

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche
« Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2008/2009

Mémoire
pour l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

présenté par

Solenne CARON,
née le 23.12.1979

Elise SALMON,
née le 13.01.1986

Elaboration d'un Outil de Suivi d'Evolution
des patients atteints de la maladie d'Alzheimer
dans le cadre de la prise en charge de la communication
au sein d'ateliers thérapeutiques

Président du jury : **Pascal CHEVALET**, médecin gériatre

Directrice de mémoire : **Juliette TERPEREAU**, orthophoniste

Membre du jury : **Marie-Christine CHARRON-LOREAU**,
orthophoniste

« 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. »

INTRODUCTION	p. 1
PARTIE THEORIQUE	p. 2
I- COMMUNICATION, PRAGMATIQUE ET PHENOMENES DE GROUPE	p. 3
1. QU'EST-CE QUE COMMUNIQUER ?	p. 3
1. Aperçu historique et définition	p. 3
2. Evolution du concept de communication	p. 4
2-1. <u>La communication comme processus linéaire : le modèle de Shannon et Weaver</u>	p. 4
2-2. <u>La communication comme processus circulaire : la notion de feed-back</u>	p. 5
3. L'axiomatique de la communication : Watzlawick et l'école de Palo Alto.....	p. 5
3-1. <u>Présentation de l'école de Palo Alto</u>	p. 5
3-2. <u>Les cinq axiomes de la communication</u>	p. 6
2. LA PRAGMATIQUE.....	p. 8
1. Définitions de la pragmatiques : avènement d'une discipline.....	p. 9
1-1. <u>Définitions de la pragmatique</u>	p. 9
1-2. <u>Origines et évolution de la pragmatique</u>	p. 9
2. Quelques concepts-clefs de la pragmatique	p. 10
2-1. <u>L'interaction</u>	p. 10
2-2. <u>Le feed-back</u>	p. 10
2-3. <u>Le contexte</u>	p. 11
2-4. <u>La désambiguïsation</u>	p. 11
2-5. <u>La compétence communicative</u>	p. 12
2-6. <u>L'énonciation.....</u>	p. 12

3. Aspects du langage en situation de communication	p. 13
3-1. <u>La communication verbale</u>	p. 13
3-1-1. Les propriétés de la communication verbale	p. 13
3-1-2. La communication linguistique et les fonctions du langage	p. 13
3-1-3. La théorie des actes du langage : Austin, Searle, et Grice	p. 14
3-1-3-1. « <i>Quand dire, c'est faire</i> »	p. 14
3-1-3-2. <i>Les actes de langage indirects, le principe de coopération, le principe de pertinence.</i>	p. 16
3-1-4. La compréhension verbale en situation de communication	p. 17
3-1-4.1 <i>Processus inférentiels et processus codiques</i>	p. 17
3-1-4.2 <i>La théorie de l'esprit : de la représentation à la compréhension</i>	p. 18
3-1-5. Habiletés générales et habiletés spécifiques de la communication verbale : l'approche cognitive	p. 18
3-1-6. Les limites de la communication verbale	p. 19
3-2. <u>La communication para-verbale et non verbale</u>	p. 19
3-2-1. Les composantes para-linguistiques ou para-verbales	p. 19
3-2-2. La communication non verbale	p. 20
3-2-3. Importance du para-verbal et du non verbal dans la communication	p. 21
 3. ASPECTS SPECIFIQUES DE LA COMMUNICATION EN GROUPE	p. 23
1. Le concept de groupe	p. 23
1-1. <u>Etymologie</u>	p. 23
1-2. <u>Définition</u>	p. 23
2. Les théories	p. 24
2-1. <u>Le courant dynamique : l'apport de Kurt Lewin</u>	p. 24
2-1-1. Ses hypothèses	p. 24
2-1-2. Les fonctions exercées dans le groupe	p. 25
2-2. <u>L'approche psychanalytique</u>	p. 26

2-2-1. La théorie de Freud	p. 26
2-2-2. Les présupposés de base selon Bion	p. 26
2-2-3. L'imaginaire dans les groupes	p. 27
2-3. <u>L'approche interactionniste</u>	p. 27
3. Les facteurs spécifiques inhérents au groupe	p. 28
3-1. <u>La taille du groupe</u>	p. 28
3-2. <u>La structure de communication</u>	p. 29
3-3. <u>Les phénomènes de groupe</u>	p. 29
3-3-1. Le leadership	p. 29
3-3-2. Les dix types de personnes centrales de Redl	p. 30
3-3-3. Les rôles et les attitudes dans les groupes restreints.....	p. 30
 II- MALADIE D'ALZHEIMER ET COMMUNICATION	p. 32
 1. QU'EST-CE QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ?	p. 32
 1. Le malade d'Alzheimer : avant tout une personne	p. 32
1-1. <u>Le vieillissement</u>	p. 32
1-2. <u>La vieillesse et la problématique identitaire de la personne âgée</u>	p. 33
1-3. <u>Vulnérabilité et troubles thymiques du sujet âgé</u>	p. 34
 2. L'approche explicative	p. 35
2-1. <u>Critères diagnostics de la maladie d'Alzheimer</u>	p. 35
2-1-1. Critères du DSM IV	p. 35
2-1-2. Avancées récentes de la recherche	p. 37
2-2. <u>Données physiopathologiques</u>	p. 39
2-3. <u>Profil neuropsychologique</u>	p. 39
2-4. <u>Syndrome neuropsychiatrique</u>	p. 39
2-5. <u>Anosognosie et maladie d'Alzheimer</u>	p. 40
2-6. <u>Les différentes hypothèses étiologiques de la maladie d'Alzheimer</u>	p. 40

3. L'approche subjective	p. 41
3-1. <u>Présentation de l'approche subjective</u>	p. 41
3-2. <u>La question des étiologies</u>	p. 42
3-2-1. La démence comme fonctionnement mental de secours	p. 42
3-2-2. L'hypothèse psychogénétique.....	p. 43
3-3. <u>Vers une modélisation du fonctionnement mental de la maladie d'Alzheimer ...</u>	p. 44
3-4. <u>Les notions de permanence et de maintien dans la maladie d'Alzheimer</u>	p. 46
 2. LA COMMUNICATION DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	p. 47
1. Les atteintes de la communication dans la maladie d'Alzheimer	p. 47
1-1. <u>Aspects généraux et facteurs influents sur les troubles de la communication</u>	p. 47
1-2. <u>Les différentes séméiologies des troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer.....</u>	p. 48
1-3. <u>Les atteintes pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer</u>	p. 50
1-3-1. Aspects généraux des atteintes pragmatiques	p. 51
1-3-2. Aspects spécifiques des atteintes pragmatiques.....	p. 52
1-3-3. La communication non-verbale	p. 54
2. Sens et Démence : particularités de la communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer	p. 55
2-1. <u>La notion d'idiolecte.....</u>	p. 55
2-2. <u>Re-contextualisation et re-temporisation : les clefs du sens</u>	p. 56
3. Répercussions de la maladie sur la communication dans la vie quotidienne	p. 56
3-1. <u>Le vécu du patient.....</u>	p. 57
3-2. <u>Le vécu de l'aidant.....</u>	p. 58
3-2-1. Qui sont-ils ?	p. 58
3-2-2. L'investissement de l'aidant	p. 58
3-2-3. Les répercussions de cet investissement sur l'aidant	p. 59
3-3. <u>L'aide aux aidants.....</u>	p. 60

III- THERAPIES ET REMEDIATIONS	p. 62
1. ADAPTATION DU COMPORTEMENT COMMUNICATIF A LA PERSONNE DEMENTE ..	p. 62
1- L'Humanitude de Gineste-Marescotti	p. 62
1-1. <u>Le principe</u>	p. 62
1-2. <u>Les conseils</u>	p. 62
1-3. <u>Les trois temps à respecter lors du soin</u>	p. 63
2- La validation de Naomi Feil	p. 63
2-1. <u>Le principe</u>	p. 63
2-2. <u>Les tâches de vie</u>	p. 64
2-3. <u>Les techniques de validation</u>	p. 64
3- Adaptation du comportement et du discours : Rogers, Ploton, Rousseau.....	p. 66
3-1. <u>Rogers et la communication authentique</u>	p. 66
3-2. <u>Ploton et l'adaptation du comportement de communication</u>	p. 67
3-3. <u>Rousseau et les principes de facilitation de la communication</u>	p. 68
3-3-1. De façon générale.....	p. 68
3-3-2. En cas d'absence de cohésion du discours	p. 69
3-3-3. En cas d'absence de feed-back à l'interlocuteur, à la situation	p. 69
3-3-4. En cas d'absence de continuité thématique	p. 69
3-3-5. Actes adéquats.....	p. 69
2. LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES	p. 70
1- Les approches cognitivo-comportementales	p. 71
1-1. <u>La thérapie comportementale</u>	p. 71
1-2. <u>La thérapie cognitive</u>	p. 72
1-2-1. La prise en charge des troubles de la mémoire	p. 72
1-2-2. La prise en charge des troubles du langage et de la communication	p. 73

2- La thérapie écosystémique	p. 74
3- Les thérapies basées sur une stimulation sensorielle	p. 75
3-1. <u>La musicothérapie</u>	p. 75
3-2. <u>L'art-thérapie</u>	p. 76
3-3. <u>La danse-thérapie</u>	p. 76
3-4. <u>Les stimulations sensorielles</u>	p. 77
4- Les ateliers thérapeutiques.....	p. 77
4-1. <u>L'atelier de réminiscence</u>	p. 78
4-1-1. Définition.....	p. 78
4-1-2. De l'importance des médias.....	p. 78
4-1-3. Bienfaits constatés.....	p. 79
4-2. <u>La sociothérapie</u>	p. 79
4-2-1. Une thérapie de groupe, médiatisée	p. 79
4-2-2. Les fondements thérapeutiques	p. 80
4-2-3. De l'importance du cadre thérapeutique.....	p. 80
4-3. <u>Le groupe de validation</u>	p. 81
3. LE ROLE DU SOIGNANT AU SEIN D'UN GROUPE	p. 82
1. L'animation loisir	p. 83
2. L'animation thérapie	p. 83
3. Les devises thérapeutiques	p. 85
4. Les qualités thérapeutiques	p. 85
5. Le rôle du soignant au sein d'un groupe	p. 86
 PARTIE PRATIQUE	 p. 88
I- PRESENTATION DU PROJET.....	p. 89
1. PROBLEMATIQUE	p. 89
2. ELABORATION D'UN OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION (OSE) : OBJECTIFS	p. 91

II- METHODOLOGIE	p. 93
1. PROBLEMES METHODOLOGIQUES	p. 93
2. PRESENTATION DES OUTILS D'ANALYSE DE LA COMMUNICATION	p. 94
1- La Grille de Bales (1950)	p. 94
1-1. <u>Les bases théoriques</u>	p. 94
1-2. <u>Les catégories de Bales</u>	p. 95
1-3. <u>Objectifs</u>	p. 96
2- Le Test Lillois de Communication (Lefevre et coll., 2001)	p. 96
2-1. <u>La passation</u>	p. 97
2-2. <u>Les trois grilles d'évaluation du TLC</u>	p. 98
2-2-1. La grille d'attention et de motivation à la communication	p. 98
2-2-2. La grille de communication verbale	p. 98
2-2-3. La grille de communication non verbale	p. 98
2-3. <u>Objectifs</u>	p. 98
3- La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (Rousseau, 1995)	p. 99
3-1. <u>Méthodologie d'utilisation et de passation de la GECCO</u>	p. 99
3-2. <u>Objectifs de la GECCO</u>	p. 100
3-3. <u>Examen des objectifs de la GECCO versus l'OSE</u>	p. 101
4- Le Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (Joanette, Ska et Côté, 2004)	p. 102
4-1. <u>Les épreuves du protocole MEC</u>	p. 102
4-1-1. Epreuves évaluant la composante lexico-sémantique	p. 102
4-1-2. Epreuves évaluant la composante pragmatique	p. 103
4-1-3. Epreuves évaluant la composante discursive	p. 103
4-1-4. Epreuves évaluant la composante prosodique	p. 104
4-2. <u>Objectifs du protocole MEC</u>	p. 104

5- La grille d'observation des comportements communicationnels (Barrier, 2006)..	p. 105
5-1. <u>L'outil d'analyse</u>	p. 105
5-2. <u>Objectifs</u>	p. 106
6- La fiche d'évaluation du groupe de validation (Feil, 1994)	p. 107
6-1. <u>Présentation</u>	p. 107
6-2. <u>Objectifs</u>	p. 107
7- Le PFIC (Linscott, Knight et Godfrey,1996)	p. 108
7-1. <u>L'outil</u>	p. 108
7-2. <u>Les objectifs</u>	p. 110
8- Autres outils	p. 111
9- Conclusion	p. 111
3. PRESENTATION ET JUSTIFICATION DES CRITERES DE L'OSE	p. 112
1. Rappel de notre démarche : pourquoi cet Outil de Suivi d'Evolution ?	p. 112
2. Justification de la trame de la grille	p. 115
3. Justification des critères	p. 116
3-1. <u>Communication verbale</u>	p. 116
3-2. <u>Communication non verbale</u>	p. 123
3-3. <u>Dynamique de groupe</u>	p. 127
3-4. <u>Synthèse</u>	p. 129
3-5. <u>Justification de la cotation</u>	p. 129
3-6. <u>Justification du Profil de groupe</u>	p. 130
4. MISE EN PRATIQUE ET EVOLUTION DE L'OUTIL LORS DES ATELIERS	p. 133
1- Présentation des ateliers thérapeutiques et des patients	p. 133
1-1. <u>L'atelier « Histoire de vie » à Bellier et M. H.</u>	p. 133
1-1-1. Présentation de la structure	p. 133
1-1-2. Présentation de l'atelier « Histoire de vie »	p. 134
1-1-3. Présentation de M. H.	p. 137
1-2. <u>L'atelier « Communication » à Heinlex et Mme S.</u>	p. 138

1-2-1. Présentation de la structure.....	p. 138
1-2-2. L'atelier communication.....	p. 138
1-2-3. Présentation de Mme S.....	p. 141
2- Présentation des versions successives de l'OSE.....	p. 144
2-1. <u>Présentation de l'OSE 1</u>	p. 144
2-1-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 1	p. 144
2-1-2. Mise en pratique de l'OSE 1: Mme S.....	p. 145
2-1-3. Intérêts et limites de l'OSE 1	p. 146
2-2. <u>Présentation de l'OSE 2</u>	p. 147
2-2-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 2	p. 148
2-2-2. Mise en pratique de l'OSE 2 : M. H.....	p. 149
2-2-3. Intérêts et limites de l'OSE 2	p. 151
2-3. <u>Présentation de l'OSE 3</u>	p. 153
2-3-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 3	p. 153
2-3-2. Mise en pratique de l'OSE 3 : Mme S.....	p. 155
2-3-2-1. <i>Profil de groupe</i>	p. 155
2-3-2-2. <i>Profil individuel de communication : Mme S.</i>	p. 157
2-3-3. Intérêts et limites de l'OSE 3	p. 160
2-3-4. Recueil de l'avis des soignants sur l'OSE 3	p. 161
2-3-4-1. <i>Le questionnaire</i>	p. 161
2-3-4-2. <i>Les commentaires des soignants</i>	p. 162
2-4. <u>Présentation de l'OSE 4</u>	p. 165
2-4-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 4.....	p. 166
2-4-2. Mise en pratique de l'OSE 4 : M. H.....	p. 167
2-4-2-1. <i>Profil de groupe</i>	p. 167
2-4-2-2. <i>Profil individuel de communication : M. H.</i>	p. 170
2-4-3. Intérêts et limites de l'OSE 4	p. 173

III- DISCUSSION	p. 174
1. Discussion par rapport à la méthodologie	p. 174
2. Discussion par rapport à l’outil	p. 175

CONCLUSION	p. 179
-------------------------	--------

ANNEXES

Bibliographie

INTRODUCTION

Entrer en relation avec d'autres correspond à une aspiration existentielle de l'être humain. Nous n'existons pas seuls : « *la socialité n'est pas un accident ni une contingence ; c'est la définition même de la condition humaine* » (Todorov, 1995). Or, la maladie d'Alzheimer effrite insidieusement les capacités de la personne à se souvenir, à penser, à agir, à parler, et également à s'estimer. Progressivement, ces difficultés peuvent conduire la personne à renoncer à son statut d'interlocuteur, à s'écarter des interactions sociales et à se confiner dans l'isolement.

Les ateliers de communication qui existent pour le soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer permettent de restaurer ce lien fondamental : la présence et l'aide des soignants rendent en effet possible la rencontre et les interactions entre des personnes partageant des problématiques similaires. L'objectif thérapeutique est de maintenir ou de restaurer chez les patients le désir d'entrer en relation avec d'autres, mais aussi de faire émerger leurs capacités, leurs ressources, afin qu'ils puissent s'exprimer, quels qu'en soient les moyens. A ce titre, l'orthophoniste, en tant que spécialiste de la prise en charge des troubles du langage et de la communication, joue un rôle central pour contribuer à maintenir la personne dans la relation aux autres.

Notre étude cible donc un domaine bien précis et vise à aider les soignants dans leur prise en charge. Pour cela, nous avons élaboré un Outil de Suivi d'Evolution de la communication des patients au sein des ateliers : l'OSE.

Bien que le domaine de notre étude soit très spécifique, il recouvre des champs théoriques vastes et complexes : celui de la communication, et notamment de la spécificité de la communication en groupe ; celui de la maladie d'Alzheimer et des répercussions de cette démence au niveau de la communication ; et enfin, celui de prise en charge et de l'accompagnement des patients atteints de cette maladie. Ces aspects seront abordés en partie théorique.

Dans la partie pratique, nous présenterons plus précisément notre projet et la méthodologie mise en œuvre pour élaborer notre OSE. Nous nous attacherons à justifier les critères de notre outil et, à partir de nos cas cliniques, nous présenterons les étapes qui nous ont conduites à sa version finale.

PARTIE THEORIQUE

I- COMMUNICATION, PRAGMATIQUE ET PHENOMENES DE GROUPE

1. QU'EST-CE QUE COMMUNIQUER ?

Dans cette partie nous envisageons de dégager les éléments qui ont trait à la communication. Qu'entend-on par « communiquer » ? Quels sont les aspects que sous-tend le fait de communiquer, l'acte de communication ? Que communiquons-nous lorsque nous communiquons ?

Dans le premier point de ce chapitre, nous nous proposons de définir les notions sous-jacentes au fait de communiquer, en passant en revue les éléments qui nous semblent primordiaux dans ce concept. Dans le second, nous nous intéresserons plus spécifiquement à la pragmatique, afin de préciser les aspects spécifiques de l'étude de la communication en tant que situation d'interaction. Enfin, nous nous pencherons sur les phénomènes particuliers de la communication en groupe, afin de mieux appréhender ce qui peut se jouer dans les situations d'ateliers thérapeutiques.

1- Aperçu historique et définition

Le concept de communication est protéiforme (Bruno Ollivier, 2000). La communication fait référence à des pratiques sociales (la correspondance, les relations publiques) ; à des discours scientifiques (la cybernétique, la sémiotique) ; à des moyens de transmission (mass media, avis, dépêche, etc.) ; à un processus (échange, liaison, annonce, transmission) ; aux acteurs du processus (le correspondant) ; à ce qui est transmis lors du processus (une nouvelle, un renseignement) ; à des déplacements (circulation, transport).

Cet aspect polymorphe se comprend au travers de l'origine étymologique de ce mot et de son évolution historique (Descamps, 1989). C'est en 1361, dans le livre de l'évêque d'Oresme, que l'on trouve la première apparition du mot « communiquer » en français, comme traduction du latin « *communicare* » : mettre en commun, être en relation avec, partager ; être en communion. La dimension mystique de cette acception évolue au fil des siècles et « communiquer », au XVI^e siècle, revêt un nouveau sens : celui de transmettre une maladie ; puis, par élargissement, il renvoie au fait de transmettre un message. Enfin, au

XVIII^e siècle, la communication se met à désigner les voies d'échange : route, fleuve, puis rails. Cette nouvelle définition introduit la dimension fonctionnelle de la communication : communiquer nécessite un moyen, un outil de communication. Nous verrons que ce moyen peut aussi bien être le corps autant que la parole.

Au XX^e siècle, la publication aux Etats-Unis des ouvrages de Wiener (1948) puis de Shannon (1949) va opérer une rupture totale avec le passé et faire progressivement émerger la notion de communication dans le vocabulaire scientifique (Winkin, 1981). En 1970, le Grand Robert ajoute aux définitions du mot communication une cinquième acception : « *Toute relation dynamique qui intervient dans un fonctionnement. Théorie des communications et de la régulation. V. Cybernétique. Information et communication.* » (in Winkin, 1981).

2- Evolution du concept de communication

2-1. La communication comme processus linéaire : le modèle de Shannon et Weaver

Shannon et Weaver, mathématiciens américains proposèrent en 1949 un modèle d'après lequel la communication est réduite à une transmission d'informations de type mécanique, télégraphique (Descamps, 1989 ; Winkin, 1981).

SOURCE ► MESSAGE ► (BRUIT) ► CODAGE ► DECODAGE ► MESSAGE ► DESTINATAIRE

Ce modèle est centré sur la théorie du traitement de l'information. Il fut élaboré pour répondre aux besoins des laboratoires Bell, cherchant à savoir comment limiter les interférences lors de la transmission d'un message. Il renvoie à une transmission binaire de l'information : un émetteur envoie un message à un destinataire ; ce message est codé par l'émetteur et décodé par le destinataire.

On peut souligner plusieurs **limites** à ce modèle : il restreint la communication à la transmission d'informations, elle-même réduite à un signal. Il ne prend en compte ni la relation au cours de l'interaction qui s'établit entre l'émetteur et le récepteur du message, ni le contexte de transmission. Il donne enfin une représentation de la communication comme un phénomène unilatéral.

De nombreuses théories, comme le modèle de communication de masse établi par Lasswell (1948), représentent la communication selon un processus linéaire et unilatéral. Mais d'autres théoriciens vont considérer la communication comme un processus circulaire et conférer un rôle à l'interlocuteur dans la situation de communication.

2-2. La communication comme processus circulaire : la notion de feed-back

Le terme de feed-back n'appartient pas à l'origine au champ de la communication mais à celui de l'ingénierie. Wiener en 1948 va donner à ce principe une portée universelle en en faisant la clef de voûte de la cybernétique (Winkin, 1981). L'approche cybernétique d'un système considère que « *tout "effet" réagit sur sa "cause"* ». Le canon qui cherche à atteindre l'avion, ou le bras qui porte le verre à la bouche, participent au même processus circulaire où « *des informations sur l'action en cours nourrissent en retour (**feed back**) le système et lui permettent d'atteindre son but* ».

Wiener définit deux types de « feed-back » : le feed-back positif, qui conduit à accentuer un phénomène ; le feed-back négatif qui, au contraire, tend à réguler la relation, la maintenir dans un état de stabilité.

En s'emparant de cette notion de « feed-back » et en l'insérant dans le champ de la communication, les sciences humaines comme la sociologie ont fait apparaître le processus bilatéral et circulaire à l'œuvre dans la communication. La situation de communication ne se réduit plus alors à une simple transmission d'informations, mais devient un espace où se déroule une interaction entre deux actants. C'est à la faveur de cette conception de la communication qu'advient une nouvelle discipline : la **pragmatique**. C'est également en s'appropriant ces notions de communication circulaire et de « feed-back » et en dépassant les théories de l'information que l'école de Palo Alto opéra un bouleversement épistémologique du concept de communication.

3. **L'axiomatique de la communication : Watzlawick et l'école de Palo Alto**

3-1. Présentation de l'école de Palo Alto

L'école de Palo Alto désigne le regroupement de plusieurs chercheurs dans le voisinage de l'université de Stanford, à Palo Alto en Californie. A l'origine de ce mouvement qui renouvela les théories de la communication s'érige la figure de Bateson,

anthropologue américain qui fonda la théorie systémique de la communication. L'élément essentiel, qui nous semble important de mettre en lumière ici, tient au fait que la théorie systémique cherche à pointer le *prima* de la relation sur le contenu du message. Elle ne met pas l'accent sur les acteurs de la relation, ni sur le contenu du message communiqué, mais « *sur l'ensemble du système compris comme un réseau indissociable de relations* » (Gérard Donnadiou, 2002). Cela renvoie précisément au principe de globalité systémique.

3-2. Les cinq axiomes de la communication

Dans leur ouvrage intitulé *Une logique de la communication*, Watzlawick, Jackson et Helmick Beavin (1972), héritiers des théories de Bateson, s'attachent à définir la portée générale de la communication et en proposent une axiomatique.

- 1^{er} axiome : « ***On ne peut pas ne pas communiquer*** »

Il s'agit de l'axiome *princeps*, premier et fondamental. Il signifie que tout comportement induit nécessairement une communication. « *Il n'existe pas de non-comportement, même le silence, même la posture du schizophrène recroquevillé au stade de la catatonie sont un message. L'espace humain est sémiotique et saturé d'affects ; notre espèce ne naît pas dans les choses, mais toujours dans les signes, c'est à dire dans le sens* » reprend Daniel Bourgnoux (2002). Autrement dit, tout comportement, quel qu'il soit, génère du sens, car il se manifeste à soi et à l'autre comme signe. Dans le fait-même de vouloir se soustraire à toute communication se manifeste un comportement de communication.

- 2^e axiome : « ***Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication*** ».

Dans cet axiome, les termes recouvrent un sens spécifique : le « *contenu* » fait référence au message, à l'information transmise, tandis que la « *relation* » désigne comment le message doit être compris : ordre, plaisanterie, etc.

Dans une communication normale, le contenu suffit et la relation peut être passée sous silence ou sous-entendue ; le contexte suffit pour se faire comprendre. Ce n'est pas le cas, en revanche, lorsque la communication est pathologique : ce qui prime alors se situe dans la relation. « *A la limite, on peut dire n'importe quoi, mais avec bienveillance* », commente Descamps (1993). Cela signifie que l'indication du message prévaut sur le message lui-même.

C'est en ce sens que, pour Watzlawick, la relation constitue une **métacommunication** par rapport au contenu : elle est communication sur la communication ; elle renseigne sur l'interprétation du message.

Il existe plusieurs niveaux de relation, déterminés par trois types de réaction : **l'acceptation**, qui conforte l'autre dans son identité et assure sa stabilité psychique ; le **rejet**, qui n'entame pas l'identité du sujet ; le **déni**, qui contrairement au rejet, nie la réalité de l'individu, et peut avoir de graves conséquences. En ce sens, le désaccord sur la relation a un impact beaucoup plus important que le contenu du message. (Arino, 2007)

Le discours de Watzlawick et les commentaires de Descamps et d'Arino rejoignent la pensée de Naomi Feil sur la validation du discours de la patiente démente que nous aborderons dans le dernier chapitre de la partie théorique. Ils déterminent que nous percevons à la fois un message, un contenu, mais aussi la façon dont l'interlocuteur nous considère. Or, précisément, considérer la personne démente comme un interlocuteur et un sujet à part entière nous apparaît à la base de toute intervention thérapeutique.

- 3^e axiome : « *La nature d'une relation dépend d'une ponctuation des séquences de communication entre les partenaires* ».

Une situation d'interaction isolée entre deux partenaires n'est en réalité qu'une des mailles d'une série d'interactions ininterrompues, au cours desquelles les partenaires se livrent mutuellement leurs interprétations sur ces interactions. Insérer un commencement et une fin dans ces échanges n'a aucun sens, mais nous ne cessons d'essayer d'isoler dans le flux des messages des séquences plus ou moins identifiables. Cette attitude peut entraîner facilement des discordances car chacun des partenaires aura posé un sens différent sur ce qui s'est dit ou fait.

- 4^e axiome : « *les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique.* »

La communication **digitale** procède essentiellement de la transmission du « contenu » par la parole, mais elle peut s'appuyer sur d'autres codes digitaux tels que les chiffres, les symboles mathématiques ou informatiques. La communication **analogique** renvoie à tout ce qui n'intéresse pas la communication digitale et détermine le « niveau de la relation » : il

s'agit des mimiques, des intonations, des gestes et de tout ce qui permet de prendre sens dans le processus de communication.

Ces deux modes de communication s'opposent donc : le digital se réfère au monde objectif, logique et précis ; l'analogique est au contraire essentiellement ambiguë. L'être humain, seul être vivant à pouvoir combiner ces deux langages, doit continuellement les traduire l'un dans l'autre, « *pour bien indiquer la précision du contenu et la richesse de la relation* » (Descamps, 1993).

- 5^e axiome : « ***Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.*** »

Ce dernier axiome se fonde sur deux types de stratégies de communication qu'utilisent les partenaires d'une interaction. Dans l'interaction symétrique, les partenaires adoptent un comportement « en miroir » : si un partenaire est gentil, l'autre sera méchant. Dans l'interaction complémentaire, ils font valoir leur différence entre eux : si l'un est gentil, l'autre le sera encore plus.

Cette axiomatique permet de mettre à jour les éléments fondamentaux qui se jouent dans les échanges entre deux partenaires, définissant la **communication interpersonnelle**. Cette conception dépasse le modèle de la communication limitée à la transmission d'informations. Bateson, Watzlawick et Winkin (1984) substituent au modèle télégraphique celui de la **métaphore de l'orchestre de jazz**, fondé sur l'improvisation : « *Dans ce vaste orchestre, il n'y a ni chef, ni partition. Chacun joue en s'accordant sur l'autre* ».

L'école de Palo Alto a permis de renverser définitivement les modèles de communication linéaires, inscrivant l'échange et la circularité au sein même de la communication interpersonnelle, et définissant ainsi une pragmatique du comportement.

2. LA PRAGMATIQUE

Dans ce deuxième point, nous nous intéressons plus précisément aux aspects du langage définis par la pragmatique au cours de son histoire. Après un regard rapide porté sur les origines de ce courant, nous décrirons les concepts fondamentaux inhérents à l'approche pragmatique de la communication. Puis nous aborderons les aspects du langage à l'œuvre dans la communication, en considérant ses aspects verbaux ou (linguistiques), para-verbaux

ou (para-linguistiques), et non-verbaux ou (non-linguistiques), qui s'inscrivent dans une conception de la communication comme lieu d'échange, espace interactif.

1- Définitions de la pragmatique : avènement d'une discipline

1-1. Définitions de la pragmatique

Le *Dictionnaire d'orthophonie* (2004) établit deux dimensions dans la définition de la pragmatique. Dans un **sens restreint** et purement linguistique, la pragmatique « *étudie l'utilisation du langage dans le discours et des marques spécifiques, qui, dans la langue, attestent de sa vocation discursive* ». Dans un **sens plus large**, la pragmatique s'intéresse à ce qui se passe quand on emploie le langage pour communiquer, c'est-à-dire que d'une part, elle tente de décrire l'ensemble des paramètres linguistiques et extra-linguistiques qui influent sur les phénomènes de l'énonciation, qui modifient la façon dont l'énoncé est transmis, et d'autre part, elle étudie dans quelle mesure ces paramètres interviennent.

1-2. Origines et évolution de la pragmatique

Morris, sémioticien dans la lignée de Pierce et philosophe américain, est le premier, en 1938, à définir la pragmatique : « *la pragmatique est cette partie de la sémiotique qui traite du rapport entre les signes et les usagers des signes.* » (in Bracops, 2006).

Pour Francis Jacques (1979, in Bracops, 2006) : « *la pragmatique aborde le langage comme phénomène à la fois discursif, communicatif et social* ».

Depuis son avènement, le champ d'étude de la pragmatique s'est élargi et enrichi de toutes les approches qui cherchent à comprendre ce qui se passe lorsque nous parlons. La psychologie cognitive s'y est notamment intéressée en étudiant les processus cognitifs en jeu dans la communication.

Comme pour n'importe quel domaine de recherche, la pragmatique génère des débats, des discussions entre chercheurs, qui conviennent néanmoins que cette discipline « *s'attache à la communication et à ses acteurs* », et accorde de ce fait au langage une place prépondérante (Bracops, 2006). Le langage ne saurait se limiter dans le cadre de la pragmatique à ses aspects verbaux : le corps en entier participe et joue également un rôle prépondérant dans l'**acte** de communication.

On retrouve dans cette terminologie « *acteurs, acte* » la **dimension active** de la communication à laquelle renvoie la racine grecque « *praxis* » du terme « *pragmatique* », qui signifie « *action, exécution, accomplissement, manière d'agir, conséquence d'une action* ». (Bracops, 2006)

2- Quelques concepts-clefs de la pragmatique

La pragmatique s'inscrit dans une conception circulaire de la communication, fondée sur les échanges entre partenaires. Cette conception induit elle-même des notions sur lesquelles repose l'étude du langage en actes. Ce sont ces concepts que nous nous proposons d'exposer ici, afin de mieux caractériser le langage en situation de communication.

2-1. L'interaction

Nous avons vu avec l'école de Palo Alto que la communication était avant tout comportementale, ce qu'exprime le premier axiome. Vion (1992), dans la lignée de Watzlawick, ajoute que « *tout comportement humain, quel qu'il soit, procède de l'interaction* ». Les règles et les normes auxquelles se heurte toute action entreprise par un sujet induisent l'existence d'autres sujets, soumis aux mêmes règles. L'action, même individuelle, se développe dans un cadre social, dans un espace commun : elle se situe donc « *nécessairement* » dans une interaction.

D'après ces considérations, l'interaction désigne « *toute action conjointe, conflictuelle et/ou coopérative, mettant en présence deux ou plus de deux acteurs.* » La notion d'interaction ne se limite donc pas à l'interaction verbale qui ne fournit qu'un sens restreint du champ de la communication (Vion, 1992)

2-2. Le feed-back

Comme nous l'avons exposé précédemment, la notion de feed-back ou rétroaction est inhérente à la conception circulaire de la communication. C'est une opération essentielle de la communication. (Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, 2003)

Le feed-back peut être défini comme « *toute forme de renseignement, signal informatif ou réponse, qui, partie de la fin du résultat d'une information, et par rapport à une norme idéale fixée d'avance, est renvoyée vers l'origine ou le début de la chaîne opératoire pour assurer la régulation de l'origine en fonction des conséquences.* »

Qu'il soit verbal ou non-verbal, il a pour fonction d'ajuster le discours et d'adapter les messages.

2-3. Le contexte

Ce terme peut recouvrir plusieurs significations (Moeschler, Reboul, 1994). Dans son emploi purement linguistique, il désigne « *l'environnement linguistique d'un terme ou d'un énoncé, c'est-à-dire le discours où ce terme ou cet énoncé apparaît.* » Il peut également renvoyer à une acception plus large, considérant le contexte comme « *un ensemble d'informations dont dispose l'interlocuteur et qui lui servent pour interpréter le discours ou le fragment de discours considéré.* »

Pour Sperber et Wilson (1989) le contexte ne se réduit pas à une donnée extérieure mais se construit par les partenaires au cours de l'échange, énoncés après énoncés. Kerbrat-Orecchioni (1996), en accord avec eux, spécifie que « *le discours est une activité conditionnée (par le contexte), et transformative (de ce même contexte)* » : le contexte est sans cesse redéfini par l'ensemble des événements conversationnels.

Les composantes du contexte n'existent que sous la forme de représentations, ce qui peut créer des malentendus entre les partenaires de l'échange (Kerbrat-Orecchioni, 1996).

2-4. La désambiguïsation

La désambiguïsation se rapporte aux procédés mis en oeuvre par les partenaires de l'échange pour réduire l'ambiguïté de leur discours et transmettre le sens correspondant à leur pensée.

L'ambiguïté (Moeschler et Reboul, 1994) caractérise une phrase (ambiguïté syntaxique) ou un mot (ambiguïté lexicale) susceptibles de recevoir plusieurs significations, entraînant de ce fait une ambiguïté sémantique. Le locuteur va alors utiliser des procédés de désambiguïsation pour se faire comprendre : il peut accompagner son discours de comportements para et/ou extra linguistiques, ou expliciter le sens qu'il veut donner à son énoncé.

2-5. La compétence communicative

Selon Keller (2007), « *la compétence communicative des locuteurs [...] se manifeste lors de l'accomplissement de l'acte en contexte.* »

Hymes (1962, in Romain, 2005), fondateur de l'ethnographie, plaide pour une compétence communicative, où savoirs linguistiques et socioculturels sont inextricablement mêlés. Elle désigne alors « *l'ensemble des aptitudes permettant au sujet parlant de communiquer efficacement dans des situations culturelles spécifiques* ».

Pour Kerbrat-Orecchioni, (in Duchêne May-Carle, 2008) la compétence communicative regroupe quatre types de compétences : la compétence **linguistique**, reposant sur l'application des règles de la langue utilisée ; la compétence **encyclopédique** fait référence à l'ensemble des connaissances sur le monde et les univers de référence dont dispose chacun des interlocuteurs ; la compétence **logique** renvoie aux aspects cognitifs de la communication (planification d'un énoncé, processus inférentiels...) ; la compétence **rhétorico-pragmatique**, désignant la capacité à utiliser le langage en cohérence avec le contexte afin d'atteindre les objectifs fixés.

2-6. L'énonciation

« *L'énonciation est la mise en fonctionnement de la langue par un acte individuel d'utilisation.* » Pour Benveniste (1970, 1972) l'énonciation se comprend comme un **acte unique à travers lequel la langue devient parole**. Pour Guillaume (1943, in Devevey, 2007) dont la linguistique se situe dans une perspective énonciative, « *la langue est perçue comme un ensemble de conditions opératoires grâce auxquelles le sujet pensant-parlant pourra se donner à lui-même une représentation linguistique des impressions qu'il cherche à communiquer à autrui.* » Un acte d'énonciation ne se réduit donc pas à l'agencement de phrases, selon un répertoire de règles propres à la langue ; il est **l'expression d'une subjectivité** qui se révèle par l'acte de parole.

Aussi, l'énonciation établit un lien étroit avec **l'identité personnelle** (Calame, 2007). L'acte d'énonciation présente un double aspect : reportant sur l'acte d'énonciation l'ambivalence de la notion d'identité développée par Ricœur (1990), Calame établit que l'énonciation manifeste un « *je* » qui est et qui construit en même temps sa propre posture. Il resitue ainsi au cœur de l'énonciation « *l'être* », qui se révèle, et le « *paraître* », qui se montre.

La subjectivité renvoie à la notion de sujet, entendu comme personne singulière : ce qu'il exprime et la façon dont il le fait révèlent des aspects de lui en tant que sujet. Inversement pouvons-nous dire alors que reconnaître l'autre dans sa parole, l'admettre en tant qu'interlocuteur, c'est aussi le reconnaître en tant que personne. Nous verrons par la suite que l'expression de la subjectivité se manifeste également au travers des attitudes et des aspects para-verbaux participant entièrement au processus de communication.

3- Aspects du langage en situation de communication

L'utilisation du langage en situation de communication est complexe, intriquée dans un réseau de signes qui fournit du sens aux partenaires de l'échange. Ces signes sont véhiculés à travers le matériau verbal, paraverbal et extraverbal que nous avons évoqué dans la première partie en parlant de la communication analogique et digitale.

3-1. La communication verbale

3-1-1. Les propriétés de la communication verbale

La communication verbale s'établit à l'aide des unités phonologiques, lexicales et morphosyntaxiques de la langue.

Trois propriétés caractérisent la communication verbale (Kerbrat-Orecchioni, 2002) :

- la **réflexivité**, établissant le fait que l'émetteur d'un message est son premier récepteur ;
- la **symétrie**, signifiant que le message s'adresse à un récepteur ;
- la **transitivité**, intégrant la présence, réelle ou non, d'une tierce personne, récepteur indirect du message. Cette présence, qui peut être figurée par un individu ou un groupe, représente une norme qui fonde la communication humaine, par opposition à la communication animale : « *le propre de la communication humaine [...] est de se rapporter à qui n'est pas là* » (Rastier, 2007).

3-1-2. La communication linguistique et les fonctions du langage

Jakobson n'est pas un pragmaticien mais un linguiste dont les travaux portèrent sur la phonologie, la psycholinguistique, la théorie de la communication, le langage poétique. Sa

théorie des fonctions du langage, imprégnée du modèle de Shannon et Weaver (Winkin, 1981), illustre les limites d'une vision de la communication réduite à la transmission de messages, codés puis décodés. Cette vision s'enracine dans une tradition linguistique et philosophique très ancienne, considérant que les énoncées sont des pensées codées (Sperber et Wilson, 1989).

Jakobson (1963) distingue six fonctions du langage susceptibles d'être à l'œuvre dans tout type d'énoncé, qui établissent un lien entre le **message** et le **facteur** vers lequel s'oriente la communication. Il s'agit de :

- la **fonction référentielle** : orientée vers le **contexte**, elle est dominante dans un énoncé de type « *L'eau bout à 100°C* ».
- la **fonction émotive** : orientée vers le **destinateur**, elle se retrouve dans des interjections comme « bah ! » ou « oh ! ».
- la **fonction conative** : elle est orientée vers le **destinataire**, et à l'œuvre dans des énoncés visant à agir sur lui (impératif, apostrophes).
- la **fonction phatique** : elle vise à établir ou à prolonger la communication, ou encore à vérifier si le **contact** est toujours établi.
- la **fonction métalinguistique** : elle assure une entente commune du **code**, et est présente notamment dans les définitions.
- la **fonction poétique** : l'accent porte « *sur le message pour son propre compte* »

Ce schéma fut et est toujours l'objet de nombreuses critiques (Karine Philippe, 2004), notamment de l'école de Palo Alto, incriminant la conception télégraphique de la communication sur laquelle repose cette théorie. Mais pour Kerbrat-Orecchioni (2002), la présence de la fonction conative aux côtés de la fonction référentielle donne une composante pragmatique à la théorie de Jakobson.

3-1-3. La théorie des actes du langage : Austin, Searle, et Grice

3-1-3-1. « *Quand dire, c'est faire* »

La pragmatique considère le langage dans sa dimension active, dans l'utilisation qu'il en est faite. Cet aspect ne fut que tardivement abordé dans l'étude du langage, centrée principalement sur le code. A ce titre, la théorie des actes du langage d'Austin (1961), opère une rupture dans la tradition linguistique à laquelle le philosophe du langage appartient..

L'action est au cœur même de la conception que confère **Austin** au langage. Il instaure une distinction, centrale pour la pragmatique, entre les énoncés descriptifs ou **constatifs**, et les énoncés actifs ou **performatifs** (Lohisse, 2001). Il constate en effet que certains énoncés réalisent un ou plusieurs actes. C'est le cas par exemple de l'énoncé « la séance est ouverte », qui actualise *ipso facto* l'ouverture de la séance, et constitue un acte performatif.

Austin propose ainsi trois types d'acte de langage :

- l'acte **locutoire**, qui renvoie au fait de dire, de réaliser une phrase.
- l'acte **illocutoire** : l'acte qu'on accomplit en disant : on informe, on plaisante, etc.
- l'acte **perlocutoire**, qui consiste à produire des effets chez l'interlocuteur d'ordre extra-linguistiques : persuader, inquiéter, détendre, surprendre...

Exemple (extrait de Kerbrat, Orecchioni, 2008)

« En disant “Qu’as-tu fait ce matin ?” j’effectue un acte locutoire dans la mesure où je combine des sons et des mots, auxquels vient s’associer un certain contenu sémantique ; j’effectue aussi un acte illocutoire dans la mesure où cette suite a pour but avoué d’obtenir du destinataire une certaine informations ; j’effectue un acte perlocutoire si cette énonciation sert des fins plus lointaines et cachées, comme embarrasser l’interlocuteur ou lui manifester de l’intérêt. »

Searle, à la suite d'Austin, prolonge l'étude des actes de langage, plaçant au centre de l'acte de parole la valeur de l'acte illocutoire : « *l'objectif de l'utilisation du langage, c'est la communication. L'unité de la communication humaine par le langage est l'acte illocutoire.* » (Searle, 1975, in Beaudichon, 1999). Il établit que certains énoncés ont le même contenu propositionnel, mais possèdent une **force illocutoire** qui peut les opposer (Kerbrat-Orecchioni, 2008), selon qu'ils traduisent par exemple un étonnement, un ordre... Il met en place une taxinomie des actes illocutoires basée sur douze axes, réduits ensuite en cinq catégories générales, se rapportant au but illocutoire des énoncés. Il s'agit des énoncés (Searle, 1982, in Kerbrat-Orecchioni, 2008) :

- **assertifs** : « *nous disons à autrui comment sont les choses* ». Ces actes engagent la responsabilité du locuteur sur l'existence d'un état de chose, sur la vérité de la proposition exprimée ;
- **directifs** : « *nous essayons de faire faire des choses à autrui* ». Ces tentatives peuvent être « *très modestes* » (suggérer) ou « *ardentes* » (ordonner)

- **promissifs** : « *nous nous engageons à faire des choses* » ;
- **expressifs** : « *nous exprimons nos sentiments et nos attitudes* » : remercier, féliciter, s'excuser sont des actes expressifs ;
- **déclaratifs** : « *nous provoquons des changements dans le monde par nos déclarations* » : leur fonctionnement repose sur des règles rituelle précises, comme par exemple, l'acte de nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur.

3-1-3-2 *Les actes de langage indirects, le principe de coopération, le principe de pertinence.*

Le contenu propositionnel et le but illocutoire peuvent parfois se recouvrir l'un l'autre complètement : l'énoncé dans ce cas se comprend au sens littéral. Mais dans la conversation courante, la valeur communicationnelle réelle des énoncés ne découle pas strictement du contenu propositionnel mais est reliée à la force illocutionnaire (Duchêne May-Carle, 2008). Il s'agit alors **d'actes de langage indirects** : la compréhension repose sur l'interprétation de ce qui est **sous-entendu, implicite** (Ducrot, 1984).

Pour Grice (1979), le maniement de l'implicite se fonde sur les nécessités mêmes de l'échange informatif. Selon lui, le langage réduit à son contenu explicite n'est pas en mesure véritablement d'informer, et ne revêt cette dimension que si les interlocuteurs respectent le **principe de coopération** : l'enjeu principal de toute conversation serait le partage d'un but commun, celui de construire une représentation collective maintenue par un point de référence central à tout énoncé produit. Grice nomme « *pertinence* » ce partage de l'objet du discours sans définir complètement ce concept, qui sera repris et développé par Sperber et Wilson (1989).

Pour ces auteurs, le **principe de pertinence** est un concept comparatif qu'ils définissent en fonction de l'effet contextuel produit et de l'effort nécessaire au traitement de l'information nouvelle dans un contexte donné : « *la pertinence d'une information nouvelle pour un individu dépend de la façon dont cette information contribue à améliorer la représentation que cet individu se fait du monde* » (Sperber, Wilson, 1989). Le principe de pertinence repose sur l'idée que la réalisation d'un acte de langage traduit une **intention** de la part du locuteur. Cette intention se matérialise dans le langage de manière optimale lorsque l'énoncé est à la fois informatif et exhaustif : il faut en dire suffisamment pour être informatif, mais pas trop pour ne pas susciter un traitement de l'information trop coûteux chez

l'interlocuteur. Cela suppose non seulement la prise en compte du contexte construit au cours de la situation d'interlocution, mais aussi plus largement de la capacité à utiliser des indices efficaces en fonction des capacités d'interprétation du récepteur et des connaissances générales sur le monde.

3-1-4. La compréhension verbale en situation de communication

3-1-4-1. *Processus inférentiels et processus codiques*

« *Les processus codiques mis en oeuvre pour l'interprétation des phrases renvoient à l'aspect linguistique formel du langage, qui suppose une association conventionnelle entre un mot et un message, et donc l'univocité de la signification* » (Bracops, 2006). Dans cette optique, l'opération de production d'un énoncé correspond au codage, et la compréhension au décodage, au regard du code, c'est-à-dire de l'ensemble des conventions établies par la langue. Cependant, la portée purement linguistique dans un contexte de communication est limitée ; la compréhension requiert de faire référence au contexte, autrement dit d'étendre l'analyse d'un message à la pragmatique. (Moeschler, 1994)

La compréhension, du point de vue de la pragmatique, est un **processus interprétatif** qui amène le sujet à élaborer mentalement un certain nombre d'hypothèses sur ce que veut signifier l'interlocuteur à partir des indices que ce dernier fournit. De ce fait, l'interprétation d'un message nécessite d'avoir recours aux inférences. Le **processus inférentiel** se définit comme étant « *l'ensemble du raisonnement de déduction, qui, à partir de la phrase émise et des connaissances préalables partagées par les interlocuteurs, permet l'interprétation des phrases* » (Bracops, 2006). Les effets de sens sont le résultat d'un processus inférentiel de nature hypothético-déductive basé à la fois sur des informations linguistiques et non-linguistiques (Moeschler et coll., 1994).

Mais les inférences pragmatiques ne sont possibles que si les interlocuteurs sont mutuellement en mesure de lire les indices fournis par le comportement « *ostensif* » du locuteur (Sperber et Wilson, 1989), que si les interlocuteurs se représentent les états mentaux de l'autre (Duchêne May-Carle, 2008).

3-1-4-2. *La théorie de l'esprit : de la représentation à la compréhension*

La capacité de se représenter les états mentaux de l'autre s'organise autour de la notion de la **théorie de l'esprit**. Elle se définit comme une faculté permettant d'inférer et d'attribuer des états intentionnels à autrui, tels que des croyances, des désirs ou des pensées (Premack et Woodruff, 1978 ; Dennett, 1978). Cette capacité s'élabore dans l'enfance grâce au développement d'un système de représentations mentales, qui aide l'enfant à réaliser que les personnes qui l'entourent ont des pensées, des croyances et des désirs différents des siens (Leslie, 1987).

La faculté à théoriser l'esprit est **nécessaire pour communiquer**, pour s'engager dans une relation sociale de manière adaptée et pertinente, et plus précisément, pour comprendre les intentions de l'interlocuteur (Fillon, 2008).

La théorie de l'esprit est donc « *la capacité la plus élaborée qui nous permette à la fois de comprendre autrui sur la base du langage, mais également sur la base de perceptions sensorielles des actions, des attitudes et des comportements des autres agents. Le développement de diverses capacités cognitives [...] permettrait au final l'émergence de notre capacité à inférer les états mentaux d'autrui et à prédire leur comportements [...].* » (Fillon, 2008)

3-1-5. Habiletés générales et habiletés spécifiques de la communication verbale : l'approche cognitive

Pour Berrewaerts, Hupet et Feyereisen (2003), la compétence pragmatique se définit comme la capacité d'un individu à effectuer des choix de contenus, de formes et de fonctions appropriés au contexte. La compétence pragmatique implique un certain nombre d'« **habiletés** », de savoir-faire maîtrisés par le sujet lorsqu'il communique.

Elle implique tout d'abord la maîtrise d'**habiletés spécifiques** à la situation de communication. Dans un cadre conversationnel, la compétence des interlocuteurs se manifeste par la gestion et le respect de l'alternance de tours de parole, par l'initiation ou le changement du thème, ou encore par l'établissement d'un référent commun (dans le choix d'un pronom). Les procédures de réparation jouent un rôle important dans ces échanges : elles permettent de rectifier une erreur ou de lever une ambiguïté. Elles peuvent être le fait du locuteur, lorsqu'il réalise une erreur dans sa production, ou bien de l'interlocuteur qui

souligne alors une imprécision ou fait remarquer une erreur de la part de son partenaire dans l'échange.

Les habiletés spécifiques renvoient également à la compétence narrative, c'est-à-dire à la faculté de constituer un récit à partir d'événements. Cette habileté fait appel à des règles de cohérence, de cohésion et d'informativité que nous définirons par la suite.

La compétence pragmatique repose également sur des **habiletés générales**, en lien avec les fonctions exécutives : il s'agit de la planification de l'action, du calcul d'inférences, des capacités à adopter le point de vue d'autrui et à intégrer plusieurs sources d'informations.

Joanette, Kahlaoui, Champagne-Lavau et Ska (2006) distinguent de leur côté les habiletés discursives des habiletés pragmatiques, ces dernières correspondant « *à la capacité de l'individu à traiter – tant en compréhension qu'en expression – l'intention de communication en fonction du contexte précis dans lequel se trouve l'individu* ». Cette approche insère la pragmatique dans la capacité spécifique à traiter des énoncés dont le sens est implicite.

3-1-6. Les limites de la communication verbale

Une analyse de la communication verbale où seule la langue parlée est prise en compte est insuffisante. L'énoncé à lui seul ne reflète pas la complexité de ce qui se joue au cours de l'interaction. Pour reprendre Halle, « *la langue n'est pas un moyen de communication. Elle a trop d'ambiguïté, de redondances, de traits spécifiques pour être un bon moyen de communication* » (Halle, 1973, in Kerbrat-Orecchioni, 2002).

3-2. La communication para-verbale et non verbale

3-2-1. Les composantes para-linguistiques ou para-verbales

Le matériel para-verbal (Kerbrat-Orecchioni, 1996) fait référence aux éléments prosodiques et vocaux qui accompagnent les unités linguistiques de la parole. Il s'agit de la prononciation, l'articulation, l'intonation, les caractéristiques de la voix (timbre, hauteur, intensité), les pauses.

Les composantes paralinguistiques de la verbalisation, permettent, par leurs fonctions expressives et esthétiques, d'identifier la personne qui parle, et de délivrer du sens sur le contenu du message (Beaudichon, 1999). Elles manifestent une intention particulière du

locuteur, comme un mécontentement, ou au contraire, trahissent un état affectif contre son gré, comme une inquiétude, un manque d'assurance au milieu d'une argumentation.

3-2-2. La communication non verbale

« On applique le terme de communication non-verbale à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus [...] » (Corraze, 1980, in Mazaux, Brun, Péliissier, 2001).

Le vecteur visuel permet de recueillir des informations provenant des mouvements, de l'amplitude, des gestes, du regard, des expressions faciales et des mimiques. Tous ces éléments entrent en jeu dans la communication, accompagnant la verbalisation ou indépendamment de cette dernière (Beaudichon, 1999).

S'inspirant de Cosnier et Brossard, Kerbrat-Orecchioni (1996) distingue trois types de signes :

- les **signes statiques** : tout ce qui constitue l'appareil physique des participants (caractères naturels ou surajoutés, comme les vêtements). Ils fournissent dans l'interaction de nombreux indices de contextualisation, sur l'âge, le sexe, les origines socio-culturelles...).
- les **cinétiques lents** : leur étude relève de la proxémie. Il s'agit des distances entre les partenaires de l'interaction, les attitudes et les postures.
- les **cinétiques rapides** : il s'agit du jeu de regard, des mimiques et des gestes. Ces éléments relèvent de la kinétique.

Scherrer (1984, in Beaudichon, 1999) propose une **typologie fonctionnelle des signes non-verbaux** qui permet de prendre la mesure de l'importance et de la complexité de l'intrication des signes non-verbaux dans la communication.

- La **fonction sémantique** fait référence aux signes non-verbaux qui signifient par eux-mêmes, comme les emblèmes. Ils peuvent se substituer à la verbalisation, ou l'accompagner, en illustrant, tempérant ou contredisant le signe verbal.
- La **fonction syntaxique** renvoie aux signes non-verbaux qui régulent l'organisation des signes verbaux simultanés, ou celle des autres signes non-verbaux.
- La **fonction pragmatique** se rapporte aux signes qui renseignent sur les états ou caractéristiques des partenaires de l'échange dans leur positionnement social mutuel.

- La **fonction de régulation** émotionnelle et attentionnelle évoque les signes qui contribuent à contenir ou au contraire à manifester le moi, et à régler les conditions de la relation interpersonnelle.
- La **fonction dialogique** intervient lorsque les signes contribuent à régler le flux même de la relation.

3-2-3. Importance du para-verbal et du non verbal dans la communication

Tous ces éléments relatifs aux composantes para-verbales et non verbales soulignent l'ampleur de leur participation au cours d'une interaction. A cet égard, Kerbrat-Orecchioni (1996) établit cinq circonstances qui manifestent de l'importance de leur rôle dans le fonctionnement de l'interaction. Tout d'abord, « *certaines comportements non verbaux sont à considérer comme des **conditions de possibilité de l'échange*** » : il s'agit notamment du regard, de la distance entre les partenaires. Le matériel para et non verbal joue également un rôle dans les mécanismes qui permettent **l'alternance de parole**. Ils sont aussi « *des **déterminants très éloquents de l'état affectif des participants*** ». Au niveau du contenu du dialogue, les intonations et les mimiques participent à déterminer les **significations implicites**. Enfin, pour l'émetteur, la mimo-gestualité a une fonction de **facilitation cognitive** : elle l'aide pour effectuer les opérations d'encodage.

En situation conversationnelle (Kerbrat-Orecchioni, 1996), les comportements non-verbaux reflètent en partie l'état de la relation entre les partenaires, en fonction du type de distance instaurée.

La distance peut se situer sur un axe horizontal : on parle alors de **relation horizontale**. « *L'axe de la relation horizontale est un axe graduel orienté d'un côté vers la distance, et de l'autre vers la familiarité et l'intimité.* » Certaines unités, que l'on appelle « *relationèmes* », permettent à un observateur éventuel d'analyser l'état de la relation horizontale, à partir notamment de marqueurs non-verbaux et paraverbaux, dont les indicateurs principaux sont :

- la **proxémie** : la distance au sens psychosocial est marquée par la distance au sens propre ;
- les **gestes** : ils informent de l'intimité et de la familiarité qui unit les interactants ;

D'autres indicateurs informent sur l'état de la relation horizontale : la posture donne une idée du caractère plus ou moins relâché des attitudes ; les mimiques, ainsi que l'intensité et la durée des contacts oculaires témoignent du degré d'intimité entre les partenaires.

Concernant les données paraverbales, le timbre de la voix, l'intensité articulatoire, le débit sont des indicateurs de la relation : par exemple, un débit accéléré traduit plutôt une situation familière, alors qu'il est plus ralenti en situation formelle.

La distance peut se situer également sur un axe vertical : on parle dans ce cas de **relation verticale**. La relation verticale est par nature asymétrique : elle renvoie à la notion de rapport de places. L'inégalité entre les interactants peut reposer sur plusieurs facteurs : l'âge, comme dans la relation maître-élève, le statut social, la personnalité, etc. Le rapport de places se manifeste au travers de relationèmes verticaux, appelés « *taxèmes* », pour lesquels il faut distinguer graduellement les taxèmes de position haute des taxèmes de position basse. L'apparence physique et la tenue vestimentaire sont des marqueurs non-verbaux : l'uniforme du policier est par exemple un taxème de position haute. La façon dont l'espace communicatif est organisé, comme la disposition des chaises, la présence d'une estrade, informe également du rapport de places, ainsi que les postures, dominatrices ou humbles, le jeu des regards, et les comportements mimo-gestuels. Au niveau paraverbal, le ton utilisé, l'intensité de la voix renseignent sur cette relation verticale.

Les éléments verbaux, para-verbaux et non-verbaux que nous avons présentés ici forment dans la communication « un tout intégré » (Descamps, 1989). Il est donc impossible d'isoler les compétences linguistiques et non linguistiques car la communication est « *multicanale* » (Kerbrat-Orecchioni, 1996).

La communication prend forme dans un système extrêmement complexe et hétérogène. Ce système est d'autant plus complexe qu'il fait intervenir un nombre croissant d'individus. Notre sujet d'étude portant sur des ateliers thérapeutiques, il nous paraît primordial d'aborder les aspects spécifiques de la communication au sein d'un groupe. Nous exposerons le concept de groupe, avant de présenter les théories qui lui sont affiliées et nous terminerons par développer les aspects spécifiques inhérents à la notion de groupe.

3. ASPECTS SPECIFIQUES DE LA COMMUNICATION EN GROUPE

1- Le concept de groupe

1-1. Etymologie

Comme l'explique Anzieu (1968), le mot groupe, terme assez récent dans l'histoire des langues, vient de l'italien *grosso* ou *gruppo*. Il est utilisé par les artistes pour désigner plusieurs individus, peints ou sculptés, formant un sujet. C'est seulement vers le milieu du XVIIIème siècle qu'il désigne une réunion de personnes. On remarque en effet que les langues anciennes ne disposent d'aucun terme pour désigner une association de personnes en nombre restreint, poursuivant des buts communs. L'individu est alors opposé à la société, le concept de groupe n'apparaissant que plus tard.

1-2. Définition

Claude Lévi-Strauss (1962) précise qu' « *une société est faite d'individus et de groupes qui communiquent entre eux* ».

D'après Anzieu et Martin (1968), une réunion ou un groupe d'individus peut prendre différentes formes et différents noms. Ils distinguent cinq catégories dans le groupe : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire ou restreint et le groupe secondaire (Anzieu, Martin, 1968). Nous nous intéresserons particulièrement au « *groupe restreint* » car il correspond au « *format* » de groupe faisant l'objet de notre étude pratique.

Les caractéristiques propres au groupe restreint ne sont pas nécessairement présentes simultanément dans le même groupe (Anzieu, Martin, 1968) :

- Le groupe restreint, comme son nom l'indique, comporte un **nombre restreint de membres**, permettant de nombreux échanges interindividuels et une perception physique et réciproque de chacun des autres membres présents.
- Il présente des **objectifs communs** partagés par tous et répondant à divers intérêts des membres.

