en compte afin d'éviter les biais méthodologiques.

PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

A partir des grilles obtenues par la GECCO, nous avons effectué les analyses des productions de chaque patient et de chaque groupe de patients en fonction du thème de communication. Nous avons également effectué des comparaisons en fonction du stade d'évolution de la démence et en fonction du sexe des patients.

1. Analyse quantitative de la communication selon le thème de l'entretien.

1.1. Entretiens individuels

1.1.1. Analyse de l'ensemble des patients

Patients	Nombre total d'actes de langage produits sur le thème de Stanislas	Nombre total d'actes de langage produits sur le thème de Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre Stanislas et Victoria
Démence modérée-sévère			
M. F	151	50	+202 %
Démence légère-modérée			
Mme De	122	93	+31 %
Mme G	119	68	+75 %
Mme Da	82	35	+134 %
Mme T	96	41	+134 %
M. Cha	153	33	+364 %
M. Che	238	59	+303 %
Mme P	121	71	+70 %
Moyenne	135 ($\sigma = 48$)	56 ($\sigma = 21$)	+164 %

Tableau 1 : Nombre d'actes de langage produits par patient en fonction du thème de communication

Nous pouvons remarquer que tous les patients ont produit davantage d'actes de langage sur Stanislas que sur la reine Victoria. Ils ont produit en moyenne 164% d'actes de langage en

plus sur le thème de Stanislas. Ce pourcentage élevé démontrerait l'efficacité d'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale.

Afin de comparer les distributions pour les deux échantillons appariés de notre étude, nous avons utilisé le test de Wilcoxon. Il s'agit d'un test non-paramétrique adapté aux échantillons de faible taille. Le seuil de significativité retenu est à $\alpha = 0.05$.

La p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est inférieure au seuil choisi ($p = 0.014 < 0.05$). **Nous pouvons donc conclure que les distributions des deux échantillons sont différentes c'est-à-dire qu'il y a une différence significative entre le nombre d'actes produits par nos 8 patients** (à savoir respectivement 135 sur le thème de Stanislas et 56 sur le thème de Victoria). Les écarts-types modérés ($\sigma = 48$ pour Stanislas et $\sigma = 21$ pour Victoria) nous montrent qu'il n'y a pas de trop grandes différences interindividuelles dans le nombre d'actes de langage produits. Néanmoins, à cause de la faible taille de l'échantillon, il faut être vigilant aux conclusions que l'on peut tirer, bien que ces résultats aillent dans le sens de notre hypothèse.

1.1.2. Analyse en fonction du stade de démence

Patients	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Stanislas	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre Stanislas et Victoria
Démence légère-modérée	130 ($\sigma = 55$)	61 ($\sigma = 21$)	+113 %
Démence modérée-sévère	151	50	+202 %

Tableau 2 : Nombre d'actes de langage produits selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Afin de rendre notre étude comparable à celle menée l'an passé, nous avons répartis les patients dans des sous-groupes respectant les mêmes critères à savoir: le sous-groupe « démence légère-modérée » comprenant les patients dont le MMSE est compris entre 25 et 16 et le sous-groupe « démence modérée-sévère » comprenant ceux ayant un score au MMSE entre 15 et 7. Cependant avec une telle répartition un seul sujet se retrouve dans la population « démence modérée-sévère », de ce fait les calculs de la moyenne, de l'écart-type et de la p-value n'ont pas été possible pour ce groupe. **Nous pouvons néanmoins constater que, quel que soit le stade de démence les patients ont généralement produits plus d'actes de langage sur le thème de Stanislas que sur celui de Victoria.**

Malgré le manque de données brutes, nous avons tout de même pu appliquer le test de Wilcoxon au sous-groupe «démence légère-modérée» afin de comparer les distributions obtenues en fonction de nos thèmes. Le seuil de significativité retenu est à $\alpha = 0.05$.

La p-value calculée est inférieure au seuil choisi ($p= 0.022 < 0.05$). **Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre le nombre d'actes produits dans chacune des deux situations** à savoir d'une part l'utilisation du panneau sur Stanislas, d'autre part celui sur la reine Victoria.

1.1.3. Analyse en fonction du sexe des patients

Patients	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Stanislas	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre Stanislas et Victoria
Femmes	108 ($\sigma = 18$)	62 ($\sigma = 24$)	+74%
Hommes	180 ($\sigma = 50$)	47 ($\sigma = 13$)	+283%

Tableau 3 : Nombre moyen d'actes de langage produits selon le sexe des patients en fonction du thème de communication

Ces résultats nous montrent que les hommes ont produit en moyenne plus d'actes de langage que les femmes mais, cette différence n'est pas très significative. De plus, il faut prendre ces résultats avec précaution puisque les groupes n'étaient pas équivalents (seulement 3 hommes pour 5 femmes). Nous pouvons tout de même noter que l'augmentation du nombre d'actes de langage sur le thème de Stanislas chez les hommes est très importante (+283%) ce qui montre leur envie de partager davantage sur ce thème-là.

1.2. Entretiens collectifs

1.2.1. Analyse de l'ensemble des patients

Groupe 1			
Patients	Nombre total d'actes de langage produits sur le thème de Stanislas	Nombre total d'actes de langage produits sur le thème de Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre Stanislas et Victoria
Démence très sévère			
M. P	38	9	+322%
Démence modérée-sévère			
Mme Ma	103	45	+129%
M. S	34	28	+21%
Mme S	58	12	+383%
Total groupe	233	94	+148%
Moyenne	58 ($\sigma = 32$)	24 ($\sigma = 17$)	+214%

Groupe 2			
Patients	Thème de St-Nicolas	Thème de Venise	St-Nicolas et Venise
Démence très sévère			
M. C	[6]	8	-25%
Mme Di	47	49	-4%
Démence modérée-sévère			
Mme Ch	11	7	+57%
Démence légère-modérée			
Mme D	65	22	+195%
Mme DS	86	X	X
Total groupe	209	86	+150%
Moyenne	52 ($\sigma = 32$)	22 ($\sigma = 20$)	+56%

Tableau 4 : Nombre d'actes de langage produits par groupe de patient en fonction du thème de communication

Au vu des différents scores au MMSE, nous avons également ajouté une catégorie « démence très sévère » dans laquelle se trouvent les scores inférieurs à 7.

La composition du groupe 2 a dû être modifiée d'un entretien à l'autre. En effet, Mme DS ne pouvant être présente pour la seconde entrevue nous l'avons remplacée par M.C. C'est pour cette raison que le nombre d'actes de langage produits par M.C sur le thème de St-Nicolas apparaît entre crochets dans le tableau, cette valeur n'ayant pas été prise en compte dans le

calcul de la moyenne. Toutefois nous avons pris soin de montrer ultérieurement le second panneau à M.C.

Concernant les résultats, nous pouvons constater que toutes les personnes du groupe 1 produisent plus d'actes de langage sur le thème de Stanislas que sur celui de Victoria.

Pour ce groupe, la p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est supérieure au seuil de signification choisi ($p=0.100 > 0.05$). **Il nous est donc impossible de conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage produits dans chacune des deux conditions par ces patients.** Ceci est très probablement lié à la taille réduite de notre échantillon ainsi qu'aux importantes différences interindividuelles, comme le montrent les forts écarts-types. Ces différences interindividuelles existent également pour le groupe 2 et ce quel que soit le thème, comme nous le soulignent à nouveau des écarts-types très élevés.

Contrairement au premier groupe, le second obtient de moins bons résultats. En effet, deux patients ont produit légèrement plus d'actes de langage sur le thème de Victoria que sur celui de Stanislas.

1.2.2. Analyse en fonction du stade de démence

Groupe 1			
Patients	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Stanislas	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre Stanislas et Victoria
Démence modérée-sévère	65 ($\sigma = 35$)	28 ($\sigma = 16$)	+132 %
Démence très sévère	38	9	+322 %

Tableau 5 : Nombre d'actes de langage produits au sein du groupe 1 selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Nous avons appliqué le test de Wilcoxon au groupe «démence modérée-sévère» afin de comparer les distributions obtenues en fonction de nos thèmes. Le seuil de significativité retenu est à $\alpha = 0.05$.

La p-value calculée est supérieure au seuil choisi ($p= 0.181 > 0.05$). **Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative entre le nombre d'actes produits dans chacune des deux situations** à savoir d'une part l'utilisation du panneau sur Stanislas, d'autre part celui sur la reine Victoria. Avec une telle répartition un seul sujet se retrouve dans la

population « démence très sévère » de ce fait les calculs de la moyenne, de l'écart-type et de la p-value n'ont pas été possible pour ce groupe. **Nous pouvons néanmoins constater que, quel que soit le stade de démence les patients ont généralement produits plus d'actes de langage sur le thème de Stanislas que sur celui de Victoria.**

Groupe 2			
Patients	Nombre moyen d'actes de langage produits sur St-Nicolas	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Venise	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre St-Nicolas et Venise
Démence légère-modérée	75 ($\sigma = 15$)	22	+240%
Démence modérée-sévère	11	7	+57%
Démence très sévère	47	28 ($\sigma = 29$)	+67%

Tableau 6 : Nombre d'actes de langage produits au sein du groupe 2 selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Compte-tenu de la composition fluctuante de notre groupe 2, les données ont été quelque peu difficiles à analyser. De ce fait, les résultats sont à prendre avec précaution. C'est également pour cette raison que les calculs de la moyenne, de l'écart-type et de la p-value n'ont été que partiellement possibles pour ce groupe. **Nous pouvons néanmoins constater, grâce au pourcentage de variation, que les patients ont produits plus d'actes de langage sur le thème de St-Nicolas que sur celui de Venise, quelque soit le stade de démence.** Néanmoins il est important de rappeler que le sous-groupe « démence très sévère » n'était composé que d'un seul patient lors de la présentation du panneau St-Nicolas et de deux patients pour le panneau Venise. Et si toutefois nous ajoutions les actes produits par M.C, le pourcentage de variation deviendrait négatif (-7%).

