



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2017/2018

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**Intérêts d'une prise en charge orthophonique
de groupe sur les capacités de communication
du patient atteint de la maladie d'Alzheimer**

Présenté par *Clémence DELAHAYE*

Née le 08/04/1993

Président du Jury : Monsieur MAZOUÉ Aurélien – Orthophoniste, chargé de cours au CFUO

Directeur du Mémoire : Madame MONNET Inès – Orthophoniste, chargée de cours au CFUO

Co-directeur du Mémoire : Madame VERRIER Nadège – Maître de Conférence UFR
Psychologie Université de Nantes

Membre du jury : Madame TERPEREAU Juliette – Orthophoniste, chargée de cours au CFUO

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

Je, soussignée Clémence DELAHAYE, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Nantes, le 25 septembre 2017,

Remerciements

Merci à Monsieur Aurélien Mazoué et Madame Juliette Terpereau pour leur attention et le temps porté à ce travail ainsi que pour leur participation à mon jury de mémoire.

Je remercie aussi vivement Inès Monnet, pour son accompagnement et son soutien tout au long de ce mémoire et de ce stage de fin d'année, pour ses partages, pour sa conviction et sa confiance placées dans le soin orthophonique.

Merci également à Nadège Verrier, de m'avoir éclairée à chaque échange.

Un merci tout particulier aussi à toutes les personnes qui ont contribué à ce travail par leurs conseils, leurs éclairages et leurs relectures.

Un immense merci aux patients et à leurs proches qui ont accepté de participer à ce travail, qui ont partagé leur quotidien, leur ressenti.

Un merci tout particulier à leurs orthophonistes aussi, pour leur implication dans ce projet.

Merci aux enseignants du centre de formation d'avoir transmis leur savoir et enclenché de multiples réflexions.

Un immense merci à tous mes maîtres de stage, pour nos échanges, pour leurs partages d'expérience et transmissions.

Merci aussi, évidemment, à tous les patients rencontrés au cours de ces stages, qui ont fait évoluer mon regard, grandir mon intérêt pour l'orthophonie et m'ont permis de construire, rencontre après rencontre, un début d'expérience.

Merci aussi à toutes les personnes rencontrées au cours de ces cinq années de formation, pour ces échanges riches, et ces liens tissés.

Merci à mes proches. Merci pour vos soutiens, conseils, mots et autres présences chaleureuses. Merci pour tous les moments passés ensemble, et ceux à venir.

Liste des abréviations

AMO : Acte Médical Orthophonique

APA : American Psychiatric Association

DSM – V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^e édition

EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETNA 3 : Etude d’Evaluation de trois thérapies non-médicamenteuses

GALI : Grille d’Analyse des Interactions Libres

GECCO : Grille d’Evaluation des Capacités de Communication

GRECO : Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives

Groupe C : Groupe contrôle

Groupe E : Groupe expérimental

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MMSE : Mini-Mental State Evaluation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAQUID : étude Personnes Agées : quid ?

TEP : Topographie par Emission de Protons

TLC : Test Lillois de Communication

Sommaire

I. Introduction	1
A. Généralités sur la maladie d'Alzheimer	1
1. Données sociodémographiques et enjeu de santé	1
2. Physiopathologie	1
3. Diagnostic clinique	2
B. Tableau clinique	3
1. Troubles mnésiques	3
2. Autres troubles	3
C. Langage et maladie d'Alzheimer	4
1. En expression	4
2. En compréhension.....	5
D. Le trouble de la communication	6
1. La communication	6
2. Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication.....	6
3. Répercussions du trouble de la communication.....	8
E. Remédiations aux troubles de la communication.....	10
1. Traitement médicamenteux.....	10
2. Prise en charge non médicamenteuse.....	11
F. Le groupe comme outil thérapeutique	16
1. Le groupe comme outil social.....	16
2. L'évaluation des prises en charge de groupe	17
G. Objectifs et hypothèses de travail	18
II. Matériel et méthode.....	18
A. Préambule et présentation des variables.....	18
B. Description de l'intervention orthophonique	19
1. Objectifs, moyens et fondements théoriques de la séance	19

2.	Description d'une séance	21
C.	Participants	22
1.	Critères d'inclusion et d'exclusion	23
2.	Recrutement, variables et critères d'appariement	23
D.	Mesures et outils	25
1.	Le Mini-Mental State Evaluation.....	25
2.	La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication	25
3.	La Grille d'Analyse des Interactions Libres	27
4.	Entretien avec l'aidant	28
E.	Appariement des groupes contrôle et expérimental.....	28
F.	Traitement statistique	30
G.	Respect éthique	30
III.	Résultats	31
A.	Les grilles de communication	31
1.	Comparaison des groupes à la fin de l'étude	31
2.	Comparaison des évolutions entre les deux groupes	32
3.	Evolution du groupe contrôle.....	33
4.	Evolution du groupe expérimental.....	34
5.	Corrélation entre le nombre de séances et l'évolution.....	35
B.	Ressentis qualitatifs des aidants quant à la communication	35
1.	Appétence à la communication	36
2.	Initiative de la conversation	36
3.	Aspects langagiers	36
4.	Activités sociales	37
C.	Impression des patients quant au groupe orthophonique	38
IV.	Discussion	40
A.	Vérification des hypothèses	40

1.	Influence sur l'adéquation générale à la communication.....	40
2.	Influence sur les capacités conversationnelles.....	40
3.	Identification qualitative d'un maintien ou d'une amélioration de la communication.....	40
4.	Influence du soin sur la communication générale.....	41
B.	Interprétation des résultats	41
1.	Retour sur l'évolution des participants au soin groupal.....	41
2.	Le soin groupal et ses possibilités.....	42
3.	La place des aidants	44
C.	Limites et forces de l'étude	45
1.	Limites de l'étude	45
2.	Forces, intérêt et originalité de l'étude.....	48
3.	Pistes pour des études futures	49
D.	Conclusion.....	50

I. Introduction

Accrue par le vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer constitue un défi de santé actuel. Les problématiques mnésiques, langagières, exécutives et communicationnelles liées à la maladie incluent l'orthophoniste dans le parcours de soin du patient. Face aux répercussions générales, sociales, identitaires et familiales du trouble de la communication, la prise en charge orthophonique de groupe est parfois proposée et permet de se centrer sur ces aspects. Elle constitue une alternative au soin en individuel. Face à ces différentes modalités de soin, il est nécessaire d'adopter un recul critique et d'en évaluer la pertinence afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les intérêts d'une prise en charge orthophonique de groupe sur les capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, grâce à une pré-expérimentation de type pré- et post-test en comparaison à un groupe contrôle. Pour cela, il est nécessaire d'évoquer certaines généralités à propos de la maladie d'Alzheimer, avant de décrire les troubles communicationnels et leurs répercussions. Différentes remédiations sont envisageables, parmi lesquelles la prise en charge orthophonique groupale, qui sera plus longuement détaillée. Ensuite, la démarche méthodologique sera retracée. Les résultats, seront finalement présentés puis discutés, avec les limites et interrogations soulevées.

A. Généralités sur la maladie d'Alzheimer

1. Données sociodémographiques et enjeu de santé

Plusieurs plans nationaux attestent du défi de santé que constitue la maladie d'Alzheimer (« Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 », 2017). En effet, avec 900 000 personnes atteintes en France et 225 000 nouveaux cas par an, elle est la maladie neurodégénérative la plus fréquente (France Alzheimer, 2017 ; Fondation Alzheimer, 2012). Cette maladie est nettement corrélée à l'âge ; passant d'une prévalence de 1,2 % pour les 65-90 ans à 28,5 % après 90 ans (Ankri, 2009). Elle est également la première cause de dépendance lourde du sujet âgé, motif principal d'institutionnalisation d'une personne (Amieva et al., 2012; Haute Autorité de Santé, 2011).

2. Physiopathologie

D'un point de vue physiopathologique, deux lésions attestent de la maladie : la présence de plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire. Ces lésions sont retrouvées dans un premier temps au niveau de l'hippocampe, siège de la mémoire, avant de s'élargir au cortex cérébral. Ces deux processus sont liés à des protéines : le peptide bêta-amyloïde pour les plaques séniles et la protéine tau pour les dégénérescences neurofibrillaires. En raison de

facteurs génétiques et environnementaux, l'accumulation de la protéine bêta-amyloïde contribue à la formation des plaques séniles ou plaques amyloïdes. Cette accumulation se révèle toxique pour les cellules nerveuses, ce qui se traduit par une augmentation de la phosphorylation de tau, protéine de structure du neurone. Cela entraîne la dégénérescence neurofibrillaire et, à terme, la mort de la cellule nerveuse. La seule présence de plaques séniles ne signe pas le diagnostic de maladie d'Alzheimer ; pourtant, elle peut être prédictive de la survenue de la maladie une quinzaine d'années plus tard (Amieva, Mokri, et al., 2014). On parle alors de phase asymptomatique (Inserm, 2017; McKhann et al., 2011). Il arrive que les lésions soient localisées. Selon la localisation, les symptômes peuvent alors prendre différentes formes. Les liens temporels entre la lésion pathologique et l'apparition des signes cliniques sont encore à éclaircir (Croisile, Auriacombe, Etcharry-Bouyx, & Vercelletto, 2012).

3. Diagnostic clinique

Cette pathologie fait partie des troubles dits neurocognitifs, autrefois appelés « démences ». Le trouble neurocognitif est défini par le DSM-V comme un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau de fonctionnement antérieur. Ce déclin interfère avec les activités de la vie quotidienne (American Psychiatric Association, 2015). Il peut concerner un ou plusieurs domaines cognitifs : l'attention complexe, les fonctions exécutives, l'apprentissage et la mémorisation, le langage, les activités perceptivomotrices ou la cognition sociale.

Les critères diagnostiques utilisés de manière consensuelle sont décrits premièrement par un trouble neurocognitif léger ou majeur, avec un début insidieux et une progression graduelle dans un ou plusieurs domaines cognitifs, précédemment évoqués (McKhann et al., 2011). La distinction entre le trouble neurocognitif léger ou majeur est fonction de l'impact du trouble sur l'autonomie du patient. Le DSM-V (APA, 2015) s'appuie sur cette définition. Le niveau de certitude peut varier de possible (seul le tableau clinique concourt à cette hypothèse) à probable (mutation génétique, déclin constant et progressif, absence d'étiologies mixtes). Le diagnostic certain ne peut être posé qu'après une analyse anatomopathologique ou dans certains cas génétiques (Dubois & Michon, 2015).

Le diagnostic est principalement clinique. Recueillir la plainte du patient et les dires de l'entourage prime pour apprécier la situation de vie quotidienne. Cela s'ajoute aux observations faites lors de l'entretien (Dubois, Bombois, & Pasquier, 2015). En outre, une analyse neuropsychologique approfondie précise les déficits cognitifs repérés. C'est la description du tableau clinique et la façon dont ce trouble interfère avec la vie quotidienne qui permet d'argumenter le diagnostic de démence type Alzheimer (DTA). En outre, les biomarqueurs,

reflétant la présence de plaques séniles ou de dégénérescences neurofibrillaires, sont mesurés à l'imagerie. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de mettre à jour une atrophie localisée au niveau hippocampique ou plus étendue selon l'évolution de la maladie. La topographie par émission de proton (TEP), autre technique d'imagerie permet de visualiser le fonctionnement et l'altération des structures cérébrales. De plus, une ponction lombaire rend compte de la variation des protéines dans le liquide cérébro-spinal. Ainsi, les symptômes cliniques ne sont plus les seules données conduisant au diagnostic : les critères physiopathologiques sont également recherchés (Molin & Rockwood, 2016).

B. Tableau clinique

1. Troubles mnésiques

Les troubles de la mémoire sont les premiers symptômes rapportés par le patient et souvent ceux qui prédominent. Ils peuvent apparaître précocement, jusqu'à 12 ans avant qu'un diagnostic soit émis (Amieva, Mokri, et al., 2014). En premier lieu, l'altération de la mémoire épisodique est souvent ce qui incite le patient et son entourage à consulter. L'encodage, le stockage et donc nécessairement la récupération des informations sont déficitaires, ce qui se traduit par des oublis fréquents, des difficultés à mémoriser les nouvelles informations. Ce déficit de mémoire épisodique est lié à une désorientation temporo-spatiale : les patients subissent un trouble de l'orientation spatiale et des difficultés de repérage dans le temps. Par ailleurs, la mémoire autobiographique est plus tardivement touchée et les souvenirs anciens sont plus longtemps préservés. En effet, leur trace a été davantage consolidée en mémoire. Peu à peu, cette mémoire s'altère, parallèlement à l'atteinte de la mémoire sémantique. Celle-ci est perturbée relativement précocement, contrairement au vieillissement normal où les compétences sont conservées. Ainsi, les mémoires dites de haut-niveau sont précocement perturbées (mémoire épisodique, mémoire de travail et mémoire sémantique). En revanche, les mémoires qui mettent en jeu des processus plus automatiques, comme la mémoire procédurale et la mémoire implicite, sont davantage préservées (Amieva, Belliard, & Salmon, 2014).

2. Autres troubles

S'il est admis que les troubles de la mémoire sont parmi les premiers symptômes observés chez les patients souffrant d'un trouble neurocognitif type Alzheimer, d'autres troubles cognitifs existent dans le cadre de cette pathologie. Des troubles praxiques, gnosiques, visuo-spatiaux et exécutifs ainsi que des troubles langagiers, détaillés par la suite, sont relevés. Les troubles praxiques, bien qu'apparaissant plus tardivement, sont parfois majeurs. Ils conduisent progressivement à une forte dépendance pour les gestes du quotidien (habillage,

soins d'hygiène, alimentation, etc.). Les troubles gnosiques prennent différentes formes. L'agnosie visuelle est importante avec la difficulté à reconnaître des images puis des visages. L'anosognosie, absence de conscience de la maladie, n'est pas présente au début de la maladie, ce qui peut expliquer que certains patients soient anxieux, déprimés. Elle grandit au fil de l'évolution de la maladie, conduisant le patient à une minimisation voire une ignorance de ses difficultés (Sellal & Kruczek, 2007). Des troubles psycho-comportementaux comme la dépression, l'anxiété, une certaine agressivité et une agitation sont également décrits cliniquement. L'étude longitudinale PAQUID (Amieva, Mokri, et al., 2014) révèle que certains patients sont dépressifs jusqu'à 6 ans avant que le trouble ne soit attesté.

C. Langage et maladie d'Alzheimer

Parallèlement à l'atteinte cognitive, la maladie d'Alzheimer provoque des troubles du langage, des versants expressifs ou réceptifs, à l'oral ou à l'écrit. L'expression orale est plus largement étudiée (Klimova & Kuca, 2016). C'est également l'axe privilégié de ce travail, l'écrit ne constituant généralement pas le canal préférentiel de communication.

1. En expression

Au niveau langagier, l'expression est prioritairement touchée. Les symptômes sont précoces et apparaissent insidieusement dès la phase préclinique : le langage spontané est moins riche et laisse apercevoir les premières difficultés (Forbes-McKay, & Venneri, 2005), notamment au niveau du lexique. Depuis de nombreuses années déjà, ont été décrits des perturbations de la fluence, la présence de thèmes récurrents, un manque du mot notable, des stéréotypies et persévérations pouvant aller jusqu'à l'écholalie, c'est-à-dire une répétition des derniers mots ou syllabes entendus, ou la palilalie, c'est-à-dire une répétition des derniers mots ou phrases prononcés, sans valeur de communication (Amieva, Belliard, et al., 2014; Binetti et al., 1995). On trouve également des paraphasies, une utilisation de termes génériques ou vagues, des digressions (Rousseau, 2011a). Tous ces aléas sont autant d'impacts sur la communication.

Outre ces difficultés lexicales, la sémantique, qui traite du sens de la parole, s'altère progressivement dans la maladie d'Alzheimer. Les liens entre les concepts verbaux sont affaiblis, leur organisation s'altère (Eustache, Bejanin, Lambert, Laisney, & Desgranges, 2015) même si les informations super-ordonnées sont généralement conservées (Laisney, Desgranges, Eustache, & Giffard, 2012). Cela explique la présence de nombreuses paraphasies sémantiques. Ainsi, le patient peut utiliser indistinctement le mot « pie » pour « corbeau ». Les ressemblances et dissemblances entre ces deux entités sont floues, mais la catégorisation « oiseau » est conservée. Les compétences phonologiques et morphosyntaxiques sont, en revanche, intactes

aux stades initiaux de la maladie et relativement préservées par la suite (Amieva, Belliard, et al., 2014; Rousseau, 2011a).

Ce n'est pas le cas de la pragmatique, c'est-à-dire l'utilisation du langage en situation de communication, qui se voit modifiée avec l'apparition de la maladie. On note notamment l'oubli plus ou moins fréquent du pronom ou de son référent. Le sujet du propos prête donc parfois à confusion. La logique organisationnelle du discours décline parallèlement (Rousseaux, Sève, Vallet, Pasquier, & Mackowiak-Cordoliani, 2010), consécutivement aux atteintes cognitives et langagières. La structure de l'énoncé et l'organisation des idées entre elles peuvent être perturbées. La transmission des informations est moins efficace, le maintien de la cohérence thématique et de la cohésion lexicale n'est pas aisé (Berrewaerts, Hupet, & Feyereisen, 2003). Par exemple, les patients ont tendance à changer de thème de discussion brusquement et de façon inopportune, à ne pas lier leurs idées entre elles. On relève également une difficulté dans la cohérence du discours. Le locuteur peine à le faire progresser : les mêmes idées sont données à plusieurs reprises. De plus, il n'est parfois que très peu informatif. En situation de communication référentielle, les informations sont confuses, les traits pertinents ne sont pas mentionnés. En outre, une absence de relation entre les actions ou événements du discours est notée et parfois une contradiction entre ceux-ci (Carlomagno, Santoro, Menditti, Pandolfi, & Marini, 2005). Ainsi, les difficultés langagières ont pour conséquence un discours flou, parfois sans sens apparent et peu organisé. Les difficultés mnésiques et exécutives ajoutent à la confusion du propos. Ces troubles expressifs sont en lien avec les difficultés de compréhension que peuvent éprouver les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

2. En compréhension

La compréhension, est un versant à ne pas négliger, malgré la présence, au premier plan, de la diminution des capacités expressives. Ce sont bien ces deux versants, expressif et réceptif, qui permettent le maintien de la communication orale. Bien que nettement moins étudiée que la production, on sait toutefois que la compréhension simple reste longtemps stable, notamment en contexte. En effet, les difficultés rencontrées par le patient surviennent généralement lorsqu'il doit gérer l'implicite ou des phrases complexes, mêlant plusieurs idées (Rousseau, 2011a). Néanmoins, la capacité de compréhension peut être aléatoire selon les individus ; même si la maladie progressant, elle a tendance à s'altérer (Sellal, & Kruczek, 2007).

Par ailleurs, la cognition sociale, ensemble d'aptitudes qui permettent de réguler les interactions entre les individus, semble relativement préservée. Elle implique des connaissances telles que le raisonnement moral, préservé chez ces patients, ou l'empathie qui décroît

parallèlement à la progression de la maladie (Fortier, Besnard, & Allain, 2016). Ces capacités influencent la qualité des échanges par les réponses, l'ajustement à l'autre plus ou moins adéquats. En outre, le traitement des émotions véhiculées par la parole de l'autre est conservé (Bucks & Radford, 2004; Fortier et al., 2016; Gatignol, Aubert-Garaïalde, & Rousseau, 2011) à la fois en perception, compréhension et expression. Les capacités de compréhension sont influencées par la position de l'interlocuteur.

Les troubles cognitifs, qu'ils soient mnésiques, exécutifs et surtout langagiers, participent à l'altération de la communication. Toutefois, le trouble de la communication ne résulte pas de la simple somme des troubles du langage précédemment évoqués (Rousseau, 2011b). Dans le contexte de maladie d'Alzheimer, les échanges peuvent être mis à mal.

