



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

MEMOIRE présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

AMBROSELLI Marie

Née le 14 août 1987 à Ajaccio

**PRAGMATIQUE DU LANGAGE ET MALADIE
D'ALZHEIMER :**

Etude de deux projets autour de la poésie

Directeur de Mémoire :

MAILLAN Geneviève, linguiste

Co-directeurs de Mémoire :

Dr BARRES Philippe, neurologue

PUCCINI-EMPORTES Martine, orthophoniste

Nice

2012

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d’orthophonie

MEMOIRE présenté en vue de l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

AMBROSELLI Marie

Née le 14 août 1987 à Ajaccio

**PRAGMATIQUE DU LANGAGE ET MALADIE
D’ALZHEIMER :**

Etude de deux projets autour de la poésie

Directeur de Mémoire :

MAILLAN Geneviève, linguiste

Co-directeurs de Mémoire :

Dr BARRES Philippe, neurologue

PUCCINI-EMPORTES Martine, orthophoniste

Nice

2012



REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à Mlle Maillan pour m'avoir orientée vers ce projet à travers son enseignement de la linguistique et ses précieux conseils.

Mes remerciements s'adressent également au Dr Barrès pour m'avoir conseillée et accompagnée dans l'élaboration de mon travail.

Je tiens à remercier Martine Puccini-Emportes pour m'avoir fait découvrir sa vision professionnelle et pour m'avoir guidée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie l'accueil de jour les Orangers pour m'avoir accueillie tout au long de l'année et m'avoir permis de participer aux activités mises en place.

J'adresse un remerciement particulier à toutes les personnes qui m'ont accueillie à leur domicile ou au sein de leur atelier et ont accepté de participer à ce travail qui est le fruit de leur investissement.

Je souhaite remercier Sandrine Jaubert, orthophoniste et membre du jury, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon travail.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, famille et amis, qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	4
1 LINGUISTIQUE ET PRAGMATIQUE	7
1.1 Les grands courants linguistiques	7
1.1.1 Une linguistique centrée sur la langue	8
1.1.2 Une linguistique centrée sur l'énonciation.....	10
1.2 Pragmatique du langage	14
1.2.1 La théorie sémiotique.....	14
1.2.2 La théorie des actes de langage.....	16
2 TROUBLES DU LANGAGE ET DES FONCTIONS PRAGMATIQUES CHEZ LE SUJET ALZHEIMER.....	22
2.1 Troubles du langage oral et de la communication	22
2.1.1 Une classification chronologique.....	22
2.1.2 Une classification sémiologique	25
2.2 Altérations des capacités pragmatiques du langage	27
2.2.1 Aspects généraux	28
2.2.2 Aspects spécifiques	31
2.3 Troubles associés influant sur les capacités de communication	34
2.3.1 Perturbations cognitives.....	34
2.3.2 Perturbations comportementales et psycho-affectives	39
3 PRISE EN SOIN ORTHOPHONIQUE	43
3.1 Importance d'un diagnostic et d'une prise en soin précoces.	43
3.1.1 Critères et intérêt pour l'évolution du langage d'un diagnostic précoce	44
3.1.2 Accompagner dès les premiers signes : intérêt orthophonique	47
3.2 Modalités de prise en soin	51
3.2.1 Prise en soin en institution	51
3.2.2 Prise en soin individuelle	57

4	MÉTHODOLOGIE	63
4.1	Fonctions du langage et capacités pragmatiques	63
4.2	Poésie et capacités pragmatiques	64
4.2.1	Protocole mis en place en séances individuelles	66
4.2.2	Protocole mis en place en séances de groupe.....	68
4.3	Programme de prise en soin	70
5	PROTOCOLE DE PASSATION	74
5.1	Population	74
5.2	Bilan	75
5.2.1	Narration à partir d'une image	75
5.2.2	Grille d'évaluation des capacités pragmatiques	77
5.2.3	Auto-évaluation de la qualité de communication.....	78
5.3	Déroulement des séances	80
5.3.1	Prise en soin individuelle	80
5.3.2	Prise en soin en groupe	82
6	CONTRÔLE DE VALIDITÉ	85
6.1	Résultats	85
6.1.1	Narration à partir d'une image	85
6.1.2	Grille d'évaluation des capacités pragmatiques	102
6.1.3	Auto-évaluation de la qualité de communication.....	109
6.2	Discussion	111
6.2.1	Bénéfices observés.....	111
6.2.2	Propositions d'enrichissement	115
6.2.3	Prise en soin individuelle ou en groupe : analyse critique	117
	CONCLUSION	120
	ANNEXES	122
	BIBLIOGRPAHIE	164
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	167

INTRODUCTION

« Comment vous voulez bien vieillir si vous n'avez pas de beaux souvenirs ? »

Cette exclamation, issue d'un entretien avec une octogénaire atteinte de la maladie d'Alzheimer, résume peut-être cette maladie dans un sens philosophique. Le mal qui touche de plus en plus nos anciens dépossède ceux qu'il atteint des souvenirs qui constituent leur identité et leurs repères.