1.2.3. Analyse selon le sexe des patients

Groupe 1			
Patients	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Stanislas	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre Stanislas et Victoria
Femmes	80 ($\sigma = 31$)	28 ($\sigma = 23$)	+186%
Hommes	36 ($\sigma = 3$)	18 ($\sigma = 13$)	+100%

Groupe 2			
Patients	Nombre moyen d'actes de langage produits sur St-Nicolas	Nombre moyen d'actes de langage produits sur Venise	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre St-Nicolas et Venise
Femmes	52 ($\sigma = 32$)	26 ($\sigma = 21$)	+100%
Hommes	X	8	X

Tableau 7 : Nombre moyen d'actes de langage produits au sein de chaque groupe selon le sexe des patients en fonction du thème de communication

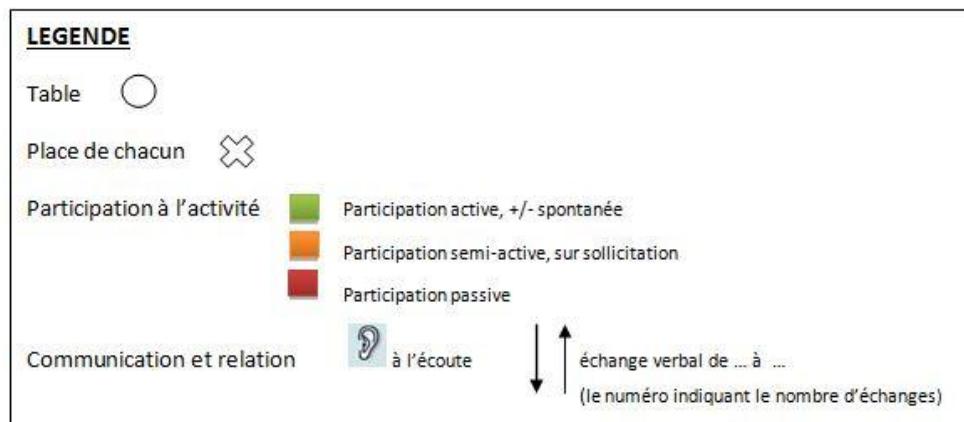
Les résultats nous montrent que dans le groupe 1, les femmes ont produit en moyenne plus d'actes de langage que les hommes. **L'augmentation du nombre d'actes de langage sur le thème de Stanislas nous montrent que, chez les femmes comme chez les hommes, l'envie de partager des informations sur ce thème est plus importante (respectivement +186% et +100%) que sur le thème de Victoria.**

En revanche, concernant le groupe 2, il nous est, pour les raisons déjà évoquées, à nouveau difficile de traiter les données. En effet, lors de la première entrevue le groupe était uniquement composé de femmes tandis que pour la deuxième, l'une des patientes avait été remplacée par un homme. Mais **nous pouvons tout de même noter une augmentation du nombre d'actes de langage sur le thème de St-Nicolas chez les femmes.**

1.2.4. Schémas des interactions au sein du groupe

Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre « mode de traitement des données », pour avoir un aperçu rapide des interactions au sein du groupe, nous avons réalisé un schéma reprenant le placement des patients, les différents échanges des uns avec les autres ainsi qu'un indice de la participation de chacun.

Pour davantage de lisibilité, nous nous sommes limités aux échanges verbaux entre les patients. Pour ce qui est des interactions avec les observateurs, elles sont plus nombreuses certes, puisque le patient est directement sollicité par ces derniers, mais ne font pas l'objet de la présente analyse. Elles restent néanmoins visibles dans les transcriptions des différents entretiens consultables en annexes.



Légende des différents schémas

1.2.4.1. Les interactions au sein du groupe 1 en fonction du thème de communication

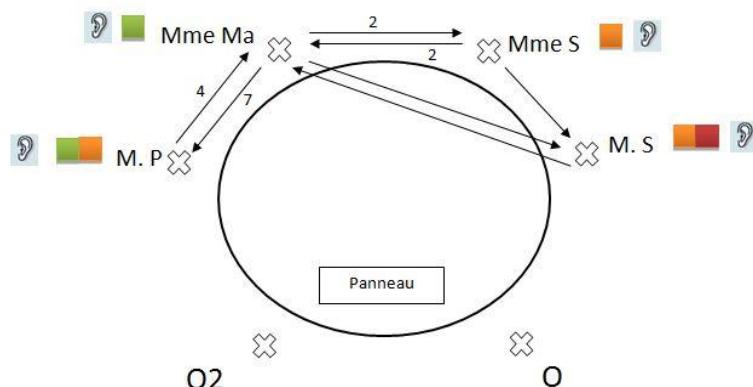


Schéma représentant les interactions au sein du groupe 1 lors de l'entretien sur le thème de Stanislas

Lors de l'entretien sur le thème de Stanislas, il y a eu 233 actes de langage au total. Comme le montre le schéma ci-dessus, plusieurs échanges ont eu lieu entre les patients (18 interactions au total soit 7.7% des actes de langage) surtout entre M.P et Mme Ma (11 échanges soit 4.7% des actes de langage). Tous les patients étaient à l'écoute les uns des autres et respectaient la prise de parole de chacun, bien que M.S était un peu moins présent.

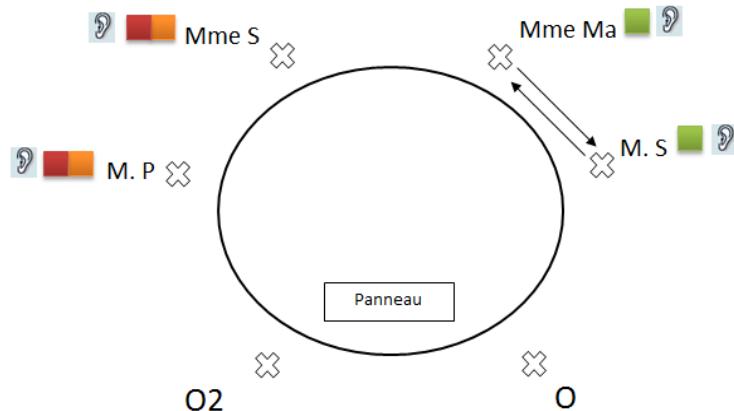


Schéma représentant les interactions au sein du groupe 1 lors de l'entretien sur le thème de Victoria

Lors de l'entretien sur le thème de Victoria, il y a eu 94 actes de langage au total. Seul deux échanges ont eu lieu entre les patients (soit environ 2% des actes de langage). Par rapport à l'entretien sur Stanislas, il y a eu bien moins d'échanges et les membres du groupe étaient moins actif : Mme S. était très en retrait tout comme M.P.

Nombre d'interaction lors de l'utilisation du thème sur Stanislas	Nombre d'interaction lors de l'utilisation du thème sur Victoria	Pourcentage de variation du nombre d'interaction produites entre Stanislas et Victoria
18	2	+800%

Tableau 8 : Nombre d'interactions produites au sein du groupe 1 en fonction du thème de communication

Nous pouvons constater une augmentation du nombre d'interactions sur le thème stimulant la mémoire culturelle régionale. Mais, de façon générale, quel que soit le thème il n'y a que peu d'échanges spontanés par rapport à la totalité des actes de langage, et l'observateur doit initier la conversation et solliciter chacun à participer.

1.2.4.2. Les interactions au sein du groupe 2 en fonction du thème de communication

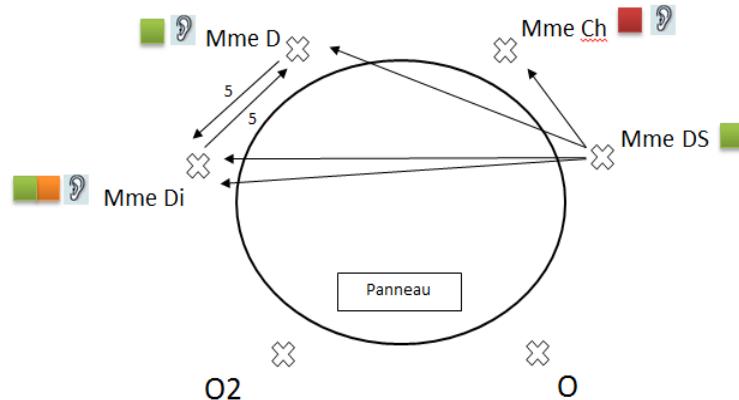


Schéma représentant les interactions au sein du groupe 1 lors de l'entretien sur le thème de St-Nicolas

Lors de l'entretien sur le thème de St-Nicolas, il y a eu 210 actes de langage au total. Comme le montre le schéma ci-dessus plusieurs échanges ont eu lieu entre les patients (14 interactions au total soit 6.6% des actes de langage) surtout entre Mme D et Mme Di (10 échanges soit 4.8% des actes de langage). Tous les patients étaient à l'écoute les uns des autres et respectaient la prise de parole de chacun, bien que Mme DS mobilisait parfois un peu l'attention et coupait souvent la parole aux autres membres du groupe. Mme Ch était très attentive et à l'écoute mais également très en retrait par rapport aux autres membres.