- Des **relations affectives** fortes peuvent se créer entre ses membres et aboutir à des sous-groupes d'affinité.
- Un sentiment de **solidarité** et une forte **interdépendance** se mettent en place.
- Chaque membre se différencie des autres par son **rôle**.
- Des **normes** et des **rites** au niveau du langage et du code se constituent au sein du groupe.

Ces caractéristiques retenues par Anzieu et Martin, sont citées aussi par De Visscher (1991, in Abric 2008), mais divergent de celles retenues par Lewin, Castell, Moreno ou encore Homans et Bales de l'école interactionniste. Nous citerons leurs point de vue pour certains d'entre eux.

Les groupes que nous suivons dans le cadre de cette étude présentent certaines de ces caractéristiques. En effet, le nombre des participants est restreint et tous les sujets se réunissant lors de ces ateliers le font dans un objectif commun : prendre plaisir à échanger avec des pairs sur des sujets qui leur sont chers. Par ailleurs, nous avons pu observer la mise en place de relations affectives fortes et d'une certaine forme de solidarité vis à vis des difficultés de chacun. Et s'il est parfois complexe de définir le rôle joué par chacun dans le groupe, nous observons que chaque sujet se différencie des autres par sa place et ses interventions.

2- Les théories

Nous développerons dans ce point les deux grands courants instigateurs de l'étude et l'intervention sur les groupes à savoir le courant dynamique et psychanalytique, puis nous aborderons une troisième orientation théorique intéressante pour notre étude, le courant interactionniste. Nous n'aborderons le travail de Rogers que plus tard, en l'incluant dans les modalités d'interventions thérapeutiques.

2-1. Le courant dynamique : l'apport de Kurt Lewin

Kurt Lewin (1890-1947), psychosociologue allemand émigré aux Etats-Unis est un des premiers à s'être intéressé de près à l'étude des groupes. C'est d'ailleurs à lui qu'on attribue l'expression « *dynamique de groupe* » (Anzieu, 2008).

2-1-1. Ses hypothèses

L'expérience de Lewin effectuée sur des groupes aboutit à deux hypothèses (in Abric, 2008). Dans la première, il introduit la notion de « **champ** ». Le groupe et son environnement constituent un **champ social dynamique**, c'est-à-dire **un système de forces en équilibre**. *« Au sein de ce groupe en situation, se développe un système de tensions, tantôt positives, tantôt négatives, correspondant au jeu des désirs et des défenses. La conduite d'un groupe va consister [...] à résoudre ces tensions et rétablir un équilibre plus ou moins stable. »* (Maisonnette, 1990). Ces tensions proviennent certes en partie des individus eux-mêmes mais aussi du type d'interaction qu'ils développent et de tout un ensemble d'éléments qui dépassent l'interaction elle-même : les normes, les valeurs, la situation de groupe dans un environnement physique et social donné, la relation du groupe à cet environnement.

Dans la seconde il affirme que **le groupe est un tout dont les propriétés sont différentes de la somme des parties**. Le groupe n'est pas une juxtaposition d'individus mais une entité à part entière. Il en résulte un fonctionnement qui lui est propre et qui diffère de celui de chaque membre du groupe (Amado et Guittet, 2003).

2-1-2. Les fonctions exercées dans le groupe

Lewin (1959) a étendu au groupe ses observations menées sur le fonctionnement psychologique d'un individu (in Abric, 2008). Pour lui, l'individu est un organisme soumis à un ensemble de forces dont le comportement est la résultante. Il en est de même pour le groupe.

Ces forces peuvent être **positives**, et engendrer des tensions positives qui seront résolues par un comportement d'approche associé à une première fonction : **la fonction production** qui vise la réalisation des objectifs. Ces forces peuvent au contraire être **négatives**, engendrer des tensions négatives qui seront résolues par un comportement d'évitement associé à une seconde fonction, la **fonction d'entretien**. Cette fonction survient comme mécanisme de défense des problèmes relationnels qui risquent de perturber le groupe. Elle prend deux formes complémentaires : la **facilitation** des échanges et la **régulation** des conflits internes.

Ainsi prend forme l'**idée centrale** de Lewin : *« le groupe est une totalité dynamique, qui détermine le comportement de ceux qui en font partie »*. (Abric, 2008)

2-2. L'approche psychanalytique

2-2-1. La théorie de Freud

Pour Freud, le groupe fonctionne sur le même mode que l'appareil psychique individuel (in Abric, 2008). Guittet et Amado, (2003) résument bien la transposition des deux premières topiques de Freud, au groupe.

Le niveau *conscient* du groupe se situe au niveau du langage ; le *préconscient* concerne ce qui est latent, qui n'est pas exprimé mais compris par le groupe ; l'*inconscient* est l'univers du « non-dit », du refoulement groupal. Ces trois niveaux constituent ce que Foulkes appelle une matrice (in Amado et Guittet, 2003).

Le *ça*, pôle pulsionnel, est représenté par la diversité des pulsions libidinales et agressives des membres du groupe. Le *moi* représentant les intérêts de la totalité du groupe, est souvent incarné par le leader. Le *surmoi* est constitué par les règles de fonctionnement, les principes de base connus et acceptés par l'ensemble des membres. L'*idéal du moi* peut être le leader, une autre personne du groupe ou une idéologie (l'Armée, l'Eglise). Le *moi idéal* serait comme une identification idéalisée à son propre groupe (cf. bandes d'ado).

Pour Freud, **les processus inconscients sont donc les éléments fondateurs et les moteurs de la dynamique de groupe** (in Anzieu et Martin, 1968). A sa suite, Klein et ses successeurs seront à l'origine d'élaborations théoriques plus complètes.

2-2-2. Les présupposés de base selon Bion

W. R. Bion est un des premiers psychanalystes à fournir une explication dynamique des groupes restreints (in Anzieu et Martin, 1968). Suite à ses expérimentations sur les processus de groupe, dans lesquels il considère que le sujet doit être acteur de sa propre thérapie, il fait deux constats :

- le premier est qu'il existe **deux niveaux dans un groupe** : le **niveau de la tâche** correspond à la réalisation d'un travail dans tout ce qu'il y a de plus conscient et concret ; le **niveau des émotions** rejoint les processus inconscients en jeu au cours de la réalisation de cette tâche. Pour résumer, « *la coopération consciente des membres du*

groupe, nécessaire à la réussite de leurs entreprises, requiert entre eux une circulation émotionnelle et fantasmatique inconsciente. Elle est tantôt paralysée, tantôt stimulée par celle-ci » (Anzieu, 1968) ;

- le second concerne la **mentalité de groupe**, qui serait constituée de trois présupposés de base, appelés aussi « *schèmes mentaux collectifs* » remontant aux états affectifs archaïques de la prime enfance. Le groupe serait donc soumis à trois présupposés :
- la **dépendance** : c'est la recherche d'un leader, symbole de protection et de sécurité, seule personne aux yeux du groupe, capable d'assurer la satisfaction des besoins.
- le **couplage** : c'est le rapprochement de deux membres du groupe, suscitant pour le reste du groupe un espoir de résolution des problèmes.
- l'**attaque-fuite** : c'est le comportement adopté par le groupe face à un danger représenté par le leader ou un membre du groupe.

2-2-3. L'imaginaire dans les groupes

La situation de groupe selon Mélanie Klein (in Anzieu et Martin, 1968) « *réactive les fantasmes primitifs de morcellement du corps et de dévoration* ». Contrairement à Lewin qui assimile le groupe à un corps soumis à des forces, Anzieu, inspiré par l'école kleinienne, prétend que le groupe est également soumis à des pensées imaginaires et fantasmatiques (in Abric, 2008). Il met en évidence des angoisses latentes présentes dans tout groupe : celle de la perte d'identité personnelle. Face à ce danger d'être fondu dans la masse, de perdre son statut d'individu spécifique, va s'élaborer en groupe un mécanisme de défense permettant de réduire cette angoisse, tout en conservant le **désir de sécurité et d'unité** qui est l'un des désirs fondateurs de l'appartenance à un groupe. **La recherche d'un état fusionnel collectif pour vaincre cette angoisse correspond au concept d'illusion groupale.**

2-3. L'approche interactionniste

Contrairement aux courants précédents, cette méthode explorée par Bales (in Anzieu et Martin, 1968) s'attache à analyser le comportement observable en situation de réunion-discussion uniquement. Sans chercher à atteindre, derrière les conduites exprimées, les désirs, les angoisses, les émotions et les fantasmes supposés responsables des phénomènes de groupe, Bales observe les interactions, les **échanges interindividuels** (Amado et Guittet, 2003). Selon les interactionnistes, c'est la **somme des interactions** qui se développent en son

sein qui définit le groupe, excluant ainsi de fait l'idée de totalité (Abric, 2008). Ainsi, les douze catégories contenues dans la grille d'observation de Bales, que nous aurons l'occasion de décrire plus loin, **connotent** le comportement de l'émetteur de chaque communication (Anzieu, 1968).

Si la conception de groupe se définit et s'analyse à travers différents courants théoriques, le fonctionnement de l'entité « groupe » dépend de facteurs spécifiques, influant sur sa dynamique.

3- Les facteurs spécifiques inhérents au groupe

3-1. La taille du groupe

Naturellement, plus le nombre d'individus dans un groupe augmente, plus la somme d'informations disponibles s'enrichit. Mais parallèlement, le temps de parole alloué à chacun diminue. Ainsi, si le temps d'expression se réduit, la participation du sujet s'affaiblit et sa satisfaction sera moins grande : c'est dans les grands groupes que les sujets manifestent le plus rapidement leur désintérêt et leur mécontentement (Amado et Guittet, 2003).

De plus, il devient complexe pour chacun des membres de percevoir la totalité des informations. En effet, le temps et l'espace imposent des contraintes, qui, si elles ne sont pas respectées, conduisent au clivage en sous-groupes. La participation des membres les plus actifs se différencie progressivement pour imposer une organisation du temps de parole, et le plus souvent, seuls les individus les plus assurés expriment leurs idées (Amado et Guittet, 2003).

« Les effets de la taille du groupe - à la fois sur la recherche de bonnes solutions et sur la satisfaction des membres - jouent à travers les types et la quantité d'interaction qui sont facilités ou entravés par la taille du groupe » (Newcomb, Turner, Converse, 1970, in Anzieu et Martin 1968).

Selon Hare (1962, in Anzieu et Martin 1968), l'efficacité des communications dans un groupe de discussion exige au moins 3 et au plus 12 à 15 individus, avec un optimum de 5. Selon Amado et Guittet (2003), du nombre d'individus présents dans chaque groupe va dépendre l'efficacité de la résolution d'un type de problème. On retrouve cette même classification chez Anzieu et Martin (1968). Les groupes de 3 personnes sembleraient plus aptes à résoudre un problème simple, les groupes de 6 à 8 personnes un problème complexe et l'examen critique d'un problème d'ordre plus général serait mieux assuré par 8 à 12

personnes. Il est à noter qu'il existe un seuil, au-delà duquel l'addition d'un individu ne change rien car « *statistiquement un groupe ne dépasse pas un nombre déterminé de solutions et d'idées originales* » (Amado et Guittet, 2003).

3-2. La structure de communication

On appelle structure de communication dans un groupe **l'organisation des échanges effectivement réalisés** (Abric, 2008). On l'obtient en relevant les interventions de chaque membre, et leur direction. Ces informations permettent par exemple de savoir si le groupe a échangé de façon hiérarchisée – **structure centralisée** – ou qu'au contraire chaque membre a participé approximativement autant sur le plan quantitatif – **structure homogène**. La structure de communication est donc un élément essentiel pour décrire et analyser le fonctionnement d'un groupe.

Ainsi, Steinzor (1950) met en évidence que la table ronde induit un certain système de communication : les échanges sont plus importants en face à face et leur fréquence décroît au fur et à mesure qu'on s'éloigne de cette position. Les échanges en côte à côte sont donc plus faibles. Mais l'effet Steinzor dépend du type de leadership. Hearn (1957) montre que cet effet apparaît pleinement dans les groupes dirigés par un leader non directif : les communications s'organisent librement et les échanges en vis-à-vis sont les plus importants. En revanche, avec un leader directif, ce sont les échanges en côte à côte qui sont les plus importants.

3-3. Les phénomènes de groupe

3-3-1. Le leadership

Lorsqu'un groupe est confronté à une tension ou un conflit, le mode de résolution de ce dernier va spontanément se concrétiser par l'émergence d'un leader. Il est important de différencier le chef, légitimé par son statut, sa position hiérarchique ou institutionnelle, du leader. Le leader vient répondre à un besoin de régulation et de recherche d'équilibre, exprimé par le groupe. La personne leader peut donc changer en fonction des besoins du groupe. Naturellement, un groupe fonctionnera d'autant mieux s'il y a concordance entre le statut de chef et la fonction de leader (Abric, 2008).

« Le leader illustre ainsi, par son discours, des comportements, des valeurs auxquelles les membres du groupe vont adhérer. Il est capable d'utiliser les symboles, les mythes, et les légendes de l'imaginaire du groupe et d'entrer en résonance avec les émotions et les désirs

des personnes » (in Anzieu et Martin, 1968). Ainsi se crée une **relation de dépendance** et un **mécanisme d'identification** au leader.

3-3-2. Les dix types de personnes centrales de Redl

Redl (1942, in Anzieu et Martin, 1968) a étudié lui aussi le phénomène de dépendance des membres du groupe par rapport aux leaders. « *La création d'un groupe, dit-il, résulte des réactions émotionnelles – aussi bien positives que négatives – que génère un individu particulier dans le groupe : la personne centrale* ». Ces réactions émotionnelles à l'égard de la personne centrale expliquent la **structure affective du groupe**. De ses observations, Redl dégage dix types différents de personnes centrales correspondant à dix modalités de formation du groupe : le souverain patriarche, le leader, le tyran, l'objet d'amour, l'objet de pulsion agressive, l'organisateur, le séducteur, le héros, la mauvaise influence, le bon exemple.

Pour Freud, c'est l'attachement au chef et donc l'identification à celui-ci, qui est le processus fondamental à l'œuvre dans les groupes. « *Les membres du groupe s'identifient au chef et s'identifient les uns aux autres.* » (Freud, 1923). Mais nous ne nous attacherons pas à approfondir cette notion de leader, la personne centrale régulant les affects et les comportements étant le soignant, lors de nos situations cliniques de groupe.

3-3-3. Les rôles et les attitudes dans les groupes restreints

La définition la plus générale et la plus récente du rôle a été élaborée par A-M Rocheblave-Spenlé (1962) : c'est un « *modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* ».

Benne et Sheats (1948), ont pour leur part, différencié trois types de rôles au sein d'un groupe, qui correspondent aux différents types d'interventions analysés par Bales. On peut facilement faire le parallèle entre ces rôles définis ci-après et les fonctions exercées par le groupe, d'après Lewin. En effet, pour que ces fonctions soient assurées, il faut que les membres du groupe remplissent les rôles correspondants, c'est-à-dire, selon Benne et Sheats :

- les **rôles centrés sur la tâche** : ils favorisent la progression du groupe vers l'accomplissement de ses buts. On retrouve quelques unes des catégories de Bales, cité précédemment, caractérisant la nature des interactions lors de l'observation d'un groupe. Stimuler le groupe, rechercher ou apporter des informations, des opinions, reformuler,

clarifier, orienter, gérer le matériel sont autant de rôles allant dans le sens d'une progression positive.

- les **rôles de maintien de la cohésion** : encourager les autres, chercher à établir l'harmonie et favoriser les compromis entre les membres, canaliser et relayer la parole, observer et commenter ou tout simplement opiner sont effectivement des rôles de personnes cherchant à entretenir le bon fonctionnement du groupe. On peut leur affilier le rôle de personne rassurante, sécurisante, canalisante ou de blagueur, jovial, par exemple.
- **les besoins individuels et les rôles parasites** : ils s'exercent eux à l'encontre du groupe et sont un obstacle empêchant sa progression. Ils se caractérisent par des rôles qualifiant les personnes tels que l'agressif, le freineur, l'intéressant, le négateur, le dominateur, et d'autres encore. Bales se limite lui aux réactions négatives de désaccord, tension et antagonisme.

Nous constatons donc que la situation de groupe génère des comportements différents d'une relation duelle. Et si l'émergence de leader est moins identifiable en situation clinique, du fait de la présence rassurante et canalisante de soignants, on observe néanmoins l'installation de rôles et d'attitudes témoignant de la personnalité de chaque patient.

Tout ce développement donne une idée de la difficulté d'un travail qui vise à élaborer un outil permettant de suivre l'évolution de la communication de personnes au sein d'ateliers thérapeutiques. La communication est un champ d'étude complexe au sein duquel s'intrique la pragmatique dont les ramifications s'étendent elles-mêmes dans de nombreux domaines. Comprendre les enjeux de la communication au sein des ateliers thérapeutiques, c'est à la fois observer la façon dont chaque personne se comporte et s'exprime, mais également cerner son rôle et son action au sein d'un groupe.

II - MALADIE D'ALZHEIMER ET COMMUNICATION

1. QU'EST-CE QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

Afin d'enrichir notre compréhension de la maladie d'Alzheimer, nous avons choisi d'aborder la définition de cette démence selon un double éclairage. L'éclairage de l'approche dite explicative nous permettra de comprendre les mécanismes et les manifestations pathologiques du point de vue de l'atteinte lésionnelle et des déficits qu'elle génère. L'éclairage de l'approche subjective permettra quant à lui d'interroger cette maladie du point de vue du sujet qui en est atteint, privilégiant cette fois un questionnement sur l'origine de la démence et proposant une alternative à l'approche explicative.

Mais avant de présenter les aspects pathologiques générés par le processus dégénératif de la maladie d'Alzheimer, il nous paraît important d'appréhender le cadre dans lequel cette démence vient se greffer. Ce cadre se définit, **pour la majeure partie des cas**, autour de deux notions, affectant toute personne à un moment de sa vie : celle du vieillissement et celle de la vieillesse.

1- Le malade d'Alzheimer : avant tout une personne

1-1. Le vieillissement

Le vieillissement désigne « *l'altération progressive "naturelle" de certaines modalités de fonctionnement de notre organisme d'adulte à mesure que s'écoule le temps* » (Ameisen, 1999, in Thiébaud, 2005). Il correspond à un affaiblissement et une détérioration physiologiques et psychologiques, affectant progressivement la structure organique et les activités cognitives. La diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (Thiébaud, 2005).

Le vieillissement est un processus évolutif inhérent à chaque être. Il est donc marqué par le caractère hétérogène des différences inter-individuelles. Il est fonction d'une multiplicité d'éléments tels que notre patrimoine génétique, notre état de santé général, les critères environnementaux auxquels nous sommes exposés, notre histoire personnelle, etc. Il

existe également une variabilité intra-individuelle, les différents organes ne vieillissant pas à la même vitesse.

Malgré l'affaiblissement général, la plasticité synaptique permet à l'organisme de compenser ces défections progressives par un effet de suppléance fonctionnelle : la fonction des cellules nerveuses mortes est prise en charge par les cellules nerveuses restantes. La personne âgée adapterait également son comportement en fonction des modifications cérébrales (Brouillet, Syssau, 2007). Ces processus compensatoires définiraient le processus de vieillissement normal, et sa rupture, altérant cette équilibration par la suppléance fonctionnelle, témoignerait de l'entrée dans le vieillissement pathologique (Fontaine, 1999).

Le vieillissement se traduit donc par un processus altérant progressivement l'organisme, et conduisant à terme, à la mort du sujet. Mais cet éclairage de la biologie qui permet d'expliquer les mécanismes à l'œuvre dans ce vieillissement, ne dit rien de « *cette être étrange, qui ne peut éviter de se poser la question du sens qu'il entend lui-même donner à sa propre vie, informé qu'il est de sa mort inéluctable.* » (Kahn, 2004, in Thiébaud, 2005). C'est à présent vers cette question de la perception du sujet sur lui-même que nous allons nous tourner.

1-2. La vieillesse et la problématique identitaire de la personne âgée

La vieillesse n'inclut pas l'aspect évolutif intrinsèque à la notion de vieillissement, mais renvoie au contraire à un état, déterminé par de multiples définitions : il peut s'agir de l'âge de cessation d'activité professionnelle, de l'âge retenu par l'OMS (65 ans), etc. Mais la vieillesse est aussi une affaire de représentation de soi ; elle advient au moment où le sujet se reconnaît comme « vieux », et/ou autrui le perçoit comme tel (Rolland-Dubreuil, 2003). C'est à travers ce prisme éminemment subjectif de la représentation que nous allons présenter les mécanismes identitaires qui se jouent à l'heure de la vieillesse.

La vieillesse constitue une étape dans le vieillissement au cours de laquelle s'opère une rupture dans la dynamique identificatoire (Simard, 1987). Pour cette psychologue du vieillissement, l'entrée dans la vieillesse correspond à ce moment décisif où le sujet ne se reconnaît plus dans l'image renvoyée par le miroir, celle-ci n'étant plus conforme à ce que le sujet attendait.

Ce moment inaugural est défini par Messy (1985, in Simard, 1987) comme « *l'expérience du miroir brisé* ». Cette expérience bouleverse en profondeur les repères identificatoires : ce moment où le moi se dérobe oblige le sujet à abandonner définitivement la

quête d'un moi idéal dans lequel s'affirmerait sa toute-puissance (Simard, 1987). La crise identitaire à laquelle est confronté le sujet et le travail de deuil portant sur le moi laissent en même temps émerger une nouvelle représentation de soi par « *la constatation en soi-même et en l'autre de caractères différents du même* » : le moi ne peut plus s'aliéner dans cette image étrangère à soi, ce qui fait surgir « *un autre qui n'est plus le même, ni le double imaginaire ou fantasmatique, mais le tiers symbolique auquel il faut s'affronter.* »

Pour Bianchi (1980, in Simard, 1987), la problématique de « *l'Œdipe du troisième âge* » renverrait à « *une sortie de l'ordre social, de la vie, au travers d'une mise en cause des identifications, jusque-là en vigueur (identifications aux parents de l'enfance), au bénéfice d'une ultime identification (identification aux parents morts).* » Mais pour Simard (1987), ce n'est pas tant la personne âgée qui se soustrait à « *l'Histoire, c'est-à-dire l'ordre symbolique et finalement le désir* », mais la loi sociale qui la confine dans un « *repli imaginaire* ».

1-3. Vulnérabilité et troubles thymiques du sujet âgé

Les nombreuses blessures narcissiques, résultant de l'apparence physique, d'une baisse de la performance intellectuelle et d'une dépossession de la sphère sociale, associées aux problèmes de santé liés au vieillissement et qui constituent « *un ensemble d'empêchements et d'insatisfaction qui affectent le plaisir de vivre* », concourent à former chez les sujets âgés un fort sentiment de dépréciation de soi. (Léger, Ouango, 2002)

Pour ces auteurs, cet état psychique et somatique rend la personne âgée plus vulnérable aux troubles thymiques, qui se manifestent notamment par des désordres dépressifs. D'après eux, les perturbations fréquentes de l'environnement obligent la personne âgée à des réajustements constants. Or, ses capacités d'adaptation diminuent à mesure que l'âge avance et que des événements bouleversent son environnement. Elle est donc moins à même d'effectuer ces réajustements, ce qui l'expose à des situations de crise où elle ne peut plus contenir son angoisse. Face à cela, elle va déployer deux types de mécanismes : la conservation de soi va la conduire à un rétrécissement de son univers personnel ; la régression va lui permettre de retrouver les modes antérieurs de satisfaction. Cela constitue donc un cercle vicieux car, de ce fait, ses possibilités d'adaptation sont encore plus réduites, ce qui la rend d'autant plus vulnérable.

L'environnement constitue donc un facteur déterminant dans l'équilibre psychique et somatique du sujet âgé. Son inadéquation augmente le degré de vulnérabilité de la personne et peut être un facteur de décompensation vers des troubles thymiques, dont la dépression

constitue l'affection la plus courante. Mais cette vulnérabilité ne tient pas seulement aux difficultés d'adaptation de la personne âgée avec son environnement, mais également à son histoire toute entière, aux événements qui, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, ont traversé sa vie et modelé sa personnalité. La prise en compte des éléments autobiographiques est donc importante dans le soin de la personne âgée, car elle permet de comprendre l'origine d'une fragilité affective.

Si nous avons choisi d'appréhender la maladie d'Alzheimer dans la problématique générale du vieillissement et de la vieillesse, c'est pour mieux mettre en évidence que la maladie concerne avant tout des personnes. Néanmoins, la maladie d'Alzheimer ne concerne pas seulement des personnes âgées mais aussi des personnes encore jeunes, et nous souhaitons le rappeler ici.

2- L'approche explicative

Décrite en 1906 par le neuropathologiste allemand Aloïs Alzheimer, la maladie d'Alzheimer se caractérise par un ensemble de troubles cognitifs et comportementaux constituant un syndrome démentiel d'évolution progressive et irréversible, associé à des lésions histologiques dont la cause reste inconnue.

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence. Maladie liée à l'âge, la fréquence de ses formes tardives, débutant après 65 ans, ne fait qu'augmenter en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population.

2-1. Critères diagnostics de la maladie d'Alzheimer

2-1-1. Critères du DSM IV¹

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre les informations nouvelles ou à se rappeler les informations précédemment acquises) ;
2. Une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage),

¹ American Psychiatric Association - *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4^e édition (Version Internationale, Washington DC, 1995) Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 1056 pages.

- b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
- c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
- d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. A d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p. ex. : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale).
2. A des affections générales pouvant entraîner une démence (p. ex. : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH).
3. A des infections induites par une substance.

E. Les épisodes ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'axe I (p. ex. trouble dépressif majeur, schizophrénie)

Avec début précoce : si l'âge de début est inférieur ou égal à 65 ans

290.11 Avec confusion mentale : si une confusion mentale est surajoutée à la démence.

290.12 Avec idées délirantes : si les idées délirantes sont le symptôme prédominant.

290.13 Avec humeur dépressive : si l'humeur dépressive (notamment des tableaux cliniques comportant tous les critères symptomatiques d'un épisode dépressif majeur) est la caractéristique principale. On ne fait pas de diagnostic séparé de trouble de l'humeur dû à une condition médicale générale.

290.10 Non compliquée : si aucun des éléments précédents ne prédomine dans la présentation clinique.

Avec début tardif : si l'âge de début est supérieur à 65 ans :

290.11 Avec confusion mentale: si une confusion mentale est surajoutée à la démence.

290.20 Avec idées délirantes: si les idées délirantes sont le symptôme prédominant.

290.21 Avec humeur dépressive : si l'humeur dépressive (notamment des tableaux cliniques comportant tous les critères symptomatiques d'un épisode dépressif majeur) est la caractéristique principale. On ne fait pas de diagnostic séparé de trouble de l'humeur dû à une condition médicale générale.

290.0 Non compliquée : si aucun des éléments précédents ne prédomine dans la présentation clinique.

2-1-2. Avancées récentes de la recherche

Le Professeur Dubois (2008) estime que la maladie d'Alzheimer est repérée trop tardivement : l'enjeu est de pouvoir dépister cette démence dès l'apparition du syndrome amnésique précoce. Pour Dubois et son équipe, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer repose sur la mise en évidence de quatre critères :

- **troubles de la mémoire épisodique** : la mémoire épisodique concerne le souvenir « *d'informations référencées dans un environnement spatial et temporel* » (Gil, 2006). Son déficit, observé dans la maladie d'Alzheimer, est dû à un trouble de la consolidation de la trace mnésique, c'est-à-dire de la formation du souvenir. L'altération des fonctions d'encodage, permettant un passage des informations de la mémoire de travail à la mémoire à long terme génère chez le patient des difficultés à pouvoir stocker durablement de nouvelles informations en mémoire à long terme (Derouesné, 2006).

Ce trouble est la conséquence de l'atteinte des formations hippocampiques. A l'aide de **tests neuropsychologiques**, il est possible de définir un profil des troubles de la mémoire typiques de la maladie d'Alzheimer (Dubois, Albert, 2004) :

- les rappels libres sont pauvres malgré un encodage renforcé et contrôlé par l'examineur ;

- les rappels totaux (libres et indicés) sont déficitaires en raison d'une aide inefficace ou insuffisante de l'indiciage ;
 - de nombreuses intrusions sont observées ;
 - les capacités de reconnaissance sont altérées : le patient fait de fausses reconnaissances.
- **critère morphologique** : les atteintes mnésiques « *de type temporal interne* » peuvent se visualiser par une **atrophie régionale** corticale grâce à l'**IRM**. *« Des séquences spécifiques en IRM cérébrale à haute résolution spatiale permettent une analyse du cortex et en particulier des structures temporales médianes, les formations hippocampiques. Dès le stade précoce de la maladie, le volume de ces formations diminue de 20 % à 30 % comparativement à celui des sujets témoins. L'atrophie hippocampique augmente avec l'évolution de la maladie et elle est corrélée aux performances de mémoire. La probabilité de détecter des sujets présentant la maladie varie de 51 % à 70 % selon les études ».*
- **critère biologique** : de nouvelles techniques ont été développées pour détecter le processus lésionnel sous-jacent aux atteintes hippocampiques et pour confirmer le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Ces techniques reposent sur le dosage des **biomarqueurs** (protéine tau et peptide Abêta, cf. ci-après) dans le liquide céphalorachidien, reflet du processus pathogénique cérébral. *« En combinant le dosage de ces marqueurs dans le liquide céphalorachidien chez des sujets présentant des troubles de mémoire légers et suivis depuis quatre à six ans, on obtient une probabilité très forte qu'ils développent la maladie d'Alzheimer, environ 90 %. »*
- **critère fonctionnel** : l'imagerie fonctionnelle (PET/SPECT) rend possible l'observation de la diminution de l'activité cérébrale dans les régions temporales et pariétales.

D'après le professeur Dubois (2008), ces nouveaux critères permettent de détecter la maladie à un stade précoce, avec un taux de certitude diagnostique supérieure à 90% ; ils permettraient en outre de la diagnostiquer 3 ans plus tôt qu'actuellement.

2-2. Données physiopathologiques

La maladie d'Alzheimer (Duyckaerts, Dubois, 2008) se caractérise par la présence et l'envahissement au niveau cortical et sous-cortical de deux lésions histologiques majeures : la dégénérescence neurofibrillaire (DNF) et la plaque sénile.

Ces lésions résultent de l'accumulation anormale de deux protéines normalement présentes dans les neurones : la protéine tau et le peptide Abêta. La protéine tau forme des agrégats fibrillaires dans le corps cellulaire du neurone : ce sont les dégénérescences neurofibrillaires. Elles apparaissent successivement dans des régions précises et suivent un processus d'expansion, parallèlement au développement des signes cliniques. Les dépôts extracellulaires de peptide Abêta génèrent des plaques séniles qui intéressent de nombreuses aires corticales, sans liaison directe avec les symptômes.

La maladie d'Alzheimer s'accompagne également d'une atteinte des neurotransmetteurs : le système cholinergique, dont l'atteinte se traduit par une baisse du taux de l'acétylcholine, semble être le plus précocement affecté.

2-3. Profil neuropsychologique

Nous avons choisi de ne pas approfondir le profil neuropsychologique de la maladie d'Alzheimer décrit de manière très générale dans le DSM-IV, pour privilégier les répercussions de la maladie sur la communication, touchant de plus près notre sujet.

2-4. Syndrome neuropsychiatrique

La modification de la personnalité, qu'elle soit conçue comme une véritable modification ou une accentuation des traits antérieurs, faisait partie des critères retenus par le DSM III-R, non repris dans le DSM IV. (Gil, 2007) Pourtant, les troubles neuropsychiatriques qui peuvent affecter le patient sont multiples et reconnus : « *dépression, insomnie, incontinence, délire, illusions, hallucination, exacerbation brutale de manifestations verbales, émotionnelles ou physiques, troubles sexuels, amaigrissement* » comme en témoignent les données originelles du NINDCS-ARDA (Gil, 2007). Pour Derouesné et coll. (2001), les plus typiques sont probablement l'apathie, l'anxiété, l'anosognosie, l'irritabilité, l'euphorie, la dysphorie, la labilité émotionnelle et l'agitation.

La dépression peut se manifester en début d'évolution, avec parfois les caractères d'une dépression majeure, accompagnée ou non de plaintes mnésiques (Gil, 2007).

L'anxiété en lien avec les troubles de la mémoire peut se manifester verbalement en début d'évolution, et de manière plus diffuse au niveau du comportement par la suite : inquiétude flottante, surexcitation motrice, déambulation, etc. (Gil, 2007).

2-5. Anosognosie et maladie d'Alzheimer

Le concept d'anosognosie chez le dément Alzheimer se réfère à l'inconscience partielle ou totale des troubles générés par la maladie. L'anosognosie s'intéresse au domaine cognitif incluant la capacité fonctionnelle et au domaine comportemental, avec des spécificités et des degrés variables selon les malades (Laudrin et coll., 1999).

Trouillet, Nargeot et Derouesné (2004) préfèrent au terme d'anosognosie celui de méconnaissance, définie comme « *une manifestation neurologique, liée à la localisation des lésions cérébrales, ou psychologique, liée à un mécanisme de défense contre l'angoisse* ». Pour ces auteurs, « *l'intrication des phénomènes neuropsychologiques et affectifs rend indispensable une approche multidimensionnelle qui doit associer une évaluation de l'ensemble des aspects de l'insight à une exploration du retentissement des troubles sur le vécu du patient.* »

2-6. Les différentes hypothèses étiologiques de la maladie d'Alzheimer

Schématiquement, les hypothèses étiologiques sont considérées selon six théories différentes (Ploton, 2004) :

- Les théories **neurologiques lésionnelles** établissent que la survenue de la maladie est le fait d'un dysfonctionnement d'origine neurobiologique qui provoque des plaques séniles et des dégénérescences neurofibrillaires.
- Les théories **encéphalitiques** interrogent le rôle des virus, des réactions immunitaires ou de facteurs toxiques comme l'aluminium ou les radicaux libres dans l'apparition des démences.
- Les théories **psychosomatiques** font valoir l'impact du stress dans la morbidité, en mentionnant notamment « *l'observation de taux anormalement élevé de protéine amyloïde dans le cerveau de patients décédés après une expérience particulièrement stressante* ».
- Les théories **génétiques** reposent sur la mise en évidence de gènes responsables du développement excessif de la substance amyloïde.

- Les théories **neuro-sécrétoires** reposent sur la mise en évidence de multiples déficits de substances ayant des fonctions neuromédiatrices, neurotrophiques ou neurorégulatrices.
- La théorie **psychodynamique** : selon ce modèle, on observe « *une désorganisation de l'appareil psychique concernant le fonctionnement de l'articulation entre psychique consciente et inconsciente* ». Cela se manifeste par une incapacité du sujet à articuler pulsions, affects et représentations. Selon la théorie de Maisondieu (1989, in Ploton, 2004), la démence adviendrait à la faveur d'un déséquilibre psychique occasionné par l'angoisse de mort jouant alors un rôle pathogène. Mais, comme le précise Ploton, rien ne permet d'affirmer que cette désorganisation psychique relève de la cause plutôt que de la conséquence dans l'apparition de la maladie.

Cette dernière théorie, en ce qu'elle place le sujet au cœur de sa démarche, fonde l'approche subjective que nous allons à présent explorer plus en détail.

3- L'approche subjective

3-1. Présentation de l'approche subjective

L'approche subjective, en psychologie, s'intéresse aux phénomènes psychiques qui interviennent au décours de la maladie : elle aborde la question des affects et du vécu, « *des rapports complexes entre psyché consciente et inconsciente* » (Ploton, 2005) et de l'identité de la personne démente (Fromage, 2007). Cela demande non seulement une observation de la personne mais cela suppose également de lui donner la parole afin qu'elle s'exprime à ce sujet, à son sujet.

L'approche subjective ou « *le point de vue à la première personne* » (Fromage, 2007) tente de faire valoir dans l'appréhension de la maladie le discours de celui qui est concerné en premier lieu, à savoir le patient lui-même. Elle cherche encore sa place aux côtés de l'approche explicative, perçue comme majoritaire. De ce fait, les textes de certains auteurs sonnent souvent comme des manifestes à la fois pour une approche subjective et contre l'omniprésence de l'autre approche, en pointant ses limites et ses défauts. Nous ne rentrerons pas dans cette polémique, nous intéressant seulement aux questions soulevées par l'approche subjective qui touchent de près à notre propos sur la communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Mais pour mieux comprendre son éclairage dans ce domaine, nous devons d'abord définir le regard particulier qu'elle porte sur la maladie.

3-2. La question des étiologies

L'un des aspects interrogés par l'approche subjective renvoie au processus pathogénique de la maladie d'Alzheimer. Nous pouvons synthétiser ce questionnement sous cette forme : qu'est-ce qui relève de l'étiologie et qu'est-ce qui relève des conséquences de la maladie ? Le seul impact des lésions dans le processus démentiel qui conduit à expliquer les perturbations n'explique pas les épisodes de lucidité qui se manifestent chez de nombreux patients, donnant l'impression qu'une personne démente ne l'est pas constamment. De surcroît, l'établissement de diverses étiologies montre qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de facteur étiologique clairement établi expliquant la survenue de la maladie d'Alzheimer, ce qui laisse le champ libre à l'approche subjective pour questionner la manifestation démentielle et remettre en cause la seule étiologie organique (Fromage, 2007 ; Ploton, 2003, 2007 ; Chevanne, 2003).

3-2-1. La démence comme fonctionnement mental de secours

Ploton (2007), aborde la maladie d'Alzheimer en termes adaptatifs. Il émet en effet l'hypothèse d'un appareil psychique inconscient, conçu comme « *une fonction primordiale profonde permettant de rendre compte, d'un point de vue défensif, de différentes formes de pathologies [...]* » dont la démence (Ploton et coll., 2003). La thèse défendue par les auteurs est d'envisager la démence comme un processus de « *délestage* », correspondant successivement à la perte des fonctions du « *méta-appareil comportemental.* » Face à la diminution progressive de l'efficacité globale de l'activité neuronale, le patient va trouver des solutions économiques en élaborant un fonctionnement mental de secours. Selon ces auteurs, ce fonctionnement, au sein duquel va se déployer les phénomènes psychopathologiques mentionnés ci-dessus, permet de préserver la survie du sujet au dépens des fonctions cognitives.

Cette conception repose sur « *un parti pris éthique* » (Gérard Broyer, in Ploton, 2003) : « *ne plus envisager les démences en terme de perte mais d'état de conscience modifié.* » Cette dimension cristallise les différences qui opposent sensiblement l'approche subjective de l'approche explicative : l'appréhension de la maladie d'Alzheimer n'est pas considérée sur le seul versant déficitaire, mais plutôt comme un mode de fonctionnement psychique en soi, avec ses caractéristiques particulières.

3-2-2. L'hypothèse psychogénétique

La question, chez Chevance (2003), est encore une fois de savoir si la maladie d'Alzheimer s'origine dans les lésions, ou si les lésions ne constituent pas les effets de la maladie. Mais il s'agit également pour lui d'ouvrir la recherche sur une compréhension plus étendue de la maladie d'Alzheimer, en faisant admettre la pertinence des questions soulevées par l'hypothèse psychogénétique afin d'établir un modèle étiologique multi-factoriel où s'associeraient théories étiologiques externe (psychogénétique) et interne (génétique).

La recherche de Chevance (1992,1999) étayée par les études articulant la dimension dépressive et la maladie d'Alzheimer, tente de mettre en évidence un continuum entre la dépression du sujet âgé et la manifestation de la démence. Pour Chevance, comme pour Maisondieu (1993) ou Messy (*in* Chevance, 2003), le patient chercherait à soigner sa dépression en décompensant dans la démence : face à une souffrance psychique intolérable pouvant acculer la personne au suicide, le dément « *ferait le choix d'une mort psychique progressive* », dont le premier symptôme serait justement l'oubli. Selon la formule de Maisondieu (1989) reprise par Chevance (2003), la réponse formulée par le Dément à la célèbre question ontologique de Shakespeare « *être ou ne pas être* » serait à la fois « *être et ne pas être* ».

Dans cette perspective, la maladie d'Alzheimer s'enracinerait dans le « *désir d'oubli* », et serait la résultante d'un processus défensif contre l'extrême intensité de la souffrance psychique, elle-même alimentée par la mémoire vive des événements douloureux. Chevance, à l'instar de célèbres psychanalystes, conforte son hypothèse en l'inscrivant dans un mythe, celui du Léthé, fleuve de l'oubli à la source duquel buvaient les morts pour oublier leur vie terrestre, et les âmes devant revenir à la vie pour effacer de leur mémoire le monde souterrain des enfers.

Pour conclure sur l'hypothèse psychogénétique de la démence ouverte dans le champ de la théorie psychodynamique et présentée ici au travers de la lecture de Chevance, signalons que l'auteur ne cherche pas à s'isoler du domaine de recherche général, mais, au contraire, plaide pour une modélisation étiologique inter-disciplinaire qui tenterait de répondre à la question : « *est-ce que la perte neuronale pourrait être le fait d'oublier ?* ».

3-3. Vers une modélisation du fonctionnement mental de la maladie d'Alzheimer

La tentative de modélisation est également adoptée par Ploton et ses collaborateurs (2003) pour essayer de rendre compte du fonctionnement mental de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en d'autres termes que « *l'approche défectologique* ».

La position de Ploton s'appuie tout d'abord sur une conception de la maladie d'Alzheimer présentée comme un « *polysyndrome* », et non pas comme « *maladie* » (Ploton, 2003, 2007). Selon lui, trois syndromes rendent compte du phénomène de la maladie d'Alzheimer :

- un **syndrome neurologique** : correspondant au processus d'atteinte cérébrale ;
- un **syndrome cognitif**, dont le profil est dominé par une succession d'atteintes progressives touchant tous les domaines de la cognition et entamant la capacité à générer des images mentales, **et** d'autre part, par un maintien de certaines capacités de la mémoire implicite ainsi que par une « *conservation troublante d'une forme de pertinence affective* », sur lesquelles nous reviendrons ;
- un **syndrome psychopathologique** : le sujet étant privé de sa capacité à se réapproprier un événement en le racontant, il se présente en réaction aux atteintes et recouvre trois aspects :
 - la « ***persistance des préoccupations de mort*** », cause ou conséquence de l'installation de la maladie, fait partie, pour l'auteur « *des préoccupations robustes résistant à l'avancée de la maladie* » ;
 - la « ***dépendance affective*** », avec la mise en place chez le patient d'une transaction parent/enfant qui se généralise à toute personne s'occupant de lui, dans une indifférenciation progressive des soignants, tous étant investis du rôle maternel ;
 - la « ***prédominance de l'expérience comportementale*** » et son cortège de conduites régressives, « *véritable moyen d'expression* » faute de parole. Les prédispositions naturelles jouent un rôle dans la dynamique des troubles du comportement : le sentiment d'abandon, de dévalorisation, la reprise de conduites anciennes s'inscrivent dans le vécu du patient.

Chaque syndrome correspond chez Ploton à une modification de ce qu'il appelle « ***l'appareil méta-comportemental***. » Ce méta-appareil est constitué lui-même de quatre

appareils fonctionnels distincts qui interagissent et qui rendent compte des multiples aspects de la vie psychique. Il s'agit de :

- l'**appareil cognitif** conduit à définir une intelligence cognitive, où siège la mémoire « *cognitive* », en relation avec la notion de temporalité (événements datables, etc.)
- l'**appareil psychique** ou **subjectif** concerne la vie fantasmatique, la défense de la capacité d'estime de soi, ainsi que la régulation entre vie psychique consciente et inconsciente .
- l'**appareil affectif** : siège de l'humeur, du plaisir et déplaisir, de la motivation et de la démotivation, c'est également le lieu de l'attachement sous toutes ses formes. Il fonctionne sur le mode de la mémoire affective globale, non-déclarative et subconsciente, et proche de la mémoire implicite.
- l'**appareil psychobiologique** ou **bio-somatique**, responsable de tous les équilibres biologiques.

D'après ce modèle analogique au réseau informatique, l'activité psychique est indissociable de sa traduction biologique, et *vice versa* : l'information nécessite un support, un substrat biologique, pour exister ; inversement, le support biologique est inutile si aucune information ne peut être élaborée. Ainsi, pour revenir plus spécifiquement sur la maladie d'Alzheimer, « *toute volonté de dissocier les faits psychiques [...] de ce qui se passe au plan biologique cérébral ne peut que constituer un artifice de raisonnement.* » (Ploton et coll., 2003). Les appareils interagissent entre eux de telle sorte que toute activité présentée par l'un des appareils induit des effets secondaires sur les autres.

Chaque appareil correspond à une « *typologie épistémologique* » (Ploton, 2007), qui ne peut donc être sensible qu'à un aspect de la réalité de la démence. Ainsi, le syndrome cognitif renvoie à un dysfonctionnement de l'appareil cognitif, le syndrome neurologique manifeste d'une atteinte de l'appareil psychobiologique, et le syndrome psychopathologique d'un désordre des appareils subjectifs et affectifs. Chacun possède sa propre cohérence, ses indications et ses limites.

En intégrant la dimension subjective dans une représentation complexe où différents plans interagissent et rendent compte de la vie psychique particulière de chaque personne, Ploton et son équipe cherchent à légitimer l'approche subjective en démontrant que, de ce point de vue, les démences ne relèvent pas plus d'un dysfonctionnement biologique que psychologique.

3-4. Les notions de permanence et de maintien dans la maladie d'Alzheimer

Pour Ploton (2007), la mémoire implicite et l'ensemble du fonctionnement dans le registre purement affectif se révèlent longtemps préservés. Ce mode de fonctionnement, global et approximatif, n'est cependant pas sans fondement dans la relation à autrui. En accord avec Poncet-Jeanne (2007, *in* Ploton 2007), il affirme que la pertinence affective se maintient jusqu'au bout, manifestant ainsi une activité psychique toujours présente, quoique non mentalisable. Chez Ploton, « *l'hypothèse du maintien d'une forme inconsciente de mémoire et d'intelligence affective rentrent dans une logique adaptative et dans des stratagèmes défensifs.* »

Cette composante affective, considérée comme preuve du maintien d'une vie psychique inconsciente, se retrouve dans les travaux de Fromage (2007), validant l'existence de perceptions identitaires chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et convergeant « *vers l'intuition d'un sujet qui perdure dans la démence* » (Fromage, 2007). Pour l'auteur, un contexte de recueil qui privilégierait la dimension émotionnelle faciliterait l'accès au savoir familial de la personne, permettant d'inscrire les événements de sa vie dans une permanence (maintien de soi) et une continuité (évolution).

Ainsi, ce que fait apparaître l'approche subjective, c'est la capacité de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à ressentir les contours émotionnels et affectifs de ce qui ne peut plus être compris ni exprimé, mais « *reste à l'état de germe* » (Ploton, 2007). Or, le maintien de cette capacité est une dimension essentielle à prendre en considération dans le soin délivré à la personne malade, et de manière générale dans la relation à établir avec elle, dans la façon de communiquer.

En insistant sur ce qui demeure et se maintient chez la personne atteinte, cette approche permet de considérer la démence sous un autre regard qu'une succession de déficits cognitifs ; elle incite à mettre en évidence ce qui fonctionne chez la personne et ce qui caractérise sa communication. La perspective de notre propos qui est de mettre en évidence les ressources permettant à la personne de communiquer malgré ses difficultés s'inspire de cette approche.

2. LA COMMUNICATION DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

1- Les atteintes de la communication dans la maladie d'Alzheimer

1-1. Aspects généraux et facteurs influents sur les troubles de la communication

Rousseau (2007) a mis en évidence quatre facteurs influant sur les désordres de la communication chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer :

- Le **degré d'atteinte cognitive** : bien qu'il joue un rôle important dans les habiletés pragmatiques, il n'existe pas, pour Rousseau, de congruence parfaite entre les degrés d'atteinte cognitive et communicationnelle.
- Les **facteurs cognitifs et linguistiques** : pour un score équivalent au MMS¹ et à la BEC², on remarquera, de manière générale, des difficultés plus marquées pour les personnes plus âgées et pour celles appartenant à un milieu socioculturel moins élevé.
- Les **facteurs individuels et psycho-sociaux** : ils concernent l'âge, le niveau socioculturel, le lieu de vie. La personnalité et le caractère de la personne atteinte détermine également son comportement général et se manifeste dans sa façon de communiquer.
- Les **facteurs contextuels** : il s'agit du thème ou du sujet de la conversation, de la situation d'interlocution, du cadre, et bien-sûr de l'interlocuteur.

Nous mettrons l'accent au cours de notre développement sur l'importance du comportement de l'interlocuteur face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'adaptation du comportement et de la parole nous paraît être un enjeu central dans la prise en charge du patient, que ce soit par les soignants, en institution, ou par les aidants, à domicile.

¹ **MMS** : *Mini Mental State* (Folstein et coll.,1975). Ce test explore rapidement et globalement les fonctions cognitives à l'aide de 5 preuves.

² **BEC 96** : *Batterie d'Estimation Cognitive* (Signoret, 1996) : elle permet l'estimation des performances cognitives et mnésiques pour l'entreprise d'épreuves simples abordant les principaux domaines cognitifs soit 8 épreuves cotés chacune sur 12 points. Sa rapidité de passation en fait l'un des instruments les plus utilisés en France.

1-2. Les différentes séméiologies des troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer

Les atteintes du langage dans la maladie d'Alzheimer suivent le processus dégénératif propre à cette démence. De manière générale, les troubles linguistiques, invalidant la communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, se caractérisent par leur hétérogénéité et leur variabilité (Cardebat, Aithamon, Puel, 1995 ; Joannette, 2006). Le caractère **hétérogène** fait référence au fait que la nature des désordres linguistiques diffère d'une personne à l'autre, tandis que la **variabilité** renvoie à l'idée que ces atteintes ne se manifestent pas forcément en permanence, mais peuvent être présentes à certains moments et pas (ou moins) à d'autres. Cependant, bien que les troubles du langage se traduisent par des manifestations différentes en fonction des personnes atteintes, un tableau général (Cardebat, Aithamon, Puel, 1995) prenant en considération les stades d'évolution de la maladie ressort malgré tout. Ces auteurs présentent les désordres linguistiques en référence à la taxinomie aphasiologique. Nous accompagnerons cette présentation par la description du contexte cognitif général dans lequel ils s'inscrivent, évalué en fonction du score au MMS (Rousseau, 1995).

• **Début d'évolution**

Caractéristiques cliniques (15<MMS<25) : le déficit cognitif léger entraîne quelques troubles mnésiques, se manifestant par des oublis concernant la place des objets familiers ou les noms propres. Au fur et à mesure de l'évolution, les troubles de la mémoire vont s'accroître générant une possible désorientation spatio-temporelle, des difficultés d'encodage et de récupération de mots et de noms. Puis, les difficultés se généralisent et empêchent le sujet de réaliser des tâches complexes. De plus, il présente fréquemment une anosognosie coexistant avec de fortes manifestations d'anxiété, et un émoussement de ses activités sociales.

Les troubles linguistiques se rapprochent d'un tableau d'aphasie anomique, marqué par des phénomènes anomiques fréquents occasionnant une plainte du patient, des circonlocutions et des fluences sémantiques appauvries (Cardebat et coll., 1995). Le manque du mot, qui domine donc à ce stade, provient d'un déficit lexico-sémantique sur l'origine duquel les chercheurs ne parviennent pas à s'accorder. Certains font l'hypothèse d'un trouble de l'organisation et de la structure du système sémantique se caractérisant par un déficit au niveau du stock des connaissances (Salmon et al., 1999, in Joannette et coll., 2006) ; d'autres interrogent des difficultés d'accès aux connaissances sémantiques (Ober et Shenaut, 1999, in Joannette et coll.,

2006) : dans ce cadre, les connaissances sémantiques seraient préservées mais des problèmes attentionnels et exécutifs empêcheraient le sujet d'y accéder.

• **Stade plus avancé**

Caractéristiques cliniques ($5 < \text{MMS} < 15$) : la désorientation temporo-spatiale est installée et les troubles de mémoire se répercutent dans tous les domaines, mais les faits qui intéressent le sujet sont préservés. Les événements et expériences récentes sont totalement oubliés, l'environnement est généralement ignoré. Au niveau des fonctions cognitives, le patient peut présenter des difficultés à compter à l'envers comme à l'endroit. Des modifications de la personnalité et de l'émotivité apparaissent également. Au niveau de la posture, une rigidité peut apparaître, et une démarche à petits pas. Le patient peut oublier le nom de son conjoint mais il est capable de dire le sien.

Troubles linguistiques : le trouble dominant devient la persévération avec répétition idéationnelle de phrases et de thèmes selon Bayles (1982) et des palilalies (répétition spontanée d'un ou de plusieurs mots) selon Hier (1985, in Rousseau, 1995) Ces difficultés s'accompagnent de paraphasies sémantiques, de logatomes, des périphrases sans référent décelable. (Cardebat et coll., 1995) A ce stade, on constate une aggravation du déficit des fluences affectant les modalités sémantiques et formelles. Le caractère automatique de certaines séquences syntaxiques contraste avec le langage fonctionnel plus laborieux. La compréhension à l'oral comme à l'écrit est perturbée. Pour Cardebat (1995), la présence de troubles de la compréhension et de persévérations évoque un tableau d'aphasie transcorticale sensorielle.

• **Fin d'évolution**

Caractéristiques cliniques ($0 < \text{MMS} < 5$) : stade d'atteinte sévère, toutes les fonctions corticales sont atteintes. Le patient a besoin d'une assistance complète, notamment pour la toilette et les repas. Les déficits psychomoteurs fondamentaux atteignent la marche et contraignent le patient à rester au lit ou être placé dans un fauteuil.

Troubles linguistiques : la manifestation de troubles se généralise dans toutes les sphères du langage, invalidant l'expression orale ou écrite, jargonnée ou impossible ; la compréhension fait penser à un tableau d'aphasie globale, qui serait nuancé par l'apparition soudaine de fragments automatisés, de phénomènes écholaliques et persévératifs.

Le parallèle des troubles du langage présents dans la maladie d'Alzheimer avec la sémilogie aphasique est remis en cause par certains auteurs qui pointent des différences sensibles entre ces deux affections. Appel (1982, in Rousseau, 1995) observe une plus grande fluence en début d'évolution de la maladie d'Alzheimer que chez les patients souffrant d'aphasie anomique. D'après Moreaud (2006), plusieurs arguments contredisent la manifestation d'un manque du mot de type aphasique dans le cadre de la démence, tout en renforçant l'idée d'un déficit sémantique : les erreurs phonologiques sont rares et les paraphasies sont d'ordre sémantique ; les patients sont dans l'impossibilité de donner la première lettre d'un mot qu'ils n'ont pu dénommer.

Concernant le parallèle avec l'aphasie transcorticale sensorielle, Cummings (1985, in Rousseau, 1995) constate que le discours des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer est moins contaminé par des paraphasies néologistiques ; au niveau réceptif, la compréhension auditive serait supérieure à celle des personnes touchées par cette aphasie (Holland, 1986, in Rousseau, 1995).

Cette présentation des troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer permet de caractériser les problèmes d'expression et de compréhension du patient. Cependant, comme nous l'avons établi précédemment, la communication verbale ne représente qu'un aspect de la communication, qui est affectée de manière générale dans cette démence. Nous allons à présent nous attacher à la description des atteintes pragmatiques empruntée aux travaux de Rousseau (1999), Berrewaerts, Hupet et Feyersein (2003) et Joannette, Kalhaoui, Champagne-Laveau et Ska (2006), dépassant ainsi la sémilogie aphasologique de Cardebat et ses collaborateurs.

1-3. Les atteintes pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer

Nous avons vu dans la partie concernant la pragmatique que, pour Berrewaerts et ses collaborateurs (2003), cette dimension comportait des aspects généraux et des aspects spécifiques. Nous allons maintenant préciser les atteintes pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer à partir de la synthèse de nombreuses études portant sur ce sujet¹, appréhendées du point de vue de la pragmatique cognitive exposée dans la partie précédente.

¹ Pour faciliter la lecture, les auteurs cités dans l'étude de Berrewaerts et coll. (2003) sont suivis d'un astérisque. Exemple : Glosser et Deser* (1990), etc. Les autres noms ne sont pas issus de cet article.

1-3-1. Aspects généraux des atteintes pragmatiques

- La **transmission d'informations** : elle concerne « *la capacité à transmettre de l'information pertinente de manière plus ou moins concise* », et se mesure par le nombre d'informations transmises par rapport au nombre total de mots, objectivé dans des épreuves de description d'objets, d'images, etc. Les patients dits « *D.T.A* » sont moins efficaces dans leur discours : ils produisent autant de mots mais transmettent moins d'informations que des personnes-témoins. Le repérage des éléments essentiels est également plus difficile et moins concis.

- La **cohérence du discours** : elle **dépend du maintien d'une unité thématique**. Glosser et Deser* (1990) ainsi que Laine et al.* (1998) établissent une distinction entre la cohérence globale, concernant les aspects macrolinguistiques, caractérisés par le lien d'une phrase avec le sujet général de conversation, et la cohérence locale, relative aux aspects microlinguistiques et résultant du lien d'une phrase avec celle qui la précède. Au terme de leur étude, ces auteurs concluent à un déficit significatif de la cohérence thématique globale et une préservation de la cohérence locale. D'autres études ont montré que les patients ont des difficultés à fournir une interprétation synthétique, font des changements non cohérents de sujet et sont incapables de maintenir le sujet de manière claire et suivie.

Selon l'étude de Rousseau¹ (1995), 59% des actes de langage des patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont jugés **inadéquats** (terme sur lequel nous reviendrons plus loin) par manque de cohérence, ce qui va dans le sens de l'hypothèse présentant les troubles de la communication comme relevant d'un problème avant tout cognitif. Les causes occasionnant l'absence de cohérence sont : l'absence de continuité thématique (35%), l'absence de relation (29%), l'absence de progression rhématique (21%) et la contradiction (16%).²

« *La moindre cohérence* [caractérisant le discours de patients atteints de DTA] *ne semble toutefois pas empêcher la communication.* » (Berrewaerts et coll., 2003) Il faut noter que ces considérations sont à relativiser car elles ne prennent pas en considération l'avancée de la maladie.

- La **cohésion du discours** : elle se rapporte aux relations structurales et sémantiques entre les éléments du discours produit, permettant ainsi d'en assurer l'unité, et se mesure par un

¹ Rousseau reprend dans cet ouvrage les résultats de sa thèse de doctorat (1992) : ils sont pour lui toujours en vigueur.

² Les définitions des types d'inadéquation sont proposées en annexes ; cf. annexe 4c.

décompte des outils linguistiques nécessaires au maintien de l'unité. Il s'agit de la référence, la substitution, l'ellipse, la conjonction, la cohésion de type lexicale. L'utilisation de ces outils diminue au décours de la maladie, avec une utilisation fréquente de pronoms, par rapport aux syntagmes nominaux. Ce choix s'accompagne de l'apparition de nombreuses erreurs référentielles, caractérisées par l'utilisation des pronoms ou d'anaphores sans référent préalable.

Le manque de cohésion, responsable de l'inadéquation du discours dans 33% des cas, est provoqué par un trouble lexical principalement (Rousseau, 1995)

1-3-2. Aspects spécifiques des atteintes pragmatiques

- Le récit ou la **compétence narrative** : l'absence de lexicalisation d'épisodes cruciaux du récit et l'intrusion d'épisodes narratifs hors du contexte d'une histoire cible sont responsables d'une incohérence au niveau de la macro-structure du récit. Ce déficit macro-structurel coexiste avec des perturbations dans la connaissance de la trame narrative d'évènements ou scripts (Cardebat et Joanne*, 1994), et l'intrusion d'énoncés modalisateurs (Joanne et coll., 2006). Par ailleurs, on constate une variabilité de la compétence narrative en fonction de la présence ou de l'absence du conjoint du patient (Kemper*, 1995). L'étude de Kemper, portant sur la compétence narrative au travers de l'histoire personnelle du patient, a mis en évidence des narrations moins longues et plus fragmentaires chez les patients que chez leur conjoint. En revanche, accompagné de leur conjoint, leurs récits sont plus élaborés et plus complets que lorsqu'ils sont seuls. Berrewaerts souligne à cette occasion que la compétence narrative des patients est donc susceptible de s'améliorer avec une certaine aide.

- La **compétence conversationnelle** :

La maîtrise des tours de parole est longtemps conservée, bien qu'un **temps de latence**, s'accroissant avec l'évolution de la maladie, soit nécessaire pour que le patient intervienne de nouveau dans la conversation (Causino Lamar*, 1994). Ce ralentissement se manifeste aussi au cours de la parole par une diminution du débit et une augmentation de la durée des pauses (Sing et al.,* 2001). Les difficultés manifestes des patients se situent surtout au niveau de la capacité à **initier**, **maintenir** et **clôturer** une conversation, et, au sein de cette conversation, à respecter la succession des thèmes abordés. Ces difficultés sont en lien avec les difficultés générales de cohérence globale mentionnées précédemment. (Garcia et Joanne*, 1994, 1997 ; Mentis et al.*, 1995)

Les études portant sur le répertoire disponible des actes de langage mettent en évidence une **plus grande proportion de requêtes**, manifestant des demandes de clarifications, des suggestions, des requêtes d'action, face à une **moins grande proportion d'assertions**, exprimant un jugement personnel, un commentaire, une description, etc. (Riplich et al.*, 1991). Ces auteurs formulent l'hypothèse que « *les sujet Alzheimer utilisent les requêtes comme stratégies de compensation ; la diminution des assertions marquerait le manque de prise de conscience de leurs opinions ou leur manque de confiance dans leur propre raisonnement* » (Berrewaerts, 2003).