D. Le trouble de la communication

1. La communication

La communication est traditionnellement définie comme l'utilisation de tout moyen dans le but d'échanger des pensées, des connaissances, des sentiments avec d'autres. L'impact des mots n'est plus à démontrer mais l'aspect non-verbal a également toute son importance : le regard, les gestes, la voix, la posture signifient aussi. La communication désigne ainsi toute façon d'être avec l'autre ; plus généralement, tout comportement. Elle revêt la possibilité qu'à chacun de s'exprimer, d'être compris et de comprendre le monde qui l'entoure, au travers des relations entretenues avec les autres. La communication englobe l'idée de transmission, de lien, de relation à l'autre (Brin-Henry, 2011; Kerbrat-Orecchioni, 2005; Neveu, 2011). Elle se joue toujours entre plusieurs partenaires : l'interaction conduit à une influence réciproque des partenaires sur leurs actions respectives (Kerbrat-Orecchioni, 2005). Ainsi se tisse l'interaction entre les interlocuteurs, qui participent à part égale au maintien et au bon déroulement de l'échange.

2. Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication

La communication est malmenée pour différentes raisons dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. D'une part, le sujet atteint du trouble neurocognitif communique moins : au stade initial de la maladie, il s'en sent moins capable et préfère préserver son image, ne pas se confronter à l'échec. Il a alors tendance à moins s'exprimer, ou délaisse les sujets qui lui semblent trop complexes. Peu à peu, il est de moins en moins intégré dans les échanges (Rousseau, 2011b). D'autre part, l'interlocuteur a également un rôle à jouer.

En ce qui concerne la compétence conversationnelle des patients Alzheimer, certaines capacités sont préservées et constituent alors un appui pour l'interaction. On note généralement

un maintien des tours de parole si l'interlocuteur laisse la possibilité de pauses plus longues pour s'y insérer. Les stratégies de politesse, l'accès à l'humour sont également longtemps présents. En revanche, il peut être difficile pour les patients de gérer l'implicite, les inférences, c'est-à-dire ce que l'interlocuteur laisse à entendre sans le dire. Cela est mis en lien avec des difficultés de théorie de l'esprit (Fortier et al., 2016). A contrario, le patient peut s'appuyer sur les compétences communicationnelles, notamment non-verbales. Il est souligné non seulement une préservation de ce canal non-verbal mais également son augmentation (Jauny, Mouton, & Rousseau, 2010). En effet, le regard, la posture, les gestes ou les tensions musculaires, la proxémie, les instants de silence, l'intonation, les expressions faciales sont autant de façon de signifier et de comprendre l'autre. Cette communication non-verbale prend même le pas sur le propos verbal, lorsque les deux sont dissonants. Les inférences sont réalisées en fonction du ton du locuteur et non de l'information délivrée (Mehrabian & Wiener, 1967). Il est d'ailleurs constaté une amélioration de la communication du patient lorsque son interlocuteur associe une communication non-verbale, notamment sous forme de gestes, à sa parole. L'interaction est alors plus facilement maintenue (Jauny et al., 2010).

Par ailleurs, certains troubles du comportement sont souvent décrits dans la maladie d'Alzheimer : fugues, cris, agitation, troubles des conduites alimentaires et sociales, déambulation (Cott, Dawson, Sidani, & Wells, 2002; Goldberg, Bruce, Hodgson, & Schweitzer, 2013). L'étude multicentrique, de grande envergure, d'Aalten et al. (2007) décrit une apathie dans 55 % des cas, de l'anxiété, de la dépression pour 37 % des personnes et une agitation motrice pour 9,5 % d'entre eux. Tous symptômes neuropsychiatriques confondus, plus de 80% des patients sont concernés (Dubois & Michon, 2015). Ces manifestations, consécutives aux troubles gnosiques et temporo-spatiaux, ont un impact les messages non-verbaux mais également sur le propos-même du message verbal délivré.

D'autre part, l'interlocuteur entre également en jeu dans la communication et donc dans son bon déroulement. Il peut, notamment, éprouver différentes réactions face à une situation de communication qui achoppe. Il lui est parfois difficile de savoir comment s'adapter. En effet, cet interlocuteur est tenté de renvoyer au patient ses non-sens, de l'inciter à se souvenir, de le rappeler à la réalité. Même si cela est fait avec bienveillance ou dans l'espoir de restaurer l'échange, quelques souvenirs, la communication ne s'en trouve pas rétablie pour autant. Une asymétrie s'installe. En outre, il n'est pas rare que cet interlocuteur ne sache pas quel crédit accorder à la parole émise par la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : est-elle vraie, fiable ? Cela ajoute à la hiérarchie, qui s'établit insidieusement entre les participants à la

conversation : il y a un locuteur sachant et l'autre non. Dès lors, le statut de locuteur du patient, la place de sa parole sont remis en question (Goldberg et al., 2013). De plus, la communication comme source de plaisir et de lien est clairement détériorée : en situation de vie quotidienne, c'est-à-dire dans la plupart des échanges, cette parole est vécue difficilement. Les échanges sont donc moindres et concernent de plus en plus exclusivement des aspects pratiques du quotidien. La communication n'est plus associée au plaisir d'être ensemble mais à la notion de contraintes quotidiennes.

Ainsi, le trouble de la communication peut s'instaurer progressivement entre le locuteur et son interlocuteur. Les répercussions pour le patient Alzheimer et son entourage sont multiples.

3. Répercussions du trouble de la communication

a) *Répercussion sur l'état général du patient*

Tout d'abord, le trouble de la communication a des répercussions au niveau de l'état général du patient. En effet, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer émet généralement moins de demandes ou celles-ci ne sont pas comprises. L'analyse de ses propres sensations et besoins physiologiques est également altérée. La personne Alzheimer peut donc souffrir de faim, soif, fatigue, douleurs etc. sans que celles-ci ne soient soulagées. Une réaction de colère, de frustration, d'incompréhension peut alors émerger. Le risque est de traiter davantage cette « réaction agressive » ou comportement indésirable que la cause en elle-même. L'altération de la communication a donc non seulement des répercussions sur l'état général du patient mais constitue également un obstacle au suivi médical. Par ailleurs, les interactions verbales lors d'une visite médicale se font surtout entre l'aidant et le médecin. Les propos du patient se font plus rares (16 % des échanges) et ne permettent pas d'orienter aussi finement le diagnostic et le traitement (Schmidt, Lingler, & Schulz, 2009). Plus généralement, ces difficultés de communication entravent également les soins quotidiens (Hopper, 2001). Il est en effet plus facile de prendre soin d'une personne manifestant précisément et de façon adéquate ses besoins et envies. La communication a donc une influence directe sur les soins corporels, médicaux, et par répercussion, sur l'état général du patient.

b) *Perte sociale*

D'une façon générale, le vieillissement conduit au retrait social. En effet, l'avancée en âge se caractérise par une série de pertes successives affectant les sphères relationnelles, psychiques, cognitives et physiques. Physiquement, le corps est décrit comme un « corps qui

lâche » ; l'équilibre, la marche sont mis à rude épreuve avec pour conséquence une dépendance qui s'accroît au fil du temps. Les sens, liens avec l'environnement, défont également. 94 % des plus de 57 ans subissent l'altération d'au moins un de leur sens ; la combinaison de plusieurs altérations est la norme avec l'avancée en âge (Correia et al., 2016). Ces pertes contribuent au retrait social, exacerbé en cas de pathologie (Hugonot-Diener et al., 2017). On comprend aisément que l'influence d'un trouble de la communication entrave d'autant plus les liens sociaux. Sur le plan psychique, la perte du rôle social est une perte douloureuse du grand âge, et arrive prématurément dans le cas de la maladie. L'autonomie et la participation aux activités sociales peut décliner jusqu'à 3 à 6 ans avant même le diagnostic de maladie d'Alzheimer (Amieva, Mokri, et al., 2014). Ajouté à ces pertes, le trouble de la communication ne fait qu'accentuer le retrait social et les difficultés du quotidien. La réduction de la capacité à interagir avec son environnement social et physique a un impact négatif sur l'autonomie, le bien-être, et l'image de soi (Wahl, Iwarsson, & Oswald, 2012).

c) Perte du sentiment d'identité et du statut d'interlocuteur

Les troubles de la communication ont une répercussion plus intime, qui a trait à l'identité. En effet, la dépendance associée à l'altération des liens intersubjectifs écorne le sentiment d'identité personnelle. Qui suis-je ? Qui ai-je été ? Les interactions avec l'autre permettent de se construire et d'exister en tant qu'être. Les souvenirs, parfois abîmés dans la maladie, constituent le continuum de l'identité. Lorsque la communication est mise à mal, c'est le sentiment d'identité personnelle qui est modifié (Vinay, Gérard, Bonnet, Rexand-Galais, & Fromage, 2016). Le caractère de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est parfois décrit comme changé, fluctuant. De plus, les difficultés communicationnelles accroissent les répercussions de la maladie, en apportant leur lot d'incompréhension, de non-ajustement à l'autre et à la situation et de frustration (Woodward, 2013). La frustration est, en effet, une réaction aux échecs de communication : les ratés de la conversation mènent à une incompréhension entre les différents protagonistes de l'échange (Goldberg et al., 2013).

d) Répercussion sur les aidants.

Les aidants, partenaires de communication privilégiés et soutiens quotidiens, ont un rôle essentiel dans l'accompagnement du sujet atteint par la maladie d'Alzheimer. Le couple aidant-aidé est le premier à subir le trouble de la communication.

Les aidants décrivent une charge quotidienne lourde. Selon l'étude menée par Vallée et Vallée (Vallée & Vallée, 2017), critiquable par le peu de personnes interrogées mais riche

d'analyse clinique, 70 % des aidants passent plus de six heures par jour à s'occuper de leur proche. Les aspects physique, cognitif, financier, affectif, psychologique et organisationnel les affectent. Leurs propres occupations et leur propre santé passent souvent après ce « devoir à accomplir », comme ils le nomment.

Le fardeau est d'autant plus pesant que l'isolement social se fait sentir, et que la communication entre le patient et son aidant n'est plus optimale. La perte d'une communication de qualité est souvent un point de non-retour dans la charge qui affecte l'aidant (Small, Gutman, Makela, & Hillhouse, 2003). La place de la communication est donc centrale dans le quotidien des aidants. Ceux-ci font part de leurs besoins concernant l'information sur la maladie (symptômes, traitement, évolution, aides existantes et conseils pratiques) et l'acquisition d'habiletés pour optimiser l'aide qu'ils peuvent apporter au quotidien à leur proche malade (Amieva et al., 2012). Avoir pour objectif de soin la communication a donc évidemment tout son sens. Les répercussions du trouble de la communication sur les aidants sont un cercle vicieux. Elles entraînent un abandon réciproque de la communication (Rousseau, 2011b) : les troubles du langage et de la communication du patient conduisent à un renoncement à l'échange pour l'entourage. Cela entraîne un isolement du malade, une perte du statut d'individu communicant et une apparition de troubles psycho-comportementaux. Cela ne fait qu'aggraver les troubles du patient Alzheimer. La spirale délétère est amorcée.

En somme, le trouble de la communication a des répercussions non seulement sur l'état du patient mais touche également son identité et sa place sociale. Il revêt une place centrale dans le fardeau des aidants principaux. Ainsi, les besoins des patients en matière de communication devraient être abordés le plus tôt possible, afin de maintenir les interactions sociales, réduire l'impact de ces troubles et permettre une meilleure qualité de vie des patients (Potkins et al., 2003). La communication n'en est pas pour autant absente : elle est autre. Remédier aux troubles de la communication nécessite donc d'adopter un regard centré non pas sur le langage, mais sur l'interaction.

E. Remédiations aux troubles de la communication

1. Traitement médicamenteux

Pour remédier au trouble de la communication, différentes pistes peuvent être exploitées. Depuis quelques années, la recherche est en plein essor dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Celle-ci n'est plus une maladie qu'on ne traite pas : il existe des traitements médicamenteux qui permettent de réduire ou ralentir la progression de certains symptômes (Forette, 2009). Différentes pistes sont explorées pour mettre au point ces traitements

symptomatiques substitutifs. La première concerne l'anomalie des systèmes de neurotransmetteurs, avec au premier plan le système cholinergique, impliqué dans le fonctionnement de la mémoire. Ce traitement permet une amélioration modérée des fonctions cognitives, des activités de la vie quotidienne et du jugement global, comme le prouve la méta-analyse Cochrane (Birks, 2006, cité par Forette, 2009). Les effets sont également visibles sur les troubles neuropsychiatriques et fonctionnels, ainsi que sur le fardeau de l'aidant (Trinh, Hoblyn, Mohanty, & Yaffe, 2003, cités par Forette, 2009 ; Lingler, Martire, & Schultz, 2005, cités par Forette, 2009). La mémantine, molécule présente sur le marché, a une activité sur les fonctions cognitives et le déclin fonctionnel, notamment dans les stades sévères et plus récemment sur les stades modérés du développement de la maladie. L'efficacité reste toutefois très modeste (Forette, 2009).

De nouveaux traitements, basés sur les processus de la maladie sont en cours de développement. L'hypothèse amyloïde, l'immunothérapie (avec vaccins et utilisation des anticorps) et la thérapie ciblant la protéine tau sont des pistes en développement. Les recherches visent à la fois un traitement curatif et un traitement symptomatique. Toutefois, il est à noter que l'efficacité des traitements, – mesurée, le plus souvent, sur les capacités cognitives ou comportementales des patients, – n'est pas pleinement satisfaisante. En outre, il est extrêmement rare que la communication fonctionnelle soit utilisée comme paramètre de résultat pour juger de l'efficacité d'un traitement, notamment dans les tâches du quotidien (Haberstroh et al., 2013).

Ainsi, les impacts de la maladie sont nombreux et le traitement médicamenteux n'apporte pas de réponse satisfaisante, notamment sur le plan communicationnel. En effet, la communication n'est pas considérée comme paramètre pour juger de l'efficacité d'un traitement ; on considère davantage qu'elle découle des autres fonctions traitées. Pire, elle est souvent considérée comme secondaire. D'autres possibilités de soin et d'accompagnement doivent donc être envisagées. C'est là tout l'enjeu des thérapies non-médicamenteuses.

2. Prise en charge non médicamenteuse

a) *Apport de l'orthophonie*

Edvardsson, Winblad et Sandman (2008) soulignent l'importance d'un soin centré sur la personne, avec pour point d'accroche des valeurs respectueuses, éthiques et humaines : c'est par cet angle que nous connaissons l'individu et qu'il sera non pas réceptacle de soin mais sujet à part entière. Cet abord est essentiel si l'on prétend s'attacher à la communication qui sous-tend l'idée que l'individu puisse s'exprimer, échanger avec ses interlocuteurs. Le soin centré

sur la communication est d'autant plus complexe qu'il s'envisage comme un carrefour entre plusieurs systèmes. Effectivement, elle nécessite une prise en compte psychique, cognitive et sociale. Les liens entre ces différents systèmes sont donc à envisager et exploiter (Oriane, Collette, Bastin, & Salmon, 2017).

(1) *Place de l'orthophonie dans le parcours de soin*

L'orthophonie vise cet accompagnement holistique du patient. Elle apparaît autour du diagnostic, lors de la suspicion ou de l'apparition de troubles légers, ou bien par la suite. Légitimé par le décret de compétences, l'orthophoniste est habilité à accomplir des « actes de maintien et d'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral » (Journal officiel de la République, décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste). Le bilan orthophonique, moment de rencontre, permet de relever des indicateurs subjectifs pour assurer la prise en charge. Cela ne consiste pas en un jugement par rapport à une norme, que l'on sait par avance déviant. La place des aidants, la maladie et ses impacts sur la vie quotidienne, la communication, le comportement et le retrait social sont abordés. Etre au plus près des besoins du patient permet une remédiation la plus écologique possible (Degiovani, 2008). Les objectifs sont fonction du patient. Toutefois, ils sont généralement axés autour d'une action sur le sujet pour permettre le maintien de ses capacités et d'une adaptation de l'environnement matériel et social. En outre, un autre objectif importe pour le praticien : celui de connaître, comprendre, maîtriser les déficits du langage et de la communication. Aider à la communication est un gage d'autonomie. Pour cela, Degiovani expose les pistes suivantes : permettre l'énergie cognitive et motivationnelle, ralentir le déclin, valoriser les potentialités délaissées et rehausser l'intérêt porté aux choses de la vie. De plus, les séances constituent un suivi régulier pour sentir les décrochages ou l'épuisement de l'aidant. L'orthophoniste est donc un interlocuteur privilégié et régulier sur le long terme.

(2) *Axes de remédiation de la prise en charge orthophonique*

Le soin orthophonique concerne deux abords prioritaires. D'une part, la prise en charge est axée sur la stimulation et la rééducation cognitive (Dubois & Michon, 2015) pour que les déficits cognitifs soient partie intégrante du soin. Deux grands courants sont généralement utilisés : la stimulation cognitive et la réhabilitation cognitive. La première a pour objectif une stimulation générale de la cognition au travers d'exercices ciblant différentes capacités cognitives comme la mémoire, la fluence verbale, la compréhension écrite ou orale, les fonctions exécutives. Une méta-analyse conclue à un effet positif de ces thérapies, notons

toutefois des critères de sélection larges et l'utilisation de techniques très différentes (Sitzer, Twamley, & Jeste, 2006). En ce qui concerne la réhabilitation cognitive, celle-ci s'axe davantage sur une évaluation pointue des capacités cognitives résiduelles afin de les renforcer dans le but de compenser les difficultés quotidiennes. L'adéquation entre l'aide fournie et les difficultés du patient au quotidien est importante. L'approche est donc généralement individuelle. Elle est davantage documentée à partir de l'étude de cas uniques qui soulèvent son intérêt (Adam, De Linden, Juillerat, & Salmon, 2000). Elle peut également être effectuée en groupe, selon des objectifs rigoureusement définis au préalable. Baglio et al. (2015) ont montré un impact de ces thérapies sur les capacités cognitives résiduelles et sur la présence de troubles psycho-comportementaux, lorsque la prise en charge est intensive (au moins 7 heures par semaine), variée (exercices cognitifs, physiques, activités quotidiennes et de loisirs) et régulière, ce qui la rend peu concrétisable.

D'autre part, la prise en charge orthophonique vise à prendre en compte les difficultés cognitives et langagières pour favoriser la communication. L'objectif d'un travail langagier et communicationnel est de pouvoir maintenir les interactions afin d'éviter les conséquences liées au trouble de la communication. C'est donc dans cet axe que s'envisage ce travail.

b) Soutenir et valoriser la communication

(1) Encourager les stratégies de communication existantes

Premièrement, soutenir les stratégies de communication existantes est un point-clé du suivi. Cela nécessite toutefois certains prérequis, pour le soignant, et plus généralement tout interlocuteur. En effet, il est nécessaire de « croire en l'humain dans la démence » (Quaderi, Rey, & Gori, 2013). Autrement dit, il est nécessaire de passer outre les propos incohérents, flous, incomplets ou absurdes qui mènent parfois à l'incompréhension, la frustration voire l'agacement pour voir toujours cet autre comme un être humain à part entière. Cela contribue à réduire l'impression d'étrangeté, de malaise que l'on peut éprouver face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (Quaderi et al., 2013).

Afin de soutenir les stratégies de communication, celles-ci doivent pouvoir être identifiées. De nombreuses études relatent celles qui sont préférentiellement utilisées par l'interlocuteur pour favoriser la compréhension ou par le locuteur atteint de la maladie d'Alzheimer pour permettre l'expression. Des stratégies comme le maintien de l'attention à travers le contact visuel, l'utilisation du nom notamment, les félicitations lors de la réussite d'un échange sont courantes (Wilson, Rochon, Mihailidis, & Leonard, 2012). De la même façon,

simplifier la syntaxe en fonction des processus mnésiques performants, préférer la modalité active et les phrases déclaratives, assurer une proximité entre le sujet et le verbe et éviter les phrases enchâssées ou avec trop de pronoms sont conseillés pour faciliter la compréhension. Utiliser des questions fermées, des mots fréquents ou qui permettent une représentation plus facile pour le patient sont aussi des pistes. De la même manière, fournir un support contextuel, valider, ne pas confronter à l'échec ou la correction sont intéressants pour favoriser l'échange. Le contexte aidant et sécurisant est essentiel à l'installation d'une communication. Pour cela, l'accordage émotionnel et l'appui sur la prosodie sont intéressants (Mukherjee, 2014; Rousseau, 2011a). Ces stratégies sont nécessaires mais pas toujours suffisantes à réparer les erreurs de la communication (Savundranayagam & Orange, 2014). Elles peuvent être utilisées en miroir et apparaissent en filigrane tout au long des séances de soin.