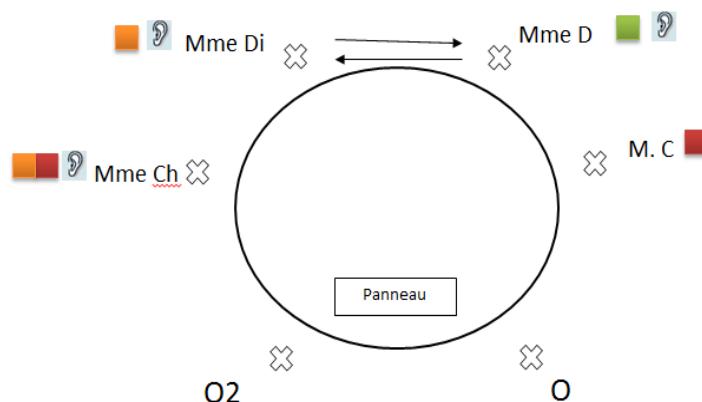


Schéma représentant les interactions au sein du groupe 1 lors de l'entretien sur le thème de Venise

Lors de l'entretien sur le thème de Venise, il y a eu 90 actes de langage au total. Seuls deux échanges ont eu lieu entre les patients (soit environ 2% des actes de langage). Par rapport à l'entretien sur St-Nicolas, il y a eu bien moins d'échanges et les membres du groupe

étaient moins actif : Mme Ch. était très en retrait tout comme M.C, qui ne participait que très peu même lorsqu'il était sollicité.

Nombre d'interaction lors de l'utilisation du thème sur St-Nicolas	Nombre d'interaction lors de l'utilisation du thème sur Venise	Pourcentage de variation du nombre d'interaction produites entre St-Nicolas et Venise
14	2	+600%

Tableau 9 : Nombre d'interactions produites au sein du groupe 2 en fonction du thème de communication

Tout comme nous l'avons constaté pour le couple de panneaux Stanislas/Victoria, il y a également une augmentation du nombre d'interactions sur le thème stimulant la mémoire culturelle régionale en ce qui concerne le couple de panneaux St-Nicolas/Venise. Mais, de façon générale, quel que soit le thème il n'y a que peu d'échanges spontanés par rapport à la totalité des actes de langage, et l'observateur doit, tout comme les pour les entretiens précédents, initier la conversation et solliciter chacun à participer.

Ce rôle actif de l'observateur peut d'ailleurs biaiser quelque peu les résultats. Il est difficile de savoir concrètement s'il faut intervenir pour relancer la discussion ou bien s'il vaut mieux laisser place au silence pour que les patients interagissent davantage les uns avec les autres.

2. Analyse qualitative de la communication selon le thème de l'entretien.

2.1. Analyse de l'adéquation des actes de langage produits

2.1.1. Entretiens individuels

2.1.1.1. Analyse pour l'ensemble des patients

Patients	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème de Stanislas	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème de Victoria	Différence du taux d'adéquation des actes de langage entre Stanislas et Victoria
Démence modérée-sévère			
M. F	74	70	4%
Démence légère-modérée			
Mme De	91	88	3%
Mme G	78	76	2%
Mme Da	93	97	-4%
Mme T	89	93	-4%
M. Cha	98	100	-2%
M. Che	84	85	-1%
Mme P	91	90	1%
Moyenne	87 ($\sigma = 8$)	87 ($\sigma = 10$)	-0.13%

Tableau 10 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits par patient en fonction du thème de communication

Pour 4 patients le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits sur Stanislas est plus élevé que celui sur le thème de Victoria. Tandis que nous constatons l'inverse pour les 4 autres patients. Ces résultats ne mettent pas en évidence un pourcentage d'adéquation plus important pour un thème que pour un autre. **Ces résultats ne nous suffisent pas à montrer qu'un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale semble permettre aux patients atteints de DTA ou maladies apparentées d'améliorer la qualité de leur langage.**

Afin de comparer les distributions pour les deux échantillons, nous avons utilisé le test de Wilcoxon. Le seuil de significativité retenu est à $\alpha = 0.05$.

La p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est supérieure au seuil choisi ($p= 0.944 > 0.05$). **Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative entre le pourcentage d'adéquation des actes sur le thème de Stanislas et celui sur le thème de Victoria.** De plus les faibles écarts-types nous montrent qu'il n'y a pas de grandes différences interindividuelles.

2.1.1.2. Analyse en fonction du stade de démence

Patients	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Stanislas	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Victoria	Taux de variation de l'adéquation entre Stanislas et Victoria
Démence légère-modérée	89 ($\sigma = 6$)	90 ($\sigma = 8$)	-1.1 %
Démence modérée-sévère	74	70	+4 %

Tableau 11 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Nous pouvons noter que pour le sous-groupe « démence légère-modérée » le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits sur Victoria est légèrement supérieur à celui sur Stanislas. En revanche nous constatons le phénomène inverse pour le sous-groupe « démence modérée-sévère ». Néanmoins, il faut à nouveau préciser que cette population n'était constituée que d'un seul patient. Nous nous serions attendus au résultat inverse. Une explication pourrait être que puisque les patients parlent davantage ils auraient la possibilité de faire plus d'erreurs.

Nous avons appliqué le test de Wilcoxon au sous-groupe « démence légère-modérée ». Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0.05$. La p-value est supérieure au seuil de significativité ($p= 1 > 0.05$). **La différence de l'adéquation des actes produits entre Stanislas et Victoria n'est donc pas significative.** Ceci peut être une conséquence de la petite taille de notre échantillon.

2.1.1.3. Analyse en fonction du sexe des patients

Patients	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Stanislas	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Venise	Taux de variation de l'adéquation entre Stanislas et Victoria
Femmes	88 ($\sigma = 6$)	89 ($\sigma = 8$)	- 1.1 %
Hommes	85 ($\sigma = 12$)	85 ($\sigma = 15$)	0 %

Tableau 12 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Nous remarquons une nouvelle fois qu'il n'y a pas de grande différence. Les femmes comme les hommes produisent à peu près le même nombre d'actes adéquats et ce quel que soit le thème. Là encore, nous avons appliqué le test de Wilcoxon. La p-value étant supérieure au seuil de significativité ($p = 1 > 0.05$), **nous ne pouvons pas conclure à une différence significative de l'adéquation des actes de langage produits en fonction du thème.**

2.1.2. Entretiens collectifs

2.1.2.1. Analyse pour l'ensemble des patients

Groupe 1			
Patients	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème de Stanislas	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème de Victoria	Différence du taux d'adéquation des actes de langage entre Stanislas et Victoria
Démence très sévère			
M. P	76	100	-24%
Démence modérée-sévère			
Mme Ma	85	96	-11%
M. S	100	89	+11%
Mme S	84	92	-8%
Moyenne	87 ($\sigma = 10$)	94 ($\sigma = 5$)	-8%

Tableau 13 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits au sein du groupe 1 en fonction du thème de communication

Dans le groupe 1, seul M. S a été plus adéquat sur le thème de Stanislas. Les quatre autres patients quant à eux ont un pourcentage d'adéquation des actes de langage produits plus élevé

sur le thème de Victoria. La p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est supérieure au seuil de significativité ($p= 0.6 >0.05$), **nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative entre le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits par nos patients dans chacune des deux situations.**

Groupe 2			
Patients	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème de St-Nicolas	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème de Venise	Différence du taux d'adéquation des actes de langage entre St-Nicolas et Venise
Démence très sévère			
M. C	[83]	100	-17%
Mme Di	70	65	+7%
Démence modérée-sévère			
Mme Ch	91	100	-9%
Démence légère-modérée			
Mme D	91	100	-9%
Mme DS	85	X	X
Moyenne	84 ($\sigma = 10$)	91 ($\sigma = 17$)	-7%

Tableau 14 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits au sein du groupe 2 en fonction du thème de communication

Dans le groupe 2, un seul patient a été plus adéquat sur le thème de St-Nicolas. Les quatre autres patients, quant à eux, ont un pourcentage d'adéquation des actes de langage produits plus élevé sur le thème de Venise. La p-value calculée grâce au teste de Wilcoxon est supérieure au seuil de significativité ($p=0.6>0.05$), **nous ne pouvons pas conclure à une différence significative entre le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits par nos patients dans chacune des deux situations.**

Ainsi de tels résultats ne nous permettent pas de démontrer qu'un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale semble permettre aux patients d'améliorer la qualité de leur communication. Une explication possible serait que puisque les patients parlent davantage sur un thème de culture régionale, ils ont également davantage de possibilité de faire des erreurs.