Rousseau (1995) précise que les situations de communication où le patient est guidé, comme dans l'entrevue dirigée ou par l'utilisation de questions fermées, sont facilitatrices pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les patients conservent également certaines capacités d'adaptation conversationnelle : d'après Ramathan-Abbott* (1994). ils s'adressent de manière différentes à un proche ou un inconnu, ou encore à d'autres patients ou à des adultes sains (Smith et Ventis*, 1990) Cette adaptation s'observe également dans l'utilisation de marques de politesse en fonction de la situation et de l'interlocuteur.

- **Les procédures de réparation** : plusieurs études mettent en évidence un déficit dans le processus de correction, les patients faisant des corrections inappropriées et utilisant un éventail moins large de types de correction que des sujets contrôles (Watson* et al., 1999). En situation de monologue, leur taux de correction est trois fois moins important. Ce déficit serait lié à une atteinte des fonctions exécutives (McNamara et al.*, 1992). Levelt* (1989) précise qu'il pourrait s'agir d'un déficit au niveau des mécanismes de contrôle vérifiant l'adéquation du discours.

- **Les actes de langage non-littéraires** : cet aspect des habiletés pragmatiques (Joanette et coll., 2006), requérant la mise en œuvre de tout un ensemble de processus cognitifs, est également touché dans la maladie d'Alzheimer. Pour Papagno (2003, in Joanette et coll., 2006), les difficultés à traiter les expressions idiomatiques sont générées par des problèmes d'inhibition du sens littéral. Pour d'autres, comme Happé (1994, Joanette et coll., 2006), le traitement des actes non-littéraires provient d'un déficit dans l'attribution d'états mentaux (théorie de l'esprit), entraînant des difficultés à comprendre les demandes directes et les implicatures conversationnelles. La compréhension de l'ironie, de ce fait, est également

compliquée par cette difficulté à traiter l'intention du locuteur (Bara et al, 2000, in Joannette et coll., 2006).

1-3-3. La communication non verbale

A la fin de leur article, Berrewaerts fait le constat qu'il existe peu d'études consacrées à l'exploration de cette compétence dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Il semblerait que les troubles praxiques dont souffrent les patients altèrent leur capacité à effectuer des mimes et gestes symboliques (Glosser et al.*, 1998). Malgré cela, Derouesné (2005) affirme que la communication non verbale reste longtemps préservée.

En dépit du manque d'information à ce sujet, les études portant sur le soin (Gineste et Marescotti, 2007) montrent qu'en renforçant la communication non-verbale, le soignant améliore les possibilités d'entrer en relation avec la personne démente. Rousseau (1995) constate une fréquence plus élevée d'actes non verbaux ayant valeur de communication chez les malades Alzheimer que chez les sujets « *sains* ». Pour être plus précis, les regards et les gestes à fonction métalinguistique seraient plus utilisés par les patients contre moins d'actes à fonction référentielle. D'après son étude, les expressions faciales et les silences significatifs apparaissent selon la même fréquence.

Cette présentation des troubles de la communication, qui se manifestent au travers du langage et des habiletés pragmatiques des patients Alzheimer, a conduit à interpréter les actes de langage en fonction de leur adéquation et inadéquation fixée par la norme, représentée par les codes linguistiques et pragmatiques. C'est ainsi que Rousseau (1995), s'inspirant de la taxonomie de Dore (1977), évalue et répertorie les actes de langage des patients Alzheimer. L'inadéquation du discours est avérée chez Rousseau lorsqu'un acte ne permet pas la continuité de l'échange, soit parce qu'il est inintelligible, soit parce qu'il y a changement de thème, ou encore en raison de sa contradiction flagrante. Nous allons à présent considérer les troubles de la communication selon une autre approche, interrogeant justement la valeur d'adéquation comme critère de jugement du discours des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

2- Sens et Démence : particularités de la communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer

2-1. La notion d'idiolecte

L'approche subjective ne consiste pas à nier les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer, mais à les considérer comme un fonctionnement certes pathologique, mais qu'il reste à questionner, à interroger. L'accent est placé tout autant sur l'interlocuteur non malade que sur le patient lui-même.

Pour Devevey (2007), les manifestations pathologiques de la communication chez les patients Alzheimer, qui rendent incompréhensible leur discours pour l'interlocuteur, ne sont pas pour autant insignifiantes. L'inadéquation est perçue par l'interlocuteur pour qui les propos paraissent incohérents, échappant au contexte dans lequel lui, l'interlocuteur « sain », s'inscrit. Mais cela ne dit rien, du point de vue du patient, du lien qui relie ses évocations. C'est seulement que ce lien n'est pas perceptible pour l'interlocuteur, et c'est ce en quoi la communication du patient Alzheimer est pathologique. Pour reprendre la conception du contexte développée par Sperber et Wilson (1989), celui-ci n'est pas construit au fil de l'échange, ce qui fait perdre le caractère de pertinence des propos tenus par le patient, et contraint l'interlocuteur à les juger inadéquats. Mais ce n'est pas pour autant qu'ils sont insignifiants.

Dès lors, la notion d'inadéquation n'apparaît plus comme le critère assurant le jugement de l'acte de langage. Pour Devevey, s'appuyant sur la pensée de Guillaume (1943), les productions de langage des patients Alzheimer, qui paraissent « *étranges, décontextualisées et insensées* », n'en sont pas moins de véritables actes de langage. Les troubles venant perturber le langage portent sur leur signification, affectée par une sémantique basée sur des sèmes essentiellement afférents. Les sèmes afférents, applicables à plusieurs concepts définis se distinguent des sèmes inhérents, proprement spécifiques à un concept particulier (Rastier, 1987, in Devevey, 2007). Devevey, pour qualifier les productions des patients atteints de démence, emprunte à Rastier la notion d'idiolecte, défini comme l'« *usage d'une langue fonctionnelle propre à un énonciateur déterminé.* » Pour Devevey enfin, en reconnaissant la valeur sémantique de leurs énoncés, l'interlocuteur préserve « *l'espace physique et psychique* » du patient : *il lui renvoie l'image d'une personne, respectée dans son identité et son intégrité, ce qui ne peut que « contribuer à diminuer les comportements agressifs. »*

2-2. Re-contextualisation et re-temporisation : les clefs du sens

Pour Devevey (2007), les multiples troubles cognitifs qui affectent la personne atteinte de maladie neuro-dégénérative perturbent leur communication en opérant « *une rupture dans la congruence entre fait de parole et fait de pensée, autrement dit entre le temps vécu et le temps d'énonciation* ». Cette rupture, qui provoque une perte de signification, est responsable du décalage entre le contexte de communication de l'interlocuteur et celui de la personne démente, ce qui caractérise non seulement le langage mais aussi le comportement des personnes atteintes de démence.

Ploton (2003) rapporte une anecdote qui permet d'illustrer ce décalage contextuel entre une patiente et son entourage composé de soignants. Il s'agit d'une femme atteinte de maladie d'Alzheimer et qui se livrait à des actes perturbant profondément son entourage : il lui arrivait de s'enfoncer des objets dans le vagin. L'entretien avec la famille a pu fournir des explications sur ce comportement : la femme avait en effet agi dans la résistance lors de la Seconde Guerre Mondiale et caché des documents de cette façon. Le comportement pathologique de cette femme prit alors tout son sens grâce à cet éclairage. Il reflétait son vécu. Pourquoi son histoire resurgissait à ce moment de sa vie, et pourquoi sous cette forme ? De manière certaine, cette femme manifestait une anxiété intense, qui a pu être atténuée par l'équipe de soignants, elle-même rassurée quant au comportement de leur patiente. Cela aboutit à l'arrêt de ce comportement.

Cette anecdote permet de mettre en lumière ce décalage temporel et contextuel d'un acte qui prend tout son sens en le recontextualisant et le réinsérant dans sa temporalité originelle. Les productions et les comportements pathologiques des personnes atteintes de démence sont reliés à des événements appartenant à un vécu auquel l'interlocuteur n'a pas forcément accès, mais qui ne sont pas pour autant dénués de sens.

3- Répercussions de la maladie sur la communication dans la vie quotidienne

Les troubles de la communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne se résument pas à un ensemble de données cliniques recueillies par des professionnels avisés. Ils se manifestent au quotidien dans la vie des patients et se répercutent sur leur entourage. Ces données sont à prendre en considération par le professionnel pour mieux assurer le soin des patients et l'aider dans sa vie quotidienne.

3-1. Le vécu du patient

Comme nous l'avons vu au cours de cet exposé, les désordres affectant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se traduisent par des difficultés au niveau cognitif, praxique, comportemental, mais aussi sur les plans de la communication et du langage. Ces nombreuses atteintes occasionnent des changements chez la personne qui, malgré l'anosognosie accompagnant de manière symptomatique la maladie, l'expose à une souffrance d'autant plus intense qu'elle est difficilement exprimable par le langage (Michon et Gargiula, 2003 ; Ploton, 2003). Leurs difficultés peuvent favoriser un dénigrement de leur personne toute entière. Cette dévalorisation narcissique se manifeste par la tendance du patient à « *ne plus se considérer comme un sujet à part entière, il se perçoit comme privé de responsabilités, de son libre-arbitre, de son autonomie.* » Les changements de comportement de l'entourage, auxquels le patient est particulièrement sensible, renforcent l'image négative qu'ils ont d'eux-mêmes et les conduisent à préférer l'isolement plutôt que de sentir perpétuellement les effets de ce qui « *rend compte d'une forme de stigmatisation sociale.* »

Au niveau de la vie quotidienne du patient, toutes ses atteintes s'intriquent les unes dans les autres et le contraignent à développer des conduites défensives pour éviter de se retrouver confronté à ses échecs et à ce que l'entourage lui renvoie comme image (Michon, Gargiula, 2003 ; Thomas, 2007). Une des échappatoires permettant de fuir le regard de l'autre est le repli sur soi, qui provoque de ce fait un retrait sur le plan social. Ces deux réactions ont un impact évident sur la communication, considérée ici non pas comme un ensemble d'habiletés spécifiques et générales mais au sens large, en tant que lieu d'échange entre partenaires. Le patient peut finir par y renoncer, ne se sentant plus justement un partenaire, mais un « *nul* », un « *incapable* », définitivement « *inutile* » (Michon, Gargiula, 2003).

Michon et Gargiula (2003) ne remettent pas en question l'anosognosie, mais soulignent son caractère variable, hétérogène et non-univoque. Pour ces auteurs, la conscience des troubles, « *fugitive et complexe* », est difficilement perceptible : « *pour rencontrer le vécu du patient, il faut une grande patience, laisser un temps d'émergence et de parole* », afin d'entendre, au travers d'un langage défaillant, ce que le patient ressent et pense de lui-même.

Ainsi la maladie d'Alzheimer entraîne des difficultés de communication à tous les niveaux : au niveau de la faculté de mettre en mots puis en récit des événements ; avec l'entourage, qui modifie son comportement et peut avoir tendance à compenser les difficultés

du patient en ne lui laissant plus de place ; avec toute personne susceptible d'entendre sa souffrance, laquelle ne peut émerger dans le langage que difficilement, du fait de l'anosognosie et des troubles de la communication.

3-2. Le vécu de l'aidant

« *Parler de communication, c'est aussi parler de l'accompagnement du malade et de sa famille. Accompagnement et communication sont deux notions indissociables et plus encore lorsqu'il s'agit de démence.* » (Fojcik, in Hirsch et Ollivet, 2007). Ainsi, pour clore cette partie sur la communication dans la maladie d'Alzheimer, nous nous intéresserons à une personne qui est parfois oubliée mais qui mérite aussi toute notre attention : l'aidant. Souvent le premier à déceler les changements survenus dans le comportement de son parent/conjoint, l'aidant joue un rôle majeur de part sa participation au diagnostic et son investissement dans la prise en charge quotidienne du malade.

3-2-1. Qui sont-ils ?

Sachant que 70% des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer vivent à domicile, c'est l'entourage qui « *subit une délégation d'actes et de responsabilités qu'il n'a pas forcément choisies* » (Gaucher, 2004). Les aidants informels, c'est-à-dire non professionnels se retrouvent à prodiguer des soins au malade, à gérer leurs tâches de vie quotidienne, tout en étant confronté à « *ce qui ressemble à un effondrement de l'identité* » (Montani, 1994) de leur proche.

L'aidant principal est dans 75% des cas une femme. Il est souvent lui-même âgé, et son isolement augmente parallèlement à la gravité de la maladie. (Thomas, in Hirsch & Ollivet, 2007).

Le retentissement de la maladie sur les aidants informels qui sont dans 90% des cas des membres de la famille, conjoint ou enfant, est considérable et peut rapidement se répercuter sur leur moral.

3-2-2. L'investissement de l'aidant

L'engagement de l'aidant est souvent lié à l'affection qu'il éprouve pour son conjoint/parent, au désir de conserver sa relation à l'être aimé, au dévouement ou au devoir

moral. Il peut aussi être motivé par le souhait d'éviter un placement en établissement et par une satisfaction personnelle d'assumer ces responsabilités. (Tyrrell in Gaucher, 2004)

Mais la dépendance, les troubles cognitifs, comportementaux et parfois psychiatriques résultant de la maladie, « *finissent par engager l'aidant familial bien au-delà de ce que la solidarité familiale rend normalement nécessaire* ». (Thomas, 2007).

Ainsi depuis plusieurs années, les aidants informels eux-mêmes sont repérés comme une population à risque du point de vue de leur santé physique et mentale (Novella et al, 2001 ; Thomas et al, 2002 ; Von Känel et al, 2002 in Gaucher, 2004). C'est ce que nous allons développer ci-après.

3-2-3. Les répercussions de cet investissement sur l'aidant

Lorsque le conjoint, souvent âgé, ou l'enfant, souvent actif, devient l'acteur principal de la prise en charge du proche malade, les risques de dépression sont majeurs. De part le temps passé auprès du malade, ses troubles du comportement, l'ébranlement des liens identitaires et des relations affectives causé par ces changements cognitifs et psychiques, le proche peut facilement se trouver sujet au stress, à la dépression et à des conflits personnels, coïncé entre sa fonction d'aidant et son rôle de parent ou conjoint (Tyrrell in Gaucher, 2004 ; Thomas, 2007).

Si l'investissement du proche est motivé par l'amour, le dévouement ou le devoir moral, il n'en reste pas moins que l'adaptation de son propre comportement au malade n'est pas sans difficultés. Les troubles cognitifs ont des répercussions directes sur la communication entre le malade et l'aidant : ils sont source d'incompréhension et de malentendus. L'avancée de la démence renforce l'altération des échanges, aboutissant à un repli défensif, qui isolent l'aidant et le malade dans un univers perdant sa consistance et ses repères (Thomas, 2007).

Ainsi l'aidant, voué à l'accompagnement de son proche mais incapable de satisfaire aux besoins de tous, voit sa vie sociale, familiale et son propre épanouissement personnel relégués au second plan, générant un isolement, un épuisement voire une dépression. Par souci de préserver la santé de l'Autre, il en vient même à négliger sa propre santé (Tyrrell in Gaucher, 2007).

« *La dépression, chez lui, pourtant fréquente, est le plus souvent méconnue et plus rarement encore traitée* » (Thomas, 2007). L'étude de Brody (in Arcand et Brissette, 1994) montre qu'il résulte de la situation d'aide un état d'épuisement physique et mental dont les

symptômes les plus fréquents sont « *la dépression, l'anxiété, l'impuissance, l'insomnie et la démoralisation* ».

L'étude PIXEL (2001) relate également des incidences sur les aspects matériels et financiers. La perte d'autonomie du patient peut effectivement nécessiter un réaménagement du domicile ou des dépenses supplémentaires.

Ainsi, le regard soignant et médical doit-il aussi bien porter sur le malade que sur ceux qui s'en occupent car, les aidants sont eux-mêmes exposés à de multiples problèmes de santé (Thomas, 2007). C'est pour cette raison que des interventions thérapeutiques préventives ou cherchant à réduire l'épuisement de l'aidant ont été mises en place.

3-3. L'aide aux aidants

Elle a pour vocation de soulager les aidants du poids de la prise en charge. De manière directe (aide professionnelle, financière) ou à l'aide de programmes d'informations et de soutien psychologique. En effet, il a été démontré que « *des programmes d'intervention combinant à des degrés divers, éducation, soutien psychologique et répit, permettent d'alléger le fardeau ressenti par l'aidant, de diminuer le risque dépressif et d'améliorer son bien-être. De plus, ils permettent de diminuer les symptômes du patient, voire de reculer sa date d'entrée en institution* » (La Santé de l'Homme, mai-juin 2005).

Darnaud (2004) précise qu'il est « *question de savoir-être et non de savoir-faire* » alors que la quête des aidants se décline toujours du côté du faire. En effet, ils viennent chercher, auprès des professionnels, conseils et réassurances dans ce qu'ils font.

L'approche éthique que propose Darnaud procède d'un questionnement personnel que doit nourrir le professionnel pour répondre à la demande du patient et sa famille. Ceci doit alors lui permettre d'inscrire son travail dans une dimension humaniste. Le professionnel doit en effet être en mesure de fournir une réponse qui satisfasse au niveau du faire et en même temps à celui de l'être tandis que ces deux niveaux sont souvent en contradiction.

Malaquin-Pavan et Pierrot (2007) proposent des pistes de soutien suite à leur recherche sur les problématiques de deuil rencontrées par les aidants accompagnant un proche souffrant de maladie d'Alzheimer. Elles évoquent le soutien informatif qui « *augmente les capacités d'adaptation de l'individu* », à condition qu'il soit adapté à la demande. Cette information peut être médicale mais aussi se décliner sous la forme de conseils. Le soutien

émotionnel consiste à « *susciter et valider l'expression des émotions* » de l'aidant afin de lui offrir la possibilité de se décharger de ce poids émotionnel. Par ailleurs, les bouleversements d'ordre relationnel liés aux changements de rôles opérés dans la famille nécessite un soutien d'estime. En effet « *l'aidant doit [...] accepter de prendre un rôle contenant, endosser une fonction de tuteur [...], accepter qu'un être aimé perde tout à la fois un statut proéminent et son autonomie psychologique* » (Thomas, 2007). C'est pourquoi il convient d'encourager et valoriser l'aidant. Enfin, les deux auteurs de cet article préconisent un soutien organisationnel, c'est-à-dire l'intégration participative des familles aux démarches de soin, d'institutionnalisation, et d'échange d'expériences.

Le « *fardeau de l'aidant* » qualifiant l'ensemble des « *problèmes psychiques, psychologiques, émotionnels, sociaux ou financiers* » vécu par un membre de la famille qui s'occupe d'une personne âgée dépendante, nécessite donc qu'on s'y intéresse (Satre in Andrieu et Aquino, 2002). Sous forme d'entretiens individuels, de réunions de famille ou de groupe de soutien, accompagner les aidants, qu'ils soient formels ou informels se révèle bénéfique. « *La qualité du fonctionnement familial est un élément déterminant afin de favoriser une gestion adéquate de la maladie et une qualité de vie satisfaisante pour le patient et ses aidants* » (Personne, 2006). Aussi, faciliter et favoriser la communication entre l'aidant et le patient contribue à améliorer la qualité de vie de ces derniers. Nous allons donc développer cet aspect essentiel qu'est l'adaptation du comportement au patient dans notre troisième partie.

Au terme de cette présentation de la maladie d'Alzheimer et des troubles qu'elle occasionne dans la communication, il est important de souligner que la personne atteinte de cette démence n'est pas pour autant une personne qui ne communique plus. Bien que les atteintes mettent à mal ses capacités d'expression et de compréhension, bien qu'elles la terrassent et la confinent dans un repli où elle n'est plus confrontée à ses échecs et à l'insatisfaction de son entourage, elle n'en est pas moins une personne, qui a tout autant besoin qu'une autre d'être entendue et comprise. « *La parole du dément, qu'elle soit parole du manque, parole manquée ou manquante, est comme toute parole : elle appelle une réponse* » (Cornu, Zaguedoun, Bernard, in Hirsch et Ollivet, 2007). Il est donc important de pouvoir décoder ce que manifeste cette personne, au travers des signes comportementaux et verbaux, afin de restaurer la personne, l'entité du patient dément (Lefebvre des Noettes, in Hirsch et Ollivet, 2007).

III- THERAPIES ET REMEDIATIONS

1. ADAPTATION DU COMPORTEMENT COMMUNICATIF A LA PERSONNE DEMENTE

1- L'Humanitude de Gineste-Marescotti

1-1. Le principe

Gineste et Marescotti (2007) sont à l'origine d'une méthode de soin prônant une attitude de soin plus humaine : **l'Humanitude**, terme inventé par un journaliste suisse protestant, Freddy Klopfenstein : « *L'Humanitude c'est respecter l'intégrité physique et morale de l'homme vieux comme on le ferait d'un nouveau né, en lui reconnaissant son humanité* ».

Cette méthode, adaptable à tout type de patients, vise préférentiellement les personnes atteintes de syndromes démentiels et sujettes à certains troubles du comportement nommés **CAP, Comportements d'Agitation Pathologique**. Ces comportements, se présentant sous la forme d'agressions verbales ou physiques, sont souvent induits par une mauvaise interaction soignant/patient lors des soins. Ces derniers sont fréquemment ressentis par le patient comme une intrusion dans son intimité, du reste souvent forcée, le conduisant à réagir sur un mode défensif. Il s'est avéré que l'application de cette méthode diminue de plus de 80 % les CAP relevés lors des actes de soins critiques (Gineste et Marescotti, 2007).

1-2. Les conseils

La méthode Gineste-Marescotti propose divers conseils afin d'entrer en interaction avec ces patients de manière positive et bienveillante :

- un **regard** axial, horizontal, long et proche. En d'autres termes, être en face du sujet, à sa hauteur, en cherchant à capter son regard de manière rassurante.
- la méthode de **l'auto-feed-back**. Ces patients étant souvent cloîtrés dans le silence, le soignant ne doit pas se décourager par l'absence de feed-back mais au contraire, accompagner ses gestes de paroles, (expliquer ses gestes, nourrir soi-même la conversation) afin de maintenir un lien relationnel.
- le **toucher** professionnel, progressif, permanent, et pacifiant. Il correspond à une saisie plus enveloppante et globale, plus douce et respectueuse du corps du patient.

1-3. Les trois temps à respecter lors du soin

- **Les préliminaires au soin** sont nécessaires afin de demander son accord au patient pour le soin et le toucher.
- **Le rebouclage sensoriel** décrit l'état de relâchement du patient obtenu suite à une approche douce, calme et multisensorielle.
- **La consolidation émotionnelle** est un temps où le soignant exprime le fait que le soin s'est bien déroulé, permettant ainsi au patient d'adopter un « *feeling positif* ».

Cette attitude à adopter face au patient est d'autant plus justifiée que les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer restent affectivement très sensibles. En effet, Ploton (2004) affirme la pérennité d'une mémoire et d'une forme d'intelligence affectives. Si l'Humanitude est une méthode de soin, elle s'accompagne nécessairement, dans cette même démarche, d'une adaptation communicative prenant en compte les conseils généraux développés par Ploton.

2- **La validation de Naomi Feil**

2-1. Le principe

Feil, docteur en sciences sociales, met en place dans les années 60, une nouvelle méthode de prise en charge des personnes très âgées atteintes de démence : la validation.

Cette méthode avant tout à visée communicative, prône le respect et l'empathie à l'égard des grands vieillards atteints d'une démence sénile type Alzheimer. Elle passe par l'écoute et la compréhension de leurs propos et de leurs émotions. Accepter et reconnaître le sens de la parole et le comportement du patient comme étant sa vérité propre est un principe fondateur de la validation. Ainsi par cette **écoute empathique** le patient recouvre la confiance dans son interlocuteur et s'en trouve moins angoissé.

2-2. Les tâches de vie

Feil, inspirée par Erikson, a cherché à relier les tâches de vie que chaque être humain doit accomplir, au déclenchement de la maladie. Elle constate qu'à toute démence est liée une tâche de vie non accomplie : des conflits émotionnels restés en suspens, des traumatismes refoulés, des tâches de vie non accomplies resurgissent au crépuscule de la vie, que Feil nomme « *stade de la Résolution* » et qui correspond à l'entrée dans la démence. Les malades substituent alors la famille ou le personnel qui les entoure aux personnages de leurs passés

afin de décharger sur eux leur amertume, colère, regrets, douleur. En effet, Feil postule qu'à l'approche de la mort, tout un chacun souhaite partir en paix, après avoir fait de l'ordre dans sa vie et réglé définitivement ses problèmes personnels.

« *Ceux qui sont parvenus à la vieillesse, s'ils ont correctement fait face à leurs tâches tout au long de leur chemin, n'entrent jamais dans la phase de Résolution* », dit Naomi Feil (1994).

2-3. Les techniques de validation

Feil explique dans *Validation, mode d'emploi* (1994) que les patients passent par quatre stades de Résolution de leurs conflits internes, correspondant à chaque fois à une détérioration physique et un enfermement mental accrus. L'évolution du « *stade de la Malorientation* », vers ceux de la « *Confusion Temporelle* », des « *Mouvements Répétitifs* » et de la « *Vie Végétative* » peut être évitée par l'**application de techniques simples et adaptables à chaque stade**. Ces techniques se fondent avant tout sur une adaptation du soignant ou de l'intervenant au sujet malade.

Technique 1 : Se concentrer

Le soignant, pour être accessible aux émotions du patients, doit en premier lieu être libéré des siennes propres. Cela passe par un exercice respiratoire décontractant.

Technique 2 : N'utiliser que des mots apaisants et concrets, afin de créer la confiance

Eviter systématiquement de les confronter à leur comportement ou leurs émotions, mais se focaliser sur des faits concrets concernant le contenu de leur discours (qui, quoi, où, comment..).

Technique 3 : Reformuler

Répéter l'essentiel, avec les mêmes mots-clés, si possible sur le même ton et avec le même débit que le patient.

Technique 4 : Utiliser la polarité

Exagérer les plaintes du patient, imaginer la conséquence la plus extrême de sa plainte afin de soulager son anxiété.

Technique 5 : Imaginer le contraire

Cela permet d'éclaircir les circonstances, de faire réfléchir la personne sur la situation inverse et ainsi de préciser sa pensée. Y'a-t-il des moments où ce dont elle se plaint ne se produit pas ?

Technique 6 : Faire se souvenir

Revenir sur le passé peut aider la personne à retrouver ses propres stratégies.

Technique 7 : Maintenir un contact visuel sincère et proche**Technique 8 : Utiliser l'ambiguïté**

Si les mots utilisés par le patient sont incompréhensibles, ne pas lui faire remarquer, mais se les approprier malgré tout pour continuer à communiquer.

Technique 9 : Parler d'une voix claire, basse, affectueuse et maternante**Technique 10 : Observer puis copier les mouvements et les émotions de l'intéressé****Technique 11 : Associer le comportement avec les besoins humains insatisfaits**

Chaque action (faire les cent pas, frotter ou marteler quelque chose...) peut être reliée à un des besoins humains fondamentaux : être aimé, être utile, exprimer ses émotions fortes auprès d'une oreille attentive.

Technique 12 : Identifier et utiliser le sens préféré**Technique 13 : Le toucher****Technique 14 : Utiliser la musique**

Ainsi, dans le cas d'une patiente accusant à tort sa voisine de lui voler des affaires, toute tentative visant à la contredire, la persuader ou lui apporter la preuve de son erreur de jugement provoquerait l'inverse de l'effet escompté. Accepter et valider sa version des faits, en cherchant la cause fondamentale comme la non résolution d'une tâche de vie par exemple, tout en lui posant des questions concrètes l'amenant à formuler ses sentiments profonds est une attitude plus rassurante et plus thérapeutique. En fonction du stade de Résolution atteint par le patient, les techniques de Validation différeront légèrement, bien que l'attitude générale d'empathie soit commune à tous les stades.

3- Adaptation du comportement et du discours : Rogers, Ploton, Rousseau

3-1. Rogers et la communication authentique

Carl Rogers (1902-1987), psychologue clinicien américain, est un des fondateurs de la psychothérapie moderne. Il s'intéressa au groupe comme instrument de changement mais aussi à la relation patient-thérapeute.

Pour Rogers, les êtres sont le plus proche à la fois de leur expérience personnelle et de celle des autres, lorsqu'ils peuvent communiquer entre eux de la façon la plus authentique, révélant leur côté le plus intime, le plus sensible (in Amado et Guittet, 2003).

La situation la plus propice à l'expression de l'autre est donc la situation où les attitudes de questionnement, d'évaluation, de suggestion, de soutien ou d'interprétation décrites par Porter, disciple de Rogers, sont remplacées par une **écoute active**, une **attitude de compréhension**.

Mais pour que cette communication s'établisse, il faut que certaines qualités soient mises en œuvre par le thérapeute. Il se doit d'une part d'être **congruent** dans sa relation à autrui, c'est à dire être lui-même, en phase avec ce qu'il ressent. De même que Feil conseille de se libérer de toute tension interne afin d'être plus disponible pour aborder un patient, Rogers explique que « *l'aidant reconnaît qu'il s'implique émotionnellement dans cette relation [mais qu'] il est suffisamment sensible aux besoins du client pour contrôler sa propre identification* » (Rogers, 1942). Conscient de ses propres affects, l'implication de l'aidant se limite aux intérêts du patient afin d'atteindre une authenticité transparente. D'autre part, il se doit de porter une **attention positive inconditionnelle** à autrui c'est-à-dire **n'émettre aucun jugement à son encontre et adopter la reformulation afin de créer un climat de confiance**. La technique 3 de Feil est similaire : reformuler est une expérience permettant d'exprimer au patient ce que nous avons compris de ses propos et de les valider.

L'acceptation inconditionnelle de l'autre s'accompagne d'une **neutralité bienveillante** relatant le caractère positif de l'engagement du soignant. En effet, nous ne pouvons assimiler l'absence de jugement et la neutralité à une forme de passivité fondée sur un refus de s'engager (Rogers, in Abric 2008) mais bien à une considération positive « *désintéressée* » du patient.

Enfin le thérapeute se doit d'être **empathique**, c'est-à-dire d'être capable de se mettre à la place de l'autre sans pour autant s'y identifier. Percevoir la problématique interne de son client, terme utilisé par Rogers auquel nous préférons « patient », sans la ressentir personnellement.

3-2. Ploton et l'adaptation du comportement de communication

L'observation clinique des entretiens effectués par Ploton lui a permis d'acquérir, outre une meilleure connaissance des patients, des méthodes de communication plus adaptées à leurs troubles. La qualité de l'interaction avec la personne atteinte de maladie d'Alzheimer, dépend selon lui de quelques paramètres, communs pour certains à ceux présentés par Feil qui a « *popularisé* » ces attitudes sous le terme de Validation (Ploton, 2004).

Tout d'abord les conditions de l'entretien doivent permettre de créer **un espace de communication privilégié**. Le lieu « *doit être adapté à la nature de ce qui sera échangé* » et clos : le patient doit se sentir protégé, et à l'abri de toute intrusion étrangère, qu'elle soit humaine, téléphonique... La **confidentialité** de l'entretien doit être clairement énoncée au patient.

A l'intérieur de cet espace, l'interlocuteur doit viser la **renarcissisation** du patient. Lui **reconnaître sa qualité d'interlocuteur, en conférant du sens à ses propos et en adoptant une attitude positive à son égard**, ne peut que le rasséréner et lui rendre **cette dignité** à laquelle tout être humain aspire.

Enfin, Ploton préconise de **soutenir l'attention** du patient par des **feed-back** de qualité. Ces derniers passent non seulement par une présence à l'autre sans faille, notamment dans le regard, le ton, les mimiques, mais aussi par le recours au **contact physique**, venant « *soutenir et enrichir la qualité des échanges* ».

De même, le feed-back apporté par le soignant doit s'adapter aux difficultés langagières du patient. Reformuler ses propos, l'aider dans sa recherche de mots, soutenir et encourager « *ses efforts de cheminement mental par associations* » sont autant de moyens propices à une meilleure compréhension de son discours.

Ploton énonce par la suite qu'il faut « *rendre à la réalité psychique ce qui lui revient* ». Cela consiste à **reconnaître** et **respecter** d'une part les **confusions** opérées par le patient entre la réalité et le désir de retrouver une réalité disparue, et d'autre part celles opérées entre la réalité et une situation ancienne ayant des analogies avec celle présente. On peut par exemple citer l'exemple récurrent de patients invoquant leur conjoint, ce dernier étant pourtant décédé.

Le soignant doit s'attacher par ailleurs à ne pas restreindre le champ des thèmes abordés. A condition de faire preuve de tact, et d'être soi-même prêt à entendre tout type de propos, le soignant ne doit pas avoir de sujets tabous (Ploton, 1999).

Pour finir, il peut arriver au soignant de recourir à la méta-communication. Dans le cas de situations d'angoisse, de colère, de dépersonnalisation, il peut si c'est à bon escient tenter d'exprimer son point de vue sur ce qui se passe.

3-3. Rousseau et les principes de facilitation de la communication

L'énumération de ces principes serait trop longue et redondante par rapport aux conseils des auteurs cités précédemment, aussi nous préférons n'en sélectionner que quelques uns. Les informations qui suivent sont issues de deux ouvrages de Rousseau (1995 et 2007), aussi nous ne les citerons afin d'éviter trop de répétitions.

3-3-1. De façon générale

Rousseau recommande entre autre aux interlocuteurs, qui sont le plus souvent les proches, de parler lentement et de laisser suffisamment de temps au patient pour répondre, tout en évitant de parler à sa place. Il conseille d'être claire et logique dans son discours et ses intentions communicatives en évitant les mots imprécis ou abstraits tout en bannissant un langage enfantin. Il suggère de segmenter les consignes en étapes courtes et de veiller à utiliser les mêmes mots et les mêmes phrases pendant les activités de la vie quotidienne. Le timbre de voix agit souvent plus sur le patient que le sens de ce qui est dit, d'où la nécessité d'y prêter attention.

3-3-2. En cas d'absence de cohésion du discours

Dans ce cas précis, où l'organisation lexicale et morphologique du discours est altérée, Rousseau préconise d'encourager les périphrases ou de demander un mot en rapport avec le mot-cible par exemple. Les gestes, le pointage, tout type de langage non verbal peut apporter une aide supplémentaire au patient. L'interlocuteur doit, quant à lui, faire preuve de déduction pour interpréter, à l'aide du contexte, des intonations et des mimiques, les propos du patient. Il ne doit pas essayer de combattre la palilalie, ni le langage grossier.

3-3-3. En cas d'absence de feed-back à l'interlocuteur, à la situation

Lorsque le patient ne réagit pas aux propos de son interlocuteur, que ce soit de manière verbale ou non-verbale, il est nécessaire de se focaliser sur le regard en se mettant à son niveau, et de renforcer l'utilisation du canal non-verbal. Il est préférable d'éviter les discussions longues, et de changer de thème de conversation quitte à « entrer » dans le discours du patient même s'il est incohérent.

3-3-4. En cas d'absence de continuité thématique

Un changement trop rapide de sujet de conversation peut perturber le patient. Il faut avant tout le prévenir de ce changement, de même qu'il est parfois utile de rappeler le thème abordé au patient lorsqu'il digresse, lorsque la cohérence globale de son discours est altérée. Les mécanismes conversationnels de retour comme « vous me parliez de... » permettent de réinsérer le thème de manière moins directe. Si l'on constate que le patient est en difficulté sur un thème, l'orienter sur un thème qu'il apprécie permet de maintenir de l'échange tout en évitant de confronter le patient à un échec. Les supports comme des objets ou des photos provoquent parfois une réactivation des souvenirs, il peut être utile de les mettre à disposition du patient, pour qu'il puisse s'en saisir naturellement.

3-3-5. Actes adéquats

L'optique principale étant de **renarcissiser** le patient, l'interlocuteur devra veiller dans toutes les situations et malgré la gravité des troubles, à donner les moyens au sujet atteint de maladie d'Alzheimer, de s'exprimer. Préférer par exemple des questions fermées, et des situations dans lesquelles on sait que le patient répondra de manière « adéquate » par des mécanismes conversationnels plus automatiques.

Rousseau décrit une manière de s'adapter aux troubles du langage inhérents à la maladie d'Alzheimer. Nous avons cité précédemment Devevey, qui, dans le même registre que Rousseau, sans chercher à discréditer le discours du patient, émet l'hypothèse que le discours du patient a valeur de sens, intrinsèquement parlant. Nous pouvons constater qu'il émerge, de ces divers points de vue, une conviction et une croyance commune : le thérapeute doit s'adapter à ses patients, et accepter leur version de la réalité. La renarcissisation d'un patient passe nécessairement par l'écoute et la valeur accordée à ses propos. Naturellement comme l'explique Devevey, il est souvent complexe de savoir à quel contexte se réfère le patient, la solution de facilité étant de qualifier son discours de « *confus, ou insensé* ». Aussi est-il essentiel d'avoir une connaissance approfondie des éléments biographiques du patient

afin de circonscrire les thèmes propices à déclencher de l'enthousiasme ou une appétence à communiquer, de ceux à proscrire car paralysant la conversation. Le travail écologique avec la famille est primordial à ce niveau car il permettra au soignant de mieux connaître son patient et à la famille de trouver un rôle valorisant. L'étayage biographique apporté permettra ensuite au soignant de conseiller, accompagner la famille pour l'aider à s'adapter aux difficultés de leur proche malade. Nous développerons cet aspect ultérieurement notamment dans le point concernant les ateliers de Réminiscence et la thérapie écosystémique.

2. LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

Les traitements médicamenteux de patients atteints de Maladie d'Alzheimer ont fait leurs preuves mais s'avèrent à eux seuls, **limités**. Leur efficacité s'optimise dans une démarche de **prise en charge globale** du patient. L'absence de preuves d'efficacité convaincantes a nécessité la mise en place récente d'une étude (ETNA) ayant pour but d'évaluer le retentissement de trois thérapies (stimulation cognitive collective, thérapie par réminiscence en groupe, programme de prise en charge individualisé) sur l'entrée dans la phase sévère de démence et sur la détérioration cognitive, l'autonomie, les troubles du comportement, etc.

Dans l'inventaire fait par l'ANAES au sujet des prises en charges non médicamenteuses dans le traitement de la démence, nous retrouvons des approches de type stimulations cognitives et psychocognitives telles que « *la rééducation de la mémoire, du langage, de la voix, de la communication verbale* » dans la compétence de l'orthophoniste, mais aussi des approches psychosociales comme la validation, la réminiscence, l'orientation vers la réalité, ou encore comportementales comme la stimulation sensorielle ou la stimulation de l'activité motrice (Rousseau, 2004).

Avant de nous lancer dans ce chapitre, gardons nous bien de penser que le terme thérapie renvoie à une notion de guérison. L'objectif de ces approches n'est pas de restaurer une fonction ou une capacité dans un but rééducatif. Etant donné le caractère évolutif de la maladie, nous ne pouvons espérer la remise à niveau des changements cognitifs déjà opérés. Néanmoins ces soins peuvent permettre de retarder l'aggravation des troubles, d'activer les capacités résiduelles, d'agir dans le but d'une renarcissisation des patients ou tout simplement de leur apporter un bien-être sensoriel.

1- Les approches cognitivo-comportementales

« Elles sont centrées sur les symptômes, les patients et leur environnement plutôt que sur la seule relation thérapeutique qui n'est qu'un support au changement » (Rivière, 1999). Depuis une dizaine d'années, des changements se sont opérés dans la conception neuropsychologique de la maladie d'Alzheimer. Abordant la maladie d'un point de vue moins déficitaire, on considère qu'il est possible d'améliorer le fonctionnement psychologique et social des patients en exploitant les capacités préservées et les facteurs susceptibles d'améliorer leurs performances. (Van der Linden, 2006).

1-1. La thérapie comportementale

Très répandue dans les pays anglo-saxons, elle est inspirée des méthodes behavioristes : il s'agit de modifier les variables environnementales afin d'agir sur le comportement du sujet et ses conduites, préalablement observées dans ce but.

Cette méthode s'applique au niveau de l'aménagement de l'environnement ménager, dans un but préventif afin d'éviter les accidents domestiques, lutter contre les difficultés de repérage spatio-temporels, stimuler les conduites automatiques et favoriser leur bien-être. Elle intervient également dans les activités physiques, intellectuelles - d'ordre plutôt récréatives et occupationnelles - et quotidiennes. Ces dernières concernent l'autonomie du sujet par rapport aux actes quotidiens. (Rousseau, 1995)

Enfin, cette approche comportementale adopte aussi une démarche visant à favoriser la communication verbale et non verbale des sujets malades. Elle s'actualise en fait par la modification de l'interprétation que l'interlocuteur fait des propos du dément. Mais nous développerons cet aspect un peu plus loin.

Dans le même registre, on peut citer la technique de l'orientation vers la réalité : *« Reality orientation therapy »*. C'est *« un processus continu au cours duquel les intervenants fournissent des informations sur le moment, le lieu, les événements, dans le but de restructurer l'environnement »* (Demoures et Strubel, 2006).

Mais le reproche que nous pouvons adresser à cette approche est de ne pas considérer le fait que les détériorations dont les malades sont victimes, sont hétérogènes, et donc qu'ils ne répondront pas tous de la même manière aux modifications environnementales apportées.

1-2. La thérapie cognitive

En fonction des déficits cognitifs et des capacités préservées objectivés lors du bilan neuropsychologique, des stratégies rééducatives appropriées à chaque trouble sont élaborées dans le but d'aider les patients à conserver leur autonomie le plus longtemps possible.

1-2-1. La prise en charge des troubles de la mémoire

Les expressions « stimulation cognitive » ou « ateliers mémoire » renvoient à une prise en charge se déroulant en groupe. A l'inverse, la réadaptation cognitive est une approche individuelle tenant compte de l'hétérogénéité des atteintes cognitives du patient. Elle est donc plus ciblée et plus adaptée à chacun (étude ETNA, 2006).

De nombreux travaux se sont penchés sur la prise en charge des troubles mnésiques en suivant trois orientations principales que nous présenterons succinctement.

- En premier lieu, les **stratégies de facilitation** permettent d'optimiser l'utilisation des fonctions résiduelles du système mnésique des patients. Loin d'apporter une amélioration du fonctionnement mnésique par généralisation et automatisation des stratégies de facilitation entraînées chez des sujets malades, l'association d'indices contextuels à l'apprentissage de données, se révèle efficace, à condition d'être adaptée à la nature des difficultés du patient. Néanmoins, la « *réduction des ressources attentionnelles ou [les] déficits de planification et de compréhension* » rendent la récupération des stratégies de facilitation plus difficiles (Van Der Linden, Juillerat, Delbeuck, 2006)
- Une seconde orientation est celle de l'**exploitation des capacités mnésiques préservées**, tout en **optimisant les fonctions résiduelles** au sein d'un système de mémoire. Trois techniques s'inscrivent dans cette perspective d'intervention. La technique de récupération espacée teste « *la récupération des informations pour des intervalles de rétention de plus en plus grands* » (Camp, Bird, Cherry, 2000). La technique d'estompage est une technique d'apprentissage dans laquelle on diminue au fur et à mesure le nombre d'indices correspondant à l'item cible jusqu'à ce que la réponse soit fournie sans indices. Enfin, très utilisée par Perkin et al. (2001) la technique d'apprentissage sans erreur, limite la possibilité de commettre des erreurs car on ne demande pas au patient de deviner ou récupérer explicitement la réponse, mais on la lui donne de façon répétée.

- La troisième orientation concerne l'**utilisation d'aides externes** et la **structuration de l'environnement** qui rejoint en grande partie l'approche comportementale.

1-2-2. La prise en charge des troubles du langage et de la communication

Joanette et al. (2006) abordent la prise en charge des troubles du langage à travers le concept d'**adaptation/réadaptation** et non de rééducation : « *Il va de soi que les stratégies d'intervention ne seront pas [...] destinées à la récupération simple des composantes de base du langage. [...] En revanche, des ajustements de certains comportements de communication relevant de la pragmatique pourraient grandement améliorer la qualité des échanges conversationnels avec les proches* ». Ainsi cet auteur insiste sur l'importance de sensibiliser les proches, le personnel soignant et le patient lui-même à ses troubles de communication. L'objectif restant de « *diminuer les situations de handicaps conversationnels* » (Lacroix et al., 1994)

Par ailleurs, les études rapportées dans la littérature comme celles de Teil et Marina (1992, in Rousseau, 2004) ou Dubois-Remund (1995, in Rousseau, 2004) montrent l'efficacité d'une thérapie cognitive sur les troubles lexico-sémantiques, mais elle se limite aux items traités, et **aucun effet de généralisation** n'est constaté.

Dans le même courant, Lambert s'est intéressée à la thérapie du manque du mot. Deux approches thérapeutiques peuvent être mises à profit, en fonction du dysfonctionnement cognitif. Dans le cas d'une perturbation du système sémantique, la thérapie sera sémantique : elle visera « *la restauration des représentations sémantiques lexicales* ». Dans le cas d'une perturbation au niveau du lexique phonologique ou du buffer phonologique, la thérapie sera phonologique : l'objectif sera de « *rétablir l'accessibilité de la représentation phonologique* » (Lambert, 1999). Mais certains auteurs postulent qu'un même traitement peut se révéler efficace pour deux types de déficits (Hillis et Caramazza, in Lambert, 1999).

Les techniques de stimulation cognitives semblent donc avoir une certaine efficacité. Mais les essais randomisés attestant de cette efficacité sont inexistants et toute certitude concernant les effets positifs de la stimulation cognitive est donc infondée (Amieva et Dartigues, in Rousseau 2007).

2- La thérapie écosystémique

Comme son nom l'indique, cette thérapie est à la fois **écologique et systémique**. Le patient est pris en charge dans son milieu de vie mais aussi dans le système dans lequel il évolue. L'objectif étant de déterminer le profil de communication du patient afin de s'y adapter, une évaluation écologique et pragmatique des capacités de communication à l'aide du GECCO¹ est nécessaire au préalable, afin de mesurer la fréquence des actes adéquats *versus* inadéquats dans son discours et ce qui favorise et/ou perturbe la communication du patient (Rousseau, 2007).

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

Rousseau associe deux types d'intervention dans sa thérapie :

- La première consiste en une **approche cognitivo-comportementale** : offrir au patient en séance individuelle des situations, des contextes, des thèmes induisant des actes de langage adéquats « *pour que [leur] dégradation soit la plus lente possible* ». Il place donc l'effort thérapeutique dans la valorisation de performances encore adéquates, de fait « *compte tenu de l'irréversibilité de la dégradation, ce qui est perdu aujourd'hui l'est définitivement* » (Rousseau 2007).
- La seconde intervention, qui en est la principale, est **destinée à l'entourage familial et/ou professionnel** du sujet. Les séances se déroulent avec le patient, en présence de l'entourage et ont pour objectif de **susciter un mimétisme** chez ces derniers. Le soignant, suite aux éléments communicationnels pointés dans la GECCO, montre aux proches « *comment modifier son propre comportement de communication pour qu'il s'adapte à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne* ».

Cette intervention thérapeutique ne prend pas forme dans un groupe à proprement parler, mais elle fait directement intervenir les proches.

¹ Nous présenterons la GECCO en partie pratique ; cf. p. 99

3- Les thérapies basées sur une stimulation sensorielle

Elles sont très nombreuses et peu pratiquées pour certaines d'entre elles, c'est pourquoi nous exposerons préférentiellement les ateliers thérapeutiques fréquemment développés dans nos structures.

3-1. La musicothérapie

O. Sacks, écrivain, médecin et neurologue mélomane, se consacre depuis de nombreuses années à des recherches sur les liens entre la musique et le cerveau. Il raconte que « *toutes les parties du cerveau [sont] engagées dans la perception de la musique* » et que la musique « *donne une idée de la souplesse et de l'immense capacité d'adaptation de notre cerveau* » (Sacks, 2009). Il relate chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, que « *la musique semble ouvrir des circuits inconnus afin que les parties saines du cerveau viennent au secours des détériorées [...]. La mémoire musicale semble l'accès le plus direct avec le moi profond. Je le constate avec les malades atteints d'Alzheimer. Ils sont capables, quand ils ont tout oublié, de retrouver des chansons populaires et les émotions et souvenirs qui leur sont associés* ».

K. Duquenoy Spychala (2002), psychologue clinicienne affirme quant à elle au sujet de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, que « *la musique favorise le développement sensoriel, joue un rôle de décharge émotionnelle, constitue une stimulation mentale et devient un moyen de socialisation* ».

Il semble non seulement que la **mémoire musicale résiste au processus neuro-dégénératif**, et que de surcroît elle soit mobilisable permettant ainsi une approche thérapeutique opérante ; ce que fait Lesniewska lors d'ateliers de musicothérapie auprès de patients malades d'Alzheimer (Lesniewska, 2003). Les résultats de son étude sont manifestes : qu'elle soit active ou réceptive, la musicothérapie est une approche permettant d'**apaiser les angoisses et l'agressivité des patients**, de leur **apporter du bien-être**, de **réduire leurs comportements répétitifs**, d'**entretenir la mémoire implicite et procédurale** et de leur **procurer un plaisir sensoriel** insoupçonné jusqu'alors. L'étude de Barrier (2006) nous conforte dans l'idée que la musicothérapie favorise l'expression, et les comportements communicationnels de patients atteints de Maladie d'Alzheimer. Sacks (2009) justifie lui aussi l'efficacité des thérapies musicales par cet « *accès à une partie immergée de notre psyché, où la mémoire, l'émotion et l'identité s'entremêlent* ».

3-2. L'art-thérapie

Moins développée auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, mais tout aussi intéressante, l'art-thérapie offre aux patients un autre support d'expression. « *Thérapie médiatisée dans laquelle l'activité créatrice est utilisée comme processus thérapeutique, c'est-à-dire comme moyen et lieu d'échange, comme lien de transfert* » nous dit Duquenoy Spychala (2002). La maladie n'empêche pas la créativité, seulement, elle prend une forme différente. L'objectif est d'utiliser le dessin, la peinture, le modelage, la calligraphie comme « *médiateurs entre les émotions bloquées et leur expression, qui restaure l'équilibre psychique* » ajoute ce même auteur.

L'observation des ateliers de peinture proposés à des patients en long séjour, a permis à Lesniewska (2003) de constater qu'ils leur étaient **bénéfiques**. La plupart des patients progressent. Ils sont **plus habiles**, leurs **productions** sont de **meilleure qualité**, **l'orientation spatio-temporelle et l'attention évoluent positivement** (Lesniewska, 1995), et enfin on constate parallèlement une **amélioration de l'humeur** allant même jusqu'à l'émoi, la joie et la fierté lors de l'exposition de leurs œuvres.

3-3. La danse-thérapie

Selon Vaysse (1997) la danse-thérapie est « *une utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique et psychique d'un individu* ». Le corps, « *moyen privilégié qui permet d'exprimer les mouvances internes* » (Duquenoy Spychala, 2002) a cela de particulier qu'il permet de garder un contact avec la réalité. Lorsque la parole vient à manquer, le corps devient parfois l'unique moyen d'expression.

Ainsi, certains auteurs comme Palmer ou Bumanis ont pu apprécier l'intérêt de la danse-thérapie sur la **coordination des mouvements**, sur **l'orientation spatiale** ou sur **l'adaptation sociale et affective** de patients atteints de Maladie d'Alzheimer (Lesniewska, 2003).

Lesniewska met en place un atelier de ce type mais pour des patients ayant atteint un **stade sévère** de maladie et qui, pour la plupart, ont tendance à déambuler. Ses résultats attestent de nombreuses **améliorations**, que ce soit au **niveau thymique, moteur, relationnel, cognitif** ou **comportemental**.

3-4. Les stimulations sensorielles

La **stimulation de l'activité motrice** a pour objectif d'améliorer les habiletés motrices et/ou cognitives des patients par l'entraînement de différentes composantes de la fonction motrice telles que « *l'équilibre, la mobilité, la force ou la résistance* » (Etude ETNA, 2006). Heyn et coll. (2004 in Rousseau 2007) concluent qu'il existe un effet positif de l'exercice physique sur la cognition, sur certaines aptitudes fonctionnelles et certains aspects du comportement, auprès de patients malades d'Alzheimer. Les professionnels de la psychomotricité ont donc un rôle important à jouer auprès de ces patients.

La **stimulation multisensorielle** Snoezelen mérite également d'être citée bien qu'elle ne soit pas proposée dans nos structures, car trop onéreuse. Le concept « *Snoezelen n'est pas une méthode, mais plutôt une approche philosophique de la personne en état de dépendance* » expose l'Equipe de la MAS de l'Institut St André de CERNAY (2003). Il évoque le plaisir de la détente dans une atmosphère propice, un climat affectif harmonieux et un environnement sécurisant.

Comme son nom l'indique, la stimulation Snoezelen est multisensorielle : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat sont stimulés mais l'objectif de cette stimulation n'est ni rééducatif, ni thérapeutique, ni pédagogique. Le seul objectif déclaré est de proposer un loisir dans un environnement sensoriel « *capitalisant les capacités sensori-motrices résiduelles* » des patients (Amieva, in Rousseau, 2007).

Entres autres stimulations sensorielles, nous pouvons citer pour terminer, la luminothérapie et l'aromathérapie.

4- **Les ateliers thérapeutiques**

Au cours de la seconde moitié du XXème siècle, une vraie révolution s'est produite dans le domaine des soins, « *notamment par [...] la généralisation du travail en équipe* » (Guimon, 2001). Ce travail en équipe a permis la mise en place d'ateliers thérapeutiques, qui se développent actuellement dans les institutions, spécialement dans la prise en charge de patients atteints de maladie d'Alzheimer. Tous les professionnels paramédicaux exerçant dans des structures gériatriques sont concernés et peuvent prendre part aux médiations thérapeutiques proposées. En fonction de sa profession, chaque soignant adoptera une attitude d'observation centrée sur des aspects particuliers révélés dans le comportement des patients.

Ainsi la multiplication des regards professionnels ne peut être que bénéfique et enrichissante pour le suivi des patients.

4-1. L'atelier de réminiscence

4-1-1. Définition

La réminiscence, au sens du Petit Larousse 2000, est le retour d'un souvenir qui n'est pas reconnu comme tel, ou une expression dont on se souvient sans avoir conscience de son origine, autrement dit un souvenir imprécis.

Golberg (2006), elle, précise la **dimension affective du souvenir**. Elle ajoute que « *la réminiscence est comprise à la fois comme le processus d'émergence d'un souvenir ou de ce qui en reste, et comme le résultat de ce processus* ». Se basant sur une éthique de communication commune à celle de Feil, Ploton, Gineste et Marescoti cités précédemment, l'atelier de réminiscence a pour vocation de **faire émerger des souvenirs** chez les patients. Partager des expériences, relater une anecdote, se remémorer et raconter des moments de son existence se révèle très fructueux pour ces derniers, dont la parole est prise en compte et valorisée. Goldberg affirme que « *cette activité permet de lutter contre les sentiments de découragement et d'anxiété éprouvés par des personnes qui prennent conscience de leurs déficits cognitifs* ».

Cependant il peut arriver que les souvenirs évoqués provoquent tristesse, douleur ou nostalgie. Les soignants devront alors veiller à **entendre et valider ces émotions** par un discours apaisant et confiant.

4-1-2. De l'importance des médias

Les ateliers de réminiscence qui peuvent se dérouler aussi bien en situation de groupe en institution qu'à domicile en situation duelle, cherchent par tous les moyens à **intégrer l'entourage familial**, en plus des bénévoles et professionnels accompagnant déjà la personne âgée démente. En effet, pour faciliter l'évocation et la réappropriation de souvenirs parfois inaccessibles au yeux du patient, de **nombreux supports** sont mis à leur disposition durant l'atelier pour étayer leurs pensées. « *Les stimulants multi-sensoriels peuvent déclencher l'évocation de souvenirs d'autant plus facilement qu'ils sont présentés en association au cours d'une même activité* » nous dit Golberg (2006). Ainsi pour disposer d'objets faisant écho au passé des sujets faut-il encore connaître des éléments de leur vie, justifiant de ce fait

une collaboration avec les proches. Il est même conseillé d'inclure la personne la plus proche du malade lors de ces ateliers afin qu'elle réalise qu'il est encore possible de communiquer avec lui, qu'elle ne se sente pas exclue du soin relationnel, et qu'elle rencontre d'autres aidants dans la même situation.

Les photographies, les objets, les diapositives, les odeurs, les textures, le goût, les bruits, la musique, les comptines, les gestes sont autant de médias qui pourront raviver, à condition d'être en lien avec l'histoire du patient, des souvenirs. Néanmoins un objet appartenant à l'enfance, la jeunesse, à une période historique ne produit pas systématiquement de déclic.

4-1-3. Bienfaits constatés

Woods et coll. (2005, in Rousseau 2007) ont démontré une efficacité relative des ateliers de réminiscence sur la cognition, sachant que seule la mémoire autobiographique est améliorée.

Les études rapportent également une efficacité sur les troubles du comportement limitée à la durée d'intervention ainsi qu'une réduction du stress de l'aidant. (Amieva, in Rousseau 2007).

4-2. La sociothérapie

Terme emprunté vers la fin des années 70 à l'équipe de Jean-Pierre Junod et que Ploton s'est approprié, la sociothérapie propose une thérapie médiatisée à des petits groupes de patients atteints de maladie d'Alzheimer. Nous allons en exposer les caractéristiques principales.

4-2-1. Une thérapie de groupe, médiatisée

Cette pratique s'adresse à des petits groupes de trois à six personnes encadrées par deux thérapeutes. Les patients concernés, atteints de démence sénile ou d'une pathologie voisine, sont des personnes en situation de **repli**, de **solitude**, coupées de tout contact social et **ne disposant souvent plus de la parole** « ***pour métaboliser leurs émotions*** » (Ploton in Rousseau, 2007).

Soumis à l'angoisse de mort, souffrant d'un vécu d'abandon chronique, toute implication dans une réalité dont ils ont été exclus leur est anxiogène. Aussi, une prise en

charge groupale, compte tenu de leurs difficultés à s'exprimer et à s'impliquer, se révèle être la plus adéquate étant donné les effets thérapeutiques engrangés par le sentiment d'appartenance à un groupe. Ainsi la médiation n'a d'autre fonction que celle de **support à un réinvestissement environnemental du patient**. Les activités, choisies avec lui, peuvent tout aussi bien consister en une promenade, un spectacle, du shopping, une sortie au restaurant, qu'en bricolage, jeux de société, participation à une chorale, écoute de conte, etc.

4-2-2. Les fondements thérapeutiques

De l'œuvre de Ploton ressort un aspect central et substantiel : la considération apportée à la **renarcissisation**.

C'est en effet **un des leviers thérapeutiques** sur lequel il insiste avec force conviction. **Restaurer l'estime** que les sujets ont d'eux nécessite « *d'accepter les patients avec leurs symptômes, de ne pas leur reprocher implicitement leur état ou leurs façons. Renoncer à vouloir empêcher ou interdire ce qu'ils sont devenus est un des fondements de la démarche, tout comme ne pas demander de changements en contrepartie de nos attentions* » (Ploton, 1999). Ainsi l'attitude sociothérapeutique, « *position d'accompagnement* », vise à aider le patient à **investir la relation thérapeutique et si possible à s'investir soi-même comme acteur du monde environnant**. Le patient se sentant reconnu et respecté dans l'humanité de sa maladie, inclus dans un **projet de groupe** dont les finalités sont son seul plaisir, pourra s'appuyer inconsciemment sur le travail psychique des soignants (théorie de Bion) remplissant une fonction de « *pare-excitation* ».

Ayant donc pour objectif originel, le **bien-être** voire le **plaisir** du patient, cette approche « **renonce à toute directivité, toute stimulation, toute pratique autoritaire ou invigorative** » (Ploton, 1999).

4-2-3. De l'importance du cadre thérapeutique

Comme nous avons pu le constater dans notre premier chapitre, le groupe, pour être investi positivement doit se conformer à certaines exigences afin de « *créer un espace de communication privilégié* » (Ploton, in Rousseau 2007). La **confidentialité** est de mise dans cet espace et le patient doit en être informé, qu'il puisse agir ou s'exprimer sans crainte d'un jugement extérieur.

Par ailleurs, la **constance** de jour, d'horaire et de lieu de rencontre autant que les règles d'entrée et de sortie du groupe sont des paramètres à ne pas négliger. Pour Ploton, « *il*

s'agit d'être sécurisant en étant prévisible ». Cela concerne aussi la **gestion des transitions**, c'est-à-dire accompagner le patient avant et après la séance afin d'**éviter les ruptures**.

Les thérapeutes sont donc les garants du cadre, mais dans une position tierce ignorant toute autorité. Ils n'ont pas comme fonction de faire respecter des règles, mais d'éviter des aléas ou des situations groupales improvisées pouvant générer des angoisses et des fantasmes persécuteurs qu'ils devront alors contenir.

Tandis que la sociothérapie de Ploton est destinée à tout type de patient, et vise principalement leur bien-être par une acceptation inconditionnelle de leur parole, Rousseau, adopte de son côté une démarche différente. Il préconise ce type de thérapie lorsque l'intervention au niveau des fonctions cognitives n'a plus d'effet ni d'intérêt.