Aucun remède ne permet à ce jour de restaurer la mémoire perdue ou d'endiguer le processus dégénératif. Toutefois, la maladie d'Alzheimer se place en défi scientifique, médical et social qui mobilise les professionnels autour de la santé, la recherche et l'accompagnement des patients et de leurs familles.

En orthophonie, cet accompagnement se met en place de plus en plus précocement afin de maintenir une compétence communicative efficiente qui permette aux patients de pouvoir échanger le mieux possible et le plus longtemps possible. La compétence pragmatique, qui se définit comme la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuels appropriés de contenu, de forme et de fonction, est reconnue comme représentant souvent le premier domaine d'altération observé au niveau du langage et de la communication ; elle intéresse particulièrement la prise en soin orthophonique au stade précoce. En effet, de nombreuses études mettent en évidence l'importance de sa sollicitation, et ce le plus tôt possible. En revanche, peu d'études nous renseignent précisément sur l'évolution des capacités pragmatiques à un stade plus avancé de la maladie, même si nous sommes conscients que le processus dégénératif agit sur ces fonctions comme sur les fonctions cognitives et mnésiques, de manière globale.

S'appuyant sur les travaux linguistiques, neurologiques et orthophoniques menés dans le domaine de la pragmatique et autour de celui-ci, nous allons tenter de mettre au point un protocole visant à solliciter les capacités pragmatiques auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le choix du support de notre protocole nous mènera à nous intéresser à la poésie, art qui semble imposer à celui qui l'emploie un cadre n'induisant pas de censure correspondant aux exigences du discours pragmatique ; cadre à l'intérieur duquel une grande liberté d'expression et de formes d'expression semble possible. Notre intervention se fera sous le signe du plaisir et de l'échange qui demeurent les valeurs fondamentales de la

communication telle que l'orthophonie l'envisage auprès de personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Entre stimulation cognitive et création artistique, la proposition que nous ferons aux patients se veut ouverte à tous et source de plaisir, de fierté et d'étonnement pour les patients.

En ce sens, nous allons explorer les diverses possibilités qu'offre la poésie, ou plutôt les poésies, dans le cadre de la sollicitation des capacités pragmatiques auprès de patients présentant la maladie d'Alzheimer à un stade précoce ou léger, suivis en individuel mais également auprès d'un groupe de patients atteints de la maladie à un stade modéré ou sévère au sein d'un atelier en accueil de jour. Des bilans évaluant le langage oral, réalisés avant puis au terme de notre prise en soin, nous permettront de juger de la pertinence de notre action en proposant des épreuves objectives et subjectives destinées aux patients mais également à leurs aidants principaux .

Apports théoriques

1 Linguistique et pragmatique

La linguistique peut se définir comme une science qui étudie la nature et le fonctionnement du langage à travers les diverses langues parlées. Ce langage est la capacité humaine supposant l'abstraction et la symbolisation et consistant à élaborer ainsi qu'à exprimer sa pensée, à communiquer à l'aide de signes vocaux organisés en système. Le langage répond au besoin que l'homme a de communiquer. La linguistique oriente son étude sur les unités du langage, et inclut la phonologie, la morphologie, la syntaxe, la sémantique ou encore la pragmatique ; qui fera l'objet d'une attention particulière.

1.1 Les grands courants linguistiques

Dans ce chapitre, nous allons nous pencher brièvement sur les différents courants de pensée qui ont marqué la linguistique et l'ont menée au courant pragmatique, qui va être le point de départ théorique de notre protocole expérimental.

Le structuralisme tire son nom du Cours de linguistique générale de F. de Saussure¹, rédigé en 1916, qui envisage d'étudier la langue comme un système dans lequel chacun des éléments n'est définissable que par les relations d'équivalence ou d'opposition qu'il entretient avec les autres. D'après E. Benveniste, le structuralisme est l'hypothèse selon laquelle on peut étudier une langue en tant que structure.