2.1.2.2. Analyse en fonction du stade de démence

Groupe 1			
Patients	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Stanislas	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Victoria	Taux de variation de l'adéquation entre Stanislas et Victoria
Démence modérée-sévère	90 ($\sigma = 9$)	92 ($\sigma = 3$)	-2.17 %
Démence très sévère	76	100	-24 %

Groupe 2			
Patients	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de St-Nicolas	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Venise	Taux de variation de l'adéquation entre St-Nicolas et Venise
Démence légère-modérée	88 ($\sigma = 4$)	100	-12%
Démence modérée-sévère	91	100	-9%
Démence très sévère	70	83 ($\sigma = 25$)	-16%

Tableau 15 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits au sein de chaque groupe selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Quel que soit le groupe et quel que soit le stade de démence, le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits est plus élevé sur le thème ne stimulant pas la mémoire culturelle.

Nous pouvons tout de même remarquer que la baisse de l'adéquation sur le thème stimulant la mémoire culturelle (Stanislas ou St-Nicolas) est moins importante dans les sous-groupes démence modérée-sévère.

La prise en charge de groupe ne serait peut être la façon la plus pertinente pour utiliser ces outils.

2.1.2.3. Analyse en fonction du sexe des patients

Groupe 1			
Patients	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Stanislas	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Victoria	Taux de variation de l'adéquation entre Stanislas et Victoria
Femmes	90 ($\sigma = 9$)	92 ($\sigma = 3$)	-2.17%
Hommes	76	100	-24%

Groupe 2			
Patients	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de St-Nicolas	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage sur le thème de Venise	Taux de variation de l'adéquation entre St-Nicolas et Venise
Femmes	84 ($\sigma = 10$)	88 ($\sigma = 20$)	-4.5%
Hommes	X	100	X

Tableau 16 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits au sein de chaque groupe selon le sexe de chaque patient en fonction du thème de communication

Quel que soit le sexe du patient, le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits est plus élevé sur le thème ne stimulant pas la mémoire culturelle.

Nous pouvons tout de même remarquer que, pour le groupe 1, le taux de variation de l'adéquation entre Stanislas et Victoria est plus bas chez les femmes, ces dernières seraient a priori plus adéquates dans leur communication.

Nos différentes analyses de l'adéquation au sein des groupes n'est pas très concluante et ne pèse pas en faveur de notre hypothèse. **Nous ne pouvons pas réellement démontrer qu'un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale semble permettre aux patients d'améliorer la qualité de leur communication.** Ceci peut être lié à la faible taille et à l'hétérogénéité de nos deux échantillons (4 et 5 sujets). Une autre explication pourrait être que puisque les patients parlent davantage sur un thème de culture régionale, ils ont également davantage de possibilité de faire des erreurs. La prise en charge de groupe ne serait peut être pas la façon la plus pertinente pour utiliser ces outils.

2.2. Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication

2.2.1. Entretiens individuels

2.2.1.1. Analyse pour l'ensemble des patients

	Nombre d'actes de langage verbaux		Pourcentage de variation	Nombre d'actes de langage non-verbaux		Pourcentage de variation
	Stanislas	Victoria		Stanislas	Victoria	
Démence modérée-sévère						
M. F	143	48	198%	8	2	300%
Démence légère-modérée						
Mme De	118	92	28%	4	1	300%
Mme G	105	58	81%	14	10	40%
Mme Da	78	34	129%	4	1	300%
Mme T	96	40	140%	0	1	-100%
M. Cha	147	30	390%	6	3	100%
M. Che	226	58	290%	12	1	1100%
Mme P	118	69	71%	3	2	50%
Moyenne	129 ($\sigma = 45$)	54 ($\sigma = 20$)	166% ($\sigma = 122$)	6 ($\sigma = 5$)	3 ($\sigma = 3$)	261%

Tableau 17 : Nombre d'actes de langage verbaux et non-verbaux produits par patient et en fonction du thème de communication

	Stanislas		Victoria	
	Pourcentage d'actes verbaux	Pourcentage d'actes non verbaux	Pourcentage d'actes verbaux	Pourcentage d'actes non verbaux
Démence modérée-sévère				
M. F	95	5	96	4
Démence légère-modérée				
Mme De	97	3	99	1
Mme G	88	12	85	15
Mme Da	95	5	97	3
Mme T	100	0	98	2
M. Cha	96	4	91	9
M. Che	95	5	98	2
Mme P	98	2	97	3

Tableau 18 : Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication par patient et en fonction du thème

Nous remarquons grâce aux résultats présentés dans les tableaux ci-dessus qu'en moyenne les patients ont produit plus d'actes verbaux que d'actes non-verbaux quel que soit le thème de communication. Nous constatons également qu'en moyenne, les patients ont produit plus d'actes verbaux et plus d'actes non-verbaux sur le thème de Stanislas.

Variation du nombre d'actes de langage verbaux selon le thème de communication:

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. La p-value calculée est inférieure au seuil de significativité choisi ($p=0.014<0.05$). **Il est donc possible de conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage verbaux produits par les patients dans chacune des deux conditions.**

Variation du nombre d'actes de langage non-verbaux selon le thème de communication:

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. La p-value calculée est inférieure au seuil de significativité choisi ($p=0.024<0.05$). **Il est donc possible de conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage non-verbaux produits par les patients dans chacune des deux conditions.**

Variation de la répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux selon le thème de communication:

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. La p-value calculée est inférieure au seuil de significativité choisi ($p=0.014<0.05$). **Nous pouvons donc conclure qu'il existe une différence de répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication des patients selon le thème de l'entretien.**

2.2.1.2. Analyse en fonction du stade de démence

	Nombre moyen d'actes de langage verbaux		Pourcentage de variation	Nombre moyen d'actes de langage non-verbaux		Pourcentage de variation
	Stanislas	Victoria		Stanislas	Victoria	
Démence légère-modérée	127 ($\sigma= 49$)	54 ($\sigma= 22$)	135%	6 ($\sigma= 5$)	3 ($\sigma= 3$)	100%
Démence modérée-sévère	143	48	198%	8	2	300%

Tableau 19 : Nombre moyen d'actes de langage verbaux et non-verbaux produits selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Nous pouvons remarquer que quel que soit le stade de démence, les patients ont produit plus d'actes de langage verbaux comme non-verbaux sur le thème de Stanislas.

Le sous-groupe démence modérée-sévère n'étant composé que d'un seul sujet il est difficile de comparer les moyennes.

2.2.2. Entretiens collectifs

2.2.2.1. Analyse pour l'ensemble des patients

Groupe 1						
	Nombre d'actes de langage verbaux		Pourcentage de variation	Nombre d'actes de langage non-verbaux		Pourcentage de variation
	Stanislas	Victoria		Stanislas	Victoria	
Démence très sévère						
M. P	37	9	311%	1	0	100%
Démence modérée-sévère						
Mme Ma	103	45	129%	0	0	0%
M. S	33	26	27%	1	2	-50%
Mme S	57	12	375%	1	0	100%
Total	230	92	150%	3	2	50%
Moyenne	57.5 ($\sigma = 32$)	23 ($\sigma = 16$)	210.50%	0.75 ($\sigma = 0.5$)	0.5 ($\sigma = 1$)	37.50%
Groupe 2						
	St-Nicolas	Venise		St-Nicolas	Venise	
Démence très sévère						
M. C	6	8	-25%	0	0	0%
Mme Di	47	49	-4%	0	0	0%
Démence modérée-sévère						
Mme Ch	11	6	83%	0	1	-100%
Démence légère-modérée						
Mme D	64	22	191%	1	0	100%
Mme DS	86	X	X	0	X	X
Total	214	85	152%	1	1	0%
Moyenne	42.8 ($\sigma = 34$)	21.25 ($\sigma = 20$)	61.25%	0.2 ($\sigma = 0.45$)	0.25 ($\sigma = 0.5$)	0%

Tableau 20 : nombre d'actes de langage verbaux et non-verbaux produits par patient et en fonction du thème de communication

	Pourcentage d'actes verbaux	Pourcentage d'actes non verbaux	Pourcentage d'actes verbaux	Pourcentage d'actes non verbaux
Groupe 1				
	Stanislas		Victoria	
Démence très sévère				
M. P	97	3	100	0
Démence modérée-sévère				
Mme Ma	100	0	100	0
M. S	97	3	93	7
Mme S	98	2	100	0
Groupe 2				
	St-Nicolas		Venise	
Démence très sévère				
M. C	100	0	100	0
Mme Di	100	0	100	0
Démence modérée-sévère				
Mme Ch	100	0	86	4
Démence légère-modérée				
Mme D	98	2	100	0
Mme DS	100	0	X	X

Tableau 21 : Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication par patient et en fonction du thème

Dans le premier groupe nous pouvons constater que tous les patients produisent davantage d'actes de langage verbaux que d'actes de langage non-verbaux et ce, quel que soit le thème de communication.