4-3. Le groupe de validation

Elle vise à « *améliorer et promouvoir la communication avec le patient dément en particulier aux stades avancés de la maladie* » (Etude ETNA, 2006). Feil (1994) affirme que le groupe « *produit une certaine énergie qui évite l'enfermement sur soi* », « *augmente la capacité d'attention* », « *donne aux participants l'occasion de retrouver un rôle social et professionnel* » et « *amène les participants à s'exprimer* ». Ces observations justifient donc l'intérêt de la création d'un tel groupe dont les objectifs seraient de stimuler les interactions, d'encourager chacun à tenir un rôle social, de générer un sentiment de bien-être, de rétablir le contrôle sur soi-même en société et d'améliorer l'expression verbale (Feil, 1992b in Feil 1994).

Pour Feil, **l'assignation de rôles aux patients génère un investissement plus fort** de leur part. Etre responsable de la préparation de la salle, des chants, ou de l'ouverture et la fermeture des séances par exemple sont des petites missions apportant un sentiment d'utilité très valorisant pour ces personnes. De même les sujets de discussion abordés sont « *en rapport avec les émotions et les besoins humains insatisfaits* » tels que l'amour, la quête du sens et de l'identité ou encore le besoin de se sentir utile. Chaque séance suit les mêmes rituels et le même déroulement afin d'apporter un sentiment de sécurité aux participants (Feil, 1994).

Nous observons donc que les approches thérapeutiques visant une forme de réhabilitation communicationnelle, cognitive ou morale abondent. Mais à l'heure actuelle il est difficile de déterminer précisément leur efficacité, même si les résultats sont encourageants. Les soignants sont finalement les seuls à pouvoir apprécier cliniquement l'efficacité et l'utilité des thérapies non médicamenteuses. En effet leur qualité de soignant leur permet d'appréhender le comportement des patients autrement qu'un animateur.

3. LE RÔLE DU SOIGNANT AU SEIN D'UN GROUPE

Les groupes faisant l'objet de notre étude ne s'inscrivent pas dans une démarche psychothérapeutique, dont le but principal est la guérison des patients, ces derniers étant encadrés par un psychanalyste (Berne, 2006). En effet le thérapeute intervenant dans le cadre d'une thérapie de groupe doit avoir suivi une formation particulière en théorie et pratique psychanalytiques, en analyse transactionnelle, sur les principes de la thérapie de groupe et la dynamique de groupe. Il doit également avoir une expérience personnelle de thérapie individuelle et de groupe, en tant que patient cette fois-ci. (Berne, 2006). Or les activités thérapeutiques proposées dans les hôpitaux de jour où nous effectuons nos stages, relèveraient plutôt de ce que Foulkes (in Guimon, 2001) appelle le « *travail groupal* », dont les conducteurs sont des personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale et ayant suivi différentes formations : infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes...(in Guimon, 2001). Comme nous l'avons vu précédemment les médiations utilisées pour les groupes en psychogériatrie sont variées et nous allons voir que le soignant joue un rôle prépondérant dans un groupe. Les ouvrages bibliographiques concernant le rôle du soignant, et en particulier l'orthophoniste, dans les ateliers thérapeutiques sont encore trop peu nombreux à ce jour. C'est pourquoi nous nous sommes inspirées d'ouvrages infirmiers dont la littérature est plus prolifique à ce sujet. Nous décrirons donc le rôle du soignant, essentiellement à travers le champ d'observation des infirmiers, tout en dissociant le concept d'animation pure de celui d'animation thérapeutique.

1- L'animation loisir

Ce terme est employé dans le cadre de maisons de retraite par exemple ou d'établissements gériatriques. Elle permet d'entretenir et d'aider à l'accomplissement les besoins de la personne âgées, en suscitant le désir et la motivation. En effet « *l'estime de soi et la réalisation* », c'est-à-dire la nécessité d'être renarcissé et de se sentir utile sont des besoins chez le sujet âgé qu'il faut combler pour prévenir le repli sur soi (Belmin et Amalberti, 1997). En effet, l'approche globale de l'animation doit mettre en avant les capacités de tous afin de permettre aux personnes âgées d'être au cœur des animations, « *tant comme bénéficiaires que comme acteurs* » (Vercauteren et Hervy, 2002). Les animations proposées sont d'ordre **occupationnel** et se déroulent sur leur **lieu de vie** : jeux de société, bricolage, atelier cuisine, peinture sur soie, tricot, poterie,... Elles sont proposées en fonction des aspirations et des envies des résidents.

Selon Vercauteren et Hervy (2002) l'animation dans les établissements pour personnes âgées est « *l'affaire d'une équipe qui s'implique dans cette démarche permettant à chacun de participer selon ses possibilités et ses moyens, sous la coordination d'un animateur* ». Les services psychogériatriques dans lesquels nous effectuons notre étude ne s'inscrivent pas véritablement dans ce type d'animation, mais plutôt dans ce que Belmin et Amalberti appellent « *animation thérapie* ». Nous allons expliquer pourquoi.

2- L'animation thérapie

Tout d'abord, ce type d'activités, que l'on peut également nommer médiation thérapeutique ou atelier à médiation, nécessite la présence de professionnels paramédicaux. Les ateliers ne s'effectuent pas sous la responsabilité d'un animateur, « *coordinateur des actions d'animation* » (Vercauteren et Hervy, 2002) mais font appel aux infirmiers et aux soignants de multiples disciplines, notamment ergothérapeute, psychomotricienne, orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, musicothérapeute, qui exercent dans différents groupes. La fonction d'animateur à proprement parler n'existe pas. Qui plus est, ces ateliers se déroulent dans des structures médicales ou des **lieux de soin**. Ils sont donc adressés, sur **indication thérapeutique médicale**, à des patients en souffrance et confrontés à des difficultés cognitives ou mnésiques. Suite à cela, un **projet de soin personnalisé** est élaboré.

Ces ateliers thérapeutiques, que l'on pourrait à la hâte et sans discernement qualifier d'ateliers d'animation, n'en sont pas. Les soignants travaillent en étroite collaboration et, en

fonction des difficultés et ressources des patients, élaborent un projet de soin personnalisé pour chacun.

Belmin et Amalberti (1997) citent par exemple :

- des activités de type gymnastique douce ou expression corporelle conduites par les kinésithérapeutes et psychomotriciens.
- des ateliers mémoire co-animés par une psychologue, une infirmière, une orthophoniste. L'objectif thérapeutique est de stimuler les mécanismes de base qui sous-tendent le fonctionnement mnésique par des méthodes contrôlées et rigoureuses. La mise en route de tels ateliers au sein des établissements repose nécessairement sur un savoir faire soignant, acquis dans des formations spécifiques.
- des ateliers de musicothérapie,
- des ateliers de langage et communication, cuisine, expression théâtrale, jeux, etc.

Ces actions s'inscrivent dans une démarche **thérapeutique** et non pas dans celle du loisir ou de la distraction. Ces groupes ont un objectif thérapeutique dans la mesure où ils sont organisés par des professionnels qui à travers l'atelier, recherchent une amélioration d'un état initial (bilan de départ) au travers d'un parcours particulier (démarche thérapeutique). En effet, les soignants intervenant dans le cadre de ces ateliers thérapeutiques ont comme exigence institutionnelle de se réunir après chaque séance, c'est la **reprise**, pour échanger sur le contenu et le contenant de la séance : ce qui a été vécu, les réactions de chacun, leur place, les possibilités de réadapter le contenu.

Les médiations constituent des modes d'approche d'un individu en souffrance, et sont mobilisées pour contribuer à « *un travail d'élaboration psychique et de subjectivation* » selon Morhain (2008-2009), professeur enseignant la psychologie à l'Université Lumière de Lyon-2. Toutefois ces ateliers peuvent se rapprocher d'une action d'animation dans la mesure où la dimension de plaisir est cultivée et où la démarche thérapeutique se fait discrète pour les patients. Ainsi, cette approche peut rendre l'atelier plus attractif pour les patients et susciter leur motivation plus facilement que dans un cadre thérapeutique plus classique (Belmin et Amalberti, 1997).

Le soignant, par sa fonction, confère donc une légitimité au terme d'atelier « *thérapeutique* » en cela qu'il n'est pas seulement animateur, mais aussi thérapeute

recouvrant une fonction contenant et sécurisante (Morhain, 2008-2009). Le regard, le comportement, qu'il apporte par ce biais diffèrent de celui d'un animateur à proprement parlé.

3- Les devises thérapeutiques

Décrites par Berne, psychiatre américain, elles sont destinées au thérapeute pour étayer la conduite de soin. Les devises thérapeutiques concernent donc tous les soignants quels qu'ils soient, indépendamment de la modalité de prise en charge en groupe.

La première devise « *avant tout ne pas nuire* » signifie que le tact et la bienveillance sont de mise dans les interactions groupales. Le thérapeute doit veiller à ne pas blesser ses patients « *en les trompant, en révélant des zones de pathologie sans préparation appropriée ou en les laissant dans un tel état qu'ils seraient incapables par la suite de profiter des services d'autres psychothérapeutes* ». Le premier devoir du thérapeute est donc de localiser les zones traumatiques du patient afin de les éviter et attendre le moment opportun, dans le cadre d'un processus thérapeutique, de les explorer. (Berne, 2006)

La seconde devise, « *le pouvoir de la guérison de la nature* » consiste à « *localiser les zones saines dans la personnalité de chaque patient de façon à nourrir et renforcer leur potentiel* ». C'est dans cette démarche que nous nous inscrivons. (Berne, 2006)

Enfin, la devise « *je le pensais et Dieu le guérit* » évoque l'image selon laquelle le thérapeute ne guérit pas son patient, mais le traite au mieux de ses capacités, en acceptant que le reste dépende de la nature (l'environnement, les proches, ...).

4- Les qualités thérapeutiques

Les soignants paramédicaux, et notamment l'orthophoniste, sont concernés par cet aspect thérapeutique de la relation. Nous avons vu précédemment, notamment avec Rogers, Feil, Rousseau et Ploton comment s'adapter pour communiquer avec un patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

L'important pour l'orthophoniste étant de se saisir de ces méthodes et techniques afin d'adapter son comportement à celui de ses patients compte tenu de leur maladie, et autant en situation de groupe qu'en situation duelle. **Valider** le discours d'un patient atteint de maladie d'Alzheimer, **reformuler** ses propos sans émettre de jugement, apporter un **soutien** à son expression et faire preuve d'**empathie** sont autant de conseils qui, s'ils n'entrent pas directement dans le cadre d'une psychothérapie, sont des médiateurs facilitant les échanges

avec les patients. Golberg (2006) évoque également l'importance de faire face aux situations difficiles en laissant au patient le temps de s'exprimer.

Tacnet, médecin gériatre (1996) explique que dans les ateliers thérapeutiques, « *les sujets sont maintenus ou réintroduits dans un champ relationnel, où ils ont la possibilité de renouer des contacts et des échanges* ». Le moteur thérapeutique est donc relationnel, car même si l'appétit relationnel ne s'éteint pas avec l'âge, il demande « *pour se maintenir ou se révéler un effort de contact et de liens affectifs venant de l'extérieur* » et donc en particulier du soignant. Cet auteur insiste également sur l'importance de la relation soignant-soigné. Le soignant se doit d'amener le patient à prendre conscience qu'il a des capacités en l'aidant parallèlement à s'en saisir de manière optimale et à trouver une nouvelle organisation de son « *équilibre psychique intégrant la dépendance et l'atteinte de l'image de soi* ». Néanmoins, dans le cadre de patients présentant des troubles spécifiques liés à une pathologie telle que la maladie d'Alzheimer, le soignant s'adaptera de manière **individuelle** à chaque patient. Les soignants veillent à ce que les participants se sentent impliqués dans les différentes tâches proposées et adoptent comme nous avons pu l'écrire précédemment, une attitude d'écoute bienveillante envers eux.

L'attention portée aux changements et à l'évolution auxquels les patients sont sujets, tant sur le plan affectif que cognitif ou communicatif, corrobore le qualificatif « thérapeutique » employé pour spécifier le type d'atelier mis en place dans les accueils de jour psychogériatriques.

5- Le rôle du soignant au sein d'un groupe

Nous avons précédemment mis en valeur le fait que le soignant exerce un rôle particulier au sein d'un groupe, qui diffère de celui d'animateur. La fonction fondamentale du groupe selon Anzieu (1981) est d'être avant tout « *un lieu de dépôt, un réceptacle accueillant et non réagissant* ». Pour Gire, « *le groupe thérapeutique est utilisé comme médiateur de la relation soigné/soignant* ». Le soignant a donc comme rôle de recevoir et valider les affects et les comportements des patients tout en prenant soin de maintenir le respect entre les membres du groupe.

En veillant à ce que le groupe ne devienne pas « *anxiogène ou destructeur pour l'individu en perte de facultés et de confiance en soi* », il lui permet parallèlement d'assumer sa « *fonction contenante, sécurisante, et rassurante* » (Gire et al., 2001). Gire explique

également que le soignant est « *le référent et le garant du cadre* » et que par conséquent il est soumis au devoir de confidentialité.

La structure de parole dans les ateliers thérapeutiques que nous suivons est plutôt centralisée (Abric, 2008) : le soignant distribue la parole, reformule et coordonne les idées, fait des liens entre les propos des patients, les recentre sur le thème lorsqu'ils s'en éloignent trop et veille à faire respecter les tours de parole. Ainsi, par l'écoute bienveillante et la considération qu'il porte à chaque sujet, il joue aussi un rôle central permettant à chacun de s'exprimer. Néanmoins, le soignant cherche à faire tendre le groupe vers une structure de parole non centralisée afin de veiller à ce que les patients soient les principaux acteurs de la dynamique de groupe.

Malgré ses difficultés, le « malade d'Alzheimer » est avant tout une personne, et par cela même un être communiquant. Au cours de notre développement, nous avons pu constaté qu'une éthique commune rassemble la plupart des prises en charge non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer ; elle s'attache à renarcissiser les sujets qui en sont atteints en leur conférant un statut d'interlocuteur à part entière, au même titre que toute autre personne. Cela ne signifie pas ignorer les difficultés d'expression du patient, mais s'y adapter, tout en valorisant sa parole.

Ces considérations ont été au fondement de notre démarche et de notre questionnement sur la prise en charge orthophonique de ces patients : comment mettre en valeur la communication de ces patients et l'aborder de manière positive tout en tenant compte de leurs difficultés de communication globales ?

PARTIE PRATIQUE

I- PRESENTATION DU PROJET

1. PROBLEMATIQUE

La décision de se doter d'un Outil de Suivi d'Evolution (OSE) découle d'un questionnement de départ portant sur l'importance de **restituer à la personne sa place d'interlocuteur**, faire valoir sa position de sujet en validant ses propos, en dépit de l'inadéquation apparente de son discours. Ces considérations nous ont amenées à nous intéresser à son langage non pas en tant que symptôme de déficits cognitifs opérant à tous les niveaux, mais en tant que manifestation difficilement accessible par l'autre en raison de troubles de la communication.

Comment valoriser la personne que nous suivons et ne pas l'enfermer dans une vision réductrice consistant à ne la percevoir qu'au travers de ses troubles, qu'en fonction de ses atteintes ?

Cette question initiale s'est au fil du temps modifiée pour s'adapter à la fois à l'exigence d'un mémoire de recherche et au temps qui nous est donné pour le réaliser. En nous recentrant plus spécifiquement sur les ateliers thérapeutiques que nous avons l'opportunité d'observer en hôpital de jour gériatrique à l'Hôpital Bellier de Nantes et à Heinlex à Saint-Nazaire, et qui, précisément, permettent aux patients de trouver ou retrouver une place d'interlocuteur, nous avons abouti à cette question qui souligne la volonté de mettre en avant les ressources de la personne plutôt que ses déficits :

Comment mettre en évidence les modalités favorisant l'émergence d'une communication meilleure ?

Les groupes constitués au sein des ateliers thérapeutiques sont les vecteurs d'une communication interindividuelle et d'interactions sociales. Le rôle de l'orthophoniste, en tant que professionnel du langage et de la communication, est d'optimiser la prise en charge des patients en situation de groupe. Sa démarche répond ainsi aux recommandations de la H.A.S. et de la nomenclature, établissant que *« la prise en charge orthophonique vise à maintenir et adapter les fonctions de communication du patient et à aider les familles et les patients à adapter leurs comportements aux difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnel »*.

Dès lors, il nous a semblé intéressant de proposer un Outil de Suivi d'Evolution, **afin de mettre plus précisément en évidence les ressources dont disposent les patients pour communiquer**, et les **conditions favorisant l'émergence de ces ressources**. Cet outil aurait pour objectif d'apporter également des informations complémentaires au profil de communication que permettent les évaluations standardisées.

Ces dernières possèdent, par ailleurs, certaines limites :

- la communication est un domaine complexe dans lequel de nombreuses dimensions interviennent. C'est, par excellence, un champ d'étude multi et inter-disciplinaire. **Une évaluation de la communication ne peut en aucun cas circonscrire toutes les modalités** qui s'intriquent en situation d'interlocution. La GECCO (Rousseau, 1998, 2006 pour la version informatisée) que nous présenterons plus loin répond à une exigence d'exhaustivité, et elle est à ce titre un modèle pour évaluer les compétences communicationnelles des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, mais demande un temps de dépouillement important pour l'orthophoniste.
- **les passations se déroulent en entretien individuel**, qui n'est qu'un aspect de la communication. Elles ne prennent pas en compte la dimension de groupe, propice à d'autres types d'interactions. Nous avons vu que, sur le plan théorique, la situation de groupe peut générer des phénomènes qui ne s'observent pas forcément en individuel. En ce sens, le suivi des patients en situation de groupe permet de compléter le profil communicationnel.
- **la situation d'évaluation** peut être posée comme une limite en soi, car un test place le patient et le soignant dans une position particulière. L'évaluation peut stresser, déstabiliser la personne évaluée qui peut alors se sentir jugée par l'examineur (Michon, Cargiulo, 2003 ; Ploton, 2005 ; Rogers 1942). Cette dimension est valable pour toute personne, mais particulièrement pour celles atteintes de la maladie d'Alzheimer qui peuvent ressentir fortement leurs échecs et mal supporter d'y être confrontées. Par ailleurs, compte tenu du contexte et de l'état psycho-affectif du patient, l'évaluation peut ne pas refléter ses **compétences** réelles.

En outre, la situation d'évaluation offre une **photo à un temps donné** du comportement de communication du patient, elle est donc figée et ne prend pas en compte les aspects évolutifs du profil de communication.

Les observations et les conclusions sont donc à replacer dans ce contexte particulier d'évaluation.

Notre interrogation ne porte donc pas sur le contenu des séances dans l'optique d'une prise en charge des difficultés de communication, mais bien sur **l'élaboration d'un outil** visant à valoriser les ressources mises en place par les patients. A notre connaissance, il n'existe pas aujourd'hui d'outil clinique validé permettant d'apprécier l'évolution de la communication au sein d'un groupe de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi, nous inspirant de nos lectures et d'outils d'évaluation de la communication préexistants, nous avons choisi d'élaborer cet outil.

2. ELABORATION D'UN OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION (OSE) : OBJECTIFS

Le groupe étant une donnée fixe et répondant à un choix thérapeutique institutionnel, nous ne nous sommes pas penchées sur un questionnement concernant le fonctionnement en groupe mais plutôt sur l'utilisation d'un outil orthophonique pour le suivi de patients au sein d'un groupe. Le groupe étant encadré par une équipe pluridisciplinaire, nous avons souhaité que l'outil soit utilisable par tout soignant participant à des ateliers thérapeutiques et s'intéressant à la communication.

L'objectif des ateliers n'est en aucun cas d'évaluer mais de placer les personnes dans une situation d'échange « naturel » et de favoriser l'émergence des ressources dans une démarche de validation. Cela suppose une implication totale des personnes qui encadrent les ateliers et l'impossibilité de prendre des notes sur le moment.

C'est pourquoi il nous a paru important, pour mettre en évidence les compétences et les ressources des patients au sein de prises en charges en groupe, de se doter d'un outil clinique qui puisse répondre à un ensemble d'exigences :

- **éthique** : il doit s'intéresser aux ressources du patient et aux aides proposées par l'interlocuteur. Nous ne cherchons pas à envisager la communication sous un jour déficitaire mais à privilégier ce qui la favorise afin de restituer à la personne une place d'interlocuteur à part entière. Dans ce cadre, nous nous intéressons notamment à son bien-être au sein de l'atelier, à son désir de communiquer ;

- **pragmatique** : ce terme se rapporte ici au sens linguistique¹. L'OSE doit permettre d'établir un profil de communication adapté aux situations de communication particulières occasionnées par la prise en charge en groupe dans le cadre des ateliers thérapeutiques ;
- **thérapeutique** : il doit permettre de rendre compte des aspects évolutifs du comportement de communication du patient au cours de la séance et depuis le début du suivi ; il doit également intégrer une réflexion sur les aménagements et les adaptations à opérer au niveau des aides ou au niveau du support pour favoriser les ressources et le désir de communiquer ;
- **pratique** : il doit pouvoir répondre aux besoins des soignants, donc être utile et efficace.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, un des objectifs principal de l'OSE est d'apporter des renseignements complémentaires à l'évaluation, sur les compétences communicationnelles des patients, plus particulièrement sur les modalités qui favorisent l'émergence d'une communication de meilleure qualité. Ainsi, grâce à un suivi hebdomadaire de chaque patient, nous avons pu compléter le profil communicationnel établi lors de cette évaluation.

L'Outil de Suivi d'Evolution pourrait à terme, être utilisé à plusieurs fins :

- **réajuster** les orientations et objectifs thérapeutiques en fonction de l'évolution individuelle des **patients** et de l'évolution de la **dynamique de groupe** ;
- suite à cela, réajuster les modalités de prise en charge du groupe et de l'individu dans le groupe en **adaptant les médiations** ;
- établir un rapport (relatif) entre les objectifs et les effets thérapeutiques. Notons au passage que dans la perspective d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), la H.A.S. enjoint de justifier la validité des prises en charge proposées en institution afin d'entraîner « *une actualisation des modalités de prise en charge, une amélioration de la qualité de soins et du service rendu au patient* ».
- **transmettre** à la famille et/ou aux aidants des informations susceptibles d'améliorer leur communication avec le patient.

¹ Cf. Partie théorique, I-2, p 9.

II- METHODOLOGIE

1. PROBLEMES METHODOLOGIQUES

Mettre au point un Outil de Suivi d'Evolution pose des problèmes méthodologiques :

- quels critères parmi les multiples aspects de la communication et les modalités de prise en charge faut-il choisir pour que cet outil soit opérant, c'est-à-dire suffisamment informatif et pratique d'utilisation ?
- comment valider les critères de cet outil ?

Nous nous sommes employées au cours de notre étude à résoudre ces problèmes méthodologiques.

En ce qui concerne **le choix des critères**, il s'est effectué en fonction des références théoriques relatives à la communication et à la pragmatique, mais aussi aux caractéristiques de leurs atteintes dans la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'en référence à des outils validés évaluant la communication.

En ce qui concerne la **validation des critères** de notre outil, elle s'est faite progressivement, par la mise en pratique hebdomadaire de l'outil et par les commentaires des soignants qui nous ont permis de le modifier afin d'améliorer son utilisation. En effet, nous avons pu recueillir les réflexions des soignants quant à l'utilité et l'efficacité de l'outil, à l'aide d'un questionnaire.

Pour notre étude, nous avons eu recours à l'**enregistrement vidéo des séances**. Pour cela, nous avons demandé l'autorisation aux familles et aux patients par un courrier³. Ces enregistrements nous ont aidées à perfectionner notre outil, nous permettant de compenser notre manque d'expérience dans le domaine de la prise en charge en ateliers thérapeutiques.

Ainsi, nous avons pu procéder de deux façons pour enrichir notre analyse et élaborer notre outil : la *reprise* après la séance nous a permis de confronter l'OSE à la réalité pratique des soignants ; l'analyse des enregistrements vidéo nous a aidées à aiguïser notre regard, à affiner notre analyse de la communication des patients et à mieux appréhender les enjeux des ateliers thérapeutiques.

³ Cf. Annexe 1

2. PRESENTATION DES OUTILS D'ANALYSE DE LA COMMUNICATION

1- La grille d'observation de Bales¹ (1950)

Bales, théoricien très influent du courant interactionniste a mis au point dans les années 50 une méthode d'analyse des interactions se déroulant au sein d'un groupe.

Cette méthode s'applique à des groupes de réunion-discussion et s'attache à relever les phénomènes de communication observables. Le comportement de l'émetteur de chaque communication est donc répertorié en douze catégories que nous allons décrire ci-après.

1-1. Les bases théoriques

Bales pensait qu'en observant les comportements effectifs d'un groupe, il pourrait découvrir un type de fonctionnement propre à ce groupe, et, par extension, des règles communes à tout groupe sujet à ce même type de situation d'interaction. Il postule que « *c'est à partir du volume et du type d'interactions que se mettront en place les statuts différents du groupe* » (Abric, 2008). Toute tâche proposée à un groupe génère des tensions. Pour les résoudre, deux comportements significatifs ont été relevés par Bales : les premiers sont de type opératoires et les seconds socio-affectifs. Les comportements opératoires sont dirigés vers les objectifs à atteindre tandis que les comportements sociaux-affectifs reflètent « *les réactions émotionnelles susceptibles d'apparaître entre les membres du groupe* ». Les interactions vont osciller entre ces deux pôles et leur analyse permettra d'établir le rôle joué par chaque individu au sein du groupe.

L'observateur doit s'abstenir de toute interprétation et relever uniquement la signification de l'intervention du point de vue du récepteur. C'est la réaction du récepteur par rapport à ce qui lui a été dit qui permettra de coder et catégoriser l'intervention du locuteur. L'observateur code donc les interventions, verbales et non verbales, en fonction de leur nature et non pas en fonction d'un contenu objectivable par rapport au thème de discussion.

¹ Cf. annexe 2

1-2. Les catégories de Bales

Son outil regroupe douze catégories issues de six dimensions primaires d'interaction sociale qui sont :

- a) les problèmes de communication
- b) les problèmes d'évaluation de la production du groupe
- c) les problèmes d'influence : contrôle des autres
- d) les problèmes de décision
- e) les problèmes de tension entre les membres du groupe
- f) les problèmes d'intégration, de cohésion du groupe

Chacune de ces dimensions peut être exprimée sous la forme de question, de réponse ou de réaction positive ou négative. Ainsi, on obtient douze types différents d'interaction que l'on inscrit dans trois zones : la zone socio-émotionnelle positive, la zone neutre de la tâche (questions, réponses) et la zone socio-émotionnelle négative.

Voici en détail, les douze catégories de Bales, regroupées dans ces trois zones :

- La **zone neutre de la tâche** est séparée en deux, selon le type d'intervention :
 - Les **réponses** : faire des suggestions, des propositions en vue d'une action en coopération ; donner son opinion, tant sur la réalisation de la tâche que sur les comportements d'autrui ; ou donner une orientation, autrement dit tout ce qui attire l'attention sur un point particulier.
 - Les **questions** : demander une orientation, chercher une vérification ou une confirmation ; demander une opinion ; interventions ayant pour objet un effort d'évaluation visant à faire exprimer une intention ou un désir ; demander des directives ou des suggestions d'action.
- La **zone socio-émotionnelle positive** regroupant les réactions positives comporte trois points :
 - La **solidarité** : ce sont les interventions exprimant solidarité, affection, visant à élever le statut d'autrui ou à défendre quelqu'un qui est attaqué.
 - La **détente** : ce sont des manifestations spontanées de détente après ou pendant une tension. Comme par exemple les rires ou sourires non agressifs, les plaisanteries.

- L'**accord** : en réponse à une autre intervention, le sujet donne son accord, accepte tacitement ou comprend.
- La **zone socio-émotionnelle négative** regroupant les réactions négatives, opposées aux précédentes :
- Le **désaccord** : le sujet désapprouve, rejette passivement, refuse l'aide qu'on lui propose.
 - La **tension** : des tensions se créent, manifestant un retrait du groupe ou une émotivité.
 - L'**antagonisme** : il renvoie à une attitude autoritaire, dogmatique. Le sujet porte atteinte au statut d'autrui ou défend abusivement le sien.

1-3. Objectifs

Cet outil est utile pour définir des profils individuels ou collectifs d'intervention et analyser la nature de l'évolution entre les membres du groupe pendant une réunion. Elle permet de mesurer, de quantifier objectivement, à partir d'unités d'observation, des styles de leadership. Mais l'unité d'observation étant « *le plus petit segment de conduite verbale et non verbale distinguable, susceptible d'être classé en une seule catégorie* », rend la manipulation de cet outil lourde et difficile en situation d'observation, si l'on en croit la littérature (Anzieu, 1968, Abric, 2008).

2. Le Test Lillois de Communication¹ (Lefevre et coll., 2001)

Le TLC, comme son nom l'indique est un test envisageant la **communication** sous trois aspects essentiels : la motivation, la communication verbale et la communication non verbale. Il a été validé auprès de sujets normaux, de sujets porteurs de lésions cérébrales droites et gauches, mais également auprès de personnes atteintes de syndromes démentiels (Validation du TLC auprès de patients atteints de syndromes démentiels, Blondel et Leduc, 2003).

¹ Cf. annexe 3

2-1. La passation

L'évaluation comprend trois temps et se veut proche d'une situation naturelle de communication : une interview dirigée, une discussion thématique et une épreuve de communication de type PACE.

L'interview dirigée, n'a pas de caractère directif ou interrogatoire. Elle permet une présentation mutuelle du patient et de l'examineur, nécessaire à l'établissement d'un climat de confiance. L'examineur oriente l'interview sur les aspects familiaux et professionnels de son patient tout en s'adaptant et en rebondissant sur ses réponses.

Puis, il s'attelle à amener naturellement le sujet de discussion, ce qui demande une certaine habileté. En effet, il n'est pas toujours très simple de trouver un lien entre les propos du patient et le thème de discussion à aborder : le progrès technique.

La discussion permet de mettre en évidence de nombreux indices nécessaires à l'évaluation des capacités de communication, qu'elles soient verbales (réponse à une question ouverte, maintien du thème, introduction de nouveaux thèmes...) ou non verbales (pragmatique interactionnelle, gestes, feed-back).

L'évaluation se termine par une épreuve de type PACE, approche rééducative fondée sur les théories pragmatiques, visant à promouvoir la communication verbale et non verbale, même approximative (Dictionnaire d'orthophonie, 2004). Cette épreuve respecte le caractère naturel de la situation de communication, et apporte également de nombreux indices concernant l'utilisation et la compréhension des gestes. En effet, le patient et l'examineur disposent chacun du même jeu d'images placé devant eux et séparé par un pupitre. Chacun leur tour, ils font deviner à l'autre par tous les moyens (verbaux, non verbaux, dessins...) la carte qu'ils ont choisie.

Cette situation d'évaluation n'est pas simple pour l'examineur qui doit veiller à respecter certaines contraintes, dont celle d'éviter de prendre des notes, et s'organiser pour coter tous les items. En effet, il doit s'assurer qu'il a produit tous les gestes dont il veut évaluer la compréhension, qu'il a émis des feed-back verbaux et non verbaux, en particulier le regard, la mimogestualité et la prosodie.

2-2. Les trois grilles d'évaluation du TLC

2-2-1. La grille d'attention et de motivation à la communication

Cette grille envisage la capacité du patient à entrer en interaction avec autrui et à s'adapter à la situation de communication. Elle comporte trois items qui évaluent les compétences interactionnelles du patient, verbales et non verbales.

2-2-2. La grille de communication verbale

Cette grille, composée de six items, porte sur les capacités du sujet à transmettre un message au moyen d'énoncés verbaux et sur l'efficacité de cette communication verbale. Elle ne doit pas être envisagée comme un bilan de langage dans lequel on s'attacherait à relever des déficits, mais comme une étude de l'interaction cherchant plutôt à évaluer le retentissement de potentielles difficultés sur la capacité à communiquer.

2-2-3. La grille de communication non verbale

Cette grille concerne les deux versants de la communication non verbale :

- d'une part la compréhension des signes, qu'ils soient déictiques, symboliques, mimant l'utilisation, la forme ou l'émotion ;
- d'autre part leur utilisation en situation de communication. L'utilisation de signes non verbaux peut accompagner et soutenir les conduites verbales mais également les suppléer en cas de difficultés.

2-3. Objectifs du TLC

Le TLC est un test qui se pratique en situation duelle. Il a pour but **d'évaluer** la communication comme préalable à la rééducation du langage et de mesurer l'efficacité de cette communication, à l'aide d'une cotation. Selon quelles modalités le sujet communique-t-il et sa communication est-elle efficace, c'est-à-dire, permet-elle une interaction et une continuité dans l'échange ?

La passation nécessite donc une attention soutenue de la part de l'examineur. D'une part il doit être attentif au comportement verbal et non verbal du sujet, et d'autre part il doit parfois créer artificiellement des situations.

Ce test présente l'avantage de pouvoir être utilisé aussi bien au domicile du patient qu'en institution. Par ailleurs le TLC s'attache à mettre en évidence les ressources, il ne se focalise pas uniquement sur les déficits.

3. La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication¹ (Rousseau, 1995)

La GECCO (1995), élaborée par Thierry Rousseau, est le fruit d'un travail de recherche portant sur les troubles de la communication chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est un outil d'évaluation « *pragmatique et écologique* » (Rousseau, 2007) .

3-1. Méthodologie d'utilisation et de passation de la GECCO

La GECCO est un outil d'évaluation **écologique** : elle vise en effet à couvrir « *l'essentiel du champ des **situations retrouvées dans la vie quotidienne*** » (Rousseau, 2007) en plaçant le patient dans trois types de situation : une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie, une tâche d'échange d'informations à partir de photos et une tâche inspirée de la PACE (Wilcox et Davis, 1978), telle que dans le TLC, et enfin une discussion libre à partir du moment présent (Rousseau, 2007).

L'analyse des productions du patient se déroule ultérieurement, ce qui nécessite l'enregistrement vidéo des situations de communication.

La GECCO est un outil d'analyse **pragmatique** : elle repose sur l'identification des **actes de langage** réalisés par la patient, dont la classification, simplifiée, est inspirée de la taxonomie de Dore (1977). Les actes de langage étudiés recouvrent :

- les questions,
- les réponses,
- les descriptions,
- les affirmations,
- les énoncés relevant des mécanismes conversationnels, qui sont des actes permettant d'établir, de maintenir et/ou de régir les relations interpersonnelles et les conversations,

¹ Cf. annexe 4a.

- les actes performatifs, qui réalisent simultanément l'action énoncée ; exemple : « je le jure ».

Chaque catégorie d'actes de langage est détaillée et comporte plusieurs sous-types d'actes¹. La grille comporte en outre une case supplémentaire nommée « divers » regroupant les actes de langage ne cadrant pas dans les champs pré-cités.

En tant qu'outil pragmatique, la GECCO permet de relever les **actes non verbaux** ayant « une valeur communicationnelle certaine » (Rousseau, 2007). La classification retenue repose sur la taxonomie de Labourel (1981), elle-même inspirée de Jakobson (1963), et départage les gestes à fonction :

- référentielle, qui accompagnent le discours verbal ou le remplacent ;
- communicationnelle, qui recouvrent le champ de la pragmatique et comportent une valeur phatique, conative ou expressive ;
- métalinguistique, qui ont une fonction prosodique, au même titre que le discours est soumis à la prosodie de la voix, une fonction redondante par rapport au discours, ou une fonction de commentaire du discours comme, par exemple, l'oscillation de la main marquant l'hésitation d'une personne sur ce qu'elle dit.

L'expression faciale, le regard et les silences sont également considérés comme des actes non-verbaux et pris en compte par la GECCO.

3-2. Objectifs de la GECCO

La GECCO évalue la communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et en permet une analyse à la fois quantitative et qualitative. L'analyse quantitative permet de mettre en évidence la fréquence des actes de langage par minute. L'analyse qualitative repose sur l'identification des actes de langage **adéquats** d'une part, **inadéquats** d'autre part, ainsi que sur les **motifs** de cette inadéquation².

Un acte de langage est considéré comme **inadéquat** lorsqu'il empêche la poursuite normale de l'échange en raison de son inadéquation au regard :

- des règles socio-linguistiques, qui requièrent une **cohésion** lexicale et grammaticale, et donc une maîtrise de la macro-structure du discours, et qui demandent également un **feed-**

¹ Cf. annexe 4b

² Cf. annexe 4c

back adapté à l'interlocuteur ou à la situation : par exemple, à la question « *Quel âge avez-vous ?* », la réponse « *Mon frère est en vacances* » est jugée inadéquate par absence de feed-back à l'interlocuteur ;

- de l'échange d'informations, qui nécessite une **cohérence** au niveau de l'organisation logico-sémantique, assurée par :
 - la continuité thématique : le locuteur maintient le thème du discours ;
 - la progression rhématique : le locuteur est informatif et avance dans son discours ;
 - la relation : les actions, les états et les événements du discours s'articulent bien entre eux ;
 - la non contradiction : le locuteur ne donne pas d'informations contradictoires.

Exemple : « *Je vois un homme au milieu de la rue. Ma femme n'aime pas les tomates.* » sont des propos jugés inadéquats par absence de continuité thématique.

La mise en valeur des actes inadéquats dans le cadre de l'évaluation de la communication a pour objectif la prise en charge du patient, selon le postulat suivant : les capacités perdues d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer le sont à jamais. C'est pourquoi, la prise en charge de type écosystémique proposée par Rousseau et présentée en partie théorique visera à placer le patient en situation d'interlocution de manière à **favoriser les conditions qui disposeront le patient à émettre des actes adéquats** et à **éviter les conditions perturbantes susceptibles d'entraîner l'inadéquation du discours** (Rousseau, 2007).

3-3. Examen des objectifs de la GECCO versus l'OSE

Le cadre général de notre démarche recoupe celui de Rousseau : il vise à « *faire en sorte que le patient puisse se sentir encore reconnu comme individu communicant, pour éviter qu'il ne se laisse trop vite "glisser" et que d'autres facteurs d'origine psychologique ne viennent aggraver le tableau clinique.* » (Rousseau, 2007).

Si nos démarches s'accordent sur ce point, nous n'avons pas élaboré notre OSE d'après les mêmes objectifs : la GECCO est un outil **d'évaluation** tandis que l'OSE est un outil destiné au suivi de patients participant à des ateliers de communication. L'enjeu n'est donc pas pour nous de faire ressortir les difficultés du patient, mais au contraire ses **ressources** pour se maintenir dans la situation de communication par le déploiement de **stratégies de compensation** et par l'**aide** apportée par le soignant en vue de favoriser la communication du patient, de le maintenir dans le désir d'être avec l'autre.

De ce fait, l'objectif de l'OSE n'est pas de mettre en relief l'inadéquation du discours, mais de mieux connaître les comportements de communication du patient, par son attitude générale et ses actes de langage, verbaux et non-verbaux ; de susciter l'appétence à communiquer et à se manifester dans le groupe. L'orientation de l'OSE est de rendre compte de la **dynamique de communication** générée par la rencontre de personnes partageant le point commun d'être atteintes d'une pathologie démentielle, souvent de type Alzheimer, et par la sollicitation des soignants qui animent les ateliers.

Par ailleurs, notre démarche s'inspire plutôt des réflexions de Devevey, qui interroge la notion d'inadéquation, et de Ploton, en faveur d'un fonctionnement mental particulier chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et qu'on ne peut donc pas comparer à celui d'une personne non atteinte.

4. Le Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication¹ (Joanette, Ska et Côté, 2004)

Le protocole MEC est destiné à « *l'évaluation de l'impact d'une atteinte à l'hémisphère droit sur les habiletés langagières* ». Il fut motivé par l'observation de troubles de la communication chez des patients présentant des lésions droites et pour lesquels les outils d'évaluation traditionnels ne mettaient pas en évidence les répercussions de ces atteintes, consécutives à une affection d'origine neurologique (vasculaire, infectieuse ou neurodégénérative) ou à un traumatisme crânio-encéphalique.

Alors que les lésions de l'hémisphère gauche altèrent le langage dans ses aspects expressifs et/ou réceptifs de manière plus ou moins étendue, les lésions droites provoquent plus spécifiquement des perturbations au niveau de la communication, affectant les composantes lexico-sémantiques, pragmatiques, discursives et prosodiques du langage.

4-1. Epreuves du protocole MEC

4-1-1. Epreuves évaluant la composante lexico-sémantique

Les performances lexico-sémantiques sont évaluées à l'aide de deux types d'épreuves :

- **l'évocation lexicale** : ce sont des tests de fluence libre, avec critère sémantique et avec critère orthographique ;

¹ Cf. annexe 5.

- le **jugement sémantique** : le patient doit déterminer s'il existe un lien sémantique entre deux items, et justifier son choix ;

4-1-2. Epreuves évaluant la composante pragmatique

Trois épreuves composent l'évaluation de la composante pragmatique du langage :

- le **discours conversationnel** : dans cette épreuve, l'examineur n'évaluera pas seulement les habiletés pragmatiques, mais aussi discursives, lexico-sémantiques et prosodiques. Au niveau pragmatique, elle évalue le respect des tours de parole, l'expression faciale, le maintien du contact visuel, la compréhension de phrases humoristiques ou d'actes de langage indirects insérés par l'examineur ;
- l'**interprétation de métaphores** : le patient doit expliquer le sens d'énoncés métaphoriques et idiomatiques, puis choisir entre trois propositions celle qui est adéquate ;
- l'**interprétation d'actes de langage indirects** : l'épreuve consiste à évaluer la capacité du patient à traiter de manière inférentielle les énoncés contenant des actes de langage indirects d'une part, et d'autre part à ne pas effectuer de sous-entendus pour les actes de langage littéraux.

4-1-3. Epreuves évaluant la composante discursive

L'évaluation des compétences discursives repose sur les épreuves de :

- **discours conversationnel** : l'examineur est amené à noter la fluidité et l'informativité du discours, la présence de digressions et de répétitions, la cohérence et la cohésion de ses propos, le manque d'initiative verbale ou au contraire l'aspect logorrhéique du discours ;
- **discours narratif** : un récit comportant cinq paragraphes est lu trois fois au patient. A la première lecture, l'histoire est interrompue à la fin de chaque paragraphe : le patient doit restituer ce qu'il a compris et retenu ; après la deuxième lecture de l'histoire, cette fois intégrale, on demande au patient de restituer l'histoire dans son ensemble, dans le but de mesurer sa capacité à coordonner les informations retenues pour reformuler l'histoire de manière synthétique, en faisant apparaître les traits saillants nécessaires à sa compréhension ; après la troisième lecture, l'examineur pose une série de questions visant à apprécier la compréhension du patient après ces deux lectures.

4-1-4. Epreuves évaluant la composante prosodique

Pour évaluer la composante prosodique, le protocole MEC propose :

- deux épreuves de **prosodie linguistique**, l'une en compréhension, l'autre en répétition : elles évaluent « *la capacité à percevoir et identifier (dans l'épreuve de compréhension) et reproduire oralement (dans celle de répétition) des patrons d'intonations linguistiques [...].* »
- deux épreuves de **prosodie émotionnelle**, en compréhension et en répétition, visant à évaluer « *la capacité à percevoir et identifier (en compréhension), reproduire oralement des patrons d'intonations émotionnelles (en répétition).* »
- une épreuve de prosodie émotionnelle en production qui évalue la capacité à produire les contours intonatifs en fonction d'une situation proposée.

4-2. Objectifs du protocole MEC

Le protocole MEC fut élaboré pour pallier au manque d'outil permettant de mettre en évidence les troubles du langage et de la communication non aphasiques chez les patients cérébro-lésés droit. Il propose un panel d'épreuves embrassant les différentes dimensions du langage nécessaires à une communication « adéquate » : les aspects lexico-sémantiques, pragmatiques, discursifs et prosodiques.

Le protocole MEC présente une approche cognitive des habiletés communicationnelles : la plupart des épreuves sont axées sur la compréhension de situations inférentielles, soit à partir de données verbales, soit par l'interprétation du contour prosodique d'énoncés. Les modalités non-verbales, en revanche, sont peu évaluées et se centrent sur les mimiques, sans explorer la dimension gestuelle.

Les composantes évaluées dans le protocole MEC, sont à prendre en considération pour élaborer notre outil. Néanmoins, il est difficile en situation de groupe de pouvoir évaluer la composante dite « pragmatique » et qui repose sur la compréhension des actes de langage indirects.

5- La grille d'observation des comportements communicationnels¹ (Barrier, 2006)

Cette grille a été élaborée dans le cadre d'un atelier d'expression musicale auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les séances, ritualisées, comprenaient plusieurs temps, dont un temps de jeu sur des percussions, un temps d'écoute musicale et un temps de discussion.

5-1. L'outil d'analyse

Sa grille regroupe trois catégories qui sont la communication analogique, la communication digitale, et les comportements communicationnels en réaction au média musique. Sa terminologie se réfère donc à Watzlawick, que nous avons évoqué précédemment.

La communication digitale concerne la transmission du « contenu » par la parole, tandis que la communication analogique renvoie aux mimiques, aux intonations, aux gestes...

Ainsi a-t-elle regroupé deux items dans la catégorie communication analogique qui sont :

- Les **réactions générales** pendant la séance : il s'agit de la participation, de la réaction face aux soignants et aux autres participants, des réponses non verbales qui maintiennent l'interaction, mais également de la manipulation du matériel proposé.
- Les **signes corporels** : ils englobent l'allure et le maintien général, l'expressivité du visage incluant le regard, la prosodie de la voix et son volume.

Sous l'aspect digitale de la communication, Barrier a choisi de regrouper quatre items, qui sont :

- Les **normes sociales et conversationnelles** : le sujet salue les interlocuteurs et respecte les tours de parole ;
- L'**informativité des gestes** : le sujet recourt spontanément à une gestuelle et émet des feed-back témoignant de difficultés de compréhension ;
- L'**expression orale** : elle s'axe sur l'intelligibilité et l'informativité du discours ;
- Le **langage écrit** : il tient compte de la possibilité et l'envie du sujet à lire.

¹ Cf. annexe 6.

Enfin, la troisième catégorie concerne les comportements communicationnels en réaction au média musique et se divise en trois items qui sont :

- L'investissement dans l'interaction musicale : le soignant observe les prises d'initiatives du sujet et ses réponses aux sollicitations ;
- La continuité dans l'échange : elle concerne le maintien du thème, qui est donc le support musical ;
- La réaction au média musique lui-même : le sujet émet-il des réponses simples (sensorielle, cénesthésique, motrice) ou complexes (visuelle, jugement de valeur, sentiment, souvenir, réponse intellectuelle, chant) ?

La grille est accompagnée d'un questionnaire aux soignants portant sur leur appréciation du comportement du patient avant, pendant, après l'atelier, dans le but d'évaluer les effets thérapeutiques de la musique.

5-2. Objectifs

Lors de son étude, Barrier a souhaité évaluer les effets thérapeutiques de la musique sur cinq patients atteints de maladie d'Alzheimer, d'un stade modéré à sévère. C'est pour cette raison qu'une grille d'observation des comportements de communication lors de l'atelier, ainsi qu'un questionnaire à l'attention du personnel soignant ont été élaborés. A l'issue de cette étude, une légère augmentation des comportements communicationnels a été mise en évidence chez chacun des participants, confirmant l'intérêt du média musique comme une forme de thérapie orthophonique.

L'objectif de Barrier était d'évaluer l'incidence d'un atelier type musicothérapie sur les comportements communicationnels. L'outil a été une aide pour mettre en évidence certaines caractéristiques de ces comportements. Les objectifs de notre projet diffèrent du sien car nous concentrons notre étude sur **l'élaboration** de l'outil le plus adapté au suivi de patients malades d'Alzheimer, en groupe. Néanmoins, ce projet nous a intéressé sur le fond comme sur la forme.

6- La fiche d'évaluation du groupe de validation¹ (Feil, 1994)

6-1. Présentation

Comme nous l'avons décrit dans la partie théorique (cf. III ; 2 ; 3.4), les groupes de validation sont destinés à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (stade de la Confusion Temporelle ou des Mouvements Répétitifs) pour qui le groupe s'avère plus efficace que la relation individuelle. Les intervenants (responsable, accompagnateur, assistant...) se réunissent en fin de séance pour faire le point sur les progrès accomplis et remplir la fiche d'évaluation du groupe de validation. Cette dernière se présente sous la forme d'un tableau à double entrée. Pour chaque patient (un par ligne), une cotation permet de déterminer la fréquence d'apparition de certains comportements :

- parle dans le groupe
- participe par des regards
- touche
- sourit
- se montre leader
- participe

Un encart est laissée aux commentaires généraux sur les réunions du groupe, les conflits et les sujets pour la semaine prochaines.

6-2. Objectifs

Feil accorde donc une certaine importance à la communication verbale (parle, participe), à la communication non verbale (participe par des regards, touche), à l'apparence émotionnelle (sourit) et à la place dans le groupe (parle **dans le groupe**, se montre leader). De même elle s'intéresse à la dynamique de groupe à travers la considération des commentaires généraux sur les réunions du groupe et les conflits.

La prise en compte de ces catégories générales intégrait et intéressait tout à fait le cadre de notre étude. Néanmoins cette grille est destinée à des groupes de validation. Compte-tenu de nos objectifs, la réaction du patient au seul concept de validation ne suffit pas à dresser un profil de communication. Aussi l'outil de Feil a le mérite d'être simple et adapté à

¹ Cf. annexe 7

des patients ayant atteint un stade sévère de la maladie et pour qui la validation présente un bénéfice indéniable. Par ailleurs, il reste trop général par rapport à nos objectifs.

De même, si la cotation nous a influencée, elle nous est apparue trop précise pour notre outil. En effet, Feil cote les comportements de cette manière :

0 : jamais	1 : rarement	2 : occasionnellement	3 : fréquemment	4 : toujours
------------	--------------	-----------------------	-----------------	--------------

7- Le PFIC¹ (Linscott, Knight et Godfrey, 1996)

Le PFIC, *Profil of Functional Impairment in Communication*, est une grille d'analyse de la pathologie des interactions conversationnelles, composée de 84 items regroupés en dix catégories.

Le PFIC évalue des comportements directement inspirés des maximes conversationnelles de Grice (1979) : quantité, qualité, relation et manière. En effet, Grice postule que la conversation est régie par des règles de fonctionnement particulières qui impliquent la coopération des deux partenaires et le respect des règles conversationnelles (Grice, 1979 ; Dardier, 2004).

Cette échelle comporte également des catégories de comportements évaluant si le discours du patient est adapté d'un point de vue social, esthétique.

7-1. L'outil

Il comporte dix rubriques que nous citerons mais que nous ne développerons pas de manière exhaustive par commodité, mais l'outil sera inséré aux annexes.

- La rubrique **I** porte sur le **contenu logique**, autrement dit, la morphologie. Elle regroupe dix items, parmi lesquels nous retrouvons la diffuence, les néologismes, le manque du mot...
- La rubrique **II** traite de la **participation à l'interaction**. Elle regroupe douze items, parmi lesquels : « *les idées sont bien soudées et organisées de façon cohésive* », « *réagit aux initiatives d'autrui* », « *pose des questions* », « *se montre dominateur* », « *est un interlocuteur difficile à suivre* ».
- La rubrique **III** est composée de sept items, qui déterminent la **quantité** des propos : « *fournit un luxe/ne donne pas assez de détails* », et l'**adéquation** du discours : « *perçoit les malentendus* », « *utilise inopportunément un jargon spécifique* »...

¹ Cf. annexe 8

- La rubrique **IV** regroupant seulement quatre items, a trait à la **qualité** et l'**authenticité** du discours : « *invente des histoires (fabule)* », « *exagère* », « *est conséquent (ne se contredit pas)* », « *semble dire la vérité* », ou encore « *se vante* ».
- La rubrique **V** relève la **structuration interne des idées**, à travers sept items comme « *la suite des idées est harmonieuse* », « *répète des informations* », « *enrichit spontanément* », ou encore « *les idées sont illogiquement connectées* ».
- La rubrique **VI** renvoie, à travers six items, à la **cohérence externe** du discours, à savoir l'articulation et l'adéquation des prises de parole du sujet par rapport à celles de l'interlocuteur : « *réagit sur le mode phatique* », « *imite les énoncés de l'Autre (écholalie)* », « *pose des questions inappropriées* »...
- La rubrique **VII** s'intéresse à la **clarté de l'expression**. Les trois items y faisant référence sont les suivants : « *est vague ou ambigu* », « *l'expression est claire, nette ou succincte* », et « *est nébuleux* ».
- La rubrique **VIII** contient onze items traitant du **comportement social**. Nous trouvons dans cette rubrique des items comme « *est exagérément poli ou courtois* », « *dirige les sujets de conversation* », « *prête une attention insuffisante* », « *est impoli ou discourtois* ».
- La rubrique **IX** s'interroge sur le **positionnement social du contenu**, à savoir son adéquation aux valeurs morales, culturelles et sociales propres à l'interlocuteur et au contexte. Les cinq items composant cette rubrique sont : « *est excessivement intime* », « *contenus inappropriés (sexe, religion, politique)* », « *parle trop de lui-même* », « *utilise des jurons* », « *est grossier ou offensant* ».
- Enfin, la rubrique **X** s'intéresse aux **aspects esthétiques**, dans lesquels sont réunis dix-huit items étudiant la prosodie, la posture, les mimiques, les gestes, l'humour...

Ces rubriques renvoient donc à autant de règles conversationnelles dérivées du modèle de Grice. Chacune des règles trouve une traduction opérationnelle sous la forme d'une Echelle de Synthèse (ES), laquelle fédère un groupe d'Indicateurs Comportementaux Spécifiques (ICS). Les ICS varient de 3 à 18 selon les ES (in Jagot, 2001).

Le patient est invité à discuter librement (pas de thème imposé) avec un tiers, complice de l'examineur pendant une quinzaine de minutes. La conversation est enregistrée sur vidéo. Chaque ICS se voit apprécié à l'aide d'une échelle en 4 points ; l'ES correspondante fait ensuite l'objet d'une note attribuée selon un différenciateur en 6

points (0 : « *normal* » à 5 : « *déficit très sévère* »). On obtient ainsi, au final, un profil pondéré qui résume les caractéristiques individuelles mises à jour par le test (in Jagot, 2001).

7-2. Les objectifs

Les objectifs du PFIC sont les suivants :

- proposer une grille comportementale présentant de bonnes qualités métrologiques,
- être simple d'utilisation en clinique courante,
- être susceptible de guider, ultérieurement, les démarches réadaptatives.

Cette grille est à l'origine destinée à l'examen des sujets traumatisés crâniens : le détail de son contenu est en lien étroit avec les déficits discursifs caractérisant cette population et non en lien avec les troubles de communication rencontrés dans la maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, les définitions présentes dans cet outil nous paraissent parfois imprécises, basées sur des jugements trop subjectifs, voire inadaptées. Notons par exemple quelques uns de ces items :

- « *Produit des mots ou des sons de façon **non intentionnelle** pour définir les énoncés paraphasiques* » (Rubrique I)
- « *Dit des choses curieuses ou bizarres* » (Rubrique I)
- « *Est ennuyeux à écouter* » (Rubrique II)
- « *Utilise un langage inaccessible, supérieur au niveau de l'Autre* » (Rubrique III)
- « *Place un accent exagéré sur des idées sans importance* » (Rubrique V)
- « *Est trop prévenant ; est exagérément guindé ou compassé* » (Rubrique VIII)
- « *Parle trop de lui-même ; contenus inappropriés ; est excessivement intime* » (Rubrique IX)

Tous ces exemples dénotent de l'imprécision du contenu de certaines rubriques dont les items sont communs pour certains à d'autres rubriques. Par ailleurs, le PFIC ne s'intéresse qu'au seul patient et omet l'interlocuteur, qui, lui aussi, joue un rôle. Nous notons également l'absence d'item concernant la qualité du contact visuel. Enfin, la majorité des items évaluent les productions d'un point de vue déficitaire (« trop », « exagérément », « excessif »...).

Notre outil se démarque donc du PFIC par son contenu qui ne se réfère pas à la même population et donc pas à la même pathologie, par ses objectifs qui ne sont ni d'évaluer, ni de mettre en avant des difficultés, et par sa forme. Néanmoins, le PFIC nous est apparu

intéressant au niveau de sa forme, qui présente les rubriques sous la forme de choix multiples, et au niveau de sa cotation. En effet les ICS sont cotés selon un différenciateur en quatre points :

* : non appréciable	0 : pas du tout	1 : parfois	2 : souvent	3 : (presque) toujours
---------------------	-----------------	-------------	-------------	------------------------

8- Autres outils

Il existe plusieurs autres échelles évaluant spécifiquement la communication, bien qu'elles soient plus rares et surtout moins utilisées que celles évaluant l'aphasie, l'agnosie, ou la dysarthrie.

Mais la plupart de ces échelles évaluant la communication ont été développées dans le domaine de l'aphasie vasculaire (Dardier, 2004) :

- le Porch index of Communicative Abilities (PICA) (Porch, 1967) ;
- le Profil de Communication Fonctionnelle (FCP) (Taylor-Sarno, 1969) ;
- l'échelle Communicative Ability in Daily Living (CADL) (Holland, 1980) mesure les habiletés communicatives de la vie quotidienne et évalue la production et la compréhension (orale et écrite) ;
- le protocole pragmatique de Prutting et Kirchner (1987) constitue un outil d'évaluation des multiples compétences pragmatiques requises en situation de communication, notamment verbales et non verbales ;
- la Grille d'Observation Pragmatique des Comportements de Communication (GOPCC) (Morin, 1985) ;
- l'Échelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) (Mazaux, 2000) ;

Selon Carlomagno (1999, in Dardier, 2004), les différentes échelles inspirées des théories pragmatiques n'ont pas connu le succès escompté auprès des cliniciens et leur utilisation reste encore très partielle. Il avance la difficulté d'utilisation de ces échelles et l'imprécision de certains items comme explications possibles.

9- Conclusion

Le premier constat qui ressort de cette présentation est qu'**il n'existe pas d'outil unique et universel** concernant la communication. Chaque outil aborde le vaste domaine de la communication en fonction :

- de ses **objectifs d'utilisation** : évaluation ou prise en charge ;
- de **l'impact d'une pathologie** sur la communication : traumatisme crânien (PFIC), lésions cérébrales droites (protocole MEC), maladie d'Alzheimer (GECCO), etc. ;
- de ses **objectifs d'observation** : comportement social, interaction, actes de langage, etc.

En fonction de ce constat, il nous paraît intéressant de nous doter de notre propre outil qui reflète :

- nos objectifs d'utilisation : **la prise en charge en ateliers thérapeutiques** ;
- l'impact de la **maladie d'Alzheimer** sur la communication ;
- nos objectifs d'observation : **faire émerger les ressources de la personne et les aides susceptibles d'améliorer sa communication.**

Nous n'avons pas cherché pour autant à ignorer les outils pré-existants ; nous nous en sommes au contraire inspirées pour développer notre propre grille d'observation clinique et en renforcer ainsi la validité à la fois théorique et pratique.

3. PRESENTATION ET JUSTIFICATION DES CRITERES DE L'OSE

1- Rappel de notre démarche : pourquoi cet Outil de Suivi d'Evolution ?

L'élaboration de cet outil répond à un ensemble de préoccupations :

- **éthique** : par la mise en valeur des ressources plus que des déficits et la prise en compte des états psycho-affectifs ;
- **pragmatique** : par l'élaboration d'un profil prenant en compte la dimension de groupe à l'intérieur duquel s'établiront les interactions ;
- **thérapeutique** : par la possibilité de suivre l'évolution du patient et du groupe, afin d'adapter la prise en charge à partir des observations suscitées par l'OSE ;
- **pratique** : pour cela, il doit être utilisable par les soignants qui encadrent et animent les ateliers.

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION

Profil de communication individuel

S.Caron et E. Salmon – Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Nom du patient :

Date :

Thème et supports de l'atelier :

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le **comportement verbal** du patient aujourd'hui ? *

silencieux volubile discret laconique modéré autre :

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ?

0	1	2	3
---	---	---	---

Spontanément ? ☐

A-t-il eu besoin d'être sollicité ? ☐

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *

assertions ? ☐ requêtes ? ☐ mécanismes conversationnels ? ☐ autre : ☐

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :

court ? ☐

moyen ? ☐

long ? ☐

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ?

oui non

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? *

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?

.....
.....

7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

manque du mot ☐ diffluence ☐ manque d'informativité ☐ troubles de compréhension ☐
 paraphasies ☐ manque de cohésion ☐ non-respect des tours de parole ☐ troubles de mémoire ☐
 persévérations ☐ manque de cohérence ☐ autre : ☐

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

- A-t-il employé des stratégies de compensation* ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

suppléance mimo-gestuelle ☐ formules automatiques ☐ circonlocutions ☐ requêtes ☐ blocage ☐
 demande d'aide non verbale ☐ termes génériques ☐ procédures de réparation ☐ esquive ☐ abandon ☐
 autre : ☐

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider ☐ encourager ☐ solliciter ☐ donner le mot ☐ recontextualiser ☐
 toucher ☐ réguler ☐ redonner le thème ☐ reformuler ☐ poser des questions fermées ☐
 autre : ☐

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange* ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

.....
.....