(2) *Appui sur la communication non-verbale*

La communication non-verbale prend une place non négligeable. Elle présente un appui pour le locuteur et une aide pour l'interlocuteur qui peut ainsi accéder plus aisément au message. La compréhension interpersonnelle est accrue par ce canal. En outre, la communication non-verbale contribue à la relation sociale. Elle se fait spontanément, de façon inconsciente et sollicite donc peu les ressources cognitives et attentionnelles, contrairement au message verbal. Elle est d'autant plus précieuse qu'elle est préservée dans la maladie d'Alzheimer et revêt une signification dans la dynamique de l'échange (Schiaratura, 2008). Les gestes, les expressions faciales, l'orientation du regard constituent de véritables appuis, notamment dans les stades légers et modérés de la maladie (Rousseaux et al., 2010). La posture physique est également une manière d'inviter à la conversation pour l'interlocuteur, ou bien de signifier son état pour le locuteur (Goldberg et al., 2013). Vinay et al. (2016) rappellent l'omniprésence du corps dans l'échange. Ce sont ces corps qui véhiculent la relation et permettent de s'accorder, que ce soit à travers la respiration ou les mouvements.

De plus, l'utilisation d'une communication non-verbale riche permet le maintien de l'interaction et l'amélioration des échanges (Jauny et al., 2010). Cela incite à l'utilisation en miroir. Les gestes semblent longtemps préservés et permettent de véhiculer une signification détériorée ou absente dans le discours (Schiaratura, Di Pastena, Askevis-Leherpeux, & Clément, 2015). Cela laisse la possibilité de compenser les failles du discours verbal, tant sur le versant réceptif, en s'appuyant sur les gestes produits par le locuteur, que sur le versant expressif. Les gestes ont un effet similaire à la présence d'un support contextuel qui permet de

maintenir et développer le thème. Dès lors, l'élaboration d'autres informations est facilitée, le coût cognitif que représente le maintien du thème étant amoindri par ce support.

Par ailleurs, l'adaptation para-verbale influence également les échanges et fournit des informations sur l'état émotionnel et l'intention du locuteur. Elle est une aide précieuse pour le contact avec les patients Alzheimer. Il est alors intéressant de prendre conscience des messages qui sont véhiculés à travers la fréquence, l'intensité et la modulation de l'intonation de la parole (Small, Huxtable, & Walsh, 2009). Enfin, la place des silences est essentielle : ils permettent de ponctuer les échanges, de laisser une porte ouverte, de prendre le temps que les souvenirs ou les mots refassent surface, que les pensées suivent leur cours. Ainsi, favoriser la communication se fait également au travers des indices laissés à la portée de l'interlocuteur. Elle nécessite que les participants soient en phase, au même rythme, pour être pleinement disponibles à l'échange.

(3) *Lien avec les aidants*

Permettre une meilleure communication en situation quotidienne ne peut se faire sans le partenariat avec les proches de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cela est nécessaire pour mieux comprendre le quotidien, évaluer les besoins et envisager des pistes de facilitation. Il ne s'agit pas de formuler des injonctions aux aidants mais d'apporter, au fil des rencontres, la possibilité d'un autre regard, et d'autres outils, sur la situation. La communication dépend des qualités psychosociales et de l'attitude positive de l'aidant naturel ou professionnel. Le style de communication affecte la relation : lorsqu'il est plutôt critique et dirigiste, l'attitude en réponse est plutôt négative et se manifeste par le retrait alors qu'un style encourageant et aidant facilite l'échange (Small, Perry, & Lewis, 2005). D'ailleurs, généralement, les aidants mettent en place des stratégies spontanément. En revanche, ils en sont rarement conscients et il est intéressant de pouvoir les identifier et les valoriser.

En outre, il peut être proposé à l'entourage d'adapter les stratégies de communication, en fonction de leurs besoins et de ce qui est le plus pertinent pour leur proche atteint du trouble neurocognitif. Des principes généraux sont intéressants à garder à l'esprit : lâcher prise sur certains aspects quand le soigné n'en est plus capable, cultiver les significations positives et l'humour, maîtriser les compétences du patient pour s'adapter à lui, trouver un soutien extérieur, faire le lien avec d'autres aidants (Cheng, Mak, Lau, Ng, & Lam, 2016). Suggérer ces pistes peut constituer des appuis pour les aidants. Plus les interlocuteurs habituels seront sensibles à la communication et à la prise de conscience du fonctionnement actuel, plus les échanges au quotidien en sont améliorés (Savundranayagam & Orange, 2014). Proposer un accompagnement des aidants permet d'avoir des résultats intéressants dans l'adaptation à la

personne atteinte du trouble et à la communication (Passoni et al., 2014). Ceux-ci peuvent être informés de la maladie et des stratégies d'adaptation. Toutefois, toute la responsabilité de la communication ne peut reposer sur l'aidant. En effet, elle est partagée entre chaque participant à l'échange. Les ratés et les réussites de la conversation sont donc collaboratifs (Jones, 2015).

La communication est une capacité fragile, qui se détériore au fil du temps si l'on ne reconnaît pas au sujet sa place d'interlocuteur et donc son identité (Rousseau, 2011b). L'objectif du soutien des stratégies de communication et de la collaboration avec les aidants est donc de maintenir ou restaurer le statut d'interlocuteur du patient. Ce travail en lien avec les aidants fait pleinement partie du soin orthophonique.

F. Le groupe comme outil thérapeutique

1. Le groupe comme outil social

La prise en compte de la dimension communicationnelle et sociale de la parole est donc centrale. Dès lors, la modalité de suivi individuel n'est peut-être pas suffisante. En effet, identifier les stratégies de communication effectives, les soutenir et les valoriser, permettre la communication non-verbale et favoriser les interactions sociales s'envisage avec les autres. Pour cette raison, le groupe thérapeutique est intéressant. En outre, ces échanges viennent stimuler les capacités conversationnelles de chacun de façon écologique et spontanée. Le groupe a sa place dans le suivi car il devient le lieu d'expression de la communication, dans un contexte rassurant, écologique et social. Il se veut un rempart contre le risque d'aggravation du trouble de la communication, qui entraîne repli social, perte du statut d'interlocuteur et aggravation du fardeau des aidants.

Par ailleurs, le vécu d'un groupe est thérapeutique car il permet de lier le social et l'intime, l'individualité et le collectif. Il permet également au patient de retrouver ou de continuer à exprimer un rôle social, de manifester sa capacité de penser et son identité (Ploton, 2004). Il met en place, le temps de la séance, l'existence d'un « nous » contenant et cohérent qui permet de faire face aux angoisses de la maladie et à la perte du sentiment d'identité (Vinay et al., 2016). L'individu fait ainsi partie d'un tissu social, d'un groupe avec ses propres problématiques. L'homme étant par nature un être social, le groupe permet de vivre un contexte social de résolution (Hinshelwood, 2009). Par ailleurs, l'effet du groupe est également thérapeutique parce que l'estime de soi et les interactions y sont soutenues. Le rôle social endossé par chacun des membres contribue au rôle thérapeutique et à la valorisation de chacun (Hedman, Hellström, Ternstedt, Hansebo, & Norberg, 2014). Le fonctionnement d'un groupe permet le positionnement et le repositionnement mutuel de chacun. En outre, la prise en charge

orthophonique groupale prend tout son sens pour explorer et approfondir l'utilisation de stratégies de communication existantes ou nouvelles.

2. L'évaluation des prises en charge de groupe

Des études évaluant l'effet de ces thérapies de groupe ont été menées. L'étude randomisée multicentrique ETNA3 (Amieva et al., 2016) a permis d'évaluer les effets de différentes thérapies proposées sur 24 mois : une thérapie cognitive individuelle, une thérapie cognitive de groupe et une thérapie de réminiscence en groupe. Cette étude ne montre pas d'effet des différentes thérapies de groupe sur la dégradation cognitive, comportementale, la dépression ou le déclin relatif à l'autonomie. Toutefois, la fréquence des séances proposées (une fois par semaine pendant trois mois puis une fois toutes les six semaines) était peu intense. De plus, les auteurs ne nient pas un potentiel impact de ces thérapies sur d'autres mesures cliniques. En effet, l'effet de ces thérapies sur les habiletés de communication n'a pas été évalué. En outre, ces thérapies se sont centrées sur des approches spécifiques, ne plaçant pas pour objectif de l'intervention les capacités de communication.

Dans le même temps, (Duru Aşiret & Kapucu, 2016) ont évalué les effets d'une thérapie de réminiscence sur la cognition, la dépression et les activités de la vie quotidienne. Des impacts ont été révélés sur la dépression, ce qu'attestent également les travaux de Chiang et al. (2010), mais également sur les capacités cognitives. En revanche, cette thérapie n'a pas d'effet sur les activités de la vie quotidienne. Les apports de la thérapie en termes de communication ne sont pas mentionnés. La communication est extrêmement rarement utilisée comme paramètre d'évaluation des effets d'un soin. On retrouve toutefois ce paramètre dans les travaux orthophoniques (Guerin & Monnet, 2015; Seillier & Terpereau, 2015). Ces travaux soulignent l'intérêt d'une prise en charge de groupe. Toutefois, les patients inclus dans l'étude étaient de deux à chaque fois et la comparaison à un groupe contrôle n'a pu être effectuée. Il est alors difficile d'établir une relation de cause à effet.

Ainsi, même si la prise en charge individuelle présente l'intérêt d'être ciblée et propre à chaque patient, un accompagnement complémentaire est possible. C'est dans cette perspective que s'inscrit la prise en charge groupale, qui vise l'aspect social de l'interaction. En situation écologique, dans un cadre privilégié et sécurisant, le soin groupal permet de mobiliser les compétences, connaissances et souvenirs de la personne. Le soutien des capacités de communication se fait alors, parallèlement à une analyse des stratégies de communication.

G. Objectifs et hypothèses de travail

L'objectif de cette étude est d'évaluer les intérêts d'une prise en charge orthophonique de groupe sur la communication, en relation duelle et notamment avec l'interlocuteur privilégié du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, à un stade léger à modéré en comparaison d'un groupe contrôle. Il est également d'apprécier le ressenti des patients et des aidants quant à l'effet de ces séances sur la communication. Enfin, ce travail se veut une première étape dans l'étude de la légitimité de cette pratique en activité libérale. En effet, même si le soin groupal en orthophonie est parfois proposé, il reste rare, notamment en activité libérale, et son effet en comparaison à un groupe contrôle n'a pas encore été étudié à ce jour.

Ainsi, au vu des éléments présentés, la prise en charge orthophonique groupale visant l'amélioration des capacités de communication des personnes présentant une maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré a-t-elle un intérêt pour la communication du patient ?

L'hypothèse générale suivante est émise :

- La séance orthophonique hebdomadaire de groupe, centrée autour des capacités de communication, influence la communication entre le patient et ses interlocuteurs privilégiés, notamment l'aidant principal.

Les hypothèses opérationnelles suivantes sont émises : la prise en charge orthophonique groupale influence :

- L'adéquation générale de la communication du patient. Plus précisément, la prise en charge proposée a une influence sur l'adéquation de la communication du patient à son interlocuteur et au contexte, et le recours à la communication non-verbale de façon adaptée.
- Les capacités conversationnelles et notamment pragmatiques et interactionnelles.
- La communication entre le patient et l'aidant, qui identifieront qualitativement un maintien ou une amélioration de leur communication.

II. Matériel et méthode

A. Préambule et présentation des variables

Ce travail a été pensé dans une démarche pré-expérimentale visant à évaluer l'intérêt d'une prise en charge orthophonique de groupe sur les capacités de communication des patients Alzheimer, à un stade léger à modéré.

La variable indépendante, c'est-à-dire le paramètre contrôlé par l'expérimentateur, est la prise en charge orthophonique de groupe. Ses modalités sont au nombre de deux : avec ou sans prise en charge groupale. Les variables dépendantes, c'est-à-dire les mesures de réponses du participant concernent la communication du participant. Celle-ci est opérationnalisée de manière à évaluer l'adéquation des actes de langage, l'adaptation à l'interlocuteur et à l'environnement, le recours à la communication non-verbale (mesurés avec la GECCO), et l'adaptation de la pragmatique interactionnelle (évaluée avec la GALI). Ces outils et paramètres sont repris plus précisément par la suite.

Ce travail s'est déroulé dans la région des Pays de la Loire entre septembre 2017 et avril 2018. Deux sessions d'évaluation ont eu lieu à quatre mois d'intervalle, à domicile ou au cabinet d'orthophonie, selon les souhaits des patients. A chaque fois, l'entretien était filmé, afin de transcrire fidèlement par la suite les échanges, et y être plus disponible sur l'instant. Ces enregistrements ont été détruits suite à leur analyse. Lors de cet intervalle a été effectuée une prise en charge orthophonique de groupe hebdomadaire auprès du groupe expérimental, en plus de la prise en charge orthophonique habituelle. Le groupe contrôle n'a pas bénéficié de la prise en charge de groupe mais a poursuivi une prise en charge orthophonique individuelle.

B. Description de l'intervention orthophonique

1. Objectifs, moyens et fondements théoriques de la séance

a) *Objectifs*

Les objectifs des séances de groupe sont multiples et entremêlés. Ils consistent premièrement à analyser la communication et les stratégies employées afin de s'y adapter au mieux. Cette étape nécessite de connaître le patient, son histoire, ses valeurs. Dès lors, il est possible de mobiliser les compétences, connaissances et souvenirs de la personne. Le moment de partage qu'est la séance permet d'évoquer ces éléments biographiques préservés, même si ceux-ci sont flous, ou erronés. Un autre objectif central de cette prise en charge est le maintien du statut d'interlocuteur. Autrement dit, malgré les différentes difficultés évoquées, la parole du patient doit pouvoir avoir une place. Donner la parole à chacun (en fonction de ce qui favorise ou non son expression) permet d'exister au sein du groupe, de retrouver un rôle social. Cela est également en lien avec la possibilité d'effectuer des tâches qui ont du sens pour la personne. Par exemple, pour un ancien professeur, tenir le rôle de secrétaire de séance, noter les idées de chacun lui permet de contribuer à la dynamique du groupe. Il en est de même pour cet ancien chronométrier qui veille à l'heure de fin de séance.

b) Moyens

Différents moyens contribuent à la réalisation de ces objectifs. Le cadre privilégié et rassurant de la séance permet d'instaurer un climat propice. La régularité des séances y contribue également : elles se déroulent le même jour, à la même heure, au même endroit, avec les mêmes orthophonistes, suivant le même déroulement routinier. En outre, l'environnement est un point-clé. Il est donc généralement pensé de manière à être convivial et suffisamment grand pour y accueillir chacun. Il peut cristalliser les conflits ou, au contraire, solliciter les ressources de chacun. Les réactions à l'environnement ont une valeur communicante, c'est-à-dire que le sujet âgé dément interagit avec l'environnement ; ses conduites témoignent d'une intentionnalité (Rousseau et al., 2009). D'autres variables permettent le soutien de la communication. Le choix du support permet de rappeler aux participants la teneur du propos et la discussion en cours. Son entrée sensorielle importe : combiner le visuel, l'auditif et le kinesthésique (geste, mouvement et toucher) permet d'utiliser le sens préférentiel de chacun. La situation de communication influe également sur les compétences de chacun. En effet, l'aisance n'est pas la même pour tous en situation de débat, d'échange d'informations, d'activité précise ou d'entretien dirigé, en présence d'un support ou non.

c) Assises théoriques du groupe

Pour mettre en place les séances, des appuis théoriques sont nécessaires. Le groupe proposé s'appuie d'abord premièrement sur un support cognitif qui peut être une activité de fluences, de mots croisés, de puzzle etc. Cela répond à la demande des participants et constitue un support propice à la communication tant que le patient n'est pas mis en échec.

La prise en charge en charge écosystémique (Delaby, Rousseau, & Gatignol, 2011; Rousseau, 2011b) est un premier appui : l'intervention est pensée pour être en adéquation avec l'environnement du patient. Le milieu naturel dans lequel évolue la personne devient stimulation par la conversation. Les thèmes, les actes de langage ainsi que les situations proposés doivent être porteurs et sollicitent les compétences préservées du patient. Il s'agit de proposer des situations de communication, des thèmes de discussion facilitant la communication du malade, tout en permettant l'émission d'actes de langage à sa compétence. En outre, le patient peut s'appuyer sur le discours du soignant mais également des autres participants pour construire le sien. Cette thérapie a été conçue pour une situation duelle mais peut être adaptée à un fonctionnement en groupe. Au fil des rencontres, il est plus aisé de déterminer les thèmes, les façons de s'adresser à chacun pour susciter un intérêt.

La réminiscence (Talbot-Mahmoudi, 2015) est également un outil de réflexion. Elle fait appel à la remémoration de souvenirs personnels. Les personnes âgées ont généralement cette volonté forte de transmettre. Cette intention contribue à la réalisation d'interactions de qualité, sans asymétrie. Chacun peut partager son expérience, apporter à l'autre. Se remémorer certains souvenirs permet également de converser, de se rapprocher les uns des autres. Au-delà du respect du statut d'interlocuteur, la réminiscence est valorisante pour les participants. En faisant appel à leur mémoire autobiographique et émotionnelle, souvent longtemps préservée, ils peuvent dire qui ils sont, les valeurs qui leur importent. Cela permet de dépasser les pertes liées à l'âge pour tracer un continuum entre la personne qui a été et celle qui continue d'être. Transmettre ses souvenirs a du sens du point de vue de l'identité.

Enfin, la Validation (Feil & Klerk-Rubin, 2005) permet un éclairage fonctionnel. Il s'agit de reconnaître que le ressenti de la personne est vrai, le valider. D'un point de vue pratique, cela passe par l'attribution d'un rôle à chacun. Un participant peut être chargé de surveiller l'heure, l'autre de lire un texte ou bien distribuer la collation lors du temps d'accueil. Ce rafraîchissement, proposé par l'auteur, est d'ailleurs intéressant pour le maintien des rôles sociaux, l'expression de la convivialité et les échanges informels. De plus, la validation prend tout son sens lorsque les thèmes abordés font appel à des sentiments universels (le deuil, le sentiment d'être utile, l'amour de l'autre etc.). Ces principes sont repris lors du groupe.

Ainsi, c'est la convergence de différents courants et méthodes qui a permis d'élaborer une trame de groupe, avec un cadre fixe mais des supports variables. Ce premier travail d'élaboration a été mené lors d'un mémoire d'orthophonie (Guerin & Monnet, 2015).

2. Description d'une séance

La séance de groupe a lieu toutes les semaines, avec les mêmes participants, entre six à huit, selon les disponibilités de chacun et les inclusions ou arrêts. L'inclusion au groupe est discutée avec le patient qui peut participer à deux séances pour expérimenter. Suite à cela, l'orthophoniste et le patient décident de la poursuite ou non du soin. Les arrêts sont généralement liés à une institutionnalisation ou une aggravation de l'état de santé général. Par ailleurs, les deux orthophonistes sont également les mêmes chaque semaine.

La séance se déroule généralement en trois temps. Premièrement, chaque patient est accueilli de façon informelle et s'installe autour de la table. Une collation est proposée et permet d'instaurer le cadre. Elle est devenue la routine d'initiation du groupe. C'est l'occasion pour chacun d'apporter des idées ou un thème qui lui tiennent à cœur. Par exemple, la veille de la

Toussaint, les patients ont évoqué leurs souvenirs d'enfance, la perte des êtres chers autour d'eux. Un récit plus autobiographique est alors souvent amené. Ce jour-là fut l'occasion d'aborder le deuil, les émotions qui en découlent, l'importance du souvenir, la nostalgie qui n'est pas la tristesse. Ce qu'évoquent certains participants permet de faire écho pour d'autres, qui ajoutent leur contribution au récit.

