

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté par :

Marie HUET

Soutenu le 16 juin 2014

En vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

de l'Université de Lorraine

Etude de l'influence de la mémoire autobiographique sur la communication de patients atteints de démences de type Alzheimer (DTA)

**Elaboration d'un support de communication
autobiographique en collaboration avec les
aidants des patients, observation et analyses
des actes de langage**

MÉMOIRE dirigé par : Madame Lise POTTIER Orthophoniste

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ Professeur des Universités
en Neurologie – Université de Lorraine

ASSESEUR : Madame Annette PROCHASSON Orthophoniste

Année universitaire : 2013 - 2014

Remerciements

Je souhaite remercier :

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ pour s'être rendu disponible et avoir accepté la présidence de ce jury de mémoire.

Lise POTTIER pour son suivi et son importante implication tout au long de ce projet, pour sa disponibilité, ses conseils et ses nombreuses relectures, et pour tous ses encouragements.

Annette PROCHASSON pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils et son indispensable contribution à l'expérimentation.

Caroline CAMILLINI pour m'avoir permis d'effectuer des expérimentations et pour son écoute et ses conseils.

Elisa VAUCLARE pour son écoute, ses conseils et son aide précieuse en matière de statistiques.

Anne-Sophie DURRMEYER pour m'avoir permis d'utiliser son support témoin.

Tous les patients pour leur participation à ce projet, ainsi que leurs aidants pour le temps qu'ils m'ont accordé, pour leur implication et leur intérêt pour ce projet :

- Mme J et sa fille,
- Mme S, son époux et son fils,
- Mme Q et sa petite-fille,
- Mme K, sa fille et son gendre,
- Mr R et son épouse,
- Mr G et son épouse,
- Mr P et son épouse,
- Mr S et son épouse.

Toutes les personnes qui m'ont apporté de près ou de loin leur soutien et leur amitié.

La famille EBERLAND pour m'avoir prêté leur caméra, et particulièrement Isabelle et Paulo pour leurs aides techniques et informatiques indispensables.

Mes parents et mon frère pour leur patience, leur soutien et leur amour pendant ces années d'études et particulièrement ma mère pour sa disponibilité et ses relectures dans ce travail.

Mes grands-parents pour leur soutien et leur amour.

Toute la bande de l'école d'orthophonie, pour avoir rendu ces quatre années d'études inoubliables et pour avoir toujours été là.

Nico, pour son amour, sa patience, son écoute, sa disponibilité et son indéfectible soutien pendant toutes ces années d'étude, et pour me faire voir la vie autrement.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Liste des tableaux.....	7
Liste des annexes.....	8
Introduction	9
Partie théorique.....	12
1. Les démences de type Alzheimer	13
1.1. Définitions	13
1.1.1. Les démences	13
1.1.1.1. Origine du terme démence	13
1.1.1.2. La démence selon le DSM-IV	13
1.1.1.3. Conséquences de la démence	13
1.1.2. Les démences de type Alzheimer	14
1.1.2.1. Histoire de la maladie d'Alzheimer	14
1.1.2.2. Définitions de la démence de type Alzheimer (DTA).....	14
1.1.2.3. Les causes de la DTA.....	15
1.1.2.4. Critères diagnostiques du DSM-IV de la DTA	15
1.2. Histologie.....	16
1.3. Epidémiologie.....	16
1.4. Tableaux cliniques	17
1.4.1. Troubles cognitifs.....	17
1.4.1.1. Troubles de la mémoire	17
1.4.1.2. Troubles du langage ou troubles aphasiques	21
1.4.1.3. Troubles des fonctions exécutives et du jugement	22
1.4.2. Troubles perceptivo-moteurs.....	23
1.4.3. Troubles psycho-comportementaux	24
2. Communication et langage dans les DTA.....	27
2.1. Définitions	27
2.1.1. Langage et acte de langage	27
2.1.1.1. Langage	27
2.1.1.2. Actes de langage	27
2.1.2. Communication.....	28
2.1.3. Pragmatique	28
2.2. Troubles langagiers et communicationnels dans la DTA.....	29
2.2.1. Atteinte légère (MMS compris entre 25 et 20).....	29
2.2.2. Atteinte moyenne (MMS entre 19 et 10).....	30
2.2.3. Atteinte sévère (MMS entre 9 et 3).....	31

2.3. Facteurs influençant la communication des patients atteints de DTA.....	31
2.3.1. Le thème d'interlocution et du support iconographique.....	31
2.3.2. Le contexte de communication.....	32
2.3.3. Le lieu de vie.....	32
2.3.4. La situation de communication.....	32
2.3.4.1. Situation de vie quotidienne.....	32
2.3.4.2. Situation duale et situation de groupe.....	32
2.3.5. L'interlocuteur.....	33
2.3.6. Autres facteurs.....	33
3. Identité et mémoire autobiographique dans les DTA	34
3.1. L'identité du sujet dément.....	34
3.2. La mémoire autobiographique et non autobiographique.....	34
3.2.1. La mémoire autobiographique.....	34
3.2.1.1. Définition.....	34
3.2.1.2. Atteinte de la mémoire autobiographique dans les DTA.....	35
3.2.2. La mémoire non-autobiographique.....	36
3.2.3. Intrication des mémoires autobiographique et non-autobiographique.....	37
4. Moyens de remédiation	37
4.1. Thérapies médicamenteuses	37
4.2. Thérapies non médicamenteuses	38
4.2.1. Importance de la pragmatique dans les DTA.....	38
4.2.2. Rôle des aidants et thérapie écosystémique de Rousseau.....	38
4.2.3. La réminiscence : une thérapie appuyée sur les souvenirs.....	39
4.3. Expériences réalisées : mémoires d'orthophonie	40
Partie méthodologique	41
1. Problématique et hypothèses	42
1.1. Problématique.....	42
1.2. Hypothèses	43
2. Méthodologie expérimentale.....	44
2.1. Présentation du projet.....	44
2.2. Détermination du contenu de la mémoire autobiographique des sujets atteints de DTA et création de supports communicationnels.....	44
2.2.1. Elaboration d'un questionnaire autobiographique.....	44
2.2.2. Constitution de supports stimulant la mémoire autobiographique.....	45
2.3. Présentation de la population	45
2.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion des patients.....	45
2.3.2. Présentation des patients.....	45
2.3.2.1. Mme K.	45
2.3.2.2. Mr R.	46
2.3.2.3. Mme S.	46
2.3.2.4. Mr G.	46

2.3.2.5. Mme J.	46
2.3.2.6. Mr P.	47
2.3.2.7. Mr S.	47
2.3.2.8. Mme Q.	47
2.3.3. Thèmes des entretiens stimulant la mémoire autobiographique.....	47
2.3.3.1. Mme K.	47
2.3.3.2. Mr R.	48
2.3.3.3. Mme S.	48
2.3.3.4. Mr G.	48
2.3.3.5. Mme J.	48
2.3.3.6. Mr P.	48
2.3.3.7. Mr S.	48
2.3.3.8. Mme Q.	49
2.3.4. Choix du thème témoin.....	49
2.4. Trame des entretiens	49
2.5. Outil d'analyse de la communication	49
2.5.1. Présentation de la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de ROUSSEAU.....	49
2.5.2. Utilisation de la GECCO dans le cadre de notre expérimentation	51
3. Présentation et analyses des résultats	52
3.1. Analyse quantitative de la communication	52
3.1.1. Analyse quantitative de la communication selon le thème de l'entretien	52
3.1.1.1. Analyse descriptive.....	52
3.1.1.2. Analyse inférentielle	53
3.1.2. Analyse quantitative de la communication selon le stade de démence	53
3.1.2.1. Analyse descriptive.....	53
3.1.2.2. Analyse inférentielle	54
3.1.3. Analyse quantitative de la communication selon le sexe	54
3.1.3.1. Analyse descriptive.....	54
3.1.3.2. Analyse inférentielle	55
3.1.4. Analyse quantitative des types d'actes de langage verbaux utilisés par les patients	56
3.1.4.1. Analyse descriptive.....	57
3.1.4.2. Analyse inférentielle	58
3.2. Analyse qualitative de la communication	59
3.2.1. Analyse qualitative des actes descriptifs et affirmatifs	59
3.2.1.1. Analyse descriptive.....	60
3.2.1.2. Analyse inférentielle	60
3.2.2. Analyse de la répartition des actes verbaux et non-verbaux dans la communication	61
3.2.2.1. Analyse descriptive du 1 ^{er} tableau.....	61
3.2.2.2. Analyse descriptive du 2 nd tableau	62
3.2.2.3. Analyse inférentielle	63
3.2.3. Analyse qualitative de la communication selon le thème de communication	66
3.2.3.1. Analyse descriptive.....	66
3.2.3.2. Analyse inférentielle	67
3.2.2. Analyse qualitative de la communication en fonction du stade de démence	67
3.2.2.1. Analyse descriptive.....	68
3.2.2.2. Analyse inférentielle	68
3.2.3. Analyse qualitative de la communication en fonction du sexe	69
3.2.3.1. Analyse descriptive.....	69

3.2.3.2. Analyse inférentielle	69
3.3. Analyses qualitative et quantitative de l'évocation de souvenirs et de la réminiscence.....	70
3.3.1. Analyse qualitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence.....	70
3.3.1.1. Souvenirs évoqués par les patients pour chaque thème de communication	70
3.3.1.1.1. Mme J.....	70
3.3.1.1.2. Mme S	71
3.3.1.1.3. Mme Q.....	71
3.3.1.1.4. Mme K	72
3.3.1.1.5. Mr S	72
3.3.1.1.6. Mr P	73
3.3.1.1.7. Mr R.....	74
3.3.1.1.8. Mr G.....	74
3.3.1.2. Analyse qualitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence en lien avec le thème de communication	74
3.3.2. Analyse quantitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence selon le thème communicationnel.....	76
3.3.2.1. Analyse descriptive.....	76
3.3.2.2. Analyse inférentielle	77
3.3.3. Analyse quantitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence en fonction du stade de démence	78
3.3.1.1. Analyse descriptive.....	78
3.3.1.2. Analyse inférentielle	78
5. Discussion.....	79
5.1. Revue des résultats et validation des hypothèses	79
5.2. Limites	83
5.2.1. Liées à la population.....	83
5.2.2. Liées à l'outil GECCO.....	83
5.2.3. Liées aux entretiens.....	84
5.3. Perspectives de la recherche	84
6. Conclusion	85
Bibliographie	88

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre d'actes de langage produits par patient en fonction du thème de communication	52
Tableau 2 : Nombre moyen d'actes de langage produits selon le stade de démence et le thème de communication	53
Tableau 3 : Nombre moyen d'actes de langage produits selon le sexe et le thème de communication	54
Tableau 4 : Répartition des actes de langage verbaux par patient et en fonction du thème de communication	56
Tableau 5 : Variation quantitative des différents types d'actes de langage par patient en fonction du thème de communication	57
Tableau 6 : Pourcentage d'adéquation des actes descriptifs par patient et en fonction du thème	59
Tableau 7 : Pourcentage d'adéquation des actes affirmatifs par patient et en fonction du thème	59
Tableau 8 : Nombre d'actes de langage verbaux et non-verbaux produits par patient en fonction du thème.....	61
Tableau 9 : Pourcentage des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication par patient et en fonction du thème.....	62
Tableau 10 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits par patient selon le thème de communication	66
Tableau 11 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits en fonction du stade de démence et du thème de communication	67
Tableau 12 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits selon le sexe et selon le thème de communication	69
Tableau 13 : Nombre d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs pour chaque patient en fonction du thème de communication	76
Tableau 14 : Nombre moyen d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs selon le stade démentiel.....	78

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques de la DTA du DSM-IV

ANNEXE 2 : Classification des actes de langage de la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de T.ROUSSEAU

ANNEXE 3 : Mini Mental State (MMS) de FOLSTEIN

ANNEXE 4 : Questionnaire autobiographique

ANNEXE 5 : Support de communication témoin

ANNEXE 6 : Trame des entretiens

ANNEXE 7 : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication de T.ROUSSEAU (2002)

ANNEXE 8 : Transcriptions des entretiens individuels et grilles de la GECCO

Introduction

- « *Pour vous, c'est quoi la maladie d'Alzheimer ?* »

-« *Des trous de mémoire !* », « *Oublier des choses, comme la date...* » « *Se tromper de prénom...* » ...

Actuellement, nous assistons au niveau national mais également mondial, à un accroissement du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou démence de type Alzheimer (DTA). La DTA, neuro dégénérative, ne possède à l'heure actuelle aucun traitement curatif. Communément définie comme une difficulté mnésique plus ou moins importante, la DTA est en réalité une véritable association de troubles, qui en font une pathologie complexe, et difficilement gérable pour l'entourage.

En effet, cette pathologie cérébrale engendre également une pathologie de la personne, par la perturbation du fonctionnement psychique du malade, de ses relations aux autres et à son environnement. Cette pathologie de la personne devient aussi une pathologie familiale, puisqu'elle altère les rapports entre les membres de la famille en transformant bien souvent les rôles familiaux.

La DTA mène à une perte d'identité, de repères pour les personnes qui en sont atteintes. Au cours de son évolution, le patient se retire progressivement de sa vie sociale, familiale et parfois professionnelle. En grande difficulté communicationnelle, il peut perdre son statut d'être communicant pour son entourage qui ne le reconnaît plus.

Il est aujourd'hui nécessaire de s'appuyer sur les capacités résiduelles de ces personnes atteintes de DTA, afin de les solliciter sur le plan de la communication et de ralentir au maximum cette évolution. Les capacités de communication doivent permettre de maintenir un lien avec l'extérieur et d'éviter cet isolement social. Des études actuelles mettent en évidence diverses possibilités d'adaptation de la communication visant à son maintien. Parmi ces adaptations, celle du thème communicationnel semble pouvoir être efficace.

Pour ces raisons, nous avons voulu inscrire ce mémoire dans la nécessité de proposer aux personnes atteintes de DTA, des thèmes communicationnels facilitateurs, des situations de communication basées sur leur vie, personnalisées et non seulement « thérapeutiques ». L'entourage ayant une place privilégiée auprès du malade, nous avons souhaité effectuer avec lui une collaboration afin de réaliser des supports de communication qui soient au plus proche de la vie de la personne, avec la volonté de renforcer son identité altérée.

Nous allons donc nous intéresser à la mémoire autobiographique, celle de l'identité, de personnes atteintes de DTA. Nous souhaitons observer l'influence de cette mémoire sur les actes langagiers des personnes atteintes de DTA. L'objectif de cette étude est donc de

mettre en évidence l'importance des adaptations communicationnelles face à ces patients en difficultés.

La partie théorique s'organisera de la façon suivante :

Dans une première partie, seront présentées les démences de type Alzheimer (DTA), ainsi que leur tableau clinique. Une seconde partie s'intéressera plus spécifiquement aux atteintes communicationnelles et langagières dans ces DTA. Une troisième partie évoquera l'identité du sujet dément et détaillera la mémoire autobiographique et ses atteintes dans la DTA. Enfin, une dernière partie présentera les différents moyens de remédiation face à cette pathologie.

La partie méthodologique présentera ensuite notre problématique ainsi que nos hypothèses de travail. Notre méthodologie expérimentale sera exposée puis nos résultats seront analysés et discutés.

Partie théorique

1. Les démences de type Alzheimer

1.1. Définitions

1.1.1. Les démences

1.1.1.1. Origine du terme démence

Le terme de « démence » vient du latin *demens* qui signifie « folie ». Selon SELLAL et KRUSCZEK (2007), la démence correspond à une perte ou un déclin des capacités cognitives suffisamment important pour avoir un retentissement sur le quotidien d'un individu en entraînant notamment une perte d'autonomie. On trouve sous le terme de « démence » un ensemble de pathologies dont la maladie d'Alzheimer en est la plus caractéristique et la plus fréquente puisque les deux tiers des démences incidentes sont des maladies d'Alzheimer quel que soit l'âge.

1.1.1.2. La démence selon le DSM-IV

L'American Psychiatric Association dans le DSM-IV-TR daté de 2000 distingue plusieurs types de démences différant par leur étiologie mais toutes caractérisées par l'apparition de déficits cognitifs multiples à savoir une altération mnésique empêchant l'apprentissage d'informations nouvelles ou le rappel d'informations apprises antérieurement, ainsi qu'une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, fonctions exécutives.

Ces déficits cognitifs ont un retentissement socio-professionnel. Leur évolution se fait de manière progressive et irréversible.

Le DSM-V paru en mai 2013 introduit une modification dans la définition de « démence ». Ainsi, les troubles de la mémoire ne sont plus essentiels pour que soit posé ce diagnostic.

Il y aurait en effet des troubles neurocognitifs majeurs dans lesquels la perte de mémoire n'apparaîtrait que tardivement dans le cours de la maladie (cas de la démence frontotemporale).

1.1.1.3. Conséquences de la démence

Bénédicte DEFONTAINES en 2004, insiste sur l'interférence significative des troubles cognitifs avec les activités de la vie quotidienne du patient, qui constitue le critère clé de démence. Ce critère est repris par de nombreux auteurs.

Elle présente des critères de sévérité de la démence (légère, moyenne, sévère) caractérisés par la capacité d'autonomie du patient dans son quotidien.

- Démence légère : Altération significative des activités sociales et professionnelles mais n'empêchant pas le sujet de conserver son indépendance au quotidien, son hygiène de vie et ses capacités de jugement qui restent relativement intactes.
- Démence moyenne : Une surveillance du sujet est indispensable car son indépendance est aléatoire.
- Démence grave : Une surveillance permanente du sujet est nécessaire car les activités quotidiennes sont très altérées.

1.1.2. Les démences de type Alzheimer

1.1.2.1. Histoire de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une pathologie décrite pour la première fois en 1906 par un neuropathologiste allemand, Aloïs Alzheimer suite à des altérations anatomiques observées chez une patiente de 51 ans qui présentait une démence.

La maladie d'Alzheimer correspondait à ce moment-là à une démence pré sénile, soit apparue avant 65 ans, caractérisée par une altération progressive et globale des fonctions intellectuelles et instrumentales du cerveau et accompagnée par des lésions cérébrales particulières. Puis plus tard, au vu de patients atteints de démences séniles, soit apparues après 65 ans, qui présentaient des lésions cérébrales identiques à celles des patients atteints de maladie d'Alzheimer, la maladie d'Alzheimer et la démence sénile avec des lésions cérébrales de type Alzheimer ont alors été, et sont actuellement considérées comme une seule maladie regroupée par la plupart des auteurs sous le terme de démence de type Alzheimer (DTA).

1.1.2.2. Définitions de la démence de type Alzheimer (DTA)

La DTA appartient à la catégorie des démences organiques primitives dégénératives à prédominance corticale sans trouble moteur. Cette pathologie neurodégénérative se traduit par des troubles cognitifs et comportementaux constituant le syndrome démentiel, associés à des lésions histologiques caractéristiques (décrites dans la partie « Histologie »). Elle entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment mnésiques.

Schématiquement, la définition de la maladie d'Alzheimer insiste sur deux points :

- L'existence d'une démence
- Son installation et son développement progressifs

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente de démence chez l'être humain. La maladie peut se présenter sous deux formes : celle qui débute avant 65 ans dite « forme présénile », et celle qui se situe après 65 ans, dite « forme sénile ». Les critères diagnostiques restent difficiles bien que le DSM ait permis aux cliniciens de s'orienter vers un consensus.

1.1.2.3. Les causes de la DTA

ROUSSEAU T. en 2013, qualifie la DTA de « maladie aux origines incertaines ». En effet, malgré de nombreuses études sur les facteurs de risque de la DTA, ses causes sont encore inconnues. Certains facteurs génétiques et environnementaux contribueraient à son apparition et à son développement. Dans une grande majorité des cas, la DTA apparaîtrait donc en raison d'une combinaison de facteurs de risque dont font partie les facteurs génétiques, les facteurs environnementaux tels que le tabac, le régime alimentaire, l'aluminium, et d'autres facteurs tels que le vieillissement, le sexe, les facteurs socioculturels, et les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires (hypertension, hypercholestérolémie, obésité, diabète...) ou traumatiques cranio cérébrales.

Une étude américaine de 2011 citée par ROUSSEAU avance un autre facteur de risque de la DTA : le style de vie à savoir le niveau d'instruction, l'inactivité physique, la dépression, le tabagisme...