Variation du nombre d'actes de langage verbaux selon le thème de communication:

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. La p-value calculée est supérieure au seuil de significativité choisi (groupe 1 $p=0.1 >0.05$; groupe 2 $p=0.2>0.05$). **Il est donc impossible de conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage verbaux produits par les patients de chaque groupe dans chacune des deux conditions.**

Variation du nombre d'actes de langage non-verbaux selon le thème de communication:

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. La p-value calculée est supérieure au seuil de significativité choisi (groupe 1 $p=0.77>0.05$; groupe 2 $p=1>0.05$). **Il est donc impossible de conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage non-verbaux produits par les patients de chaque groupe dans chacune des deux conditions.**

Variation de la répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux selon le thème de communication:

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon. La p-value calculée est supérieure au seuil de significativité choisi (groupe 1 $p=0.1>0.05$; groupe 2 $p=0.1>0.05$). **Nous ne pouvons donc pas conclure à l'existence d'une différence de répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication des patients selon le thème de l'entretien.** Ceci est très certainement lié à la taille réduite de nos échantillons.

2.2.2.2. Analyse selon le stade de démence

	Nombre moyen d'actes de langage verbaux		Pourcentage de variation	Nombre moyen d'actes de langage non-verbaux		Pourcentage de variation
Groupe 1						
	Stanislas	Victoria		Stanislas	Victoria	
Démence très sévère	37	9	311%	1	0	100%
Démence modérée-sévère	64 ($\sigma = 36$)	28 ($\sigma = 17$)	129%	0.66 ($\sigma = 0.6$)	0.66 ($\sigma = 1.2$)	0%
Groupe 2						
	St-Nicolas	Venise		St-Nicolas	Venise	
Démence très sévère	47	28.5 ($\sigma = 29$)	65%	49	0	100%
Démence modérée-sévère	11	6	83%	0	1	-100%
Démence légère-modérée	75 ($\sigma = 16$)	22	241%	0.5 ($\sigma = 0.7$)	0	100%

Tableau 22: Nombre moyen d'actes de langage verbaux et non-verbaux selon le stade d'évolution de la démence en fonction du thème de communication

Quel que soit le stade d'évolution de la démence les patients produisent en moyenne plus d'actes de langage verbaux et non-verbaux sur le thème stimulant la mémoire culturelle régionale. Toutefois comme nous l'avons déjà souligné, ces résultats ne sont pas complètement fiables compte tenu de la composition fluctuante des groupes.

2.3. Répartition des différents types d'actes de langage verbaux dans la communication

Les grilles de la GECCO nous ont également permis d'observer de façon plus précise la répartition des différents types d'actes de langage verbaux dans la communication.

Les résultats, présentés dans le tableau ci-après, nous montrent que les actes de langage les plus utilisés par les patients sont les descriptions et les affirmations. Nous constatons également que ce sont pour ces deux types d'actes de langage que le nombre varie le plus d'un thème à l'autre. Le nombre d'actes de langage descriptifs et affirmatifs est en moyenne plus élevé sur les thèmes de Stanislas et de St-Nicolas.

Nous avons appliqué à ces différentes données le test de Wilcoxon pour échantillons appariés à chacune de ces deux catégories d'actes de langage. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0.05$.

- **Les actes descriptifs**

Pour les entretiens individuels, la p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est inférieure au seuil de significativité choisi ($p=0.014<0.05$). Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage descriptifs produits dans chacune des deux situations. **Le nombre d'actes de langage descriptifs produits sur le thème de Stanislas est significativement supérieur à celui produit sur Victoria.**

En revanche, nous ne pouvons aboutir aux mêmes conclusions concernant les entretiens collectifs. En effet les p-values calculées pour chaque groupe sont supérieures au seuil de significativité (groupe 1 $p=0.098>0.05$; groupe 2 $p=0.461 > 0.05$).

- **Les actes affirmatifs**

Pour les entretiens individuels, la p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est inférieure au seuil de significativité choisi ($p=0.034<0.05$). Nous pouvons donc conclure qu'il existe une différence significative entre le nombre d'actes de langage affirmatifs produits dans chacune des deux situations. **Le nombre d'actes de langage affirmatifs produits sur le thème de Stanislas est significativement supérieur à celui produit sur Victoria.**

En revanche, nous ne pouvons aboutir aux mêmes conclusions concernant les entretiens collectifs. En effet les p-values calculées pour chaque groupe sont supérieures au seuil de significativité (groupe 1 $p=0.423>0.05$; groupe 2 $p=0.361 > 0.0$).

	Questions		Réponses		Descriptions		Affirmations		Mécanismes conversationnels			Performatives		Actes divers		
	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria	Stanislas	Victoria
Entretiens individuels																
	Démence modérée-sévère															
M. F	5	2	17	6	60	7	11	13	9	4	1	1	0	0	0	0
Démence légère-modérée																
Mme De	1	4	19	14	47	26	26	26	8	11	6	0	0	0	0	0
Mme G	20	5	23	20	15	7	12	5	6	3	0	2	3	0	0	0
Mme Da	6	5	13	16	13	6	31	6	0	0	0	0	0	1	0	0
Mme T	11	4	26	11	22	7	15	11	11	4	0	0	0	0	0	0
M. Cha	5	10	20	5	72	4	39	7	5	4	3	0	0	0	0	0
M. Che	4	2	18	10	82	7	55	20	15	8	14	0	0	0	2	0
Mme P	12	6	17	12	28	20	26	19	20	5	4	0	0	0	0	0
Moyenne	8	5	19	12	42	11	27	13	9	5	4	0	1	0	0	0
Entretiens collectifs																
	Groupe 1															
	Démence très sévère															
M.P	0	0	14	6	5	0	2	2	5	1	1	0	1	0	0	0
Démence modérée-sévère																
Mme Ma	0	1	16	11	35	16	24	12	12	3	1	0	0	0	0	0
M.S	6	2	8	7	11	4	4	8	3	2	0	0	1	0	0	0
Mme. S	8	2	9	2	5	0	10	2	12	3	1	0	3	2	0	0
Moyenne	4	1	12	7	14	5	10	6	8	2	1	0	1	1	0	0
	Groupe 2															
	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise	St-Nicolas	Venise
	Démence très sévère															
M.C	0	2	3	2	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1
Mme Di	1	4	6	3	8	13	15	7	3	2	0	1	0	0	2	0
Démence modérée-sévère																
Mme Ch	0	0	4	4	3	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Démence légère-modérée																
Mme D	17	3	10	9	12	5	9	4	3	1	6	0	1	0	0	0
Mme DS	3		11		24		25		9		1		0			
Moyenne	5,25	2,25	7,75	4,5	11,75	5	12,75	3,5	4	0,75	1,75	0,25	0,25	0,75		

Tableau 23 : Répartition des types d'actes de langage verbaux dans la communication par patient et en fonction du thème de communication

3. Réminiscence et actes de langage

A partir des transcriptions des différents entretiens, nous avons pu observer l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs pour chaque patient, en fonction du thème de communication.

3.1. Souvenirs évoqués par les patients en fonction du thème de communication

3.1.1. Entretiens individuels

Mme Da

Stanislas (nombre d'actes de langage : 3)

Mme Da n'évoque que peu de souvenirs, elle fait tout de même référence au fait qu'ils avaient souvent des madeleines de Commercy chez elle.

Victoria (nombre d'actes de langage : 0)

Mme Da n'évoque aucun souvenir lié au thème.

Mme De

Stanislas (nombre d'actes de langage : 24)

Mme De raconte qu'elle mangeait souvent des madeleines étant jeune, elle parle également de ses souvenirs de promenades entre amis lors de la foire. Mme De décrit également des biscuits appelés « mascottes » qu'elle achetait dans une petite boutique.

Victoria (nombre d'actes de langage : 2)

Mme De raconte qu'elle aime collectionner les choses notamment des timbres et garder des souvenirs. Mme De évoque également plusieurs souvenirs n'étant pas directement liés au thème comme ses voyages en Afrique. Elle parle également d'une amie de la famille qui serait orthophoniste.

Mme G

Stanislas (nombre d'actes de langage : 7)

Mme G évoque le fait qu'elle habitait Nancy et allait au théâtre avec son mari. Elle raconte également des souvenirs d'enfance avec une bande de copains.

Victoria (nombre d'actes de langage : 0)

Mme G ne raconte aucun souvenir en lien avec le thème mais évoque brièvement un voyage en Corse ainsi que son ancienne profession de secrétaire.

Mme P

Stanislas (nombre d'actes de langage : 10)

Mme P évoque le fait qu'elle habitait près de la place Stanislas et nous raconte ses nombreuses promenades en ce lieu notamment avec sa fille. Elle se souvient également qu'ils avaient l'habitude de manger beaucoup de madeleines. Mme P raconte également que des avantages auraient été donnés à certains membres de sa famille par Stanislas.