Ensuite, le cœur de la séance consiste en une ou deux activités, sur des supports variés, avec différentes entrées sensorielles. Tout est propice à la communication. Il peut s'agir d'un travail à partir de fluences ou de définitions par exemple, lorsque le support est plutôt cognitif. Il répond alors à la demande des patients de « *travailler la mémoire* ». A chaque fois, c'est l'occasion de mettre en place certains moyens précédemment évoqués. L'activité se veut réfléchie de telle manière qu'elle soit confortable pour tous. Différents thèmes sont donc proposés, afin de permettre une mobilisation cognitive et une évocation de souvenirs personnels (cf. tableau 1). Ils peuvent être poursuivis d'une séance à l'autre.

Tableau 1 : Présentation des activités et thèmes des séances de groupe proposées

Date de la séance	Thème abordé
07.11.2017	Définition et fluences de mots
14.11.2017	Définition et fluences de mots
21.11.2017	Nain jaune
28.11.2017	Nain jaune
05.12.2017	Mille bornes
12.12.2017	Jeu Indix : évocation d'un mot selon différents indices
19.12.2017	Noël
26.12.2017	<i>Pas de séance</i>
02.01.2018	Peu de participants – discussion sur la nouvelle année
09.01.2018	Discussion sur le voyage – utilisation de la carte de France
16.01.2018	Discussion sur les cartes postales
23.01.2018	La galette
30.01.2018	Le travail
06.02.2018	Les jeux (la belote)
13.02.2018	Mardi Gras et les crêpes

Enfin, le temps de clôture consiste à évoquer la séance suivante, en rappeler le lieu, l'heure et le jour, partager des souhaits de thèmes. La salutation de chacun conclut les échanges.

C. Participants

Six patients participant à la prise en charge orthophonique groupale visant le soutien des capacités de communication sont recrutés auprès d'un cabinet d'orthophonie proposant ce soin.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion des patients au protocole sont les suivants. Premièrement, les participants doivent tous être diagnostiqués atteints de la maladie d'Alzheimer. De plus, ils suivent généralement une prise en charge orthophonique individuelle. En effet, l'objectif de ce travail n'est pas de comparer les deux types de prise en charge mais d'évaluer les intérêts que peut permettre le groupe. Le score au Mini-Mental State Evaluation (MMSE) (Kalafat, Hugonot-Diener, & Poitrenaud, 2003) est pris en compte : la prise en charge s'adresse à des personnes à un stade léger à modéré de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire avec un score au MMSE compris entre 25 et 15. L'âge d'inclusion des patients est de 70 ans et plus. Enfin, le lieu de vie ayant un impact sur le maintien de l'identité et des repères (Rousseau & Loyau, 2006), les patients inclus à l'étude vivent tous à domicile, étant donné leur autonomie. Chaque patient est accompagné de son aidant principal, dans la très grande majorité des cas, son épouse, afin de recueillir leurs ressentis. Les participants du groupe expérimental suivent tous la même prise en charge groupale au sein du cabinet d'orthophonie.

Les critères d'exclusion sont les suivants : une perte sensorielle trop importante ne permettant pas l'administration des épreuves, une communication verbale trop altérée ou la survenue de troubles neurologiques autres comme les accidents vasculaires cérébraux.

2. Recrutement, variables et critères d'appariement

Le recrutement du groupe contrôle s'est tenu consécutivement au recrutement du groupe expérimental. Il a été réalisé en sollicitant les orthophonistes travaillant dans les pays de la Loire via les réseaux sociaux et syndicats régionaux. Les critères d'appariement tiennent compte des facteurs influant sur la communication : à chaque participant du groupe expérimental, un participant du groupe contrôle a été apparié selon certains facteurs. En effet, l'âge, le genre, le lieu de vie, le niveau socio-culturel (Rousseau, 2007), la fréquence des séances individuelles ainsi que le stade de la maladie ont été contrôlés (cf. tableaux 2 et 3). Le niveau socio-culturel est ici déterminé de 1 à 4 (cf. annexe A). Le stade d'évolution de la maladie a été évalué grâce au MMSE, en raison de son utilisation fréquente et consensuelle. Il a été privilégié à la date de diagnostic de la maladie, qui ne rend pas compte de l'état de santé général du patient.

En outre, le recrutement nécessite de s'attacher au suivi individuel des patients. Le nombre de séances en individuel a été recueilli lors de la session post-test. Il concerne les séances orthophoniques ayant eu lieu entre les deux sessions d'évaluation (cf. tableau 4). La durée des séances, étant soumises à la nomenclature générale des actes professionnels, est à

chaque fois de 45 minutes pour les séances individuelles et une heure pour les séances de groupe.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients du groupe expérimental au recrutement

	A	B	C	D	E	F
Année de naissance	1935	1933	1937	1931	1930	1935
Age	82 ans	84 ans	80 ans	86 ans	87 ans	82 ans
Genre	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme
Diagnostic	DTA	DTA	DTA	DTA	DTA	DTA
Date de diagnostic	2016	2015	2016	2014	2016	2016
MMS	21	17	22	22	15	19
Niveau socio-culturel	1	1	4	3	1	1
Aidant principal	Epouse	Epouse	Epouse	Epouse	Epouse	Epouse
Lieu de vie	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile

Tableau 3 : Caractéristiques des patients du groupe contrôle au recrutement

	A'	B'	C'	D'	E'	F'
Année de naissance	1941	1938	1943	1948	1927	1930
Age	76 ans	79 ans	74 ans	69 ans	90 ans	87 ans
Genre	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme
Diagnostic	DTA	DTA	DTA	DTA	DTA	DTA
Date de diagnostic	2017	2017	2017	2016	2010	2017
MMS	22	17	23	21	15	19
Niveau socio-culturel	1	1	4	3	1	1
Aidant principal	Epouse	Epouse	Fils	Epouse	Epouse	Epouse
Lieu de vie	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile

Tableau 4 : Nombre de séances réalisées par les patients entre les deux sessions d'évaluation

	A	B	C	D	E	F
Nombre de séances orthophoniques individuelles	0	0	12	4	0	10
Nombre de séances orthophoniques en groupe	12	14	11	12	14	13
	A'	B'	C'	D'	E'	F'
Nombre de séances orthophoniques individuelles	13	13	8	11	7	3

Il est à noter ici la grande variation du nombre de séances orthophoniques individuelles dont ont bénéficié les patients, sur laquelle nous reviendrons par la suite.

D. Mesures et outils

Différents outils sont nécessaires pour la réalisation de ces évaluations. Ils ont à chaque fois été utilisés lors du pré- et du post-test.

1. Le Mini-Mental State Evaluation

Tout d'abord, évaluer le niveau cognitif est nécessaire pour connaître le stade de la maladie. Cette évaluation est réalisée grâce au MMSE, outil très communément utilisé pour une évaluation brève, mais large des fonctions cognitives. L'aspect verbal est important, ce qui permet également d'avoir une idée des capacités langagières du patient. Ainsi, les patients inclus dans l'étude (avec donc un MMSE de 25 à 15) avaient une communication verbale minimale efficiente.

Les normes utilisées sont celles proposées par le GRECO, version française consensuelle et normée du MMS, élaboré initialement par Folstein en 1975 (Kalafat et al., 2003). Les scores ne diffèrent pas selon l'âge et le genre mais sont en revanche très liés au niveau socio-culturel (Kalafat et al., 2003), d'où l'importance d'un appariement rigoureux dans l'étude menée.

2. La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication

La grille d'évaluation de la communication (GECCO), proposée par Rousseau en 2006 est un outil qui permet d'évaluer de façon quantitative et qualitative les actes de langage produits par le locuteur (Rousseau 2006; Rousseau, Dali, & Fargier, 2006). Cet instrument est utilisé de façon écologique selon trois situations de communication courantes que sont l'entretien dirigé, l'échange d'informations et la discussion libre. La première situation reprend des questions ouvertes et fermées sur des éléments autobiographiques tels que la famille, les loisirs, la profession etc. Ces questions permettent de prendre conscience des comportements de communication du patient et de l'appui sur l'étayage fourni par l'examineur. S'ensuit une tâche d'échange d'informations, basée sur la description d'une image afin que l'interlocuteur comprenne de laquelle il s'agit. Puis les rôles sont inversés. Enfin, la discussion libre permet une situation d'échange informel, de débat à propos d'un sujet choisi plus librement par le patient. Cette grille présente également l'avantage d'avoir été conçue à destination des patients Alzheimer. Les items sont donc pensés pour les inadaptations que l'on peut rencontrer auprès de ces patients. La grille se centre sur l'usage du langage en situation de communication et non sur l'exactitude linguistique. Elle permet donc d'évaluer le handicap, c'est-à-dire les difficultés fonctionnelles et non le déficit.

La GECCO repose sur la théorie pragmatique et notamment sur une typologie des actes de langage proposée par Dore en 1977. A cela, s'ajoute la prise en compte des actes non-verbaux. L'intérêt de cette grille est de pouvoir quantifier le nombre d'actes de langage émis ainsi que leur adéquation ou non. Un acte de langage est jugé adéquat dans la mesure où il permet de maintenir l'interaction et transmettre un message. Les inadéquations peuvent être multiples. Elles peuvent concerner un aspect linguistique et altérer la forme du message ou son sens. Dans ce cas, elles correspondent à une mise à mal de la cohésion lexicale ou grammaticale des propos. Elles peuvent également être d'ordre pragmatique et concernent alors le bon déroulement de l'interaction, l'adéquation avec le contexte ou l'interlocuteur. Elles sont alors rendues visibles à travers l'absence d'adaptation à la situation ou à l'interlocuteur. Enfin, les perturbations peuvent être à propos de la macrostructure du discours et affecter par conséquent la cohérence de celui-ci.

L'analyse des actes de langage est subjective : les comportements sont appréciés par celui qui remplit la grille. Toutefois, cette subjectivité est à revendiquer car la communication est une situation où le ressenti de l'interlocuteur entre continuellement en compte. En revanche, afin que la cotation ne soit pas trop dépendante de l'examineur, une grille précise qui délimite les actes de langage et leur cotation est fournie.

Lors de cette étude, les situations sont courantes et écologiques, et ne placent donc pas le participant dans des situations d'échec, et ce quel que soit son niveau de communication. Cette situation écologique est un point fort : elle est proche et représentative d'une situation quotidienne vécue par les patients. Les situations ont été présentées dans l'ordre suivant au participant : d'abord l'entretien dirigé, puis la situation d'échange d'informations, pour finir par la discussion libre. Les entretiens ont été filmés puis visionnés a posteriori afin de les transcrire, sur une durée limitée, à savoir 5 minutes pour chacune des situations, excepté l'échange d'information, cadré sur un laps de temps plus court, en raison de sa brièveté. Suite à cette transcription, la grille de la GECCO a pu être remplie, par l'examineur. Pour cela, la version informatisée la plus récente, c'est-à-dire de 2016, a été utilisée. Une seconde analyse a été effectuée par un autre orthophoniste, afin de limiter les biais liés à l'examineur et confronter les résultats obtenus lors des deux cotations. Un exemple de cotation retrace la cotation des actes de langage (cf. annexe B).

La GECCO est limitée toutefois dans l'analyse de la situation de communication. En effet, seule la communication du locuteur évalué est prise en compte. Or, celle-ci est totalement dépendante de l'interlocuteur. Dans l'objectif de limiter ce biais potentiel, une brève analyse

des propos de l'examineur a été effectuée afin de prendre conscience des actes de langage préférentiels. L'examineur a utilisé de façon privilégiée la reformulation, la répétition, la proposition de questions ouvertes et fermées. Ces actes de langage ont été reproduits lors de l'évaluation post-test. Toutefois, la priorité a été évidemment donnée à la spontanéité et à l'authenticité de l'échange pour ne pas rompre la dynamique de l'interaction. En outre, une autre limite de la GECCO est de centrer son attention sur l'adéquation de la communication verbale (même si le nombre d'actes non verbaux est comptabilisé). La dynamique d'interaction, les intentions du locuteur ne sont pas prises en compte.

3. La Grille d'Analyse des Interactions Libres

La GECCO nous renseigne sur la communication linguistique et l'adéquation des propos du patient pour le maintien de l'échange. Toutefois, l'aspect pragmatique, c'est-à-dire l'emploi du langage en situation de communication et interactionnelle est essentiel à considérer. La grille des interactions libres (GALI) permet la prise en compte de la dynamique de l'interaction (Sainson & Guyou, 2016).

Trois niveaux d'analyse sont interrogés grâce à cet outil : le niveau de l'énoncé, le niveau de l'adéquation de l'énonciation et le niveau pragma-interactionnel. Le premier niveau concerne la production, c'est-à-dire le discours conversationnel dans sa forme externe. Sont alors pris en compte l'intonation, l'articulation, le timbre, l'intensité, les expressions faciales notamment. Le second niveau concerne le passage de l'idée au message. Ce passage n'est pas directement observable, aussi prend-on en compte le résultat de l'énonciation au niveau conversationnel : à savoir la structuration de l'énoncé, l'authenticité des interlocuteurs, la posture, le contact visuel, les gestes co-verbaux... Enfin, le dernier niveau considère le discours comme dirigé vers un autre, un interlocuteur. Les interlocuteurs participent à part égale à l'échange et témoignent leur convergence, participant à la poursuite de l'échange ou non, en témoignant de l'intérêt porté à l'autre. Ainsi, sont pris en compte les tours de parole, le maintien de l'échange et son pilotage etc.

Cet outil a été initialement créé pour les personnes ayant été victimes d'un traumatisme crânien. Or, les capacités pragmatiques ont toute leur place au sein de l'échange, quel que soit le profil des locuteurs. Aussi, les interroger dans le cadre de la maladie d'Alzheimer est pertinent pour comprendre ce qui permet de maintenir un échange ou le réparer lorsqu'il est mis à mal. L'utilisation de cette grille auprès des patients Alzheimer est tout à fait possible étant donné la formulation générale des items.

La GALI permet d'évaluer les perturbations conversationnelles et leurs répercussions au quotidien. Elle s'attache donc aux interactions, en tenant compte des marques de production du locuteur et de l'interlocuteur. Elle permet un regard pragmatique sur les difficultés de communication. Les aspects motivationnels et émotionnels sont inclus à l'analyse. En outre, la situation de conversation spontanée est intéressante à étudier car elle est la plus fréquente, et la plus écologique.

L'évaluation consiste en l'analyse d'une situation conversationnelle de dix minutes minimum. Une grille de questions fermées est proposée. Si la réponse est négative, des précisions sont interrogées afin de cerner les raisons des difficultés et les réparations apportées. Pour cette étude, la liste des 24 questions a été utilisée mais leur détail a été laissé de côté pour des raisons pratiques. Les trois niveaux d'analyse y sont précisés : l'énoncé y est noté sur 6 points, l'énonciation sur 5 et la pragmatique interactionnelle sur 13. Le score total sur 24 permet donc un aperçu de la dimension pragmatique et interactionnelle et de la conversation.

4. Entretien avec l'aidant

Afin d'avoir un retour qualitatif sur la communication au quotidien, un entretien a également été réalisé avec l'aidant. Il se déroule sur la trame du questionnaire complémentaire à la famille, contenu dans le Test Lillois de Communication (TLC). Cet outil questionne différents aspects de la communication : l'appétence à la communication, l'initiative, la poursuite d'activités sociales, les aspects langagiers et non-verbaux (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuvre, 2001). Ce questionnaire est accessible et complet. L'objectif, ici, est de s'appuyer sur une trame pour amener la conversation avec l'aidant et ressortir les points importants de la communication : difficultés, compétences préservées, circonstances d'une communication réussie ou échouée, gestion des réparations, etc. Il ne s'agit pas de répondre précisément au questionnaire mais d'avoir un support pour évoquer différents points de la communication et ses répercussions dans la vie quotidienne.

En somme, lors du pré-test, c'est-à-dire à T_0 et lors du post-test, à T_1 , ont eu lieu des entretiens filmés puis évalués grâce à la GECCO et la GALI pour évaluer les capacités communicationnelles. Le MMSE a également été utilisé pour apprécier l'efficacité globale. Un entretien avec l'aidant a été réalisé sur la base du questionnaire du TLC.

E. Appariement des groupes contrôle et expérimental

Une vérification de l'appariement est nécessaire pour attester de la solidité et rendre possible la comparaison entre les groupes contrôle et expérimental.

L'appariement permet de vérifier que les caractéristiques sociodémographiques qui ont une influence sur la communication des participants, à savoir l'âge, le genre, le niveau socio-culturel, le degré d'atteinte cognitive (grâce au MMSE) et le lieu de vie, sont théoriquement égales entre les deux groupes. Pour rappel, ceux-ci avaient été associés selon ces caractéristiques. Le nombre de séances individuelles est aussi pris en compte. De plus, les scores obtenus suite au pré-test sont également comparés (cf. tableaux 5 et 6).

Tableau 5 : Appariement des données sociodémographiques et de la participation aux séances

Statistiques descriptives et inférentielles

	Groupe	N	Moyenne	SD	SE	p-valeur
Nombre de séances individuelles	C	6	9.167	3.920	1.600	0.125
	E	6	4.333	5.428	2.216	
Niveau socio-culturel	C	6	1.833	1.329	0.543	1.000
	E	6	1.833	1.329	0.543	
Age	C	6	79.167	7.985	3.260	0.335
	E	6	83.500	2.665	1.088	

Tableau 6 : Résultats obtenus lors du pré-test

Statistiques descriptives et inférentielles

	Groupe	N	Moyenne	SD	SE	p-valeur
MMSE	C	6	19.500	3.082	1.258	0.935
	E	6	19.333	2.875	1.174	
Adéquation	C	6	0.903	0.065	0.027	0.199
	E	6	0.882	0.041	0.017	
Fréquence	C	6	10.248	2.198	0.897	0.394
	E	6	8.873	2.538	1.036	
Inadaptation à la situation	C	6	0.055	0.135	0.055	0.293
	E	6	0.133	0.183	0.075	
Inadaptation à l'interlocuteur	C	6	0.298	0.306	0.125	0.872
	E	6	0.297	0.332	0.136	
Communication non-verbale	C	6	0.545	0.615	0.251	0.936
	E	6	0.623	0.578	0.236	
Score total des interactions	C	6	17.000	3.033	1.238	0.418
	E	6	15.333	3.204	1.308	
Enoncé	C	6	4.667	1.506	0.615	0.323
	E	6	4.000	1.095	0.447	
Enonciation	C	6	3.667	0.516	0.211	0.324
	E	6	3.833	1.472	0.601	
Pragmatique interactionnelle	C	6	9.500	1.871	0.764	0.123
	E	6	7.833	1.472	0.601	

Suite au test de Mann-Whitney, aucune différence significative, au seuil de risque de 5%, n'est observée entre le groupe expérimental et le groupe contrôle lors du pré-test (les p-valeurs étant toutes supérieures à 0,05). Ainsi, les caractéristiques sociodémographiques, le nombre de séances individuelles et les scores moyens suite au pré-test sont théoriquement égaux entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. On peut, dès lors, les considérer comme comparables. Autrement dit, l'appariement est statistiquement solide.

F. Traitement statistique

Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel Jasp 0.8.2.0. En raison de la petitesse de l'échantillon et de la distribution non-normale des données, des tests non-paramétriques sont effectués. La normalité a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les moyennes sont comparées grâce à un test de Wilcoxon lorsque les échantillons étaient appariés (c'est-à-dire qu'ils concernent la même population à différents moments). Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour les échantillons indépendants (ici, pour la comparaison groupe expérimental/groupe contrôle). La corrélation a été effectuée avec le test non-paramétrique de Spearman. Le risque de première espèce α , risque de rejeter à tort l'hypothèse est déterminé a priori à 5 % tout au long de l'étude. L'hypothèse nulle des tests de Wilcoxon et Mann-Whitney concerne l'égalité des moyennes. Autrement dit, lorsque la p-valeur est inférieure à 0,05, les moyennes sont considérées comme significativement différentes, au seuil de risque de 5 %. Pour la corrélation, c'est-à-dire le test de Spearman, l'hypothèse nulle concerne une absence de lien entre deux variables, mathématiquement parlant, cela correspond à la nullité du R de Pearson. Autrement dit, lorsque la p-valeur est inférieure à 0,05, une corrélation peut être attestée, au seuil de risque de 5 %.