0 jamais

1 ponctuellement

2 fréquemment

3 constamment

n.o. non observé

* : cf. notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0	1	2	3
---	---	---	---

I- Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal : *

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

.....
.....

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : *

bien-être : ☐ mal-être : ☐ neutralité/indifférence : ☐
.....

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

6° Aspects de la voix pendant les échanges (*intensité, timbre, hauteur, intonation, débit*) :

.....

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ?

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe ?*

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

.....

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ?*

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

.....

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? *

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

.....

SYNTHESE

Ressources personnelles du patient pour communiquer	<u>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur</u>
Aspects évolutifs au cours de l'atelier	Aspects évolutifs depuis le début du suivi
<u>Éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants</u>	Adaptations et ajustements thérapeutiques

2- Justification de la trame de la grille

Le degré d'importance accordé au verbal et au non verbal dans tous les outils de communication pré-cités reflète les considérations théoriques développées en première partie et justifie doublement leur présence dans le nôtre.

Nous avons donc choisi de faire apparaître clairement ces deux composantes de la communication dans la trame de l'OSE : ainsi la première partie s'intitule « **communication verbale** », et la deuxième « **communication non-verbale** ». Les termes de communication « digitale » et « analogique » n'ont pas été retenus car ils nous paraissaient moins explicites que « verbal » et « non verbal ». En outre, ils ne revêtent pas tout à fait le même sens : la communication digitale implique la transmission d'un contenu, mais pas forcément par la langue verbale ; la communication analogique est conçue comme une modalité renseignant sur l'état de la relation, ce qui inclut les composantes non verbales et para-verbales, mais les dépasse également. Nous préférons donc nous limiter au champ plus restrictif, mais suffisamment vaste à notre avis, inhérent aux notions de « verbal » et « non verbal ». La dimension para-verbale est intégrée dans les deux parties.

La troisième partie sur la **dynamique de groupe** ne constitue pas un champ traditionnel d'observation en orthophonie. Elle cherche à mettre en évidence la façon dont la personne établit des relations avec les autres membres du groupe et participe à donner une identité particulière à ce groupe en y prenant place (cf. partie théorique, I, p. 23 à 31). Nous avons emprunté à Bales la dimension socio-émotionnelle à l'œuvre dans les interactions pour caractériser la dynamique de groupe : en effet, il nous paraît réducteur d'analyser le langage sur un versant formel uniquement car nous sommes des êtres communicants au sens large du terme. Nos paroles véhiculent nos affects. Aussi nous a-t-il semblé d'autant plus important d'inclure ces aspects dans notre outil.

Enfin la **synthèse** reprend les éléments cruciaux de la communication du patient, à savoir, ses ressources personnelles et les domaines dans lesquels l'étayage d'un soignant est nécessaire. Elle permet de dégager un **profil** prenant en considération les aspects **évolutifs**, au cours de l'atelier et au fil des ateliers ; d'inscrire des éléments autobiographiques transmis par la personne, et/ou des propos et/ou un type de comportement apparaissant important à noter ; de pouvoir faire des propositions d'adaptation et d'ajustement thérapeutiques à l'issue de la réflexion

3- Justification des critères

3-1. Communication verbale

♦ **Qualification du comportement verbal** : ce premier critère fait référence à la manière particulière dont le patient s'exprime. Il correspond à certains **traits de sa personnalité et de son humeur** qui transparaissent dans son énonciation. En effet, le langage est un lieu d'expression des affects, aussi bien par son contenu (ce qui est émis) que par son contenant (la manière dont c'est émis). Cet aspect fut soulevé dans la partie théorique concernant les liens entre la subjectivité, l'identité et le langage.

Ce critère permet de déterminer un type de comportement de communication. Nous suggérons quelques propositions pour permettre au soignant de répondre facilement à ce critère et de comprendre quel type de réponse est attendu.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 12-13.

♦ **Investissement dans l'interaction** : dans cette sous-partie nous cherchons à définir la façon dont le patient s'engage dans l'interaction.

Tous les outils passés en revue mettent l'accent à un moment donné sur ce que nous avons appelé dans notre outil « **investissement dans l'interaction** » : dans le TLC, il s'agit de la grille intitulée « *attention et motivation à la communication* » ; le protocole MEC y prête attention spécifiquement dans l'analyse conversationnelle sous le terme « *initiative verbale* » ; le PFIC comporte une rubrique « *participation à l'interaction* » ; la GECCO mesure la fréquence d'actes de langage ; Barrier a enjoint une troisième catégorie à son outil, nommée « *comportements communicationnels en réaction au média musique* ».

⇒ Cf. partie pratique : II, 2, p 96 à 111

1° Le patient prend-il la parole ? : cette question à pour objectif de mesurer, subjectivement, l'occurrence des prises de parole du patient. Ce critère ne vaut pas pour lui-même et informe peu sur la communication verbale du patient. Il doit être mis en relation avec d'autres critères de manière à savoir s'il prend souvent la parole malgré ses difficultés ; s'il s'abstient de parler à cause de ses difficultés ; si cela correspond à un trait de caractère reflétant un comportement général de communication ; s'il se maintient à l'écart du groupe, etc.

Pour préciser cette occurrence, nous proposons deux sous-critères permettant de distinguer la prise de parole spontanée ou sollicitée par le soignant ou par un membre du groupe. Le caractère spontané de la prise de parole permet de montrer que le patient cherche à s'exprimer malgré ses difficultés, qu'il prend des initiatives, qu'il est à son aise dans le groupe, etc. ; la prise de parole sur sollicitation renseigne sur un trait de caractère réservé, sur une stratégie de repli devant des difficultés d'expression et de compréhension trop envahissantes, sur la peur du regard des autres, etc. Ces informations doivent donc être mises en relation avec d'autres critères de manière à définir un comportement de communication.

Ces sous-critères sont apparus suite à nos lectures et à notre expérience clinique. En situation de stage, nous observons que certains patients ne s'expriment que s'ils sont sollicités dans ce but, contrairement à d'autres qui s'expriment très spontanément.

⇒ Cf. partie théorique, II, p. 52.

⇒ Cf. partie pratique, II, p. 96 à 99.

2° Types d'actes de langage utilisés : cette question vise à faire apparaître les stratégies de communication utilisées par le patient. Quand il s'exprime, emploie-t-il des **assertions**, qui lui permettent d'apporter des informations sur un sujet, ou bien utilise-t-il plutôt des **requêtes**, c'est-à-dire des demandes de clarification ? D'après Berrewaerts (2003), l'énonciation dans la première modalité est plus volontaire : elle témoigne d'une subjectivité qui s'affirme, en dépit des difficultés d'expression ; la seconde traduirait un manque d'assurance dans les capacités du patient à penser et à s'exprimer.

Parmi les actes de langage utilisés par le patient, il nous semble important de mentionner si le patient utilise des **mécanismes conversationnels** (GECCO) de manière préférentielle par rapport à d'autres actes de langage.

Comme nous n'avons pas pour objectif une analyse fine des actes de langage, nous avons choisi de nous axer sur ces trois types d'actes qui englobent la plupart des énoncés et sont communs à toutes les taxonomies.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 14 à 17.

⇒ Cf. partie pratique : II, p 99 ; p 102 à 105.

3° Durée du temps de parole du patient : cet item ne répond pas à une donnée théorique concernant les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, cette information manquait pour appréhender la communication des patients. En effet, la première question nous renseigne sur la fréquence de la prise de parole, mais elle ne

permet pas de nous informer sur sa durée. La réalité clinique nous a montré qu'un patient peut très bien répondre aux sollicitations, et donc s'exprimer fréquemment en terme d'actes de langage, sans pour autant développer ses propos ; un autre pourra au contraire se saisir de l'occasion pour s'exprimer sur un sujet et apporter de multiples informations. Cette donnée apporte donc une information complémentaire qui nous semble pertinente pour établir un profil de communication.

4° Prise de parole et temps de latence : ce critère (Berrewaerts, 2003) prend en considération le délai qui peut exister lorsqu'une personne sollicite le patient par une question ou quand il s'exprime spontanément. L'objectif de cette question est double : elle permet de mettre en évidence un défaut d'initiative et de savoir si le patient a besoin d'un temps de pause pour pouvoir s'exprimer. Il nous paraît donc important d'objectiver ce besoin pour mieux s'adapter à la communication du patient.

⇒ Cf. partie théorique : II, p. 52.

⇒ Cf. partie pratique : II, 108-109.

5° Investissement dans le thème de l'atelier : cette question recouvre plusieurs aspects. Elle renvoie à la capacité d'un locuteur à initier, maintenir et clôturer une conversation sur un thème donné. Elle permet de noter si le patient se saisit du thème et l'investit. Elle donne l'occasion d'analyser le discours, élément central qui se retrouve dans tous les outils présentés précédemment.

Néanmoins, tout acte d'énonciation appartient au contexte dans lequel il est réalisé : la performance du patient est donc à relativiser en fonction de considérations liées au patient lui-même (état psycho-affectif, préoccupations personnelles, capacités cognitives) et de la dynamique de groupe le jour de l'atelier.

⇒ Cf. partie théorique : I, p11 ; II p 52.

⇒ Cf. partie pratique : II p 96 à 110.

6° Thèmes préférentiels : la question posée vise à connaître les sujets sur lesquels le patient aime s'exprimer. Cette question rejoint l'objectif de la question précédente, à savoir connaître des thèmes facilitant son expression. Mais elle permet par ailleurs de relever des thèmes qui ne sont pas nécessairement en rapport avec le sujet de l'atelier, mais traduisent une préoccupation récurrente chez le patient.

⇒ Cf. partie théorique : III, p. 74-75, p78, 79.

7° Prise en compte de la parole des interlocuteurs : l'investissement dans l'interaction ne peut pas être considéré que du point de vue expressif : **l'interlocution** suppose le fait d'être **tour à tour locuteur et interlocuteur**, et donc d'adresser des signes de rétroaction (ou feed-back) verbale. C'est pourquoi nous avons choisi, à l'instar du TLC, de différencier le feed-back verbal du feed-back non verbal. La prise en compte de la parole des autres, au niveau verbal, se traduit sous plusieurs formes. Lorsque nous ne comprenons pas, nous le faisons savoir, et lorsqu'un interlocuteur ne comprend pas nos propos, nous sommes capables de lui reformuler. Néanmoins, cette attention portée aux propos de l'autre peut également apparaître sous la forme de requêtes ou de courtes phrases de compréhension (« *mh !* », « *oui* »...), d'évaluation, d'interrogation (« *ah bon ?!* »...) que Rousseau nomme « *mécanismes conversationnels* » et que nous avons préféré séparer du feed-back verbal pour les caractériser spécifiquement.

⇒ Cf. : partie théorique : I, p 5, p.10-11.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 96-99.

8° Difficultés rencontrées pendant la prise de parole : cette question pointe les défaillances dans le discours des patients. En ce qui concerne le suivi des patients et l'évolution de leur communication au cours de la prise en charge, il nous paraît important de souligner que cette question ne vaut pas pour elle-même : elle n'est qu'une étape pour aborder le cœur de notre propos qui privilégie les **ressources** potentielles du patient, et les **remédiations** possibles face à ses troubles pour prolonger l'échange.

Nous proposons une série de choix qui ne recouvrent pas tous les troubles observables venant parasiter la communication, mais qui permet au soignant remplissant la feuille de suivi d'amorcer sa réflexion. Ces choix reprennent les troubles exposés en parties théorique et pratique :

- relativement aux troubles purement **linguistiques**, il s'agit du **manque du mot**, des **paraphasies** verbales, sémantiques et éventuellement phonémiques, du caractère **diffluent** du discours c'est-à-dire « *une rupture du flux du discours provoquée par des hésitations, par des arrêts ou des pauses fréquentes en milieu de phrase, ou bien par des faux départs et des reprises au début des phrases* » (PFIC).
- relativement aux troubles **pragmatiques**, il s'agit tout d'abord du respect des **tours de parole** : les troubles portant à ce niveau gênent la situation d'interlocution car ils entravent les convenances sociales d'attention et de considération portées à la parole de l'autre. Le

sujet reste focalisé sur ses sensations et ses pensées, ce qui le rend indisponible à l'échange. Nous reprenons ensuite les troubles pragmatiques généraux recensés par Berrewaerts et ses collaborateurs (2003), touchant à la **cohésion**, à la **cohérence** du discours en lien avec le contexte, et à son **informativité**.

- les deux derniers critères proposent de rendre compte de l'impact des **troubles de compréhension** et des atteintes **mnésiques** sur la communication du patient. L'outil s'intéressant spécifiquement à la communication, nous n'avons pas cherché à spécifier l'origine des perturbations, mais seulement à les mentionner.

L'outil prévoit une case « autre » dans le cas où le soignant observerait un trouble n'apparaissant pas dans la liste.

⇒ Cf. partie théorique : II, p 48 à 54.

⇒ Cf. partie pratique : II, p 96 à 110.

♦ **Ressources et remédiations** : cette partie, centrale dans notre outil, s'intéresse à la manière dont le patient compense ses difficultés et aux moyens déployés par le soignant pour le maintenir dans l'échange.

1° Réaction du patient face à ses troubles :

- conscience des troubles : par ce critère, l'observateur cherchera à évaluer la conscience que le patient a de ses difficultés de communication. La question de la réaction face aux troubles permet de mettre en évidence un comportement de type anosognosique de la part du patient, mais également de relever sa gêne face à ses problèmes lorsqu'il est en situation d'échange. Cette gêne peut indiquer un des motifs pour lequel le patient s'abstient de s'exprimer et de participer à l'activité commune. En fonction de cette manifestation, l'interlocuteur apportera une aide spécifique et adaptée pour inclure la personne dans l'échange et lui permettre ainsi de communiquer, ce pourquoi il est intéressant d'observer un tel comportement. Il importe donc de noter si le patient commente ses difficultés de manière explicite ou par des propos comme « *je ne sais pas* », « *je n'arrive plus* », afin de nous renseigner sur le vécu qu'il a de ses troubles.

⇒ Cf. partie théorique : II, p. 40, p 57.

- stratégies de compensation : ce sont les moyens mis en place par le sujet pour pallier à ses difficultés. Ils témoignent des ressources dont il dispose pour se maintenir dans l'échange. Les critères choisis reprennent quelques éléments de la théorie et des outils de

communication préexistants, mais sont aussi issus de nos observations cliniques. Nous proposons :

- la **suppléance mimo-gestuelle** : elle permet au patient de se faire comprendre en mimant les mots qui se dérobent à l'expression, manifestant de ce fait le maintien du concept dans la mémoire sémantique ;
- les **formules automatiques** : elles relèvent des mécanismes conversationnels et sont à noter quand elles sont récurrentes et envahissent le discours de la personne ; exemple : « *ça c'est sûr* », « *c'est toujours comme ça* », etc.
- les **termes génériques** : « *machin* », « *chose* », « *trucs* » qui viennent compenser le manque du mot ;
- les **circonlocutions** : « *façon d'exprimer une notion par un ensemble de plusieurs mots, synonymes d'un mot unique* »¹. Utilisé comme stratégie de compensation, c'est un moyen pour contourner le manque du mot et poursuivre l'échange.
- les **procédures de réparation** : le patient se corrige lui-même, repère et reprend ses erreurs ;
- les **requêtes** : le patient remédie à ses difficultés en sollicitant l'aide de l'interlocuteur, verbalement, par des demandes de clarification, etc.
- la **demande d'aide** : le patient remédie à ses difficultés en sollicitant l'aide de l'interlocuteur de manière non verbale, par une mimique ou un regard.

Mais un patient peut effectuer d'autres stratégies qui compensent ses difficultés en opérant cette fois une rupture de la communication : ce sont des considérations cliniques que l'observation des ateliers a pu mettre à jour. Le patient peut par exemple **esquiver** un problème d'expression en présentant une excuse signifiant qu'il n'est pas en mesure de répondre à la sollicitation, comme « *c'est loin, ça* » ; il peut réagir en se **bloquant** et signifier ainsi à la personne que la poursuite de l'échange lui demande trop d'efforts ; il peut également **abandonner** l'échange par un comportement signalant à l'interlocuteur qu'il ne faut pas poursuivre sur le sujet.

⇒ Cf. partie théorique : II, p. 53.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 94 à 110.

3° Les techniques d'aide utilisées par le soignant : par cet item, nous cherchons à placer au cœur de l'outil le **rôle du soignant** dans la prise en charge et les **ajustements**

¹ Dictionnaire d'Orthophonie, 2004

cliniques qu'il met en place pour maintenir le patient dans l'échange et dans son désir de communiquer. Ce critère a donc pour objectif de réfléchir sur le comportement à adopter en face d'un patient unique et singulier, en notant le type d'intervention, en vue d'objectiver ce qui a pu fonctionner au moment de la rupture de communication.

Les techniques d'aide auxquelles le soignant a le plus fréquemment recours sont mentionnées dans l'outil. Il s'agit de:

- la **validation**, faisant référence aux travaux de Feil (1994) ;
- la **régulation** des tours de parole, afin, par exemple, de permettre à une personne réservée de s'exprimer tout en canalisant le débordement d'une autre. Parallèlement, cette intervention est destinée au bon fonctionnement du groupe ;
- la **reformulation** des propos d'une personne lorsque celle-ci ne parvient pas à être informative ;
- la **recontextualisation** de propos paraissant de prime abord incohérents car délivrés par le patient sans le fil qui le relie au contexte. Il appartient alors au soignant de comprendre à quoi peut faire référence la personne grâce aux informations biographiques recueillies afin de livrer la clef du sens de l'acte de langage et valider ce que la personne a voulu signifier (Devevey, 2007) ;
- la **sollicitation** lorsqu'un patient se maintient en retrait et n'entre pas dans l'interaction ;
- l'**encouragement**, lorsque la personne n'ose pas s'exprimer, ou qu'elle y est au contraire parvenue ;
- **toucher**, permettant d'apaiser, de canaliser le patient (Gineste-Marescotti, 2007; Feil, 1994) ;
- **donner le mot** qui échappe au patient ;
- **redonner le thème**, afin qu'il puisse s'exprimer et investir le thème de l'échange ;
- **poser des questions fermées**, ce qui rend la compréhension plus accessible et permet à la personne de répondre plus facilement lorsqu'elle est en difficulté (Rousseau, 1995).

Comme pour toutes les autres propositions, ces dernières n'ont pas un caractère exhaustif : c'est pourquoi nous laissons la possibilité par la mention « autre » d'ajouter les techniques d'aide utilisées par le soignant ;

⇒ Cf. partie théorique : II, p. 53, p. 55-56 ; III, p 62 à 70.

4° Continuité de l'échange grâce à l'aide : l'OSE cherche à rendre compte de ce qui est opérant dans la communication du patient avec les partenaires d'échange. Ce critère

répond à un des objectifs fixés dans l'élaboration de l'outil, en stipulant si l'aide permet au patient de se maintenir dans l'échange amorcé. Il est intéressant de noter le contexte dans lequel l'aide fut proposée, qu'elle fût efficace ou non, car cette information peut s'avérer intéressante dans la perspective de prise en charge à long terme. Une place de commentaire est donc laissée à la disposition du soignant pour noter les effets de la remédiation (si les interventions ont fonctionné, et, si ce n'est pas le cas, les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été opérantes) ou se questionner sur les adaptations à proposer pour mieux aider le patient.

3-2. Communication non verbale

♦ **Attention et écoute portées à l'échange** : une interaction suppose la participation entière des partenaires de l'échange : l'un parle pendant que l'autre manifeste son attention à ce qui lui est dit. Cette dimension est à la base de la notion de circularité de la communication que nous avons abordée en partie théorique en faisant émerger le concept de **feed-back**.

Pour répondre à cet item, l'observateur veillera à relever les **marques d'attention et d'écoute** du patient qui transparaissent de manière **non verbale** par une série de signes ou **feed-back** : le regard, lorsqu'il suit le cours de l'échange, traduit cette attention ; le hochement de tête signifie à la personne qui parle que son interlocuteur a toute son attention et comprend ce qu'il dit ; et, de manière générale, toutes les réactions expressives du patient aux propos des autres : rire, sourire, étonnement, etc.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 5, p 10-11.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 98, p.100.

♦ **Comportement général** : les deux items qui figurent dans cette sous-partie visent à compléter le profil général du comportement de communication.

1° Qualification clinique du comportement non-verbal : cet item fait écho au premier critère de l'outil portant sur le comportement verbal du patient. L'objectif est de poser un regard global sur le patient et de faire apparaître certaines caractéristiques dans son attitude au cours de l'atelier. Cette qualification clinique et éminemment subjective ne vise pas à enfermer le patient dans un type de comportement, mais à établir des liens entre les items pour tenter de mieux appréhender sa communication, et, encore une fois, pour permettre au soignant de mieux définir son projet thérapeutique.

Pour qualifier le comportement non verbal du patient, nous nous référerons aux signes **statiques** (appareil physique naturel ou surajouté), aux signes **cinétiques lents** (attitudes et postures), et aux signes **cinétiques rapides** (jeux de regards, gestes, mimiques) exposés en partie théorique, mais aussi aux aspects para-verbaux. Quelques propositions sont suggérées afin d'améliorer le traitement de cette question.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 20 à 22.

2° Qualification de l'attitude corporelle : Elle se manifeste de différentes manières : par des mouvements de jambes et de mains, par la posture, par les expressions du visage ou encore par des attitudes de préhension ou de manipulation d'objets, par des tremblements, des grattements... Ces attitudes corporelles sont liées à l'état psycho-affectif du patient et témoignent par exemple de tensions internes.

Nous avons rajouté cet item suite aux conseils d'une psychomotricienne.

⇒ Cf. partie théorique : p. 20.

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : cet item traduit une des préoccupations qui nous a menées à la constitution de cet outil. Prêter attention à l'état psycho-affectif du patient nous paraît fondamental dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : rappelons que l'un des objectifs est précisément de prévenir le repli sur soi et de restituer au patient sa place de sujet communicant en suscitant des situations d'interaction dans lesquelles toute énonciation cherchera à être validée.

Nous avons choisi trois critères relatifs à l'état psycho-affectif : les manifestations de **bien-être**, de **mal-être** et d'**indifférence** ou de **neutralité**. Pour plus de précisions, il est possible de noter les manifestations non verbales de cet état psycho-affectif : le bien-être transparaît par exemple dans des expressions telles que le sourire, le calme, l'écoute, et peut être éventuellement corroboré au niveau verbal par des moments où le patient s'exprimera plus souvent de manière spontanée ; au contraire, l'expression du mal-être est perceptible au travers de manifestations d'anxiété, par des traits crispés, des signes de mécontentement, un retrait marqué des situations d'échange ; l'indifférence ou la neutralité apparaissent chez des personnes plutôt réservés et peu expressifs, chez qui il est difficile de lire des émotions, ou chez des patients apathiques.

Notons que ces observations ne disent rien du ressenti réel de la personne, mais résultent des impressions subjectives du soignant. Il est intéressant de ce fait de pouvoir

justifier certaines de ces impressions en questionnant le patient dès la fin de l'atelier sur son ressenti.

⇒ cf. partie théorique : II, p39 ; III, p 63 à 66, p.67 à 68, p.79 à 81.

♦ **Comportement au cours de la parole** : dans cette sous-partie, nous cherchons à observer comment le sujet utilise l'ensemble de son **corps en situation de communication**. Rappelons qu'il semblerait que la communication non verbale soit longtemps préservée dans la maladie d'Alzheimer : il semble donc intéressant de mesurer cliniquement cette constatation.

1° Accompagnement de la parole par une gestuelle : l'observation des gestes n'est pas évidente tant ils accompagnent naturellement la parole. Il importe cependant d'y prêter attention pour mettre en évidence le contexte dans lequel le patient déploie sa gestuelle. Les gestes qui la composent peuvent être très visibles ou plus discrets : la personnalité du patient se manifeste au travers de sa gestuelle, dans ce que Scherrer (1984) nomme la fonction de régulation. Ils peuvent intervenir plus spécifiquement en cas de difficulté, quand le patient se heurte à un mot ou qu'il ne parvient pas à formuler sa pensée : cela renvoie à la fonction sémantique des signes non verbaux. Nous parlerons dans ce cas de suppléance mimogestuelle, et nous ferons alors le lien avec les stratégies de compensation.

⇒ cf. partie théorique : I, p. 20-21;

2° Expressivité du visage : les mimiques jouent également un rôle déterminant dans la communication, en ce qu'elles participent à l'identification des significations implicites émanant du locuteur, et facilitent par cela la compréhension. Elles informent constamment les partenaires des échanges sur l'état de la relation. De la même façon que pour l'item précédent, nous nous intéresserons à l'expressivité du visage lorsque le patient se heurte à ses difficultés d'expression verbale, afin d'y lire des demandes d'aide à l'interlocuteur, des marques de l'état psycho-affectif du patient, comme l'affliction, l'anxiété, ou l'indifférence, etc. Le soignant pourra ainsi établir le lien avec les items précédents, portant sur les stratégies de compensation et l'état émotionnel du patient.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 7-8, p. 20 à 22.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 100, p. 104-105.

3° Direction du regard pendant les échanges : Même s'il en a été question avec les feed-back, il semble nécessaire d'attribuer un item à la prise en compte du regard. Il peut en

effet arriver qu'un patient adresse toutes sortes de feed-back (acquiescement, hochement de tête, etc.) sans regarder personne. Il est donc important de noter si le regard est toujours bien dirigé vers les interlocuteurs quand le patient prend part à l'échange.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 20, p.21.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 98 à 105.

4° Feed-back non verbaux adressés à l'interlocuteur : les feed-back sont les signes verbaux et non verbaux que s'adressent les interlocuteurs au cours des échanges. Les réponses envoyées au locuteur par l'interlocuteur lui permettent d'ajuster et d'adapter constamment son message.

Pour cet item, nous observerons donc si le patient adresse des signes non verbaux de compréhension ou d'incompréhension aux interlocuteurs lorsque ces derniers lui parlent : regards, hochements de tête, froncements de sourcils, etc.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 5, p. 10-11.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 98, p. 100, p. 105.

5° Prise en compte des feed-back non verbaux adressés par l'interlocuteur : cet item cherche à définir si le patient réagit **aux signes non verbaux** que les interlocuteurs, soignants ou patients, lui envoient ; il s'agit donc du versant non verbal de l'item 7 de la partie « investissement dans l'interaction » : « prise en compte de la parole des interlocuteurs ».

Nous chercherons donc à observer si le patient comprend le message sous-jacent au signe non verbal et s'il adapte son comportement ou ses propos en fonction de ce qui lui est renvoyé par les interlocuteurs.

⇒ Cf. partie théorique : I, p 10-11.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 98.

6° Aspects de la voix pendant les échanges : les aspects para-verbaux se mesurent essentiellement au travers des caractéristiques de la voix, qui informent sur le contenu du message : des actes de langage de type illocutoire, comme un ordre ou une remarque d'étonnement, se réalisent au travers des informations prosodiques véhiculées par la voix, en modulant l'intensité, la hauteur et le timbre. La voix participe donc à la compréhension du contenu d'un énoncé, mais renseigne également sur la personnalité du sujet et son état psycho-affectif : on s'intéressera dans ce cas au débit et à l'intonation de sa parole, à l'intensité, au timbre et à la hauteur de la voix.

⇒ Cf. partie théorique : I, p. 19, p. 21-22.

⇒ Cf. partie pratique : II, p. 97, p. 103-104, p. 105.

3-3. Dynamique de groupe

1° Interaction du patient avec le groupe : cette question s'intéresse aux rapports que le patient entretient avec le groupe. Le patient tient-il compte de la présence des autres membres du groupe ? La réponse à cette question est un indicateur social des possibilités d'adaptation d'un sujet à une situation de groupe. Mais comme nous l'avons décrit dans la partie théorique, la taille du groupe influence le type et la quantité d'interactions (Newcomb, Turner, Converse, 1970, in Anzieu et Martin 1968). La situation de groupe implique la présence d'au moins trois personnes ; les groupes que nous suivons en stage sont constitués de cinq à huit patients. Nous avons vu dans la partie théorique que l'augmentation du nombre de membres dans un groupe favorise les clivages en sous-groupes et donc les conversations côte à côte. Aussi cette question, ainsi que la suivante, cherche également à prendre en compte l'influence de la taille du groupe sur le comportement communicationnel du patient.

⇒ Cf. partie théorique, I, p 28-29.

2° Interlocuteur privilégié du patient : cette question découle directement de la précédente. En effet, si le patient ne s'adresse pas au groupe, il a peut-être un interlocuteur privilégié. La taille du groupe influence les comportements communicationnels, et nous avons pu observer que les interventions de certains patients dépendaient également de leur position autour de la table et par conséquent de leurs relations de voisinage. Tout dépend du sexe (homme ou femme), du statut (soignant ou patient) de leur voisin et des relations affectives (ami ou inconnu) qu'ils entretiennent avec lui. Certains patients ne s'adressent qu'au soignant, d'autre préférentiellement à leur voisin.

La disposition des patients autour de la table peut sensiblement affecter la dynamique de groupe : la création de sous-groupes d'affinité favorise la communication des patients à l'intérieur de ces sous-groupes mais peut nuire en contrepartie à la dynamique de groupe générale ; éloigner des personnes qui entretiennent des relations privilégiées peut la desservir également et paralyser les interactions.

⇒ Cf. partie théorique : p. 23, p. 29-30.

3° Tensions générées par le patient : comme nous l'avons décrit dans la partie théorique le groupe n'est jamais en état stationnaire durable, il oscille entre des états d'équilibre et de déséquilibre générés par des tensions, *positives* et *négatives*. Ces tensions proviennent entre autre des individus et du type d'interaction qu'ils développent (Lewin, in Anzieu, 1968). Bales s'est penché sur cet aspect des choses : les types d'interaction et d'échanges interindividuels au sein du groupe. C'est pourquoi nous avons choisi de qualifier les interventions des patients par le biais des zones socio-émotionnelles de Bales. L'une est positive et l'autre, négative. Cette terminologie n'attribue pas un jugement de valeur aux interventions. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » interventions, de « gentilles » ou de « méchantes » prises de parole. Seulement, l'intervention peut créer un déséquilibre positif (solidarité, détente, accord) ou négatif (désaccord, tension, antagonisme).

Pour Bales, il existe une autre catégorie : la zone neutre de la tâche. Elle comprend les interventions de type opératoire, c'est-à-dire orientés vers les objectifs à atteindre et la résolution d'une tâche. Mais, pour Lewin, les interventions de type opératoire peuvent se répercuter sur la dynamique de groupe et générer des tensions, positives ou négatives. L'OSE permet d'intégrer ces deux conceptions différentes sans se contredire : la zone neutre de la tâche est traitée dans l'investissement dans l'interaction ; les tensions éventuelles générées par ce type d'intervention peuvent être également introduites au niveau des tensions positives et négatives.

⇒ Cf. partie théorique, II, p. 24-25.

⇒ Cf. partie pratique, II, p. 95-96.

4° Rôle du patient au sein du groupe : Benne et Sheats (1948), dans le même courant de pensée que Bales attribuent des rôles sous la dénomination « *rôle centré sur la tâche* », « *rôle de maintien de cohésion* » et « *besoins individuels et rôles parasites* ». Ces rôles, exposés dans la partie théorique, dépendent directement du type d'intervention émis par le patient et donc de sa contribution à la dynamique de groupe.

⇒ Cf. partie théorique, p.30-31.

5° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ? : cette question permet de faire le point sur les bénéfices que le patient tire de sa participation au groupe. La situation de groupe a-t-elle permis au patient de s'exprimer, et a-t-elle favorisé sa communication ? Cette question fait le lien avec les éléments qui ressortent de la communication verbale et non verbale, et notamment avec l'état émotionnel du patient. Par

exemple, un patient qui arrive contrarié en début de séance et qui ressort joyeux et apaisé en fin de séance aura certainement tiré bénéfice de cette situation. En effet Lewin nous rappelle que « *le groupe est une totalité dynamique qui détermine le comportement de ceux qui en font partie* » (in Abric, 2008). Notre comportement en groupe est différent de notre comportement en situation duelle.

⇒ Cf. partie théorique, I, p. 25 ; III, p. 78 à 82.

3-4. Synthèse

L'intérêt de la synthèse est de pouvoir reprendre les objectifs de l'outil. Plusieurs cases sont prévues à cet effet :

- Ressources personnelles du patient pour communiquer : il s'agit des éléments relevant du profil de communication, au niveau verbal et non verbal et au niveau de la dynamique de groupe, dans lesquels le patient possède des qualités naturelles conservées et qu'il peut mettre en œuvre sans l'aide de l'interlocuteur ou du soignant.
- Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur : il s'agit ici de reprendre et de commenter les possibilités d'adaptation et d'aide favorisant la communication du patient.
- Éléments autobiographiques, propos ou comportement marquants : cette case permet de mettre en évidence les faits à même de retenir l'attention du soignant pour la prise en charge.
- Proposition d'adaptations et d'ajustements thérapeutiques : cet espace est laissé pour que le soignant puisse noter ses réflexions sur la prise en charge du patient.
- Aspects évolutifs : il nous a semblé important de distinguer deux aspects évolutifs :
 - l'évolution *au cours de la séance* : nous observerons alors les résonances produites par la dynamique de groupe, le thème et le support choisis pour l'atelier au niveau de la communication du patient (attention, expression, états psycho-affectifs, place dans le groupe, etc.) ;
 - l'évolution *depuis le début du suivi* en atelier : il s'agit ici de noter les changements dans le comportement de communication du patient séance après séance, pour pouvoir mieux en faire la synthèse.

3-5. Justification de la cotation

Pour coter les items, nous nous sommes inspirées de la cotation du PFIC. Les termes que nous avons choisis ne sont pas exactement les mêmes mais s'y apparentent :

Notre projet a pour vocation originelle de **qualifier** le comportement communicationnel des patients. Les questions à choix multiples permettent de spécifier et préciser le contenu de certains items. La cotation permet quant à elle d'apporter une précision quantitative sur la fréquence d'apparition de certains comportements. Nous avons souhaité, par choix, ne coter que les items qu'il nous paraissait crédible de quantifier.

3-6. Justification du Profil de groupe¹

Comme nous l'avons vu auparavant, le groupe constitue une entité qui vaut pour elle-même : il ne se réduit pas à la somme des individus qui le composent. Le profil de groupe est donc un outil de prise en charge complémentaire à l'OSE individuel qui, lui, traite plutôt l'individu dans le groupe que le groupe lui-même. Il a pour objectif de prendre en considération le comportement de communication du groupe dans son ensemble.

- *Plan de table* : cet item permet de spécifier dans l'outil l'emplacement des patients et des soignants au cours de la séance. C'est un aspect qui influe sur le déroulement de la séance, au niveau des interactions et de la dynamique de groupe. Lors d'un placement dirigé, les patients sont placés de manière « stratégique », c'est à dire en prenant acte de leurs capacités d'adaptation au sein d'un groupe. En fonction de la fréquence de leurs prises de parole, de leurs ressources et de leurs difficultés, la disposition des patients les uns par rapport aux autres influence l'état d'équilibre du groupe. Le placement libre permet aux patients choisir leur place en fonction de leurs affinités et de leurs envies.
- *Déroulement de la séance* : cet item indique les événements qui ont eu lieu au cours de la séance.
- *Réaction(s) du groupe par rapport aux activités de l'atelier* : cet item vise à apprécier la mobilisation du groupe quant au thème et au support proposés. Il s'agit de prendre en compte les activités et les thèmes ayant favorisé la communication, ayant suscité l'engouement et ceux n'ayant pas motivé les patients.

¹ Profil de groupe : cf. p.132

- *Eléments modifiant la dynamique de groupe* : la considération des éléments socio-émotionnels est essentielle à la compréhension du fonctionnement d'un groupe. Ces éléments regroupent les tensions positives visant la solidarité, la détente, l'accord et les tensions négatives se révélant par le désaccord, la tension et l'antagonisme. Cela permet aux soignants de relever l'atmosphère qui règne au sein du groupe et de prendre conscience que l'état d'équilibre et de stabilité est précaire dans un groupe.

- *Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur le cycle ou l'année* : cet item fait apparaître l'évolution de l'atmosphère qui règne au sein du groupe et permet de comparer les séances entre elles. Elle permet de mettre en évidence l'évolution de la place occupée par chaque membre, et leur épanouissement ou non au sein d'un groupe.

- *Proposition d'adaptation et d'ajustement pour la semaine suivante* : si le groupe a bien répondu à une activité, s'est mobilisé pour un thème, a abordé des sujets particuliers, le soignant doit s'en saisir et, en fonction de tout cela, proposer d'autres activités ou thèmes fédérateurs.

PROFIL DE GROUPE

Date :

Patients :

Soignants :

Thème :

Supports :

4- Plan de table :



Déroulement de la séance :

Réactions du groupe par rapport aux activités proposées :

Éléments modifiant la dynamique de groupe au cours de la séance :

- tensions positives :

- tensions négatives :

Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur l'année ou le cycle :

Propositions d'adaptation et d'ajustement pour la semaine suivante :

4. MISE EN PRATIQUE ET EVOLUTION DE L'OUTIL LORS DES ATELIERS

Les versions successives des OSE, qui nous ont permis de parvenir à l'OSE présenté auparavant, sont le fruit d'un travail de réflexion théorique et de confrontation avec la réalité pratique des ateliers thérapeutiques. Si nous avons déjà approfondi le fondement théorique de notre travail, il nous reste à décrire plus avant la manière dont notre outil a évolué. Notre sens de l'observation s'est affûté au fur et à mesure des séances, notamment grâce aux enregistrements vidéo qui ont influencé l'évolution de l'outil. Les conseils apportés par les soignants et leurs réponses au questionnaire nous ont également permis d'opérer des modifications importantes au cours des mois de mise en pratique.

Pour aborder ce chapitre, nous allons, **dans un premier temps**, présenter les ateliers de nos structures ainsi que les patients qui, **dans un second temps**, apporteront alternativement un éclairage pratique aux quatre étapes décisives ayant marqué l'évolution de l'outil. Afin d'éviter les redondances, nous avons choisi en effet de retranscrire, pour chaque OSE, les observations relatives à un seul patient : l'OSE 1 et l'OSE 3 seront ainsi abordés au travers de Mme S. ; l'OSE 2 et l'OSE 4 avec M. H.

L'analyse issue de l'application des OSE sera systématiquement confrontée à nos objectifs de départ : cela nous permettra de mettre en évidence les intérêts et limites de l'outil à chaque étape, de justifier la nécessité de le faire évoluer et de redéfinir des objectifs à chaque fois.

Une fois que le profil de communication nous est apparu satisfaisant, nous avons mis au point un questionnaire pour recueillir l'avis des soignants participant aux ateliers thérapeutiques des structures afin de ne pas limiter la critique de notre outil à notre seul point de vue. Nous présenterons le questionnaire et les commentaires des soignants à la fin de l'OSE 3.

1- Présentation des ateliers thérapeutiques et des patients

1-1. L'atelier « Histoire de vie » à l'Hôpital Bellier et M. H.

1-1-1. Présentation de la structure

L'unité de psychogériatrie de Nantes est une unité intersectorielle de psychiatrie, alternative à l'hospitalisation. Elle a pour mission de prendre en charge des personnes de plus

de 60 ans, souffrant de problèmes psychiques et de difficultés d'adaptation liées au vieillissement, en rapport avec un processus démentiel débutant concernant les patients que nous observons durant nos stages.

L'équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier en psychiatrie, assure des consultations, des suivis à domicile, des soins en hôpital de jour, des accueils thérapeutiques à temps partiel.

Nous effectuons nos stages en hôpital de jour ; la capacité d'accueil à l'hôpital de jour de psychogériatrie à Bellier est actuellement de 25 places.

1-1-2. Présentation de l'atelier « Histoire de vie »

La démarche à l'origine de la mise en place de l'atelier

Le projet de cet atelier a été élaboré par les deux infirmières et l'orthophoniste intervenant à tour de rôle dans cet atelier.

Suite à leurs expériences en milieu psychogériatrique et diverses sources théoriques, les soignants ont pointé certains éléments ayant motivé la mise en place de cet atelier, et notamment :

- la nécessité de trouver un moyen de communication personnalisé ;
- chercher un moyen de partager des éléments de l'histoire du patient toujours en mémoire, sans pour autant être intrusif ;
- trouver un support permettant un travail en collaboration avec les familles ;

C'est ainsi qu'est née l'idée de créer un support individuel type « carnet de vie » ou « mon album » dans lequel seraient regroupées des photos retraçant des éléments de l'histoire de vie du patient. On pourrait y retrouver des photos de la famille et du couple, des photos de leurs lieux de vie, de vacances ou d'enfance, ou encore des photos de leur métier, de leurs véhicules, de leurs hobbies, de leurs animaux de compagnie, etc. La présence d'un arbre généalogique rempli lors d'un atelier avec la famille et les patients est aussi envisagée.

Les objectifs thérapeutiques

Cet atelier est axé en premier lieu **vers une prise en charge du patient**. Il vise à favoriser les repères identitaires du sujet dans un but de renarcissisation. Ce travail sur l'identité a pour vocation d'aider le sujet à reconstruire l'image qu'il a de lui, de sa vie et

affecter à sa personne une valeur unique. Cela passe par la prise en compte et la valorisation de sa parole, ainsi que le plaisir de communiquer.

Cet atelier est axé en second lieu **vers la famille**. En effet, l'idée de confectionner un carnet de vie retraçant des événements de la vie de chacun des participants, est une occasion de travailler en lien avec les familles, tout en prenant garde à ne pas être intrusif. Les proches sont souvent les mieux placés pour évoquer des épisodes de vie, des événements marquants, des anecdotes concernant le patient. C'est pourquoi il est important de les inclure dans ce travail, non seulement pour qu'ils ne se sentent pas dépossédés de leur proche mais également pour les investir d'un rôle et établir un lien privilégié avec eux. Ainsi l'album viendra nourrir les échanges entre la famille et le patient et leur donner un sens.

Les patients concernés par cet atelier

L'atelier histoire de vie est préférentiellement destiné à des patients pouvant encore mobiliser leur mémoire biographique et dont, si possible, la famille peut être sollicitée afin d'étayer les sources d'informations biographiques concernant les sujets. En effet, dans le cas contraire, l'atelier, dont un des objectifs est de partager des moments de sa vie avec d'autres, pourrait être source d'angoisse et d'anxiété quant à l'impossibilité de certains patients à évoquer des souvenirs.

Ce type d'atelier axé sur la personne peut susciter une méfiance de certains patients considérant cette orientation thérapeutique trop intrusive. La présence de personnes dont l'attitude interprétative est exacerbée dès que l'on aborde le domaine privée semble donc à éviter.

Modalités d'intervention

Dans un groupe de six personnes maximum, les soignants proposent des thèmes ou se saisissent des thèmes abordés spontanément par les patients, dans l'idée de partager leurs expériences et leur vécu et d'être le réceptacle de témoignages personnels s'inscrivant dans une histoire et une époque qui leur est inconnue.

Les soignants se sont essentiellement inspirés des thèmes et supports exposés par M. Perron dans *La Clé des Sens* (2003) et par A. Goldberg dans *Animer un Atelier de Rémiscence* (2006).

La mise en place de cet atelier prévoit une réunion avec les familles pour leur expliquer le projet et les questionner quant à la possibilité de transmettre des éléments biographiques (photos, objets...) à l'équipe soignante. Néanmoins, les informations partagées au sein des ateliers sont liées au secret professionnel. Les soignants garantissent la confidentialité à leurs patients.

Le déroulement d'une séance est généralement le même d'une semaine à l'autre. Après l'installation des patients suivant le plan de table préalablement établi, un des soignants rappelle l'objectif de l'atelier et incite les patients à découvrir le thème à travers les objets, images, photos ou textes exposés sur la table. Les supports ont pour but de soutenir les évocations ou de les susciter. Un soignant prend des notes dans le but de rechercher par la suite des photos correspondant aux évocations des patients. Lorsque les données récoltées sur chaque patient sont suffisantes pour proposer un panel de photos qui ferait écho à leur passé, une fin de séance est consacrée au collage des photos les plus pertinentes, choisies d'emblée par les patients. Proposer les photos en début de séance ne ferait qu'alimenter les discussions inter-personnelles ou la remémoration solitaire d'épisodes précis, et empêcherait l'essor de la dynamique de groupe. Chaque album est ensuite personnalisé par une décoration.

Le fonctionnement de groupe à l'hôpital Bellier est de type semi-ouvert ou « *lentement ouvert* » (Guimon, 2001). En effet, il arrive que certains patients dont la prise en charge touche à sa fin, quittent le groupe, et que d'autres patients, nouvellement admis dans la structure, intègrent le groupe en cours d'année. Contrairement aux groupes appelés « *fermés* » et qui n'acceptent pas l'entrée de nouveaux membres une fois qu'ils ont été constitués (Guimon, 2001), la caractéristique semi-ouverte d'un groupe présente certains inconvénients. Le départ ou l'arrivée de certains patients modifie considérablement la dynamique de groupe, qui peut s'en trouver entravée ou stimulée. La place de chacun est modifiée par ces fluctuations, et la mise en place des albums pour les nouveaux arrivants nécessite de réintroduire certains thèmes déjà abordés. Néanmoins, ce mode de fonctionnement permet l'intégration rapide de patients, sans attendre la fin de l'année ou du cycle.

En effet, au cours de l'année quatre patients ont quitté le groupe, une patiente y a participé quelques semaines suite à une impossibilité physique de participer au groupe gymnastique douce, une autre a été introduite au cours d'une séance seulement. En fin d'année, trois nouveaux patients ont pris place au sein de cet atelier, portant le nombre de patients à huit. Seuls cinq patients ont été présents du début à la fin de notre étude.

1-1-3. Présentation de M. H.

Nous avons choisi de présenter ce patient, car, à nos yeux, il présente un réel intérêt clinique. Sa présence dans le groupe a été très régulière et stable tout au long de l'année universitaire. Parmi eux, M. H. y a pris une place importante.

Né en juillet 1943, M. H. est un patient jeune âgé de 65 ans, marié et père de trois enfants. Il présente une forme précoce de maladie d'Alzheimer diagnostiquée fin 2004 et accompagnée d'aspects frontaux et anxio-dépressifs. Il entre à l'hôpital Bellier fin 2007 à raison de trois demi-journées par semaines actuellement.

Le bilan¹ que nous avons réalisé, porté sur le versant communicationnel essentiellement, permet de mettre en exergue certains traits de son comportement lors de l'échange, et les difficultés cognitives qu'il rencontre. M. H. est un homme grand très jovial et chaleureux. Il s'investit dans l'échange et manifeste une appétence au langage indéniable. Malgré un manque du mot très invalidant, M. H. est capable de mettre spontanément en place des compensations gestuelles. Son regard est expressif et le contact visuel est de qualité.

Fin 2008 M. H. obtient un score de 18/30 au MMS. M. H. rencontre de nombreuses difficultés au niveau mnésique, notamment au niveau de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique, occasionnant de ce fait des troubles de la compréhension. Les scores pathologiques de la BREF² (9/18) et de la BEC 96 (32/96) révèlent des perturbations au niveau des fonctions exécutives : défaut d'inhibition, sensibilité à l'interférence accrue, réduction de la flexibilité mentale...

Le bilan permet également de déceler une désorientation temporelle et une apraxie constructive assez prononcées. M. H. est très anxieux, conséquence directe de la conscience qu'il a de ses troubles de mémoire et de langage.

Le TLC dévoile certaines difficultés pragmatiques. Les scores sont chutés en communication verbale (-3,3σ) et non verbale (-2σ). Les difficultés de compréhension occasionnent des digressions et des persévérations dans son discours. De même, lorsqu'il ne comprend pas, il ne le manifeste pas, ce qui crée des situations d'incompréhension entre lui et

¹ Cf. annexe 9.

² BREF : *Batterie Rapide d'Evaluation Frontale* (Dubois et Pillon, 2000) permet d'évaluer rapidement la présence ou non d'un syndrome dysexécutif cognitif et comportemental. Elle comporte 6 items notés sur 3 points.

son interlocuteur. Les difficultés de compréhension de M. H. engendrent également des décalages au niveau pragmatique interactionnel. En effet, les feed-back non verbaux ne sont pas toujours adaptés à la situation. Et si M. H. ne semble pas très expressif au cours de ce bilan, c'est en partie lié à ses difficultés de compréhension. Son visage apparaît légèrement figé compte tenu des situations présentées. Les mimiques d'étonnement, d'incompréhension, de surprise sont souvent absentes du fait d'une inadéquation entre la compréhension d'un énoncé et le feed-back approprié, attendu par l'interlocuteur.

M. H. a volontairement choisi de participer à l'atelier Histoire de Vie.

1-2. L'atelier « Communication » à Heinlex et de Mme S.

1-2-1. Présentation de la structure

L'hôpital de jour de gériatrie est situé au sein du site paysager d'Heinlex, qui abrite deux services de l'hôpital de Saint-Nazaire : la psychiatrie et la gériatrie.

L'hôpital de jour de gériatrie contient quinze places. Ses fonctions sont l'évaluation, le diagnostic, l'éducation et le suivi thérapeutique, notamment en cardiologie, diabétologie et oncogériatrie. Il existe également des consultations mémoire : ces prises en charge sont en direction du patient et de sa famille. Cela peut déboucher sur des actions de diagnostic et d'orientation mais aussi d'aide aux aidants, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

Les ateliers de communication proposés sont des prises en charge prescrites dans le cadre de l'hôpital de jour, et sont animés par une orthophoniste et une psychologue clinicienne

1-2-2. L'atelier « communication »

Principes généraux des ateliers thérapeutiques à Heinlex

Les ateliers thérapeutiques proposés à l'hôpital de Saint-Nazaire ne concernent pas spécifiquement l'orthophonie et l'atelier de communication. Ils furent élaborés à l'origine au niveau du long séjour par une équipe de professionnels para-médicaux et de cadres santé. Ces derniers ont mis au point un « cahier des charges » définissant de manière générale ce qu'est un atelier thérapeutique. Au terme d'un travail de deux années, ce « cahier des charges », supervisé par des médecins, fut avalisé sur le plan institutionnel en 1988.

Définition :

Le « cahier des charges » que nous reprenons ici définit l'atelier thérapeutique comme un **soin**, élaboré en réunion de **synthèse**. L'atelier thérapeutique sert des **objectifs communs** aux participants et des **objectifs individuels** en fonction du projet de soins. Il est régi par des **règles** qui définissent le **cadre** et il s'appuie sur la **dynamique de groupe**.

Objectifs :

- Les objectifs **généraux** visent à **maintenir l'identité** de la personne soignée ; à la **resocialiser** au travers du groupe par les gestes sociaux, le respect de l'autre, la place dans le groupe, la reconnaissance ; **favoriser son expression sous toutes ses formes** ; **améliorer** un état de la personne, mais aussi, de manière préventive, le **consolider** ; **stimuler** une fonction cognitive ciblée.
- Les objectifs **spécifiques** sont **déterminés lors de la réflexion précédant la mise en place de l'atelier**, et sont fonction : de l'avancée de la maladie, du médiateur et des participants.
- Les objectifs **individuels** sont définis **en fonction de chaque personne**, de son histoire de vie, de son projet de soins et de l'avancée de la maladie.

Le cadre thérapeutique :

Le cadre thérapeutique correspond à un ensemble de règles imposant :

- une **régularité dans le temps**, ce qui permet de créer un rythme sécurisant ;
- une **régularité dans l'espace**, qui concourt à maintenir le lieu comme un espace protégé ;
- la **mise en place d'un groupe fermé** : la dynamique de groupe y est utilisée comme élément opérant. Il est analysé comme tel lors de l'évaluation de l'atelier, individuelle et groupale ;
- la **permanence des soignants** : les soignants constituent une présence rassurante. Ils connaissent l'histoire de vie des patient et peuvent faire des liens avec des événements oubliés. Ils veillent au respect des choix et des rythmes de chacun par une observation attentive. Ils font circuler la parole, dans le respect de l'expression de chacun ;
- un **support de la médiation** : il est mis en avant pour inviter, inciter à la relation. Il joue le rôle de catalyseur et de support pour stimuler une fonction cognitive ciblée. Le choix du support dépend des objectifs définis pour chaque participant, en fonction de ses goûts et de ses capacités du moment. Il dépend également des goûts et intérêts des soignants, de leur formation, et de la fonction cognitive ciblée ;

- un **cycle** : poser une limite dans le temps ouvre sur des possibilités de choix (continuer ou arrêter). Cela permet d'éviter la dépendance et favorise l'investissement de l'atelier par les participants. Pour les soignants, cela permet d'éviter l'essoufflement et de maintenir la dynamique et la créativité. De plus le cycle permet de faire régulièrement des bilans, de réajuster ou de confirmer les objectifs, de garder du sens.
- des **rituels** : ils s'établissent principalement en début et fin d'ateliers. Ils ont une fonction sécurisante, permettent de resituer l'espace et le temps, de passer d'une activité à une autre.

Le respect de ce cadre permet aux participants de se sentir en confiance, d'investir, de repérer et d'anticiper ce moment privilégié.

Le suivi de l'atelier :

Au terme de chaque séance, et en plus des notes reportées dans le dossier du patient, « le cahier des charges » prévoit d'utiliser une grille d'observation élaborée pour chaque atelier avec des critères spécifiques à la médiation. Elle doit être remplie pour chaque participant, afin d'affiner l'observation.

Le contenu des grilles et des notes sont reprises en synthèse au terme du cycle. Cette synthèse permet de définir et/ou d'ajuster les objectifs pour chaque patient.

Spécificités de l'atelier communication

L'atelier communication s'inscrit dans le cadre général des ateliers thérapeutiques, mais s'en démarque par quelques aspects spécifiques :

- **il ne vise pas la stimulation d'une fonction ciblée** : cet objectif est celui d'un autre atelier, intitulé « mémoire et langage ». L'atelier communication est proposé à des patients à un stade de démence avancé chez qui les capacités et le désir de communiquer sont entamés, retentissement direct des troubles.
- **le support de la médiation**, en atelier de communication, a plus précisément pour objectif de stimuler les échanges et les évocations ; de favoriser l'expression d'émotions ; de susciter plaisir et revalorisation. En un mot, de renarcissiser la personne en restaurant sa place de sujet, animé par le désir de communiquer. Il peut s'agir d'objets à manipuler, de musique, de photos ou de dessins, etc.

1-2-3. Présentation de Mme S.

Histoire de vie

Mme S. est née en 1930. Elle a arrêté sa scolarité à 14 ans, après le certificat d'étude. Mariée à 18 ans puis mère de deux enfants (un fils et une fille), Mme S. n'a pas travaillé mais a apporté son aide dans le commerce de sa sœur.

Le mari de Mme S. est décédé en septembre 2000. Elle a habité chez elle jusqu'à son placement en maison de retraite en août 2008. Cette décision prise par ses enfants n'est pas acceptée par Mme S. : elle se sent abandonnée et trahie. Elle s'est occupée de ses parents à la fin de leur vie.

Histoire de la maladie

En mars 2003, Mme S. est adressée au centre mémoire à Heinlex par son médecin traitant pour un bilan des fonctions supérieures et un avis sur un syndrome dépressif. Le tableau déficitaire homogène et les faibles capacités de restitution des informations laissent profiler une démence dégénérative. Au niveau de l'imagerie, aucune atrophie corticale n'est détectée. Mme S. est alors revue à Heinlex environ tous les 6 mois pour un suivi. Au cours de ces visites, le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé.

Le score au M.M.S. chute progressivement au cours des 5 ans qui séparent l'arrivée dans les services d'Heinlex et le début de sa participation à l'atelier de communication :

▪ mars 2003 : 25/30	▪ août 2004 : 23/30	▪ septembre 2005 : 19/30
▪ août 2006 : 20/30	▪ février 2007 : 18/30	▪ février 2008 : 13/30

Les difficultés concernaient à l'origine l'épreuve de calcul et d'épellation de « monde » à l'envers et le rappel des mots appris. Dès septembre 2005, elles se sont étendues aux domaines de l'orientation, légèrement altérée, de l'apprentissage, de la compréhension de consigne et des praxies constructives. En septembre 2007, les soignants observent un fléchissement thymique et relèvent des conduites d'évitement pour les actes de la vie quotidienne (marché, banque, etc.). A la suite de ces observations, un suivi psychothérapeutique lui est proposé et elle est invitée à participer à l'atelier mémoire, dont elle suivra deux cycles, en 2007 et en 2008. Le premier atelier est positif : Mme S. exprime sa satisfaction, crée facilement des liens avec les autres membres (échange de numéro de téléphone) et se montre d'humeur gaie. Malgré des performances parfois chutées et des difficultés d'attention, Mme S. demeure très motivée. En revanche, le bilan du second cycle

est plus négatif : la baisse des capacités cognitives place Mme S. dans une configuration d'échec. Le langage spontané est altéré, affecté notamment par un manque du mot très important et des troubles de la compréhension, à l'oral et à l'écrit. Les difficultés praxiques se retrouvent dans l'écriture, la réalisation de dessins et l'utilisation d'objets. La désorientation spatiale et temporelle s'accroît (avec néanmoins la conservation des saisons, des mois, et de la ville). L'humeur de Mme S. est alors éprouvée par le sentiment d'échec et la dévalorisation qu'il génère. Les soignants observent alors une lassitude.

A la suite de cette synthèse, un **bilan neuropsychologique** est effectué. Ce dernier confirme les conclusions de l'atelier mémoire :

- Au niveau de la mémoire épisodique, les tests soulignent un déficit de la récupération très marquée, des capacités de stockage en partie préservées, et des capacités d'apprentissage en évocation inexistantes. (BEC 96)
- Les fonctions exécutives sont très altérées, marquées par des troubles de la mémoire de travail et du calcul, des troubles du jugement, un déficit de conceptualisation, un déficit de la manipulation mentale (BEC 96)
- Les praxies constructives sont déficitaires (MMS et BEC 96)
- Au niveau du langage, les fluences sont chutées : les capacités d'initiation sont faibles et l'accès au lexique sémantique est altéré ; les troubles de la dénomination sont importants (68/80 au DO 80). Nous relevons cependant à la lecture de ce bilan une certaine capacité à restituer le sens du mot manquant : « direction à suivre » pour « flèche », par exemple.
- Des éléments dépressifs francs sont objectivés par l'échelle de dépression gériatrique (GDS¹ à 7/15)

Le **bilan du langage** (BDAE²) effectué en août 2008 suite aux perturbations du langage observées au cours de l'atelier et du bilan neuropsychologique met en évidence un langage caractérisé par une altération de l'expression et de la compréhension, à l'oral et à l'écrit.

- Sur le plan **oral** :
 - L'expression spontanée est entravée par un manque du mot, compensé néanmoins par l'utilisation de périphrases. La structure syntaxique des énoncés n'est pas toujours respectée. Les paraphrasies sont présentes mais non envahissantes. Le contenu informatif est limité. Au niveau prosodique, la voix est peu mélodique et le débit

¹ GDS : *Geriatric Depression Scale*. Sheikh, J.L., Yesavage, J.A., 1986

² BDAE : *The Boston Diagnostic of Aphasia Examination*. Goodglass, H, Kaplan, E., 1972 ; Adaptation. française Mazeaux, J.M. et Orgazozo, J.M.

ralenti. La dénomination est encore dans les normes. La répétition des phrases abstraites est altérée.

- Les altérations de la compréhension se situent au niveau des ordres complexes et des items mettant en jeu le raisonnement logique au travers de phrases ou de textes.
- Sur le plan de l'**écrit**, l'expression et la compréhension sont touchées : Mme S. renonce à poursuivre par moments.
- Sur le plan **comportemental** :
 - Mme S. s'est montrée coopérante, et a su maintenir son attention pendant les épreuves, malgré une certaine lenteur dans la réalisation.
 - Les réponses sont améliorées après ré-explication et/ou encouragements.

Suite à ce bilan, l'orthophoniste recommande alors un **atelier thérapeutique** qui la sollicite tout en évitant de la mettre en échec.

Préparation à l'atelier de communication

De manière générale, la préparation se réalise par l'investigation¹ auprès de la famille d'éléments biographiques et des modifications de la communication observées chez la patiente. Pour la famille de Mme S. (son fils et sa fille), le comportement de communication de Mme S. a changé : sa fille, qui a rempli le questionnaire, mentionne que Mme S. était d'un naturel très « *bavard* » auparavant et qu'elle l'est beaucoup moins maintenant ; elle rapporte également que si Mme S. se montre courtoise vis-à-vis de tout un chacun, elle est devenue agressive envers sa famille. Toujours selon elle, l'échange est altéré tout d'abord par les troubles attentionnels de Mme S. et des difficultés de compréhension, de part et d'autre : si la fille a observé que sa mère ne comprenait pas toujours (et savait le lui indiquer), elle-même n'accède pas toujours à la compréhension des propos de Mme S., altérés selon elle par un manque du mot, un manque de logique, une incapacité à maintenir durablement le thème de l'échange, un non respect des tours de parole et des perturbations dans l'agencement syntaxique des phrases. En revanche, elle affirme que Mme S. manifeste toujours une envie de communiquer et n'a pas besoin d'être sollicitée pour engager la conversation.

¹ Questionnaire du TLC, cf. annexe 3.

2- Présentation des versions successives de l'OSE¹

2-1. Présentation de l'OSE 1²

Ce premier OSE tentait de rendre compte de nos objectifs (éthiques, thérapeutiques, pragmatiques et pratiques) en fonction des considérations théoriques et de l'expérience clinique dont nous disposions à ce moment.