Victoria (nombre d'actes de langage : 7)

Mme P se remémore les apprentissages scolaires sur la reine Victoria, et raconte également de quelle façon les timbres étaient utilisés à son époque.

Mme T

Stanislas (nombre d'actes de langage : 7)

Mme T nous dit avoir visité plusieurs fois la place Stanislas sans pour autant évoquer de réels souvenirs. En revanche, elle raconte avoir souvent acheté des madeleines parce que c'était bien plus simple que de faire un gâteau soi-même.

Victoria (nombre d'actes de langage : 2)

Mme T n'évoque pas de souvenirs particuliers en lien avec le thème si ce n'est le fait qu'elle ne voyageait pas étant jeune, faute de moyens.

M. Cha

Stanislas (nombre d'actes de langage : 42)

M. Cha évoque le fait qu'il connaît très bien Nancy car il y habite depuis toujours. Il nous raconte les rivalités entre Liverdun et Commercy à cause des madeleines. Il parle également d'un repas pris au grand restaurant place Stanislas, de fêtes avec les copains toujours place Stanislas pour célébrer les victoires de l'équipe de football. M. Cha parle énormément de son ancien travail de maintenance et d'installation dans les différents cafés de Nancy notamment à l'Excelsior. En plus des souvenirs en lien avec le thème, M. Cha parle un peu de sa femme et de sa belle-famille ainsi que de ses voyages à Nice.

Victoria (nombre d'actes de langage : 4)

M. Cha raconte qu'il collectionnait les timbres.

M. Che

Stanislas (nombre d'actes de langage : 29)

M. Che évoque les apprentissages sur Stanislas à l'école et nous parle également de fêtes place Stanislas entre copains pour célébrer l'obtention de leur diplôme de fin d'études. Il raconte également qu'il achetait des madeleines de Commercy et des chocolats pour envoyer à sa fille. En plus des souvenirs en lien avec le thème, M. Che parle énormément de sa tante et de son mari marinier qui faisaient des travaux de ravitaillement avec leur péniche (15 actes de langage). Il parle également de son propre travail avec la lyonnaise des eaux (28 actes de langage).

Victoria (nombre d'actes de langage : 0)

M. Che n'évoque pas de souvenir particulier en lien avec ce thème.

M. F

Stanislas (nombre d'actes de langage : 6)

M. F nous apprend que son épouse se prénommait Madeleine comme les gâteaux. Il explique également qu'il habitait près de la place Stanislas et qu'il allait y faire des courses. Sans lien avec le thème, M. F évoque également sa profession.

Victoria (nombre d'actes de langage : 0)

M. F n'évoque pas de souvenir particulier en lien avec ce thème.

3.1.2. Entretiens collectifs

GROUPE 1:

M. S

Stanislas (nombre d'actes de langage : 1)

M. S évoque qu'il servait des madeleines pour faire plaisir aux invités.

Victoria (nombre d'actes de langage : 1)

Le seul souvenir en lien avec le thème que M.S évoque, est qu'il utilisait des timbres pour envoyer des lettres.

Mme S

Stanislas (nombre d'actes de langage : 1)

Mme S rapporte simplement qu'elle habite Nancy.

Victoria (nombre d'actes de langage : 0)

Mme S n'évoque aucun souvenir en lien avec le thème.

Mme Ma

Stanislas (nombre d'actes de langage : 15)

Mme Ma évoque le fait qu'ils achetaient et mangeaient des madeleines. Elle explique brièvement comment était la place Stanislas à l'époque, elle raconte également qu'elle allait y boire le café avec des amis. Mme Ma évoque aussi les différents monuments à visiter en vieille ville.

Victoria (nombre d'actes de langage : 7)

Mme Ma se souvient qu'elle utilisait des timbres pour envoyer des lettres. Elle évoque également un court voyage en Angleterre.

M. P

Stanislas (nombre d'actes de langage : 2)

M. P nous raconte qu'il n'allait pas boire le café place Stanislas parce que c'était trop cher.

Victoria (nombre d'actes de langage : 0)

M. P n'évoque aucun souvenir en lien avec le thème.

GROUPE 2 :

Mme DS

St-Nicolas (nombre d'actes de langage : 4)

Mme DS évoque le fait qu'elle n'a pas entendu parler de St-Nicolas avant longtemps puisqu'elle n'est pas originaire de Lorraine. Mme DS raconte que sa petite-fille lui a offert du chocolat pour la fête des grand-mères.

Venise

Pour des raisons médicales Mme DS n'a pas participé à l'entretien sur le thème de Venise.

Mme D

St-Nicolas (nombre d'actes de langage : 10)

Mme D chante la chanson de St-Nicolas. Mme D rapporte également qu'elle n'était pas suffisamment gentille et obéissante pour que St-Nicolas lui apporte des cadeaux.

Venise (nombre d'actes de langage : 5)

Mme D se souvient être montée sur une gondole et avoir vu le Grand Canal de Venise.

Mme Ch

St-Nicolas (nombre d'actes de langage : 1)

Mme Ch évoque brièvement le défilé de la St-Nicolas sans donner de détail.

Venise (nombre d'actes de langage : 0)

Mme Ch n'évoque pas de souvenir particulier en lien avec ce thème.

Mme Di

St-Nicolas (nombre d'actes de langage : 1)

Mme Di se souvient avoir reçu du chocolat.

Venise (nombre d'actes de langage : 2)

Mme Di dit avoir été à Venise mais sa réponse n'est pas très compréhensible. Elle évoquera également quelques souvenirs d'un carnaval mais pas celui de Venise.

M. C

St-Nicolas (nombre d'actes de langage : 0)

M. C n'évoque aucun souvenir.

Venise (nombre d'actes de langage : 0)

M. C n'évoque aucun souvenir.

3.2. Analyse de l'activité de réminiscence

Nous remarquons que **de manière générale les thèmes stimulant la mémoire culturelle régionale (Stanislas et St-Nicolas) ont suscité une réminiscence et un partage de souvenirs bien plus important que les thèmes ne stimulant pas cette mémoire.**

Plusieurs patients ont évoqués des souvenirs en lien avec leur jeunesse : les fêtes sur la place Stanislas (Mme G., M. Cha., M. Che.) , d'autres racontent leurs promenades (Mme De., Mme P., M. F), leurs dégustations ou non de café en terrasse (Mme Ma., M.P.). Les souvenirs en lien avec les madeleines reviennent quasiment chez tous les patients (Mme Da., Mme De., Mme P., Mme T., M Cha., M. Che., M. S., Mme Ma.)

Le thème de la reine Victoria a également permis aux patients de raconter des souvenirs personnels bien que ces réminiscences n'aient pas été en lien direct avec le thème. C'est le plus souvent l'anecdote sur le timbre qui a fait surgir l'un ou l'autre souvenirs (M. Cha., M. S., Mme Ma.). Certains patients ont également évoqué leurs voyages en Angleterre (Mme Ma., Mme Di.), en Afrique (Mme De) ou encore en Corse (Mme G.).

Nous remarquons également que les souvenirs en lien avec les thèmes stimulant la mémoire culturelle régionale sont plus développés. Les patients apportent davantage de détails à leur discours lorsqu'il s'agit du thème de Stanislas alors que les souvenirs en lien avec le thème de Victoria ne sont que brièvement cités.

Enfin nous pouvons constater que plus le stade d'évolution de la démence est avancé moins les patients évoquent de souvenirs.

Afin d'avoir une vision globale de la quantité du nombre d'actes de langage produits au sein des réminiscences en lien avec chacun des thèmes, nous avons regroupé les données dans le tableau ci-dessous :

	Nombre d'actes de langage produits au sein de réminiscence en lien avec le thème de Stanislas ou St-Nicolas	Nombre d'actes de langage produits au sein de réminiscence en lien avec le thème de Victoria ou Venise
Entretiens individuels		
Démence modérée-sévère		
M. F	6	0
Démence légère-modérée		
Mme De	24	2
Mme G	7	0
Mme T	7	2
Mme P	10	7
M. Cha	42	4
M. Che	29	0
Mme Da	3	0
Entretiens collectifs		
Groupe 1		
Démence très sévère		
M. P	2	0
Démence modérée-sévère		
Mme S	1	0
Mme Ma	15	7
M. S	1	1
Groupe 2		
Démence très sévère		
Mme Di	1	2
M.C	0	0
Démence modérée-sévère		
Mme Ch	1	0
Démence légère-modérée		
Mme D	10	5
Mme DS	4	X

Tableau 24 : Nombre d'actes produits dans le cadre de réminiscence sur le thème de l'entretien par patient et en fonction du thème.

Nous avons appliqué à ces données le test de Wilcoxon pour échantillons appariés. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0.05$.

Pour les entretiens individuels, la p-value calculée grâce au test de Wilcoxon est inférieure au seuil de significativité choisi ($p=0.014 < 0.05$). Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage produits dans chacune des deux situations. **Le nombre d'actes de langage produits au sein de réminiscence sur le thème de Stanislas est significativement supérieur à celui produit sur Victoria.**

En revanche, nous ne pouvons aboutir aux mêmes conclusions concernant les entretiens collectifs. En effet les p-values calculées pour chaque groupe sont supérieures au seuil de significativité (groupe 1 $p=0.181 > 0.05$; groupe 2 $p=0.850 > 0.05$). Ceci est très certainement lié à la faible taille de nos échantillons.