1.1.2.4. Critères diagnostiques du DSM-IV de la DTA

La définition médicale de la démence de type Alzheimer est issue des classifications du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹ et date des années 1980. Dans le DSM-IV-TR de 2000, elle est caractérisée par :

- la mémoire : amnésie des faits récents puis anciens,
- des troubles des fonctions exécutives : faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite,
- une aphasie : perturbation du langage (manque du mot),
- une apraxie : altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes (difficulté à s'habiller),
- une agnosie : impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes.

Par définition, une cause psychiatrique doit avoir été éliminée (dépression, schizophrénie...)

¹ ANNEXE 1 : Critères diagnostiques de la DTA du DSM-IV

1.2. Histologie

Selon SIGNORET et HAUW (1991), la définition de la maladie d'Alzheimer est anatomo-clinique : elle est caractérisée par la survenue progressive d'un tableau démentiel sur le plan clinique et par une perte neuronale (plaques séniles) sur le plan anatomo-pathologique.

Plusieurs auteurs dont ROUSSEAU T. (1995), DEFONTAINES B. (2004), DEROUESNE C. (2006b), SELLAL F., KRUCZEK E. (2007), exposent dans leurs ouvrages la dégénérescence cérébrale du patient atteint de DTA, caractérisée par ces deux types de lésions :

- Les plaques amyloïdes (on parle aussi de plaques séniles), qui sont des structures anormales provoquées par l'accumulation extracellulaire d'un produit issu de la dégradation de la protéine Amyloid Precursor Protein (Précurseur de la protéine amyloïde). A l'état normal, la dégradation de cette protéine produit en faible quantité un peptide amyloïde (ou A β), qui est résorbé. Dans la maladie d'Alzheimer, ce peptide est produit en trop grande quantité, et n'est pas résorbé. Son accumulation forme alors les plaques séniles qui compriment les neurones et entraînent leur dysfonctionnement puis leur mort par apoptose ou par nécrose.
- Les dégénérescences neurofibrillaires constituées de protéines Tau jouant un rôle majeur dans la circulation des molécules au niveau intra-neuronal. Dans la maladie d'Alzheimer, ces protéines TAU contiennent un taux anormal de phosphore et sont dites hyperphosphorylées. Elles demeurent alors dans le milieu intracellulaire avant de former des agrégats de filaments épais appelés « neurofibrilles ». Ces neurofibrilles sont une double hélice constituée d'un antigène TAU modifié, phosphorillé dans la DTA. Elles créent un dysfonctionnement neuronal en empêchant le transport axonal. Elles compriment le neurone et provoquent sa mort par apoptose. On parle donc de dégénérescence neurofibrillaire.

1.3. Epidémiologie

L'incidence (ou la prévalence) d'une maladie correspond au nombre de nouveaux cas recensés dans une population donnée pendant une période limitée. La prévalence de la maladie d'Alzheimer tend à augmenter avec le vieillissement de la population, de façon exponentielle : de 0,5% avant 65 ans, elle passe à plus de 25% au-delà de 90 ans. La maladie d'Alzheimer représente l'étiologie la plus fréquente des troubles démentiels (7 à 8 démences sur 10) selon DEROUESNE (2006b).

Selon SELLAL F., KRUCZEK E. (2007), la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de l'ordre de 240 000 cas chez les hommes de plus de 65 ans et de 620 000 cas chez les femmes de plus de 65 ans. En France, le nombre de nouveaux cas annuels de démences est de 225 263 et on estime en 2010, qu'il y aurait environ 850 000 cas de DTA, soit environ 1,2 % de la population totale.

L'étude EURODEM (citée par DARTIGUES, HELMER, BERR, 2009), révèle que la prévalence des DTA augmente avec l'âge passant de 1,3 % des personnes de 65 à 69 ans à près de 25 % des personnes de 85 ans et plus. Les formes commençant avant l'âge de 60 ans existent, mais restent rares (0,041 %). Les DTA sont légèrement plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. L'étude PAQUID citée par ROUSSEAU (1995) a également révélé une différence entre hommes et femmes : l'incidence annuelle de DTA était de 0,8 pour 100 personnes chez les hommes et de 1,4 pour les femmes. L'affirmation que le sexe est un facteur de risque pour la DTA est très controversée.

La maladie d'Alzheimer constitue aujourd'hui un problème de santé publique qui continue de s'accroître. L'allongement de la durée de vie constituerait une explication de cet accroissement.

1.4. Tableaux cliniques

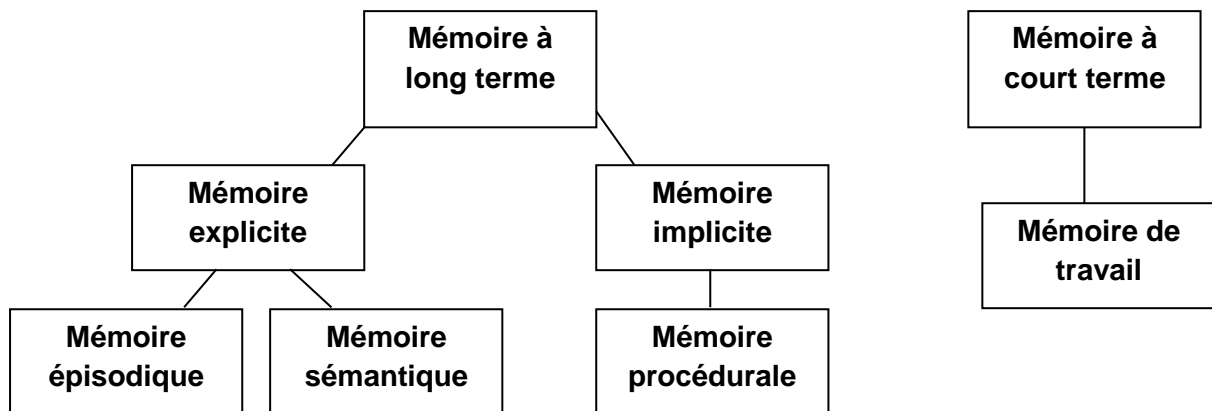
1.4.1. Troubles cognitifs

1.4.1.1. *Troubles de la mémoire*

Les troubles de la mémoire constituent le mode de début le plus fréquent de la maladie d'Alzheimer (3 fois sur 4 environ). Ces troubles correspondent également aux manifestations qui alertent le plus le patient et surtout son entourage, en raison de leur retentissement précoce sur la vie quotidienne.

Le déficit mnésique est manifeste par rapport aux performances des sujets normaux du même âge et du même niveau d'éducation. La neuropsychologie permet de segmenter la mémoire en différentes formes dont l'atteinte n'est pas la même chez les sujets. On parle donc de **mémoires**.

D'après SELLAL F., et KRUCZEK E. (2007), voici comment peuvent être réparties les différentes formes de mémoire.



❖ Mémoire à long terme

La mémoire à long terme est la mémoire qui permet de rappeler une information, alors qu'il y a eu une tâche interférentielle entre le moment où on a appris cette information et le moment où on la rappelle. La mémoire à long terme couvre donc des périodes vieilles de quelques minutes à quelques décennies. La mémoire à long terme comporte elle-même plusieurs formes de mémoires, différemment atteintes dans la maladie d'Alzheimer, que nous détaillons ci-après.

La mémoire à long terme est elle-même scindée en mémoires explicite et implicite :

- ***Mémoire explicite***

La mémoire dite explicite, est appelée ainsi car elle fait appel à des processus conscients et actifs de récupération d'informations ou d'expériences antérieures.

La mémoire épisodique et la mémoire sémantique appartiennent à cette mémoire explicite.

- **Atteinte de la mémoire épisodique**

Elle correspond à la mémoire d'événements biographiques, événements uniques (des épisodes), très bien situés dans le temps et dans l'espace et qui possèdent une certaine valence émotionnelle pour le sujet.

Cette mémoire est la plus rapidement altérée dans la DTA qui débute par des troubles insidieux de celle-ci.

ROUSSEAU T. confirme dans son ouvrage en 2013, l'atteinte de cette mémoire épisodique dans la DTA.

La DTA est donc caractérisée par des troubles de l'encodage. Les événements récents ne sont pas correctement enregistrés, encodés et arrivent donc en mémoire à court terme où ils vont être traités (notamment par la mémoire de travail) mais oubliés en quelques secondes. Avec l'évolution de la maladie, des événements épisodiques plus anciens vont eux aussi devenir peu accessibles voire être perdus, avec un gradient temporel, c'est-à-dire une meilleure préservation des souvenirs les plus anciens.

- **Atteinte de la mémoire sémantique**

Elle est à l'opposé, la mémoire des connaissances générales qui nous permettent d'appréhender le monde. Elle concerne des informations que l'on a apprises plusieurs fois dans des contextes différents. Comme par exemple « Paris est la capitale de la France ». Cette mémoire a une faible valence émotionnelle, comparée à la mémoire épisodique.

Dans la DTA, de nombreux aspects de cette mémoire sémantique sont relativement préservés en début d'évolution. A ce stade, les patients gardent de bonnes capacités de manipulation des règles syntaxiques de la langue. Ils restent capables, la plupart du temps, d'effectuer des appariements de mots ou d'images avec leur catégorie, ou avec leurs attributs. Plutôt qu'une dégradation des connaissances sémantiques, c'est une désorganisation des stratégies de recherche qui est en cause, puisque les patients ont également beaucoup de difficultés à générer en une minute des mots sans rapport sémantique.

Plusieurs autres constatations suggèrent une atteinte de la mémoire sémantique dans la DTA :

- On constate que, dans les tâches de mémoire épisodique, les sujets déments utilisent moins bien leur mémoire sémantique : alors que les sujets normaux apprennent plus facilement une liste de mots sémantiquement reliés, qu'une liste de mots sans rapport sémantique entre eux, les sujets déments ont des performances aussi mauvaises pour les deux listes de mots. De telles constatations, comme d'autres, peuvent encore une fois être attribuées à une mauvaise utilisation de la mémoire sémantique plutôt qu'à sa dégradation.
- Il se peut aussi que lors des apprentissages de listes de mots les patients ne font qu'un traitement sémantique superficiel des mots, insuffisant pour aider le rappel libre mais suffisant pour perturber la reconnaissance ultérieure du mot.

- Petit à petit ces connaissances sémantiques se dégradent, sans doute autant parce que les informations sont d'accès plus difficile que parce qu'il y a une destruction directe du stock des connaissances. Le malade devient alors incapable de bien comprendre la signification des mots, de réaliser des appariements catégoriels, ou fonctionnels. Ce n'est qu'à un stade tardif que les règles de grammaire sont perdues au point d'altérer profondément la compréhension du langage.

Selon ROUSSEAU T. (2013), la mémoire sémantique est atteinte de manière variable dans la DTA, car les connaissances stockées en profondeur comme le vocabulaire professionnel sont retrouvées plus facilement alors qu'elles font appel à cette mémoire sémantique.

- ***Mémoire implicite***

On oppose à la mémoire explicite, la mémoire implicite, qui est une forme de mémoire dont l'expression se fait à l'insu du sujet, c'est-à-dire sans qu'il y ait récupération consciente de l'information. La mémoire procédurale constitue une forme de cette mémoire implicite.

- **Atteinte de la mémoire procédurale**

La mémoire procédurale ou mémoire des habiletés, est une mémoire gestuelle ou cognitive. Nos gestes expriment notre savoir-faire mieux que ne le feraient nos paroles. Cette mémoire reste longtemps préservée dans la maladie d'Alzheimer, comme le prouvent le long maintien de la conduite automobile ou, chez les cuisinières, de certaines habiletés à préparer des plats routiniers.

Expérimentalement, la mémoire procédurale peut être évaluée à l'aide de tests d'habiletés motrices tel le test de poursuite d'une cible en mouvement ou des tests dans lesquels l'habileté se traduit par un raccourcissement des temps de réaction. Elle peut aussi s'évaluer avec des tests plus perceptivo cognitifs tels que des tests où il faut apprendre à lire en miroir. Les patients souffrant de maladie d'Alzheimer restent capables d'améliorer leurs performances dans des tâches procédurales, ce qui traduit la préservation d'une mémoire implicite.

Ces constats sont repris par ROUSSEAU T. en 2013.

- ⇒ L'évolution des troubles de la mémoire à long terme (prédominance de l'atteinte de la mémoire épisodique, puis l'atteinte de la mémoire sémantique et la préservation relative de la mémoire procédurale) est corrélée à la façon dont s'étendent les dégénérescences neuro fibrillaires dans le cerveau. Les lésions gagnent d'abord les hippocampes, qui sont primordiaux dans l'apprentissage d'informations épisodiques nouvelles ; puis elles s'étendent aux régions néo corticales, entre autres temporales

qui jouent un rôle majeur dans le stockage des informations anciennes, donc d'informations sémantiques. En revanche le cervelet et les noyaux gris, qui semblent sous-tendre la mémoire procédurale sont relativement épargnés par les lésions, excepté en fin d'évolution.

❖ **La mémoire à court terme**

C'est la mémoire qui permet de garder à l'esprit une information limitée, le temps de l'utiliser. C'est une mémoire à faible capacité et très labile. Elle est relativement bien préservée dans la maladie d'Alzheimer.

- **Atteinte de la mémoire de travail**

Elle désigne une forme de mémoire à court terme qui permet de manipuler l'information avant de la restituer. Elle intervient dans de nombreuses sphères cognitives telles que la compréhension de phrases, le calcul... On peut la tester en lisant au sujet des suites de chiffres et en lui demandant de les restituer à l'envers. Dans de telles conditions, les performances sont rapidement diminuées dans la maladie d'Alzheimer. On observe aussi des difficultés dans des situations de tâche double, c'est-à-dire lorsqu'il faut gérer deux activités de front. De telles perturbations ne sont pas spécifiques de la maladie d'Alzheimer car elles sont également observées dans le vieillissement normal mais elles sont plus marquées dans la maladie d'Alzheimer.

Etapas de la mémorisation

Perception → Encodage → Consolidation → Stockage → Rappel

T. ROUSSEAU dans ses Approches thérapeutiques, rappelle que dans la DTA, la composante du processus mnésique principalement altérée est l'encodage, c'est-à-dire l'étape au cours de laquelle le sujet transforme les informations perceptives en représentations mentales pouvant donc être réactualisées plus tard. Le rappel devient inefficace malgré un indice, et l'apprentissage est également compromis. Les sujets atteints de maladie d'Alzheimer n'utilisent plus que leur mémoire de travail, soit leur capacité de maintien de nouvelles informations pendant quelques secondes.

1.4.1.2. *Troubles du langage ou troubles aphasiques*

Des troubles des autres fonctions cognitives peuvent plus rarement inaugurer la maladie. Il s'agit alors le plus souvent d'une aphasie. On considère habituellement qu'elle est présente dans 40% des formes débutantes.

- **Perturbations initiales**

Il s'agit d'une aphasie anomique se réalisant par un manque du mot pouvant être plus ou moins facilement contourné dans la conversation par des circonlocutions, des termes vagues ou génériques. Le sujet peut faire des paraphasies, le plus souvent sémantiques. La répétition et la compréhension sont satisfaisantes au début.

L'écriture est marquée par une dysorthographe précoce, en particulier sur les mots irréguliers, qui sont régularisés. A ce stade la lecture est bien préservée.

- **Perturbations ultérieures**

En expression orale, le manque du mot devient manifeste, les paraphasies sémantiques deviennent plus fréquentes. La compréhension s'altère, bien que les capacités de répétition se maintiennent. On parle d'une aphasie transcorticale sensorielle.

On observe au niveau de l'écriture une perturbation du graphisme et de l'agencement spatial. La lecture est paradoxalement plus longtemps préservée et les premières difficultés apparaissent pour les mots irréguliers.

Au stade le plus évolué de la maladie, l'aphasie est globale : le langage oral comme écrit est totalement désintégré. Le débit est très réduit, parasité de paraphasies sémantiques ainsi que phonémiques. La compréhension, même élémentaire, est aléatoire. La conjonction de troubles aphasiques, apraxiques et visuo-spatiaux rend l'écriture progressivement illisible.

Les troubles langagiers sont donc importants dans la maladie d'Alzheimer. Le manque du mot constitue le trouble le plus fréquent et notoire, donnant lieu à des paraphasies compensatrices. On observe également des troubles de la compréhension et de l'expression écrite. Ces troubles peuvent conduire à une désintégration progressive de l'organisation du langage écrit et oral qui se traduit par des paraphasies et parfois un mutisme.

1.4.1.3. *Troubles des fonctions exécutives et du jugement*

Les troubles des fonctions exécutives renvoient à une atteinte cérébrale frontale.

Selon VAN DER LINDEN M., SERON X., LE GALL D, ANDRES P. (1990), les fonctions exécutives sont définies comme étant « un ensemble de processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles, et ce, notamment lorsque les routines d'actions, c'est-à-dire des habiletés cognitives automatisées, ne peuvent suffire. »

Parmi les processus regroupés sous le terme « fonctions exécutives », on trouve :

- **La stratégie** qui correspond à la sélection des moyens les plus appropriés pour parvenir à un but donné.
- **La planification** qui correspond à l'ordonnancement temporel des différentes étapes nécessaires à la mise en place de la stratégie.
- **L'inhibition** qui permet d'empêcher des informations non pertinentes pouvant interférer avec la tâche d'entrer dans la mémoire de travail.
- **La flexibilité mentale** qui permet une adaptation de la stratégie selon les données environnementales.

Les fonctions exécutives sont impliquées dans la réalisation de nombreuses activités cognitives et de la vie quotidienne. Ainsi, elles sous-tendent toute activité sociale ou professionnelle et donc l'autonomie du sujet.

Dans la DTA, les fonctions exécutives sont perturbées assez rapidement, en particulier quand il faut gérer des situations de tâche double ou un imprévu. Ceci peut très vite poser des problèmes de responsabilité dans des situations où des décisions importantes doivent être prises. Des mesures de protection juridique peuvent s'imposer rapidement et ne sont jamais faciles à prendre.

Selon ROUSSEAU T. (2013), les troubles de ces fonctions les plus notoires dans la DTA sont les troubles de l'initiation verbale et motrice, c'est-à-dire de la capacité de programmation d'un comportement verbal ou moteur qui donnent l'impression d'une personne apathique. Les troubles de l'inhibition sont également heurtant pour l'entourage.

1.4.2. Troubles perceptivo-moteurs

ROUSSEAU T. (1995) évoque dans son ouvrage le fait que les personnes atteintes de DTA présentent le plus souvent des troubles gnosiques perceptifs, soit des troubles de la reconnaissance d'un stimulus de manière sensorielle. Elles peuvent être atteintes d'une agnosie visuelle pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de reconnaître des visages même familiers, appelée prosopagnosie, mais aussi d'une agnosie tactile ou auditive appelée astéréognosie, ou encore d'une asomatognosie, correspondant à un trouble de la reconnaissance de son propre corps.

En 2013, ROUSSEAU T. souligne la présence d'une anosognosie, qui survient le plus souvent au stade modéré de la DTA et qui se caractérise par l'absence de conscience de ses propres troubles.

Outre les troubles gnosiques, les patients atteints de DTA peuvent présenter des troubles praxiques, correspondant à une impossibilité de réaliser des gestes sans atteinte motrice comme une apraxie idéatoire, qui consiste en une impossibilité de manipulation d'objets autrefois simple, ou une apraxie idéo motrice, soit une impossibilité de réaliser des gestes arbitraires ou symboliques (signe de croix...). Une apraxie constructive est également souvent présente, dans laquelle le patient ne peut plus reproduire ou réaliser des dessins de figures géométriques ou autres. Le plus frappant dans le quotidien du patient peut être l'apraxie de l'habillement, où le patient devient incapable de réaliser la séquence de gestes nécessaires pour s'habiller.

Ces troubles perceptivo moteurs engendrent souvent une désorientation spatio-temporelle qui réduit encore l'autonomie du patient.

1.4.3. Troubles psycho-comportementaux

Selon SELLAL F., KRUCZEK E. (2007), ces troubles ne prennent souvent pas part à la définition de la maladie d'Alzheimer qui se fonde sur l'existence de troubles cognitifs diminuant l'autonomie du patient. Pourtant la maladie d'Alzheimer est loin de n'être qu'une maladie cognitive. Elle comporte des troubles psycho-comportementaux qui, plus que les troubles cognitifs, sont difficilement tolérés par la famille et par le patient lui-même, et sont souvent la source d'une institutionnalisation. En lien avec les troubles cognitifs, ils sont de sévérité variable selon les patients et pourraient être expliqués par deux causes :

- Ils seraient directement liés aux processus lésionnels de la maladie, (notamment dans le système limbique, le cortex préfrontal...)
- Ils auraient une origine psychologique, et seraient dus à une réaction dépressive induite par la perception de la détérioration cognitive liée à la maladie.