2-1-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 1

Objectifs :

1. Avoir un profil individuel **et** une vue d'ensemble sur le groupe dans le même outil
2. Aspect pratique : une seule grille par séance recensant tous les patients, et pas une grille par patient.

Caractéristiques :

- Format pour le groupe, recensant tous les patients.
- Forme de grille : tableau à double entrée.
- 5 catégories :
 - participation à l'interaction (aspects verbaux et non verbaux) ;
 - attitude par rapport au groupe (dynamique de groupe) ;
 - difficultés rencontrées par le patient comportant cinq sous-catégories : linguistique pragmatique, relationnel, cognitif et contexte d'apparition de ces difficultés ;
 - remédiations apportées par le patient lui-même et/ou par le soignant/un autre membre du groupe ;
 - commentaires incluant les ressources mises en œuvre par le patient, les propositions d'ajustement et d'adaptation et commentaires libres.
- Sous la grille, un point supplémentaire visait à faire un commentaire général sur la séance.

¹ Pour faciliter la lecture et pour pouvoir comparer facilement les versions successives de l'OSE, nous les avons rassemblées en annexe (cf. annexe 10, 11, 12, 13)

² Cf. annexe 10a.

2-1-2. Mise en pratique de l'OSE 1 : Mme S.¹

Date : 19/01/09 ; Cycle 1 ; séance 3 (2^e pour Mme S. , absente à la 1^{ère} séance)

Thème : origines géographiques ; évocation de souvenirs par rapport à ces origines

Participation à l'interaction

A la lecture de cet OSE 1, Mme S. est la plupart du temps *attentive et à l'écoute* des autres au cours de la séance. Elle ne prend pratiquement pas la *parole spontanément* et a besoin d'être *sollicitée* pour s'exprimer. Elle s'est trouvée une interlocutrice en la personne de Mme M., seule autre femme du groupe qu'elle a rencontrée la semaine d'avant. De manière générale, elle s'adresse préférentiellement à la personne qui l'interpelle et la sollicite, c'est-à-dire le soignant. Elle s'exprime alors sur ses difficultés de mémoire et sa désorientation depuis qu'elle est en maison de retraite. Mme S. a tendance à se dévaloriser, tenant des propos comme « *je suis nulle* ». Au niveau non-verbal, l'expression se limite au regard, le visage ne paraissant pas expressif.

Attitude par rapport au groupe

D'abord timide, Mme S. semble apeurée par la situation dans laquelle la place l'atelier. Cela se manifeste dans son comportement de communication par une réserve et un retrait du champ des interactions, contrebalancé néanmoins par son écoute et son attention. Mme S. paraît émotive et fortement sensible à l'environnement. Les sentiments de bien-être autant que de mal-être sont évalués à part égale au cours de l'atelier.

Cette fluctuation apparaît également au niveau du groupe, sa participation ayant des répercussions sur la dynamique de groupe aussi bien positives que négatives.

Difficultés rencontrées dans l'interaction

L'OSE 1 révèle des troubles fréquents aux niveaux linguistique et cognitif, ponctuels au niveau pragmatique.

Remédiations

Seules les remédiations apportées par le soignant sont mentionnées : les réactions de Mme S. face à ses troubles n'apparaissent pas. La validation, la reformulation et l'aide pour trouver une réponse sont les techniques qui ont été mises en place pour favoriser la communication de Mme S.

¹ Cf. annexe 10b

Ressources

Nous observons alors qu'elle a su s'adresser aux autres membres du groupe : cela laisse entrevoir un caractère timide mais sociable. Nous envisageons alors de lui donner les moyens de se rassurer dans le groupe, de lui donner confiance afin que cette attitude positive se répercute sur sa communication.

Commentaires libres

Nous ajoutons qu'elle se sent perdue depuis qu'elle est en maison de retraite, et qu'elle a peur face à l'oubli, bien qu'elle parvienne à récupérer certains souvenirs.

2-1-3. Intérêts et limites de l'OSE 1

Critique de l'OSE 1 en fonction des observations

- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif éthique** :
 - Les fondements de notre démarche sont présents dès ce premier outil : il s'agit de prendre en compte l'état psycho-affectif du patient afin de ne pas le placer dans une situation difficile, et de considérer les ressources pour valoriser la communication du patient.
 - Cependant, nous devons plus les préciser et les développer.
- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif thérapeutique** :

Les principes de nos objectifs thérapeutiques (ressources, remédiations, commentaires en synthèse) sont présents mais :

 - l'OSE 1 ne montre pas les signes indiquant les états psycho-affectifs ;
 - rien n'est dit sur les conséquences de l'intervention des soignants au niveau de l'échange.
- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif pragmatique** :
 - Les aspects de la communication non verbale ne ressortent pas suffisamment : ils sont diffus et intégrés dans trois parties différentes.
 - La nature des interactions au niveau de la dynamique de groupe n'est pas qualifiée, mais cotée en fréquence ;
 - Aucune précision n'est apportée pour caractériser les difficultés linguistiques, pragmatiques et cognitives de Mme S., ce qui touche aux **objectifs thérapeutiques et pragmatiques** ;

- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif pratique**
 - A ce stade, on ne sait pas quoi inscrire dans les cases : est-ce une cotation en fréquence ? est-ce un commentaire clinique ? Le choix est du ressort de la personne qui remplit l'outil.
 - En revanche, l'outil est relativement rapide à remplir.

Critiques générales

- Limites par rapport aux **objectifs éthiques et thérapeutiques**
 - Absence de case « évolution », indispensable pour un outil qui prétend suivre l'évolution des patients.
 - Problème de proportion : les cases « difficultés » étaient mises plus en valeur que celles des ressources, ce qui était une contradiction par rapport aux objectifs éthiques et thérapeutiques.
- Limites par rapport à l'**objectif pragmatique**
 - Difficulté à classer et catégoriser les critères par manque de références littéraires et d'organisation.
 - Attitude non-verbale limitée aux regards, mimiques et feed-back.
 - Manque de place laissée aux commentaires qualitatifs (cases trop petites) : l'OSE 1 est trop rigide pour rendre compte de la communication du patient.
- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif pratique**
 - Problème de lisibilité et de cohérence entre les commentaires qualitatifs et la cotation chiffrée.
 - Absence de notice permettant d'indiquer comment remplir l'outil.
 - Aspect positif : il n'y a qu'un OSE par atelier ; cela permet d'avoir une vue d'ensemble du groupe et de comparer les profils de communication.

2-2. Présentation de l'OSE 2¹

L'OSE 2 est le résultat d'une première évolution de l'outil, modifié en fonction des critiques de l'OSE 1.

¹ Cf. annexe 11a.

2-2-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 2

Objectifs

1. Mieux cerner l'évolution de la communication du patient dans le groupe pour être plus en accord avec nos objectifs : cela passe par la possibilité de faire une synthèse des paramètres et d'inclure des aspects évolutifs.
2. Avoir une cotation de la fréquence plus lisible et plus régulière, qui ne soit pas sur le même plan que les commentaires qualitatifs venant le compléter.
3. Laisser plus de place aux commentaires qualitatifs, notamment pour qualifier plus précisément les difficultés et la nature des interactions.
4. Mieux cerner l'influence individuelle sur la dynamique de groupe et l'influence du groupe sur le patient.
5. Prendre en compte les répercussions de l'intervention du soignant.
6. Mettre plus en valeur les ressources et les remédiations plutôt que les difficultés.
7. Etablir une catégorie spécifique à la communication non verbale au même titre que la communication verbale.
8. Etre plus en lien avec des sources bibliographiques informant sur la pragmatique.
9. Créer une notice explicative pour le remplissage de l'outil.

Caractéristiques :

- Format individuel pour gagner en visibilité et mieux s'adapter qualitativement à la communication du patient et avoir plus de place pour écrire.
- 4 catégories :
 - communication verbale : qualification générale, investissement dans l'interaction, difficultés/remédiations/ressources ;
 - communication non verbale : comportement général, comportement au cours de la parole ;
 - dynamique de groupe ;
 - synthèse qui reprend l'ensemble des observations et qui prend en compte les aspects évolutifs au cours de l'atelier et depuis le début du cycle, avec également les propositions d'ajustement et d'adaptation.

Séance du 06.02.09. Sept patients, trois soignants.

Thème : le mariage. **Supports** : photos de mariés, photo d'une alliance, étoile blanche de mariée, deux cravates.

OSE 2 rempli par une soignante infirmière et complété avec l'aide de la vidéo.

Communication verbale

L'infirmière indique que M. H. est « *très présent aux autres* » et que ses réactions sont « *spontanées* ». Il aborde fréquemment le thème de la famille et la joie que lui procure le fait de consulter ses albums photos. Au niveau de *l'investissement dans l'interaction*, M. H. prend fréquemment la parole, et ce de manière spontanée. Nous remarquons que la prise de parole suite à une sollicitation d'un soignant ou d'un autre membre du groupe, perturbe considérablement ses interventions. En effet, toute question précise le met en difficulté. Spontanément, M. H. se saisit du thème mais il ne l'enrichit pas beaucoup.

La partie sur les *difficultés, remédiations et ressources* permet de pointer le manque du mot massif que présente ce patient, manque du mot qui apparaît spécifiquement lorsqu'on le questionne ou le sollicite directement. Des difficultés au niveau des fonctions exécutives et praxiques apparaissent également de manière flagrante. En effet, au cours de la séance, une soignante propose spontanément aux deux hommes de faire un nœud de cravate. Et tandis que M. R. effectue rapidement et aisément son nœud de cravate, M. H. reste bloqué plusieurs minutes, s'emmêle mais persévère. Nous finissons par lui ôter la cravate des mains, cravate dont il se ressaisira par la suite nous obligeant à la retirer définitivement de la table.

Nous constatons que M. H. a tendance à persévérer, et ce de manière d'autant plus évidente qu'il dispose d'un support. La cravate en est un exemple matériel, les photos en sont un exemple verbal : M. H. répète qu'il adore feuilleter son album photo ; il commente aussi le papier glacé d'une photo de mariage apportée par une patiente, et répète inlassablement « *c'est glacé* ».

Lorsqu'il est en difficulté, cette forme de persévération mise en place par M. H. s'apparente à une stratégie de compensation verbale. Néanmoins, il sollicite volontiers l'aide du soignant par le regard en cas de manque du mot et se saisit des aides proposées, notamment la reformulation.

¹ Cf. annexe 11b

Communication non verbale

Au niveau du *comportement général non verbal*, M. H. apparaît calme, avenant et serein. Son expression dominante semble donc être celle du bien-être. Concernant le *comportement au cours de la parole*, nous observons que M. H. accompagne constamment sa parole de gestes, mais de manière moins prononcée lorsqu'il est en difficulté. Son visage est très expressif quand il parle et son regard est dirigé vers les autres au cours de l'interaction.

Dynamique de groupe

M. H. s'adresse aux autres membres du groupe lorsqu'il parle, mais il privilégie le soignant. Le rôle que M. H. occupe semble être celui de « plaisantin » du groupe. Il fait beaucoup de blagues et de jeux de mots qui font rire les autres patientes. Affirmer que M. H. occupe la place de séducteur serait un raccourci trop rapide mais certains traits de son comportement s'y rapportent. Parallèlement, sa présence est rassurante pour les autres.

La présence de M. H. dynamise le groupe. En effet ses interventions visent à détendre l'atmosphère et maintenir la cohésion au sein du groupe. Il crée des tensions positives par le biais de ses blagues. Néanmoins, ses jeux de mots sont parfois mal placés et produisent l'effet inverse, c'est à dire des tensions négatives : gêne, embarras, incompréhension... La situation de groupe semble favorable à sa communication. En effet, il reprend les thèmes de manière spontanée, et ses difficultés linguistiques ne l'inhibent pas pour autant puisqu'il s'exprime régulièrement.

Synthèse

- *Les traits saillants du comportement de communication* de M. H. résident dans son appétence au langage et l'attention qu'il porte aux propos des interlocuteurs.
- *Les ressources mises en avant* se révèlent dans le caractère jovial et communicatif de M.H., qui fait vivre le groupe par l'attention qu'il porte aux autres et par la détente qu'il apporte.
- *Les aspects évolutifs au cours de l'atelier* sont difficiles à cerner durant cette séance.
- *Les aspects évolutifs depuis le début du suivi* concernent essentiellement la nature de ses interventions. Au début M. H. était plus négatif, parlait fréquemment de soucis familiaux, de périodes de sa vie l'ayant traumatisé. Les tensions créées étaient plutôt négatives, c'est à dire qu'elles instaurent au sein du groupe un climat plus tendu et empreint d'attente et d'émotivité. A présent M. H. semble plus libéré et serein.

- *Les propositions d'adaptation et d'ajustement thérapeutiques* seraient l'utilisation de supports pour capter l'attention de M. H. tout en veillant à le décentrer du support lorsqu'il y reste trop accroché. La présence d'un soignant à ses côtés pour canaliser son flux de parole est envisagée.

2-2-3. Intérêts et limites de l'OSE 2

Critiques de l'OSE 2 en fonction des observations

- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif thérapeutique**
 - Nous pouvons comparer la fréquence des prises de parole spontanées *versus* sollicitées, mais il manque une cotation portant sur la fréquence totale des prises de parole.
 - La cotation permet d'avoir une idée de la fréquence voire de la récurrence de certains phénomènes.
 - En synthèse, deux points portent sur les aspects évolutifs au cours de l'atelier et depuis le commencement du cycle des ateliers.
- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif pragmatique** :
 - Il apparaît difficile de qualifier la communication verbale et non verbale du patient de manière précise : la question apparaît trop vague aux soignantes qui ont rempli l'outil.
 - La manière dont s'exprime le patient et dont il interagit avec autrui n'est pas assez développée. S'exprime-t-il par questions ? par assertions ? Amorce-t-il ses phrases par un temps de silence ? Prend-il en compte la parole des autres ?
 - Une partie ayant trait à la dynamique de groupe a été introduite, prenant en considération les aspects propres aux interactions du patient en groupe. A cet effet, nous remarquons que le terme « place » utilisé dans la partie sur la dynamique de groupe est trop générique.
- Intérêts et limites par rapport à l'**objectif éthique** :
 - La prise en compte des stratégies de compensation et la sollicitation de l'aide du soignant sont des ressources que nous avons choisi de mettre en avant.
 - Il n'est pas toujours aisé de qualifier l'expression dominante des patients, qui parfois ne laissent rien transparaître de leurs émotions.

Critiques générales

- Intérêts et limites par rapport à l'objectif pratique
 - La participation de soignants au remplissage de l'outil nous fait prendre conscience du caractère évasif et imprécis de certaines questions, de la redondance de certaines autres, et du temps excessif passé à compléter l'outil.
 - Les deux questions abordant le thème ne sont pas regroupées.
 - Néanmoins, l'outil présente l'intérêt d'être aéré au niveau de sa forme.
- Intérêts et limites par rapport à l'objectif thérapeutique
 - L'intérêt de l'OSE 2 réside dans sa structure ouverte, conçue pour ne pas enfermer l'observation dans des paramètres pré-établis.
 - Les questions sur les remédiations et ressources sont plus ciblées.
 - Il nous paraît intéressant de prendre en compte la manière dont le patient réagit face à ses troubles, c'est-à-dire la conscience personnelle qu'il en a.
- Intérêts et limites par rapport à l'objectif pragmatique
 - Dans cette deuxième version, on perd la vue d'ensemble du groupe à travers tous les patients et l'aspect évolutif de la dynamique de groupe.
 - Certains points, concernant notamment l'investissement dans l'interaction et l'attention portée à l'échange, ne sont pas assez développés pour cerner la communication du patient et proposer une analyse du discours, en référence à notre partie théorique : il manque notamment la notion de feed-back au niveau de la communication verbale.
 - En revanche, le profil de communication est plus étoffé que pour l'OSE 1.
 - Trois grandes catégories apparaissent, de manière plus claire et plus lisible qu'auparavant : communication verbale, non verbale et dynamique de groupe.
- Intérêts et limites par rapport à l'objectif éthique
 - le problème n'est pas tant de savoir si le patient a pu se saisir de l'aide apportée par le soignant, mais si cette aide a permis de poursuivre l'échange, évitant ainsi une rupture conversationnelle.

2-3. Présentation de l'OSE 3¹

Afin de répondre à ces critiques, nous avons régulièrement apporté des modifications à l'OSE 2.

2-3-1. Objectifs et Caractéristiques de l'OSE 3

Objectifs

1. Réaliser un profil de groupe pour rendre compte du déroulement général de la séance.
2. Rendre l'OSE plus lisible pour les soignants en reformulant les questions.
3. Développer la partie sur l'investissement dans l'interaction.
4. Préciser la fréquence générale des prises de parole.

Caractéristiques

- **Questions à choix multiples** pour expliciter le contenu des questions et nos attentes sur le type de réponse à apporter : les choix multiples concernent la qualification du comportement verbal et non verbal, les difficultés et les stratégies de compensation.
- **Elimination** de l'item « *gestuelle au cours de la parole en cas de difficulté* » : il est redondant par rapport à l'item « *suppléance mimo-gestuelle* » dans les stratégies de compensation.
- **Plus grande clarté et précision** dans la **formulation** des questions pour éviter l'effet jargon et spécifier l'observation sur un point précis ;
- **Développement des aspects de la communication verbale** prenant en compte la façon dont le patient a pu investir le thème de l'atelier, les actes de langage, la présence éventuelle d'un temps de latence nécessaire au patient avant d'entrer dans l'interaction, la notion de feed-back verbal.
- Elaboration d'un **profil de groupe général** permettant de rendre compte de l'aspect global de la dynamique de groupe, et non pas seulement du point de vue individuel.

¹ Cf. annexe 12a.

Détail des modifications apportées

Investissement dans l'interaction :

Nous sommes passées de deux à six questions. Ces dernières vont dans le sens d'une meilleure description qualitative de la communication de la personne et d'une préoccupation de ce qui favorise et met en valeur la communication :

- « *Y a-t-il des thèmes que le patient aime aborder* » est devenu « *Certains thèmes ont-ils favorisé sa communication verbale ?* » ; « *Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier* » est devenu « *Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ?* » ;
- le *temps de latence* est pris en compte : c'est une information importante à savoir pour favoriser la prise de parole du patient et lui laisser plus de temps s'il en a besoin ;
- la question relative aux *actes de langage préférentiels* utilisés par le patient est ajoutée : elle concerne les requêtes, les assertions et les mécanismes conversationnels ;
- Un item sur le feed-back verbal est ajouté et formulé ainsi : « *Le patient tient-il compte de la parole des interlocuteurs ?* ».

Difficultés, remédiations et ressources :

Nous avons précisé quels types de difficultés pouvait rencontrer le patient (en lien avec sa pathologie) et proposé une cotation de ces difficultés, en laissant une ouverture dans le cas de la présence d'autres types de troubles.

Au sujet de la réaction du patient face à ses difficultés, nous avons également précisé les stratégies de compensation susceptibles d'être mises en place spontanément par le patient compte tenu des difficultés propres à la maladie d'Alzheimer.

Enfin nous avons proposé un choix multiple pour les techniques d'aide utilisées par le soignant et visant la continuité de l'échange.

Comportement général : (Communication non verbale)

- Pour qualifier cliniquement le comportement non verbal, nous avons proposé un choix multiple.
- Pour qualifier l'expression dominante du patient, nous avons ajouté le critère « neutralité indifférence », car l'état émotionnel n'est pas toujours identifiable ou est altéré par la maladie.

Comportement au cours de la parole

- Pour éviter les redondances, nous avons remplacé la question portant sur la direction du regard au cours de l'interaction par l'observation des feed-back.
- Aspects de la voix pendant les échanges fait échos aux éléments para-verbaux que nous n'avions pas pris en compte jusqu'alors.

Dynamique de groupe :

- « *La situation de groupe favorise-t-elle l'appétence à communiquer du patient* » devient « *La situation de groupe est-elle propice à la communication ?* ». Autrement dit, il s'agit de savoir si la participation au groupe est bénéfique au patient, s'il s'y sent bien et si on observe des éléments de communication différents d'une situation duelle ?
- « *Quelle place le patient occupe-t-il ?* » devient « *Quel rôle le patient a-t-il occupé ?* », la notion de rôle étant clairement définie en partie théorique par Benne et Sheats (1948).

Synthèse

- Changement de format afin de laisser plus de place aux commentaires écrits.
- Une case a été ajoutée pour recueillir les éléments autobiographiques apportés par le patient au cours de l'atelier ou les propos et/ou comportements verbaux et non verbaux retenus par le soignant qui illustre la participation du patient.

2-3-2. Mise en pratique de l'OSE 3 : Mme S¹

Date : 23/03/09 ; Séance 4, cycle II ; Soignants : orthophoniste, psychologue clinicienne.

Thème : écoute et évocation à l'aide de chansons ; Support : c.d. de chansons d'autrefois.

2-3-2-1. *Profil de groupe*

Patients : Mmes M. et S. ; M. C., M. D., et M. G.

Tous les membres du groupe sont présents à cette séance, exceptée Mme L., absente deux semaines consécutives pour raison médicale.

Plan de table

Mmes M. et S. sont assises l'une à côté de l'autre.

¹ Cf. annexe 12b.

A la gauche de Mme S. se trouve M. C., qui, du bout de la table octogonale, « préside » la séance : M.C., est un homme très courtois qui attend toujours que les autres aient choisi leur place pour s’asseoir ; il affiche une certaine prestance, un comportement de patriarche, sans « écraser » les autres. Le terme de présidence utilisé par l’orthophoniste pour inviter M.C. à s’asseoir devant cette situation improvisée visait à valider cette place au sein du groupe.

A la gauche de M. C. sont assis M. D. puis M.G. Le rapprochement de M. D. et M. G. avait été envisagé la semaine précédente pour favoriser des interactions entre ces deux patients.

Déroulement de la séance

La séance s’est organisée autour de l’évocation des noms des artistes et du chant, après l’écoute préalable des morceaux.

Réactions du groupe par rapport aux activités proposées

Le thème et le support de la séance sont reçus avec succès par les participants qui manifestent leur plaisir de réentendre des chansons d’autrefois. Seul M. C. ne partage pas l’intérêt des autres, mais il reste courtois et souriant, quoiqu’en retrait, pendant toute la séance. Il participe néanmoins à un moment, se saisissant d’un texte de chanson pour le déclamer, ravi des applaudissements qui closent sa performance.

Éléments modifiant la dynamique de groupe au cours de la séance

Tensions positives :

- Encouragements de tous devant les facilités d’évocation de la plus jeune du groupe, Mme M. : le fait que cette dame trouve « facilement » le nom des artistes permet d’annuler la tension qui règne lorsque tout le monde cherche, et soulage l’ensemble du groupe ;
- Interactions nombreuses entre les participants, partage d’impressions, d’informations sur les radios qui diffusent ce genre musical.

Tensions négatives :

- La réussite parfois immédiate de Mme M. la place du côté de ceux qui savent : elle s’exclut un peu du groupe en glissant à l’oreille du soignant le nom cherché lorsqu’elle le connaît. La tension que cela crée n’est pas dirigée vers elle, mais est renvoyée vers ceux qui ne parviennent pas à trouver.

Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur l'année ou le cycle

Les personnes se sont retrouvées dans la salle dédiée aux ateliers avec bonne humeur, comme en témoignent leurs grands sourires. Les membres du groupe commencent à bien se connaître : c'est la 4^e séance du 2^e cycle, et quatre personnes sur les cinq présentes ce jour participaient au 1^{er} cycle. Les gens se reconnaissent et semblent s'apprécier. Depuis le début du 2^e cycle, Mme M., personne volubile et très communicante, s'est rapprochée de M. C.

Adaptations et ajustements thérapeutiques

A la fin de la séance, l'orthophoniste s'enquiert de savoir si la séance leur a plu. Comme tout le monde, et même M. C., répond positivement avec enthousiasme et émotions, le thème est reconduit pour la semaine suivante, avec plus de supports imagés et de textes pour les chansons.

2-3-2-2. Profil individuel de communication : Mme S.

Communication verbale

En ce qui concerne *l'investissement dans l'interaction*, il a d'abord fallu solliciter Mme S. pour qu'elle entre dans la séance, car elle semblait lasse, perdue dans des pensées négatives. Elle a pu après cela prendre fréquemment *la parole de manière spontanée* et a progressivement *investi le thème de l'atelier* avec entrain et émotion, en fredonnant puis chantant les airs qu'elle reconnaissait, s'aidant du refrain et du soignant pour parvenir à énoncer quelques paroles de chansons. Elle a fait des commentaires sur le thème (*assertions*), à plusieurs reprises, évoquant par exemple qu'elle se souvient des airs des chansons, puis signifie par une mimique et un geste que le reste est oublié. Elle a également fait le lien avec les animations musicales proposées dans sa maison de retraite. Elle a aussi fait un commentaire sur le fait que les jeunes d'aujourd'hui n'aime pas écouter ce genre de musique.

Par ailleurs, elle a interagi fréquemment en ayant recours à des *mécanismes conversationnels*, en tenant compte des propos de l'interlocuteur.

On observe un court temps de latence avant la prise de parole, accentué en spontané.

Les propos de Mme S sont marqués par des *difficultés* majeures : au premier plan, les troubles mnésiques l'ont empêchée de se souvenir des événements de sa vie (la musique lui permettait d'évoquer les bals de sa jeunesse) ; le manque du mot a été constant et a entraîné un manque de cohésion rendant son discours légèrement diffluent. L'ensemble de ses difficultés a parfois généré un problème de cohérence apparent dans son discours : il a fallu

l'intervention du soignant pour reformuler et faire apparaître le lien manquant afin que son discours fasse sens.

Mme S. a souvent paru gênée par ses difficultés. Malgré cela, lorsque sa pensée lui a échappé ou qu'elle n'a pas réussi à s'exprimer, Mme S. a utilisé comme *stratégies de compensation* des formules automatiques et des termes génériques. Elle a su également solliciter les soignants lorsqu'elle a rencontré des difficultés : son regard et son attitude ont été un véritable appel à l'aide. L'intervention du soignant a favorisé fréquemment la *continuité de l'échange* et lui a permis d'être informative par moments. Mme S. a eu souvent besoin d'être sollicitée, encouragée, et validée dans ses propos.

Communication non verbale

Plutôt silencieuse et anxieuse au début (*qualification du comportement non-verbal*), Mme S. est entrée progressivement dans la séance, passant d'une attitude de retrait à une présence attentive. Tout au long de l'atelier, l'*état psycho-affectif* a oscillé entre un sentiment de *bien-être* évident lié à l'émotion de réécouter des vieilles chansons, et un sentiment de profond *mal-être*, marqué par l'anxiété et l'amertume devant ses difficultés de mémoire.

Malgré une émotivité et une sensibilité facilement perceptible, Mme S. s'est montrée peu expressive dans son *comportement au cours de la parole* : sa gestuelle, discrète, est difficilement observable ; son visage est resté plutôt figé, tendu. Sa voix est également peu intense, marqué par un timbre serré et un léger bégaiement, le tout renforçant les difficultés à la comprendre.

Dynamique de groupe

Mme S. s'est *peu adressée à l'ensemble du groupe* : elle s'est *adressée préférentiellement* aux soignants, mais parfois également aux autres membres. Au cours de la séance, elle a apporté une touche émotive qui a imprégné la dynamique de groupe en créant des *tensions positives*, en manifestant son plaisir à réécouter ces chansons d'autrefois, mais aussi *négatives*, en exprimant fortement son angoisse et son mal-être (notamment sa déception de ne pas se souvenir des chansons). Cela a tendance à alourdir l'atmosphère et à entamer l'émulation du groupe. *Son rôle* a été particulièrement circonscrit par la fragilité qu'elle donne à voir et à entendre, au travers de ses propos et de son attitude toute entière. En ce sens, la *situation de groupe est propice à la communication* de Mme S. : il semble qu'elle ait une faculté à se servir du groupe afin qu'il la contienne et la protège.

Synthèse

- *Traits saillant du comportement de communication* : Mme S. a paru particulièrement émotive et sensible tant à ses difficultés personnelles, à ses troubles d'évocation et d'expression, qu'à l'écoute des chansons. Ses difficultés semblent lui laisser un sentiment d'amertume qui altère son estime de soi et l'amène à se dévaloriser. Elle ne se mure réellement dans le silence et ses préoccupations que lorsqu'elle rumine ses récriminations à l'égard de sa famille qui l'a placée en maison de retraite. Il suffit alors de la solliciter tout en la recadrant sur le thème de l'atelier pour qu'elle participe de nouveau.
- *Éléments autobiographiques, propos ou comportement marquants* : « Faudrait que je me remette à chanter ! »
- *Ressources et contexte facilitateur* : la sensibilité à l'environnement est une ressource pour Mme S. : cela la rend réceptive aux sollicitations du soignants, à la validation et aux encouragements, ce qui lui permet de se rassurer et de se maintenir dans l'interaction. Par ailleurs, tout dans son attitude (voix, anxiété, fragilité) « oblige » l'interlocuteur à accorder une attention particulière à sa personne et à ses propos.
- *Aspects évolutifs au cours de l'atelier* : anxieuse au départ, Mme S. refuse d'abord de participer. Elle parvient ensuite à se détendre mais reste cependant profondément anxieuse aujourd'hui. Son comportement oscille entre des manifestations de satisfaction et des expressions de désœuvrement, voire de tristesse.
- *Aspects évolutifs depuis le début du suivi* : depuis deux séances, Mme S. est particulièrement anxieuse et n'arrive pas à se débarrasser complètement de ce mal-être qui revient constamment au cours de l'atelier.
- *Adaptations et ajustements thérapeutiques* : de manière générale, le comportement des soignants envers Mme S. est de favoriser l'expression et la participation aux interactions par la sollicitation sur des sujets précis, en rapport avec le thème de l'atelier, afin de lui permettre de se dégager temporairement de ses préoccupations. Très réceptive à la validation, aux sollicitations et aux encouragements, Mme S. parvient de cette façon à entrer dans la séance et se montrer joyeuse.

2-3-3. Intérêts et limites de l'OSE 3

Critiques de l'OSE 3 en fonction des observations

- Intérêts par rapport à l'objectif pragmatique :
 - L'OSE 3 nous semble à présent répondre à l'exigence **pragmatique** : en effet, il prend en considération tout un ensemble de paramètres susceptibles de se présenter au cours des situations de communication en atelier thérapeutique, et permet de présenter une synthèse satisfaisante de la séance.
- Intérêts et limites par rapport à l'objectif thérapeutique :
 - Si la prise en compte des ressources, des états psycho-affectifs et de l'intervention du soignant favorise la réflexion sur la prise en charge du patient, l'OSE 3 ne laisse que très peu de place pour noter les observations relatives à l'intervention des soignants au cours de la séance et pour la prise en charge à suivre.
 - Nous avons mis en évidence des techniques d'aides qui ne figurent pas dans l'outil (encouragements) : nous pouvons ainsi continuer à compléter l'OSE.

Nous aborderons l'aspect pratique dans les critiques générales.

Critiques générales

- Limites par rapport à l'objectif éthique :
 - Les questions relatives aux ressources ne constituent pas une partie à elles-seules. Cela ne reflète donc pas assez notre démarche qui est de mettre en avant les capacités du patient pour communiquer.
- Intérêts et limites par rapport à l'objectif thérapeutique :
 - Nous constatons que l'outil est plus précis mais aussi plus fermé. Plus de propositions à choix multiples mais moins d'espace pour insérer des commentaires qualitatifs.
 - L'utilité thérapeutique de l'outil, comme moyen de réfléchir sur la prise en charge à adapter n'est pas assez mise en valeur.

▪ Intérêts et limites par rapport à l'objectif pragmatique :

Comme nous l'avons dit précédemment, il est possible d'établir un profil global de communication à partir de l'OSE 3. Néanmoins, à la relecture, la formulation de certains items ne nous paraît pas satisfaisante.

- Nous nous apercevons que le sens de la première question est ambigu : nous cherchions à savoir si le patient a besoin d'être sollicité ou s'il s'exprime naturellement de manière spontanée. Or, telle que la question est formulée, nous pouvons aussi bien comprendre : « *Prend-il la parole fréquemment après avoir été sollicité ?* » et « *Prend-il fréquemment la parole spontanément ?* ».
- Nous réalisons également que la formulation de la question « *La présence du patient favorise-t-il la dynamique de groupe ?* » peut être interprétée comme un jugement de valeur porté à l'encontre du patient. Nous envisageons donc de reconsidérer cet item.

▪ Intérêts et limites par rapport à l'objectif pratique :

- La cotation des difficultés et des stratégies de compensation est trop compliquée : il est déjà difficile de saisir tous les phénomènes (prise de parole, difficultés, stratégies de compensation...) individuels et groupaux qui ont lieu lors d'une séance d'une heure ou d'une heure et demi. Les coter en fréquence est quasiment impossible et nécessiterait d'avoir pu observer le comportement individuel de chacun durant toute la séance.
- La cotation en fréquence n'est pas adaptée pour tous les critères : elle paraît étrange pour l'investissement du thème de l'atelier.

2-3-4. Recueil de l'avis des soignants sur l'OSE 3

2-3-4-1. Le questionnaire¹

Il nous manquait un outil pour recueillir l'avis des soignants sur l'OSE (quatre infirmières, une psychomotricienne et une orthophoniste) et les confronter à nos objectifs concernant essentiellement :

- l'**aspect pratique**, l'objectif étant que l'OSE puisse être utilisé par tous les soignants qui animent des ateliers thérapeutiques de communication ;

¹ Cf. annexe 14.

- l'**aspect pragmatique**, pour savoir si, selon eux, l'OSE recouvre un ensemble suffisant d'aspects de la communication susceptibles d'être observés dans le cadre des ateliers ;
- l'**aspect thérapeutique**, pour connaître leur point de vue sur la pertinence de se doter de l'OSE dans le cadre de la prise en charge et du suivi des patients.

Nous ne les avons pas interrogés sur l'**aspect éthique**, qui concerne notre démarche et le principe sur lequel reposent les ateliers de communication : restaurer la personne en la considérant comme un interlocuteur à part entière. Néanmoins, les questions 3 et 10 étaient des questions suffisamment ouvertes pour que les soignants commentent l'outil de manière générale, prenant donc éventuellement en considération cet aspect éthique dans leurs remarques.

2-3-4-2. *Les commentaires des soignants*

▪ **Au niveau pratique :**

Les réponses au questionnaire nous renvoient l'image d'un outil *facile à remplir* mais *difficilement utilisable au quotidien* par les soignants. Les remarques portent tout d'abord sur le *temps* passé à remplir l'OSE : de 10 à 30 minutes. Pour certains, ce temps est lié à l'emploi des *termes spécifiques* que nous utilisons : la réalité théorique à laquelle ils renvoient est, visiblement, difficilement accessible aux paramédicaux non-orthophonistes. Pour d'autres, c'est la réalité pratique de leur métier qui est incriminée : ils ne peuvent pas se permettre de consacrer ce temps pour chaque patient.

D'autres commentaires portent sur la *lisibilité de l'outil*. La cotation des items est trop important selon certains soignants. D'autres s'interrogent par ailleurs sur leur utilité, soulignant que la *synthèse* ne reprend pas de manière explicite les cotations.

⇒ **Ajustements en fonction de ces remarques :**

Améliorer la notice en définissant chaque terme spécifique et ce qu'on cherche à observer à travers les questions posées serait un bon compromis entre la précision théorique des termes et leur compréhension par des personnes non initiées à ce type d'étude. Il nous faudra aussi préciser que l'OSE n'est en aucun cas un outil d'évaluation, contrairement à l'interprétation qu'en ont eu certains soignants : la cotation n'est là que pour inviter le soignant à prendre acte du comportement de communication du patient au cours des ateliers, ce pourquoi elle n'est pas reprise en synthèse.

Pour faciliter le remplissage mais aussi rendre l'outil plus précis (objectif pragmatique), nous envisageons de faire plus de propositions concernant les techniques d'aide et les stratégies de compensations, tout en retirant les tableaux de cotation pour les sous-items.

▪ **Au niveau de la pragmatique :**

Pour la majorité des soignants, *l'OSE aborde globalement tous les aspects de la communication*. Selon eux, *les différents items sont pertinents* et permettent d'avoir une *évaluation fine*. La *trame de l'outil*, communication verbale, non verbale et dynamique de groupe, offre une *vision compétente de la communication* ; les *choix multiples* aident à réfléchir sur la communication du patient.

Néanmoins, quelques reproches sont adressés à l'outil au niveau pragmatique. Pour certains, la dimension non verbale et l'importance accordée au corps dans son ensemble ne sont pas assez approfondies. Les *aspects réceptifs du non verbal*, à savoir si le patient tient compte des signes verbaux adressés par l'interlocuteur, ne sont pas incorporés dans l'outil. Au niveau verbal, les actes de langage sont trop limités et seraient à compléter.

⇒ **Ajustements en fonction de ces remarques :**

La critique au niveau du manque d'importance accordée à la prise en compte du corps est à nuancer dans la mesure où le soignant a utilisé l'outil dans le cadre d'un atelier de psychomotricité : les objectifs sont donc différents de ceux des ateliers de communication. Cependant, cette remarque nous fait prendre conscience qu'il faudrait laisser un espace destiné à la qualification de l'attitude corporelle (mouvements des jambes, des mains, l'attitude corporelle générale, etc.). Nous nous apercevons que le fait de préciser le comportement général par des termes se rapportant aux états psycho-affectifs (« enjoué » « tendu », etc.) ou à une attitude sociale (« en retrait », « expressif ») n'est pas suffisant.

Il nous semble également important de prendre en compte les aspects réceptifs du non-verbal, éléments fondamentaux dans la communication. Nous avons donc ajouté une question ayant trait à la réception des feed-back non verbaux. Cet aspect manquait à notre outil, car il nous paraissait difficile à observer en situation de groupe.

Concernant la remarque sur les actes de langage, nous avons choisi de nous limiter à de grandes catégories en nous basant sur l'article de Berrewaerts (2003) qui différencie deux actes intéressants à comparer chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer : les

requêtes (regroupant toutes les questions et les demandes de clarification) et les assertions (recouvrant les commentaires, les remarques, etc.). Il nous a semblé important dans le cadre de la population qui nous intéresse et de notre outil de communication d'ajouter les actes qui ont trait aux mécanismes conversationnels. Cela permet de comparer les actes les plus utilisés par le patient lors d'une séance et de faire des liens avec d'autres items. Mais notre objectif n'est pas de faire une analyse fine de la communication verbale, sachant que nous nous intéressons à la communication de manière globale et que nous établissons un profil pour chaque patient du groupe.

▪ **Au niveau thérapeutique :**

L'intérêt de l'OSE dans le cadre du suivi des patients en atelier thérapeutique est constaté par de nombreux soignants. Selon eux, l'OSE permet de s'adapter aux difficultés des patients. Il favorise l'échange avec les autres soignants au sujet de la prise en charge et permet de la réajuster. Certains soulignent particulièrement l'intérêt de la partie « *ressources et remédiations* » qui valorise la communication des patients, et la pertinence de la synthèse qui *permet de mieux adapter les interventions*.

Néanmoins, certains soignants estiment que la synthèse est *en décalage avec l'outil : cela ne permet pas d'effectuer une véritable conclusion ; il est difficile d'en faire la synthèse pour après comparer ; il manque à l'outil une vision globale*.

⇒ **Ajustements en fonction de ces remarques :**

La synthèse de l'OSE a été conçue pour offrir plus de place à une description qualitative des éléments-clefs du profil de communication, des commentaires concernant l'évolution et des adaptations de la prise en charge. Pour que ses objectifs soient plus lisibles pour les soignants qui remplissent l'outil, nous pensons pouvoir formuler différemment les deux premiers items.

En outre, les critiques adressées à la synthèse nous font prendre conscience de la nécessité de proposer, en plus de l'OSE initial, un profil de communication plus visuel et plus synthétique : cela permettrait de faciliter le remplissage de l'outil (aspect pratique) et de comparer plus facilement les items cotés séance après séance (aspect thérapeutique).

Malgré cela, nous considérons que notre étude est axée prioritairement sur l'OSE initial : un profil plus lisible sur le plan visuel ne pourra se constituer qu'après avoir abouti à un outil satisfaisant nos objectifs, si ce n'est pratique, du moins pragmatique et thérapeutique.

▪ **Au niveau éthique :**

Nous n'avons pas cherché à recueillir l'avis des soignants sur cette dimension qui fonde notre démarche. Cependant, les commentaires positifs de certains soignants vis-à-vis de la partie « ressources » illustrent le fait que l'OSE reflète notre volonté de mettre en avant les compétences et de considérer la communication non pas d'un point de vue déficitaire, mais comme source de plaisir à attiser et entretenir chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Propositions des soignants :

- Elaborer l'outil sous forme de grille intégrant les différents temps de l'atelier (psychomotricienne)
- Faire un outil plus synthétique à utiliser lors des admissions des patients (infirmiers)
- Adapter aux infirmiers en nous appuyant sur les cibles dans les transmissions ciblées (infirmiers)
- Proposer une grille de synthèse, un questionnaire plus léger au jour le jour en reprenant les titres pour aller à l'essentiel, une fois la représentation des profils de communication établis avec cet outil (Juliette)

⇒ **Ajustements en fonction de ces propositions :**

La proposition de faire un outil qui s'adapterait plus spécifiquement aux besoins des infirmiers est intéressante mais il n'est pas possible pour nous dans le cadre de notre travail de traiter cette demande. En revanche, élaborer un outil complémentaire sur la base de notre travail nous semble envisageable : après avoir défini un profil complet à l'aide de l'OSE d'origine, une version moins dense pourrait permettre d'esquisser des profils visuels qu'il serait facile de comparer.

2-4. Présentation de l'OSE 4¹

Nous présentons dans cette partie les objectifs, les caractéristiques et les observations liés directement à l'OSE 4 : s'agissant d'un prototype, la version allégée du profil de communication ne figure donc pas ici, mais nous nous proposons d'en exposer succinctement les principes au terme de la discussion.

¹ Cf. annexe 13a.

2-4-1. Objectifs et caractéristiques de l'OSE 4

Objectifs

- Rendre l'outil plus aéré et plus visuel, notamment en retirant tous les tableaux de cotation pour les propositions.
- Laisser plus de place aux ressources et remédiations, partie centrale au regard de notre démarche, et pas assez mise en valeur (objectifs éthique et thérapeutique).
- Donner plus de propositions concernant les stratégies de compensations et les techniques d'aide pour faciliter le remplissage de l'outil en le rendant plus précis.
- Reformuler la question relative à la dynamique de groupe.
- Reformuler les items de la synthèse pour mieux faire apparaître les objectifs éthiques thérapeutiques de l'OSE : mettre en évidence les ressources et proposer des adaptations pour permettre au patient de se maintenir dans l'échange malgré ses difficultés.

Caractéristiques

- Elimination systématique des cotations sous forme de tableau pour les sous-critères : une case est désormais placée à côté des items pour les coter directement. Cela nous a permis d'écrire les mots en entier et non pas sous forme d'abréviation, difficilement lisible pour les soignants.
- L'architecture de l'outil a été modifiée : les difficultés d'expression verbales sont désormais comprises dans la partie investissement dans l'interaction afin de mieux mettre en relief la partie ressources et remédiations, centrales dans notre outil mais écrasée jusqu'à lors par la place des « difficultés ».
- Nous avons proposé plus de choix parmi les propositions au niveau des stratégies de compensation et des techniques d'aide pour que le soignant puisse remplir l'outil plus facilement :
- La formulation de la première question a été modifiée pour lever l'ambiguïté.
- La question sur la dynamique de groupe s'est scindée en deux questions : « le patient a-t-il généré de tensions positives dans le groupe ? » ; « Le patients a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ? » ; la cotation en fréquence est maintenue.
- Au niveau de la synthèse :
 - l'item « *traits saillants du comportement de communication* » est devenu « *ressources personnelles du patient pour communiquer* » : il implique de

reprendre tous les éléments de l'OSE afin de mettre en évidence ses compétences pour entrer en relation et échanger avec d'autres personnes.

- l'item « *ressources et contextes* » est devenu « *domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur* » : l'intérêt de cet item n'est pas tant de pointer les difficultés que de montrer les adaptations opérantes chez l'interlocuteur.

2-4-2. Mise en pratique de l'OSE 4 : M. H.¹

Séance du 24.04.09. Huit patients, trois soignants.

Thème : Exprimer ses sentiments Support : photos de personnages qui expriment des sentiments, chanson *Mon Vieux* (Daniel Guichard).

2-4-2-1. Profil de groupe

Sur les huit patients présents lors de cette séance, trois ne participent que depuis début mars à cet atelier. Le groupe est très hétérogène. Certains patients sont très discrets voire silencieux, certains autres ne s'expriment que sur des sujets particuliers et quelques uns sont assez volubiles.

Plan de table

La table est rectangulaire. Les trois hommes sont placés les uns à côté des autres. En effet, nous avons remarqué que la présence de M. R. aux côtés de M. H. lui était bénéfique. M. L., nouvellement arrivé, est situé près d'un soignant qui le stimule de temps à autres, car ce patient au regard très figé du fait de sa maladie, peut rester silencieux durant toute la séance. Ce même soignant est également placé près de Mme L., qui parfois aurait tendance à être très prolix. En face des trois hommes se trouvent Mme D., qui intervient peu si ce n'est sur un mode défensif ou agressif, Mme R. discrète mais bavarde, une soignante, et Mme T., fraîchement arrivée, silencieuse et souvent indisposée à cause de douleurs. A côté de M. H., est assise Mme M., petite femme très volubile et s'exprimant souvent sur un ton plaintif, et, à sa droite, une soignante.

¹ Cf. annexe 13b.

Déroulement de la séance

Nous avons accueilli les patients, qui se sont assis à la place qui leur a été attribuée, puis nous leur avons présenté le sujet à l'aide des images disposées sur la table. Nous avons terminé la séance par une chanson.

Réactions du groupe par rapport aux activités proposées

Le groupe a très bien réagi au thème proposé lors de cet atelier Histoire de vie. En effet, si ce thème assez abstrait n'a pas permis la recherche d'images précises, il a néanmoins rempli certains objectifs de l'atelier à savoir : partager des éléments de l'histoire des patients, prendre en compte et valoriser leur parole, partager leurs expériences et leur vécu.

Chacun a pu s'exprimer sur les relations qu'il entretient avec sa famille et ses amis, sur ses déceptions, ses moments de joie et d'intimité. De nombreux débats, parfois houleux, ont eu lieu, sur l'amitié, sur les enfants, sur les instituteurs, sur les émotions, mais dans un respect mutuel.

Eléments modifiant la dynamique de groupe au cours de la séance

Tensions positives

- Mme L. n'avait pas le moral lorsqu'elle est arrivée et nous a dit « *je ne vais pas m'exprimer beaucoup, je ne suis pas en forme* », néanmoins, les tensions positives créées au sein du groupe grâce aux **interventions solidaires** de certains patients comme M. H., lui ont permis de confier à son tour son expérience de vie.
- A plusieurs reprises, des tensions positives ont été créées au sein du groupe, suite à des interventions visant **la solidarité, la détente ou l'accord**. M. H. et M. R. en furent les principaux acteurs.
- La chanson en fin de séance a permis de réunifier et ressouder le groupe.

Tensions négatives

- Mme D., qui d'ordinaire ne s'investit pas personnellement dans les échanges et se cantonne à répondre aux questions qu'on lui pose, et ce sur un ton assez agressif, a pu lors de cette séance se saisir complètement du thème et livrer ses émotions. La reformulation et la validation de ses propos par une soignante notamment, lui ont permis de confier ses souffrances et la colère qu'elle ressasse contre ses enfants : « *c'est pas mes enfants qui courent après moi, pourtant ils m'en doivent beaucoup* » ou « *vous trouvez ça normal de laisser une personne qui a 80 ans toujours toute seule ?!* ». Malheureusement, Mme D. a été extrêmement redondante dans ses propos

et agressive dans son expression, ce qui a généré de **nombreuses tensions se manifestant par un retrait du groupe ou une forte émotivité**. Elle déclare à plusieurs reprises « *mais je n'ai besoin de personne, j'ai assez d'argent, je gagne ma vie... le reste je m'en fous !* ». A tel point que Mme L. finit par lui manifester son étonnement : « *vous parlez souvent d'argent...* ». Ou encore, Mme D. par exemple exprime catégoriquement le fait que « *pleurer est une faiblesse* », ce qui provoque une **vive tension négative** par le désaccord de plusieurs patients, dont Mme L. qui lui rétorque : « *moi je suis faible et je n'ai pas honte de pleurer !* ». Néanmoins, des tensions positives ont aussi été créées, certains patients manifestant leur **accord** en validant Mme D. sur d'autres sujets.

- Mme M. a été difficile à canaliser, d'autant plus après le départ de la soignante qui était assise auprès d'elle. Elle s'exprime souvent spontanément, sans respecter les tours de parole et sur un ton plaintif et persécuté, ce qui a occasionné des **tensions** entre elle et certains patients, voire du **désaccord**.

Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur l'année ou le cycle

Les patients apparaissent plus investis lors de cette séance : ils réagissent plus spontanément que d'habitude. L'arrivée de nouveaux patients au sein de l'atelier a modifié la dynamique de groupe dans un premier temps. Certains patients sont apparus plus réservés et observateurs, mais ce thème a permis au groupe de se libérer et de se décharger émotionnellement.

Mme L. s'est très bien intégrée. Aujourd'hui le groupe a eu un effet thérapeutique sur son état psycho-affectif, puisqu'elle est sortie beaucoup plus en forme qu'elle n'est arrivée.

La structure de parole est moins centralisée et les interventions dépendent moins du soignant qu'auparavant.

Propositions d'adaptation et d'ajustement pour la semaine suivante

- Eviter de placer M. H. et Mme M. l'un à côté de l'autre.
- Trouver un thème plus concret qui permettent aux nouveaux membres du groupe de confectionner un album.
- Reconduire la chanson en fin de séance, qui favorise la cohésion du groupe.

Communication verbale

Lors de cette séance, M. H. adopte un *comportement verbal* que nous pourrions qualifier d'engagé. En effet, il participe et investit sa personne dans les échanges, il exprime réellement ce qu'il ressent et se montre mesuré dans ses propos.

Au niveau de l'*investissement dans l'interaction*, nous remarquons que M. H. prend beaucoup la parole spontanément. Il n'a pour ainsi dire pas été sollicité, car il a pu s'exprimer lorsqu'il le souhaitait, sur les thèmes qui lui tenaient à cœur. Il s'est exprimé essentiellement par assertions, fréquemment par requêtes et ponctuellement par des mécanismes conversationnels. De manière générale, ses énoncés sont courts et ne commencent pas ou très peu par un temps de latence.

M. H. a pu investir le thème de l'atelier, de manière beaucoup plus prononcée que d'habitude. En effet, il se cantonne habituellement à plaisanter au travers de blagues ou de jeux de mots masquant ses difficultés, tout du moins les évitant. Le soignant tente donc parfois de le solliciter sur le thème pour l'aider à donner du sens et à s'exprimer sur le contenu. Lors de cette séance, M. H. s'est spontanément exprimé sur le contenu, sur le fond de sa pensée et de ses sentiments, de manière plus adaptée et investie qu'auparavant. La famille dont son petit-fils et sa femme, les amis, les sentiments sont donc des thèmes qui ont favorisé la communication verbale de M. H.

Par ailleurs M. H. a tenu compte de la parole des autres patients, puisqu'il a réagit à plusieurs reprises à leurs propos, les a tempérés voire contredits.

M. H. a été confronté de manière fréquente à des difficultés lors de ses prises de parole : manque du mot constant ayant pour conséquence un manque d'informativité fréquent, de ponctuelles digressions suite à des difficultés de compréhension et à une ou deux reprises il n'a pas respecté les tours de parole.

Au niveau des *ressources et remédiations*, M. H. a paru assez conscient de ses troubles. En effet, il réussit à exprimer le fait que pleurer l'a aidé à extérioriser la souffrance causée par sa maladie et ses difficultés d'expression. Il a tenté de compenser ces dernières de différentes manières. La demande d'aide par le regard et la suppléance mimo-gestuelle sont des compensations qu'il met naturellement en place. Certaines difficultés occasionnent parfois des blocages qui s'apparentent plus à de l'énervement. Néanmoins, certains patients lui ont involontairement coupé la parole lorsqu'il était en difficulté, l'empêchant de résoudre son

problème et paradoxalement lui permettant de ne pas s'attarder dessus. Les soignants de leur côté ont cherché à le soutenir et à l'aider en lui donnant le mot, en recontextualisant son discours pour chercher des indices significatifs et en reformulant, permettant ainsi fréquemment la continuité de l'échange.

Communication non verbale

L'attention et l'écoute portées à l'échange par M. H. ont été constantes durant la séance.

Au niveau du *comportement général*, et plus précisément non verbal, M. H. s'est montré particulièrement présent. Jovial mais calme, les avant-bras et les mains sur la table, il manipule parfois son étiquette et lisse la nappe comme pour occuper ses mains, ou bien il croise les bras. Son expression dominante est celle du bien-être, mais peut-être sa tendance à manipuler des objets (attitude corporelle) reflète-t-elle une forme d'anxiété.

Concernant son *comportement au cours de la parole*, nous remarquons que M. H. accompagne fréquemment sa parole de gestes. Lorsqu'il parle, son visage est assez expressif. Il adresse de nombreux feed-back aux interlocuteurs, et son regard est dirigé vers les autres au cours des échanges. Il éprouve néanmoins des difficultés à recevoir et comprendre les feed-back non verbaux de ses interlocuteurs. Sa voix est grave et d'intensité normale, son timbre est chaud, apaisant et ses intonations modulées. Son débit est assez faible.

Dynamique de groupe

M. H. s'est fréquemment adressé au groupe lorsqu'il prenait la parole. Néanmoins, il a beaucoup échangé avec sa voisine directe pour la questionner ou répondre à ses propos. Lorsqu'il évoque un événement très fort (son petit-fils par exemple), il regarde dans le vide ou il fixe la nappe comme s'il revivait la situation.

La présence et les interventions de M. H. ont créées la plupart du temps des tensions positives. En effet, ses interventions se sont révélées plus sérieuses qu'à l'accoutumée. M. H. a beaucoup donné son **opinion** et fait des **suggestions** : « *ça aide peut-être parfois [d'exprimer ses sentiments], c'est mieux que de s'isoler* » ; « *ça m'a aidé de pleurer* ». Il demande des **clarifications** lorsqu'il ne comprend pas.

Il intervient également à plusieurs reprises pour modérer, relativiser les positions radicales de certains patients, créant selon le contexte et l'interlocuteur des **tensions positives** ou **négatives**. Les débats avec sa voisine directe sont houleux, mais il ne s'énervé pas, il essaie de la tempérer, quitte à la contredire, mais tout en validant ses propos et en faisant preuve de tact et de compréhension. Pour détendre l'atmosphère, il se permet quelques

blagues, mais certaines ne sont pas adaptées au contexte, ce qui crée une situation de malaise, et même des **tensions négatives** entre plusieurs patients.

Nous pouvons dire que M. H., qui a cherché à affirmer son point de vue tout en régulant et pondérant les propos de ses interlocuteurs, a adopté un rôle de maintien de cohésion et de modérateur. Cette situation de groupe a donc été très propice à la communication de M. H.

Synthèse

- *Les ressources personnelles du patient pour communiquer* sont sa spontanéité, sa jovialité et son engagement dans l'interaction ; sa capacité d'écoute et de prise en compte de la parole des autres ; la suppléance mimo-gestuelle qu'il met spontanément en place lorsqu'il rencontre des difficultés ; la plus grande facilité avec laquelle il traite le thème de la famille et des sentiments ; et enfin son rôle visant à maintenir la cohésion et détendre l'atmosphère.
- *Les domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur* se situent au niveau du manque du mot, du défaut d'informativité, des difficultés de compréhension et parfois du non-respect des tours de parole. Néanmoins, donner le mot à M. H., reformuler et recontextualiser sont des adaptations du soignant permettant de maintenir l'échange.
- *Au cours de l'atelier*, M. H. a évolué. Très attentif et régulateur, il s'est montré plus distrait, plus blagueur et a moins pris la parole en fin de séance, certainement suite à l'arrivée d'une soignante, qui a canalisé les échanges de M. H. et sa voisine.
- *Depuis le début du suivi*, M. H. a évolué. Il apparaît plus stable qu'auparavant et plus investi dans le thème. Par conséquent il plaisante moins et s'exprime davantage sur le fond.
- *Au niveau des éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants*, nous notons qu'il serait intéressant de demander des photos des petits enfants de M. H. afin de les ajouter dans son album. En effet, il manifeste à plusieurs reprises la joie et le bonheur que lui procure la visite de son petit-fils.
- Pour terminer sur les *adaptations et ajustements thérapeutiques*, il semblerait favorable de placer un soignant à proximité de M.H., de placer M. R. à ses côtés plutôt que Me M., afin d'éviter les situations conflictuelles, et enfin de favoriser les supports écrits, tout en songeant à les retirer de son champ visuel par la suite.

2-4-3. Intérêts et limites de l'OSE 4

L'OSE 4 représente donc la version finale de notre outil. Les aspects centrés sur le groupe en tant qu'entité sont traités conjointement dans le profil de groupe qui offre un regard plus global. L'aspect pratique n'étant pas complètement résolu, nous avons également choisi de mettre en place un outil plus simple et moins détaillé dans son contenu pour faciliter son utilisation auprès d'autres professionnels.

III- DISCUSSION

Nous allons à présent passer en revue l'ensemble de notre travail pour en faire apparaître les limites et les intérêts, tant au niveau de la méthodologie entreprise pour élaborer l'OSE qu'au niveau de la version à laquelle nous aboutissons au terme de notre étude.

1. DISCUSSION PAR RAPPORT A LA METHODOLOGIE

Discussion concernant la cohérence entre les parties pratique et théorique

Pour notre étude, nous avons choisi de nous focaliser sur la maladie d'Alzheimer et les personnes affectées par cette démence. Cela nous a permis d'approfondir les problématiques inhérentes à cette affection en présentant les différentes approches qui l'appréhendent. Pour ne pas être en porte-à-faux vis-à-vis de notre partie théorique, nous avons présenté l'évolution de l'OSE à partir de l'observation de patients atteints de cette maladie. Cependant, si les patients qui ont participé aux ateliers dans nos structures souffrent tous de démence, ils ne sont pas tous atteints de la maladie d'Alzheimer.

Ceci étant, l'OSE reflète une conception très globale de la communication. Il a été conçu pour refléter les objectifs de la prise en charge en ateliers thérapeutiques de personnes dont les troubles de la communication sont très hétérogènes : l'OSE peut donc être utilisé pour le suivi de patients partageant des problématiques neurodégénératives similaires.

Discussion concernant la validité des justifications

Les justifications apportées à l'OSE relèvent à la fois de données théoriques et de considérations issues de la pratique. Ce dernier niveau est un point sensible dans notre méthodologie : en effet, le choix de nos critères n'a pas été commandé par une validation statistique mais a été orienté par la mise en pratique hebdomadaire de notre outil. Pour ne pas nous limiter à nos seules appréciations, nous avons également sollicité les soignants pour qu'ils éprouvent l'OSE et l'enrichissent par leur regard expérimenté. Enfin, pour renforcer la validité pratique de l'OSE, nous avons eu recours à l'enregistrement vidéo des séances.

Ces enregistrements nous ont aidées à élaborer l'outil et à rendre compte de la communication des patients en nous servant de l'OSE. Cela nous a permis de compenser notre manque d'expérience, et, ainsi, de mieux appréhender les enjeux des ateliers et

d'aiguiser notre observation de la communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En revanche, nous nous sommes appliquées au cours de l'année à remplir l'outil au moment de l'analyse après la séance avec les soignants, pour qu'il puisse s'adapter à la réalité pratique des professionnels.

Pour notre part, nous estimons que la prise en compte des données de la réalité clinique est la valeur ajoutée de notre travail : notre outil étant orienté vers la prise en charge, il était indispensable de les considérer pour constituer l'OSE. A ce titre, la définition des objectifs, notamment thérapeutiques, pragmatiques et pratiques, nous a permis de le faire évoluer en le maintenant au plus près des exigences de la prise en charge.

Discussion concernant nos stages et nos ateliers

Nos stages et nos observations se sont effectués dans deux structures différentes. Cet aspect se répercute dans notre étude, car il n'a pas été possible de présenter nos cas cliniques à partir des mêmes évaluations. Concernant M. H. (comme pour l'ensemble des autres patients du groupe), nous avons pu lui proposer une évaluation cognitive et frontale globale (BEC, MMS, BREF), une évaluation de la communication (TLC), ainsi qu'une évaluation de l'anxiété et de la dépression ; pour Mme S., il n'a pas été possible de faire passer les batteries d'évaluations que nous avons choisies pour notre étude.

Cependant, les différences de fonctionnement de nos structures se manifestent également au niveau des ateliers et des soignants qui les animent. Grâce à cela, nous avons pu élargir notre champ d'observations et enrichir notre outil en mettant l'OSE en pratique dans des conditions différentes. Cela nous a notamment permis de croiser nos regards et ceux des professionnels des deux lieux. L'OSE a ainsi pu bénéficier d'applications différentes, ce qui l'a rendu adaptable à au moins deux types d'ateliers de communication.