La théorie du signe linguistique que F. de Saussure élabore définit deux éléments, deux faces indissociables pour chaque signe :

-*Un signifiant*, arbitraire, désignant l'image acoustique ou écrite qui permet de différencier les signes de la langue.

-*Un signifié*, c'est-à-dire une face conceptuelle du signe qui renvoie à un contenu sémantique, une représentation mentale.

F. de Saussure élabore également une théorie majeure de la linguistique moderne : la coexistence de deux axes à la croisée desquels se trouve tout signe linguistique : l'axe syntagmatique qui présente une dynamique de combinaison et l'axe paradigmatique qui définit le choix fait par substitution aux autres termes disponibles. Dans son Cours de

¹ Saussure, F. d. (1916). *Cours de linguistique générale*.

linguistique générale², F. de Saussure met également en place une de ses dichotomies fondamentales : la distinction entre langue et parole. Selon lui la langue est sociale, essentielle, enregistrée passivement, psychique, et constitue un modèle collectif alors que la parole est individuelle, plus ou moins accidentelle et psychophysique. Dès lors, F. de Saussure va axer ses recherches sur la linguistique de la langue, considérant comme secondaire l'étude de la linguistique de la parole, dont l'usage est libre malgré une structure imposée.

Le structuralisme est donc le courant linguistique qui a posé de solides fondations permettant aux linguistes d'ouvrir deux voies dans la continuité des travaux analysant la langue comme une structure à étudier en termes de relations et d'oppositions. Ainsi, la linguistique plaçant la grammaire de la langue au cœur de son étude va côtoyer une linguistique du locuteur et de l'énonciation. Les apports complémentaires de ces courants de pensée mèneront peu à peu les linguistes vers le courant pragmatique.

1.1.1 Une linguistique centrée sur la langue

Au début des années 1960, on assiste à l'éclosion de plusieurs types de grammaires. La grammaire générative, ou transformationnelle a pour but de constituer une grammaire universelle du langage.

En 1957, avec la publication de *Structures syntaxiques*³, N. Chomsky, figure emblématique de ce mouvement linguistique, introduit le concept de grammaire générative en s'intéressant, comme l'a fait F. de Saussure, à l'organisation du message. Il place la syntaxe au cœur de son étude en la différenciant du sens, et montre la nécessité de créer un lexique comportant les règles sémantiques afin de ne pas obtenir de phrases telles que « *Les idées vertes et incolores dorment furieusement* », qui est parfaitement construite au niveau syntaxique mais totalement asémantique.

L'objectif de N. Chomsky est de prouver l'existence d'une grammaire universelle, c'est-à-dire innée qui pourrait décrire toutes les langues et leurs énoncés. Pour ce faire, il met en avant une

² Saussure, F. d. (1916). *Cours de linguistique générale*.

³ Chomsky, N. (1957). *Structures syntaxiques*.

double distinction : celle de la compétence et la performance ; celle de structures profondes et superficielles.

La *structure profonde* est une compétence innée, car selon N. Chomsky, toute langue serait issue d'une grammaire élémentaire commune à toutes les langues humaines ; permettant à chacun de générer un nombre infini d'énoncés à partir d'un nombre fini d'unités élémentaires.

La *structure de surface* est la réalisation effective par transformations des unités élémentaires, ou universelles, qui rendent chaque langue unique.

La compétence est le point de vue duquel N. Chomsky situe alors le travail du linguiste ; la performance désignant l'actualisation de la compétence. La grammaire générative n'est pas un modèle du locuteur ou de l'interlocuteur (domaine de l'analyse de la performance) mais tente plutôt de caractériser de la manière la plus neutre possible la connaissance de la langue. Dans cette entreprise, N. Chomsky définit une compétence innée à construire et reconnaître un énoncé grammaticalement correct, commune à tous les locuteurs d'une même langue.

En 2000, avec la publication de *Nouveaux horizons dans l'étude du langage et de l'esprit*⁴, N. Chomsky illustre ce postulat par l'exemple suivant : On peut se représenter l'état initial de la faculté de langage, c'est-à-dire la structure profonde, « *comme un réseau fixe connecté à un tableau de distribution ; le réseau est constitué des principes du langage tandis que le tableau de distribution correspond aux options à déterminer par l'expérience. Lorsque les interrupteurs sont réglés d'une certaine manière, on a du swahili ; lorsqu'ils le sont autrement, on a du japonais.* »⁵

Avec cette nouvelle publication, N. Chomsky se dirige vers une linguistique qui va désormais se préoccuper de l'interprétation de l'énoncé. A la compétence innée qu'il va redéfinir comme un *E-Langage* va s'ajouter la notion de *I-Langage*, qui désigne une vision du langage interne, individuel et intentionnel. Le langage internalisé est la manière dont nous employons et comprenons le langage à partir d'un « organe » commun. Ainsi, tout discours est vu comme procédant certes de l'articulation et de l'expression d'un contenu sémantique mais aussi de « *l'interprétation, l'expression de croyances et de désirs, la narration etc.* »⁶.