Voici un inventaire de ces troubles psycho-comportementaux pouvant être présents dans la maladie d'Alzheimer.

- **La dépression**

Les symptômes d'allure dépressive sont fréquents dès les premiers stades de la maladie. On peut voir notamment un désintérêt, un émoussement affectif, une apathie ou encore un retrait social.

- **Les troubles émotionnels**

Le plus souvent il s'agit de l'émoussement affectif, se traduisant par une faible réactivité aux stimulations extérieures, une indifférence et une perte de la recherche du plaisir. Au contraire, il peut exister une incontinence émotionnelle correspondant à de brutales exacerbations du ressenti et de l'expression émotionnelle. Une telle labilité émotionnelle se rencontrerait surtout dans les formes modérées et sévères de la maladie.

- **Anxiété**

Selon MEGA et all., les troubles anxieux seraient présents une fois sur deux dans la maladie. Ils peuvent être générés par la perception des troubles, des réactions de l'entourage, par les hallucinations visuelles ou auditives, les idées délirantes du patient (délire du vol ou du préjudice), ou l'angoisse d'abandon. L'anxiété peut se traduire sur le plan moteur par une déambulation incessante, des comportements stéréotypés, des fugues, de l'opposition...

- **Des troubles psychotiques**

Selon DEROUESNE C. (2005) (2006a), les manifestations psychotiques sont généralement d'apparition tardive dans l'évolution de la maladie. Elles réunissent les idées délirantes à thème de vol, de jalousie ou d'abandon, les hallucinations principalement visuelles. Ces troubles sont plus ou moins perturbants pour le patient, pouvant générer des réactions anxieuses ou avoir une action apaisante. D'autres auteurs ajoutent à ces troubles psychotiques les troubles gnosiques de l'identification ou de non-reconnaissance.

- **L'agressivité**

Il s'agit d'un trouble comportemental fréquent, tendant à se majorer au fil de l'évolution de la maladie. Il est le plus souvent verbal, marqué par des cris et des injures, mais parfois physique, consistant en coups, jets d'objets, morsures. Il se rencontre plus souvent chez des

patients anosognosiques et peut être corrélé à la désorientation spatio temporelle, les hallucinations ou les idées délirantes, ainsi qu'à la sévérité de la démence.

- **L'agitation**

L'agitation est une activité verbale, vocale ou motrice très fréquente et souvent mise en lien avec l'agressivité. Il peut s'agir de comportements stéréotypés (cris, émissions verbales itératives inadaptées, comportement de rangement inutile donnant au patient une apparence industrieuse, mouvements de frottement, déambulations incessantes), de fugues...

- **Les troubles du sommeil**

Les troubles du sommeil constituent la plainte la plus fréquente. On observe une somnolence diurne favorisée par l'inactivité et une plus grande perturbation du sommeil nocturne. Aux stades tardifs de la maladie, on peut assister à une inversion du cycle nyctéméral qui est difficile à gérer à la maison comme en institution.

- **Les troubles alimentaires**

L'anorexie est fréquente et s'observe parfois dès le début de la maladie. Parfois des changements qualitatifs des conduites alimentaires surviennent, telle qu'une appétence accrue pour le sucré.

- **Les troubles sphinctériens**

Ils sont le fait des démences sévères. Ils commencent par une incontinence urinaire nocturne occasionnelle. L'incontinence urinaire est constante dans les formes évoluées de la maladie, alors que l'incontinence fécale est plus rare.

- **Les troubles sexuels**

Ils seraient fréquents, d'intensité modérée et largement dominés par une baisse de la libido et de l'activité sexuelle. Des conduites de désinhibition seraient exceptionnelles dans la maladie d'Alzheimer.

- **Autres troubles somatiques**

Diverses manifestations neurologiques peuvent être observées, essentiellement en fin d'évolution de la DTA. Il peut s'agir de signes extrapyramidaux caractérisés par des troubles du tonus musculaire, de myoclonies, les crises épileptiques tonico cloniques généralisées et la réapparition de réflexes archaïques relativement rare.

2. Communication et langage dans les DTA

2.1. Définitions

2.1.1. Langage et acte de langage

2.1.1.1. Langage

Dans le Dictionnaire d'orthophonie de 2004, le langage est défini comme étant « un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres ». Il est à la fois un acte physiologique, psychologique et social. Le langage est donc une réelle compétence à la fois linguistique, puisqu'il nécessite de produire et d'organiser des énoncés linguistiques, mais également pragmatique, puisqu'il doit considérer l'interlocuteur. Par opposition au langage automatique, le langage génératif (ou propositionnel) est un langage volontaire, « qui met en jeu des mécanismes conversationnels complexes (choix des mots, morphosyntaxe) qui permet l'élaboration d'énoncés nouveaux, à partir de nouvelles combinaisons des éléments linguistiques, issus de la volonté et de la créativité du locuteur et adaptés à des situations précises de communication ».

2.1.1.2. Actes de langage

AUSTIN en 1962, déclare que l'unité de signification de la langue est l'acte de langage. Celui-ci comporte trois faces :

- L'acte locutoire, correspondant à l'énonciation, se décomposant en acte phonétique (productions de sons), en acte phatique (productions de mots dans une langue donnée) et en acte rhétique (articulation syntaxique des mots).
- L'acte illocutoire, correspondant à l'intention d'agir, sous-tendue par l'acte locutoire.
- L'acte perlocutoire, correspondant à l'acte effectivement produit et qui ne peut pas correspondre à l'intention du locuteur.

De nombreuses taxinomies des actes de langage ont été proposées depuis celle d'Austin, qui distinguait notamment les actes illocutoires verdictifs, exercitifs, commissifs, expositifs et comportatifs, dans le but de définir plus précisément ces actes illocutoires.

Thierry ROUSSEAU en 2002 crée un outil d'évaluation de la communication (GECCO) qui sera présenté dans la partie méthodologique. L'évaluation se base sur l'analyse des actes de langage émis par les patients. La classification des actes de langage proposée par ROUSSEAU est la suivante² :

- Questions
- Réponses

² ANNEXE 2 : Classification des actes de langage de la GECCO de T.ROUSSEAU

- Descriptions
- Affirmations
- Mécanismes conversationnels
- Performatives
- Divers

L'adéquation de ces actes est également évaluée ainsi que les actes non-verbaux.

2.1.2. Communication

Dans le Dictionnaire d'orthophonie de 2004, la communication est définie comme « tout moyen verbal ou non verbal, utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu ».

La communication nous permet de partager des informations et d'interagir avec d'autres individus. L'objectif de la communication est donc un échange d'informations nouvelles à valeur fonctionnelle. Les informations transmises peuvent être de natures différentes : verbales ou non-verbales. La communication est donc multimodale, et peut passer par de nombreux canaux sensoriels.

En effet, 80% de la communication ne passe pas par le langage. C'est pour cela que malgré les difficultés langagières présentées par les patients atteints de DTA, ceux-ci peuvent communiquer, et ce parfois jusqu'au terme de leur maladie. De nombreux facteurs peuvent influencer la communication, et permettent une adaptation de celle-ci afin de la maintenir. Ils seront également présentés dans la partie 2.3.

Enfin, pour être efficace, la communication doit également respecter les règles de la pragmatique.

2.1.3. Pragmatique

D'après BERNICOT et TROGNON (2002), la pragmatique est l'étude cognitive, sociale et culturelle du langage et de la communication. KERBRAT-ORECCHIONI (1998) définit la pragmatique comme ayant pour objet de réinsérer le texte dans l'acte de communication, soit de décrire les relations se tissant entre l'énoncé, les protagonistes du discours et la situation de communication. La pragmatique est donc indissociable de l'étude du contexte comme le souligne également la définition qu'en donnent BERREWAERTS, HUPET, FEYEREISEN (2003) « la pragmatique décrit l'utilisation du langage en contexte et la façon dont les interlocuteurs prennent alternativement les rôles d'émetteur et de récepteur ».

Dans le Dictionnaire d'orthophonie de 2004, la pragmatique peut être définie au sens purement linguistique, comme « étudiant l'utilisation du langage dans le discours et les marques spécifiques qui, dans la langue attestent de sa vocation discursive », et dans un sens plus large, comme « s'intéressant à ce qui se passe quand on emploie le langage pour communiquer ». La pragmatique a donc pour objectif de décrire tous les paramètres de l'énonciation quelle que soit leur nature (linguistique ou extra linguistique) qui influent sur l'énonciation, leur influence, et à quel moment ils interviennent. « Elle s'attache à percevoir ce que l'énoncé exprime ou évoque et ce que fait le locuteur en l'énonçant. ». J.L AUSTIN est généralement considéré comme l'auteur pionnier de la pragmatique avec l'introduction des actes de langage en 1962 comme dit précédemment.

ARMENGAUD en 1990 va également inscrire la pragmatique dans la théorie des actes de langage : « Tout énoncé produit dans une situation de communication est une action sur le monde effectuée à l'aide du langage, et toute communication est initiée avec l'objectif de satisfaire un but ou une intention. La communication est donc considérée comme un acte social. »

Langage, acte de langage et pragmatique sont donc indissociables de la communication au sens large, et ne peuvent être considérés individuellement, notamment dans l'intervention orthophonique, qui se veut de plus en plus être pragmatique.

2.2. Troubles langagiers et communicationnels dans la DTA

Selon ROUSSEAU T. (1995), en fonction de l'évolution clinique des démences de type Alzheimer, les possibilités de communication sont modifiées. En prenant comme référence les trois stades de démence définis par le Mini Mental State de Folstein (1975)³, on peut répertorier les difficultés de communication selon le degré de l'atteinte.

Cependant, il s'agit ci-après d'un inventaire des troubles qu'il est possible de rencontrer, mais l'hétérogénéité des DTA fait qu'à chacun des stades d'évolution, les profils peuvent être très différents.

2.2.1. Atteinte légère (MMS compris entre 25 et 20)

Au début, on note seulement de très légères perturbations dans la compréhension auditive et dans la recherche du mot exact que le patient réussit à compenser notamment par des périphrases. La compréhension de messages complexes est peu altérée. Il arrive au patient de sortir du thème de communication bien qu'il soit capable d'y retourner seul. Il a tendance à faire des commentaires subjectifs et personnels au lieu d'énoncer des faits objectifs.

³ ANNEXE 3 : Mini Mental State (MMS) de FOLSTEIN

Lorsque le déficit cognitif s'accroît, la personne atteinte de DTA continue à communiquer dans des situations familières, mais éprouve en revanche des difficultés d'expression et de compréhension dans les situations moins familières. Elle émet des paraphrasies sémantiques ou des périphrases pour les mots utilisés moins fréquemment. A ce stade, elle peut être consciente de ses erreurs. Elle s'écarte du thème de communication sans pouvoir y revenir seule. Elle a des difficultés à initier une conversation. Il peut lui arriver de demander de répéter séparément les éléments de messages verbaux longs et complexes. Elle a des difficultés pour comprendre les informations d'une conversation.

A ce stade, CARDEBAT, AITHAMON, et PUEL (1995) évoquent l'existence d'un trouble lexico-sémantique plus ou moins compensé, avec une relative préservation de la compréhension orale et écrite, de la répétition et de la lecture à voix haute.

2.2.2. Atteinte moyenne (MMS entre 19 et 10)

A ce stade, le malade peut communiquer en situation duelle ou en très petit groupe mais il a des difficultés pour suivre une conversation un peu longue. Il a des difficultés pour exprimer ses besoins quotidiens sociaux et émotionnels, de telle sorte que l'interlocuteur doit poser des questions pour comprendre ce que le malade veut dire.

Les modifications caractéristiques sont les suivantes :

Les paraphrasies prennent des formes variées et s'éloignent de plus en plus du mot juste. Des erreurs de reconnaissance visuelle apparaissent. Des désordres autres que la difficulté à trouver le mot juste apparaissent dans le discours tels que des troubles au niveau de la cohérence ou de la cohésion du discours. Le stock lexical se réduit. Le malade commence à montrer des difficultés pour comprendre les éléments du vocabulaire simple. Il peut s'arrêter de communiquer ou parler exagérément de manière incohérente. Il est incapable de conserver le sujet de la conversation, il utilise plus de mots que nécessaire pour expliquer les choses. Il s'intéresse aux détails secondaires et non aux essentiels. Il utilise des pronoms sans référent de telle sorte qu'il est difficile pour l'interlocuteur de le comprendre. Il utilise moins de phrases et même parfois des morceaux de phrases. Il peut commencer à répéter de manière systématique des sons, des syllabes ou des phrases entières. Il a des difficultés pour amorcer une conversation. Il présente une anosognosie de ses difficultés de communication et de ses erreurs de langage.

Puis lorsque l'atteinte devient encore plus sévère, tous les essais de communication sont limités et le malade ne devient plus capable de faire connaître que certains de ses désirs, verbalement ou non verbalement. L'interlocuteur peut obtenir quelques informations sur le patient s'il fait preuve de déduction et essaie de le deviner.

Les mots substitués n'ont aucun ou un vague rapport avec le mot juste et les erreurs de reconnaissance augmentent. L'intelligibilité est réduite à cause de la présence d'un jargon sémantique, d'écholalie, de persévérations et d'une réduction massive du vocabulaire. Il peut seulement utiliser des phrases automatisées ou des mots isolés pour exprimer ses besoins. Les réponses OUI/NON sont incertaines. L'articulation devient perturbée et le discours restant peut contenir des répétitions, des substitutions, des inversions et des omissions de sons. Le malade peut en arriver à utiliser le langage enfantin. Il ne respecte pas les tours de parole mais a conscience de la présence des autres.

A ce stade, CARDEBAT, AITHAMON et PUEL (1995) évoquent eux aussi cette aggravation du trouble lexico-sémantique initial.

2.2.3. Atteinte sévère (MMS entre 9 et 3)

Toutes les fonctions verbales sont perdues et fréquemment il n'y a plus aucun langage verbal. Le malade peut parfois utiliser des moyens non-verbaux (gestes de la main, mimiques) ou des grognements pour signaler une gêne ou la reconnaissance de la présence d'une autre personne. Il peut utiliser quelques mots sans signification, des vocalisations, répéter un son ou rester muet. Il n'a aucune compréhension de la parole mais ses yeux peuvent montrer quelques signes de reconnaissance de personnes, de bruits familiers et de musique.

Selon CARDEBAT, AITHAMON et PUEL (1995), l'atteinte des deux versants du langage (compréhension et expression) est si importante que le malade ne peut s'exprimer qu'en jargonnant voire ne plus s'exprimer du tout.

Toutes ces difficultés langagières sont donc à inscrire dans un trouble de la communication plus global qu'elles vont accentuer.

2.3. Facteurs influençant la communication des patients atteints de DTA

2.3.1. Le thème d'interlocution et du support iconographique

Une étude de GOBE, GRIMAUD, MARTIN et ROUSSEAU en 2003 a mis en évidence la nécessité de proposer des thèmes de discussion facilitateurs aux patients atteints de DTA. Un thème plus investi affectivement améliorerait les performances communicationnelles de ces patients.

Certains auteurs ont pu constater une meilleure efficacité de l'utilisation d'un support visuel. D'autres auteurs, comme HOPPER et al. cités par MAHENDRA (2001), ont constaté que le patient pouvait être plus pertinent au niveau communicationnel, en le faisant autour d'un objet. BOURGEOIS et MASSON cités par MAHENDRA (2001) ont rapporté qu'une pochette

quotidienne contenant des photographies familiales au patient entraînait chez lui un discours moins ambigu, et plus en lien avec le thème de conversation.

2.3.2. Le contexte de communication

Une étude de ROUSSEAU, FROMAGE, SILVIE (2004) a mis en évidence l'impact des facteurs contextuels sur la communication de personnes atteintes de DTA. Ces auteurs insistent sur la nécessité de proposer des situations communicationnelles adaptées aux personnes et leur permettant d'utiliser l'ensemble de leurs capacités restantes de communication, qu'elles soient fonctionnelles, verbales et non-verbales.

2.3.3. Le lieu de vie

Une étude de ROUSSEAU et LOYAU en 2006 a permis de mettre en évidence l'impact du lieu de vie sur les performances communicationnelles de patients atteints de DTA. Celles-ci seraient meilleures au domicile des personnes qu'en institution, le domicile constituant un milieu connu du patient et en présence de son entourage, manifestant une adaptabilité plus grande à la communication déficitaire du malade.

2.3.4. La situation de communication

D'après plusieurs auteurs comme DO, FREMONT (2001) et ROUSSEAU les modifications de l'environnement et des attitudes de l'entourage des patients atteints de DTA influent sur les comportements de ces patients. D'autres auteurs, comme HAZIF-THOMAS, THOMAS (2002), ZEISEL et al. (2004), rejoignent ces affirmations et mettent en avant l'idée que les conduites du sujet atteint de DTA peuvent être influencées par le milieu dans lequel il évolue.

2.3.4.1. *Situation de vie quotidienne*

ROUSSEAU, FROMAGE, et TOUCHET ont mis en évidence en 2009, le fait que les modulations volontaires du milieu peuvent constituer une voie d'intervention supplémentaire dans la prise en charge des patients atteints de DTA. En effet, selon leur étude, ces patients disposent de la capacité à « résonner » avec le milieu dans lequel ils se trouvent. En agissant volontairement sur ce milieu, les thérapeutes ou l'entourage peuvent alors promouvoir certains comportements, notamment l'agitation ou l'apaisement.

2.3.4.2. *Situation duale et situation de groupe*

D'après l'étude de COULMIN et ROUSSEAU (2005), une situation duale permet une meilleure communication des patients atteints de DTA et leurs troubles psycho-comportementaux sont moins nombreux qu'en situation de groupe.

En situation de groupe, la présence de plusieurs interlocuteurs augmente les difficultés de communication de ces patients. Cela engendre pour l'animateur plus de difficultés d'adaptation aux troubles des patients qui auraient alors des réactions agressives plus fréquentes qu'en situation duale.

2.3.5. L'interlocuteur

D'après une étude de FERRON et ROUSSEAU en 2000, la communication des patients atteints de DTA varie selon l'interlocuteur et le degré d'atteinte.

Au stade débutant de la maladie, la communication du patient reste personnalisée en fonction de l'interlocuteur qu'il est capable de distinguer.

Au stade modéré, le patient fait moins de distinction entre ses interlocuteurs et son comportement.

Et au stade sévère, la distinction de ses interlocuteurs devient très faible et n'influence donc pas sa communication.

2.3.6. Autres facteurs

D'après ROUSSEAU en 2011, l'âge pourrait avoir une influence quantitative et qualitative négative sur la communication du sujet atteint de DTA au stade léger, et le niveau socioculturel pourrait en avoir une aux stades moyen et profond.

Le facteur sexe aurait également une influence sur la communication des patients atteints de DTA. Les femmes auraient des capacités de communication légèrement supérieures à celles des hommes.

Il ne faut pas oublier l'importante hétérogénéité inter et intra individuelle des difficultés communicationnelles rencontrées dans les DTA.

Cette partie a permis de mettre en évidence le fait que la communication est multiple, et que de nombreuses adaptations peuvent être mises en place pour l'améliorer. Notre expérimentation nous permettra d'observer l'influence d'une adaptation du thème communicationnel sur la communication.

3. Identité et mémoire autobiographique dans les DTA

3.1. L'identité du sujet dément

Les nombreuses difficultés de communication présentées dans les parties précédentes entraînent un isolement du sujet dément, qui se voit progressivement écarté des échanges avec son entourage. Cette mise à l'écart engendre elle-même une réduction de la considération accordée à ce sujet.

La question de l'identité du sujet dément a intéressé plusieurs auteurs. Benoît FROMAGE (2007) affirme l'existence d'une identité chez les sujets déments, bien qu'à un certain stade de la pathologie, le sujet ne soit plus capable d'un récit personnel. Son étude montre que plusieurs caractéristiques identitaires subsistent, mais ne peuvent être observées que dans un certain contexte et selon une interprétation particulière. En 2010, Louis PLOTON souligne également l'importance de considérer le malade d'Alzheimer comme un interlocuteur à part entière, capable de communiquer et d'admettre que ses réponses verbales ou para-verbales comportent pour lui une signification.