G. Respect éthique

Tout au long de son déroulement, ce travail est envisagé et pensé dans le respect le plus strict de l'intégrité physique et psychologique de la personne. La dignité de la personne et les règles éthiques sont respectées (cf. annexe 8). Pour ce faire une information orale, à plusieurs reprises par l'examineur et par l'orthophoniste du participant a été fournie. Une lettre d'information écrite a également été fournie aux participants à l'étude (patient et aidant), à propos des objectifs et du déroulement de celle-ci (cf. annexe 7a). Un consentement écrit a été signé par le participant et son aidant avant que l'étude ne débute (cf. annexe 7b). Un consentement oral a été de nouveau demandé lors de la seconde évaluation pour la participation aux entretiens et pour l'enregistrement des échanges.

III. Résultats

A. Les grilles de communication

1. Comparaison des groupes à la fin de l'étude

A la fin de l'étude, les variables des scores aux épreuves sont étudiées afin d'étudier la différence entre les deux groupes (cf. tableau 7). Les données brutes sont toutes répertoriées et disponibles (cf. annexe C).

Tableau 7 : Résultats obtenus lors du post-test

Statistiques descriptives et inférentielles

		Groupe	N	Moyenne	SD	SE	p-valeur
	MMSE	C	6	18.500	4.037	1.648	0.419
		E	6	16.667	4.457	1.820	
la GECCO	Adéquation	C	6	0.880	0.035	0.014	0.405
		E	6	0.877	0.083	0.034	
	Fréquence	C	6	9.628	1.941	0.792	0.310
		E	6	10.322	1.741	0.711	
	Inadaptation à la situation	C	6	0.138	0.162	0.066	0.445
		E	6	0.117	0.286	0.117	
	Inadaptation à l'interlocuteur	C	6	0.353	0.151	0.062	0.936
		E	6	0.328	0.244	0.100	
	Communication non-verbale	C	6	0.318	0.355	0.145	0.470
		E	6	0.600	0.595	0.243	
la GALI	Score total des interactions	C	6	16.667	3.983	1.626	1.000
		E	6	17.667	2.066	0.843	
	Enoncé	C	6	4.667	1.506	0.615	0.805
		E	6	4.333	1.633	0.667	
	Enonciation	C	6	4.000	1.095	0.447	0.476
		E	6	4.500	0.548	0.224	
Pragmatique interactionnelle	C	6	8.667	1.506	0.615	0.438	
	E	6	9.500	0.837	0.342		

L'analyse statistique, réalisée par un test de Mann-Whitney, n'a révélé aucune différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle suite à l'évaluation post-test (les p-valeurs sont toutes supérieures à 0,05). Autrement dit, suite au post-test, les scores moyens théoriques des deux populations sont égaux.

D'une façon plus détaillée, on note toutefois que les scores de pragmatique interactionnelle du groupe expérimental (9,500) sont supérieurs à ceux du groupe contrôle (8,667), alors qu'ils étaient en-deçà lors du pré-test (respectivement 7,833 et 9,500, cf. tableau

6, p.29). Si l'on s'attache uniquement aux résultats obtenus lors des post-tests, on ne considère que l'état final des capacités du patient. Prendre en compte la dynamique d'évolution (et non uniquement le score final) permet de considérer le maintien ou non des capacités. En effet, le caractère neurodégénératif de la maladie sous-tend l'idée de déclin. Or, il est recherché par ce travail, un maintien des capacités de communication.

2. Comparaison des évolutions entre les deux groupes

S'attacher à l'évolution des capacités de communication permet de comparer les dynamiques de maintien ou non des capacités. Pour cela, la différence des résultats obtenus à la session post-test et la session pré-test est analysée (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Statistiques de l'évolution de deux groupes entre la session T₀ et T₁

<i>Statistiques descriptives et inférentielles</i>								
		Groupe	N	Moyenne	SD	SE	p-valeur	
	MMSE	C	6	-0.833	1.472	0.601	0.104	
		E	6	-2.667	1.751	0.715		
la GECCO	Adéquation	C	6	-0.023	0.071	0.029	0.335	
		E	6	-0.005	0.085	0.035		
	Fréquence	C	6	-0.620	3.431	1.401	0.310	
		E	6	1.448	1.836	0.750		
	Inadaptation à la situation	C	6	0.083	0.251	0.102	0.454	
		E	6	-0.017	0.245	0.100		
	Inadaptation à l'interlocuteur	C	6	0.055	0.315	0.129	1.000	
		E	6	0.032	0.362	0.148		
	Communication non-verbale	C	6	-0.227	0.325	0.133	0.229	
		E	6	-0.023	0.294	0.120		
	la GALI	Score total des interactions	C	6	-0.333	1.751	0.715	0.026
			E	6	2.333	1.751	0.715	
Enoncé		C	6	0.000	1.095	0.447	0.611	
		E	6	0.333	1.366	0.558		
Enonciation		C	6	0.333	0.816	0.333	0.932	
		E	6	0.667	1.751	0.715		
Pragmatique interactionnelle	C	6	-0.833	0.983	0.401	0.004		
	E	6	1.667	0.816	0.333			

Une différence significative est relevée, grâce à un test de Mann-Whitney sur le score total des compétences conversationnelles obtenu grâce à la GALI (p=0,26) et sur le score de pragmatique interactionnelle (p=0,004). Ainsi, on peut conclure à une différence significative

de l'évolution des capacités conversationnelles et notamment pragmatiques interactionnelles, en faveur du groupe expérimental.

En ce qui concerne la fréquence des actes de langage, celle-ci s'est améliorée pour les participants à la prise en charge de groupe (passant de 8,873 à 10,322). En revanche, pour les participants du groupe contrôle, il y a eu une très légère diminution de la fréquence (passant de 10,248 à 9,628). Les patients du groupe expérimental participent donc davantage à l'échange. Cette évolution est toutefois trop minime pour être jugée statistiquement significative.

En outre, lorsqu'on s'attache au score global de l'efficacité cognitive, à savoir le MMSE, on distingue une nette diminution du score pour le groupe expérimental (qui passe d'un score moyen de 19,3 à 16,6 soit une perte de 2,7 points, cf. tableau 10), une légère diminution pour le groupe contrôle (qui passe d'un score moyen de 19,5 à 18,5, soit une perte de 1 point, cf. tableau 9, ces résultats seront repris par la suite). Or, malgré le déclin cognitif plus important pour le groupe expérimental, les capacités de communication dont il témoigne sont semblables à celles dont peut témoigner un groupe davantage préservé c'est-à-dire le groupe contrôle.

3. Evolution du groupe contrôle

Pour mieux la cerner, on peut également analyser l'évolution de chaque groupe, à commencer par le groupe contrôle (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Statistiques descriptives du groupe contrôle au pré-test et post-test

Statistiques descriptives et inférentielles

	Session	N	Moyenne	SD	SE	p- valeur	
Résultats à la GECCO	MMSE	T_0	6	19,333	3,011	1,229	0.224
		T_1	6	18,500	4,037	1,648	
	Fréquence	T_0	6	10.248	2.198	0.897	1.000
		T_1	6	9.628	1.941	0.792	
	Inadaptation à la situation	T_0	6	0.055	0.135	0.055	0.571
		T_1	6	0.138	0.162	0.066	
	Inadaptation à l'interlocuteur	T_0	6	0.298	0.306	0.125	0.688
		T_1	6	0.353	0.151	0.062	
	Communication non-verbale	T_0	6	0.545	0.615	0.251	0.156
		T_1	6	0.318	0.355	0.145	

Résultats à la GALI	Score total des interactions	T_0	6	17.000	3.033	1.238	0.784
		T_1	6	16.667	3.983	1.626	
	Enoncé	T_0	6	4.667	1.506	0.615	1.000
		T_1	6	4.667	1.506	0.615	
	Enonciation	T_0	6	3.667	0.516	0.211	0.363
		T_1	6	4.000	1.095	0.447	
Pragmatique interactionnelle	T_0	6	9.500	1.871	0.764	0.093	
	T_1	6	8.667	1.506	0.615		

Les analyses statistiques, réalisées grâce au test de Wilcoxon, ne mettent pas en évidence de différence significative entre le pré-test et le post-test, la p-valeur étant toujours supérieure à 0,05. Les capacités du groupe contrôle n'ont donc pas évolué entre le pré-test et le post-test.

4. Evolution du groupe expérimental

Afin d'évaluer les évolutions entre les deux sessions, les variations des différents scores obtenus par le groupe expérimental sont analysées (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Statistiques descriptives du groupe contrôle au pré-test et post-test

Statistiques descriptives et inférentielles

	Session	N	Moyenne	SD	SE	p-valeur	
Résultats à la GECCO	MMSE	T_0	6	19.333	2.875	1.174	0.058
		T_1	6	16.667	4.457	1.820	
	Fréquence	T_0	6	8.973	2.538	1.036	0.219
		T_1	6	10.322	1.741	0.711	
	Inadaptation à la situation	T_0	6	0.133	0.183	0.075	0.789
		T_1	6	0.117	0.286	0.117	
	Inadaptation à l'interlocuteur	T_0	6	0.297	0.332	0.136	0.752
		T_1	6	0.328	0.244	0.100	
	Communication non-verbale	T_0	6	0.623	0.578	0.236	1.000
		T_1	6	0.600	0.595	0.243	
Résultats à la GALI	Score total des interactions	T_0	6	15.333	3.204	1.308	0.034
		T_1	6	17.667	2.066	0.843	
	Enoncé	T_0	6	4.000	1.095	0.447	0.710
		T_1	6	4.333	1.633	0.667	
	Enonciation	T_0	6	3.833	1.472	0.601	0.586
		T_1	6	4.500	0.548	0.224	
	Pragmatique interactionnelle	T_0	6	7.833	1.472	0.601	0.034
		T_1	6	9.500	0.837	0.342	

Les analyses statistiques, effectuées avec un test de Wilcoxon, ne mettent en évidence aucune différence significative d'évolution entre les deux sessions d'évaluation, excepté pour

le score total des interactions et le score de pragmatique interactionnelle. En effet, les capacités interactionnelles et notamment de pragmatique interactionnelle se sont significativement améliorées (les deux p-valeurs sont égales à 0,034) entre le pré-test et le post-test, alors que, pour rappel, les compétences sont restées stables pour le groupe contrôle. On note également une nette amélioration de la fréquence des actes de langage, bien qu'elle soit non significative.

5. Corrélation entre le nombre de séances et l'évolution

Effectuer une corrélation permet de relativiser le biais lié à la fluctuation du nombre de séances entre les différents participants. La corrélation permet d'envisager le lien entre le nombre de séances effectuées et l'évolution des différents scores. Toutefois, elle n'est pas une relation de causalité. Elle évalue uniquement l'intensité du lien entre les deux variables.

Ainsi, suite à la réalisation du test non-paramétrique de Spearman, des différences significatives sont relevées. En effet, on note que le nombre total de séances est corrélé à l'évolution de la fréquence (avec $p=0,027$). Autrement dit, plus le patient participe aux séances, plus le nombre d'actes de langage augmente, c'est-à-dire que le patient participe verbalement plus à l'interaction. Par ailleurs, il est également relevé que le score total des interactions, et particulièrement le score de pragmatique interactionnelle sont corrélés au nombre de séances groupales effectuées (respectivement $p=0,011$ et $p<0,01$) mais également au nombre total de séances effectuées (respectivement $p=0,014$ et $p=0,003$). Plus le patient participe à des séances orthophoniques, et notamment des séances orthophoniques groupales, plus il évolue en termes d'interactions et de pragmatique interactionnelle.

En somme, les scores moyens théoriques obtenus au post-test ne mettent pas en évidence de différence significative. En revanche, si l'on considère la différence de résultats entre les deux sessions d'évaluation, c'est-à-dire l'évolution, une augmentation significative du score total interactionnel et du score de pragmatique interactionnel est mise à jour pour les participants du groupe expérimental. En outre, pour pallier la différence du nombre de séances, une corrélation révèle que plus le patient participe à des séances, et notamment des séances de groupe, meilleure est son évolution. Toutefois, au-delà des données numériques obtenues par les tests, le ressenti qualitatif des aidants est essentiel à prendre en compte.

B. Ressentis qualitatifs des aidants quant à la communication

Les entretiens avec les patients et leur aidant sont une source d'information riche pour cerner le quotidien, les difficultés, mais aussi les attentes et ressentis de chacun.

1. Appétence à la communication

Les aidants rapportent tous que le plaisir de l'échange est préservé. Ils ne notent pas de tendance au repli sur soi. Pour autant, les épisodes de tristesse ou d'agacement ne sont pas évités, notamment lorsque l'incompréhension entre les deux participants à l'échange apparaît. Cet agacement peut être ressenti par l'aidant, qui n'arrive pas à transmettre un message qui lui paraît pourtant clair ou simple. Il peut également être ressenti par le proche atteint de la maladie d'Alzheimer lorsqu'il est face à son échec ou ses oublis. Au fil de l'entretien, certains aidants laissent entrevoir que leur proche a parfois plus d'indifférence, moins d'engagement dans la conversation. Pour beaucoup, le champ des conversations se rétrécit, pour se circonscrire au passé, aux souvenirs anciens, aux thèmes de prédilection, à savoir ceux qui sont maîtrisés et porteurs de sens pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Suite au post-test, les aidants interrogés rapportent tous que l'appétence est préservée pour leur proche et que la communication est généralement un moment d'échange apprécié entre eux, lorsqu'ils prennent le temps de l'échange. Toutefois, pour un participant du groupe contrôle, l'aidant rapporte une envie moindre de communiquer. Les propos des sujets plaisants sont alors généralement en lien avec les thèmes préférentiels des patients.

2. Initiative de la conversation

L'initiative d'engager la conversation est très fluctuante selon les aidants interrogés. Certains la conservent, ayant la sociabilité pour trait de caractère. Pour d'autres, c'est plus difficile. Plusieurs aidants notent qu'elle est davantage préservée avec eux, moins avec des personnes plus éloignées. Ils relient cela à la peur de l'erreur, du jugement. De la même manière, plusieurs aidants évoquent que leur proche a tendance à utiliser l'humour comme bouclier, pour contourner certains sujets ou questions et éviter la mise en échec. L'humour est un outil précieux pour nouer un lien, tacite, avec l'autre.

Suite à la seconde session d'évaluation, la grande majorité des participants initie la conversation, excepté pour trois d'entre eux, inclus dans le groupe contrôle. Les aidants le relient à un caractère réservé, une situation de couple plutôt difficile mais également à l'évolution des capacités langagières et cognitives.

3. Aspects langagiers

En ce qui concerne les aspects langagiers, les aidants n'ont pas de plainte quant aux capacités de compréhension de leur proche. Seuls certains mentionnent que quelques sujets sont parfois trop difficiles ou abstraits à aborder. Du point de vue expressif, là encore, il existe une grande fluctuation dans les réponses fournies. La forme du propos, morphosyntaxique,

phonologique et lexical, n'est généralement pas problématique. Les aidants se plaignent davantage d'un contenu redondant, qui peut digresser. Le thème privilégié du passé et des souvenirs est très fréquent. Ces redondances conduisent les aidants à se désintéresser de ce que dit leur proche. En outre, ils notent que les conversations se déroulent davantage autour de sujets pratiques du quotidien. Par ailleurs, ils rapportent que le trouble de la communication conduit souvent à une certaine frustration, un agacement : ils renoncent parfois à l'échange ou à comprendre ce qu'évoque leur partenaire. Au fil de leur récit, ils laissent entrevoir qu'ils se sont grandement adaptés aux propos et comportements de leur proche. Par exemple, ils raccrochent le fil du discours, mettent du sens sur certains propos, tentent de deviner le sujet abordé. Ils ne sont pas toujours conscients de tous ces stratégies et efforts mis en place. Tous les aidants déclarent que la communication non-verbale n'est pas utilisée. Plus précisément, elle est si naturelle, spontanée et efficiente qu'elle n'est pas remarquée. Le maintien de l'attention est généralement bon entre les locuteurs. Les aidants font surtout part des problèmes mnésiques qui interfèrent avec le suivi d'une discussion, dans le temps.

En post-test, les aspects langagiers rapportés sont les mêmes. Même si les aidants font part de manques du mot plus nombreux ou de difficultés à suivre le fil des idées de leur proche, la communication n'en est pas pour autant mise à mal. Là aussi, les aidants laissent entrevoir dans leur discours les stratégies d'adaptation qu'ils ont mises en place pour pallier les difficultés de communication qui se présentent.

4. Activités sociales

Les patients et aidants précisent tous avoir conservé une activité sociale épanouissante. Au fil de la discussion, émerge toutefois l'idée que ces activités ont été grandement adaptées. En effet, elles concernent surtout des activités manuelles ou physiques, souvent en solitaire (marche, jardinage, bricolage etc.). Quand le patient est accompagné, il s'agit généralement de proches connus de longue date. L'activité est d'autant plus conservée que l'aidant y participe aussi ou qu'une personne extérieure vient prêter main forte. La perte de la possibilité de conduire est très fréquemment un frein à la réalisation de ses activités.

Suite à l'évaluation post-test, le même ressenti d'adaptation de l'activité est évoqué : les participants à l'étude effectuent tous des activités plaisantes, même si celles-ci ont été ajustées en raison des difficultés motrices et cognitives. On note que celles-ci sont essentielles à leur bien-être et à leur posture sociale. Elles leur évitent l'isolement et favorisent le lien social.

Ainsi, ces entretiens initiaux ont permis de légitimer la nécessité d'un soin qui place au cœur de son intervention la communication, avec pour objectif de maintenir le plaisir de l'échange, susciter l'engagement dans la conversation, contourner et réduire la peur du jugement et de l'échec mais également maintenir la place sociale et les stratégies d'expression de soi comme la communication non-verbale ou l'humour. Ces idées confortent dans l'idée de proposer un soin de groupe attaché à l'aspect social et interactionnel de la communication.

Suite à l'évaluation post-test, il ressort de ces entretiens une appétence à la communication préservée pour la très grande majorité des participants, malgré une frustration et une incompréhension réciproques qui peuvent apparaître au cours des échanges. L'initiative est également maintenue pour tous les participants du groupe expérimental, mais seulement la moitié des participants du groupe contrôle initient autant les interactions selon les propos rapportés par leurs aidants. En ce qui concerne l'aspect langagier, la forme du propos a tendance à s'altérer légèrement (davantage de manque du mot, d'idées en boucle etc.) mais les intentions de communication restent présentes. L'adaptation de l'aidant permet au patient de les exprimer. Cette adaptation est également importante puisqu'elle permet, pour tous les patients de maintenir leurs activités sociales, même si elles ont été amenées à être ajustées.

C. Impression des patients quant au groupe orthophonique

Questionner le ressenti des patients est essentiel pour cerner leurs intérêts, attentes et besoins. Les patients rapportent tout d'abord que lorsque le projet leur a été présenté, leurs réactions ont été mitigées. Certains avaient envie de découvrir ce que le groupe pouvait permettre, d'autres étaient davantage sur la réserve et ont eu besoin d'être rassurés.

Premièrement, les participants mettent l'accent sur le fait que ce lieu est libre de parole. Ce cadre bienveillant et respectueux est important pour eux. En effet, l'un d'eux rapporte que « *dans la vie, j'ai l'impression d'être diminué, en groupe, je discute normalement* ». Le groupe est donc porteur au point que les difficultés qui s'expriment à l'extérieur soient estompées par le contexte. D'autres participants évoquent : « *j'ai moins l'impression d'être regardé donc je n'ai pas peur de parler ou de dire des bêtises* », « *on se parle spontanément, sans crainte. Dehors, je vais parler plus prudemment* ». Ces propos soulignent l'importance de cet environnement pour permettre à chacun de se positionner. Ainsi, le patient prend conscience de l'importance de sa parole, ce qui contribue également à l'estime de soi. Ces aspects sont également favorisés par l'autonomie et l'indépendance que crée le groupe. Effectivement, le patient n'a pas besoin de médiateur ou de traducteur pour dire, le proche ayant à endosser parfois le rôle de porte-parole dans des situations de vie courante.