Discussion

1. Validation des hypothèses

Notre première hypothèse était la suivante : « Lors d'une prise en charge individuelle ou collective, un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale renforce l'envie de communiquer ce qui se traduit par la production de plus d'actes de langage que lorsque le thème de discussion ne stimule pas cette mémoire ».

Les résultats de notre étude montrent une augmentation du nombre d'actes de langage quel que soit le type de prise en charge, individuelle ou collective. En effet les patients ont en moyenne produit +164% d'actes de langage en plus sur le thème de Stanislas en entretiens individuels et respectivement +214% et +56% pour les groupes 1 et 2 en entretiens collectifs. L'analyse des entretiens individuels nous permet de démontrer l'existence d'un lien significatif entre le thème de l'entretien et l'augmentation du nombre d'actes de langage ($p=0.014 < 0.05$). En revanche, les p-values pour les entretiens collectifs étant supérieures au seuil de significativité, nous ne pouvons affirmer sans risquer de nous tromper, l'existence de ce même lien. Ceci peut, en partie, être dû à la faible taille de nos échantillons de population ainsi qu'à la composition fluctuante de nos groupes.

De plus, il est important d'indiquer que nos résultats corroborent ceux d'Elisa Vauclare, c'est-à-dire qu'une augmentation moyenne de +49% d'actes de langage sur le thème de St-Nicolas a été mise en évidence. **Nous pouvons donc valider notre première hypothèse : un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale favorise la production d'actes de langage.**

D'autres observations émanant de nos résultats, vont dans la même direction que ce qui a été démontré précédemment dans le mémoire de recherche d'Elisa Vauclare. Nous retrouvons notamment le fait que les patients produisent plus d'actes descriptifs et affirmatifs et ce, quel que soit le mode de prise en charge et le thème de communication.

Nos résultats concernant la répartition des actes verbaux et non-verbaux dans la communication des patients atteints de DTA ou maladies apparentées nous permettent de conclure à l'existence d'une différence significative pour les entretiens individuels avec une production plus importante d'actes verbaux. Néanmoins, nous devons préciser que l'utilisation

des canaux verbal et non-verbal ne semble pas être liée au thème mais plutôt à la personne elle-même et à sa manière propre de communiquer.

Deuxièmement, nous avions fait l'hypothèse que « l'utilisation d'un thème de communication stimulant la mémoire culturelle régionale allait atténuer les difficultés de communication du patient, ce qui aurait dû se traduire par la production d'un nombre d'actes de langage adéquats plus important qu'avec un thème de discussion ne stimulant pas cette mémoire ». Bien qu'une amélioration qualitative est notée pour quelques patients en prise en charge individuelle tout comme en prise en charge de groupe, pour la plupart d'entre eux, il n'y a aucune amélioration, comme le montrent les pourcentages moyens d'adéquation suivants : entretiens individuels -0.3%, groupe 1 -8% et groupe 2 -7%. En effet, les participants à l'étude ne réagissent pas de façon homogène et les résultats ne montrent aucun lien significatif entre le thème et l'amélioration qualitative de la communication ($p=0.944 > 0.05$ pour les entretiens individuels et $p=0.6 > 0.05$ pour le groupe 1). Toutefois il est important de prendre ces résultats avec précaution, compte tenu des larges critères d'inclusion utilisés pour sélectionner notre population. De plus, il se pourrait que ces résultats soient en lien avec l'augmentation quantitative du nombre d'actes, en effet, puisque les patients produisent bien plus d'actes de langage sur un thème stimulant la mémoire culturelle, ils ont également davantage de possibilités de faire des erreurs.

Ainsi nos résultats, une fois de plus identiques à ceux du mémoire précédent, ne nous permettent pas de valider notre deuxième hypothèse. De ce fait, nous ne pouvons affirmer sans risquer de nous tromper, qu'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale améliore qualitativement la communication.

Conformément à notre troisième hypothèse, nous avons constaté que l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs chez les patients atteints de DTA ou maladies apparentées est favorisée par l'utilisation d'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale. L'analyse des entretiens indique que les patients évoquent davantage de souvenirs lorsque le thème de communication stimule leur mémoire culturelle ($p=0.014 < 0.05$) et ceci quel que soit le mode de prise en charge (individuelle ou collective).

Ainsi notre troisième hypothèse peut être validée tout comme elle a pu l'être avec la population du mémoire précédent.

Enfin, nous avions fait une dernière hypothèse, spécifique à la prise en charge collective, qui stipulait que « lors d'une prise en charge collective, un thème de communication stimulant

la mémoire culturelle régionale allait favoriser les interactions entre les membres du groupe ». Les résultats nous permettent d'établir qu'un thème stimulant la mémoire culturelle régionale favorise les interactions entre les membres d'un groupe. C'est ce que montre en effet le pourcentage de variation du nombre d'interactions produites entre les thèmes de Stanislas et Victoria (+800%) pour le groupe 1 et celui entre les thèmes de St-Nicolas et Venise (+600%) pour le groupe 2. **De ce fait, nous pouvons valider notre quatrième et dernière hypothèse.**

Cependant, ces résultats ne nous permettent pas d'attester que la prise en charge collective soit la façon la plus pertinente d'utiliser un tel support. En effet, les spécificités d'une prise en charge collective peuvent s'avérer ne pas être des plus efficaces pour les patients. De plus, ce n'est pas évident pour le modérateur de solliciter chaque participant sans influencer les échanges. Selon nous, pour qu'une telle prise en charge soit profitable au patient il faudrait veiller à constituer des groupes homogènes, composés de patients ayant un stade d'évolution de leur démence pas trop avancé.

2. Retour sur le travail effectué

2.1. A propos de la théorie

La théorie nous a permis de placer le cadre de notre mémoire de recherche. Ainsi, nous avons pu décrire de manière générale les différents troubles liés aux pathologies rencontrées dans notre population de recherche ainsi que les différents phénomènes de communication de groupe, afin de connaître les points sur lesquels nous allions devoir être vigilants lors de notre étude.

Au terme de ce travail de recherche, il nous a également paru être difficile de faire le tri dans tous les apports théoriques notamment au niveau du fonctionnement de la mémoire. De plus, notre partie sur la mémoire autobiographique et sur la mémoire culturelle aurait pu être étoffé davantage.

2.2. A propos des outils utilisés

Pour analyser nos différents entretiens nous avons utilisé la Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication de T. Rousseau, qui s'est avérée être un outil tout à fait pertinent et approprié. Toutefois les difficultés d'utilisation d'une telle grille se trouvent dans

la détermination des catégories d'actes de langage ainsi que leurs qualifications et leur adéquation. Ces analyses nécessitent des notions parfois subtiles et laissent une grande place à la subjectivité de l'analyste. Nous avons également rencontré des difficultés quant à savoir qu'elle était la manière la plus adéquate d'analyser les entretiens collectifs. L'analyse des interactions reste en effet subjective et l'influence de l'observateur constitue immanquablement un biais. Il aurait peut-être été intéressant d'élaborer un outil spécifique.

2.3. A propos de la démarche expérimentale

Prendre la continuité d'un mémoire engendre, par le simple fait que l'observateur soit différent, des résultats biaisés. Le mode de recueil des données constitue également un biais à cette étude. En effet, il n'a pas été rare que les patients partagent des événements sans lien avec le thème et il a parfois été difficile de les amener à retourner vers l'objet de notre entretien. De ce fait, le nombre d'actes de langage et même leur adéquation n'ont pas toujours un lien avec le thème initial.

La constitution des groupes a également été difficile, nous avons dû composer avec les patients présents au Centre Spillmann à un moment donné. Ainsi les groupes obtenus n'ont pas été très homogènes.

3. Perspectives de recherche

Notre recherche s'inscrivant dans un projet global, visant à l'aménagement du jardin thérapeutique du Centre Paul Spillmann, il nous semble intéressant d'exploiter les autres thèmes sur la culture régionale lorraine mis en évidence par le questionnaire effectué dans le mémoire précédent, afin de pouvoir observer leur pertinence ainsi que l'activité de réminiscence et la communication de patients au sein de prises en charge similaires ou bien d'autres ateliers thérapeutiques.

Concernant la prise en charge de groupe, il nous semble intéressant d'étudier la communication et les interactions entre les différents membres d'un groupe homogène constitué de patients ayant une démence peu ou moyennement évoluée.

CONCLUSION

Au travers de cette étude nous nous sommes interrogés sur la communication de patients atteints de démence type Alzheimer ou de maladies apparentées en prise en charge individuelle et collective. En effet, les troubles liés à ces différentes pathologies réduisent bien souvent les capacités qu'ont ces patients pour s'exprimer, bien qu'ils n'en aient pas perdu l'envie.