Afin d'illustrer cette voie ouverte, N. Chomsky nous donne l'exemple suivant : Peter, lorsqu'il écoute Mary parler, procède en la supposant identique à lui, moyennant M, où M est un ensemble de modifications qu'il doit découvrir. Peter va élaborer un certain M, le menant à une *théorie passagère* ; il comprend alors ce que Mary veut dire par rapport à ce que lui-

⁴ Chomsky, N. (2000). *Nouveaux horizons dans l'étude du langage et de l'esprit*.

⁵ Chomsky, N. (2000). *Nouveaux horizons dans l'étude du langage et de l'esprit*. Chap. 1, p.7

⁶ Chomsky, N. (2000). *Nouveaux horizons dans l'étude du langage et de l'esprit*. Chap.2 p.15

même a pu interpréter. La seule structure commune entre Peter et Mary est l'état initial de la faculté de langage, ou E-Langage. Tout ce qui suit procède de la mise en œuvre du I-Langage, ou langage internalisé.

Ainsi, la description d'un quelconque objet, et la production d'un énoncé linguistique plus largement, va dépendre des intentions de son concepteur et de la manière dont autrui l'utilise en intention. N. Chomsky pose ainsi un constat indéniable qui est au cœur des préoccupations de la linguiste moderne et plus précisément de la pragmatique du langage: « *Si l'intuition peut être de quelque recours pour nous guider, il semble y avoir un fossé considérable entre les ressources sémantiques de la langue interprétées littéralement et les pensées qui sont exprimées lorsqu'on les utilise.* »⁷

1.1.2 Une linguistique centrée sur l'énonciation

Né des travaux des membres du cercle de Prague, le fonctionnalisme prône une grammaire fondée sur la reconnaissance de « fonctions », et ce dès les années 1920.

- **Le cercle de Prague**

R. Jakobson propose à travers *Essais de linguistique générale*⁸, un schéma de la communication qui repose sur six fonctions. Aux trois éléments qui organisent la communication selon K. Bühler, à savoir le monde (renommé contexte), le locuteur et l'interlocuteur, R. Jakobson ajoute le message, le code employé et le contact entre les interlocuteurs. A chaque élément correspond une fonction.

-*La fonction expressive ou émotive*, associée au destinataire, tend à donner l'impression d'une émotion, qu'elle soit vraie ou feinte. Elle est soutenue par des éléments non linguistiques tels que le débit, la gestuelle, les mimiques ou encore l'intonation.

⁷ Chomsky, N. (2000). *Nouveaux horizons dans l'étude du langage et de l'esprit*. Chap.6, p.24

⁸ Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale 1. Les fondations du langage*.

-*La fonction conative*, associée au destinataire, désigne l'influence du discours sur l'interlocuteur qui va agir en fonction des informations décodées et de l'organisation du message et des différents éléments qui le constituent. Son expression la plus pure est le vocatif ou l'impératif.