De plus, les patients apprécient également les liens que le groupe crée : « *tout le monde est pas au même degré mais on s'entraide* ». La dynamique interactionnelle de construction des échanges est en place et ressentie comme efficiente. Chacun apporte ainsi sa construction aux échanges en cours. Cela permet également de faire ressurgir certains souvenirs, et stimule donc les capacités mnésiques préservées, notamment la mémoire autobiographique. Les souvenirs sont d'autant plus facilement évocables qu'ils ont été suscités par leurs pairs : « *Des fois, on parle de choses et ça me rappelle des choses aussi* ». La co-construction de l'échange est également abordée : « *ça permet de réfléchir et de travailler comme ça. On discute* ». Pour certains, c'est également l'occasion de se dire et d'y penser entre les séances : « *parfois, je me dis, tiens, je vais en parler mardi* ». C'est l'occasion de pouvoir « *prendre la maladie en main* » et ainsi mieux la vivre. Ainsi, outre la posture d'acteur qu'elle suscite, la coopération incite également à considérer la parole de l'autre. De plus, ces temps sont également des lieux d'expression de soi. Malgré les « *trous dans la mémoire* » et « *le cerveau qui déraile* », cet espace permet à chaque patient d'exprimer qui il est et les valeurs qui lui tiennent à cœur à travers les échanges, comme la solidarité ou l'amitié « *on est sur Terre pour se lier, c'est la vie* », « *j'aime bien les voir parce que j'aime les gens, comme dans mon boulot avant* ».

Les aidants rapportent, quant à eux, que la séance de groupe est généralement un moment attendu, préparé, où le conjoint se rend avec plaisir. Ils ne sont pas toujours au courant de ce qui s'y passe, ce moment étant souvent considéré comme appartenant à leur proche. Certains notent que suite au groupe, leur proche est parfois mieux, plus enclin à l'échange et ouvert. Parfois, le déjeuner, suite à la séance de groupe qui a lieu dans la matinée, est l'occasion d'échanger plus facilement et sereinement. Pour quelques-uns, le groupe est même un sujet de conversation.

Pour reprendre les différents résultats obtenus, une influence relative du soin orthophonique groupal sur les compétences conversationnelles et interactionnelles des patients inclus dans le groupe expérimental est mise à jour. De la même manière, les scores de communication sont maintenus, alors même qu'un déclin cognitif est noté. Or, les capacités de communication sont en premier lieu influencées par le déclin cognitif (Rousseau, 2011b). Une prise en charge orthophonique de groupe pourrait donc permettre de ralentir le déclin communicationnel engendré par le déclin cognitif. Enfin, les patients et leurs aidants rapportent un maintien de l'appétence et de l'initiative à la communication, ainsi qu'un maintien des activités. Cela permet donc d'enrayer l'abandon progressif des interactions et le repli sur soi consécutif. Le plaisir de l'échange et le statut d'interlocuteur sont donc favorisés.

IV. Discussion

A. Vérification des hypothèses

Avec toutes les précautions que les limites de ce travail imposent, les hypothèses établies peuvent être vérifiées.

1. Influence sur l'adéquation générale à la communication

Pour rappel, l'hypothèse opérationnelle suivante était émise : la prise en charge orthophonique de groupe visant les capacités de communication influence l'adéquation générale de la communication du patient, notamment en termes d'adéquation à l'interlocuteur et au contexte, et au recours à la communication non-verbale de façon adaptée.

Les analyses statistiques, portant sur l'évaluation de la GECCO, n'ont pas permis de mettre à jour de différences significatives. Ainsi, les capacités de communication des participants au groupe contrôle et au groupe expérimental sont restées stables. Cette hypothèse ne peut donc pas être validée.

2. Influence sur les capacités conversationnelles

De plus, l'hypothèse opérationnelle suivante était également interrogée : les capacités conversationnelles et notamment pragmatiques et interactionnelles sont influencées par la prise en charge orthophonique de groupe.

Les analyses statistiques portant sur la GALI ont mis à jour une amélioration significative des capacités pragmatiques interactionnelles (avec une p-valeur égale à 0,017). L'hypothèse de l'influence de la prise en charge orthophonique de groupe sur les capacités pragmatiques et interactionnelles des patients est donc validée. Ainsi, le discours des patients s'inscrit davantage dans une dynamique d'interaction c'est-à-dire qu'il est dirigé vers un interlocuteur, dans le but de s'accorder à l'autre, tout en lui témoignant de l'intérêt.

3. Identification qualitative d'un maintien ou d'une amélioration de la communication

Enfin, l'hypothèse opérationnelle était également émise : le patient et l'aidant identifieront qualitativement un maintien ou une amélioration de leur communication. Cette hypothèse est vérifiée : les aidants et leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer ressentent pour la majorité d'entre eux un maintien dans leur communication. Toutefois, aucun lien de causalité ne peut être vérifié, d'autant plus que patients et aidants du groupe contrôle notent le même maintien dans leur communication quotidienne.

4. Influence du soin sur la communication générale

Ainsi, ces données nous permettent de répondre à l'hypothèse générale suivante : la séance orthophonique hebdomadaire de groupe, centrée sur les capacités de communication, influence la communication entre le patient et ses interlocuteurs privilégiés.

D'une façon générale, il n'est pas possible de mettre en évidence une différence d'évolution entre les capacités de communication des patients du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle, excepté pour les capacités pragmatiques et interactionnelles. Une amélioration significative de ces capacités est soulignée pour les patients du groupe expérimental. En outre, les patients rapportent à l'unanimité que ce temps leur est bénéfique, tant pour échanger et s'exprimer, retrouver un statut d'interlocuteur, que pour être acteur face à la maladie. Ces données vont dans le sens d'une prévention d'un abandon de la communication, conséquence du trouble de la communication.

B. Interprétation des résultats

1. Retour sur l'évolution des participants au soin groupal

Tout d'abord, l'augmentation, bien que non significative, de la fréquence des actes de langage constatée pour le groupe expérimental (alors que ce même score diminue dans le groupe contrôle) souligne l'idée d'une implication accrue dans l'échange. Suite à la prise en charge groupale, la présence d'une dynamique conversationnelle, où chacun des participants a une parole de valeur est instaurée ou a minima possible. Le statut d'interlocuteur et de locuteur du patient, bien que fragile, est valorisé. Le désengagement progressif des interactions, constaté par certaines études (Rousseau, 2011b) est enrayer. L'évolution du groupe contrôle témoigne également de ce retrait, léger mais présent, de la communication. La responsabilité de l'échange est alors peu à peu laissée à l'interlocuteur. Ainsi, le maintien des interactions permet d'enrayer le processus de retrait des activités sociales. C'est d'ailleurs ce que rapportent les patients et les aidants : ils mentionnent que les activités sociales ont été adaptées aux capacités cognitives mais surtout maintenues.

L'augmentation des capacités de pragmatique interactionnelle est en cohérence avec l'augmentation de la fréquence d'actes de langage produits. Le patient étant plus impliqué dans la communication, il a donc nécessairement une posture plus participative et encline au maintien de l'échange. Les aspects implicites, plus facilement préservés, sont mobilisés par le patient pour permettre une interaction de qualité, malgré une utilisation parfois laborieuse du langage. En effet, cet investissement se révèle par des marques pragmatiques adaptées : une parole pleinement dirigée vers l'interlocuteur, une prise en compte de ses propos, des chevauchements

plus adaptés, une gestion des tours de parole adéquate, des détails en nombre suffisant, des échanges de regards adaptés, une production de phatiques et de régulateurs appropriée.

Par ailleurs, les résultats attestent d'une diminution de l'efficacité globale pour les participants du groupe expérimental sans pour autant que les capacités de communication n'en soient impactées. En effet, malgré le déclin cognitif, les capacités communicationnelles des participants restent stables. Or, il est montré que les capacités de communication sont en premier lieu influencées par le déclin cognitif (Rousseau, 2011b). La communication au quotidien est donc préservée. C'est également ce que rapportent les aidants, à la fois dans les situations routinières de la vie quotidienne mais aussi auprès d'un cercle social élargi. Cela rejoint le maintien de l'appétence à la communication. Le déclin cognitif peut être expliqué par plusieurs hypothèses. En premier lieu, plusieurs participants du groupe expérimental étaient dans un état fragile lors de la première rencontre pour le pré-test. Lors du post-test, cet équilibre était rompu pour plusieurs d'entre eux, pour des raisons personnelles entre autres. En effet, la perte de repères est survenue, en raison de la grave altération d'un proche, d'un déménagement pour un autre. En outre, la maladie a également évolué. En effet, la maladie est généralement installée depuis plus longtemps pour les participants du groupe expérimental (cf. tableaux 2 et 3). Ainsi, malgré cette détérioration cognitive et la perte de repères accrue, la communication est pourtant préservée.

Enfin, il est nécessaire de revenir sur le faible nombre de séances individuelles auxquelles ont participé les patients du groupe expérimental. Cette participation n'a pas été possible pour tous. En effet, le suivi demande un engagement important, une participation régulière et pluri-hebdomadaire. Ces patients vivent à domicile et conservent des activités sociales, mais sont relativement fatigables. Pour cette raison, des pauses dans le suivi individuel ont été instaurées. Cela est à considérer lors de la proposition de soin groupal. Le groupe peut alors permettre une fenêtre thérapeutique sur le plan individuel, une alternative pour éviter l'essoufflement de l'orthophoniste ou du patient. En outre, les patients du groupe contrôle ont parfois eu peu de séances individuelles pour diverses raisons (arrêt maladie non remplacé de l'orthophoniste, éloignement géographique du patient pour un voyage etc.).

2. Le soin groupal et ses possibilités

Après avoir détaillé l'évolution des participants à la prise en charge de groupe, il est nécessaire de revenir sur cette modalité de suivi. Les résultats émis dans cette étude rejoignent ceux de précédents travaux. En effet, plusieurs études se sont attachées à détailler les effets d'un suivi de groupe. Les vertus prospectives dans la maladie d'Alzheimer sont notamment

analysées. Il est relevé un effet significatif sur la dépression mais pas sur l'estime de soi ou le bien-être (Gana, Mezred, & K'Delant, 2014; Maillard, Antoine, & Billiet, 2012). Ces données ne sont pas évaluées dans cette étude mais rejoignent l'idée d'un enrayement du retrait social. L'étude ETNA3 n'avait pas révélé d'effets des différentes thérapies groupales proposées, que ce soit la réminiscence ou la stimulation cognitive sur différents facteurs comme la détérioration cognitive, comportementale, l'autonomie ou la dépression (Amieva et al., 2016). Ce travail semble souligner l'intérêt d'une prise en charge groupale en ce qui concerne les capacités interactionnelles, nécessaires à la vie sociale, bien que ces résultats ne soient pas effectifs sur la totalité des capacités de communication et comportent des limites.

Parmi les capacités de communication, la conversation tient une place centrale. Elle répond au besoin naturel, quotidien, et essentiel de communiquer avec ses semblables (Henderson cité par Pellissier, 2006). Au fil des séances, l'analyse qualitative permet d'observer les capacités conversationnelles de patients et la façon dont ils s'emparent des séances. En effet, il est intéressant de constater que la posture du patient change. Physiquement, il se redresse, prend place, s'ancre dans la situation, le regard s'éclaire, le visage exprime. Il peut également évoquer des souvenirs, des idées. Ses mimiques et comportements signifient et ont une valeur conversationnelle forte : les autres participants y répondent. Par mimétisme et par l'effet de la dynamique de groupe, chacun adopte à sa façon cette implication. Le participant a alors un rôle social clair, révèle les ressources dont il dispose, ce que les situations quotidiennes ou le cadre orthophonique duel ne lui permettent pas toujours. L'autorégulation et la valorisation par les pairs sont précieuses. La parole de l'un est un tremplin à celle de l'autre, et permise par le rôle de médiation de l'orthophoniste. Elle est favorisée par un lieu qui garantit la liberté et la sécurité de chacun (Ploton, 2009; Vinay et al., 2016). Cette stimulation conversationnelle est donc riche.

Ces aspects essentiels au soin orthophonique répondent aux critères établis par l'organisation mondiale de la santé (Lacaze, Dubois, & Roussier, 2014) qui concernent la connaissance de soi-même, la confiance en soi, la gestion de ses émotions et de son stress, le développement de compétences communicationnelles et de relation interpersonnelles. L'analyse qualitative est essentielle à la prise en compte de ces dimensions. L'observation est un outil fin d'analyse et sa subjectivité n'enlève rien à sa rigueur. L'essai clinique randomisé est généralement considéré comme le sommet de la preuve scientifique (Gaugler, 2015). Or, il est nécessaire de comprendre en quoi certaines propositions de soin permettent un mieux-être. Evidemment, cette rigueur impose un outil juste et fin pour apprécier l'évolution, parfois minime.

Par ailleurs, si l'on considère le point de vue des orthophonistes, le groupe permet un pas de côté par rapport au suivi individuel. La dynamique de soin est autre et recouvre un regard plus social et écologique sur le patient. En outre, un retour sur ce qui s'est passé pendant la séance de groupe peut être possible en individuel. Il permet d'aborder la vie quotidienne ou la relation aux autres de façon plus précise. D'un point de vue pratique, la mise en place de ce type de groupe revêt quelques complexités. Chaque patient n'est pas nécessairement prêt à participer à un groupe ; et le groupe ne correspond pas à tous. C'est parfois le cas, notamment quand une personne est en phase de mal-orientation, c'est-à-dire quand elle est orientée mais malheureuse, dans le déni de ses pertes. En outre, la rémunération est faible : elle est fixée à un AMO 5, soit 12,5 euros par séance par patient (divisé par le nombre d'orthophonistes animant le soin). Les possibilités en activité libérale sont donc restreintes, d'autant plus que les temps de préparation et de retour sont conséquents. Si les possibilités de soin groupal sont intéressantes, sa réalisation est donc parfois compromise par les aléas pratiques de l'exercice libéral.

3. La place des aidants

Il est également intéressant de constater qu'outre l'évolution des capacités du patient, la posture de l'aidant joue tout son rôle. Effectivement, communiquer est une tâche collective et la responsabilité de la réussite ou de l'échec de l'échange est toujours partagée. Si la communication ne s'altère pas entre le patient et son aidant, c'est également en partie grâce à l'adaptation de ce dernier. Les manques du mot, les difficultés de compréhension sont contournées grâce au savoir partagé et à la complicité. Le thème est adapté, le fil du discours de l'autre suppléé mentalement par l'aidant. L'aidant s'adapte donc, spontanément et souvent inconsciemment.

Il est aussi nécessaire d'avoir à l'esprit que cette communication est dépendante des différents partenaires de l'échange. Autrement dit, elle dépend également de la relation instaurée, et donc de l'état de chaque participant. La fatigue et la lassitude de l'aidant ont nécessairement des répercussions. Toutefois, celui-ci s'adapte généralement spontanément, voire inconsciemment, dans l'objectif de faciliter le quotidien et continuer à échanger. La communication peut ainsi être maintenue bien que parfois fragile, donc le quotidien et l'estime de chacun préservée (Small et al., 2005). Bien évidemment, cela n'évite pas les difficultés de ressenti évoquées quant à la perte de certains sujets de conversation ni l'impression de voir l'être aimé devenir un autre.

La prise en compte de l'aidant est un point intéressant de ce travail. En effet, lorsque les problèmes communicationnels ou comportements ne sont pas centraux, il n'en reste pas moins que la charge est parfois pesante. Les aidants évoquent la tristesse, l'agacement, la frustration, la déception, le découragement, l'injustice, l'incompréhension, l'adaptation permanente à l'autre et la charge mentale qu'elle crée... Autant de ressentis nécessaires à prendre en compte pour que le partenariat orthophoniste-patient-entourage puisse être efficient. De nombreuses études se penchent sur le sujet, pour d'une part considérer le patient dans sa globalité c'est-à-dire avec son environnement social et affectif, et d'autre part lui assurer un soutien fiable (Arock, 2014). Cela permet de diminuer la charge des aidants et le ressenti difficile concomitant. Un soutien particulier de l'aidant peut donc se révéler intéressant pour gérer ses propres émotions et faire face à certaines situations difficiles (Boutoleau-Bretonnière & Vercelletto, 2009). Cette piste est d'autant plus importante que les proches des patients sont en demande (Amieva, 2012).

Ainsi, il existe des pistes de prise en charge pour pallier les symptômes survenant avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Pour cela, un accompagnement précoce est donc intéressant mais nécessite de ne pas considérer le trouble neurocognitif comme un processus normal du vieillissement. Or, c'est encore souvent le cas (Cahill, Pierce, Werner, Darley, & Bobersky, 2015) et la maladie est diagnostiquée tardivement (Engberink et al., 2013).

C. Limites et forces de l'étude

1. Limites de l'étude

Bien évidemment, ce travail comporte des limites qu'il convient de présenter par souci de transparence et pour cerner la prudence avec laquelle interpréter les résultats.

a) Limites liées à la méthodologie

Tout d'abord, le petit nombre de personnes incluses dans l'étude constitue une limite. En effet, la puissance statistique est diminuée par cette faible envergure. En outre, les petits échantillons sont un frein à la généralisation des résultats : les personnes sélectionnées ne sont pas représentatives de tous les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. De plus, seuls des hommes ont participé à l'étude. Cela limite la généralisation des résultats. Recruter davantage de patients aurait nécessité la mise en place d'un deuxième groupe, poursuivant les mêmes objectifs. Cela n'était pas réalisable, en termes de temps, d'investissement et de disponibilité des patients et des professionnels. En outre, recruter des patients pour intégrer un groupe contrôle s'est révélé extrêmement laborieux étant donné les critères d'appariement stricts. En effet, mobiliser des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, hommes, octogénaires, d'un

certain niveau socio-culturel et à un certain stade de la maladie, vivant à domicile et dans une zone géographique limitée n'est pas aisé. La mise en place d'une étude à plus grande échelle serait donc tout à fait intéressante pour venir conforter les résultats obtenus ou ouvrir d'autres pistes.

Par ailleurs, l'étude a été menée sans randomisation. En effet, les participants au groupe sont les patients des orthophonistes exerçant dans le cabinet libéral où le soin est proposé. Le recrutement s'est donc fait à l'extérieur de ce cabinet ; les patients et leur aidant recrutés ont donc été inclus d'office dans le groupe contrôle.

De plus, l'effet des autres prises en charge auxquelles les patients participent ne peut pas être sous-estimé. En effet, entre les deux sessions d'évaluation, certains patients ont bénéficié de structures de soin comme les accueils de jour ou les EHPAD. Toutefois, les activités proposées sont généralement occupationnelles ou orientées sur la stimulation cognitive et n'ont donc pas de lien avec un soin orthophonique de groupe visant la communication. Néanmoins, il ne peut être exclu que ces prises en charge n'aient pas eu d'influence sur les résultats.

Enfin, une limite existe également concernant la modélisation de l'étude. La durée de prise en charge proposée, c'est-à-dire 4 mois, est courte pour dégager des résultats sur le long terme. La poursuite de ce travail aurait permis de confirmer ou non les tendances dessinées. Toutefois, ce délai est généralement retrouvé dans les études et correspond avec les modalités pratiques imposées par le cadre d'un mémoire de fin d'études.

b) Limites liées aux outils

Certaines limites sont également liées aux outils. La première est évidemment celle d'une absence de cotation en aveugle. En effet, la cotation des extraits a été réalisée par l'examineur. Il est donc influencé par le fait qu'il connaisse le patient, son groupe d'appartenance, ainsi que le fait qu'il s'agisse d'un pré- ou post-test. Idéalement, la cotation aurait dû être réalisée par une personne totalement extérieure à l'étude, ce qui n'est pas techniquement réalisable. Toutefois, une seconde relecture de certains extraits et des cotations a été réalisée par un évaluateur non-averti du moment de l'évaluation. En outre, très conscients de ce biais, les évaluateurs ont été prudents lors de la cotation.

Par ailleurs, la GECCO comme la GALI sont des bilans ayant recours à l'analyse subjective. Toutefois, la communication étant une action qui implique le ressenti de chacun des participants, la subjectivité n'est pas un frein à l'appréciation de l'interaction. A fortiori, évaluer

la communication de façon objective reviendrait à nier la subjectivité de chacun et les aspects interactionnels de la communication, ce qui serait contre-productif. Les outils utilisés sont donc pertinents dans la mesure où ils permettent de faire ressortir cliniquement et finement les évolutions des patients dans des domaines spécifiques.

c) Limites liées aux participants

Malgré la prise en compte du stade de la maladie du patient grâce au MMSE, l'évolution de cette maladie n'est pas la même pour chacun. En effet, les patients n'avaient pas tous la même date de diagnostic, et nécessairement leur propre évolution. Les capacités sont différemment préservées en fonction des personnes. Toutefois, il a été choisi de considérer le stade de la maladie et non la date diagnostique, en raison de la pertinence clinique de cette donnée.