Enfin, Thierry ROUSSEAU en 2013 vient rappeler l'oubli, derrière une personne atteinte de DTA, de l'être humain qui tente d'exister, et qui malgré les effets dévastateurs de cette pathologie, n'a pas perdu « tout ce qui faisait de lui un individu, un conjoint, un père, un ami. ».

Il a pourtant été prouvé que les capacités n'étant plus sollicitées chez ces personnes ont tendance à disparaître plus rapidement. Cet isolement risque donc d'accélérer le processus pathologique.

Le patient dément conserve son identité malgré les nombreux troubles cognitifs et comportementaux qui le rendent différent aux yeux de son entourage. Cette identité doit être considérée et renforcée notamment dans la prise en charge de ces patients. La mémoire autobiographique porte des éléments de l'identité des patients.

3.2. La mémoire autobiographique et non autobiographique

3.2.1. La mémoire autobiographique

3.2.1.1. Définition

La mémoire autobiographique représente un ensemble d'informations et de souvenirs particuliers à un individu, accumulés depuis son plus jeune âge, et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité et de continuité.

BADDELEY, en 1992, définit la mémoire autobiographique comme la capacité à récupérer des expériences vécues dont le soi est l'objet de connaissance.

Les auteurs ont longtemps divergé sur la composition de la mémoire autobiographique qui se voit contenir des aspects à la fois épisodiques et/ou sémantiques. Actuellement, les données cognitives et neuropsychologiques tendent à s'accorder sur la notion d'une mémoire autobiographique multiple et complexe comportant à la fois des connaissances spécifiques et générales. Une revue de littérature de Pascale PIOLINO P., DESGRANGES B., EUSTACHE F. (2000) a permis d'aboutir à cette conclusion :

La distinction entre des aspects épisodiques (événements spécifiques) et sémantiques (informations générales) de la mémoire autobiographique est une conception largement partagée (ROBINSON et SWANSON, 1990 ; DRITSCHER et al. 1992 ; LARSEN 1992 ; BADDELEY 1992 ; ROBINSON 1992 ; BREWER 1996).

Différentes terminologies sont utilisées par les auteurs pour évoquer les aspects épisodiques de la mémoire autobiographique:

- **Mémoire autobiographique** (BARCLAY 1986 ; WAGENAAR 1986 ; BARSALOU 1988 ; RUBIN 1986),
- **Mémoire personnelle** (FRANKLIN et HOLDING, 1977 ; NIGRO et NEISSER, 1983)
- **Mémoire des événements autobiographiques** (KOPELMAN et al. 1989).

D'autres auteurs, notamment BADDELEY (1992), DRITSCHER (1992) ou encore BREWER (1986) définissent la mémoire autobiographique non comme un système de mémoire indépendant, mais comme un domaine de connaissance qui réfère au soi, en étant régi par les mêmes processus et les mêmes systèmes d'organisation que le reste de la mémoire.

D'après ROUSSEAU T. (2013), la mémoire épisodique constitue le siège de notre mémoire autobiographique.

3.2.1.2. *Atteinte de la mémoire autobiographique dans les DTA*

Selon ROUSSEAU (1995), l'atteinte de la mémoire autobiographique est différente selon le stade d'évolution de la maladie.

- **Atteinte légère**

Le patient présente des lacunes dans le souvenir de faits personnels et de son histoire personnelle.

- **Atteinte moyenne**

Les déficits mnésiques des faits personnels deviennent importants. Le patient peut être incapable de rappeler une caractéristique importante de la vie courante telle que son adresse, numéro de téléphone datant de plusieurs années, le nom du lycée ou de l'université où il a suivi ses études... Par contre, les faits majeurs qui l'intéressent sont préservés et le patient atteint de DTA connaît toujours son nom et celui de ses enfants. Il oublie occasionnellement le nom de son conjoint mais se souvient en principe du sien. Il est totalement inconscient de tous les événements et expériences récentes de sa vie. Il se souvient de quelques éléments de son passé mais de façon imprécise.

- **Atteinte profonde**

L'ensemble des fonctions intellectuelles et des zones cérébrales sont à ce stade atteintes. C'est le stade de la dépendance complète du patient où la vie à domicile devient extrêmement compliquée. A ce stade, la mémoire autobiographique est si altérée qu'elle est difficilement évaluable.

3.2.2. La mémoire non-autobiographique

Selon BADDELEY (1992), contrairement à la mémoire autobiographique qui implique la personne qui se souvient, la mémoire non autobiographique comporte des informations dont le soi n'est pas l'objet de connaissance central. Elle concerne donc les connaissances de personnes et d'événements publics. Ces informations ne correspondent pas à des situations vécues mais ont été acquises par des sources indirectes (comme les médias).

Comme pour la mémoire autobiographique, on retrouve dans la littérature différentes terminologies qualifiant cette mémoire non-autobiographique :

- **Mémoire historique** (BRAUN et al. 1986)
- **Mémoire narrative** (LARSEN 1992)
- **Mémoire collective** (SCHUMAN et RIEGER 1992)
- **Mémoire événementielle** (THOMAS – ANTERION, 1996).

En résumé, à partir de la dichotomie entre mémoire épisodique et mémoire sémantique proposée par TULVING, voici comment la mémoire autobiographique et la mémoire non-autobiographique peuvent être distinguées :

- Au sein de la mémoire autobiographique, on distingue **une composante épisodique** contenant les informations personnellement vécues, situées dans le temps et l'espace et récupérées avec des détails phénoménologiques, et **une composante**

sémantique personnelle concernant les informations générales sur la propre vie du patient.

- Au sein de la mémoire non-autobiographique, on distingue **une composante épisodique** contenant les connaissances de personnes ou d'événements publics associés à leur contexte temporo spatial d'acquisition, et **une composante sémantique** correspondant aux informations et aux événements publics indépendant du contexte spécifique d'encodage et aux connaissances conceptuelles totalement décontextualisées.

3.2.3. Intrication des mémoires autobiographique et non-autobiographique

Les définitions de ces deux types de mémoires rendent compte de leur intrication. En effet, si l'histoire de vie individuelle d'une personne comporte des informations personnelles, des données collectives et historiques y prennent également part. Mémoires individuelle et collective, autobiographique et non-autobiographique sont à la fois redondantes et plurielles. Cette constatation est soulignée par COMET et LEJEUNE (2008).

Ces auteurs insistent sur la nécessité de reconstruire une identité au malade en utilisant ces mémoires fortement liées et pouvant se reconstruire l'une par l'autre. En 2006, ROUSSEAU évoque la pertinence d'avoir recours à la mémoire collective pour maintenir l'identité du sujet afin que ce dernier puisse communiquer avec autrui et participer au monde.

4. Moyens de remédiation

4.1. Thérapies médicamenteuses

ROUSSEAU (1995) affirme qu'aucun traitement médicamenteux n'est en mesure de guérir la DTA. Les traitements pharmacologiques s'orientent autour de deux axes à savoir la lutte contre les symptômes afin de conserver le plus d'autonomie possible en favorisant une amélioration des activités quotidiennes, ainsi que le ralentissement de l'évolution de la maladie.

La lécithine ou la choline, précurseurs du transmetteur du système cholinergique, visent à augmenter sa synthèse en empêchant la dégradation du neurotransmetteur en inhibant l'action de l'enzyme qui le dégrade (THA : tétrahydroaminoacridine appelée Tacrine), ou en fournissant des substances agonistes agissant contre le transmetteur.

La Tacrine fut la première molécule ayant montré une amélioration fonctionnelle chez les patients malgré son hépatotoxicité. D'autres médicaments moins hépatotoxiques comme le Cognex et l'Exélon ont montré une efficacité dans le ralentissement de la dégradation

cognitive et comportementale s'ils sont prescrits précocement. Plusieurs autres médicaments peuvent être prescrits, sans être spécifiques à la DTA, visant à atténuer des symptômes psycho-comportementaux, notamment l'anxiété, les troubles de la personnalité, l'agitation, la paranoïa.

Selon TILLEMENT J.P., HAUW J.J. et PAPADOPOULOS V. (2012), une progression pharmacologique pourrait cibler le stade pré déméntiel de la DTA et permettrait peut-être de modifier l'évolution vers une démence.

4.2. Thérapies non médicamenteuses

Selon AMIEVA H. et DARTIGUES J.F., l'efficacité des traitements médicamenteux dans les DTA est limitée et ne peut être optimisée qu'en s'inscrivant dans une prise en charge plus globale. De nombreuses thérapies non médicamenteuses ont été proposées dans une visée d'amélioration de la prise en charge et sont actuellement souvent mises en œuvre.

4.2.1. Importance de la pragmatique dans les DTA

Actuellement, de nombreuses recherches sur la DTA mettent en avant l'importante hétérogénéité des troubles cognitifs inter et intra individuelle. Chaque malade présente donc une démence singulière. Certains auteurs comme ROUSSEAU ont démontré par leurs recherches la nécessité d'une approche globale et pragmatique des patients atteints de DTA. Cette approche se doit de considérer le patient dans son environnement.

Dans les DTA, les troubles de la communication constituent, au-delà des troubles langagiers, de réels troubles interactionnels de l'individu avec son environnement, qu'il convient de considérer en tant que thérapeutes.

4.2.2. Rôle des aidants et thérapie écosystémique de Rousseau

Selon ROBERT A., VERGNAULT L., ROUSSEAU T. (2012), l'entourage des patients atteints de DTA est souvent désemparé face aux difficultés croissantes de communication de ces derniers. La thérapie écosystémique vise notamment à aider l'entourage à s'adapter aux difficultés communicationnelles du patient afin de maintenir un lien avec ce dernier et d'éviter un isolement social du patient, une perte de son statut d'adulte communiquant.

ROUSSEAU T. (2007) précise que leur rôle est notamment primordial dans la thérapie écosystémique, dans laquelle c'est à eux que l'on va demander de s'adapter aux modifications des capacités de communication du malade. Ils ont un rôle privilégié et doivent être très considérés par le thérapeute.

Selon ROUSSEAU T. (2007), la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de Communication) qui sera présentée dans la partie méthodologique permet une analyse écologique et pragmatique des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer. A partir du profil de la communication établi grâce à cette grille, une thérapie écosystémique peut être proposée.

Cette thérapie va intervenir sur le milieu naturel et l'environnement dans lequel évolue l'individu, sur ses systèmes de vie et en particulier sur le micro système familial du malade. Elle n'exclut pas une intervention d'approche plus cognitive ou du moins cognitivo-comportementale. Elle la complète en plaçant l'intervention à un niveau beaucoup plus étendu. A partir de cette grille, cette thérapie aura pour objectif de faire en sorte que, dans le cadre d'une interlocution, toutes les conditions favorisantes soient en place pour que le patient puisse émettre des actes de langage adéquats et éviter la présence de conditions perturbantes qui pourraient entraîner l'inadéquation du discours du patient.

Pour ce faire, la thérapie écosystémique aura deux directions :

- Une intervention auprès du patient par une approche de type cognitivo-comportementale
- Une intervention au niveau de l'entourage, familial et/ou professionnel du sujet.

4.2.3. La réminiscence : une thérapie appuyée sur les souvenirs

PLOTON L., MARQUIS F. dans un article (1998), mettent en évidence l'intérêt des activités portant sur la vie du patient, ses goûts personnels, son histoire. Cela offre au patient des repères rassurants et permet de donner un sens à ces activités.

Hélène AMIEVA et Jean-François DARTIGUES (2007), dans une revue de littérature présentent la thérapie de réminiscence qui s'appuie sur une évocation de souvenirs anciens autobiographiques du sujet à l'aide de différents supports (photographies, objets...) au cours de séances de groupe. Selon plusieurs études, la réminiscence permettrait une amélioration de la mémoire autobiographique ainsi que des troubles comportementaux pendant la durée de la séance. Cela est en lien avec des études portant sur le rôle de l'affectivité dans la mémorisation. Selon DESROUESNE en 2008, on peut affirmer qu'un événement est mieux mémorisé et rappelé lorsqu'il est chargé affectivement.

ROUSSEAU en 2013 définit cette thérapie de la réminiscence comme « le rappel vocal ou silencieux d'événements passés de la vie d'un patient dément, individuellement ou en groupe. » Cette thérapie se déroulerait en réunions hebdomadaires. Au cours de ces réunions, les personnes vont échanger sur des événements de leur vie antérieure. Ces

échanges se feront à partir de différents supports (photos, vidéos, musique ou objets). Cette thérapie fait donc appel à la mémoire autobiographique (siégeant pour ROUSSEAU au sein de la mémoire épisodique), dans laquelle les souvenirs les plus anciens peuvent être les mieux préservés chez les patients atteints de DTA. C'est pour cette raison que la réminiscence semble constituer un moyen de communication avec les personnes atteintes de DTA, même à un stade démentiel avancé, où nous avons vu qu'une communication demeurait possible et pouvait être adaptée.

4.3. Expériences réalisées : mémoires d'orthophonie

Des expériences récentes de 2012 et 2013 effectuées dans le cadre de mémoires d'orthophonie par Elisa VAUCLARE et Anne-Sophie DURRMEYER ont mis en évidence l'existence d'un lien entre un thème de communication stimulant la mémoire culturelle et la communication de la personne atteinte de DTA.

En effet, leurs expériences ont abouti aux résultats suivants :

La mémoire culturelle régionale, du fait de son intrication étroite avec la mémoire individuelle, renforce l'identité du malade dont la mémoire s'efface progressivement. Elle renforce l'appétence communicationnelle du malade et son envie de partager avec autrui ses souvenirs, ses idées et ses ressentis malgré ses difficultés langagières et communicationnelles.

L'utilisation de la mémoire culturelle s'est révélée dans ces expériences constituer un outil adapté et pertinent dans la prise en charge des patients atteints de DTA pour travailler au maintien des capacités de communication par l'utilisation de thèmes régionaux et pour stimuler l'identité des patients par des activités de réminiscence.

Nous allons donc observer l'influence d'une adaptation du thème communicationnel sur la communication des patients atteints de DTA en utilisant un thème sollicitant la mémoire autobiographique.

Partie méthodologique

1. Problématique et hypothèses

1.1. Problématique

La présentation théorique précédente met bien en évidence l'atteinte de la communication dans la maladie d'Alzheimer, celle-ci devenant bien souvent difficile à gérer pour l'entourage ainsi que pour le malade.

Cette présentation mène au constat de la nécessité d'une adaptation de la communication, notamment en trouvant des thèmes facilitateurs, avec les personnes atteintes de démences de type Alzheimer. Cette nécessité peut concerner à la fois les proches et aidants de la personne mais aussi les professionnels de santé qui prennent en charge ces personnes. Les résultats des mémoires d'Elisa VAUCLARE et Anne-Sophie DURRMEYER confirment la pertinence de la stimulation de l'identité pour améliorer la communication de ces patients.

Notre projet s'inscrit dans cette nécessité de trouver des thèmes communicationnels facilitateurs dans les DTA. La mémoire autobiographique, identitaire, devrait permettre la constitution d'un support de réminiscence, fondé sur les souvenirs individuels. Etant au plus près de l'identité et de la personnalité du sujet, la stimulation de la mémoire autobiographique pourrait influencer sa communication, et notamment son appétence au partage d'expériences, de souvenirs, plus que ne le ferait la stimulation de la mémoire non-autobiographique, collective, moins ancrée dans l'identité des patients.

Nous pouvons alors formuler la problématique suivante :

La stimulation de la mémoire autobiographique influence la communication du patient atteint de DTA.

1.2. Hypothèses

Voici les hypothèses que nous pouvons proposer à partir des précédentes constatations :

Hypothèse générale : Au cours d'un entretien individuel, un thème communicationnel stimulant la mémoire autobiographique favorise la communication du patient atteint de DTA.

Hypothèse 1 : Lors d'un entretien individuel, un thème de communication stimulant la mémoire autobiographique renforce l'appétence communicationnelle et la volonté de partager des souvenirs du patient atteint de DTA (quel que soit le stade d'évolution de sa maladie et son sexe), cela se manifestant par la production de plus d'actes de langage que lorsque le thème de communication ne stimule pas cette mémoire.

Hypothèse 2 : Lors d'un entretien individuel, un thème de communication stimulant la mémoire autobiographique atténue les difficultés communicationnelles du patient atteint de DTA (quel que soit le stade d'évolution de sa maladie et son sexe), cela se manifestant par la production d'un plus grand nombre d'actes de langage adéquats que lorsque le thème de communication ne stimule pas cette mémoire.

Hypothèse 3 : Lors d'un entretien individuel, la communication autour d'un thème stimulant la mémoire autobiographique favorise l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs chez les patients atteints de DTA.

2. Méthodologie expérimentale

2.1. Présentation du projet

Nous avons, au cours de ce projet, observé la communication de patients atteints de DTA à différents stades (modérés et sévères), autour de supports à thèmes autobiographiques, réellement ancrés dans la vie personnelle de ces patients (profession, passions, famille...) en les utilisant comme supports de réminiscence. Afin d'obtenir des supports personnalisés et bien adaptés à chaque patient, leur constitution a été effectuée en collaboration avec leur aidant le plus proche, ayant un rôle primordial dans leur quotidien.

L'expérimentation s'est donc déroulée en plusieurs temps :

- Passage du MMS de Folstein aux sujets atteints de DTA afin de les inclure dans un stade démentiel (léger/modéré/sévère)
- Rencontre avec leur aidant le plus proche autour d'un questionnaire autobiographique permettant un recueil d'informations précises et personnelles sur le patient.
- A partir du recueil d'informations effectué, élaboration d'un support communicationnel basé sur des souvenirs autobiographiques des patients.
- Entretien dirigé filmé autour du support autobiographique
- Entretien dirigé filmé autour d'un support témoin non-autobiographique
- Analyse des entretiens à l'aide de la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de Thierry ROUSSEAU
- Exploitation des résultats et observation de l'influence d'un thème facilitateur autobiographique sur la communication de ces patients.

2.2. Détermination du contenu de la mémoire autobiographique des sujets atteints de DTA et création de supports communicationnels

2.2.1. Elaboration d'un questionnaire autobiographique

Afin de pouvoir constituer des supports stimulant la mémoire autobiographique des sujets atteints de DTA, nous avons réalisé un questionnaire autobiographique⁴ à l'attention des aidants les plus proches de ces sujets.

Ce questionnaire vise à obtenir un maximum de renseignements sur la vie du sujet atteint de DTA. Il contient donc des questions autobiographiques portant sur sa profession, son cadre de vie, ses loisirs, ses engagements, ses préférences culturelles, sportives...

⁴ ANNEXE 4 : Questionnaire autobiographique

2.2.2. Constitution de supports stimulant la mémoire autobiographique

A partir du recueil de données autobiographiques et de l'avis des aidants du patient, des supports communicationnels stimulant cette mémoire ont été constitués. Ils peuvent être composés de photos fournies par les aidants, d'images se rapportant à la vie des sujets ou encore d'objets. (Ex : si le sujet a grandi dans une ferme, images des animaux...)

2.3. Présentation de la population

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

Notre étude ayant pour vocation la comparaison de la communication de patients atteints de DTA autour de deux thèmes de communication différents, la population d'étude retenue était composée de patients :

- Atteints de démence de type Alzheimer (Maladie d'Alzheimer, démences mixtes...)
- Ayant un score au Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein compris entre 25 et 4, soit des patients atteints de DTA aux stades : léger (scores compris entre 25 et 20), modéré (scores compris entre 19 et 10) et sévère (scores compris entre 9 et 3), l'évaluation datant de moins de 3 mois.

Le MMSE est un instrument clinique standardisé qui permet d'évaluer globalement le fonctionnement cognitif d'une personne notamment en gériatrie. Cet outil est le test recommandé par la Haute Autorité de Santé pour le dépistage et le suivi des troubles cognitifs.

De plus, nous avons exclu de notre population d'étude :

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

2.3.2. Présentation des patients

2.3.2.1. Mme K.

Mme K. est née le 10/03/1935. Sa maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée en 2008. Elle est domiciliée chez sa fille depuis 2009, suite au décès de son mari et à l'évolution trop importante de sa démence. Mme K et son mari ont eu quatre enfants. Leur famille était très pauvre. Mme K a élevé toute sa vie des animaux : des poules, des canards, des lapins et des cochons. Cet élevage lui a permis de subvenir aux besoins familiaux, notamment lorsque son mari est parti deux années pour la guerre d'Algérie et qu'elle s'est occupée

seule de ses enfants. Selon sa fille, la vie de Mme K s'est beaucoup résumée à ses enfants, aux tâches ménagères et à ses animaux.