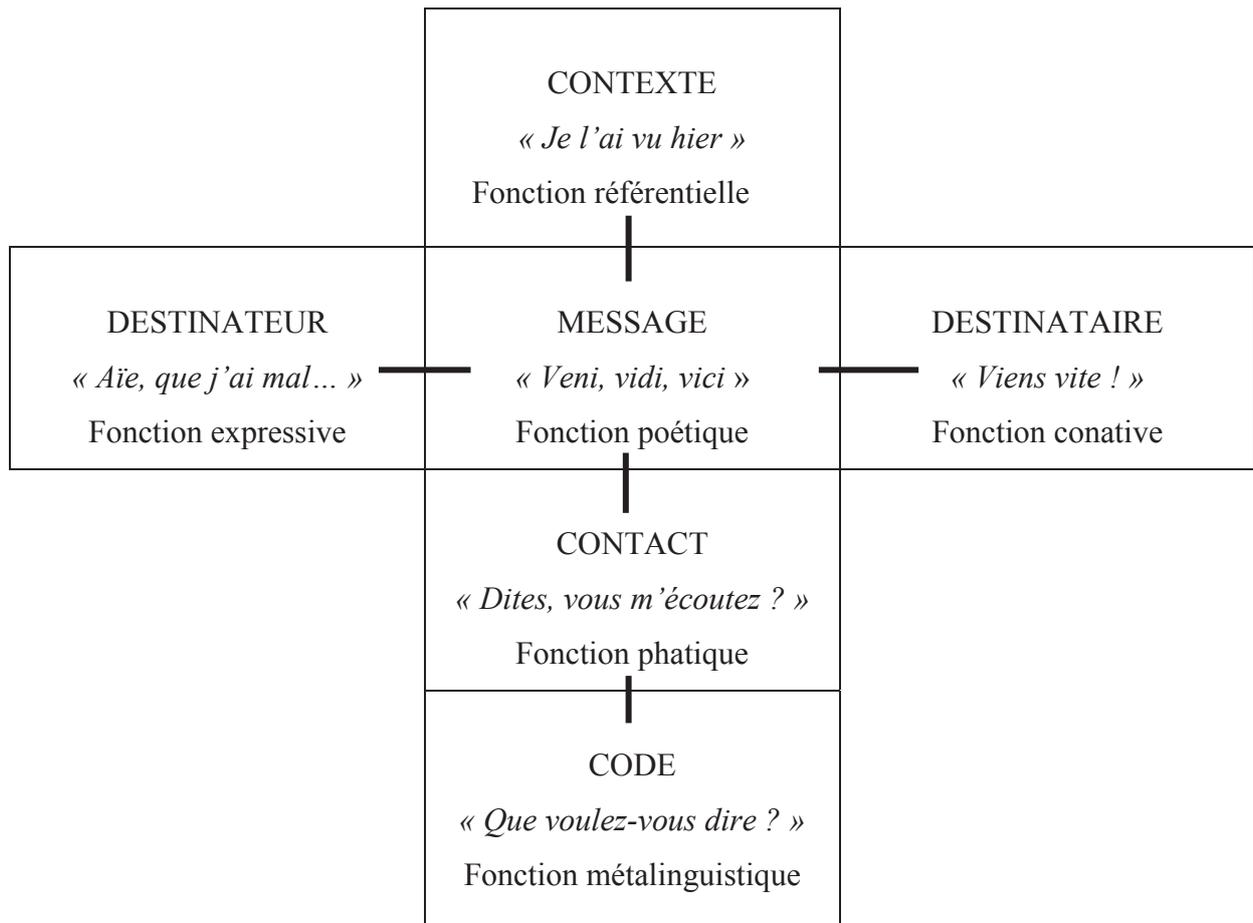
-*La fonction poétique*, liée au message transmis, met en avant à la fois la forme du message, le signifiant, et son contenu. A ce sujet, R. Jakobson précise bien que « *Toute tentative de réduire la sphère de la fonction poétique à la poésie, ou de confiner la poésie à la fonction poétique, n'aboutirait qu'à une simplification excessive et trompeuse* »⁹. La fonction poétique est le résultat du fonctionnement simultané de l'axe syntagmatique (aussi appelé contiguïté) et l'axe paradigmatique (ou similarité). Elle désigne les choix sémantiques ou morphologiques par un agencement des sons ou du sens dans le discours ; ayant pour but la valorisation d'un ou plusieurs éléments.

-*La fonction référentielle*, relative au contexte, désigne le fait que le discours rend compte d'une réalité extérieure. Dans le discours, certains éléments dépendent du contexte et ne peuvent être décodés que par la connaissance de ce contexte. Ces éléments sont les indicateurs, ou déictiques décrits par E. Benveniste.

-*La fonction phatique*, associée au contact, désigne l'instauration, le maintien et la clôture de la communication. Cette fonction, qui regroupe entre autres les automatismes langagiers et les formules de politesse, est la fonction de « socialisation » du langage.

-*La fonction métalinguistique*, liée au code, permet au code lui-même de devenir l'objet du message. Elle est mise en œuvre lorsque le locuteur ou le destinataire jugent nécessaire de vérifier qu'ils utilisent bien le même code.

⁹ Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale 1. Les fondations du langage*, p.218



[Schéma inspiré du schéma de la communication de R. Jakobson]¹⁰.

Parmi les fonctions du langage que R. Jakobson définit, il en est une qui retient particulièrement son attention et qui va faire l'objet d'élaborations théoriques particulières : la fonction poétique.