Nos objectifs étaient donc de créer un panneau stimulant la mémoire culturelle régionale afin de voir si un tel support pouvait donner l'opportunité à ces patients de retrouver leur place de sujet communicant. Après avoir utilisé ce support lors d'entretiens individuels et collectifs, nous avons comparé nos observations à celles recueillies lors de l'utilisation d'un support ne stimulant pas la mémoire culturelle régionale. L'analyse de nos résultats a validé certaines de nos hypothèses et notamment le fait que la mémoire culturelle régionale soutient et favorise la communication des patients ainsi que leur volonté de partager des souvenirs.

Malgré les difficultés de communication dues à ces pathologies neurodégénératives, l'utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle régionale, lors de prises en charge individuelles, semble être un outil tout à fait adapté et pertinent pour maintenir et préserver les capacités de communication restantes des patients ainsi que pour conserver une place d'individu communicant. Concernant les entretiens collectifs, bien que l'utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle régionale favorise les interactions entre les membres du groupe, il semble qu'un tel outil soit moins approprié pour ce type de prise charge et qu'il profite moins aux patients. Cependant, comme nous l'avons déjà évoqué, il serait intéressant de réitérer ce type d'entrevues avec un groupe de patients plus homogène.

Par ailleurs ce travail a été bénéfique car il nous a permis d'enrichir nos connaissances théoriques et pratiques sur ces démences type Alzheimer et autres maladies apparentées. Tout ce que nous avons pu expérimenter et apprendre au long de cette étude constituera immanquablement une partie de notre bagage professionnel et nous aidera à prendre en charge les patients atteints de ces pathologies encore méconnues qui intriguent, à conseiller et rassurer leurs proches.

BIBLIOGRAPHIE

AMADO, G., GUILLET, A. (1975). *La dynamique des communications dans les groupes*. Paris : A. Colin (collection U).

AMIEVA, H., DARTIGUES, J.-F. (2007). Les thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : intérêts et limites. Présentation d'un essai contrôlé randomisé national. In ROUSSEAU, T. *Démences, orthophonie et autres interventions*. 125-132. Isbergues : Ortho Edition.

ANZIEU, D., MARTIN, J.-Y. (1979). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : Quadrige.

BELIN, C., ERGIS, A.M., MOREAUD, O. Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques. Marseille : Solal.

BERBIGGER ESCHAUZIER, L. (2012). Snœzelen, la maladie d'Alzheimer & la Communication dynamique non directive. Ris-Orangis: Pétrarque éditions.

BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

CARON, S., SALMON, E. (2009). *Elaboration d'un Outil de Suivi d'Evolution des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans le cadre de la prise en charge de la communication au sein d'ateliers thérapeutiques*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nantes.

COMBLAIN, A. (2000). Mémoire de travail et langage. In RONDAL, J.-A., SERON, X. (2000). *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation*, 311-347. Bruxelles : Editions Mardaga.

COMET, G., LEJEUNE, A., MAURY-ROUAN, C. *Mémoire individuelle, mémoire collective et histoire*. Marseille : Solal.

CONNIN, S., TILLARD, A., (2011). *Validation d'un test de langage élaboré auprès de patients atteints de démence.* Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Lille.

COQUET, F. (2012). *Multi-canalité de l'expression.* In Les entretiens de Bichat 2012, 97-114.

COSNIER J. (1982) Communications et langage gestuels in COSNIER J. et al. *Les voies du langage*, 255-304. Paris: Bordas/Dunod.

COSNIER J. ET BROSSARD A. (1993). *La communication non verbale.* Lonay : Editions Delachaux et Niestlé.

GAUTRON, C., GATIGNOL, P., LAZENNEC-PREVOST, G., (2010) Bénéfices de la stimulation orthophonique de groupe de patients Alzheimer et évolution de l'accès au lexique au cours de la maladie. *Glossa*,**109**, 72-92.

GOBE, V., GRIVAUD, M. (2002). *Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer : étude de 15 cas.* Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Paris VI.

GOBE, V., GRIVAUD, M., MARTIN, F., ROUSSEAU, T. (2003). Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur mes compétences de communication des déments de type Alzheimer. *Glossa*,**85**, 74-77.

GOLDBLUM, M.-C. (1995). Troubles du langage et démence d'Alzheimer. *Rééducation orthophonique*, **181**, 17-26.

MARTIN, P., ADRIEN, J.L. (2005). Une revue de la recherche clinique internationale sur l'approche Snoezelen en santé mentale. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, **16**, 97-109.

MATLIN, M. W., (2001). *La cognition : Une introduction à la psychologie cognitive*, 97-145. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

MICHEL, B.F., VERDUREAU, F., COMBET, P. (2005). *Communication et démence*. Marseille : Solal.

NICOLAS, S., (2002). *La mémoire et ses maladies selon Théodule Ribot (1881)*. Paris : L'Harmattan.

PIOLINO, P., DESGRANGES, B., EUSTACHE, F. (2000). *La mémoire autobiographique : théorie et pratique*. Marseille : Solal.

PIOLONO, P. (2005). Mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer. In ERGIS, A.-M., GELY-NARGEOT, M.-C., VAN DER LINDEN, M., *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*, 119-145. Marseille : Solal.

ROUSSEAU, T. (1994). Prise en charge des troubles de la communication dans la démence type Alzheimer. *Glossa*, **40**, 22-27.

ROUSSEAU, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer évaluation et prise en charge*. Isbergues : Ortho Edition.

ROUSSEAU, T. (2007). Evaluation de la communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. In ROUSSEAU, T. *Démences Orthophonie et autres interventions*. Isbergues : Ortho Edition.

ROUSSEAU, T. (2008). Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. In ROUSSEAU, T. *Les approches thérapeutiques en orthophonie - Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*, 157-179. Isbergues : Ortho Edition.

SPECTOR, A., ORRELL, M., DAVIES, S., WOODS, R.T. (2002). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford : Update Software.

VANDERHEYDEN J.-E., KENNES, B. (2009). *La prise en charge des démences. Approche transdisciplinaire du patient et de sa famille. Alzheimer, Parkinson et autres démences*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

VAUCLARE, E. (2012). *Démence type Alzheimer, mémoire culturelle régionale et communication. Conception et utilisation d'un support visuel stimulant la mémoire culturelle de la Lorraine dans l'étude de la communication de 10 patients atteints de DTA*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Lorraine.

ZANNINO, G., PERRI, R., PASQUALETTI, C., CARLESIMO, G. (2006). Category-specific semantic deficit in Alzheimer's patients: The role of semantic distance. *Neuropsychologia*, **44**, 52-61.

DURRMEYER Anne-Sophie

Démences, mémoire culturelle régionale et communication

Utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle lorraine dans l'étude de la communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, en prise en charge individuelle et collective.

Mémoire de Recherche d'Orthophonie – Nancy 2013

Résumé

Cette étude fait suite au mémoire d'Elisa Vauclare visant à montrer l'existence d'un lien entre la mémoire culturelle régionale et la communication des patients atteints de Démence Type Alzheimer (DTA) ou maladies apparentées. Dans le but de corroborer les résultats de cette précédente étude nous avons proposé à 8 patients deux entretiens individuels, l'un visant à stimuler la mémoire culturelle régionale (sur le thème de Stanislas) l'autre ne stimulant pas cette mémoire (sur le thème de la reine Victoria d'Angleterre), afin d'observer les variations quantitatives et qualitatives dans leur communication. Parallèlement, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'utilisation d'un tel matériel lors d'une prise en charge collective. De ce fait, nous avons testé ces mêmes thèmes (Stanislas et Victoria) auprès de 2 groupes de 4/5 patients atteints de DTA et maladies apparentées.

Les résultats obtenus vont dans le même sens que ceux mis en évidence par Elisa Vauclare à savoir: la stimulation de la mémoire culturelle semble être un outil pertinent dans la prise en charge individuelle et collective de patients atteints de DTA ou maladies apparentées.

Mots-clés : Démence type Alzheimer - Mémoire culturelle régionale - Communication - Réminiscence - Prise en charge collective

Abstract

This study follows Elisa Vauclare's report that shows the existence of a link between regional cultural memory and communication in the patients suffering from dementia Alzheimer type (DAT) or related diseases. In order to corroborate the results of this previous study, we interviewed eight patients for two individual sessions, one to stimulate regional cultural memory (on the theme of Stanislas) the other not stimulating this memory (on the theme of Queen Victoria of England) in order to observe quantitative and qualitative changes in their communication. At the same time, we questioned the relevance of the usage of such materials in a collective coverage. Therefore, we tested these themes (Stanislas and Victoria) with two groups of 4 or 5 patients with DAT and related diseases.

The results points in the same direction as those highlighted by Elisa Vauclare, namely the stimulation of cultural memory seems to be a useful tool for the individual and collective coverage of patients with DAT or related diseases.

Key-words : Dementia Alzheimer type - Regional cultural memory - Communication - Recollection - Collective coverage

Jury

Professeur X. DUCROCQ, Professeur des Universités en Neurologie, Président du jury
Madame L. POTTIER, Orthophoniste, Directrice du Mémoire
Madame T. JONVEAUX, Docteur en Neurologie, Assesseur

Date de soutenance 17 juin 2013