Score au MMS : 9/30 → DTA au stade sévère

2.3.2.2. Mr R.

Mr R. est né le 5/01/1940. Sa maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée en 2005. Il vit à son domicile avec son épouse, et débute une prise en charge en accueil de jour à raison de deux journées par semaine. La jeunesse de Mr R a été marquée par dix années de scoutisme. Mr R a effectué ensuite une carrière d'ingénieur en électricité.

Score au MMS : 4/30 → DTA au stade sévère

2.3.2.3. Mme S.

Mme S. est âgée de 82 ans. Sa maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée en 2008. Elle vit à son domicile avec son époux. Mme S a eu une enfance marquée par le sport, qu'elle pratiquait beaucoup. Son père était coureur cycliste professionnel, et sa mère était nageuse professionnelle. Mme S s'est occupée toute sa vie de ses trois enfants. Elle était passionnée par le sport, et plus particulièrement le cyclisme et la natation.

Score au MMS : 18/30 → DTA au stade modéré

2.3.2.4. Mr G.

Mr G. est né le 15/08/1946 et est âgé de 67 ans. Il vit à son domicile avec son épouse et est pris en charge en accueil de jour à raison de deux jours par semaine. Mr G était un homme très sportif. Il a effectué son service militaire dans la marine, ce qui selon son épouse, l'aurait beaucoup marqué. Mr G a exercé la profession de conducteur de transports en commun.

Score au MMS : 4/30 → DTA au stade sévère

2.3.2.5. Mme J.

Mme J, née en 1922, est âgée de 91 ans. Suite à l'aggravation de sa maladie d'Alzheimer, elle vit depuis quelques mois en maison de retraite. Mme J a eu trois enfants. Son mari a été déporté pendant la seconde guerre mondiale, et est décédé à l'âge de quarante-neuf ans. A son décès, Mme J a travaillé dans une banque et a fait de la comptabilité. Toute sa vie, Mme J était couturière. Elle a confectionné de nombreux vêtements surtout après la seconde guerre mondiale, et a elle-même habillé sa famille, et notamment ses enfants.

Score au MMS : 11/30 → DTA au stade modéré

2.3.2.6. Mr P.

Mr P est né le 6/10/1930 et est âgé de 83 ans. Sa maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée il y a deux ans et demi. Mr P bénéficie actuellement d'une journée par semaine en accueil de jour. Il vit à son domicile avec son épouse et bénéficie d'aides à domicile. Mr P a eu trois enfants. Il était bricoleur et aimait jardiner. Mr P a travaillé toute sa vie à la SNCF et était très investi et passionné par son travail.

Score au MMS : 13/30 → DTA au stade modéré

2.3.2.7. Mr S.

Mr S est né en 1942 et est âgé de 71 ans. Sa maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée en 2007. Il vit à son domicile avec son épouse. Mr S a eu quatre enfants. Mr S était formateur dans la reconversion des mines, et chef d'une entreprise de chaudronnerie.

Score au MMS : 9/30 → DTA au stade sévère

2.3.2.8. Mme Q.

Mme Q est née en mars 1928 et est âgée de 86 ans. Mme Q vit actuellement dans une résidence pour personnes âgées. Mme Q est mère de quatre enfants et a onze petits-enfants et douze arrière-petits-enfants. Mme Q a grandi dans un village des Vosges appelé Lerrain. Elle a travaillé jusqu'à l'âge de dix-neuf ans dans un syndicat, une grande épicerie familiale. A son mariage, Mme Q a quitté son travail au syndicat pour travailler à la ferme avec son époux.

Score au MMS : 13/30 → DTA au stade modéré

2.3.3. Thèmes des entretiens stimulant la mémoire autobiographique

A la fin de la présentation du questionnaire autobiographique aux aidants des sujets atteints de DTA, nous demandons aux aidants, qui ont un rôle privilégié auprès des patients, et qui sont les personnes les connaissant le mieux, quel pourrait-être le thème le plus stimulant pour le patient au niveau autobiographique. Ainsi, nous pourrions obtenir des supports profondément ancrés dans la vie du sujet atteint de DTA et étant donc en mesure de stimuler leur mémoire autobiographique.

2.3.3.1. Mme K.

En fin d'entretien, avec la fille et le gendre de Mme K., nous parlons de la constitution du support stimulant la mémoire autobiographique. Selon eux, un support autour des animaux

de la ferme peut être intéressant, car Mme K leur a beaucoup parlé de cet élevage d'animaux lui ayant permis notamment de nourrir ses enfants.

2.3.3.2. Mr R.

Mme R. évoque les années de scoutisme de son mari, qui ont été selon elle, une des activités les plus marquantes de sa vie. C'est donc ce thème que nous choisissons pour la constitution du support.

2.3.3.3. Mme S.

L'époux de Mme S me dit que cette dernière avait une relation très forte avec son père. « Elle aimait parler de lui, il a beaucoup marqué sa vie. ». Nous consultons ensemble les albums photos. Il me donne alors plusieurs photos dont une de son père.

2.3.3.4. Mr G.

Mme G me parle du service militaire de son époux dans la marine et me dit qu'il aimait lui en parler jusqu'à quelques mois en arrière. Nous consultons ensemble ses photos, et finissons par en choisir une du bateau sur lequel il était, et une de Mr G. en uniforme.

2.3.3.5. Mme J.

Mme J a été couturière toute sa vie. Ce thème serait donc intéressant selon sa fille. Mme J ayant quelques problèmes visuels, nous proposons d'utiliser en plus d'un texte lu à Mme J, des objets se rapportant à la couture et lui appartenant.

2.3.3.6. Mr P.

Mr P. a travaillé toute sa vie à la SNCF. Il y a connu les différents corps de métiers, tels que contrôleur de train, conducteur de train... Le thème de communication autobiographique s'est imposé et nous avons choisi, en lien avec son orthophoniste, d'utiliser un thème sur les trains, la gare et le travail à la gare. Ce thème a été porté par des photos de trains et de personnel de gare, et d'un texte exposant le travail du personnel de gare.

2.3.3.7. Mr S.

En fin d'entretien avec l'épouse de Mr S., nous choisissons de faire porter le thème de communication autobiographique sur le métier de Mr S. Mr S a travaillé dans des ateliers de soudure. Il était formateur d'ouvriers soudeurs dans des ateliers de Moselle. Son épouse me dit que Mr S était très investi dans sa profession. Nous avons choisi d'utiliser ce thème pour le support autobiographique.

2.3.3.8. Mme Q.

Nous décidons de faire porter le thème de communication autobiographique sur le village dans lequel Mme Q a grandi et exercé son travail, ainsi que sur son exercice professionnel au sein du syndicat. Le support a comporté une photo, et un texte sur ce thème.

2.3.4. Choix du thème témoin

Le thème témoin choisi est celui ayant été utilisé dans le mémoire d'Anne-Sophie DURMEYER portant sur la Reine Victoria du Royaume-Uni et quelque peu adapté. Il ne doit normalement pas solliciter la mémoire autobiographique. Il se compose d'un texte portant sur la Reine, ainsi que d'une photo de celle-ci.⁵

2.4. Trame des entretiens

Afin que l'étude soit fiable, nous avons utilisé pour chacun des entretiens une trame, permettant de mener les entretiens de la même manière. Cette trame comportait donc le même nombre de questions ouvertes et de questions fermées, qu'elle concerne l'entretien autobiographique ou l'entretien témoin.⁶

2.5. Outil d'analyse de la communication

2.5.1. Présentation de la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de ROUSSEAU

La GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de Communication) de Thierry ROUSSEAU (2002)⁷ est un outil d'évaluation de la communication. Elle prend en compte de nombreux aspects de la communication comme l'hétérogénéité de ses troubles, les différents facteurs influents, le contexte ainsi que les aspects non-verbaux. Elle constitue une approche pragmatique de la communication.

La GECCO présente différents objectifs. Elle se veut évaluer les capacités de communication de manière pragmatique et écologique dans un objectif thérapeutique. En recensant les actes de langage produits par le patient, les thèmes et les situations favorisant sa communication et les actes de l'interlocuteur favorisant l'interlocution, elle permet d'établir un profil communicationnel.

⁵ ANNEXE 5 : Support de communication témoin

⁶ ANNEXE 6 : Trame des entretiens

⁷ ANNEXE 7 : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication de T.ROUSSEAU (2002)

Cet outil propose un enregistrement d'échanges avec le patient, dans trois situations différentes :

- Une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie du patient
- Une tâche d'échange d'information en situation de type PACE (il s'agit de faire deviner à son interlocuteur différentes images qu'il choisit parmi plusieurs)
- Une discussion libre portant sur le thème de la situation présente.

L'enregistrement vidéo de ces échanges permet de faire une analyse des actes à la fois verbaux et non-verbaux.

La GECCO organise les actes de langage en différents types :

- Acte adéquat (si l'échange peut être poursuivi)
- Acte inadéquat (si ce n'est pas le cas)

Les causes de l'inadéquation peuvent également être précisées :

- Absence de cohésion lexicale ou grammaticale
- Absence de feed-back à l'interlocuteur ou à la situation
- Absence de cohérence (Absence de continuité thématique, absence de progression rhématique, absence de relation et contradiction)

Ces données permettent de préciser l'évaluation qualitative de la communication.

La version informatisée de la GECCO (de 2006) comporte une feuille de données par situation de communication. Il faut alors entrer les données recueillies lors des différents échanges dans ces feuilles de données, et le logiciel calcule automatiquement le nombre d'actes de chaque type produits par minute.

Des graphiques peuvent alors être obtenus pour chacune des trois situations mais également pour l'ensemble des situations. Ils présentent la répartition des différents actes de langage, la proportion d'adéquation de ces actes ainsi que les causes de l'inadéquation.

On peut également obtenir du logiciel une analyse qualitative ainsi que des conseils individualisés à l'attention de l'entourage du patient.

Les possibilités d'exploitation de cet outil d'évaluation de la communication sont donc vastes. En résumé, la GECCO permet une évaluation quantitative et qualitative individualisée de la communication de chaque patient. Les données sont organisées clairement dans des tableaux et sous forme de graphiques, ce qui permet leur exploitation. Elle prend en considération les facteurs influençant la communication, à savoir le thème de l'entretien ainsi

que la situation. Elle permet des comparaisons intra individuelles intéressantes au vu de l'hétérogénéité des profils communicationnels des patients atteints de DTA. Elle constitue un outil de prise en charge thérapeutique dans le cadre d'une thérapie écosystémique (présentée dans la partie théorique).

2.5.2. Utilisation de la GECCO dans le cadre de notre expérimentation

Notre étude ayant pour objectif l'évaluation de l'influence du thème d'interlocution sur la communication de patients atteints de DTA, l'utilisation de l'outil GECCO y est donc bien adaptée.

Nous en avons fait une utilisation un peu différente de l'utilisation traditionnelle présentée dans le paragraphe précédent. Afin de pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ, nous avons utilisé les grilles de la GECCO, présentant la répartition des différents types d'actes de langage, afin d'effectuer une analyse quantitative et qualitative de la communication des patients atteints de DTA.

L'observation de la communication des patients s'est déroulée seulement dans une des trois situations que propose la GECCO : l'entrevue dirigée. Deux entrevues dirigées ont été proposées à chaque patient. L'une portait sur un thème sollicitant la mémoire autobiographique, et la seconde, sur un thème ne la sollicitant pas, dit « témoin ». Ces entretiens ont été intégralement filmés, puis retranscrits, analysés et comparés, en prenant appui sur les grilles de la GECCO.⁸

Pour chaque patient, deux grilles ont alors été remplies : une comportant la répartition des actes de langage produits sur l'entretien autobiographique, l'autre comportant cette même répartition des actes de langage produits sur le thème témoin.

Nous n'avons pas limité la durée de l'entretien. Chaque entretien a donc été analysé quantitativement et nous avons pu observer des variations en fonction du thème conversationnel utilisé.

⁸ ANNEXE 8 : Transcriptions des entretiens individuels et grilles de la GECCO

3. Présentation et analyses des résultats

3.1. Analyse quantitative de la communication

Grâce aux grilles de la GECCO, il nous a été possible de procéder à une analyse quantitative de la communication selon différents axes que nous allons développer. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

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

Patients	Nombre d'actes de langage produits sur le thème témoin	Nombre d'actes de langage produits sur le thème autobiographique	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre les deux thèmes
----------	--	--	--

Démences modérées

Mme J	87	441	+407 %
Mme S	27	113	+318 %
Mme Q	108	569	+427%
Mr P	52	303	+483%

Démences sévères

Mme K	22	60	+173%
Mr R	72	294	+308%
Mr S	104	240	+131%
Mr G	40	106	+165%
Moyennes	64 ($\sigma=34$)	266 ($\sigma=176$)	+301%

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

3.1.1.1. Analyse descriptive

On observe que tous les patients ont produit plus d'actes de langage sur le thème sollicitant leur mémoire autobiographique que sur celui ne la sollicitant pas.

Les patients ont produit en moyenne 301% d'actes de langage en plus sur le thème autobiographique que sur le thème témoin.

Ces résultats révèlent **qu'un thème de communication sollicitant la mémoire autobiographique semble favoriser le désir de partager des informations des patients atteints de DTA**. Cela se manifeste dans les résultats par une production quantitativement plus importante d'actes de langage sur le thème sollicitant la mémoire autobiographique que sur le thème témoin ne la sollicitant pas.

Quel que soit le stade démentiel (modéré ou sévère), les patients ont produit en moyenne quantitativement plus d'actes de langage sur le thème sollicitant leur mémoire autobiographique que sur le thème témoin.

3.1.1.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué à ces résultats le test de WILCOXON signé pour échantillons appariés. Ce test non paramétrique, adapté aux échantillons de faible taille nous a permis de comparer nos résultats pour les deux échantillons appariés de notre étude. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0,05$. Ce seuil correspond à un risque d'erreur. Le test de WILCOXON permet de calculer une p-value. Si celle-ci est inférieure à 0.05, on peut conclure que le test est significatif et que l'affirmation de notre hypothèse a moins de 5% de risque d'erreur. Le test de WILCOXON permet également d'obtenir des écarts-types au sein de chaque échantillon. Des écarts-types importants mettent en évidence la variabilité interindividuelle des résultats.

Nous avons obtenu des écarts-types assez élevés notamment pour les résultats portant sur le thème autobiographique ($\sigma=64$ et $\sigma=176$), ce qui permet d'affirmer une importante variabilité interindividuelle.

Nous avons obtenu une p-value égale à 0.014 soit p-value < 0.05. **Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage produits par nos 8 patients sur chacun des thèmes communicationnels** (moyenne de 64 actes de langage sur le thème témoin et 266 actes de langage sur le thème autobiographique) et affirmer qu'**un thème communicationnel autobiographique favorise quantitativement la production d'actes de langage.**

Cette conclusion nous permet de confirmer notre première hypothèse.

3.1.2. Analyse quantitative de la communication selon le stade de démence

	Nombre moyen d'actes de langage produits sur le thème témoin	Nombre moyen d'actes de langage produits sur le thème autobiographique	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre les deux thèmes
Démences modérées	68 ($\sigma=36$)	356 ($\sigma=195$)	+423%
Démences sévères	59 ($\sigma=36$)	175 ($\sigma=110$)	+197%

Tableau 2 : Nombre moyen d'actes de langage produits selon le stade de démence et le thème de communication

3.1.2.1. Analyse descriptive

L'augmentation du nombre moyen d'actes de langage est plus importante pour les patients atteints de démences modérées que pour les patients atteints de démences sévères.

En effet, le pourcentage de variation du nombre d'actes de langage est deux fois plus important pour les patients atteints de démences au stade modéré que pour ceux atteints de démences au stade sévère. **Il semble donc que plus le stade de démence est sévère,**

moins l'adaptation du thème communicationnel favorise quantitativement la communication en entraînant la production de plus d'actes de langage.

3.1.2.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé pour échantillons appariés à chaque stade de démence afin d'effectuer la comparaison des résultats obtenus lors de chacun des deux thèmes. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0,05$.

Quel que soit le stade de démence, la p-value calculée par le WILCOXON est supérieure au seuil de significativité retenu :

- Démences modérées : p-value = 0.100 > 0.05
- Démences sévères : p-value = 0.100 > 0.05

Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative du nombre d'actes de langage produits dans chacun des deux thèmes par les patients quel que soit leur stade de démence. Nous pouvons interpréter ce résultat comme étant lié aux grandes différences interindividuelles, révélées par les écarts-types importants, ainsi qu'à la taille réduite de ces deux échantillons. (4 patients au stade modéré et 4 patients au stade sévère).

3.1.3. Analyse quantitative de la communication selon le sexe

	Nombre moyen d'actes de langage produits sur le thème témoin	Nombre moyen d'actes de langage produits sur le thème autobiographique	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre les deux thèmes
Femmes	61	296	+385%
Hommes	67	236	+252%

Tableau 3 : Nombre moyen d'actes de langage produits selon le sexe et le thème de communication

3.1.3.1. Analyse descriptive

Les résultats sont relativement proches quel que soit le sexe (seulement 6 actes de différence pour le thème témoin et 60 actes pour le thème autobiographique). On note que les femmes ont un pourcentage de variation entre les deux thèmes un peu plus important que celui des hommes.

Quel que soit le sexe, les patients ont produit en moyenne quantitativement plus d'actes de langage sur le thème sollicitant leur mémoire autobiographique que sur le thème témoin.

3.1.3.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé pour échantillons appariés afin d'effectuer la comparaison des résultats obtenus selon le sexe. Le seuil de significativité retenu est $\alpha = 0,05$.

Quel que soit le sexe, nous avons obtenu une p-value supérieure au seuil de significativité :

- Hommes : p-value = 0.125 > 0.05
- Femmes : p-value = 0.125 > 0.05

Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative du nombre d'actes de langage produits dans chacun des deux thèmes par les patients en fonction de leur sexe. Nous pouvons interpréter ce résultat comme étant lié aux grandes différences interindividuelles, ainsi qu'à la taille réduite de ces deux échantillons.

3.1.4. Analyse quantitative des types d'actes de langage verbaux utilisés par les patients

Grâce aux grilles de la GECCO, nous avons également pu observer les actes de langage préférentiellement utilisés par chacun des patients en fonction du thème communicationnel. Nous avons présenté cette répartition des différents actes utilisés sous forme de tableau.

Types d'actes	Nombre de questions		Nombre de réponses		Nombre de descriptions		Nombre d'affirmations		Nombre de mécanismes conversationnels		Nombre de performatives		Nombre d'actes divers	
	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T
Démences modérées														
PATIENTS	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T
Mme J	8	6	35	15	141	11	122	38	35	5	8	0	17	10
Mme S	1	2	12	8	45	2	43	12	4	2	2	0	0	0
Mme Q	9	1	41	5	82	16	307	63	53	15	15	0	0	0
Mr P	9	0	18	10	94	7	77	24	31	5	2	0	32	5
Moyennes	7	2	26	9	90	9	137	34	31	7	7	0	12	4
Démences sévères														
Mme K	0	0	13	12	18	1	4	5	3	1	0	0	1	0
Mr R	2	5	10	10	30	4	132	32	36	1	30	12	0	0
Mr S	0	0	12	22	100	55	58	6	20	11	5	0	2	0
Mr G	2	10	10	9	43	5	32	10	10	5	1	1	0	0
Moyennes	1	4	11	13	48	16	56	13	69	18	9	3	1	0

Tableau 4 : Répartition des actes de langage verbaux par patient et en fonction du thème de communication

3.1.4.1. Analyse descriptive

On observe que tous les patients présentant une démence au stade modéré n'ont produit aucun acte de type « Performative » au cours de l'entretien témoin. Tous les patients présentant une démence au stade sévère n'ont produit aucun acte de type « Divers » au cours de l'entretien témoin.

Si on calcule la différence entre le nombre d'actes de langage produits sur le thème autobiographique et sur le thème témoin, pour chaque type d'acte de langage et pour chaque patient, on peut alors connaître les types d'actes variant le plus entre les entretiens témoins et les entretiens autobiographiques.