Malgré la question du nombre de séances orthophoniques hebdomadaires lors du recrutement, les patients n'ont pas tous eu le même suivi. Cela a été modulé en fonction des disponibilités des patients et des aléas de vie (court séjour en institution, arrêt maladie non-remplacé de l'orthophoniste etc.). De plus, plusieurs patients ont interrompu la prise en charge individuelle lors du suivi groupal. Cela leur demandait en effet beaucoup de temps et d'investissement. Aussi, les suivis entre les patients sont variables mais reflètent les possibilités de chacun. La présence de cette variable confondue constitue une limite à ce travail. L'absence de séances individuelles pour certains patients aurait pu être anticipée et palliée par un appariement du groupe contrôle qui comprend également des patients sans suivi individuel. Cela n'a toutefois pas été fait, étant donné les difficultés de recrutement, effectué par le biais d'orthophonistes. Ces derniers nous ont donc, en toute logique, mis en lien avec des patients suivis. Toutefois, la question de l'investissement dans la prise en charge doit être abordée. Le groupe peut donc être une alternative (comme cela a été le cas pour ces patients), une fenêtre thérapeutique pour les séances individuelles, le temps d'investir plus en profondeur le domaine de la communication. Quoi qu'il en soit, ce cadre doit être envisagé avec le patient et son aidant en fonction de leurs possibilités.

Par ailleurs, l'évolution des résultats peut être imputée à des différences de suivi entre les patients. C'est effectivement le cas puisque le soin est, par définition, adapté à chacun. Pour pallier cette limite, les objectifs de la prise en charge ont été recueillis pour chacun des patients des groupes expérimental ou contrôle. Ils concernaient, pour tous, à la fois un maintien des fonctions cognitives et un travail écologique autour de la communication fonctionnelle.

Enfin, certaines limites interviennent également du fait des facteurs historiques, c'est-à-dire des événements liés à l'expérience de chacun entre les deux sessions d'évaluation. Pour quelques membres du groupe expérimental, la situation lors du pré-test était très fragile. L'aidant portait à bout de bras la situation, le patient était dans une période de grande confusion temporelle et en souffrance vis-à-vis de cet environnement incompris. Pour deux des patients du groupe expérimental, ce fragile équilibre a été rompu par des événements personnels. L'état du patient s'en est alors ressenti. Cela était moins le cas dans le groupe contrôle : les patients ayant accepté de répondre à l'étude étant davantage confortables dans leur vie quotidienne. Cette donnée n'est pas rendue visible par l'appariement des groupes ni par les tests mais influe grandement sur l'état des patients, leur disponibilité et leurs échanges.

Ainsi, les limites sont à la fois méthodologiques mais également propres aux participants inclus dans l'étude. Dans tous les cas, ce travail en rend compte et a tenté de les pallier tout au long de sa conception et de sa réalisation.

2. Forces, intérêt et originalité de l'étude

Ce travail n'est pas le premier à interroger l'intérêt d'une prise en charge orthophonique de groupe sur les capacités de communication Alzheimer. Toutefois, la comparaison avec un groupe contrôle et sur un total de six personnes est novatrice. Les tendances établies permettent d'en souligner les intérêts.

Par ailleurs, ce travail démontre que la construction et la mise en place de séances orthophoniques de groupe de ce type est réalisable en activité libérale et intéressante. Elle peut être une solution pour les personnes dont le suivi en hôpital de jour ou une autre structure de soin n'est pas toujours possible.

Le caractère libre des séances proposées est également un point fort. Les séances ne suivent pas un protocole programmé mais la réflexion de leur conduite s'appuie sur un cadre théorique. Cela permet de s'ajuster à chaque patient, à son évolution cognitive, langagière et communicationnelle et plus largement à chaque situation de groupe. Les supports utilisés sont également variables pour répondre à ces besoins. Cela consolide l'apport écologique de ce type de prise en charge. La prise en compte de l'aidant est également un atout : il est le premier interlocuteur du patient, et donc souvent le premier à subir l'impact du trouble de la communication.

En outre, même si les résultats amenés sont limités, ce travail souligne la faisabilité d'études futures de plus grande envergure, axées sur cette question des capacités de

communication, souvent reléguée au second plan. Cette étude permet également d'avoir à l'esprit les variables à prendre en compte lors d'une telle étude.

Enfin, ce travail permet d'avoir des données qui constituent un pas de plus dans la reconnaissance d'une pratique orthophonique et de sa légitimité.

3. Pistes pour des études futures

Poursuivre ce travail en limitant les biais et en affutant la réflexion sur les outils serait intéressant. En effet, un outil clinique précis de suivi de l'évolution pourrait être opportun. C'est ce que propose l'outil de suivi d'évolution (Caron, Salmon, & Terpereau, 2009) qui permet d'observer la dynamique, les éléments moteurs ou problématiques de la séance. En outre, l'utilisation de la GALI s'est révélée très pertinente pour cerner les aspects pragmatiques et l'investissement dans l'interaction. Cet outil pourrait être à creuser, notamment en détaillant les sous-questions, très précises, qui sont proposées, bien que le traitement des résultats soit complexe. De la même façon, recueillir le ressenti du patient quant à ces séances pourrait être envisagé à travers la grille d'objectifs réalisée pour des ateliers thérapeutiques et inspirée des objectifs fixés de l'OMS (Lacaze et al., 2014).

De plus, le regard de l'aidant est un point fort de ce travail mais pourrait être développé. En effet, ce dernier a généralement à cœur de partager son quotidien et les difficultés rencontrées. Une évaluation écologique plus formelle de la communication entre l'aidant et l'aidé pourrait se révéler pertinente, en plus du recueil des ressentis des aidants. C'est la tâche à laquelle s'attelle le support d'observations cliniques des interactions, dans sa version pour le patient Alzheimer (Lucas, Colun, & Croll, 2016). Une autre possibilité pour l'observation des interactions entre le patient et son aidant pourrait être de réaliser la GECCO en situation duelle, non pas avec l'orthophoniste mais avec l'aidant.

Par ailleurs, les études futures nécessiteront également de veiller aux biais qui ont été mentionnés précédemment, qu'ils concernent les outils utilisés, la taille de l'échantillon, la robustesse de l'échantillon ou la validité.

D. Conclusion

Ainsi, les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer sont fréquents et engendrent de multiples répercussions. Le statut d'interlocuteur du patient et sa place sociale sont notamment mis à mal. En outre, les entraves à la communication participent généralement à l'alourdissement du fardeau de l'aidant. L'orthophoniste est le professionnel privilégié pour remédier au trouble de la communication et pallier ses conséquences. Le suivi individuel est généralement proposé dans ce cas mais des tentatives de soin de groupe émergent. Ce type de soin est encore rare, notamment en activité libérale, et les effets peu étudiés à ce jour.

Ce travail avait donc pour objectif d'évaluer les intérêts d'une prise en charge orthophonique de groupe visant l'amélioration de la communication sur celle-ci, en relation duelle et notamment avec l'interlocuteur privilégié du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, à un stade léger à modéré en comparaison d'un groupe contrôle. L'objectif était également d'apprécier le ressenti des patients et des aidants quant à l'effet de ces séances sur la communication. Ce travail a permis de mettre à jour des résultats intéressants, bien que non significatifs, en termes de fréquence des actes de langage produits, qui témoignent d'un investissement verbal ou non dans l'échange. En outre, une amélioration significative a été révélée en ce qui concerne les capacités conversationnelles et notamment pragmatiques interactionnelles. Cela corrobore le maintien des interactions sociales dont font part les aidants. Evidemment, ces scores sont à interpréter avec prudence, étant donné les limites de ce travail. En outre, cette analyse statistique ne prend sens qu'au regard de l'observation clinique, du ressenti de l'aidant et du patient, qui manifestent ici l'intérêt de ce soin. L'objectif premier de tout soin est d'accompagner pour permettre un mieux-être au quotidien. Ce ressenti a été largement exprimé par les participants au groupe.

Par ailleurs, ce travail, au-delà de son aspect écologique, est essentiel pour répondre à un besoin partagé de tous de maintien de la vie sociale. En outre, les aidants sont au cœur de la situation et leurs demandes d'information et d'inclusion au soin peuvent trouver réponse. Ils sont des partenaires indispensables à considérer pour permettre une approche holistique et individualisée du patient. Enfin, la démarche de ce travail semble intéressante par les intérêts qu'elle soulève et les pistes futures qu'elle envisage. Elle se veut un pas de plus pour asseoir la légitimité des pratiques orthophoniques : en plus des preuves cliniques, des arguments scientifiques sont exposés.

Bibliographie

- Aalten, P., Verhey, F. R. J., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., ... Robert, P. H. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(6), 457-463. DOI : 10.1159/000110738
- Adam, S., De Linden, M. V., Juillerat, A.-C., & Salmon, E. (2000). The cognitive management of daily life activities in patients with mild to moderate Alzheimer's disease in a day care centre: A case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10(5), 485-509. DOI / 10.1080/09602010050143568
- American psychiatric association. (2015). Troubles neurocognitifs. In *DSM-5®: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition.)* (p. 699-759).
- Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J.-F., Dubois, O., & Salamon, R. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 60(3), 231-238. DOI : 10.1016/j.respe.2011.12.136
- Amieva, H., Belliard, S., & Salmon, E. (2014). *Les démences: Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. Montrouge: Doin.
- Amieva, H., Mokri, H., Le Goff, M., Meillon, C., Jacqmin-Gadda, H., Foubert-Samier, A., ... Dartigues, J.-F. (2014). Compensatory mechanisms in higher-educated subjects with Alzheimer's disease: a study of 20 years of cognitive decline. *Brain*, 137(4), 1167-1175. DOI : 10.1093/brain/awu035
- Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A.-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., ... Dartigues, J.-F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(05), 707-717. DOI : 10.1017/S1041610215001830
- Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32 / n° 128-129(1), 129-141.
- Arock, P. (2014). Programmes d'amélioration de la communication à destination de l'entourage des malades d'Alzheimer ou de démence de type Alzheimer: mise en œuvre et bénéfiques. *Glossa*, (114), 12-27.

- Baglio, F., Griffanti, L., Saibene, F. L., Ricci, C., Alberoni, M., Critelli, R., ... Farina, E. (2015). Multistimulation Group Therapy in Alzheimer's Disease Promotes Changes in Brain Functioning. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 13-24. DOI : 10.1177/1545968314532833
- Berrewaerts, J., Hupet, M., & Feyereisen, P. (2003). Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de Neuropsychologie*, 13(2), 165-207.
- Binetti, G., Magni, E., Cappa, S. F., Padovani, A., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (1995). Semantic memory in alzheimer's disease: An analysis of category fluency. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(1), 82-89. DOI : 10.1080/13803399508406584
- Boutoleau-Bretonnière, C., & Vercelletto, M. (2009). Fardeau de l'aidant dans la pathologie démentielle : lien avec les activités de la vie quotidienne et les troubles psychocomportementaux. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 7, 15-20.
- Brin-Henry, F. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (Ortho Edition). Isbergues, France.
- Bucks, R. S., & Radford, S. A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 8(3), 222-232. DOI : 10.1080/13607860410001669750
- Cahill, S., Pierce, M., Werner, P., Darley, A., & Bobersky, A. (2015). A Systematic Review of the Public's Knowledge and Understanding of Alzheimer's Disease and Dementia: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 29(3), 255-275. DOI : 10.1097/WAD.0000000000000102
- Carlomagno, S., Santoro, A., Menditti, A., Pandolfi, M., & Marini, A. (2005). Referential communication in Alzheimer's type dementia. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 41(4), 520-534.
- Caron, S., Salmon, E., & Terpereau, J. (2009). *Élaboration d'un Outil de Suivi d'Évolution des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans le cadre de la prise en charge de la communication au sein d'ateliers thérapeutiques*. Université de Nantes, France.
- Cheng, S.-T., Mak, E. P. M., Lau, R. W. L., Ng, N. S. S., & Lam, L. C. W. (2016). Voices of Alzheimer Caregivers on Positive Aspects of Caregiving. *The Gerontologist*, 56(3), 451-460. DOI : 10.1093/geront/gnu118

- Chiang, K.-J., Chu, H., Chang, H.-J., Chung, M.-H., Chen, C.-H., Chiou, H.-Y., & Chou, K.-R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 380-388. DOI : 10.1002/gps.2350
- Correia, C., Lopez, K. J., Wroblewski, K. E., Huisingh-Scheetz, M., Kern, D. W., Chen, R. C., ... Pinto, J. M. (2016). Global Sensory Impairment in Older Adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 306-313. DOI : 10.1111/jgs.13955
- Cott, C. A., Dawson, P., Sidani, S., & Wells, D. (2002). The Effects of a Walking/Talking Program on Communication, Ambulation, and Functional Status in Residents with Alzheimer Disease: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(2), 81-87. DOI : 10.1097/00002093-200204000-00005
- Croisile, B., Auriacombe, S., Etcharry-Bouyx, F., & Vercelletto, M. (2012). Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : stades précliniques, mild cognitive impairment et démence. *Revue Neurologique*, 168(6), 471-482. DOI : 10.1016/j.neurol.2011.11.007
- Degiovani, R. (2008). La place de l'intervention orthophonique dans le parcours de vie des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(46), 37-42. DOI : 10.1016/j.npg.2008.01.016
- Delaby, S., Rousseau, T., & Gatignol, P. (2011). Intérêt d'une thérapie écosystémique chez des patients âgés ayant une maladie d'Alzheimer sévère. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(63), 124-132. DOI : 10.1016/j.npg.2011.02.001
- Dubois, B., Bombois, S., & Pasquier, F. (2015). Approche clinique de la maladie d'Alzheimer. In *Démences* (p. pp.148-156). Montrouge: Doin.
- Dubois, B., & Michon, A. (2015). *Démences*. Montrouge: Doin.
- Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2016). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31-37. DOI : 10.1177/0891988715598233

- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367. DOI : 10.1016/S1474-4422(08)70063-2
- Engberink, A. O., Pimouguet, C., Amouyal, M., Gerassimo, O., Bourrel, G., & Berr, C. (2013). Determinants of support for dementia patients in general practice: a qualitative approach based on an epidemiological cohort. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, (2), 157–167. DOI : 10.1684/pnv.2013.0413
- Eustache, F., Bejanin, A., Lambert, J., Laisney, M., & Desgranges, B. (2015). Langage et démences : quelques illustrations dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique. *Revue de neuropsychologie*, 7(1), 56. DOI : 10.3917/rne.071.0056
- Feil, N., & Klerk-Rubin, V. de. (2005). *La validation, méthode Feil: comment aider les grands vieillards désorientés* (3e éd.). Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Fondation Alzheimer. (2012). Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer. Consulté le 23 septembre 2017, à l'adresse <http://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>
- Forbes-McKay, K. E., & Venneri, A. (2005). Detecting subtle spontaneous language decline in early Alzheimer's disease with a picture description task. *Neurological Sciences*, 26(4), 243-254. DOI : 10.1007/s10072-005-0467-9
- Forette, F. (2009). Maladie d'Alzheimer : perspectives thérapeutiques. *Gérontologie et société*, 32 / n° 128-129(1), 209-223.
- Fortier, J., Besnard, J., & Allain, P. (2016). La cognition sociale dans le vieillissement normal et pathologique. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 14(4), 438-446. DOI : 10.1684/pnv.2016.0640
- FranceAlzheimer. (2017, juin). Les chiffres | France Alzheimer | Union Nationale des Associations France Alzheimer. Consulté le 23 septembre 2017, à l'adresse <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres>
- Gana, K., Mezred, D., & K'Delant, P. (2014). Évaluation des vertus adaptatives de la rétrospective de vie chez les personnes âgées : étude randomisée contrôlée. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24. DOI : 10.1016/j.jtcc.2014.01.001

- Gatignol, P., Aubert-Garaïalde, O., & Rousseau, T. (2011). Perception des émotions dans la maladie d'Alzheimer. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54. DOI : 10.1016/j.rehab.2011.07.283
- Gaugler, J. E. (2015). Describing and Evaluating Novel Programs and Therapies for Older Persons. *Journal of Applied Gerontology*, 34(5), 547-551. DOI : 10.1177/0733464815585681
- Goldberg, A., Bruce, E., Hodgson, S., & Schweitzer, P. (2013). *Animer un atelier de réminiscence avec des personnes âgées*. Lyon: Chronique sociale.
- Guerin, C., & Monnet, I. (2015). *Communication et maladie d'Alzheimer: intérêts d'une prise en charge orthophonique en groupe*. Université de Tours, France.
- Haberstroh, J., Wollstadt, P., Knebel, M., Oswald, F., Schröder, J., & Pantel, J. (2013). Need for and Challenges Facing Functional Communication as Outcome Parameter in AD Clinical Trials: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(4), 293-301. DOI : 10.1097/WAD.0b013e318299d28d
- Haute Autorité de Santé. (2011). *Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge* (p. 49).
- Hedman, R., Hellström, I., Ternestedt, B.-M., Hansebo, G., & Norberg, A. (2014). Social positioning by people with Alzheimer's disease in a support group. *Journal of Aging Studies*, 28, 11-21. DOI : 10.1016/j.jaging.2013.11.003
- Hinshelwood, R. D. (2009). Bion et Foulkes. Le groupe comme un tout. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (52), 99-109.
- Hopper, T. (2001). Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's disease. *Seminars in Speech and Language*, 22(4), 305-315. DOI : 10.1055/s-2001-17428
- Hugonot-Diener, L., Rossi, E., Guyon, F., Kruczek, E., Gaillard, J., & Hanon, C. (2017). Retrait et vieillissement. *L'Information Psychiatrique*, 93(4), 302-309. DOI : 10.1684/ipe.2017.1630
- Inserm. (2017, juin). Alzheimer. Consulté le 20 septembre 2017, à l'adresse <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

- Jauny, D., Mouton, C., & Rousseau, T. (2010). Influence des gestes de l'interlocuteur sur les actes de langage des malades Alzheimer. *Glossa*, *109*, 93-114.
- Jones, D. (2015). A family living with Alzheimer's disease: The communicative challenges. *Dementia*, *14*(5), 555-573. DOI : 10.1177/1471301213502213
- Kalafat, M., Hugonot-Diener, L., & Poitrenaud, J. (2003). Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. *Revue Neuropsychologique*, *3*(2).
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2005). Les négociations conversationnelles. In *Le discours en interaction* (p. 93-182). Paris: Colin.
- Klimova, B., & Kuca, K. (2016). Speech and language impairments in dementia. *Journal of Applied Biomedicine*, *14*(2), 97-103. DOI : 10.1016/j.jab.2016.02.002
- Lacaze, A., Dubois, H., & Roussier, M. (2014). Présentation d'une expérience thérapeutique menée en hôpital de jour auprès de personnes atteintes de démences : création d'un livre de vie. *L'Orthophoniste*, *343*.
- Laisney, M., Desgranges, B., Eustache, F., & Giffard, B. (2012). L'altération du réseau lexico-sémantique dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique à travers le prisme des effets d'amorçage sémantique. *Revue de neuropsychologie*, *Volume 2*(1), 46-54.
- Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. (2017, mai). Consulté le 23 septembre 2017, à l'adresse <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
- Lucas, P., Colun, H., & Croll, A. (2016). *Analyse conversationnelle entre un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et sa femme pour la contribution à l'approfondissement du Support d'Observation Clinique des Interactions, en vue d'une utilisation auprès des patients Alzheimer et leur partenaire privilégié de conversation*. Université de Nantes, France.
- Maillard, C., Antoine, P., & Billiet, C. (2012). Effets de la rétrospective de vie sur la détresse psychologique et le bien-être subjectif de personnes âgées institutionnalisées - étude pilote. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *22*, 151-160.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association

- workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269. DOI : 10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Mehrabian, A., & Wiener, M. (1967). Decoding of inconsistent communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(1), 109-114.
- Molin, P., & Rockwood, K. (2016). Les nouveaux critères de la Maladie d'Alzheimer – Perspective gériatrique*. *Canadian Geriatrics Journal*, 19(2), 74-82. DOI : 10.5770/cgj.19.242
- Mukherjee, S. (2014). The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with Alzheimer's and Other Dementias. *Educational Gerontology*, 40(6), 470-472. DOI : 10.1080/03601277.2013.844029
- Neveu, F. (2011). *Fonctions du langage [linguistique générale]* (2nde ed.). Paris: Armand Colin.
- Orianne, J.-F., Collette, F., Bastin, C., & Salmon, E. (2017). La maladie d'Alzheimer sous l'angle de la théorie générale des systèmes : un point de vue multidisciplinaire. *Revue de neuropsychologie*, 9(2), 109-117. DOI : 10.1684/nrp.2017.0415
- Passoni, S., Moroni, L., Toraldo, A., Mazzà, M. T., Bertolotti, G., Vanacore, N., & Bottini, G. (2014). Cognitive Behavioral Group Intervention for Alzheimer Caregivers: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(3), 275-282. DOI : 10.1097/WAD.0000000000000033
- Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins, Reflexions on the philosophies of care. *Gérontologie et société*, 29 / n° 118(3), 37-54. DOI : 10.3917/gs.118.0037
- Ploton, L. (2004). *Maladie d'Alzheimer. A l'écoute d'un langage* (3e édition). Chronique Sociale.
- Ploton, L. (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32 / n° 128-129(1), 89-115.
- Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 1002-1006. DOI : 10.1002/gps.1002

- Quaderi, A., Rey, A., & Gori, R. (2013). *Approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer* (DeBoeck).
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, Numéro 503(5), 429. DOI : 10.3917/bupsy.503.0429
- Rousseau, T., Fromage, B., & Touchet, C. (2009). Interactions entre le sujet âgé Alzheimer et son environnement. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 9(49), 45-52. DOI : 10.1016/j.npg.2008.05.003
- Rousseau, T., & Loyau, M. (2006). Influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(31), 43-49. DOI : 10.1016/S1627-4830(06)75221-7
- Rousseau, T. (2006). GECCO : grille d'évaluation des capacités de communication. (Ortho Edition)
- Rousseau, T. (2007). Standardisation de la grille d'évaluation des capacités de communication (GECCO). *Glossa*, (102), 52-65.
- Rousseau, T. (2011a). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, Numéro 503(5), 429-444.
- Rousseau, T. (2011b). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Elsevier Masson.
- Rousseau, T., Dali, S., & Fargier, A. (2006). Evaluation des capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : présentation d'un outil informatisé. *Glossa*, (95), 42-58.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefevre, M. (2001). TLC : Test Lillois de Communication. (Ortho Edition).
- Rousseaux, M., Sève, A., Vallet, M., Pasquier, F., & Mackowiak-Cordoliani, M. A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884-3890. DOI : 10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.026
- Sainson, C., & Guyou, H. (2016). G.A.L.I.: Grille d'analyse linguistique d'interaction libre. (Ortho Edition).
- Savundranayagam, M. Y., & Orange, J. B. (2014). Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communication strategies by family caregivers of persons with

- Alzheimer's disease: Caregiver appraisals of communication strategies. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(1), 49-59. DOI : 10.1111/1460-6984.12043
- Schiaratura, L. T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 183-188. DOI : 10.1684/pnv.2008.0140
- Schiaratura, L. T., Di Pastena, A., Askevis-Leherpeux, F., & Clément, S. (2015). Expression verbale et gestualité dans la maladie d'Alzheimer: Une étude en situation d'interaction sociale. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(1), 97-105.
- Schmidt, K. L., Lingler, J. H., & Schulz, R. (2009). Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 197-201. DOI : 10.1016/j.pec.2009.03.023
- Seillier, M., & Terpereau, J. (2015). *Orthophonie et maladie d'Alzheimer: impact d'une prise en charge de groupe, s'inspirant de la méthode de Validation®*, sur la communication verbale et la communication non verbale de patients atteints de MA à un stade sévère : pré-expérimentation. Université de Nantes, France.
- Sellal, F., & Kruczek, E. (2007). *Maladie d'alzheimer*. Rueil-Malmaison: Doin.
- Sitzer, D. I., Twamley, E. W., & Jeste, D. V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 75-90. DOI : 10.1111/j.1600-0447.2006.00789.x
- Small, J. A., Gutman, G., Makela, S., & Hillhouse, B. (2003). Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 46(2), 353. DOI : 10.1044/1092-4388(2003/028)
- Small, J. A., Huxtable, A., & Walsh, M. (2009). The Role of Caregiver Prosody in Conversations With Persons Who Have Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*, 24(6), 469-475. DOI : 10.1177/1533317509342981
- Small, J. A., Perry, J., & Lewis, J. (2005). Perceptions of family caregivers' psychosocial behavior when communicating with spouses who have Alzheimer's disease. *American*

Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 20(5), 281-289. DOI : 10.1177/153331750502000510

Talbot-Mahmoudi, C. (2015). Concept de réminiscence : évolution et applications en pratique clinique auprès de sujets âgés et dans la maladie d'Alzheimer, Concept of reminiscence: evolution and applications in clinical practice among elderly and in Alzheimer's disease. *Revue de neuropsychologie, Volume 7(2)*, 117-126.

Vallée, A., & Vallée, J.-N. (2017). Ressenti des aidants de personnes âgées dépendantes atteintes de démence. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 15(2)*, 138-144. DOI : 10.1684/pnv.2017.0663

Vinay, A., Gérard, M., Bonnet, M., Rexand-Galais, F., & Fromage, B. (2016). À la recherche du sujet dans la maladie d'Alzheimer. *Pratiques Psychologiques, 22(3)*, 255-268. DOI : 10.1016/j.prps.2016.04.002

Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging Well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future. *The Gerontologist, 52(3)*, 306-316. DOI : 10.1093/geront/gnr154

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining Success of Communication Strategies Used by Formal Caregivers Assisting Individuals With Alzheimer's Disease During an Activity of Daily Living. *Journal of Speech Language and Hearing Research, 55(2)*, 328. DOI : 10.1044/1092-4388(2011/10-0206)

Woodward, M. (2013). Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options. *International Psychogeriatrics, 25(06)*, 877-885. DOI : 10.1017/S1041610213000318

Table des matières des tableaux

Tableau 1 : Présentation des activités et thèmes des séances de groupe proposées.....	page 22
Tableau 2 : Caractéristiques des patients du groupe expérimental au recrutement.....	page 24
Tableau 3 : Caractéristiques des patients du groupe contrôle au recrutement.....	page 24
Tableau 4 : Nombre de séances réalisées par les patients entre les deux sessions d'évaluation.....	page 24
Tableau 5 : Appariement des données sociodémographiques et de la participation aux séances.....	page 29
Tableau 6 : Résultats obtenus lors du pré-test.....	page 29
Tableau 7 : Résultats obtenus lors du post-test.....	page 31
Tableau 8 : Statistiques de l'évolution de deux groupes entre la session T_0 et T_1	page 32
Tableau 9 : Statistiques descriptives du groupe contrôle au pré-test et post-test.....	page 33
Tableau 10 : Statistiques descriptives du groupe contrôle au pré-test et post-test.....	page 34

Annexes



ANNEXE 7a : LETTRE D'INFORMATION

Etude sur l'évaluation d'une prise en charge orthophonique de groupe

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude, réalisée dans le cadre du mémoire d'orthophonie visant l'obtention du diplôme d'orthophoniste. La participation à cette étude est entièrement volontaire et ne vous occasionnera aucun frais. Si certaines informations ne sont pas comprises, n'hésitez pas à nous le signaler.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une prise en charge de groupe sur la communication. L'implication d'une dizaine de personnes est prévue dans cette étude qui se déroulera sur quatre mois. Pour cela, la totalité des participants bénéficie d'une prise en charge orthophonique individuelle ordinaire. En plus de celle-ci, la moitié des participants bénéficie de la prise en charge de groupe, à raison d'une heure par semaine tout au long du déroulement du protocole, soit d'octobre 2017 à janvier 2018.

Deux sessions d'évaluations seront menées. La première aura lieu en octobre 2017 et la seconde après quelques mois de prise en charge, soit en janvier/février 2018. L'évaluation consiste en un entretien avec vous et votre aidant principal. Elle ne vise en aucun cas à vous juger mais permet d'apprécier l'intérêt de la prise en charge proposée. Nous faisons l'hypothèse qu'une prise en charge de ce type permet de mobiliser et améliorer les capacités de communication du patient et de restaurer ainsi sa position d'interlocuteur.

Ce travail est envisagé et pensé dans le respect le plus strict de l'intégrité physique et psychologique, de la dignité de la personne et des règles éthiques, tout au long de son déroulement. Des données vous concernant (sociodémographiques et médicales) vont être recueillies. Des vidéos vont également être effectuées dans l'unique but de réaliser les évaluations avant et après la prise en charge proposée. Ces vidéos seront donc détruites par la suite. Les données vous concernant seront rendues anonymes et resteront confidentielles.

Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider de participer ou non à cette étude. De même, vous pouvez décider d'interrompre votre participation à l'étude à tout moment, sans justification et sans que cela n'affecte ni votre prise en charge, ni le lien thérapeutique créé. De plus, vous pouvez, si vous le souhaitez, être tenu au courant des résultats globaux de cette étude.

Votre participation ne peut être que volontaire, aussi nous vous demandons, si vous souhaitez participer à l'étude, de signer le formulaire de consentement écrit comme l'exige la loi.

Clémence DELAHAYE, étudiante en orthophonie,
Inès MONNET, orthophoniste et directrice de mémoire.



ANNEXE 7b : LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Etude sur l'évaluation d'une prise en charge orthophonique de groupe

NOM : Prénom :

Date de naissance : .../.../..... Lieu de naissance :

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une recherche portant sur l'évaluation des pratiques, Clémence DELAHAYE, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes. Clémence DELAHAYE m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiqué une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées afin que je puisse me faire mon propre jugement. Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seules Madame Inès MONNET et Madame Clémence DELAHAYE y auront accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisée, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux à tout moment me retirer de l'étude, sans avoir à me justifier, sans encourir aucune responsabilité. En outre, je pourrai, si je le souhaite, demander des informations complémentaires concernant cette étude et ses résultats.

J'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :, le

Signatures du participant et de son aidant

Signature de l'étudiant

ANNEXE 8 : ENGAGEMENT ETHIQUE

Je soussignée, Clémence DELAHAYE, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à évaluer les effets d'une prise en charge orthophonique de groupe sur les capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- Informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre
- Obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- Préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude
- Informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude
- Respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication
- Préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Nantes, le 25 septembre 2017,

Clémence DELAHAYE

ANNEXE A : DEMARCHE POUR DETERMINER LE NIVEAU SOCIO-CULTUREL

(Issue de la démarche utilisée dans le MMSE)

Cette échelle est celle utilisée lors de l'étalonnage du MMSE. Elle propose de déterminer quatre niveaux socio-culturels, notés de 1 à 4, selon l'échelle proposée ci-dessous.

On tiendra compte, dans cette étude, du plus haut niveau de scolarisation effectué.

- **1** : pas de diplôme ou un CAP
- **2** : Certificat d'études primaires ou notion d'une scolarité secondaire (au maximum, jusqu'à la fin d'une classe de 4^e, avec ou sans l'obtention d'un diplôme) ou certificat d'études primaires et études techniques courtes (au maximum jusqu'à la fin d'une classe de 4^e technique)
- **3** : Notion d'une scolarité allant jusqu'à la fin d'une classe de 3^e (avec ou sans l'obtention du BEPC) à la fin d'une classe de terminale (sans le baccalauréat complet)
- **4** : Réussite à un examen du niveau du baccalauréat ou plus.

ANNEXE B: EXEMPLE DE COTATION DES DONNEES DE LA GECCO

Situation 1 : entretien dirigé

- Vous m'avez redonné votre date de naissance que j'avais oubliée... Je ne me souviens plus exactement ; vous avez des enfants ?
- Oui (**réponse oui/non**).
- Oui ? Vous avez combien d'enfants ?
- 3 enfants (**réponse wh-**). 3 garçons (**réponse qualification**).
- 3 garçons ! D'accord, ok. Et ils s'appellent comment ?
- Basile, Paul et Christophe (**réponse wh-**)
- D'accord et ils sont dans la région tous les trois ou ils habitent un peu plus loin ?
- Non. Ils sont pas dans la région tous les trois (**réponse non**) ! Y'en a un qui nous a trahis (**mécanismes conversationnels**) (rire).
- C'est pas vrai ! Il est parti s'installer ailleurs ?
- Non (**réponse non**), c'est parce qu'il a une formation de cuisinier après l'école quoi (**affirmation explication**). Et puis maintenant, en responsabilité pour faire les repas dans une école, pas dans une école mais dans la restauration (**description identification**).
- D'accord, et ça c'était dans une autre région ?
- Oui (**réponse oui**)
- D'accord, donc il est parti pour son travail ?
- C'est un Lyon, c'est un Lyonnais. (**absence de feedback interlocuteur**)
- Ah oui, donc c'est vrai que ça fait un peu loin. Et les autres enfants sont dans la région alors.
- Les autres ils sont dans la région (**affirmation fait**), un à Angers (**description localisation**), l'autre à... Non, ça va pas (**affirmation état interne**), toc-toc (tape sur sa tempe : **geste symbolique**).
- Il n'est pas exactement à Angers ?
- Non, il n'est pas... (**réponse non**). Y'en a un qu'est à Angers oui, l'autre il est en Vendée (**description localisation**).
- Vous vous êtes originaire de Vendée ? Donc il est retourné par là-bas ?
- Retourné par là-bas, c'est-à-dire que pour la Vendée, il est, il travaille dans une entreprise (**absence de feedback interlocuteur**).

Situation 2 : échange d'informations

- Choisissez une photo, et décrivez-la. Dites-moi ce que vous voyez.
- Alors, une cheminée. (**identification**)
- C'est une photo où il y a une cheminée ?
- ça doit être un bateau. (**évaluation**)
- Est-ce qu'on voit la mer ?
- (**pas de feedback interlocuteur**) Il y a de la fumée ici donc ça veut dire qu'il y a un moteur (**évaluation**). Pour moi, ça n'a pas lieu d'être s'il n'y a pas de moteur qui travaille (**attribution**). C'est le départ pour aller vers le midi (**évaluation**).

Situation 3 : discussion libre

- On parlait de voyage tout à l'heure. C'est important pour vous de voyager ?
- C'est important, mais on avance en âge. (**réponse oui et réponse qualification**)
- Ah oui. Plus on vieillit et plus c'est difficile de voyager, vous me dites ?
- Il faut que ce soit des événements importants, enfin importants, nécessaires (**réponse qualification**).
- Qu'est-ce qui est le plus difficile ?
- La décision d'abord (**réponse wh-**) Et puis le cas, si c'est une rencontre familiale ou un autre événement (**réponse qualification**).
- Ah oui, c'est sûr ! Vous avez beaucoup voyagé vous ?
- Non, on ne peut pas dire beaucoup (**réponse non**). On a voyagé un peu (**réponse qualification**). Au Bénin (**description localisation**).
- Ah, d'accord, et pourquoi vous êtes partis en Afrique ?
- Non, je ne suis pas parti en Afrique (**contradiction**). Enfin si, je suis parti au Bénin (**performative**). Pour faire le voyage qu'on avait promis à un ami (**réponse wh-**).
- D'accord ! Vous alliez rejoindre cet ami ?
- Oui (**réponse oui**). Il avait une profession particulière (**réponse qualification**).

ANNEXE C : RESULTATS BRUTS DES PRE- ET POST-TESTS

		Résultats à la GECCO					Résultats à la GALI					
Groupe		Fréquence actes de langage	Adéquation actes de langage	Inadaptation à la situation	Inadaptation à l'interlocuteur	Communication non-verbale	Score MMSE	Score des interactions	Score d'énoncé	Score d'énonciation	Score de pragmatique interactionnelle	
Pré-test	A	E	12,96	0,83	0	0,2	1,47	21	18	4	5	9
	B	E	5,34	0,85	0,4	0,13	0	17	14	3	4	7
	C	E	7,37	0,92	0,33	0,13	0	22	14	4	4	7
	D	E	9,71	0,9	0	0,92	0,93	22	15	3	4	8
	E	E	8,75	0,86	0,07	0,4	0,47	15	11	4	1	6
	F	E	9,11	0,93	0	0	0,87	19	20	6	5	10
	A'	C	9,14	0,93	0	0,07	0,93	22	18	5	4	10
	B'	C	8,37	0,94	0	0,21	0,47	17	18	6	4	9
	C'	C	10,21	0,95	0	0	0,07	23	19	5	4	11
	D'	C	8,73	0,78	0,33	0,47	0,13	20	17	4	3	11
	E'	C	10,68	0,88	0	0,83	0,07	15	11	2	3	6
F'	C	14,36	0,94	0	0,21	1,6	19	19	6	4	10	
Post-test	A	E	0,93	11,16	0	0,14	1,6	19	19	6	4	10
	B	E	0,9	6,81	0	0,54	0,33	12	16	3	4	9
	C	E	0,93	11,21	0,7	0,53	0,13	22	18	5	5	9
	D	E	0,89	11	0	0,56	0,94	20	16	4	4	9
	E	E	0,71	10,51	0	0	0	11	16	2	5	9
	F	E	0,9	11,24	0	0,2	0,6	16	21	6	5	11
	A'	C	0,9	8,91	0	0,32	0,76	22	18	5	4	10
	B'	C	0,89	10,11	0,33	0,24	0,13	16	19	6	5	9
	C'	C	0,9	13,22	0,33	0,5	0,17	23	20	6	5	10
	D'	C	0,9	8,89	0	0,53	0,07	21	18	5	4	9
	E'	C	0,81	9,1	0,17	0,39	0	13	9	2	2	6
F'	C	0,88	7,54	0	0,14	0,78	16	16	4	4	8	

Titre du Mémoire : Intérêts d'une prise en charge orthophonique de groupe sur les capacités de communication du patient atteint de la maladie

RESUME

Fréquents dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de la communication peuvent conduire à renoncer aux interactions. Ce renoncement cristalliserait une situation déjà complexe et douloureuse, pour les patients et leurs aidants. C'est un enjeu dans l'accompagnement du patient et souligne l'intérêt du soin orthophonique pour prévenir ou pallier les difficultés de communication. Une prise en charge orthophonique groupale permet de répondre à ce besoin d'interactions sociales et d'ajustement pragmatique. Ainsi, l'objectif de ce travail est d'évaluer les intérêts d'une prise en charge orthophonique groupale visant la communication, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Sont alors mesurés l'adéquation de sa communication, la fréquence des actes de langage, l'adaptation à la situation et à l'interlocuteur et la communication non-verbale grâce à la GECCO. Des mesures conversationnelles pragmatiques et interactionnelles sont également effectuées à l'aide de la GALI. Les résultats montrent une tendance à l'amélioration des capacités pragmatiques interactionnelles et un maintien des différentes capacités de communication et de l'engagement dans la conversation malgré un déclin cognitif. Ces tendances intéressantes, avec toutes leurs limites, incitent donc à poursuivre la recherche.

MOTS-CLES

Communication, groupe thérapeutique, interactions, maladie d'Alzheimer, orthophonie, pragmatique

ABSTRACT

Common in the Alzheimer's disease, communication disorders can lead patients to give up on interactions. This renunciation would crystallize an existing complex and painful situation for patients and their caregivers. This creates a concern in the patients' care and emphasizes the importance of the speech therapy in order to prevent or mitigate the communication difficulties. A group speech therapy allow to fulfill this need of social interaction and pragmatic adjustment. Thus, the aim of this study is to evaluate the interests of group speech therapy for communication in the Alzheimer's disease. The combination of group speech therapy for communication, frequency of speech acts, adaptation to the situation and to its interlocutor and finally, non-verbal communication are then measured thanks to GECCO. Practical and interactional conversational measures are also considered by using GALI. The results reveal a trend toward better interactional pragmatic capabilities and maintaining different communication skills and engagement in conversation despite cognitive decline. These interesting trends, taking into account their limits, encourage us to pursue further research in this area.

KEY WORDS

Alzheimer's disease, communication, group care, interactions, pragmatic, speech therapy