2. DISCUSSION PAR RAPPORT A L'OUTIL

La version finale que nous proposons n'est pas parfaite, mais elle présente le mérite de remplir un certain nombre d'objectifs que nous nous étions fixés, et de présenter un regard plus global sur la communication.

Aux niveaux éthiques et thérapeutiques

La mise en évidence des **ressources** et non pas des déficits, est un point essentiel de notre démarche.

L'OSE est un outil qui sert la prise en charge. En effet, la trame proposée permet au soignant de **guider sa réflexion**, de s'interroger sur son intervention et sur les moyens à mettre en œuvre pour **s'adapter au mode de communication des patients** au sein du groupe afin de favoriser un échange de meilleure qualité.

L'OSE n'est donc pas un outil d'évaluation. Sa cotation n'a pas de caractère figé ou portant un jugement de valeur. Elle permet uniquement une comparaison de la fréquence d'apparition de certains phénomènes comportementaux et communicationnels pour un meilleur suivi dans la durée. En revanche, l'OSE peut apporter un éclairage complémentaire aux observations ou évaluations effectuées lors d'une situation d'entretien.

Par ailleurs, les aspects socio-affectifs, qui nous semblent une donnée centrale dans la prise en charge, n'ont pas été assez développés dans notre outil ; faute de place, nous nous sommes limitées à l'expression dominante du patient. Il serait intéressant d'approfondir cette notion du point de vue du soignant, à savoir comment traiter et comment recevoir l'humeur, les états d'âme du patient qui influent directement sur sa motivation et son désir de communiquer mais également sur la dynamique de groupe. Par ailleurs, du point de vue du patient, il serait intéressant d'évaluer l'impact d'une séance en groupe sur son état psycho-affectif.

Au niveau de la pragmatique

L'OSE établit un **profil individuel** offrant une vision globale mais élaborée de la communication au travers d'un cas clinique. En effet, notre objectif était de rendre compte de la communication globale en situation d'interaction dans un groupe en faisant des liens entre les items. Ce postulat nous a contraintes à rester approximatives, notamment sur les actes de langage : par exemple, les actes de langage indirect effectués par les patients ne sont pas pris en considération dans l'outil car, étant diffus dans les échanges, ils sont difficilement observables.

Une autre approche possible aurait été de focaliser notre observation sur un des aspects de la communication : mais nous aurions perdu dans ce cas la vision d'ensemble.

La trame que nous avons choisie a le mérite de faire correspondre les titres avec les points essentiels à observer chez le patient : communication verbale, communication non verbale, et dynamique de groupe. Pour autant, nous ne la jugeons pas pleinement satisfaisante : comme nous l'avons annoncé, la partie « ressources et remédiations » est centrale au regard de nos objectifs éthiques, thérapeutiques, mais aussi pragmatiques. Or, celle-ci est rattachée à la partie communication verbale. Elle ne constitue pas une partie à part entière bien qu'elle prenne en compte des composantes de la communication non verbale (suppléance mimo-gestuelle, demande d'aide par le regard, toucher) et de la dynamique de groupe (régulation). Dans l'idéal, il aurait fallu proposer cette partie indépendamment des autres.

La raison pour laquelle nous n'avons pas structuré notre OSE ainsi tient aux contraintes que nous nous étions fixées : selon nous, l'outil ne devait pas faire plus d'une page recto-verso, afin qu'il ne soit pas trop long à remplir (objectif pratique). Pour satisfaire à la fois l'objectif pratique et l'objectif pragmatique, il aurait donc probablement fallu supprimer la synthèse, ce qui, pour nous, n'était pas souhaitable. Cependant, en nous autorisant une présentation sur un autre format, il serait envisageable alors de restructurer l'outil de manière à ce qu'il soit plus en phase avec nos objectifs.

Par ailleurs, tous les aspects ayant trait à la dynamique de groupe n'ont pas pu être traités. C'est pourquoi nous avons choisi, pour ne pas exclure l'entité groupe de notre étude, de mettre au point un **profil de groupe**, simple à remplir et apportant une appréciation collective de la dynamique de groupe.

Notre outil nous semble novateur en ce qu'il inclut le groupe dans son champ d'étude. La prise en compte du mode de communication du patient au sein d'un groupe, du rôle qu'il y occupe et des aspects propres au comportement du groupe est un point de vue qui n'est pas pris en compte dans les outils de communication que nous avons cités puisqu'ils sont pour la plupart utilisés en situation duelle. Seule Feil intègre cette donnée à sa grille, mais pour autant elle n'inclut par le groupe en tant que tel.

Au niveau pratique

Nous avons cherché à rendre notre outil accessible à tous les professionnels paramédicaux qui interviennent dans les ateliers thérapeutiques. Malgré nos efforts, il ne l'est pas tout à fait, en raison de la spécificité des termes utilisés. Nous ne souhaitons pas le

simplifier pour ne pas le dénaturer. Néanmoins, nous proposons une notice¹ définissant les termes utilisés. Ainsi conserve-t-il une ouverture aux autres soignants qui souhaiteraient s'en saisir.

Des contraintes liées au temps nécessaire pour remplir l'outil et au temps dont dispose le soignant limitent les possibilités d'investissement de l'outil. En effet, le temps d'analyse et de transcription est proportionnel au nombre de patients ; de plus, il est difficile d'observer tous les patients à la fois surtout s'ils sont nombreux, en tenant compte de tous les critères présents dans l'outil, et en assurant parallèlement la fonction d'animation.

Cependant, nous ne pouvons pas nous arrêter à cette simple constatation. S'emparer d'un outil n'est pas une démarche évidente : ses premières utilisations sont souvent longues et laborieuses. L'utilisation fréquente de l'outil permettra de se l'approprier. Notre regard sera plus exercé dans l'observation des critères et notre rapidité n'en sera qu'accrue.

Nous aboutissons donc à plusieurs constatations concernant les difficultés d'élaborer un outil accompagnant la prise en charge. L'outil est toujours figé, contenu dans les limites de départ que nous lui fixons. En ce qui nous concerne, nous nous étions fixées quatre objectifs, dont deux sont difficiles à concilier : plus nous développons le profil pragmatique de communication et plus l'outil perd de sa qualité pratique.

La solution envisagée pour résoudre ce problème est la proposition d'une version simplifiée qui reprend tous les items côtés de l'OSE et les relie pour former un profil plus lisible visuellement. Cet outil allégé², dont nous n'avons pu tester ni la validité ni la fiabilité, présenterait selon nous l'intérêt d'être très simple d'utilisation : il reprendrait les trois domaines abordés dans l'OSE et offrirait une présentation visuellement simplifiée, sur une seule page, mais avec de la place laissée néanmoins pour les commentaires. Nous proposons également un prototype de tableau de synthèse³ établi à partir des items de l'OSE. Destiné à noter uniquement des commentaires, il pourrait être complémentaire à la version simplifiée.

¹ Cf. annexe 15.

² Cf. annexe 16.

³ Cf. annexe 17.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'élaborer un Outil de Suivi d'Evolution de la communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, au sein des ateliers thérapeutiques.

Nous avons cherché à ce que l'OSE réponde à quatre objectifs. Nos objectifs **éthiques** et **thérapeutiques** nous ont orientées vers une approche qui visait non pas le recensement des déficits, mais la valorisation des ressources du patient et l'adaptation de l'interlocuteur par rapport à ses difficultés. Sur le plan **pragmatique**, l'OSE s'appuie sur une conception globale de la communication : le profil individuel intègre les interactions verbales et non verbales au sein de la dynamique de groupe ; le Profil de groupe aborde les interactions en appréhendant le groupe comme une entité. Enfin, l'objectif **pratique** visait à le rendre utilisable par les professionnels para-médicaux intervenant dans les ateliers thérapeutiques. Nous avons donc cherché à le rendre accessible, même si, au terme de notre étude, nous pensons que l'utilisation de l'OSE nécessite de prendre le temps de s'y familiariser.

Réussir à considérer et à concilier tous ces aspects à la fois a entraîné des remaniements constants ; nous estimons, cependant, que cette version satisfait en grande partie nos objectifs. L'aspect pratique est un objectif qu'il est difficile de mettre en œuvre si l'on souhaite conserver une fiabilité théorique et donc une précision pragmatique. C'est pourquoi, le Profil de groupe, et les OSE simplifiés viennent compléter le profil individuel. Nous pouvons imaginer une utilisation quotidienne du Profil de groupe pour chaque séance, une utilisation ponctuelle de l'OSE comme point de départ de prise en charge d'un patient sur le plan de la communication, et une utilisation plus fréquente de l'OSE « allégé » pour un suivi plus rapide des patients dans le cas où le temps accordé à chaque patient est limité par des contraintes institutionnelles.

Dans l'idéal, l'outil servirait non seulement le soignant dans la prise en charge mais également la famille dans sa communication avec le parent malade. Transmettre aux proches du malade les modalités favorisant l'émergence d'une communication plus interactive est un objectif implicite de l'outil.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ABRIC J.-C. (2008). *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. 3^{ème} édition. Armand Colin.
- AMADO G. et GUITTET A. (2003). *La dynamique de communication dans les groupes*. Armand Colin.
- ANDRIEU S. et AQUINO JP (2002). *Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action*. Fondation Médéric Alzheimer. Serdi.
- ANZIEU D. et MARTIN JY (1968). *La dynamique des groupes restreints*. PUF, Quadrige manuels.
- ANZIEU D. (1981). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupale*. Nouvelle Edition. Paris, Dunod.
- ARCAND M. et BRISSETTE L. (1994). *Prévenir l'épuisement en relation d'aide*. Ed Gaëtan Morin.
- BATESON et WATZLAWICK (1984). *La nouvelle communication*. Seuil.
- BEAUDICHON J. (1999). *La Communication, processus, formes et applications*. Armand Colin, Paris.
- BELIN C., ERGIS A-M, MOREAUD O. (2006). *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*. Solal.
- BELMIN J. et AMALBERTI F. (1997). *Les soins aux personnes âgées*. Masson.
- BENVENISTE E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*, Gallimard, Paris.
- BENVENISTE E. (1972). *Problèmes de linguistique générale*, II, Gallimard, Paris.
- BERNE E. (2006). *Principes de traitement psychothérapeutique en groupe*. Les éditions d'Analyse transactionnelle.
- BOUGNOUX D. (1992). *La communication contre l'information*. La découverte, Coll. Repères.
- BRACOPS M. (2006). *Introduction à la pragmatique. Les théories fondatrices : actes du langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégré*. De Boeck, Bruxelles.
- BROUILLET D. et SYSSAU A. (1997). *La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement*. Paris : PUF.

- CARDEBAT D., AITHAMON B. et PUEL M. (1998). Les troubles du langage dans les D.T.A in EUSTACHE F. et AGNIEL A. *Clinique des démences : évaluations et prises en charges*. Neuropsychologie. Solal Editeurs.
- DARDIER V. (2004). *Pragmatique et pathologies*. Bréal.
- DEMOURES G. et STRUBEL D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. Masson.
- DEROUESNE C. et SELMES J. (2005). *La maladie d'Alzheimer: Comportement et humeur*, John Libbey Eurotext.
- DEROUESNE C. (2006). « Maladie d'Alzheimer. Données épidémiologiques, neuropathologiques et cliniques in BELIN C., ERGIS A-M. et MOREAUD O., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*. Solal Editeurs, Marseille.
- DESCAMPS M-C. (1989). *Le langage du corps et la communication corporelle*, coll. Psychologie d'aujourd'hui, PUF, Paris.
- DEVEVEY A. (2007). Maintenir et adapter les fonctions de la communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : jusqu'à quand le discours peut-il conserver son sens ? in *Démences : Orthophonie et autres interventions*, Rousseau T., 2007.
- DONNADIEU G. (2002). *Théorie et pratique de la systémique*. Liaisons.
- DUCROT O. (1984). *Le dire et le dit*. Paris. Minuit.
- DUCROT O. et SCHAEFFER J-M. (1995). *Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*. Editions du Seuil, Paris.
- DUQUENOY SPYCHALA K. (2002). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Erès.
- FEIL N. (1994). *Validation mode d'emploi. Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*. Pradel.
- FEIL N. (2005). *Validation, La méthode de Naomi Feil ; Pour une vieillesse pleine de Sagesse*. Broché.
- FONTAINE R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : Dunod.
- FROMAGE B. (2007). Identité et démence, in *Démences : Orthophonie et autres interventions*. ROUSSEAU T., 2007.
- GAUCHER J., RIBES G. et DARNAUD T. (2004). *Alzheimer, l'aide aux aidants, une nécessaire question d'éthique*. Chronique sociale.
- GIL, R., (2006), *Neuropsychologie*, collection Abrégés de médecine, Masson, 4^e édition.

- GINESTE Y. et PELISSIER J. (2007). *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Bibliophane.
- GOLDBERG A. (2006). *Animer un atelier de réminiscence avec des personnes âgées*. Chronique Sociale.
- GUIMON J. (2001). *Introduction aux thérapies de groupe*. Masson.
- HIRSCH E. et OLLIVET C. (2007). *Repenser ensemble la maladie, d'Alzheimer*. Collection Espace éthique, Vuibert.
- JAKOBSON (1962). *Essai de linguistique générale*. Minuit.
- JOANETTE Y., KALHAOU K., CHAMPAGNE-LAVEAU M. et SKA B. (2006). Troubles du langage et de la communication dans la maladie d'Alzheimer, in *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*. Solal Editeur, Marseille.
- KELLER J.C. (2007). *Le paradoxe de la communication*. L'Harmattan, collection communication et civilisation, Paris.
- KERBRAT-ORECCHIONI C.(2002). *L'énonciation*, Armand Colin.
- KERBRAT-ORECCHIONI C.(2008). *Les actes de langage dans le discours. Théorie et fonctionnement*. Armand Colin.
- LAMBERT J. (1999). Thérapie du manque du mot, in VAN DER LINDEN M., PERRIER D. et AZOUVI P. (1999). *La rééducation en neuropsychologie : étude de cas*. Solal.
- LESNIEWSKA H.K. (2003). *Alzheimer, thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. L'Harmattan.
- LOHISSE J. (2001). *La communication. De la transmission à la relation*, De Boeck, Bruxelles.
- MAISONDIEU J. (1989). *Le Crépuscule de la raison*. Centurion.
- MAISONNEUVE J. (1990). *La dynamique des groupes*. Paris, PUF, coll. Que sais-je ?
- MAZAUX J-M, BRUN V. et PELISSIER J.(2001). *Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires*, Masson.
- MOESCHLER J. (1995). *Argumentation et conversation. Eléments pour une analyse pragmatique du discours*. Didier.
- MOESCHLER J., REBOUL A. (1994). *Dictionnaire encyclopédique de pragmatique*, Editions du Seuil.
- MOESCHLER J., REBOUL A., LUSCHER J-M. et JAYEZ J., (1994). *Langage et Pertinence : référence temporelle, anaphore, connecteurs et métaphores*. Presses Universitaires de Nancy, coll ressources discursives, Nancy.

- MONTANI C. (1994). *La maladie d'Alzheimer « Quand la psyché s'égare »*. L'Harmattan.
- MOREAUD O., (2006). Connaissances sémantiques et maladie d'Alzheimer, in BELIN C., ERGIS A-M. et MOREAUD O, *Actualité sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, Solal Editeur, Marseille.
- NEWCOMB T.M., TURNER R., CONVERSE P.E. (1970), *Manuel de psychologie sociale : l'interaction des individus*. trad.fr., PUF. Coll. Bibliothèque scientifique internationale.
- PERKIN L. (2001), Analyse conversationnelle et aphasie, in AUBIN G., BELIN C., DAVID D., DE PARTZ M-P., *Actualités en pathologie du langage et de la communication*, Solal Editeur, Marseille.
- PERRON M. (2003). *Communiquer avec les personnes âgées : la clé des sens*. Chronique sociale.
- PERSONNE M. (2006). *Accompagner la maladie d'Alzheimer*. Chronique sociale.
- PLOTON L. (2004). *Maladie d'Alzheimer, A l'écoute d'un langage*. Chronique sociale. Lyon.
- PLOTON L. (2007). Affectivité et Maladie d'Alzheimer, in *Résilience, Vieillesse et Maladie d'Alzheimer*, LEJEUNE A., MAURY-ROUAN C., collection Résiliences, Solal.
- REDL F. (1965). Emotion de groupe et leadership in A. Lévy, *Psychologie sociale, Textes fondamentaux anglais et américains*. Paris, Dunod.
- RICOEUR P. (1990) *Soi-même comme un autre*. Seuil. Coll. Points essais.
- ROCHEBLAVE-SPENLE A.-M. (1962). *La notion de rôle en psychologie sociale*. Paris, PUF.
- ROGERS C.(1942 ; 2008). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Ed. ESF.15^{ème} édition.
- ROMAIN C. (2005). *La gestion discursive de la relation interpersonnelle dans la classe de français*. L'Harmattan.
- ROUSSEAU T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation et prise en charge*. Ortho Edition, Paris.
- ROUSSEAU T. (2004). *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, tome 4. Ortho Edition.
- ROUSSEAU T. (2007). *Démence, orthophonie et autres interventions*. Ortho Edition.
- SPERBER D. et WILSON D. (1989). *La Pertinence. Communication et Cognition*. Les Editions de Minuit.

- THIEBAUD D. (2005). *Comprendre le vieillissement. Libérer ses peurs. Apprivoiser sa vieillesse.*, coll. Comprendre les personnes, Chroniques Sociales.
- VAN DER LINDEN M., PERRIER D. et AZOUVI P. (1999). *La rééducation en neuropsychologie : étude de cas*. Solal.
- VAYSSE J. (1997). *La Danse-Thérapie. Histoire, Techniques, Théories*. Paris, Desclée De Brouver.
- VERCAUTEREN R. et HERVY B. (2002). *Manuel des pratiques professionnelles*. Erès.
- VION R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions*. Hachette livre, Paris.
- WATZLAWICK (1972). *Une logique de communication*. Seuil.

Articles tirés de revues

- ANSELME G., LANQUETIN J.-P., et QUINET P. (février 1998). Les soins infirmiers en intra-hospitalier. *Revue soins psychiatrie*. n°194.
- BERREWAERTS J., HUPET M. et FEYERSEIN P. (2003). Langage et démence : examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer in *Revue de Neuropsychologie*, vol. 13, n°2.
- BHERER L., BELLEVILLE S. et HUDON C. (septembre 2004). Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence frontotemporale, *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 2, n°3.
- CHEVANCE A. (2003). Alzheimer, le mal de Léthé. Une hypothèse psychogène de la maladie d'Alzheimer est-elle crédible ? in *Cliniques méditerranéennes*, n°67/1.
- DEROUESNE, C., PIQUARD, A., THIBAUT, S., BAUDOUIN-MADEC, V., LACOMBLEZ, L. (2001). Manifestations non cognitives de la maladie d'Alzheimer. Etude de 150 cas à l'aide d'un questionnaire rempli par le conjoint. *Revue de Neurologie*, vol. 157, n°2.
- DUBOIS C. (2008). Diagnostiquer plus tôt la maladie d'Alzheimer in *La Recherche*, n°415.
- DUCHENE MAY-CARLE A. (juin 2008). Les inférences dans la communication : cadre théorique général, in *Rééducation orthophonique*, n°234.
- DUYCKAERTS C., DUBOIS B. (2008) Actualités sur la Maladie d'Alzheimer, *séance thématique*, 2008.
- Etude ETNA, 2006.

- FILLON V. (juin 2008). Théorie de l'esprit et processus inférentiels en relation avec la compréhension du discours, in *Rééducation orthophonique*, n°234.
- GIRE & coll. (2001). Le rôle du soignant dans les groupes thérapeutiques pour personnes âgées démentes. *Soins gériatrie*. Masson, Paris, n°27.
- GRICE HP (1979). Logique et conversation in *Communications*. N° spécial 30. Seuil, Paris.
- GUISET MARTINEZ M.-J., CHARRAS K. et VILLEZ M. (2008). Les approches non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : bilan d'évaluation, projets innovants à l'international in *La revue de Gériatrie*, vol.33, n°6, SUPA.
- JAGOT L. & coll. (2001). Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisé crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique. *Psychologie de l'interaction*.
- LAUDRIN H., PHARDIN D., CHIEZE J.-C. et DRUNAT O. (1999). Anosognosie et maladie d'Alzheimer : Démences. *La Revue de gériatrie*, vol. 24, no3, 1999.
- LEGER J.M., OUANGO J.G., (2002). Vulnérabilité et troubles thymiques chez le sujet âgé : cause ou conséquence ? in *Vulnérabilité et Vieillesse : comment les prévenir, les retarder, ou les maîtriser ?*, Editions scientifique et médicale Elsevier SAS, Paris.
- LESLIE A-M. (1987). Pretense and Representation : the origins of "theory of mind". *Psychological review* n°94.
- LESNIEWSKA H.K. (1995), Rôle de l'expression plastique dans la stimulation des fonctions intellectuelles et sociales des sujets déments. *Psychologie médicale*, vol. 27, n°3-4.
- MALAQUIN-PAVAN E. et PIERROT M. (Juin 2007). La relation patient, famille, soignants. *Recherche en soins infirmiers*. n°89
- MICHON A. et GARGIULO M. (2003) L'oubli dans la maladie d'Alzheimer : le vécu du patient. *Cliniques Méditerranéennes*. N°67.
- PHILIPPE K. (Décembre 2004). Roman Jakobson (1896-1982). Essais de linguistique générale : aux sources du structuralisme. *Sciences humaines* n° 155.
- PLOTON L. (juillet-août 2005). Aspects négligés dans la maladie d'Alzheimer, in *Psychomédia*. n°5.
- PLOTON L. et coll. (Janvier 2003). La modélisation du fonctionnement mental à l'épreuve de la démence. *Revue de Gériatrie*, T : 28, n°1.
- RIVIERE B. (1999). Thérapies comportementales et cognitives en psychogériatrie. In : G. Ferrey, G. Le Guess. *Psychogériatrie du sujet âgé*, p.213-227. Paris, Masson.

- ROLLAND-DUBREUIL C. (2003). Vieillir en famille avec la maladie d'Alzheimer *Empan*, éres. n°52.
- SACKS O. (14 janvier 2009). Le cerveau, ce mélomane. *Télérama* 3079.
- MAGAR Y. et coll. (mai-juin 2005) Alzheimer : un programme pour soutenir l'entourage des personnes atteintes, in *La Santé de l'homme*, n°377.
- SIMARD C. (1987). Le miroir s'est brisé : Œdipe a vieilli. Amorce d'une réflexion sur le vieillissement et l'altérité. in *Santé mentale au Québec*.
- TACNET et al. (1996). L'atelier thérapeutique, lieu privilégié de rencontre soigné-soignant. *La revue gériatrie*. Tome 21, n°6.
- Trouillet R., Gély-Nargeot M-C. et Derouesné C. (juin 2003). La méconnaissance des troubles dans la maladie d'Alzheimer : nécessité d'une approche multidimensionnelle in *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol.1, n°2.

Mémoires

- BARRIER Céline (2006). Silence, sons, parole... : un atelier de musique thérapeutique et son incidence sur la communication de personnes institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer. Sous la direction de Thierry Rousseau.

Sites internet

- http://www.adequatis-formation.fr/concept_snoezelen/snoezelen.htm
- www.crmh.fr/dl.php?table=ani_pdf&nom_file=snoezelen_site_internet.pdf&chemin=uploads/_crmh (2003) Article version html : un mode spécifique d'accompagnement des personnes polyhandicapées enfants et adultes en institution : la pratique du Snoezelen. Rapport rédigé par Frédéric Blondel, octobre 2003
- <http://recherche.univ-lyon2.fr/lab-psd/IMG/pdf/darnaud-oct2004.pdf> L'aide aux aidants dans une perspective éthique. 25e Journées Annuelles de la SFGG. DARNAUD Thierry
- <http://semen.revues.org/sommaire4871.html> RASTIER F. (2007). « Communication, Interprétation et Transmission », Semen N°23, Sémiotique et Communication. Etats des lieux et perspective d'un dialogue.
- <http://www.univ-lyon2.fr/jsp/recherche> MORHAIN Y. (2008-2009). Eléments pour une épistémologie de la médiation. C.M. licence de psychologie, Université Louis Lumière, Lyon2.

SOMMAIRE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 a : Courrier aux patients de Bellier
 b : Courrier aux patients d'Heinlex
- ANNEXE 2 : Grille de Bales
- ANNEXE 3 : Test Lillois de Communication (TLC)
- ANNEXE 4 a : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO)
 b : Méthode d'analyse des actes de langage
 c : Méthode d'analyse de l'adéquation/inadéquation
- ANNEXE 5 : Extraits du Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC)
- ANNEXE 6 : Grille d'observation des comportements communicationnels
- ANNEXE 7 : Fiche d'évaluation du groupe de validation
- ANNEXE 8 : Extraits du Profil of Functional Impairment in Communication (PFIC)
- ANNEXE 9 : Bilan M. H.
- ANNEXE 10 a : OSE 1
 b : OSE 1, Mme S.
- ANNEXE 11 a : OSE 2
 b : OSE 2, M. H.
- ANNEXE 12 a : OSE 3
 b : OSE 3, Mme S.
- ANNEXE 13 a : OSE 4
 b : OSE 4, M. H.
- ANNEXE 14 : Questionnaire aux soignants
- ANNEXE 15 : Notice explicative
- ANNEXE 16 : Outil « allégé »
- ANNEXE 17 : Tableau de synthèse

Chef de Service
Docteur J. DELVIGNE

Nantes, le 07 Janvier 2009.

Praticien Référent
Docteur P. JAULIN

Madame, Monsieur,

Cadre Infirmier Supérieur
Mme D. SAOUT

Dans le cadre d'une **étude sur la prise en charge en groupe**
à l'hôpital de Jour, l'équipe soignante souhaiterait **filmer** de janvier à juin 2009
les séances du groupe auquel vous, ou votre parent, participez.

Cadre Infirmier Référent
Mme C. LE NERRANT

Psychologue
Mme O. ABID
Mme K. GRIMAUD

le vendredi de 10h30 à 12h

Service Social
Mme F. JOYAU

Cette vidéo sera réservée aux soignants soit pour cette étude soit aux cours de
journées professionnelles.

Secrétariat
Mme M CLENET

Ce travail ne peut être envisagé qu'avec votre accord et celui de votre proche, et
nous vous en remercions par avance.

☎ : 02 40 68.66.79

C'est pourquoi, nous vous joignons **un imprimé d'autorisation** à nous renvoyer si
possible avant le 30 Janvier

☎ : 02 40 68.66.80

Restant à votre disposition, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos
salutations les meilleures.

Dr Ph. JAULIN

Ch. LE NERRANT

CHU DE NANTES

5, allée de l'Île-Gloriette
44093 Nantes cedex 1

T. 02 40 08 71 85
F. 02 40 08 71 61
bp-dircom@chu-nantes.fr



AUTORISATION DE REPORTAGE PRESSE AU SEIN DU CHU DE NANTES

Date de la demande : 10 décembre 2008

Heure :

Nom de la rédaction (ou société de production) **travail interne à partir d'un
mémoire d'une étudiante en orthophonie**

Nom du journaliste (ou du réalisateur) : unité de psychogériatrie

Tél. 02 40 68 66 81

Fax. 02 40 68 66 80

Portable

Date prévue du reportage : de Janvier à Juin 2009

Objet du reportage : **groupes de médiations en hôpital de jour les mercredis
et vendredis de 10h30 à 12h**

Service concerné : **unité de psychogériatrie hôpital de jour**

Établissement : **hôpital Bellier**

1- Information recherchée par le service communication auprès de :

**Dr Philippe Jaulin , Christine Le Nerrant cadre de santé, Juliette Terpureau
orthophoniste**

- avis du pôle direction générale (service communication et/ou direction générale) :

favorable

- avis du chef de service :

Dr Delvigne favorable

Attention ! : Si le patient est concerné par le reportage, le **médecin chef de service** doit l'informer de la demande du journaliste, lui rappeler ses droits et solliciter son accord écrit sur le formulaire du CHU. Dans les services d'urgences ou lors d'interventions du SAMU, le médecin doit demander expressément aux journalistes ou aux bénéficiaires de l'autorisation de reportage de « flouter » les visages, ainsi que tous les éléments permettant l'identification de la personne photographiée (ex : les numéros matricules des véhicules accidentés). Ils devront aussi veiller à préserver l'anonymat des patients (nom et prénom, date et lieu de naissance, domicile).

2- Autorisation individuelle d'être filmé, photographié ou interviewé :
à faire remplir par le patient, les familles, les personnes hospitalisées ou les personnels concernés

Je soussigné(e),

malade hospitalisé(e) au CHU ☐ famille ☐ personnel au CHU ☐

Nom :

Prénom :

Service :

Établissement :

Autorise : le journaliste détenteur d'une autorisation de reportage délivrée par le CHU de Nantes, à :

me filmer ☐ me photographier ☐ m'interviewer ☐ et utiliser mon image ☐

Réserves :

exige de garder l'anonymat ☐

exige que mon visage soit flouté sur les photos ou les films ☐

signature de la personne concernée :

Autorisation pour un enfant mineur :

Autorise à : filmer ☐ photographier ☐ interviewer ☐ et utiliser l'image ☐

de mon enfant dont le nom est :

né(e) le et demeurant à :

Réserves :

exige de garder l'anonymat ☐

exige que son visage soit flouté sur les photos ou les films ☐

signature du représentant légal de l'enfant :

Autorisation pour un incapable majeur :

le tuteur doit solliciter l'accord du juge des tutelles.

3- Autorisation à faire remplir par le journaliste ou le bénéficiaire du reportage :

Je soussigné(e),

nom :

prénom :

M'engage à respecter les conditions de reportage ci-dessus citées et m'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des personnes concernées par le reportage, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe, ou toute autre exploitation non conforme à l'objet déclaré du reportage.

signature :

Rappel : Circulaire n° 307 31-01-74 « les Directeurs d'Etablissement exercent la police intérieure de l'établissement en particulier pour ce qui est de l'accès des journalistes ». L'autorisation de reportage, exigée par l'article 46 du décret du 14/01/74, ne concerne que le service désigné et dans la limite de l'objet déclaré du reportage. Cette autorisation n'exempte pas le journaliste, de son obligation de demander son autorisation individuelle à chaque personne qu'il désire filmer, photographier ou interviewer par l'intermédiaire du médecin chef de service ou du directeur. L'hôpital se décharge de toute responsabilité en cas de manquement éventuel à

Le 05/01/2009

Madame, Monsieur,

dans le cadre d'une étude clinique portant sur les ateliers thérapeutiques, nous sollicitons votre accord afin d'enregistrer sur vidéo les séances qui se dérouleront à l'hôpital de jour de Saint Nazaire au cours du premier semestre 2009 (de janvier à juin).

Cette étude s'inscrit dans notre mémoire de dernière année d'orthophonie portant sur la communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour ce mémoire, nous mettons au point un Outil de Suivi d'Evolution des patients au sein des ateliers de communication. Cet outil vise à mettre en évidence les compensations et les ressources que peut déployer la personne pour communiquer, malgré ses difficultés.

Nous précisons que ces enregistrements vidéo ne seront accessibles qu'au personnel soignant encadrant les séances et aux auteurs de cette étude. Les informations relatives aux personnes présentes étant confidentielles, nous nous engageons à ne divulguer aucune information susceptible de porter atteinte aux patients et aux soignants, ainsi qu'à préserver l'anonymat des participants. Les enregistrements seront par ailleurs détruits à la fin de notre étude.

En vous remerciant de l'attention que vous aurez porté à notre demande, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Elise Salmon
Solenne Caron

Merci de retourner le coupon à l'hôpital lors du prochain atelier.



Je, soussigné(e)

- ☐ autorise
- ☐ n'autorise pas

les enregistrements vidéo relatifs à l'étude sur les ateliers thérapeutiques.

Signature :

Observation et recueil des processus de groupe

TABLEAU 3. Les catégories de Bales et leur organisation

II. tâche	I. Réactions positives	1. <i>Solidarité</i> : fait preuve de solidarité, encourage, aide, valorise les autres.	a b c d e f
		2. <i>Détente</i> : cherche à diminuer la tension, blague, rit, se déclare satisfait.	
		3. <i>Accord</i> : donne son accord, accepte tacitement, comprend.	
	Réponses	4. <i>Donne des suggestions</i> , des indications respectant la liberté d'autrui.	
		5. <i>Donne son opinion</i> , analyse, exprime son sentiment, son souhait.	
		6. <i>Donne une orientation</i> , informe, répète, clarifie, confirme.	
	Questions	7. <i>Demande une orientation</i> , information, répétition, confirmation.	
		8. <i>Demande une opinion</i> , évaluation, analyse, expression d'un sentiment.	
		9. <i>Demande des suggestions</i> , directives, moyens d'action possibles.	
	III. Réactions négatives	10. <i>Désaccord</i> : désapprouve, rejette passivement, refuse l'aide.	
		11. <i>Tension</i> : manifeste une tension, demande de l'aide, se retire de la discussion.	
		12. <i>Antagonisme</i> : fait preuve d'opposition, dénigre les autres, s'affirme soi-même.	

a Problèmes de communication	I. Zone socio-émotionnelle positive
b Problèmes d'évaluation	II. Zone neutre de la tâche
c Problèmes d'influence	III. Zone socio-émotionnelle négative
d Problèmes de décision	
e Problèmes de tension	
f Problèmes d'intégration	

Grille d'attention et motivation à la communication

Ces items évaluent l'implication interactionnelle du sujet, quelle que soit la qualité de ses productions verbales et non verbales.		REMARQUES
1°	CONDUITE DE SALUTATION ☐ /2	
Le sujet salue son interlocuteur de façon verbale ou non verbale		• Oui, spontanément 2 • Oui, en réponse à l'interlocuteur 1 • Non 0
2°	ATTENTION ☐ /2	
Le sujet est attentif aux propos de l'interlocuteur		• Oui et le regard et/ou la posture et/ou les réponses verbales et non verbales en témoignent et assurent le maintien de l'interaction 2 • L'attention n'est pas constante mais les sollicitations permettent le maintien de l'interaction 1 • Non, le manque d'attention rend impossible l'établissement ou le maintien de l'interaction 0
3°	INVESTISSEMENT DANS L'INTERACTION ☐ /2	
Le sujet s'engage dans l'interaction		• Oui et des initiatives (verbales ou non verbales) montrent la recherche de l'attention de l'autre et la volonté de communiquer 2 • Oui, mais rarement, il émet des feed-back et répond aux questions posées 1 • Non, refus de la situation de communication ou non réponse aux sollicitations (verbalement et non verbalement) 0
TOTAL DES POINTS DE LA GRILLE DE MOTIVATION À LA COMMUNICATION: /6		

Grille de communication verbale

Ces items évaluent l'efficacité de la communication verbale du sujet.		REMARQUES
1°	COMPREHENSION VERBALE ☐ /4	
Le sujet présente une bonne compréhension	• Oui, pas de troubles perturbant l'échange4 • Non, mais l'échange reste possible grâce aux répétitions, reformulations simplifications des énoncés2 • Non, insuffisante pour accéder aux informations, malgré les répétitions, reformulations, simplifications; recours éventuel au non-verbal0	
2°	DÉBIT ☐ /2	
Le débit verbal (nombre de mots/minute) est normal (rythme moyen : 150/200 mots par minute)	• Oui2 • Non, car limité par des stéréotypes, ou réduit et peu informatif, ou logorrhéique et peu intelligible1 • Non, débit nul (mutisme)0 <i>Si ce dernier cas se présente, l'évaluation des items 3, 4 [A, B, C] n'est pas réalisable.</i>	
3°	INTELLIGIBILITE DE LA PAROLE ☐ /2	
La parole est intelligible	• Oui2 • Oui, mais l'interlocuteur doit suppléer à ses difficultés de décodage par une mobilisation attentionnelle ou des inférences1 • Non, les déformations de la parole sont telles qu'aucun message ne peut être décodé0	

4° INFORMATIVITE ET PERTINENCE DU DISCOURS 18		REMARQUES
A au niveau lexical /4 Il existe des troubles d'évocation qui perturbent l'informativité Manque du mot	• Non2 • Oui, mais ils n'entravent pas l'informativité car ils sont peu fréquents et/ou compensés (par des périphrases...)1 • Oui, et le sujet ne peut compenser son manque du mot et l'informativité de ses propos est très réduite0	
Paraphasies	• Non2 • Oui, mais l'interlocuteur peut, grâce au contexte, inférer le sens des propos1 • Oui, et leur nombre perturbe fortement l'informativité0	
B au niveau syntaxique /2 La syntaxe employée contribue à l'informativité et à la communication	• Oui2 • Non, mais malgré l'agrammaticalité et la tournure peu acceptable des énoncés, l'interlocuteur peut en déduire le sens1 • Non et la désorganisation syntaxique est telle que le sens des énoncés n'est pas accessible0	
C au niveau idéique et pragmatique /12 Les réponses sont explicites lorsqu'on pose une question ouverte au sujet	• Oui, les réponses sont développées et leur degré d'informativité est suffisant pour satisfaire les interrogations de l'examineur2 • Oui, mais les informations ne satisfont pas entièrement les interrogations de l'examineur, l'amenant à poser des questions fermées pour obtenir des précisions1 • Non, les réponses ne sont pas adaptées aux questions0 • Non, le sujet ne répond pas0	
Le thème de l'échange est maintenu	• Oui2 • Oui, mais avec des digressions sans rapport avec ce thème1 • Non, le sujet digresse et le thème initial est définitivement abandonné0	

Des informations nouvelles sont apportées	• Oui, avec enrichissement de l'échange et apport d'informations adaptées au thème abordé et non connues de l'examinateur2 • Oui, mais sans rapport logique avec le thème abordé1 • Non, les informations (adaptées ou non au thème) sont la répétition ou la reformulation de celles déjà transmises et n'enrichissent pas l'échange0 • Non.....0	RÉMARQUES
De nouveaux thèmes sont introduits	• Oui, et ils s'enchaînent de façon cohérente avec les précédents2 • Oui, mais sans rapport avec les précédents (« coq à l'âne ») ou sans développement1 • Non.....0	
Les éléments du discours sont organisés de façon logique	• Oui, avec indications explicites ou implicites de la nature logique, chronologique des liens2 • Non, les énoncés ne sont pas mis en relation les uns avec les autres0	
Le discours est adapté aux connaissances de l'interlocuteur	• Oui, explicitement ou implicitement2 • Non, pas d'assurance que les référents évoqués sont connus ou emploi d'un vocabulaire non accessible à l'interlocuteur0	
5° FEED-BACK VERBAUX ☐ /4		
Le sujet envoie des feed-back verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension	• Oui, tels que des questions mots, phrases, onomatopées, reformulations2 • Oui, mais l'interlocuteur ne s'aperçoit des difficultés de compréhension qu'en raison des réponses inadaptées0 • Non.....0	"Vous avez toujours été ici?" "Est-ce que vous croyez que la TV?"
Le sujet réajuste son discours lorsque l'interlocuteur signale ses difficultés de compréhension par des feed-back verbaux négatifs (onomatopées, phrases, mots, reformulations, questions) ou qu'il produit des réponses verbales inadaptées aux propos du patient	• Oui, avec reformulations ou simplifications des énoncés2 • Non, pas de prise en compte.....0	- comment? - je n'ai pas tt à fait compris ce q vous avez dit - dire le contraire - voir si le patient ris cour - interpréter abusivement
6° LANGAGE ÉCRIT		
Le langage écrit est utilisé	• Oui • Non	
TOTAL DES POINTS DE COMMUNICATION VERBALE /30		

Communication non verbale

Ces items évaluent l'efficacité de la communication non verbale.		REMARQUES
1° COMPREHENSION DES SIGNES NON VERBAUX	☐ /5	
Le sujet comprend correctement:		
✓ Les déictiques: gestes ou regards	• Oui1 • Non0	
✓ Les gestes symboliques	• Oui1 • Non0	
✓ Les mimes d'utilisation d'objets et d'actions	• Oui1 • Non0	
✓ Les mimes de la forme de l'objet	• Oui1 • Non0	
✓ Les signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel	• Oui1 • Non0	
2° EXPRESSIVITE	☐ /3	
Le sujet exprime ses affects par des gestes, des expressions faciales, des manifestations vocales, des orientations corporelles, des contacts physiques ou éventuellement des manipulations d'objets	• Oui l'examineur les perçoit clairement, car de nombreux signes non verbaux sont émis (soupirs, froncement de sourcils, gesticulation)3 • Oui, mais les signes non verbaux sont peu évocateurs des affects ...1 • Non, la communication non verbale n'est pas utilisée pour communiquer les affects0	
3° INFORMATIVITE	☐ /18	
au niveau pragmatique interactionnel Le sujet respecte les règles conversationnelles en utilisant:		
✓ Une prosodie adaptée	• Oui1 • Non0	
✓ Un regard régulateur	• Oui1 • Non0	
✓ Une mimogestualité régulatrice	• Oui1 • Non0	

Le sujet respecte les tours de parole	• Oui1 • Non0	REMARQUES
B au niveau lexical /12 Le recours à la communication non verbale est spontané (pour compenser éventuellement un trouble verbal), en association ou non à la communication verbale	• Oui.....2 • Non.....0	
Le sujet utilise des gestes déictiques (geste ou regard)	• Oui, et les signes non verbaux correspondent aux référents2 • Oui, mais un trouble de l'exécution en limite la compréhension1 • Oui, mais les gestes produits sont très imparfaits ou ne correspondent pas aux référents, et il est impossible d'en comprendre la signification0 • Non0	
Le sujet utilise des gestes symboliques	• Oui, et les signes non verbaux correspondent aux référents2 • Oui, mais un trouble de l'exécution en limite la compréhension1 • Oui, mais les gestes produits sont très imparfaits ou ne correspondent pas aux référents, et il est impossible d'en comprendre la signification0 • Non.....0	
Le sujet utilise des gestes d'utilisation d'objets ou d'actions	• Oui, et les signes non verbaux correspondent aux référents2 • Oui, mais un trouble de l'exécution en limite la compréhension1 • Oui, mais les gestes produits sont très imparfaits ou ne correspondent pas aux référents, et il est impossible d'en comprendre la signification0 • Non0	
Le sujet mime la forme des objets	• Oui, et les signes non verbaux correspondent aux référents2 • Oui, mais un trouble de l'exécution en limite la compréhension1 • Oui, mais les gestes produits sont très imparfaits ou ne correspondent pas aux référents, et il est impossible d'en comprendre la signification0 • Non0	

Le sujet utilise des mimes pour évoquer un état physique ou émotionnel	• Oui, et les signes non verbaux correspondent aux référents2 • Oui, mais un trouble de l'exécution (apraxique ou moteur) en limite la compréhension1 • Oui, mais les gestes produits sont très imparfaits ou ne correspondent pas aux référents, et il est impossible d'en comprendre la signification0 • Non0	REMARQUES
4° au niveau idéique /2 Le sujet utilise des séquences de signes non verbaux pour définir plus précisément le référent ou pour définir un référent abstrait	• Oui2 • Non0	
4° FEED-BACK NON VERBAUX /4		
Le sujet émet des feed-back non-verbaux témoignant de ses difficultés de compréhension	• Oui, tels que des gestes, expressions faciales, hochements de tête...2 • Oui, mais l'examineur ne s'aperçoit des difficultés de compréhension qu'en raison des réponses inadaptées0 • Non0	
Le sujet réajuste son discours lorsque l'interlocuteur signale ses difficultés de compréhension par des feed-back non-verbaux négatifs (hochements de tête, expressions faciales) ou qu'il produit des réponses non-verbales inadaptées aux propos du patient	• Oui2 • Non0	
5° DESSIN		
Le dessin est utilisé	• Oui • Non	
TOTAL DES POINTS DE LA GRILLE DE COMMUNICATION NON VERBALE /30		

Profil de communication

de Mr/Mme : le :

Une feuille de profil de communication a été élaborée dans deux buts principaux. Le premier a été de présenter les normes (moyenne et écart-type) dans chaque subtest, le second d'utiliser une feuille unique pour récapituler les résultats et le profil d'un patient. On soulignera que le score des sujets normaux peut être très faible dans certains items de la communication non verbale.

Attention et motivation à la communication

1 - Attention verbale et motivation verbale	0	1	2	(1,96±0,20)
2 - Attention aux propos	0	1	2	(1,98±0,15)
3 - Investissement engagé dans l'interaction	0	1	2	(1,87±0,34)
Total attention motivation			/6	(5,81±0,50)

Communication verbale

2 - Débit verbal	0	1	2	(2,00±0,00)
3 - Netteté de l'élocution	0	1	2	(1,96±0,20)
4 - Informativité et pertinence du discours				
A/ Au niveau lexical				
- Manques du mot	0	1	2	(2,00±0,00)
- Paraphasies	0	1	2	(2,00±0,00)
B/ Au niveau syntaxique				
- Syntaxe contribuant à la communication	0	1	2	(2,00±0,00)
C/ Au niveau idéique et pragmatique				
- Réponses explicites aux questions ouvertes	0	1	2	(1,89±0,31)
- Maintien du thème de l'échange	0	1	2	(1,85±0,36)
- Apports d'informations nouvelles	0	1	2	(1,89±0,37)
- Introduction de nouveaux thèmes	0	1	2	(1,66±0,70)
- Organisation logique des éléments du discours	0	-	2	(1,85±0,51)
- Adaptation du discours aux connaissances de l'interlocuteur	0	-	2	(1,91±0,41)
5 - Compréhension verbale				
- Compréhension globale de l'interlocuteur	0	1	2	(2,00±0,00)
- Compréhension de détails	0	1	2	(1,96±0,20)
6 - Utilisation du langage écrit	non		oui	
Total communication verbale			/30	(28,98±1,33)

Communication non verbale

1 - Compréhension globale de l'interlocuteur	0	1	2	(1,00±0,00)
2 - Expressivité exprimée par des gestes, expressions faciales...	0	1	3	(2,53±0,86)
3 - Compréhension de détails	0	1	2	(1,00±0,00)
4 - Feed-back non verbaux				
- Émission de feed-back témoignant de difficultés de compréhension	0	-	2	(1,96±0,29)
- Réajustement du discours quand l'interlocuteur émet des feed-back négatifs	0	-	2	(1,91±0,41)
Total communication non verbale			/30	(15,74±1,58)

Score global TLC = AM x 2,5 + CV x 1,3 + CNV x 1,53 =

/100 = (76,28±4,03)

Questionnaire complémentaire à la famille

QUESTIONNAIRE DE LA FAMILLE OU DES PROCHES

Nom et Prénom du patient:

Date:

Nom de la personne qui remplit le questionnaire:
.....

Lien de parenté avec le patient:

1. Avez-vous l'impression que votre conjoint(e) ou votre proche a envie de communiquer avec son entourage ?
.....

2. Prend-il l'initiative d'engager la conversation ou attend-il qu'on le sollicite ?
.....

3. Quand vous lui parlez, est-il attentif ?
.....

4. Poursuit-il les mêmes activités qu'auparavant et pratique-t-il les mêmes loisirs ?
.....

5. Comprenez-vous aisément sa parole ?
.....

6. Pensez-vous qu'il comprenne toujours ce que vous dites ? Sinon, vous indique-t-il qu'il ne comprend pas ?
.....

7. D'après vous, comprend-il mieux lorsque vous remplacez le langage verbal par des gestes ou des expressions faciales ?
.....

8. Lorsque vous discutez, reste-t-il dans le sujet de la conversation ?

9. A-t-il tendance à vous couper la parole ?
.....

10. Amène-t-il des sujets de conversation ?
.....

11. Lorsqu'il parle, pouvez-vous toujours suivre le fil de ses idées ou au contraire ses propos manquent-ils de logique ?

12. Avez-vous l'impression qu'il a des difficultés pour trouver ses mots ou qu'il n'emploie pas les mots justes ?
.....

13. Lorsqu'il parle, êtes-vous gêné par la mauvaise construction de ses phrases (absence de verbe, inversion dans l'ordre des mots...) ?
.....

14. Lorsqu'il présente des difficultés pour parler, utilisez-vous d'autres moyens pour communiquer ? Si oui, pouvez-vous préciser lesquels ? (gestes, regard, expressions faciales, écriture, dessins...)
.....

Remarques éventuelles:

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

Annexe 4a

Patient :				Date :							
Situation de communication :				Thème :							
Interlocuteur :				Durée :							

ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS								TOTAL ACTES
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence				
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contra-diction	
Questions										
oui/non										
wh										
rhétorique										
Réponses										
oui/non										
wh										
qualification										
Description										
identification										
possession										
événement										
propriété										
localisation										
Affirmation										
règles/faits										
évaluation										
état interne										
attribution										
explication										
Mécanismes conversationnels										
Performative										
Divers										
Non verbal										
Résultat										
Résultat										
Résultat										

Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer
(ROUSSEAU)

Patient :													Date :														
Situation de communication :													Thème :														
Interlocuteur :													Durée :														
ACTES (fréquence/mn)	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13
Questions																											
Réponses																											
Description																											
Affirmat.																											
Méc. conv.																											
Performat.																											
Divers																											
Non verbal																											

Diagramme des résultats

Méthode d'analyse des actes de langage (Clinique - grille)

ACTES DE LANGAGE	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Question oui/non	Demande de confirmation ou de négation du contenu propositionnel Demande de permission	Etes-vous fatigué ? Est-ce que je peux m'en aller ?
Question "wh"	Demande d'information par une question utilisant un des pronoms interrogatifs suivants : où, quand, quoi, pourquoi, comment ?... La question concerne la localisation, le moment, l'identité ou les propriétés d'un objet, d'un événement ou d'une situation Demande adressée à l'interlocuteur pour qu'il réponde ce qu'il veut de dire	Où habitez-vous ? Quand partez-vous ? Qui vous a conduit ici ? Vous voulez quoi ? Pourquoi êtes-vous venu ici ? Voulez-vous me dire ce que vous voyez sur cette image ? Vous avez dit ?
Question rhétorique	Demande adressée au récepteur en vue d'obtenir sa reconnaissance pour permettre au locuteur de poursuivre	Vous comprenez ? D'accord ?
Réponse oui/non	Suite à une question oui/non, l'interlocuteur répond en confirmant, niant ou d'une autre façon, le contenu propositionnel, ou répond en exprimant son accord ou son désaccord	Non, je ne suis pas fatigué oui, c'est pour cela que je suis ici
Réponse "wh"	Suite à une question "wh" (où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment ?) l'interlocuteur répond en procurant au locuteur l'information requise	Question du locuteur : pourquoi êtes-vous venu ici ? Réponse "wh" : Je suis venu pour passer des examens
Qualification	Énoncé subséquent qui clarifie, qualifie ou modifie différemment le contenu du message	Après la réponse "non je ne suis pas fatigué" : parce que je me suis reposé avant de venir
Description-identification	Nommer un objet, une personne, un événement ou une situation	C'est une chaise Il s'agit d'un accident
Description-possession	Indiquer qui possède ou a temporairement en sa possession un objet ou une idée, par exemple	L'homme a une voiture La jeune fille sait comment y aller
Description-événement	Décrire un événement, une action ou une démarche	Le chien a traversé la rue lorsque la voiture arrivait et elle l'a écrasé
Description-propriété	Décrire les traits observables ou l'état d'objets, d'événements ou de situations	C'est un bureau en bois, de couleur marron, en désordre
Description-localisation	Décrire le lieu ou la direction d'un objet ou d'un événement	Le vase est sur la table
Affirmation de règles	Déterminer des règles, des procédures conventionnelles, des faits analytiques ou des classifications	Il vaut mieux ne pas aller à la pêche lorsqu'il y a de l'orage Pour faire un punch, on met d'abord le rhum puis ensuite le sirop de sucre de canne
Affirmation-évaluation	Exprimer ses impressions, ses attitudes ou ses jugements au sujet d'objets, d'événements ou de situations	Cette chaise n'est pas solide Pour faire ça, il faut être courageux

Affirmation-état interne	Exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action	Je me sens mal Je suis capable de gagner Je vais aller jouer aux cartes
Affirmation-attribution	Exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions), des capacités, des intentions d'une autre personne	Il est surpris Ma femme fait très bien la cuisine
Affirmation-explication	Rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédire le déroulement	Je ne vais plus voir ma belle-fille car elle ne m'aime pas S'il continue à me harceler, je le quitte
Mécanismes conversationnels-marqueurs de frontière	Sert à amorcer ou achever l'interaction ou la conversation	C'est tout ce que j'ai à vous dire Comme je le disais hier
Mécanismes conversationnels-appel	Sert à entrer en interaction en suscitant l'attention de l'autre	Dites... Écoutez-moi
Mécanismes conversationnels-accompagnement	Énoncé accompagnant l'action du locuteur et qui cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur	Je suis en train de faire un tricot, regardez Ce que je lis devrait vous intéresser
Mécanismes conversationnels-retour	Reconnaissance des énoncés précédents de l'interlocuteur ou insertions visant à maintenir la conversation	D'accord OK Vous disiez que...
Mécanismes conversationnels-politesse	Politesse rendue explicite dans le discours du locuteur	Je vous en prie, allez-y
Performative-action	Demande adressée au récepteur en vue d'accomplir une action (ordres)	Allez me chercher le livre
Performative-jeu de rôle	Jeu fantasmatique où les interlocuteurs s'attribuent des rôles ou des personnages	(enfants qui jouent à la marchande et au client)
Performative-protestation	Objections au comportement prévisible de l'interlocuteur	Ne faites pas ça
Performative-blague	Message humoristique	(oute blague ou plaisanterie ou humour)
Performative-marqueur de jeu	Amorcer, poursuivre ou terminer un jeu (concerne surtout les enfants)	Allez, on joue à la marchande
Performative-proclamer	Établir des faits par le discours	Celui qui dit ça est un menteur
Performative-avertissement	Prévenir l'interlocuteur d'un danger imminent ou non	Attention, vous allez glisser
Performative-taquer	S'amusar à contrarier, sans méchanceté, l'interlocuteur en ébranlant ou en lui faisant des reproches	et vous croyez que ce que vous m'avez dit me suffit pour devoir ce qu'il y a sur cette image
Divers	Actes non conventionnels Actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphrases sémantiques ou phonologiques)	Ce n'est pas un petit-déjeuner de l'année (pour dire de quelqu'un qu'il est assez âgé) ogranhospipe

Méthode d'analyse de l'adéquation/inadéquation

TYPE INADEQUATION	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Absence de cohésion grammaticale	La structure grammatico-syntaxique de la phrase ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-il a couru à cause qu'il n'était pas en retard -phrase contenant un ou plusieurs pronoms sans référent
Absence de cohésion lexicale	Le lexique utilisé ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-le chien a attrapé un colipan
Absence de feed-back à l'interlocuteur	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de l'acte produit par l'examineur	Examineur : "quel âge avez-vous ?" Patient : "mon frère est en vacances"
Absence de feed-back à la situation	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de la situation de communication	Alors qu'il doit décrire une image, le patient parle de ses enfants
Absence de continuité thématique	Le patient change de thème de discussion de manière brutale et inopportune	-Je vois un homme au milieu de la rue. Ma femme n'aime pas les tomates
Absence de progression rhématique	Le discours du patient ne progresse pas, il n'y a pas d'apport informatif, il tourne en rond	-j'habite ici parce que j'habite là et que je n'habite pas ailleurs
Absence de relation	Les actions, les états ou les événements du discours ne s'articulent pas entre eux	-le petit garçon tombe, il court et il est assis parce qu'à cinq heures il est l'heure de sortir
Contradiction	L'information donnée par le patient est en contradiction avec une information qu'il a donnée antérieurement	- "j'habite chez moi dans ma maison à la campagne" puis plus loin : "j'habite ici" (on est dans une maison de retraite)

2. Discours conversationnel

Guide de passation et de cotation **pages 4-6**

Consigne: Avant de commencer l'évaluation, j'aimerais que vous me parliez un peu de...
(p.ex. : votre travail, votre famille, vos loisirs).

Cotation: 2: comportement absent
1: comportement rare ou peu marqué
0: comportement fréquent ou très marqué
n/o: comportement non observé

GRILLE D'OBSERVATION

L'évalué :

1. Cherche ses mots ☐ ou se trompe de mots ☐	0	1	2
2. Omet de se corriger lorsqu'il se trompe de mots	0	1	2 ou n/o
3. Exprime ses idées de façon peu précise	0	1	2
4. Fait des commentaires inappropriés ou inattendus	0	1	2
5. Change de sujet, diverge	0	1	2
6. Manque d'initiative verbale	0	1	2
7. Parle trop	0	1	2
8. Se répète	0	1	2
9. Coupe la parole	0	1	2
10. Comprend mal ce qu'on lui dit	0	1	2
11. Comprend mal le langage indirect	0	1	2 ou n/o
12. Reste indifférent aux commentaires de type blague	0	1	2 ou n/o
13. Perd le fil de la conversation	0	1	2
14. A la voix monotone	0	1	2
15. A un débit ralenti ☐ ou trop rapide ☐	0	1	2
16. A une expression faciale figée	0	1	2
17. A un contact visuel inconstant ou absent	0	1	2

Total: /34

Total /34	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
scolarité (années)	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
moyenne	33,43	33,33	33,07	33,17	32,50	32,10
écart-type	0,94	1,21	1,31	1,18	1,96	1,58
10 ^e percentile	32,00	32,00	31,00	31,10	28,40	29,10
point d'alerte	32	32	31	31	31	29

Commentaires :

7. Discours narratif



Guide de passation et de cotation **pages 14-16**

A) RAPPEL DE L'HISTOIRE PARAGRAPHE PAR PARAGRAPHE

Consigne : Je vais vous lire un court texte. Après chaque paragraphe, j'aimerais que vous me résumiez, en utilisant vos propres mots, ce qui vient de se passer dans l'histoire.

Cotation : En gras : idée principale qui doit être rappelée ou tout synonyme
 Entre parenthèses : l'une ou l'autre des idées doit être présente

INFORMATIONS À RAPPELER	TRANSFORMATIONS
1.1. (Michel) est un (fermier) (irlandais). ◇ □	
1.2. Depuis plusieurs jours, □	
1.3. Michel est occupé à creuser un puits ◇ □	
1.4. dans son champ. □	
1.5. Le travail est presque fini. ◇ □	

◇ Total idées principales : / 3 Total informations : / 5

INFORMATIONS À RAPPELER	TRANSFORMATIONS
2.1. Un matin, □	
2.2. il arrive dans le champ pour finir de creuser, □	
2.3. mais il remarque que pendant la nuit, □	
2.4. le (puits s'est effondré) et que (le trou est à moitié rempli de terre). ◇ □	
2.5. Michel est bien découragé. □	
2.6. Il (réfléchit) pendant quelques minutes puis tout à coup il se dit : «J'ai une (idée).». □	
2.7. Il enlève son veston et son chapeau, les place au bord du puits, ◇ □	
2.8. cache son pic et sa pelle ◇ □	
2.9. et (grimpe) dans un arbre où il reste (caché). ◇ □	

◇ Total idées principales : / 4 Total informations : / 9

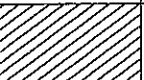
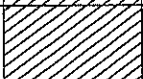
9. Prosodie émotionnelle — Compréhension



Guide de passation et de cotation **page 18**

Consigne : Vous allez entendre des phrases. En vous basant uniquement sur l'intonation de la voix, essayez de reconnaître si la personne est triste, heureuse ou fâchée. Pointez l'image qui correspond à votre choix.

Exemple : (À faire à voix haute) «Philippe joue aux échecs.» (colère). Si échoué, répéter l'exemple.

PHRASES				COMMENTAIRES
1. Jacques va sortir.				
2. Claire frappe à la porte.				
3. René lit le journal.				
4. Denise mange du pain.				
5. Claire frappe à la porte.				
6. Jacques va sortir.				
7. René lit le journal.				
8. Denise mange du pain.				
9. Claire frappe à la porte.				
10. Jacques va sortir.				
11. René lit le journal.				
12. Denise mange du pain.				

/ 4 / 4 / 4

Total : / 12

Total / 12	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
scolarité (années)	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
moyenne	11,00	10,87	10,23	11,10	8,20	9,57
écart-type	1,26	1,17	1,92	1,12	2,52	1,98
10 ^e percentile	9,10	9,10	6,20	9,10	5,00	6,20
point d'alerte	9	9	7	9	5	7

Commentaires :

11. Interprétation d'actes de langage indirects



Guide de passation et de cotation pages 20-23

Consigne : Je vais vous lire un court texte. Vous devez expliquer, d'après vous, ce que la personne veut dire.
Il y a certaines phrases qui ont des sous-entendus, d'autres qui n'en ont pas.

Cotation : 2 : réponse claire et adéquate
1 : éléments de réponse, mais imprécisions, ajouts ou omissions
0 : réponse erronée ou absence de réponse

Exemple :

d) Juliette est à son travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Je viens de rencontrer mon patron et il m'a offert une promotion.» D'après vous, que veut dire Juliette ?
➤ Si la réponse est incorrecte, expliquer que Juliette veut simplement informer son mari de sa promotion. Préciser que c'est une phrase **sans sous-entendu**.

i) Françoise est très occupée au travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Ce soir, je n'aurai pas le temps d'aller chercher les enfants à la garderie.» D'après vous, que veut dire Françoise ?
➤ Si la réponse est incorrecte, expliquer que Françoise demande à son mari d'aller chercher les enfants à la garderie. Préciser que c'est une phrase **avec sous-entendu**.