Différences entre les nombres d'actes de langage : A-T	Questions	Réponses	Descriptions	Affirmations	Mécanismes conv.	Performatives	Actes divers
Démences modérées							
Mme J	2	20	130	84	30	8	7
Mme S	-1	4	43	31	2	2	0
Mme Q	8	36	66	244	38	15	0
Mr P	9	8	87	53	26	2	27
Démences sévères							
Mme K	0	1	17	-1	2	0	1
Mr R	-3	0	26	100	35	18	0
Mr S	0	-10	45	52	9	5	2
Mr G	-8	1	38	22	5	0	0

Tableau 5 : Variation quantitative des différents types d'actes de langage par patient en fonction du thème de communication

On observe que les deux types d'actes qui varient le plus quantitativement (en jaune) sont les « Descriptions » et les « Affirmations ». En effet, ces deux types d'actes représentent les actes de langage dont la variation est la plus significative entre les deux thèmes pour 7 patients sur 8.

En revanche, les deux types d'actes qui varient le moins quantitativement et sont donc les plus stables (en vert) diffèrent selon les patients. Pour 5 patients sur 8, les actes les plus stables sont les « Questions » et pour 6 patients sur 8, les « Actes divers ».

Le passage du thème témoin au thème autobiographique favorise majoritairement la production d'actes de type « Descriptifs » et « Affirmatifs », actes qui permettent notamment le partage d'expériences vécues ou d'anecdotes, ce qui laisse penser qu'un thème sollicitant la mémoire autobiographique permet au patient d'exprimer plus de souvenirs et d'expériences de vie.

3.1.4.2. Analyse inférentielle

L'analyse descriptive ayant mis en évidence le fait que les deux types d'actes « Descriptifs » et « Affirmatifs » sont ceux qui augmentent le plus d'un thème à l'autre, nous avons alors voulu vérifier la significativité de ces observations.

Nous avons donc appliqué le test de WILCOXON signé pour échantillons appariés à chacun de ces types d'actes en fonction du thème communicationnel (autobiographique et témoin). Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$. Voici les résultats obtenus pour chacun de ces deux types d'actes ainsi que leur interprétation.

- **Actes de type « Descriptifs » :**

La p-value calculée par le test de WILCOXON pour les actes descriptifs est égale à 0.014, soit une p-value < 0.05. **Nous pouvons alors conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage descriptifs produits dans chacun des deux thèmes.**

- **Actes de type « Affirmatifs » :**

La p-value calculée par le test de WILCOXON pour les actes affirmatifs est égale à 0.021, soit une p-value < 0.05. **Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre le nombre d'actes de langage affirmatifs produits dans chacun des deux thèmes.**

Les actes de type « Descriptifs » et « Affirmatifs » sont donc ceux qui augmentent le plus du thème témoin au thème autobiographique. Il est à noter que ces deux types

d'actes sont ceux qui permettent de transmettre des expériences vécues ou des anecdotes.

3.2. Analyse qualitative de la communication

3.2.1. Analyse qualitative des actes descriptifs et affirmatifs

Nous avons pu observer dans l'analyse quantitative que les actes descriptifs et les actes affirmatifs sont ceux qui ont la variation la plus importante d'un thème à l'autre. Grâce aux grilles de la GECCO nous pouvons analyser de manière qualitative le pourcentage d'adéquation de ces actes au cours des deux entretiens.

	Pourcentage d'adéquation des actes de langage descriptifs	
	Autobiographique	Témoin
	Démences modérées	
Mme J	75%	64%
Mme Q	73%	75%
Mme S	93%	100%
Mr P	85%	57%
Moyennes stade modéré	81%	74%
	Démences sévères	
Mme K	72%	100%
Mr R	63%	25%
Mr S	54%	16%
Mr G	84%	100%
Moyennes stade sévère	68%	60%
Moyennes globales	75% ($\sigma=0.16$)	67% ($\sigma=0.334$)

Tableau 6 : Pourcentage d'adéquation des actes descriptifs par patient et en fonction du thème

	Pourcentage d'adéquation des actes de langage affirmatifs	
	Autobiographique	Témoin
	Démences modérées	
Mme J	79%	68%
Mme Q	72%	78%
Mme S	91%	83%
Mr P	84%	71%
Moyennes stade modéré	81%	75%
	Démences sévères	
Mme K	100%	80%
Mr R	51%	44%
Mr S	59%	33%
Mr G	91%	90%
Moyennes stade sévère	75%	62%
Moyennes globales	78% ($\sigma=0.168$)	68% ($\sigma=0.199$)

Tableau 7 : Pourcentage d'adéquation des actes affirmatifs par patient et en fonction du thème

3.2.1.1. Analyse descriptive

On remarque que **quel que soit le stade de démence, le pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage descriptifs et affirmatifs est plus important pour l'entretien autobiographique que pour l'entretien témoin.**

On constate pour les actes descriptifs que certains patients ont un pourcentage d'adéquation plus élevé pour le thème témoin (100%) que pour le thème autobiographique. Cela peut s'expliquer par un nombre très faible d'actes descriptifs (1 ou 2) au cours de l'entretien témoin.

On remarque également que le pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage descriptifs et affirmatifs des patients présentant une démence modérée, est supérieur à celui des patients présentant une démence sévère quel que soit le thème de l'entretien.

3.2.1.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé à ces données. Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$. En voici les résultats :

- Variation du pourcentage d'adéquation des actes descriptifs selon le thème

La p-value calculée est de 0.483 et est donc supérieure au seuil de significativité retenu (0.05).

Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative entre les pourcentages d'adéquation des actes descriptifs en fonction du thème.

- Variation du pourcentage d'adéquation des actes affirmatifs selon le thème

La p-value calculée grâce au test est de 0.030. Elle est donc inférieure au seuil de significativité retenu (0.05).

Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre les pourcentages d'adéquation des actes affirmatifs selon le thème communicationnel.

Nous pouvons alors affirmer le fait que **quel que soit le stade de démence, le pourcentage d'adéquation des actes affirmatifs est plus important sur le thème autobiographique que sur le thème témoin.**

3.2.2. Analyse de la répartition des actes verbaux et non-verbaux dans la communication

	Nombre d'actes de langage verbaux		Pourcentage de variation	Nombre d'actes de langage non-verbaux		Pourcentage de variation
	Témoin	Autobio.		Témoin	Autobio.	
Démences modérées						
Mme J	85	366	+331%	2	75	+3650%
Mme S	26	107	+311%	1	6	+500%
Mme Q	100	507	+407%	8	62	+675%
Mr P	51	263	+416%	1	40	+3900%
Moyennes stade modéré	65	311	+366%	3	46	+2181%
Démences sévères						
Mme K	19	39	+105%	3	21	+600%
Mr R	64	240	+275%	8	54	+575%
Mr S	94	197	+110%	10	43	+330%
Mr G	40	98	+145%	0	8	Impossible
Moyennes stade sévère	54	143	+159%	5	31	+501%
Moyennes globales	60 ($\sigma=31$)	227 ($\sigma=154$)	+262%	4 ($\sigma=4$)	39 ($\sigma=25$)	+1461%

Tableau 8 : Nombre d'actes de langage verbaux et non-verbaux produits par patient en fonction du thème

3.2.2.1. Analyse descriptive du 1^{er} tableau

On remarque que tous les patients ont produit plus d'actes de langage verbaux et plus d'actes de langage non-verbaux pour le thème autobiographique que pour le thème témoin.

→ Le thème autobiographique semble donc favoriser la production d'actes de langage en général ce qui va dans le sens des précédentes observations.

On observe que quel que soit le type d'actes (verbaux ou non-verbaux), le pourcentage de variation du thème témoin au thème autobiographique est plus important pour les patients atteints de démences modérées que pour les patients atteints de démences sévères.

→ Le passage du thème témoin au thème autobiographique produit plus d'effet sur les pourcentages de variation des actes pour les patients au stade modéré que pour les patients au stade sévère, bien que ces pourcentages soient tout de même significatifs au stade sévère (+501% et +159%).

On note qu'en moyenne, quel que soit le stade de démence, le pourcentage de variation des actes verbaux entre le thème témoin et autobiographique est beaucoup plus faible que celui des non-verbaux.

→Le thème autobiographique favorise plus la production d'actes non-verbaux que celle d'actes verbaux. Ceci est d'autant plus le cas pour les patients atteints de démence au stade modéré que pour ceux atteints de démences sévères.

	Pourcentage d'actes verbaux	Pourcentage d'actes non-verbaux	Pourcentage d'actes verbaux	Pourcentage d'actes non-verbaux
	Thème témoin		Thème autobiographique	
Démences modérées				
Mme J	98%	2%	83%	17%
Mme S	96%	4%	95%	5%
Mme Q	93%	7%	89%	11%
Mr P	98%	2%	87%	13%
Moyennes stade modéré	96%	4%	88%	12%
Démences sévères				
Mme K	86%	14%	65%	35%
Mr R	89%	11%	82%	18%
Mr S	90%	10%	82%	18%
Mr G	100%	0%	92%	8%
Moyennes stade sévère	91%	9%	80%	20%
Moyennes globales	94%	6%	84%	16%

Tableau 9 : Pourcentage des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication par patient et en fonction du thème

3.2.2.2. Analyse descriptive du 2nd tableau

→On observe que le pourcentage d'actes verbaux est beaucoup plus important que le pourcentage d'actes non-verbaux quel que soit le stade de démence et le thème de l'entretien.

Cependant, notre analyse du non-verbal s'est limitée à la cotation proposée par la GECCO dans laquelle de nombreux éléments non-verbaux ne sont pas pris en considération, comme les mimiques et l'intonation. Cette conclusion est donc à relativiser car selon la littérature, les patients déments ont tendance à avoir plus recours à la communication non-verbale que les personnes non démentes.

On constate qu'au stade sévère, la part d'actes non-verbaux est plus importante qu'au stade modéré quel que soit le thème.

→ **Lorsque le stade de démence s'accroît, les patients semblent plus utiliser les actes non-verbaux que les actes verbaux.**

On remarque que quel que soit le stade de démence, la part d'actes non-verbaux produits est plus importante pour le thème autobiographique que pour le thème témoin.

→ **Le thème autobiographique augmente la part d'actes non-verbaux quel que soit le stade de démence. Cela est encore plus vrai pour les démences modérées. Cette conclusion rejoint donc nos observations précédentes.**

3.2.2.3. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test WILCOXON signé à ces données. Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$. Voici les résultats obtenus :

- **Variation du nombre d'actes de langage verbaux selon le thème communicationnel :**

La p-value calculée grâce au test est de 0.014. Elle est donc inférieure au seuil de significativité retenu (0.05).

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

La p-value calculée grâce au test est de 0.014. La p-value est donc inférieure au seuil de significativité retenu (0.05).

Nous pouvons donc conclure qu'il existe une différence significative entre le nombre d'actes de langage verbaux produits selon le thème communicationnel ainsi qu'entre le nombre d'actes non-verbaux produits selon le thème communicationnel.

Le thème autobiographique semble donc bien favoriser la production d'actes de langage, qu'ils soient verbaux ou non-verbaux, par rapport au thème témoin.

- **Variation du nombre d'actes verbaux et non-verbaux selon le thème communicationnel :**

La p-value calculée grâce au test est de 0. Elle est donc inférieure au seuil de significativité retenu (0.05).

Ce résultat nous permet de renforcer les conclusions précédentes et d'affirmer qu'un thème communicationnel autobiographique favorise la production d'actes de langage verbaux et non-verbaux.

- **Variation du nombre d'actes de langage verbaux et non-verbaux selon le thème communicationnel et le stade de démence :**

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé à ces données. Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$.

- **Patients atteints de démences modérées**
 - **Variation du nombre d'actes de langage verbaux selon le thème communicationnel**

La p-value calculée grâce au test est de 0.100. Soit une p-value supérieure au seuil de significativité retenu.

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

La p-value calculée grâce au test est de 0.100. Elle est également supérieure au seuil de significativité retenu.

- **Patients atteints de démences sévères**
 - **Variation du nombre d'actes de langage verbaux selon le thème communicationnel**

La p-value calculée grâce au test est de 0.100. Soit une p-value supérieure au seuil de significativité retenu.

- **Variation du nombre d'actes de langage non-verbaux selon le thème communicationnel**

La p-value calculée grâce au test est de 0.100. Soit une p-value supérieure au seuil de significativité retenu.

Nous ne pouvons donc pas conclure à des différences significatives entre le nombre d'actes de langage non-verbaux produits pour chaque thème communicationnel ainsi qu'entre le nombre d'actes de langage verbaux produits pour chaque thème communicationnel quel que soit le stade de démence (modéré ou sévère).

Nous pouvons attribuer cette conclusion aux différences interindividuelles traduites par d'importants écarts-types ainsi qu'à la taille réduite de nos échantillons (4 patients atteints de démence modérée et 4 atteints de démence sévère).

- **Nombre d'actes de langage non-verbaux en fonction du stade de la démence :**

Thierry Rousseau en 2011 affirmait que le nombre d'actes de langage non-verbaux produits par les patients augmente en même temps que la progression du stade démentiel. Notre précédente analyse descriptive a également mis en avant cette affirmation.

Nous avons appliqué à ces données le test non-paramétrique pour groupe indépendant, U de Mann-Whitney. Le seuil de significativité retenu est de $\alpha=0.05$.

Quel que soit le thème communicationnel, la p-value calculée grâce au test de Mann-Whitney est supérieure au seuil de significativité retenu ($\alpha=0.05$).

- Pour le thème autobiographique nous avons : p-value = 0.665 > 0.05
- Pour le thème témoin, nous avons : p-value = 0.559 > 0.05

Nous ne pouvons donc pas affirmer dans notre étude le fait que les patients atteints de démences sévères ont produit significativement plus d'actes de langage non-verbaux que les patients atteints de démences modérées. Ces résultats peuvent à nouveau être liés à la taille réduite de nos échantillons ainsi qu'à de forts écarts-types traduisant de grandes variabilités interindividuelles.

3.2.3. Analyse qualitative de la communication selon le thème de communication

L'outil GECCO nous a permis d'obtenir pour chaque patient et pour chaque thème de communication le nombre d'actes de langage (qu'ils soient verbaux ou non verbaux) adéquats. En comparant le taux d'adéquation selon le thème de communication pour chaque patient, nous pouvons analyser qualitativement leur communication. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

Patients	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème autobiographique	Pourcentage d'adéquation des actes de langage sur le thème témoin	Différence du taux d'adéquation des actes de langage entre les deux thèmes (Autobiographique – Témoin)
----------	---	---	--

Démences modérées

Mme J	86	78	+8%
Mme S	94	93	+1%
Mme Q	80	82	-2%
Mr P	89	81	+8%

Démences sévères

Mme K	88	86	+2%
Mr R	70	57	+13%
Mr S	70	41	+29%
Mr G	90	90	0
Moyennes	83 ($\sigma=9$)	76 ($\sigma=18$)	+7%

Tableau 10 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits par patient selon le thème de communication

3.2.1.1. Analyse descriptive

Ces résultats nous permettent d'affirmer que **les patients ont été en moyenne plus adéquats sur le thème sollicitant la mémoire autobiographique que sur le thème témoin.** (+7% d'adéquation du thème témoin au thème autobiographique).

Pour 6 patients sur 8, le pourcentage d'adéquation est supérieur pour le thème sollicitant la mémoire autobiographique que pour le thème témoin.

Pour un patient sur 8, le taux d'adéquation est similaire pour les deux thèmes de communication.

Enfin pour une patiente sur 8, le pourcentage d'adéquation est inférieur pour le thème autobiographique que pour le thème témoin (-2%). Mais il faut tenir compte à la fois de la variation considérable qu'il y avait pour cette patiente entre le nombre d'actes de langage

produits sur le thème autobiographique et sur le thème témoin (+427%) ainsi que de ce faible pourcentage de différence pour le taux d'adéquation (-2%). Ce résultat ne signifie donc pas forcément que cette patiente a été plus adéquate sur le thème témoin que sur le thème autobiographique.

3.2.1.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé à ces données. Le seuil de significativité retenu est de $\alpha=0.05$.

La p-value calculée grâce au test de WILCOXON est égale à 0.062. Soit une p-value supérieure au seuil de significativité retenu ($\alpha=0.05$). Nous ne pouvons donc pas affirmer de manière significative pour notre étude que le thème communicationnel autobiographique favorise le pourcentage d'actes adéquats produits par les patients. Cela peut s'expliquer par la taille réduite de nos échantillons (8 patients en tout).

Cependant, la p-value de 0.062 est proche du seuil de significativité retenu. Nous avons donc moins de 6.2% de risque d'erreur en affirmant cette hypothèse.

Ce résultat ne nous permet pas de confirmer notre seconde hypothèse d'un point de vue statistique.

3.2.2. Analyse qualitative de la communication en fonction du stade de démence

	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage produits sur le thème autobiographique	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage produits sur le thème témoin	Différence du taux d'adéquation entre les deux thèmes (Autobiographique – Témoin)
Démences modérées	87 ($\sigma=6$)	83 ($\sigma=7$)	+4%
Démences sévères	79 ($\sigma=11$)	68 ($\sigma=23$)	+11%

Tableau 11 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits en fonction du stade de démence et du thème de communication

3.2.2.1. Analyse descriptive

Les résultats révèlent que quel que soit le stade de démence, les patients sont en moyenne plus adéquats sur le thème autobiographique que sur le thème témoin.

On note quand même un pourcentage d'adéquation plus important pour les deux thèmes de communication chez les patients atteints de démences modérées que pour les patients atteints de démences sévères.

On observe que pour les patients atteints de démence sévère, la différence du taux d'adéquation entre les deux thèmes est plus importante que celle des patients atteints de démence modérée. (+11% pour les démences sévères contre +4% pour les démences modérées). Cela signifie qu'un thème de communication sollicitant la mémoire autobiographique entraîne plus d'actes de langage adéquats par rapport à un thème témoin pour les patients atteints de démences sévères que pour les patients atteints de démences modérées.

Un thème de communication sollicitant la mémoire autobiographique semble donc entraîner plus d'adéquation dans la communication pour les stades démentiels sévères que pour les stades modérés.

3.2.2.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé à ces résultats. Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$.

La p-value calculée grâce au test est supérieure au seuil de significativité retenu (p-value=0.294 >0.05).

Nous ne pouvons donc pas conclure à une différence significative pour notre étude entre le pourcentage d'adéquation des actes de langage produits par les patients selon le stade d'évolution de la démence. Cela est probablement lié à la taille réduite de nos échantillons (4 patients dans chacun des stades démentiels).

3.2.3. Analyse qualitative de la communication en fonction du sexe

	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage produits sur le thème autobiographique	Pourcentage moyen d'adéquation des actes de langage produits sur le thème témoin	Différence du taux d'adéquation entre les deux thèmes (Autobiographique – Témoin)
Femmes	85	87	+2%
Hommes	67	80	+13%

Tableau 12 : Pourcentage d'actes de langage adéquats produits selon le sexe et selon le thème de communication

3.2.3.1. Analyse descriptive

On remarque que quel que soit le sexe des patients, le pourcentage d'adéquation est plus important sur un thème communicationnel sollicitant la mémoire autobiographique que sur un thème témoin.

Ces résultats révèlent que les femmes ont été en moyenne plus adéquates que les hommes sur les deux thèmes de communication.

La différence du taux d'adéquation entre les deux thèmes est plus importante pour les hommes que pour les femmes (+2% pour les femmes contre +13% pour les hommes). Cela révèle qu'un thème communicationnel sollicitant la mémoire autobiographique semble améliorer l'adéquation de la communication de manière plus importante pour les hommes que pour les femmes.

3.2.3.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON signé à ces données. Le seuil de significativité retenu est de $\alpha=0.05$.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

- **Pourcentage d'adéquation selon le sexe :**

La p-value calculée grâce au test est de : $0.293 > 0.05$.

Nous ne pouvons donc pas conclure de manière significative à une incidence du sexe sur l'adéquation des actes de langage des patients atteints de DTA quel que soit le thème.

- **Variation de l'adéquation du thème témoin au thème autobiographique selon le sexe :**

Quel que soit le sexe, la p-value obtenue est supérieure au seuil de significativité retenu 0.05.

- Femmes : p-value = 0.461 > 0.05
- Hommes : p-value = 0.181 > 0.05

Nous ne pouvons donc pas affirmer significativement que le passage du thème témoin au thème autobiographique favorise l'adéquation des actes de langage de manière plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Nous pouvons interpréter ces résultats comme étant liés aux grandes différences interindividuelles, ainsi qu'à la taille réduite de ces deux échantillons.

3.3. Analyses qualitative et quantitative de l'évocation de souvenirs et de la réminiscence

La transcription des vidéos effectuées lors de l'expérimentation nous a permis de qualifier et de quantifier l'évocation de souvenirs ainsi que l'activité de réminiscence pour chaque patient et pour chaque thème.

3.3.1. Analyse qualitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence

3.3.1.1. Souvenirs évoqués par les patients pour chaque thème de communication

3.3.1.1.1. Mme J

- **Entretien témoin**

Mme J n'évoque aucun souvenir au cours de cet entretien.

- **Entretien autobiographique sur le thème de la couture**

(185 actes de langage verbaux et 35 actes de langage non verbaux inclus dans un partage de souvenirs.)

Mme J parle de son exercice professionnel de couturière. Elle raconte l'obtention de son diplôme, sa relation avec sa patronne et le travail qu'elle exigeait d'elle. Mme J évoque également la guerre et comment elle s'organisait pour confectionner des vêtements malgré

le manque de tissu disponible pendant cette période. « *Nous on lavait les manteaux de garçons, et puis après, on faisait un petit dans le grand comme si c'était un neuf. Mais c'était pas du tissu neuf ! Parce que y en avait pas, les magasins étaient vides ! J'ai vécu moi.* » Elle évoque à trois reprises une anecdote vécue avec des amies à elle l'ayant complimentée sur son style vestimentaire.

3.3.1.1.2. Mme S

- **Entretien témoin**

Mme S évoquera seulement un souvenir lors de cet entretien. Elle dit que son mari a vécu en Irlande pendant plusieurs années.

- **Entretien autobiographique sur le thème de son père**

(83 actes de langage verbaux et 6 actes non verbaux en lien avec des souvenirs que Mme S nous a fait partager.)

Mme S parle de sa jeunesse, de ses vacances dans le Loir et Cher et de ses amies. Elle raconte les activités qu'elles ont pu faire ensemble. « *Je peux dire que dans ce village-là, c'était un village, j'ai passé du bon temps. Et puis y avait une route à descendre et au bout de la côte y avait une rue à traverser et y avait la Loire qui passait. Alors on était toute une équipe à aller se baigner bien que la Loire elle est dangereuse mais enfin! On y allait toutes quand même ! Fin moi j'savais nager mais y en avait qui savaient pas nager. Et on a passé du bon temps, c'était vraiment le ... Quelque chose de formidable.* »

Mme S parle également du lien qui existait entre elle et son père. « *Et mon père était tellement gentil, quand on partait le dimanche au cinéma, ou ... Ma mère elle nous donnait des sous, et pi il venait juste avant qu'on parte, il m'dit « Elle vous a donné des sous ? » (chuchote, l'imité) « Oui tiens regarde elle m'a donné ça ! » (fait semblant de sortir les sous de sa poche) ben il m'en redonnait autant !* » Elle partage également un souvenir d'une après-midi de chasse au cours de laquelle elle s'est perdue et a été retrouvée par son chien.

3.3.1.1.3. Mme Q

- **Entretien témoin**

(27 actes de langage verbaux et 2 non verbaux en lien avec ses souvenirs).

Les évocations de souvenirs de Mme Q ne correspondent pas à des événements s'étant réellement passés. Mme Q considère la reine d'Angleterre présentée sur la photo comme

une amie à elle. « *Elle me connaissait aussi ! Alors quelques fois qu'elle était bien contente de me demander beaucoup de choses !* »

En revanche elle évoquera quelques souvenirs en rapport avec son papa bien que celui-ci ne fasse pas partie du thème de l'entretien.

- **Entretien autobiographique**

(114 actes de langage verbaux et 14 actes non verbaux en lien avec une évocation de souvenirs)

Mme Q parle beaucoup de son père, et de l'entreprise qu'il dirigeait. Elle évoque également son travail au sein de cette entreprise familiale. Mme Q évoque aussi ses souvenirs d'enfance et parle à plusieurs reprises de sa sœur. «*Et ben vous voyez ben si je me souviens encore de ça! Mais moi je l'ai vécu hein, je l'ai vécu. Pour aider papa déjà parce qu'il était directeur hein... alors bien sûr il fallait que j'aide quand même papa. Et puis nous, les gamines qu'on était plutôt embistrouillantes qu'autre chose quand on a grandi, on l'embêtait peut-être aussi il était peut-être quand même content de nous avoir aussi ! Voilà* »

3.3.1.1.4. Mme K

- **Entretien témoin**

Mme K n'évoque aucun souvenir au cours de l'entretien.

- **Entretien autobiographique**

Mme K n'évoque à nouveau aucun souvenir.

3.3.1.1.5. Mr S

- **Entretien témoin**

(13 actes de langage verbaux et 2 non verbaux en lien avec une évocation de souvenirs).

Parmi les 13 actes verbaux, la plupart sont des actes inadéquats et plus particulièrement des absences de cohésion lexicale. Mr S a beaucoup de difficultés à partager ce souvenir. Il évoque apparemment un voyage avec ses amis.

« *J'suis allé sur euh ... Au nord de ... un français ... et on et on est allés avec mes copains euh.. on a monté (mime)... c'était (réfléchi) le... j'sais plus comment elle s'a elle se... y avait le ... je je ...* »

- **Entretien autobiographique**

(155 actes de langage verbaux et 36 non verbaux évoquant des souvenirs)

Mr S parle beaucoup de son passé en tant que formateur d'ouvriers soudeurs. Il évoque également son rapport avec son supérieur. « *Alors le gars, le responsable de ... du... il venait voir... pas choqué hein, il venait voir ce que je faisais tout ça, et puis il était vachement bien. Et puis... moi j'avais formé déjà tous les jeunes. »*

Mr S raconte également comment il a fait venir dans son village un footballeur professionnel. « *Moi je l'avais vu et puis on en a discuté. Il m'a donné carte blanche, mais ... mais je sais plus qu'est-ce qu'il s'est passé mais il est venu à Bar. Et il m'a dit qu'il pouvait pas venir parce que il était... c'était un des meilleurs footballeurs. Pas de Bar ! de France ! »*

3.3.1.1.6. Mr P

- **Entretien témoin**

Mr P n'évoquera aucun souvenir au cours de cet entretien.

- **Entretien autobiographique**

(184 actes de langage verbaux et 33 actes non verbaux impliqués dans un partage de souvenirs)

Mr P évoque de nombreux souvenirs en lien avec son ancienne profession de chef de gare. Il parle à la fois du fonctionnement de la gare : « *La gare de Thionville ça j'y ai travaillé hein. La SOLAC à l'époque, la SOLAC elle déversait la plupart de ses affaires. Et puis par exemple à Audun-le-Roman on avait la constance, on allait dans les trains, les trains du dimanche. Les trains du dimanche, y en a en principe 15, qui se dédoublent à Audun le Roman. Les machines électriques et les trains, les wagons chargés revenaient de Longuyon ou du cargo des , ils arrivent à Audun le Roman, ils arrivent avec une, et à Audun le Roman, on doit attendre deux rames, qui allaient dans parisienne et c'est deux fois 14 tonnes, 16 tonnes. »*, mais il nous fait également partager des anecdotes qui lui sont arrivées : « *par exemple on allait travailler de huit heures à midi et on repartait l'après-midi, la casquette elle était un peu sale (fait comme s'il la posait sur la table) « Bon Georgette, tu me donnes une neuve ! »*

A la fin de l'entretien, Mr P semble très ému, et demande à arrêter l'entretien.

3.3.1.1.7. Mr R

- **Entretien témoin**

Mr R n'évoque aucun souvenir en lien avec ce support.

- **Entretien autobiographique**

Mr R a une importante désorientation temporo spatiale. Il énonce beaucoup d'affirmations de règles sur le domaine militaire mais celles-ci ne semblent pas constituer des souvenirs personnels. « *Là-dedans, y avait des grigris* » (en désignant les chaussures), « *Quand on est scout, vous respectez ce qu'on vous demande. Terminé.* »

Nous ne retenons donc aucun partage de souvenirs au cours de cet entretien.

3.3.1.1.8. Mr G

- **Entretien témoin**

Mr G n'évoque aucun souvenir au cours de cet entretien.

- **Entretien autobiographique**

(35 actes de langage verbaux et 3 non verbaux impliqués dans un partage de souvenirs)

Mr G regarde longuement la photo et évoque à plusieurs reprises le fait que lui et ses camarades étaient des amis au cours de leur service militaire. On note beaucoup d'absences de progression rhématique, Mr G se répète beaucoup.

« *Regardez tout ce qu'on a fait ! Et puis y en a pas un qui est mort hein !* » « *Oui ben c'était des copains à nous hein, on était toujours tous ensemble hein* »

3.3.1.2. Analyse qualitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de rémémoration en lien avec le thème de communication

Le thème autobiographique a entraîné majoritairement un partage plus important de souvenirs de la part des patients que le thème témoin.

On remarque également que les souvenirs évoqués au cours des entretiens autobiographiques sont beaucoup plus développés, détaillés que ceux évoqués lors des entretiens témoins.

3 patients sur 8 ont évoqué des souvenirs au cours de l'entretien témoin. Cependant, on observe que qualitativement, les actes de langage impliqués dans cette évocation sont pour

la plupart inadéquats et sans lien avec le thème présenté. (Ce que les grilles de la GECCO ne prennent pas en considération).

Nous relèverons dans les entretiens autobiographiques des actes de langage de plusieurs patients témoignant de leur intérêt pour cet échange, que l'on ne retrouvera pas pour ces personnes dans les entretiens témoins.

Mme S : « C'était le bon temps ça ! C'est des vacances inoubliables ! »

Mr P : Après 25 minutes à partager des souvenirs (184 actes de langage verbaux) sur sa vie et sa profession au sein de la gare, Mr P est ému et demande les larmes aux yeux d'arrêter l'entretien.

Mr Q : « ça livre ma jeunesse ! »

Mme J : « ah ça m'a fait du bien de vous parler de ma vie ! »

3.3.2. Analyse quantitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence selon le thème communicationnel

Le tableau ci-dessous permet de rendre compte des précédents résultats d'un point de vue quantitatif.

Patients	Nombre d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs au cours de l'entretien autobiographique	Nombre d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs au cours de l'entretien témoin
Démences modérées		
Mme J	185 Verbaux 35 Non-verbaux	0
Mme S	83 Verbaux 6 Non-verbaux	1 Verbal
Mme Q	114 Verbaux 14 Non-verbaux	27 Verbaux 2 Non-verbaux
Mr P	184 Verbaux 33 Non-verbaux	0
Moyennes	141 Verbaux 22 Non-verbaux	7 Verbaux 0 Non-verbaux
Démences sévères		
Mme K	0	0
Mr R	0	0
Mr S	155 Verbaux 36 Non-verbaux	13 Verbaux 2 Non-verbaux
Mr G	35 Verbaux 3 Non-verbaux	0
Moyennes	95 Verbaux 10 Non-verbaux	3 Verbaux 0 Non-verbaux
Moyennes globales	94.5 ($\sigma=77$)	5 ($\sigma=10$)

Tableau 13 : Nombre d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs pour chaque patient en fonction du thème de communication

3.3.2.1. Analyse descriptive

On observe que 2 patients sur 8 n'ont évoqué aucun souvenir, quel que soit le thème de la communication.

Tous les autres patients (6 sur 8) ont évoqué plus de souvenirs lors de l'entretien portant sur un thème autobiographique que lors de celui portant sur le thème témoin. Il est à noter que sur ces 6 patients ayant évoqué des souvenirs au cours des entretiens, 3 d'entre eux n'en ont évoqué qu'au cours de l'entretien portant sur le thème autobiographique.

Le thème autobiographique a entraîné un partage de souvenirs et une activité de réminiscence beaucoup plus importante que le thème témoin.

De plus, notre précédente analyse qualitative révélait une grande inadéquation dans les actes de langage impliqués dans l'évocation de souvenirs autour du thème témoin.

3.3.2.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test WILCOXON signé à ces résultats. Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$.

La p-value calculée grâce au test est de 0.036. Elle est donc inférieure au seuil de significativité (0.05). Nous pouvons donc conclure à une différence significative entre le nombre de partage de souvenirs obtenu au cours du thème témoin et celui obtenu au cours du thème autobiographique.

Nous pouvons alors affirmer que les patients ont produit plus d'actes de langage inclus dans un partage de souvenirs lors de l'entretien sollicitant la mémoire autobiographique que lors de celui ne la sollicitant pas.

Un thème de communication sollicitant la mémoire autobiographique favorise donc le partage de souvenirs et l'activité de réminiscence par rapport à un thème communicationnel ne la sollicitant pas.

Ce résultat nous permet de confirmer notre troisième hypothèse.

3.3.3. Analyse quantitative de l'évocation de souvenirs et de l'activité de réminiscence en fonction du stade de démence

	Moyenne du nombre d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs au cours de l'entretien autobiographique	Moyenne du nombre d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs au cours de l'entretien témoin
Démences modérées ($\sigma=80$)	141 Verbaux 22 Non-verbaux	7 Verbaux 0 Non-verbaux
Démences sévères ($\sigma=54$)	95 Verbaux 10 Non-verbaux	3 Verbaux 0 Non-verbaux

Tableau 14 : Nombre moyen d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs selon le stade démentiel

3.3.1.1. Analyse descriptive

On remarque que les patients atteints de démences au stade modéré ont produit plus d'actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs et une activité de réminiscence que les patients au stade sévère.

Cela semble révéler que moins le stade démentiel est sévère, plus le partage de souvenirs et l'activité de réminiscence sont importants.

3.3.1.2. Analyse inférentielle

Nous avons appliqué le test de WILCOXON à ces résultats. Le seuil de significativité retenu est $\alpha=0.05$.

La p-value calculée est supérieure au seuil de significativité (p-value = 0.142).

Nous ne pouvons donc pas affirmer de manière significative le lien entre un stade démentiel important et un partage de souvenirs réduit.

5. Discussion

5.1. Revue des résultats et validation des hypothèses

- Notre première hypothèse était la suivante :

Lors d'un entretien individuel, un thème de communication stimulant la mémoire autobiographique renforce l'appétence communicationnelle et la volonté de partager des souvenirs du patient atteint de DTA (quel que soit le stade d'évolution de sa maladie et son sexe), cela se manifestant par la production de plus d'actes de langage que lorsque le thème de discussion ne stimule pas cette mémoire.

Les résultats obtenus indiquent qu'en moyenne, les patients ont produit 301% d'actes de langage de plus lors de l'entretien portant sur un thème communicationnel autobiographique, individualisé, que lors de l'entretien témoin. L'augmentation du nombre d'actes de langage produits du thème témoin au thème autobiographique se retrouve aussi bien pour les actes de langage verbaux, (+262%), que pour les actes non-verbaux (+1461%). L'analyse statistique effectuée grâce au test WILCOXON signé pour échantillons appariés valide statistiquement les résultats ($p\text{-value} = 0.014 < 0.05$).

Il est à noter que l'augmentation du nombre d'actes de langage du thème témoin au thème autobiographique est observée pour chaque patient, quel que soit le stade d'évolution de la démence et le sexe.

Ces résultats indiquent donc qu'un thème de communication autobiographique, propre à chaque patient, favorise de manière quantitative la communication des patients atteints de DTA par rapport à un thème communicationnel témoin, ne portant pas directement sur l'identité du patient.

A partir de ces résultats, notre première hypothèse peut donc être validée.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature exposées dans la partie théorique. Une étude de GOBE, GRIMAUD, MARTIN et ROUSSEAU en 2003 avait mis en évidence qu'un thème communicationnel plus investi affectivement améliorait les performances communicationnelles de ces patients.

Les résultats ont également été analysés en fonction du stade d'évolution de la démence. Par cette analyse, nous avons mis en évidence le fait que le pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits du thème autobiographique au thème témoin est de +423% pour les patients au stade modéré et de +197% pour les patients au stade sévère.

Nous pouvons donc penser que moins le stade de démence est sévère, plus l'adaptation du thème communicationnel (autobiographique) est efficace d'un point de vue quantitatif.

Malgré ces pourcentages probants, l'analyse statistique n'a pas confirmé ces résultats de manière significative, avec une p-value supérieure au seuil de significativité (p-value = 0.100 >0.05).

Nous avons analysé ces résultats selon le sexe des patients. Nous avons pu observer que le nombre d'actes de langage produit par les femmes et celui produit par les hommes sont très proches (363 pour les femmes et 303 pour les hommes). Quel que soit le sexe du patient atteint de DTA, le pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre le thème autobiographique et le thème témoin a été important : +385% pour les femmes et +252% pour les hommes. Le passage du thème témoin au thème autobiographique a toutefois eu une influence un peu plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Ce résultat est également retrouvé dans une étude de ROUSSEAU de 2011 selon laquelle les femmes auraient des capacités de communication légèrement supérieures à celles des hommes.

- Notre seconde hypothèse était la suivante :

Lors d'un entretien individuel, un thème de communication stimulant la mémoire autobiographique atténue les difficultés communicationnelles du patient atteint de DTA (quel que soit le stade d'évolution de sa maladie et son sexe), cela se manifestant par la production d'un plus grand nombre d'actes de langage adéquats que lorsque le thème de discussion ne sollicite pas cette mémoire.

Nous pouvons observer qu'en moyenne, nos patients ont été plus adéquats au cours du thème autobiographique qu'au cours du thème témoin, avec un taux d'adéquation de +7% d'un thème à l'autre.

Parmi nos 8 patients, seule une patiente obtient une différence du taux d'adéquation entre les deux thèmes de -2%. Ce résultat peut être expliqué par l'importance du nombre d'actes de langage produits par cette patiente au cours du thème autobiographique. (+427% d'actes de langage de plus sur le thème autobiographique que sur le thème témoin).

Pour un de nos patients, l'adéquation n'a pas varié selon le thème communicationnel.

Si notre analyse descriptive nous permet de confirmer notre seconde hypothèse, ce n'est pas le cas de l'analyse statistique grâce à laquelle nous obtenons une p-value de 0.062 (supérieure à 0.05). Le risque de faire erreur en affirmant cette hypothèse est donc de 6,2%. Cependant, ce résultat statistique est tout de même intéressant, car il se rapproche du seuil de significativité (5%), et il faut tenir compte de la grande variabilité interindividuelle traduite par d'importants écarts types ($\sigma=9$ et $\sigma=18$) ainsi que de la taille très réduite de notre échantillon de population (8 patients).

Notre seconde hypothèse ne peut donc pas être validée d'un point de vue statistique.

Nous avons effectué une analyse de nos résultats en fonction du stade d'évolution de la démence. Nous avons pu observer que l'impact du changement de thème communicationnel sur le pourcentage d'adéquation a été plus important pour les patients atteints de démence au stade sévère que pour ceux atteints de démence au stade modéré. (+11% contre +4%). Cela nous amène à penser qu'un thème communicationnel adapté à chaque patient (autobiographique) est encore plus efficace en termes d'adéquation lorsque le stade de la démence est le plus avancé. Cette observation nous semble importante en termes d'intervention orthophonique, car cela prouve que même à un stade sévère de la maladie, une adaptation de la communication peut s'avérer efficace. Cependant nos résultats n'ont pas été confirmés statistiquement (p-value = 0.294 > 0.05).

Enfin, l'analyse de ces résultats en fonction du sexe a mis en évidence une variation de l'adéquation plus importante pour les hommes que pour les femmes (+2% pour les femmes contre +13% pour les hommes). Il semble donc qu'une adaptation du thème communicationnel soit plus bénéfique pour les hommes que pour les femmes. Cependant, ces résultats n'ont pas été confirmés statistiquement.

L'influence du thème communicationnel sur l'adéquation de la communication n'a pas été affirmée dans la littérature. Aucune étude n'y a été consacrée. Bien que les statistiques ne nous permettent pas de conclure à un résultat significatif, l'analyse qualitative de notre expérimentation laisse penser que l'adaptation de la communication est pertinente et efficace quel que soit le stade de la démence.

- Notre dernière hypothèse était la suivante :

Lors d'un entretien individuel, la communication autour d'un thème sollicitant la mémoire autobiographique favorise l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs chez les patients atteints de DTA.

Nous avons adapté le thème communicationnel à chacun de nos patients, en nous appuyant sur un recueil de données (questionnaire autobiographique) rempli grâce aux aidants les plus proches des patients.

Notre analyse quantitative du partage de souvenirs et de l'activité de réminiscence a révélé un partage plus important de souvenirs au cours du thème autobiographique qu'au cours du thème témoin. (En moyenne, 94,5 actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs lors de l'entretien autobiographique contre 5 actes de langage lors de l'entretien témoin).

Cette observation quantitative est vraie pour tous les patients. Il est à noter que deux patients sur 8 n'ont évoqué aucun souvenir, quel que soit le thème de communication.