1.d M. Fortier arrive au travail un jour de canicule. Il dit à son patron : «Il fait frais ici, c'est confortable.»
D'après vous, que veut dire M. Fortier ?

0 1 2

Consigne : Je vais maintenant vous donner 2 choix de réponses.
Dites-moi lequel explique le mieux ce que la personne a voulu dire.

- ⇒ A) Veut-il dire qu'il apprécie la fraîcheur ?
B) Veut-il que son patron ferme la climatisation ?

2.i Jean est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit : «Jean, la porte de ta chambre est ouverte.» D'après vous, que veut dire le père de Jean ?

0 1 2

- A) Veut-il informer son fils que la porte n'est pas fermée ?
⇒ B) Veut-il que son fils ferme sa porte ?

3.i Philippe déménage samedi prochain. Il rencontre un bon ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : «As-tu des projets pour la fin de semaine ?» D'après vous, que veut dire Philippe ?

0 1 2

- A) Veut-il savoir ce que fera son ami durant la fin de semaine ?
⇒ B) Veut-il que son ami vienne l'aider à déménager ?



14. Jugement sémantique

Guide de passation et de cotation **pages 26-27**

Consigne : Vous devez dire s'il existe ou non un lien de sens entre les deux mots que je vous présente.
S'il y a un lien, expliquez-le.

Exemple : Y a-t-il un lien entre **chien et chat** : **oui**, deux animaux domestiques
Y a-t-il un lien entre **camion et chat** : **non**

PAIRES DE MOTS	OUI	NON	EXPLICATIONS	EXACTITUDE
1. prune évier				
2. fusil haricot				
3. pluie neige				□
4. cheval veau				□
5. or pomme				□
6. aigle corneille				□
7. cigare pipe				
8. couteau pluie				
9. perle cheval				□
10. soie lin				
11. corneille rubis				□
12. bombe fusil				□
13. pomme prune				□
14. cuivre or				
15. pipe cuillère				
16. veau soie				□
17. évier poêle				□
18. haricot radis				□
19. rubis perle				
20. neige cuivre				
21. lin bombe				□
22. cuillère couteau				
23. radis cigare				
24. poêle aigle				

Total : / 24

Explications : / 12

Total jugements / 24	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
scolarité (années)	23,20	23,77	23,20	23,63	22,90	23,87
moyenne	1,42	0,50	1,63	0,56	2,16	0,43
écart-type	22,00	23,00	21,10	23,00	22,00	23,10
10 ^e percentile	22	23	21	23	22	23
point d'alerte						

Commentaires :

ATELIER D'EXPRESSION MUSICALE
Grille d'observation des comportements communicationnels

NOM :

Date :

Durée atelier :

Cotation (fréquence du comportement) : 0 absent

1 observé une fois 2 observé de 2 à 3 fois

3 observé 4 fois et plus 4 permanent

COMMUNICATION MANUELLE		Remarques	7/40
Réactions générales pendant la séance			
➤ Participation active à la séance			
➤ Réactions face aux autres participants			
➤ Réactions face aux autres participants			
➤ Réponses non verbales qui maintiennent l'interaction			
➤ Manipulation du matériel proposé			
Signes corporels			
➤ Allure et maintien général	- détendu		
➤ Expressivité du visage	- regard dirigé		
	- observe les supports utilisés		
	- expressions faciales		
➤ Prosodie de la voix	- enjouée		
➤ Volume de la voix	- adaptée à la conversation		
COMMUNICATION DIGITALE		Remarques	7/20
Normes sociales et règles conversationnelles			
➤ Le sujet suit les interlocuteurs			
➤ Respect du tour de parole			
Informativité des gestes			
➤ Recours spontané à une gestuelle (déchirure, symbolique, mime)			
➤ Feed-back témoignant de difficultés de compréhension			
Expression orale			
➤ Discours	- intelligible		
	- informatif		
Langage écrit			
➤ Peut lire et lire volontiers			

COMPORTEMENTS COMMUNICATIONNELS EN RÉACTION À LA MÉDIATION MUSICALE		Remarques	7/40
Investissement dans l'interaction musicale			
➤ Prise d'initiatives			
➤ Réponses aux sollicitations			
Continuité dans l'échange			
➤ Maintien du thème (support musical)			
Réactions au média musical lui-même			
➤ Réponses simples	- sensorielle		
	- cénesthésique		
	- motrice (geste évoqué, réalisé)		
	- visuelle (scènes)		
➤ Réponses complexes	- jugement de valeur (esthétique)		
	- sentiment		
	- souvenir		
	- réponse intellectuelle		
	- chant		
TOTAL			7/20
Remarques complémentaires :			

Annexe 7

4: toujours

Commentaires généraux sur les réunions
du Groupe :

Sujets pour la semaine prochaine :

LIVRET DU PFIC

Nom et prénom :

Date :

Rubrique I : Contenu logique (Morphologie)

- Dans l'idéal, indépendamment du contexte, des convenances sociales, de la pertinence, ou de tout autre facteur induit par le contexte, un énoncé doit être logique et compréhensible.

- Ne retenir que ce qui est dit, lexique, grammaire, syntaxe et sémantique, sans tenir compte des déductions qui pourraient être tirées du contexte de la conversation et qui pourraient ajouter du sens aux énoncés.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) Toujours
1.01 Le flux des énoncés est brisé, rompu (difffluence)	*	0	1	2	3
1.02 Les phrases sont fragmentées	*	0	1	2	3
1.03 Utilise des structures phrastiques simples	*	0	1	2	3
1.04 Emploie des mots sans signification (néologismes)	*	0	1	2	3
1.05 Décrit des choses simples avec beaucoup de mots (circonlocutions)	*	0	1	2	3
1.06 Dit des choses curieuses et bizarres	*	0	1	2	3
1.07 Produit des mots ou des sons de façon non intentionnelle (énoncés paraphasiques)	*	0	1	2	3
1.08 A des difficultés de dénomination (manque du mot)	*	0	1	2	3
1.09 Utilise des locutions singulières	*	0	1	2	3
1.10 Omet des éléments des phrases	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous l'aptitude du Sujet à utiliser un langage logique, compréhensible et cohérent ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique II : Participation à l'interaction

- Dans l'idéal, chaque participant contribue au dialogue en vue d'atteindre un certain but conversationnel (implicitement ou explicitement) auquel chacun attache une certaine valeur.
- Tenir compte de la contribution du Sujet dans sa totalité, de la coordination de ses idées, des tentatives de prise en compte des besoins de l'Autre, et de la participation d'ensemble.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
2.01 Les idées sont bien soudées et organisées de façon cohésive	*	3	2	1	0
2.02 N'apparaît pas intéressé par l'Autre	*	0	1	2	3
2.03 Réagit aux initiatives d'autrui	*	3	2	1	0
2.04 Pose des questions	*	3	2	1	0
2.05 Est ennuyeux à écouter	*	0	1	2	3
2.06 Réagit de façon inamicale aux initiatives sociales de l'Autre	*	0	1	2	3
2.07 Apparaît malhabile	*	0	1	2	3
2.08 Contribue spontanément à la conversation	*	3	2	1	0
2.09 Habile à prendre et à respecter les tours de parole	*	3	2	1	0
2.10 Contribue à égalité à la conversation	*	3	2	1	0
2.11 Se montre dominateur	*	0	1	2	3
2.12 Est un interlocuteur difficile à suivre	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à participer à l'interaction sociale de façon structurée par rapport aux intérêts de l'Autre ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique V : Structuration interne des idées

- Dans l'idéal, lors de la prise de parole du sujet, le rapport entre ses idées successives doit être clair et cohésif. Les idées doivent être pertinentes et avoir un lien entre elles
- Tenir compte des prises de parole du Sujet indépendamment de celles de l'Autre et noter la structuration des idées évoquées par le Sujet et leur lien.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presq toujour
5.01 Complexifie abusivement	*	0	1	2	3
5.02 La suite des idées est harmonieuse	*	3	2	1	0
5.03 Place un accent exagéré sur des idées sans importance	*	0	1	2	3
5.04 Répète des informations	*	0	1	2	3
5.05 Les idées semblent embrouillées ou mal coordonnées	*	0	1	2	3
5.06 Enrichit spontanément	*	3	2	1	0
5.07 Les idées sont illogiquement connectées (la pensée est désordonnée)	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse: Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du sujet à donner des informations structurées et reliées ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique VI : Cohérence externe

- Dans l'idéal, il existe une relation de bonne qualité entre les idées présentées dans un tour de parole et celles émises par l'Autre dans le tour précédent.
- Tenir compte de l'articulation et de l'adéquation des prises de parole du Sujet par rapport à celles de l'Autre (remarque : certains items pré-supposent le fait que le Sujet a effectivement posé des questions.....voir item 2.04. Si tel n'est pas le cas, noter « non appréciable »)

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
6.01 Réagit sur le mode phatique (bon....ouais.....mmm....ah bon ?...)	*	3	2	1	0
6.02 Imite les énoncés de l'Autre (écholalie)	*	0	1	2	3
6.03 Les manifestations phatiques sont adaptées	*	3	2	1	0
6.04 Pose des questions inappropriées <i>réactivité</i>	*	0	1	2	3
6.05 Fait bon usage des questions	*	3	2	1	0
6.06 Intègre ses propres idées à celles de l'Autre	*	3	2	1	0

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à adapter ses propres interventions à celles de l'Autre ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique VIII : Comportement social

- Dans l'idéal, le discours devrait être adapté au contexte, à l'arrière-plan (âge, données socio-culturelles des interlocuteurs) de la conversation et au type de relation qu'entretient le Sujet avec l'Autre.
- Tenir compte du contexte de la conversation et de la façon dont le sujet s'adapte à celui-ci, indépendamment du thème de la discussion.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
8.01 Est exagérément poli ou courtois	*	0	1	2	3
8.02 Est trop prévenant	*	0	1	2	3
8.03 Se montre excessivement respectueux ou flatteur à l'égard de l'Autre	*	0	1	2	3
8.04 Est trop familier	*	0	1	2	3
8.05 Dirige les sujets de conversation	*	0	1	2	3
8.06 Est exagérément guindé ou compassé	*	0	1	2	3
8.07 Contribue à orienter la conversation	*	3	2	1	0
8.08 Est impoli ou discourtois	*	0	1	2	3
8.09 Donne des marques d'attention non adaptées	*	0	1	2	3
8.10 Prête une attention insuffisante	*	0	1	2	3
8.11 Est irrespectueux ou irrévérencieux vis-à-vis de l'Autre	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse: Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à utiliser un style social adéquat ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévere	Déficit très sévere
0	1	2	3	4	5

Rubrique X : Aspects esthétiques (Prosodie, posture, mimiques...)

- Dans l'idéal, le jeu des paramètres esthétiques vient rehausser (ajout de sens, coloration...) la contribution apportée par les participants.

- Tenir compte de l'interaction du Sujet dans sa totalité ; quand les méthodes d'observation excluent la vérification d'un comportement particulier, le coter comme non appréciable.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
10.01 Répond après un long délai	*	0	1	2	3
10.02 La voix est trop forte	*	0	1	2	3
10.03 Parle trop vite	*	0	1	2	3
10.04 La voix est monotone	*	0	1	2	3
10.05 Est remuant, ne tient pas en place	*	0	1	2	3
10.06 Interrompt	*	0	1	2	3
10.07 Pendant la conversation, s'occupe exagérément de son apparence physique	*	0	1	2	3
10.08 Manie l'humour mal à propos	*	0	1	2	3
10.09 Parle trop lentement	*	0	1	2	3
10.10 Utilise de façon adaptée l'expression affective	*	3	2	1	0
10.11 Parle avec une voix exagérément profonde ou exagérément haut perchée	*	0	1	2	3
10.12 Se gratte	*	0	1	2	3
10.13 Parle trop bas	*	0	1	2	3
10.14 Le discours est émaillé de pauses longues ou nombreuses	*	0	1	2	3
10.15 Articule clairement	*	3	2	1	0
10.16 La gestuelle est excessive ou inhabituelle	*	0	1	2	3
10.17 Utilise les jeux de mots de façon inadéquate	*	0	1	2	3
10.18 Emploi normal des accents toniques					

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à réhausser sa contribution sur la base de caractéristiques esthétiques ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

BILAN ORTHOPHONIQUE dans le cadre du mémoire

Age : 65 ans, né le 04.07.1943.

Latéralité : droitier.

Vue : corrigée

Audition : bonne

Niveau socio-éducatif : artisan boulanger puis représentant commercial chez Président.

Situation familiale : Marié, père de trois enfants.

Centres d'intérêt : Télévision, lecture du journal, scrabble.

Thèmes principaux : Le vélo et sa frustration de ne plus pouvoir en faire, la course à pied, son métier de boulanger.

Conscience des troubles : Il est difficile d'évaluer la conscience qu'a M. H. de ses troubles, mais il en ressort une certaine anxiété.

Motif de la consultation : bilan de communication dans le cadre du mémoire.

Vécu de l'hôpital de jour : très bon. « *Ca m'a beaucoup ouvert* » dit-il.

Eléments médicaux : Maladie d'Alzheimer précoce diagnostiquée fin 2004, accompagnée d'aspects frontaux et anxio-dépressifs.

Eléments de l'histoire de vie : M. H. est né à Balazé (entre Rennes et Laval). Il a exercé le métier de boulanger comme première profession. Puis il a travaillé longtemps comme représentant commercial dans l'entreprise de fabrication de produits laitiers Président. Il aimait beaucoup le vélo et la course à pied. M. H. est quelqu'un d'extrêmement sensible. Il ne fait pas beaucoup de jeux de mots durant l'entretien, contrairement à la situation de groupe où il n'arrête pas, ayant plus de difficultés à s'exprimer sur des sujets « sérieux » en groupe qu'en entretien individuel. M. H. ne se souvient plus du nombre de ses enfants, ni de leurs prénoms.

Coopération : très bonne. « *Je suis preneur de toute stimulation, de toute conversation* ».

Réaction du patient en fin de bilan : très content d'avoir été sollicité.

TESTS	Résultats	commentaires
HAD Anxiété Dépression Entre 8 et 10 : état douteux Au-delà de 10 : état certain	8/21 1/21	M. H. semble continuer à être heureux dans sa vie quotidienne mais avoue être plus anxieux en fin de journée , « <i>ça me brûle</i> » dit-il. Il n'est pas soucieux par rapport à lui-même mais par rapport à ses enfants et son épouse. Etat d'anxiété douteux.
MMS/30 Orientation Apprentissage Attention et calcul Rappel Langage Praxies constructives	18/30 4/10 3/3 3/5 0/3 7/8 1/1	Désorientation manifeste Orientation temporelle très dégradée Mémoire épisodique déficitaire M. H. se souvient avoir déjà passé ce test avec un autre médecin.
BEC 96 Total : Seuil à 72	32/96*	Score pathologique Les fonctions exécutives sont très atteintes.
Manipulation mentale	1/12*	

Orientation Problèmes Fluence verbale Rappel Apprentissage Dénomination Visuo-construction	2/12* 7/12* 5/12* 2/12* 2/12* 8/12* 5/12*	Autant M. H. peut épeler MONDE à l'envers sans difficulté dans le MMS, autant épeler les jours de la semaine est une tâche presque insurmontable. Orientation temporelle dégradée Les mémoires de travail et épisodique sont très déficitaires. Présence d'un manque du mot. On note une apraxie constructive sévère (tandis que le dessin du MMS n'avait pas posé de problème particulier)
BREF Similitudes Fluence verbale Préhension Séquences motrices Consignes conflictuelles Go-no-go	9/18* 1/3 2/3 3/3 2/3 1/3 0/3	Difficultés d'inhibition et de flexibilité mentale (go-no-go), sensibilité à l'interférence accrue et troubles de la conceptualisation.

TLC	Commentaires
A. Grille d'attention et motivation à la communication 6/6	
1) Conduite de salutation spontanée	Oui.
2) Attention portée aux propos et à l'interlocuteur	M. H. est très attentif. Son contact visuel et sa posture dénotent un intérêt porté à l'interlocuteur. Ses bras sont croisés en début d'entretien, puis progressivement plus à l'aise, il se relâche et ouvre ses bras.
3) Initiatives, engagement dans l'interaction.	M. H. est investi dans l'interaction et fait preuve d'une certaine appétence à l'échange. Malgré ses difficultés il manifeste un besoin de s'exprimer et prend volontiers la parole spontanément.
B. Grille de communication verbale 23/30 - 3,3σ	
1) Compréhension verbale	La compréhension en contexte est suffisante pour permettre un échange d'informations. La compréhension des consignes est plus difficile (notamment lors de la PACE) et il est nécessaire de la lui répéter à plusieurs reprises, conséquence des troubles de la mémoire épisodique.
2) Débit verbal	Le débit est normal, mais ponctué de nombreuses pauses et longueurs dues au manque du mot. On peut parler de diffluence.
3) Intelligibilité	Assez bonne. Parle tout bas, voix grave. Peu de prosodie.

4) Informa- tivité et pertinence du discours	<u>niveau lexical</u>	Manque du mot très présent. M. H. a tendance à s'énervier et s'irriter s'il ne trouve pas ses mots. Il emploie quelques périphrases mais dans l'ensemble son manque du mot nuit considérablement à l'informativité de son discours. Absence de paraphrasies.
	<u>niveau syntaxique</u>	Les énoncés sont grammaticaux et acceptables.
	<u>niveau idéique et pragmatique</u>	- Les réponses à une question ouverte sont développées mais la difficulté liée au manque du mot contraint souvent l'interlocuteur à poser des questions fermées ou à choix multiples. M. H. recentre souvent son discours par rapport à son vécu personnel mais il est néanmoins capable de donner des arguments justes lors d'une conversation et donc d'apporter des informations nouvelles. - Le thème est maintenu, mais on remarque une certaine tendance à persévérer sur un thème, occasionnant des digressions. Ainsi les nouveaux thèmes introduits sont souvent sans rapport avec les précédents. - L'organisation de son discours est logique et adaptée à son interlocuteur.
5) Feed-back verbaux		Lorsque M. H. ne comprend pas, il n'en fait pas toujours part à l'interlocuteur (notamment lors de la passation PACE). Néanmoins, il tente de reformuler si son interlocuteur ne comprend pas.
6) Langage écrit		Non utilisé
C. Grille de communication non verbale		19/30 - 2,0σ
1) Compréhen- sion des signes non-verbaux	Déictiques (geste, regard)	Bonne compréhension
	Gestes symboliques	Bonne compréhension.
	Mimes d'utilisation	Compréhension difficile
	Mime de la forme	Compréhension difficile.
	Mime émotionnel	Bonne compréhension
2) Expressivité naturelle		L'expressivité passe plus par le regard avec M. H. Les mimiques sont quasiment inexistantes et l'expression de ses affects se remarque plus dans la prosodie ou les expressions vocales que dans les gestes ou expressions faciales. Les quelques gestes que l'on observe apparaissent pour compenser le manque du mot et sont efficaces.
3) Informativi- té : le sujet utilise spontanément	Niveau pragmatique interactionnel	La prosodie est adaptée mais les expressions de surprise ou d'incompréhension ne semblent pas toujours adaptées. L'alternance des tours de parole s'effectue naturellement.

des gestes ou est capable de les reproduire	Niveau lexical	Utilisation de divers types de gestes dans la PACE
	Niveau idéique	Cette situation d'association de plusieurs gestes pour évoquer un référent n'est pas évaluée.
4) Feed-back non verbaux		M. H. n'exprime pas ou très peu son incompréhension par des signaux non verbaux. Son visage ne traduit pas beaucoup d'émotions et apparaît plus figé en réception qu'en expression.
5) Dessins		Non utilisé.
Score TOTAL		73,97/100 -0,6 σ

CONCLUSION :

Le bilan met en évidence les éléments suivants :

- **une déficience sévère de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique ;**
- **un manque du mot très invalidant** plus marqué lorsqu'on le sollicite que lors d'interventions spontanées ;
- la mise en place de **compensations gestuelles** face au manque du mot, et **un regard expressif. Contact visuel de qualité ;**
- **des fonctions exécutives perturbées** : défaut d'inhibition, sensibilité à l'interférence accrue, réduction de la flexibilité mentale, etc ;
- **une désorientation temporelle ;**
- **une apraxie constructive ;**
- **une appétence à l'échange verbal ;**
- **une grande anxiété**, en lien avec la conscience qu'il a de ses troubles de mémoire et de langage ;
- **des troubles de la compréhension**, occasionnés par les déficits mnésiques.

Elise SALMON
Stagiaire en orthophonie.

Critères		PARTICIPATION A L'INTERACTION										ATTITUDE PAR RAPPORT AU GROUPE		
		Attention Ecoute Feed-back	Prise de parole		Contexte facilitateur		Nature des interactions		Attitudes non-verbale		Expression dominante		Place dans le groupe	Sensibilité affective à l'environnement
Spontanée	Sur sollicitation		Thème préférentiel	Interlocuteur privilégié	Positive	Négative	Regards	Mimiques	Bien-être	Mal-être				
Patients														

Critères	DIFFICULTES RENCONTREES DANS L'INTERACTION					REMEDIATIONS		COMMENTAIRES			
	Au niveau linguistique	Au niveau pragmatique	Au niveau relationnel	Au niveau cognitif	Contexte d'apparition	Par le patient	Par le soignant ou un membre du groupe	Ressources mises en œuvre par le patient	Propositions d'ajustement,		Commentaires libres
									De la médiation	Du soignant/patient	
Patients											

OSE 1- Mme S. 19/01/09

PARTICIPATION A L'INTERACTION										ATTITUDE PAR RAPPORT AU GROUPE			
Attention Ecoute Feed-back	Prise de parole		Contexte facilitateur		Nature des interactions		Attitudes non verbale		Expression dominante		Place dans le groupe	Sensibilité affective à l'environnement	
	Spontanée	Sur sollicitation	Thème préférentiel	Interlocuteur privilégié	Positive	Negative	Regards	Mimiques	Bien-être	Mal-être			
2	1	2	Des problèmes de santé "Je suis en attente"	Mme M. (+ Soignant en consultation)	2	2	3	1	2	2	Trouvée Reçue	forte	

DIFFICULTES RENCONTREES DANS L'INTERACTION					REMEDIATIONS		COMMENTAIRES			
Au niveau linguistique	Au niveau pragmatique	Au niveau relationnel	Au niveau cognitif	Contexte d'apparition	Par le patient	Par le soignant ou un membre du groupe	Ressources mises en œuvre par le patient	Propositions d'ajustement,		Commentaires libres
								De la médiation	Du soignant/patient	
2 + bégaïement	1	0	3	Expression de l'émotion		Reformulation de la réponse	A la parole avec l'accompagnement du groupe		devenir souffrance de l'attention	Se sent seule depuis qu'elle est en maison

+ Paul parle à l'oubli mais parvient à retrouver des souvenirs.

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION

Profil de communication

Nom du patient :
Date de l'atelier :

Soignants :
Thème de l'atelier :

COMMUNICATION VERBALE

1° Quels termes qualifient (positivement) la communication verbale du patient ?

2° Y a-t-il des thèmes que le patient aime aborder ? Si oui, lesquels ?

Investissement dans l'interaction

1° Le patient prend-il la parole :

- sur sollicitation ?
- spontanément ?

0	1	2	3
0	1	2	3

2° Le patient a-t-il pu se saisir du thème de l'atelier et l'enrichir ?

Difficultés, remédiations et ressources

1° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ?

Si oui, dans quel domaine ? sur quel versant ? préciser le contexte d'apparition.*

0	1	2	3
---	---	---	---

2° Comment le patient réagit-il face à ses difficultés ?

- Emploie-t-il des stratégies de compensation ? *
- Lesquelles ?

0	1	2	3
---	---	---	---

- Sollicite-t-il l'aide du soignant et/ou des membres du groupe ?

Si oui, préciser qui :

0	1	2	3
---	---	---	---

- Autre*

0	1	2	3
---	---	---	---

3° Quelles sont les aides apportées spontanément par le soignant ?

4° Le patient se saisit-il de ces aides ?

0	1	2	3
---	---	---	---

COMMUNICATION NON VERBALE

Comportement général

1° Quels critères qualifient l'attitude générale du patient ?*

2° Quelle est l'expression dominante du patient ?

Bien être

Mal-être

0	1	2	3
0	1	2	3

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

Au cours de la parole ?

En cas de difficulté ?

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

3° Le regard est-il dirigé vers les autres au cours de l'interaction ?

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'adresse-t-il aux autres membres du groupe ?

2° A-t-il un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel ?

3° Quelle place occupe-t-il dans le groupe ?

4° La présence du patient permet-elle de dynamiser le groupe ?*

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

5° La situation de groupe est-elle favorable à la communication du patient ?

0	1	2	3
---	---	---	---

SYNTHESE

1° Traits saillants du comportement de communication :

2° Ressources mises en avant :

3° Aspects évolutifs au cours de l'atelier :

4° Aspects évolutifs depuis le commencement du cycle des ateliers :

5° Proposition d'adaptation et d'ajustement thérapeutiques :

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION

Profil de communication

Nom du patient : M. H.

Date de l'atelier : 06.02.09

Soignants : Sylvie, Marie-Jo, Elise

Thème de l'atelier : Le mariage

COMMUNICATION VERBALE1° Quels termes qualifient (positivement) la communication verbale du patient ? *présence aux autres, réactions spontanées*2° Y a-t-il des thèmes que le patient aime aborder ? Si oui, lesquels ? *la famille, ses albums photos.***Investissement dans l'interaction**

1° Le patient prend-il la parole :

- sur sollicitation ? *solliciter directement M.H. le perturbe*
- spontanément ?

0	1	2	3
0	1	2	3

2° Le patient a-t-il pu se saisir du thème de l'atelier et l'enrichir ? *oui.**M.H. se saisit du thème mais ne l'enrichit pas de beaucoup d'informations.***Difficultés, remédiations et ressources**

1° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ?

0	1	2	3
---	---	---	---

Si oui, dans quel domaine ? sur quel versant ? préciser le contexte d'apparition.*

- manque du mot, surtout lorsqu'on le sollicite
- fonctions exécutives (nœud de cravate)
- persévérations

2° Comment le patient réagit-il face à ses difficultés ?

- Emploie-t-il des stratégies de compensation ? *

0	1	2	3
---	---	---	---

Lesquelles ? *persévère*

- Sollicite-t-il l'aide du soignant et/ou des membres du groupe ?

0	1	2	3
---	---	---	---

Si oui, préciser qui : *la personne qui lui fait face et le soignant le plus proche, par le regard.*

- Autre*

0	1	2	3
---	---	---	---

3° Quelles sont les aides apportées spontanément par le soignant ?

reformulation

4° Le patient se saisit-il de ces aides ?

0	1	2	3
---	---	---	---

Lorsque le soignant ne reformule pas correctement la pensée de M.H., celui-ci est capable de le dire.

COMMUNICATION NON VERBALE

Comportement général

1° Quels critères qualifient l'attitude générale du patient ?*

calme, avenant
serein

2° Quelle est l'expression dominante du patient ?

Bien être

Mal-être

0	1	2	(3)
(0)	1	2	3

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

Au cours de la parole ?

En cas de difficulté ?

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

3° Le regard est-il dirigé vers les autres au cours de l'interaction ?

0	1	2	(3)
0	1	(2)	3
0	(1)	2	3
0	1	2	(3)
0	1	(2)	3

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'adresse-t-il aux autres membres du groupe ? oui.

2° A-t-il un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel ? le soignant

3° Quelle place occupe-t-il dans le groupe ? plaisantin (fait beaucoup de blagues)
Présence rassurante. Un peu séducteur.

4° La présence du patient permet-elle de dynamiser le groupe ?*

0	1	(2)	3
---	---	-----	---

Si oui, comment ? blagues détendent l'atmosphère
cherche à créer une cohésion au sein du groupe.

Si non, pourquoi ? effet inverse de ses blagues.

5° La situation de groupe est-elle favorable à la communication du patient ? oui.

Reprend les thèmes de manière spontanée et cherche à s'exprimer malgré ses importantes difficultés d'expression orale.

SYNTHESE

1° Traits saillants du comportement de communication :

- appétence au langage
- attention portée aux propos des interlocuteurs

2° Ressources mises en avant :

- caractère jovial et communicatif
- fait vivre le groupe

3° Aspects évolutifs au cours de l'atelier :

4° Aspects évolutifs depuis le commencement du cycle des ateliers : moins négatif, aborde moins les périodes et événements traumatiques de sa vie. Plus serein.

5° Proposition d'adaptation et d'ajustement thérapeutiques :

- utilisation de supports (veiller cependant à l'en décentrer)
- présence d'un soignant à côté

Nom du patient :

Profil de communication individuel

Thème et supports de l'atelier :

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le comportement verbal du patient aujourd'hui ? *

silencieux

volubile

discret

laconique

modéré

autre :

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole :

0	1	2	3
---	---	---	---

sur sollicitation	n.o.	0	1	2	3
-------------------	------	---	---	---	---

spontanément	n.o.	0	1	2	3
--------------	------	---	---	---	---

2° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

3° Le patient s'est-il exprimé par : *

assertions	n.o.	0	1	2	3
------------	------	---	---	---	---

requêtes	n.o.	0	1	2	3
----------	------	---	---	---	---

mécanismes conversationnels	n.o.	0	1	2	3
-----------------------------	------	---	---	---	---

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? *

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?

Difficultés, remédiations et ressources

1° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

mdm	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

pph	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

dif	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

tdp	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

coh	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

info	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

ctxt	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

cph°	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

mm	n.o.	0	1	2	3
----	------	---	---	---	---

Autre :

0	1	2	3
---	---	---	---

2° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

- A-t-il employé des stratégies de compensation ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

smg	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

pdr	n.o.	0	1	2	3
-----	------	---	---	---	---

d.a.	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

req.	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

Autre(s) réaction(s) :

0	1	2	3
---	---	---	---

esqu	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

bloc	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

aban	n.o.	0	1	2	3
------	------	---	---	---	---

3° Quelles techniques d'aide ont utilisé les soignants ? *

validation

régulation

reformulation

recontextualisation

sollicitation

donner le mot

Autre :

4° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0	1	2	3
---	---	---	---

Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal ? *

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient :

bien-être	n.o.	0	1	2	3
-----------	------	---	---	---	---

mal-être	n.o.	0	1	2	3
----------	------	---	---	---	---

neutralité/indifférence	n.o.	0	1	2	3
-------------------------	------	---	---	---	---

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

3° Adresse-t-il des feed-back aux autres patients ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

4° Aspects de la voix pendant les échanges (*intensité, timbre, hauteur, intonation, débit*) :

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° A-t-il un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel ?

3° La présence du patient favorise-t-elle la dynamique de groupe ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

4° Quel rôle a-t-il occupé dans le groupe ? *

5° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

SYNTHESE

<u>Traits saillants du comportement de communication</u>	<u>Aspects évolutifs au cours de l'atelier</u>
<u>Ressources et contextes facilitateurs</u>	<u>Aspects évolutifs depuis le cycle d'ateliers</u>
<u>Eléments autobiographiques, comportements ou propos marquants</u>	<u>Adaptations et ajustements thérapeutiques</u>

Date :

PROFIL DE GROUPE

Atelier :

Patients :

Soignants :

Thème :

Supports :

Plan de table :



Déroulement de la séance :

Éléments modifiant la dynamique de groupe au cours de la séance :

- tensions positives :

- tensions négatives :

Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur l'année ou le cycle :

Réactions du groupe par rapport aux activités proposées :

Propositions d'adaptation et d'ajustement pour la semaine suivante :

Nom du patient : Mme S.

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION

Profil de communication individuel

Date : 16/03/09.

Thème et supports de l'atelier : Ecoute et évocation par des chansons d'autrefois

Soignants : orthophoniste psychologue + stagiaire (C.S.C.)

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le comportement verbal du patient aujourd'hui ? *

silencieux

volubile

discret

laconique

modéré

autre : réfrené

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole :

0 1 (2) 3

sur sollicitation n.o. 0 1 (2) 3

spontanément n.o. 0 1 (2) 3

2° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ?

n.o. 0 1 (2) 3

3° Le patient s'est-il exprimé par : *

assertions n.o. 0 1 (2) 3

requêtes (n.o.) 0 1 2 3

mécanismes conversationnels n.o. 0 1 (2) 3

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ?

n.o. 0 1 (2) 3

Oui sur sollicitation et en spontané (+ marqué)

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? * Oui - a fredonné, chanté + a apporté des éléments de sa vie en maison de retraite + fait que jeunes d'aujourd'hui n'aiment pas

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ? le thème du jour + récriminations envers sa famille de musique

Difficultés, remédiations et ressources

1° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ?

n.o. 0 1 2 (3)

mdm n.o. 0 1 2 (3)

pph n.o. (0) 1 2 3

dif n.o. 0 (1) 2 3

tdp (n.o.) 0 1 2 3

coh n.o. 0 1 (2) 3

info n.o. 0 (1) 2 3

ctxt n.o. 0 1 (2) 3

cph° (n.o.) 0 1 2 3

mm n.o. 0 1 2 (3)

Autre : le g. b. rapidement

0 1 2 (3)

2° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ? - expansive dans la g. b.

n.o. 0 1 (2) 3

- A-t-il employé des stratégies de compensation ?

n.o. 0 1 2 (3)

smg n.o. 0 1 2 3

pdr n.o. 0 1 2 3

da n.o. 0 1 2 (3)

req. n.o. 0 1 2 3

Autre(s) réaction(s) :

par le regard 0 1 2 3

esqu n.o. 0 1 2 3

bloc n.o. 0 1 2 3

aban n.o. 0 1 2 3

3° Quelles techniques d'aide ont utilisé les soignants ? *

validation

régulation

reformulation

recontextualisation

sollicitation

donner le mot

Autre : encouragements

4° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange ?

n.o. 0 1 (2) 3

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0	1	(2)	3
---	---	-----	---

Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal ? *

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre : ambivalence

2° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient :

bien-être	n.o.	0	1	2	3	mal-être	n.o.	0	1	(2)	3	neutralité/indifférence	n.o.	0	1	2	3
-----------	------	---	---	---	---	----------	------	---	---	-----	---	-------------------------	------	---	---	---	---

Exemple : plaisir de se retrouver

anxiété - déception de ne pas se retrouver

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

(n.o.)	0	1	2	3
--------	---	---	---	---

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

n.o.	0	(1)	2	3
------	---	-----	---	---

3° Adresse-t-il des feed-back aux autres patients ? *

(n.o.)	0	1	2	3
--------	---	---	---	---

4° Aspects de la voix pendant les échanges (intensité, timbre, hauteur, intonation, débit) :

Petite voix surée, fragile, peu intense, respiration haute, léger bégaiement & saccade

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o.	0	(1)	2	3
------	---	-----	---	---

2° A-t-il un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel ? Le soignant

3° La présence du patient favorise-t-elle la dynamique de groupe ? *

n.o.	0	1	(2)	3
------	---	---	-----	---

Si oui, comment ?

Apporte une touche émotionnelle, parfois positive

Si non, pourquoi ?

parfois négative (abandonne l'atmosphère de bienveillance)

4° Quel rôle a-t-il occupé dans le groupe ? * " femme fragile " se sent du groupe pour la confiance et la protéger

5° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o.	0	1	(2)	3
------	---	---	-----	---

Oui !!!

SYNTHESE

Traits saillants du comportement de communication

- Emotive et sensible (à ses difficultés, à ce qu'on lui propose) tantôt sur le mode positif, tantôt sur le mode négatif (de valorisation, récriminations)
- S'anime facilement pour peu qu'on la sollicite

Aspects évolutifs au cours de l'atelier

Anxieuse, surtout au départ, puis se détend au fur et à mesure mais reste anxieuse

Ressources et contextes facilitateurs

Sensible à l'environnement affectif + palette d'émotions → réactivité aux encouragements & à validation
Montre son côté fragile, sensible, ce qui favorise l'attention de l'interlocuteur à son égard

Aspects évolutifs depuis le cycle d'ateliers

Depuis 2 séances, est anxieuse et n'arrive pas à se débarrasser de ce sentiment qui revient constamment

Eléments autobiographiques, comportements ou propos marquants

" Faudrait que je me remette à chanter "
Animaux musicaux dans maison de retraite + femmes d'aujourd'hui qui ne vivent pas les chansons d'aujourd'hui

Adaptations et ajustements thérapeutiques

La sollicitation sur des sujets précis pour éviter qu'elle retombe dans les récriminations.

PROFIL DE GROUPE (OSE3) Date : 16/03/09.

Patients : M. C, M. D, M. G. ; Mme M & Mme S.

Soignants : orthophoniste :
psychologue + stagiaire

Thème : écoute - évocation par chansons

Supports :

Plan de table :

	M.D	M.G	ψo	
	*	*	*	
M.C.	*	*	*	*
	*	*	*	
	Mme S.	Mme M	S.C. stagiaire	

Déroulement de la séance :

Après chaque morceau, questions sur l'interprète + souvenirs

Réactions du groupe par rapport aux activités proposées :

Euphorisme +++ sauf M.C (n'est pas intéressé spécialement par les chansons)

Éléments modifiant la dynamique de groupe au cours de la séance :

- tensions positives : - encouragements + applaudissements envers Mme M.
pour sa capacité à trouver facilement - tension retombe
- interactions nombreuses entre les participants
- tensions négatives : partage d'impressions, d'infos pour réactions...
- Connuance Mme M. -> se rapproche des soignants
=> Constitution de 2 groupes : ceux qui savent & ceux qui ne savent pas

Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur l'année ou le cycle :

Les patients semblent s'apprécier à présent & discutent ensemble hors de l'atelier

Connuance particulière entre Mme M & M.C, à l'initiative de Mme M. depuis 2 séances (jeunes...)

Propositions d'adaptation et d'ajustement pour la semaine suivante :

Reconduction du thème du jour, avec + d'ouvrages illustrés & + de paroles

OUTIL DE SUIVI D'ÉVOLUTION

Profil de communication individuel

S. Caron et E. Salmon – Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Nom du patient :

Date :

Thème et supports de l'atelier :

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le comportement verbal du patient aujourd'hui ? *

silencieux volubile discret laconique modéré autre :

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ?

0	1	2	3
---	---	---	---

Spontanément ? ☐A-t-il eu besoin d'être sollicité ? ☐

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *

assertions ? ☐ requêtes ? ☐ mécanismes conversationnels ? ☐ autre : ☐

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :

court ? ☐ moyen ? ☐ long ? ☐

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ? oui non

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? *

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?

7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

manque du mot	☐	différence	☐	manque d'information	☐	troubles de compréhension	☐
paraphrases	☐	manque de cohésion	☐	non-respect des tours de parole	☐	troubles de mémoire	☐
persévérations	☐	manque de cohérence	☐	autre :			☐

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

- A-t-il employé des stratégies de compensation ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

suppléance mimo-gestuelle	☐	formules automatiques	☐	circonlocutions	☐	requêtes	☐	blocage	☐
demande d'aide non verbale	☐	termes génériques	☐	procédures de réparation	☐	esquive	☐	abandon	☐
autre :									☐

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider	☐	encourager	☐	solliciter	☐	donner le mot	☐	recontextualiser	☐
toucher	☐	réguler	☐	redonner le thème	☐	reformuler	☐	poser des questions fermées	☐
autre :									☐

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

0 jamais

1 ponctuellement

2 fréquemment

3 constamment

n.o. non observé

* : cf. notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0	1	2	3
---	---	---	---

Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non-verbal* :

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

.....
.....

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient* :

bien-être : ☐ mal-être : ☐ neutralité/indifférence : ☐

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

6° Aspects de la voix pendant les échanges (*intensité, timbre, hauteur, intonation, débit*) :

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ?

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe* ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe* ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? *

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

SYNTHESE

<u>Ressources personnelles du patient pour communiquer</u>	<u>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur</u>
<u>Aspects évolutifs au cours de l'atelier</u>	<u>Aspects évolutifs depuis le début du suivi</u>
<u>Éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants</u>	<u>Adaptations et ajustements thérapeutiques</u>

Nom du patient : M.H.

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION

Profil de communication individuel

S. Caron et E. Salmon - Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Date : 24.04.09

Thème et supports de l'atelier : Exprimer ses sentiments
 Images - Photos → Comment faire ? à qui les exprimer ?...
 Chanson Mon Vieux

Soignants : Juliette,
 Marie-Jo.
 Elise

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le comportement verbal du patient aujourd'hui ? *

silencieux

volubile

discret

laconique

modéré

autre : engagé et

adepte à la situation

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ?

0 1 (2) 3

Spontanément ? (3)

A-t-il eu besoin d'être sollicité ? (1)

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *

assertions ? (3)

requêtes ? (2)

mécanismes conversationnels ? (1)

autre : interpelle (1)

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :

court ? (3)

moyen ? (2)

long ? (0)

les autres et reprend leurs propos.

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ?

oui (non)

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? * oui, lors de cette séance, M.H. s'investit personnellement dans le thème. Ses interventions sont plus adaptées.

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ? Plus qu'à l'accueil la famille (son petit-fils et sa femme essentiellement), tournée les amis, les sentiments profonds.

7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? * très attentif au sens de leurs propos

n.o. 0 1 2 (3)

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? *

n.o. 0 1 * 2 3

manque du mot (3)

différence

☐

manque d'informativité (2)

troubles de compréhension (1)

paraphrases

☐

manque de cohésion

☐

non-respect des tours de parole (1)

troubles de mémoire

☐

persévérations

☐

manque de cohérence

(1)

autre : M.H. s'exprime plus facilement sur ce thème et semble moins en difficulté

☐

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ?

n.o. 0 (1) 2 3

- A-t-il employé des stratégies de compensation ? *

n.o. 0 1 2 3

suppléance mimo-gestuelle (2)

formules automatiques

☐

circonlocutions

☐

requêtes

☐

blocage

☐

procédures de réparation

☐

termes génériques

☐

demande d'aide

(3)

esquive

☐

abandon

☐

autre :

par le regard

énervement (1)

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider (3)

encourager

☐

solliciter

(1)

donner le mot

(2)

recontextualiser

(2)

toucher

(1)

réguler

☐

redonner le thème

☐

reformuler

(3)

poser des questions fermées

(1)

autre :

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange ? *

n.o. 0 1 (2) 3

L'aide du soignant est très importante notamment pour chercher des indices et recontextualiser le discours de M.H. lorsque celui-ci est confronté au manque du mot. Néanmoins M.H. va jusqu'au bout de ses idées, par

0 jamais

1 ponctuellement

2 fréquemment

3 constamment

n.o. non observé

* : cf. notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0 1 2 3

Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non-verbal : *

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

Avant-bras et mains sur la table, il manipule parfois son étiquette et lise la nappe comme pour occuper ses mains; ou il croise les bras

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : *

bien-être : son expression 3 mal-être : parfois, faire à 4 neutralité/indifférence : punctuellement 4
avenant et souriante son manque du mot il semble un peu "absent"

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ? oui, son émotion passe par le visage

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? * acquiescements et hochements de tête

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

6° Aspects de la voix pendant les échanges (intensité, timbre, hauteur, intonation, débit) :

intensité normale (moins forte que d'habitude), voix grave, timbre chaud, débit faible, modulations.

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ? Mme M. sa voisine directe

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe ? *

donne son opinion à plusieurs reprises, fait des suggestions, demande des clarifications. Modère la parole des autres.

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ? *

blagues inadaptées au contexte ce qui crée un malaise et des tensions négatives avec le groupe.

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? * maintien de cohésion et modérateur.

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

M.H. de part le thème et les interactions qu'il a pu créer avec le groupe, il est dévoilé sous un autre jour.

SYNTHESE

Ressources personnelles du patient pour communiquer

- spontanéité, jovialité
- engagement dans l'interaction
- capacités d'écoute de la parole des autres
- suppléance minis-gestuelle spontanée
- rôle de maintien de cohésion et de modérateur

Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur

• donner le mot, reformuler, recontextualiser et valider son des aides opérantes face au manque du mot, à l'absence de cohérence, au manque d'information et aux tr. de compréhension.

Aspects évolutifs au cours de l'atelier

- Attentif et régulateur en début de séance
- plus distrait et plus blagueur en fin de séance

Aspects évolutifs depuis le début du suivi

- plus stable et plus sérieux
- investit plus le thème
- fait moins de blagues

Éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants

- "sa m'a aidé de pleurer" (en référence à l'arrivée de sa maladie)
- importance de son petit-fils dans sa vie → lui demander des photos ?

Adaptations et ajustements thérapeutiques

- placer M.H. à côté de M.R. et à proximité d'un soignant, mais éviter de le placer à côté de Mme M.
- favoriser les supports écrits mais l'aider aussi à s'en détacher.

PROFIL DE GROUPE

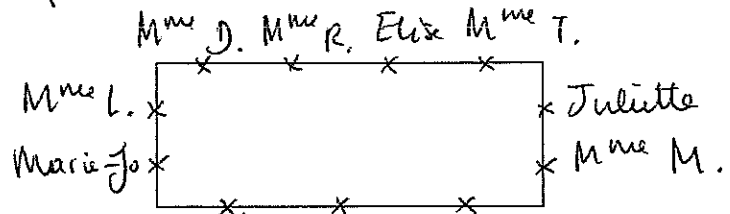
Atelier : " Histoire de Vie "

Patients : M. H., M. R., M. L., M^{me} L., M^{me} D., M^{me} R., M^{me} T., M^{me} M.
8 patients

Soignants : Marie-Jo, Juliette, Elise
3 soignants

Thème : Exprimer ses sentiments
→ est-ce facile ? comment faire ?
→ à qui ? ...

Supports : photos, images, chanson
" Mon Vieux "

Plan de table :Déroulement de la séance :

- Présentation du thème à travers les supports M. L., M. R., M. H.
- Discussion (pendant laquelle une soignante s'absente 20 min.)
- Chanson

Réactions du groupe par rapport aux activités proposées :

Très bonne. N'a pas donné lieu à la recherche de nouvelles photos pour les albums, mais l'investissement du thème a permis de partager des points de vue et des expériences nouvelles.

Débats sur de nombreux thèmes. Chacun a pu s'exprimer (M^{me} T. et M. L. un peu moins).

Éléments modifiant la dynamique de groupe au cours de la séance :

- tensions positives :
 - reformulation des propos de M. D. par M. R. → apaise
 - interventions solidaires permettant à M^{me} L. d'apaiser son mal-être exprimé en début de séance.
 - nombreuses interventions de solidarité et de validation envers les patients exprimant un vécu difficile. Interventions visant la détente (M. H.) et l'accord ont eu à certains moments une véritable cohésion.
- tensions négatives :
 - blagues parfois intempestives et malicieuses de M. L.
 - plaintes, agressivité, redondance des propos de M^{me} D. créent des tensions négatives à plusieurs reprises suite au désaccord exprimé de certains patients.
 - nombreux désaccords
 - sous-groupe d'affinité entre M. H. et M^{me} M. → une tension car ils discutent à plusieurs reprises entre eux sans respecter les tours de parole.

Aspects évolutifs de la dynamique de groupe sur l'année ou le cycle :

- Plus de réactions spontanées. Les thèmes plus "philosophiques" suscitent un engouement et un investissement plus fort du groupe. L'arrivée de nouveaux patients a modifié la dynamique de groupe (moins d'interactions). Thème a eu un effet libérateur.
- Bonne intégration de M^{me} L.
- Structure de parole moins centralisée.

Propositions d'adaptation et d'ajustement pour la semaine suivante :

- Éviter de placer M. H. et M^{me} M. l'un à côté de l'autre
- Favoriser la présence de M. R. près de M. H.
- Trouver un thème plus concret pour la semaine prochaine pour permettre aux nouveaux membres du groupe de confectionner un album.
- Reconduire la chanson au fin de séance (favorise la cohésion du groupe)

Questionnaire aux soignants sur l'Outil de Suivi d'Evolution

1. Avez-vous trouvé l'OSE facile à remplir ?
2. Combien de temps avez-vous mis à le remplir ?
3. Quelles critiques (positives et négatives) pourriez-vous faire à l'encontre de cet outil ?
Points positifs :
.....
.....
Points négatifs :
.....
.....
4. Cet outil vous semble-t-il aborder tous les aspects de la communication ?
.....
.....
5. Cet outil vous semble-t-il adapté à un suivi d'évolution de la communication de patients au sein d'un groupe ?
Si oui, pourquoi ?
.....
Si non pourquoi ?
.....
.....
6. Seriez-vous susceptible d'utiliser l'outil régulièrement après les séances ?
.....
.....
7. Auriez-vous des propositions à nous faire pour améliorer l'outil ?.....
.....
.....
.....
8. Cet outil vous a-t-il permis d'amorcer une réflexion nouvelle ou d'apporter un éclairage particulier sur certains points ?
.....
.....
.....
9. Qu'attendiez-vous de cet outil, et répond-il à vos attentes ?.....
.....
.....
10. Quelle(s) partie(s) vous a (ont) semblé pertinentes ?
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire !
Solenne et Elise

NOTICE EXPLICATIVE

COMMUNICATION VERBALE

Le comportement verbal du patient peut être qualifié par de nombreux termes : concis, logorrhéique, éloquent, redondant... Les propositions qui vous sont faites n'ont donc pas un caractère exhaustif. Elles donnent seulement une idée de certains types de comportements verbaux que l'on peut rencontrer.

Investissement dans l'interaction

2° Les *assertions* sont des actes par lesquels le locuteur apporte des informations, fait des commentaires. Les *requêtes* sont des questions posées à quelqu'un en vue d'obtenir quelque chose : clarification, requête d'action, etc. Les *mécanismes conversationnels* sont des actes permettant d'établir, de maintenir et/ou de régir les relations interpersonnelles et les conversations.

5° Le patient a-t-il pu investir le thème, c'est-à-dire adhérer au thème proposé à l'ensemble du groupe, le maintenir, l'enrichir et s'exprimer à ce sujet, même si ce n'est qu'une seule fois.

8° Difficultés : définition de termes spécifiques : cf. glossaire

Remédiations et ressources

1° Stratégies de compensation : définition des termes spécifiques : cf. glossaire

2° L'intervention du soignant est souvent dirigée vers l'individu pour le soutenir dans sa prise de parole mais il arrive qu'elle vienne canaliser certains patients, pour permettre au groupe de continuer à vivre. Outre solliciter et encourager, dont le sens est évident, certaines techniques sont à expliquer : cf glossaire.

3° Poursuite de l'échange grâce à l'aide : il est intéressant de noter le *contexte* dans lequel l'aide fut proposée car cette information peut s'avérer intéressante dans la perspective de prise en charge à long terme. Une place de commentaire est donc laissée pour noter les *effets de la remédiation*, à savoir : *l'efficacité des interventions* des soignants, et, si ce n'est pas le cas, *les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été opérantes* ; et pour que l'aide proposée au patient soit de meilleure qualité.

COMMUNICATION NON VERBALE**Comportement général**

1° Une fois encore la liste n'est pas complète : exubérant, impatient, excité, inquiet, expansif, démonstratif, méfiant, scrutateur... les qualificatifs ne manquent pas pour expliciter le comportement non verbal observable autant lorsque le sujet parle que lorsqu'il ne parle pas.

2° Qualification du comportement verbal : la posture, les mouvements de jambes et de mains (tremblements, grattements, attitudes de préhension ou de manipulation d'objets, etc.), ou encore les

expressions du visage sont intéressants à relever pour faire des liens entre les items (le patient est-il détendu ? anxieux ? se sent-il bien dans le groupe ? etc.) et établir un profil global de communication.

3° Etats psycho-affectifs du patient : le *bien-être* transparaît par exemple dans des expressions telles que le sourire, le calme, l'écoute, et peut être éventuellement corroboré au niveau verbal par des moments où le patient s'exprimera plus souvent de manière spontanée ; au contraire, l'expression du *mal-être* est perceptible au travers de manifestations d'anxiété, par des traits crispés, des signes de mécontentement, un retrait marqué des situations d'échange ; l'*indifférence* ou la *neutralité* apparaissent chez des personnes plutôt réservées et peu expressives, chez qui il est difficile de déceler des émotions, ou chez des patients apathiques.

Comportement au cours de la parole

4° Les feed-back non verbaux adressés aux interlocuteurs, au sens du TLC, font référence aux signes non verbaux exprimés par le patient et témoignant de son attention, de sa compréhension ou de son incompréhension des messages, de l'évaluation qu'il fait de la situation, etc. Ces signaux se manifestent par des froncements de sourcils, des hochements de tête, des mimiques d'évaluation, d'étonnement...

5° Le feed-back non verbal concerne aussi le réajustement du discours du patient ou l'adaptation de son comportement en fonction des signes non verbaux envoyés par l'interlocuteur. Autrement dit, le patient est-il capable de réajuster son discours lorsqu'un interlocuteur lui adresse des signes non verbaux d'incompréhension, d'intérêt, de lassitude, etc. ?

DYNAMIQUE DE GROUPE

3° et 4° Une intervention négative ou positive, dans le sens où l'entend Bales, ne va pas forcément à l'encontre de la dynamique de groupe et réciproquement. En effet, le terme négatif ne renvoie pas à un jugement manichéen de bien ou de mal, mais à un type d'interaction, de comportement, qui crée un déséquilibre au sein du groupe sous la forme de tensions, aussi bien positives que négatives.

5° Benne et Sheats (1948) définissent trois grandes catégories de rôles :

- **Rôle centré sur la tâche** : ils favorisent la progression du groupe vers l'accomplissement de ses buts. Par exemple, donner/demander son/une suggestion, une opinion ou une orientation.
- **Rôle de maintien de cohésion ou réactions positives** : encourager les autres, chercher à établir l'harmonie et favoriser les compromis entre les membres, canaliser et relayer la parole, observer et commenter ou tout simplement opiner correspondent à des interventions de solidarité, détente et accord.
- **Besoins individuels et rôles parasites ou réactions négatives** : ils s'exercent à l'encontre du groupe et sont un obstacle à sa progression. Ils se manifestent par le désaccord, la tension, l'antagonisme...

Difficultés

- *Manque de cohérence* : il peut s'observer dans quatre types de configuration :
 - lorsque le patient change de thème de discussion de manière brutale et inopportune ;
 - lorsque le discours ne progresse pas, « tourne en rond » ;
 - lorsqu'il n'y a pas d'articulation entre les éléments du discours (actions, états ou événements) ;
 - lorsqu'une information donnée par le patient en contredit une autre donnée antérieurement.
- *Manque de cohésion* : il s'observe lorsque le lexique et/ou la structure grammaticale de la phrase ne permettent pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire.
- *Difffluence* : rupture du flux du discours provoquée par des hésitations, par des arrêts ou des pauses fréquentes en milieu de phrase, par des faux départs des reprises au début des phrases.
- *Paraphasies* : émission d'un mot pour un autre mot, ou d'un son pour un autre son.
- *Persévérations* : phénomènes consistant en la répétition d'un même mot, d'une même phrase, produit une première fois dans une situation appropriée et réapparaissant de manière inadéquate ensuite.

Stratégies de compensation

- *Circonlocution* : moyen consistant à donner un synonyme ou une définition pour compenser le manque du mot.
- *formules automatiques* : phrases toutes faites qui relèvent des mécanismes conversationnels.
- *Procédures de réparation* : actions d'autocorrection du patient : se corrige-t-il ? revient-il sur ce qu'il a dit précédemment ? remarque-t-il qu'il s'est trompé ? a-t-il conscience de ses erreurs ?
- *Suppléance mimo-gestuelle* : gestes et/ou mimiques mis en œuvre spontanément pour compenser les difficultés d'expression (mot ou idée).
- *Termes génériques* : mots comme « truc », « machin », « chose », qui viennent pallier le manque du mot.

Techniques d'aide ou d'étayage

- *Donner le mot* qui échappe au patient afin qu'il se maintienne dans l'échange.
- *Poser des questions fermées*, ce qui rend la compréhension plus accessible et permet à la personne de répondre plus facilement lorsqu'elle est en difficulté.
- *Recontextualiser* consiste tout d'abord à comprendre à quoi peut faire référence un patient lorsque ses propos ne semblent pas cohérents, afin de restituer, si c'est possible, le lien qui les relie au contexte de l'échange, et, ainsi, valider la personne dans son discours.
- *Redonner le thème*, afin qu'il puisse s'exprimer et investir le thème de l'échange.
- *Reformuler* consiste à exprimer avec d'autres mots les propos émis par un patient pour l'aider ou pour s'assurer que l'on a bien saisi ce qu'il nous disait.
- *Réguler* un patient dans le groupe se révèle nécessaire lorsque celui-ci ne respecte pas les tours de parole, monopolise la parole, etc. Indirectement cette intervention est destinée au bon fonctionnement du groupe.
- *Toucher*, établir un contact corporel peut permettre d'apaiser, de canaliser le patient.
- *Valider* consiste à entendre et accepter telle quelle la vérité du patient.

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION Profil de communication

Nom du patient :

Date :

Thème et support de l'atelier :

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

○ Investissement dans l'interaction

- ❖ Prises de parole
 - spontanées
 - sollicitées
- ❖ Actes de langage
 - assertions
 - requêtes
 - mécanismes conversationnels
- ❖ Temps de parole
 - court
 - moyen
 - long
- ❖ Prise en compte de la parole des autres patients
- ❖ Difficultés lors de la prise de parole :

0	1	2	3
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•

Commentaires :

○ Ressources et remédiations

- ❖ Réactions face à ses difficultés
 - conscience des troubles
 - stratégies de compensation
- ❖ Efficacité de l'aide apportée par le soignant :

•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•

Commentaires :

COMMUNICATION NON VERBALE

- ❖ Attention et écoute portées à l'échange
- ❖ Etats psycho-affectifs
 - bien-être
 - mal-être
 - neutralité/indifférence
- ❖ Utilisation de gestes
- ❖ Expressivité / mimiques
- ❖ Regards vers les interlocuteurs
- ❖ Feed-back

•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•

Commentaires :

DYNAMIQUE DE GROUPE

- ❖ Le patient s'adresse au groupe
- ❖ Le patient génère des tensions positives
- ❖ Le patient génère des tensions négatives
- ❖ La situation de groupe est propice à sa communication

•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•
•	•	•	•

Commentaires :

Nom du patient :

Date :

Thème et support de l'atelier :

Soignants :

Attitude Générale de Communication	Comportement verbal général	
	Comportement non verbal général	
	Etats psycho-affectifs	
Investissement dans l'Interaction	Participation spontanée/sollicitée	
	Actes de langage	
	Temps de parole	
	Investissement du thème	
	Communication non verbale	
	Difficultés rencontrées	
Dynamique de Groupe	Interactions sociales	
	Rôle dans le groupe	
	Tensions générées dans le groupe	
Ressources Compensations Remédiations	Conscience des troubles	
	Stratégies de compensation	
	Techniques d'étayage	
	Efficacité de l'étayage	
Aspects Evolutifs	Au cours de l'atelier	
	Depuis le début du suivi	
Faits marquants pendant l'atelier	Eléments autobiographiques	
	Propos	
	Comportement	
Adaptations et Ajustements Thérapeutiques	Patient	
	Patient dans le groupe	
	Médiation	

RÉSUMÉ

La maladie d'Alzheimer est une pathologie qui affecte la personne dans sa globalité. Elle altère progressivement les capacités des personnes atteintes, provoquant notamment des troubles au niveau de la communication. Ces troubles peuvent, à terme, entamer le désir d'entrer en relation avec d'autres. Face à cela, les ateliers thérapeutiques encadrés par des soignants tentent de maintenir ou de restaurer chez ces personnes cette aspiration fondamentale à communiquer. En tant qu'orthophonistes, nous sommes spécialement habilités à prendre en charge les personnes dont la communication est altérée.

C'est pourquoi, suite à un questionnement relatif au soin de ces personnes, nous avons élaboré un Outil de Suivi d'Evolution (OSE) permettant d'établir un profil de communication des patients pris en charge au sein d'ateliers thérapeutiques. Cet outil repose sur une conception large de la pragmatique, et met en évidence les interactions verbales et non verbales générées dans le cadre de la dynamique de groupe. Il s'attache avant tout à mettre en valeur les ressources et les modalités favorisant l'émergence de la communication, afin d'aider les interlocuteurs à adapter leurs interventions auprès de ces personnes.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, prise en charge orthophonique, outil de suivi d'évolution, ressources, pragmatique, communication verbale, communication non verbale, dynamique de groupe, atelier thérapeutique.

Summary

Alzheimer's disease is a pathology affecting a person's entire being by progressively attacking his/her abilities and creating, most notably, communication troubles. These troubles can eventually lead to a refusal of entering any relationship. To counteract this process, medical staffs organize therapeutic workshops, with the hopes of maintaining or restoring their ability to communicate. As speech therapists, we are give the ability to help people affected by this disease.

This is why, in an effort to track the communication progress, we have set up an "Evolution Monitoring Tool" - a program to follow the patient's evolution - that attempts to design a communication pattern for patients enrolled into therapeutic workshops. This tool is based on a large vision of pragmatics and underlines both verbal and non-verbal interactions generated by group dynamics. Most of all, it brings forth resources and organized steps that will help bring about communication in order to helps contributors to adapt their speech to patients suffering from Alzheimer's disease.

Key words : Alzheimer's disease, speech therapy, Evolution Monitoring Tool, resources, pragmatic, verbal communication, non verbal communication, group dynamics, therapeutic workshop.