L'analyse de ces résultats selon le stade d'évolution de la démence révèle que le partage de souvenirs a été plus important pour les patients au stade modéré que pour ceux au stade sévère (141 actes de langage impliqués dans un partage de souvenirs au stade modéré contre 95 au stade sévère). Ce résultat va dans le sens des précédentes observations : les patients au stade sévère ont produit moins d'actes de langage au cours des entretiens que les patients au stade modéré. Toutefois, on a pu observer chez eux la même amélioration de la communication, qu'elle soit quantitative ou qualitative.

Ces chiffres témoignent de l'influence du thème de communication dans les activités de réminiscence et de partage de souvenirs. Ces résultats ont été confirmés statistiquement par le test WILCOXON, avec une p-value de 0.036 inférieure au seuil de significativité de 0.05.

Nous pouvons donc valider notre troisième hypothèse.

De plus, nous avons observé que les types d'actes de langage verbaux augmentant le plus d'un thème à l'autre sont les actes de type « Descriptifs » et « Affirmatifs ». Ces deux types d'actes sont ceux qui permettent de transmettre des expériences personnelles et des souvenirs. Cela a été confirmé statistiquement et corrobore donc nos résultats.

Notre hypothèse générale était la suivante : Au cours d'un entretien individuel, un thème communicationnel stimulant la mémoire autobiographique favorise la communication du patient atteint de DTA.

Au vu des précédentes conclusions, **cette hypothèse générale peut être validée.** L'adaptation individualisée du thème communicationnel permet une meilleure communication que ce soit au niveau quantitatif, ce qui se manifeste par la production de plus d'actes de langage, qu'au niveau qualitatif, ce qui se traduit par un taux d'adéquation plus important et au niveau du partage de souvenirs qui se trouve également plus important.

5.2. Limites

5.2.1. Liées à la population

Les premières limites de notre étude se situent au niveau de notre population expérimentale. Il n'a pas été toujours simple d'aborder les aidants de ces patients afin de leur présenter le projet. Certains étaient si affectés par la pathologie de leur proche, qu'en parler avec une personne extérieure et participer à un projet de recherche n'était pas envisageable pour eux. De plus, les supports constitués devaient porter sur la vie des patients, leur jeunesse, leur profession... ce qui correspondait toujours à une période révolue de leur vie, un moment où ils étaient encore « bien ». La constitution des supports avec les aidants a parfois été très chargée émotionnellement.

Notre échantillon de population était de taille réduite : 8 patients. Cela a limité les conclusions, notamment au niveau de l'analyse statistique, beaucoup moins sensible à ce faible échantillon.

Les patients ont participé au projet d'étude quel que soit le stade de l'évolution de leur démence, et parmi nos huit patients, il n'y avait aucun stade démentiel léger. Cela constitue également une limite, car nous ne pouvons donc pas totalement conclure sur cet impact du stade d'évolution sur la communication. Or nous pourrions supposer, au vu des résultats encourageants et démontrant des possibilités communicationnelles intéressantes au stade modéré, que le stade léger se verrait encore plus influencé.

Enfin, l'immense variabilité interindividuelle largement évoquée dans la littérature est belle et bien observée et soulignée par d'importants écarts types fournis par les tests statistiques.

5.2.2. Liées à l'outil GECCO

L'utilisation des grilles de la GECCO constitue également une limite importante de notre étude. En effet, la GECCO manque parfois de catégories pour classer certains actes de langage. Les épisodes de désorientation spatio temporelle sont assez nombreux chez les patients atteints de DTA et ne sont pas cotés en tant que tels dans la GECCO. Ainsi, certains actes de langage sont cotés comme étant adéquats alors que dans la conversation, la communication des patients n'est pas efficace à ce moment-là. Cela peut donc fausser le total d'actes au niveau de leur adéquation.

De plus, les limites entre différents types d'actes sont parfois assez fines, et l'attribution de la terminologie est alors discutable pour certains actes.

Enfin, il est à noter que l'outil GECCO ne permet pas une analyse détaillée des actes non-verbaux. La cotation ne prend pas en compte la totalité des éléments non-verbaux.

5.2.3. Liées aux entretiens

Enfin, le déroulement des entretiens comporte également des limites pour notre étude.

Une des limites est liée à la trame de l'entretien. Malgré la présence de cette trame, les thèmes autobiographiques étaient si investis affectivement parfois que les questions n'étaient pas toujours adaptées.

De plus, quel que soit le thème de l'entretien, les patients effectuaient souvent des digressions et avaient parfois du mal à se centrer sur le sujet. Sur le thème autobiographique, les photos pouvaient parfois leur rappeler autre chose, sur laquelle ils s'étendaient. Toutes ces digressions sont comptabilisées en tant qu'actes de langage et n'ont pas forcément de rapport avec les thèmes « cibles » des entretiens.

Enfin, les entretiens s'étant déroulés au domicile des patients, les aidants y ont parfois assisté. Certains d'entre eux tentaient de répondre à la place des patients, ou de les reprendre s'ils commettaient une erreur dans leurs propos, malgré les explications que nous leur avons données en préalable.

5.3. Perspectives de la recherche

Plusieurs perspectives peuvent être proposées à notre étude. Tout d'abord, afin d'avoir un recul plus important sur ces résultats, il pourrait être intéressant d'élargir la population expérimentale et également d'avoir un échantillon de patients au stade léger. Cela permettrait peut-être une validation statistique de notre seconde hypothèse.

Une perspective nous paraît particulièrement intéressante. Notre étude s'inscrit dans la continuité de deux mémoires d'orthophonie ayant porté sur l'influence de la mémoire culturelle régionale sur la communication des patients atteints de DTA. Il pourrait être intéressant de proposer à chaque patient un entretien portant sur un thème culturel régional ainsi qu'un autre portant sur un thème autobiographique. Ces deux mémoires étant très liées, cela permettrait de voir si le fait de s'ancrer plus loin dans l'histoire de vie du patient a un impact plus important sur sa communication.

6. Conclusion

Notre recherche a porté sur la communication de patients atteints de DTA. Cette pathologie neuro dégénérative réduit les capacités communicationnelles et mnésiques des personnes qui en sont atteintes. Nous savons grâce à différentes études qu'une adaptation de la communication est possible, et que divers facteurs influent sur celle-ci. C'est dans ce cadre que s'est inscrite notre étude. Nous avons voulu nous appuyer sur la relative préservation des souvenirs anciens dans cette pathologie pour réaliser une adaptation de la communication, et plus particulièrement du thème communicationnel, en vue de l'améliorer. L'objectif de la démarche expérimentale était de mettre en évidence le fait qu'un thème communicationnel autobiographique, ancré dans l'identité du patient et donc adapté, pouvait améliorer sa communication.

Pour nous approcher au mieux de l'identité des patients, nous sommes allées à la rencontre de leurs aidants les plus proches et leur avons proposé un questionnaire « autobiographique ». Ce moment a notamment été un temps d'échange, au cours duquel nous avons pu recueillir une partie de l'histoire de vie des patients, et collaborer avec l'aidant pour choisir un thème communicationnel à valeur autobiographique. Mais cet échange a également été l'occasion pour les aidants de faire part de leur ressenti sur l'évolution de la pathologie de leur proche, la progression des difficultés communicationnelles ainsi que leurs conséquences sur le quotidien.

Pour chaque patient, deux entretiens filmés ont alors été réalisés, analysés et comparés avec des outils adaptés : l'un sollicitant la mémoire autobiographique autour du support réalisé, et l'autre autour du support témoin ne sollicitant pas cette mémoire.

Les résultats de notre étude nous ont permis de valider nos hypothèses initiales et particulièrement notre hypothèse générale. Nous pouvons affirmer qu'un thème communicationnel autobiographique renforce l'envie de communiquer des patients atteints de DTA et influe quantitativement et qualitativement sur leur communication. Les actes de langage produits sont plus nombreux, et semblent plus adéquats que lorsque le thème communicationnel n'a pas trait à leur identité.

Les comparaisons des deux entretiens ont donc révélé une amélioration de la communication, celle-ci n'étant liée qu'au changement de thème communicationnel. L'utilisation de supports communicationnels adaptés, autobiographiques, semble donc constituer un outil intéressant pouvant être exploité en intervention orthophonique. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des patients déments étant de maintenir les

capacités communicationnelles, nous pouvons donc envisager au cours des séances de prise en charge d'échanger autour de thèmes autobiographiques, faisant appel à l'identité du patient, en lui redonnant ainsi son statut d'être communicant et en renforçant son appétence communicationnelle. De nombreux supports autobiographiques peuvent être utilisés, à savoir des objets anciens, des photos, notamment si on fait appel aux aidants pour les obtenir.

La communication est donc adaptable, et la moduler peut permettre un instant au patient, même à un stade démentiel avancé, de s'exprimer, de partager ses souvenirs, d'être écouté et de se trouver réellement en position d'interlocuteur.

Ce que nous pouvons également dégager de nos résultats est l'importance, voire la nécessité de faire appel aux aidants principaux des patients dans le cadre de la prise en charge. Ils sont les interlocuteurs privilégiés du patient, ceux qui sont susceptibles de communiquer le plus avec lui. En cherchant avec eux les possibilités d'adaptation de la communication de leur proche, on les intègre à notre prise en soins. La mise en œuvre de cette adaptation du thème, peut leur permettre de remarquer des compétences communicationnelles chez leur proche, pour lequel ils n'en repéraient peut-être plus à cause des difficultés générées par la maladie, et ainsi de réaliser eux-mêmes des adaptations communicationnelles dans leur quotidien. Selon nous, l'intervention orthophonique ne peut être envisagée sans une considération de l'entourage du patient, qui lui seul peut veiller à sa communication au quotidien.

Cette étude nous aura donc permis d'approfondir nos connaissances théoriques et cliniques sur les DTA, d'explorer une possibilité d'adaptation de la communication chez les patients atteints de cette pathologie, en allant à la rencontre de leurs aidants, dans le souci de renforcer leur identité et leur communication.

Cette expérience a été très enrichissante que ce soit sur le plan de la recherche que sur le plan humain. Elle nous permettra d'avoir un autre regard sur cette pathologie, et d'envisager des prises en charge se devant d'être spécifiques.

Résumé

Cette étude fait suite aux mémoires d'Elisa VAUCLARE et d'Anne Sophie DURRMEYER ayant mis en évidence l'existence d'un lien entre la mémoire culturelle régionale et la communication de patients atteints de DTA. Le but de l'étude a été d'aller plus loin dans le renfort de l'identité de ces patients. Pour cela, nous avons rencontré des aidants de huit patients atteints de DTA, afin de leur présenter un questionnaire autobiographique sur leur proche. Le recueil de ces données nous a ensuite permis de constituer avec eux des supports communicationnels adaptés, visant à stimuler leur mémoire autobiographique individuelle. Nous avons ensuite effectué deux entretiens individuels filmés avec les patients, l'un stimulant leur mémoire autobiographique (thème portant sur leur histoire de vie) et l'autre ne la stimulant pas (thème portant sur la Reine Victoria d'Angleterre). Ces entretiens ont été analysés et comparés à l'aide d'un outil adapté, afin d'observer les modifications qualitatives et quantitatives de la communication en fonction du thème communicationnel. Les résultats obtenus ont mis en évidence une influence quantitative et qualitative de la mémoire autobiographique sur les actes langagiers des patients, révélée par une production plus importante et plus adéquate des actes de langage sur le thème autobiographique que sur le thème témoin. Un thème communicationnel autobiographique semble donc renforcer l'envie de communiquer et de partager des souvenirs chez ces patients. Les supports de communication autobiographiques peuvent donc constituer des outils pertinents pouvant être exploités en prise en charge orthophonique avec ces patients.

Mots clés : Démence de Type Alzheimer – Mémoire autobiographique – Aidants – Communication – Supports

Abstract

This study follows Elisa VAUCLARE and Anne Sophie DURRMEYER's studies which revealed the existence of a link between regional cultural memory and communication in the patients suffering from dementia Alzheimer type (DAT). The aim of this study was to go further in the support of the identity of those patients. In order to ensure this, we met eight patient's caregivers to present them an autobiographical questionnaire on their family's member. The collection of such data enabled us to generate adapted communication's supports, which have to stimulate their autobiographical memory. We then conducted two individual video's sessions with patients, one which stimulate their autobiographical memory (on the theme of the story of their life) and the other does not (on the theme of Queen Victoria of England). Those sessions were analysed and compared with an appropriate tool, to observe qualitative and quantitative communication's modifications depending on the theme of the communication. The results revealed a quantitative and qualitative's influence of autobiographical memory on language's acts of patients, which is stressed by a more important and more suitable production of language's acts on the autobiographical theme than on the control theme. An autobiographical theme of communication seems to increase their communicate desire and their share memories desire. Autobiographical communication's supports can be a pertinent and useful tool for the individual coverage of those patients.

Key words : Dementia Alzheimer Type – Autobiographical memory – Caregivers – Communication – Supports

Bibliographie

- AMIEVA H., DARTIGUES J.F. (2007), *Démences, Orthophonie et autres interventions Chapitre 3 Les thérapies non médicamenteuses dans la Maladie d'Alzheimer : intérêts et limites. Présentation d'un essai contrôlé randomisé national.* Isbergues, Ortho Editions
- ARMENGAUD F. (1990). *La pragmatique.* Paris, PUF.
- AUSTIN JL. (1970). *Quand dire, c'est faire.* Paris, Seuil.
- BARNES, D.E., YAFFE, K. (2011). "The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence". *The Lancet Neurology*, 10, 9, 819-828.
- BERNICOT J., TROGNON A. (2002). *Le tournant pragmatique en psychologie.* In : Bernicot J, et al., editors. *Pragmatique et psychologie.* Nancy : Presses Universitaires ; p. 13-32
- BERREWAERTS J., HUPET M., FEYEREISEN P. (2003). *Langage et démence : examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer.* *Rev Neuropsychol* ; 13 : 165-207
- BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie.* Isbergues : Ortho Edition.
- CARDEBAT D., AITHAMON B., PUEL M. (1995). *Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer.* In EUSTACHE F., AGNIEL A. (Eds), *Neuropsychologie clinique des démences : Evaluation et prises en charge.* Marseille : Solal.
- COMET, G., LEJEUNE, A. (2008). *La mémoire collective : ressource, médiation et cadre thérapeutique.* In COMET, G., LEJEUNE, A., MAURY-ROUAN, C. *Mémoire individuelle, mémoire collective et histoire.* 173-187. Marseille, Solal.
- COULMIN B. (2005) *Comportements observés chez les personnes âgées Alzheimer en situation de communication : situation duale et situation de groupe.* Mémoire de Maîtrise de psychologie de l'Université d'Angers (Directeur : T. ROUSSEAU)
- DARTIGUES, J.-F., HELMER, C., BERR, C. (2009). *La maladie d'Alzheimer, syndromes apparentés et... épidémiologie.* Paris, Phase 5.
- DEFONTAINES B. (2004). *Les démences – classification, clinique, physiopathologie, traitements.* VILLE. Med Line

- DEROUESNE, C. (2005). *Les troubles du comportement dans les démences sévères. Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, 3, supplément 1, 5-13.
- DEROUESNE, C. (2006a). *Manifestations psychologiques et comportementales de la maladie d'Alzheimer*. In BELIN, C., ERGIS, A.M., MOREAUD, O. *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, 223-245. Marseille, Solal.
- DEROUESNE, C. (2006b). *Maladie d'Alzheimer : données épidémiologiques, neuropathologiques et cliniques*. In BELIN, C., ERGIS, A.M., MOREAUD, O. *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, 25-34. Marseille, Solal.
- DO E., FREMONT P. (2001) *Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer : problèmes et solutions au quotidien*. Rev Gériatr ; 26 : 309-14.
- DURRMEYER A.S. (2013) *Démences, mémoire culturelle régionale et communication, Utilisation d'un support stimulant la mémoire culturelle lorraine dans l'étude de la communication de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, en prise en charge individuelle et collective*. Université de Lorraine
- FERRON F. (2000) *La maladie d'Alzheimer : facteurs influant sur la communication du malade*. Mémoire de Maîtrise de psychologie de l'Université Catholique de l'Ouest (Directeur : T. ROUSSEAU)
- FROMAGE Benoît (2007) *Démences, Orthophonie et autres interventions Chapitre 1 Identité et démence*. Isbergues. Ortho Editions.
- GOBE V., GRIMAUD M., MARTIN F., ROUSSEAU T. (2003). *Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer*. Glossa ; 85 : 74-8.
- HAZIF-THOMAS C., THOMAS P. (2002) *Reconnaître l'agressivité du sujet âgé*. Rev Généraliste Gériatol ; 9 : 10-3
- KERBRAT ORECCHIONI C. (1998). *L'implicite*. Paris, Colin.
- MAHENDRA N. (2001), *Direct interventions for improving the performance of individuals with Alzheimer's disease*. Sem Speech Langage; 2: 291-303.
- PIOLINO P., DESGRANGES B., EUSTACHE F. (année). *La mémoire autobiographique : théorie et pratique*. Ville, Solal.
- PLOTON L., MARQUIS F., (1998) *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage* Glossa.

- PLOTON L., (2010) *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution...* Lyon, Chronique Sociale.
- ROBERT A., VERGNAULT L., ROUSSEAU T. (2012) *Efficacité de la prise en charge écosystémique de la communication sur les troubles du comportement dans la démence de type Alzheimer*, Glossa.
- ROBERT A., VERGNAULT L., ROUSSEAU T. (2012) *Efficacité de la prise en charge écosystémique de la communication sur les troubles du comportement dans la démence de type Alzheimer*, Glossa.
- ROUSSEAU T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer Evaluation et prise en charge*. Isbergues, Ortho Editions
- ROUSSEAU T. (2004) *Les approches thérapeutiques en orthophonie Tome 4, Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*, Isebergues, Ortho Editions.
- ROUSSEAU T., FROMAGE B., SILVIE B. (2004) *L'influence du contexte dans la performance communicative de deux patients Alzheimer*. In : Entretiens d'orthophonie. Paris, Expansion Scientifique Française. p 95-116
- ROUSSEAU T., LOYAU M. (2006), *L'influence du lieu de vie sur la communication des malades-Alzheimer*. Neurologie Psychiatrie Gériatrie 31 : 43-9.
- ROUSSEAU T. (2007) *Démences – Orthophonie et autres prises en charge*. Isbergues, Ortho Editions.
- ROUSSEAU T. (2008) *Evaluation pragmatique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer*. In : *Pragmatique : de l'intention à la réalisation*. Paris : FNO p.183-203
- ROUSSEAU T., ROUSSEAU E. (2008), *Lieu de vie et capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : résultats préliminaires d'une étude exploratoire utilisant la GECCO*. Perspectives Psy 47 : 150-62.
- ROUSSEAU T., FROMAGE B., TOUCHET C. (2009) *Interaction entre le sujet âgé et son environnement*. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie ; 9 : 45-52
- ROUSSEAU T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- ROUSSEAU T. (2013). *Communiquer avec un proche Alzheimer*. Paris, Groupe Eyrolles.
- ROUSSEAU T. (2013) *Les approches thérapeutiques en orthophonie Tome 4, Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*, Isebergues, Ortho Editions.

- SELLAL F., KRUSCZEK E. (2007). *Maladie d'Alzheimer 2^{ème} édition*. Rueil-Malmaison, Doin.
- SERON X., VAN DER LINDEN M. ANDRES P. *Le lobe frontal à la recherche de ses spécificités fonctionnelles*.
- TILLEMENT J.P., HAUW J.J., PAPADOPOULOS V. (2012) *Le défi de la maladie d'Alzheimer*, Monts, Lavoisier
- VAN DER LINDER M, SERON X., LE GALL D, ANDRES P. (1990) *Neuropsychologie des lobes frontaux*. Marseille, Solal.
- VAUCLARE, E. (2012). *Démence type Alzheimer, mémoire culturelle régionale et communication. Conception et utilisation d'un support visuel stimulant la mémoire culturelle de la Lorraine dans l'étude de la communication de 10 patients atteints de DTA. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste*. Université de Lorraine.
- WILCOXON, F. (1945) *Individual Comparisons by Ranking Methods*. Biometrics Bulletin 1: 80–83
- ZEISEL J., SILVERSTEIN NM., HYDE J., LEVKOFF S., LAWTON MP, HOLMES W. (2004) *Effet de l'environnement sur la santé comportementale des résidents des unités de soins spécifiques pour la maladie d'Alzheimer*. Rev Gériatr ; 9 : 479-97