Dans l'ouvrage *Huit questions de poétique*¹¹, publié en 1977, qui synthétise les travaux relatés dans *Questions de poétique*, R. Jakobson lie la poésie à la fonction poétique car s'il est primordial de bien les distinguer comme nous l'avons vu précédemment, l'art de la poésie demeure le type d'énoncé le plus représentatif de la maîtrise de la fonction poétique du langage. Linguiste et poéticien, il désacralise la poésie lyrique *« Vous entendez dans le tramway des plaisanteries fondées sur les mêmes figures que la poésie lyrique la plus subtile »*¹², et prouve ainsi, par extension, que toute expression verbale modifie, « poétise »

¹⁰ Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale 1. Les fondations du langage* p. 214

¹¹ Jakobson, R. (1977). *Huit questions de poétique*.

¹² Jakobson, R. (1977). *Huit questions de poétique*. p. 64

par l'emploi d'une forme particulière l'évènement qu'elle décrit. La fonction poétique n'est qu'une partie d'un ensemble de fonctions, comme nous avons pu le voir, mais elle est une composante qui modifie les autres éléments et détermine le comportement d'ensemble de la structure.

R. Jakobson montre également à quel point elle est dépendante des règles syntaxiques : « *le caractère contraignant des procédures grammaticales et des concepts grammaticaux met le poète dans la nécessité de compter avec ces données* »¹³. Toutefois, il met en avant le fait que c'est bien par une maîtrise de ces procédures complexes que le poète, ou le locuteur de manière plus générale, peut produire un énoncé, ou poème, de qualité.

La fonction poétique, qui ne peut être plus prégnante que dans l'art poétique, consiste à manier les mots, la langue de manière à donner à son discours l'impact souhaité. La poésie montre à quel point l'emploi de rimes, de rythme et de mélodie particulière donne au texte une douceur ou une force particulière. Par les mêmes procédés, les proverbes attirent par leur concision mordante. Et notre discours quotidien est empreint de cette fonction poétique : choisir le mot juste, la formulation adéquate ou encore le bon ton sont des choix qui agissent directement sur le signifié par la modification du signifiant et qui procèdent de la fonction poétique du langage.

- **La linguistique d'énonciation**

Les travaux du cercle de Prague invitent les linguistes français à poursuivre les travaux menés dans le sens de l'énonciation et du locuteur. Ainsi, dans le premier volume de *Problèmes de linguistique générale*¹⁴, publié en 1966, E. Benveniste distingue, relativement à l'emploi des pronoms « je » et « tu », qui n'ont de sens que dans la parole et sont appelés indicateurs, ou déictiques : « *La langue comme répertoire de signes et système de leurs combinaisons et la langue comme activité manifestée dans des instances du discours qui sont caractérisées comme telles par des indices propres* »¹⁵. On assiste alors à une conversion du langage en discours et l'on obtient une énonciation. E. Benveniste inclut le sujet parlant dans l'analyse de l'énonciation et le locuteur devient l'élément central de la communication, ce qui implique une certaine subjectivité.

¹³ Jakobson, R. (1977). *Huit questions de poétique*, p.98

¹⁴ Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*.

¹⁵ Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. p.257

L'énonciation est alors singulière, dynamique et totalement dépendante du sujet parlant qui la met en œuvre, et s'oppose alors à l'énoncé qui est le résultat linguistique de cet acte d'énonciation.

Cette linguistique d'énonciation d'E. Benveniste laisse entrevoir le passage d'une linguistique de la langue à une approche pragmatique de l'étude du discours qui, dans le prolongement de cette porte ouverte, introduira le rôle du destinataire dans son étude.

1.2 Pragmatique du langage

A la fin du XIXème siècle, une crise de la rationalité émerge au sein des différents courants de pensée philosophique. La remise en cause des mathématiques, de la logique classique ainsi que de la métaphysique traditionnelle impose un retour à la question du langage et de ses fonctions, question indispensable à toute activité rationnelle.

En effet, le langage est constitué d'équivoques, chargé d'affects, et ne peut, en ce sens, s'assimiler au calcul, stable et immuable.

On doit à la philosophie d'avoir mis sur le devant de la scène la pragmatique. C.S. Peirce, J.L. Austin, J.R. Searle ou encore P. Grice sont parmi les philosophes dont les apports théoriques ont donné lieu à ce qu'il est convenu de nommer la pragmatique linguistique.

1.2.1 La théorie sémiotique

C'est en 1978 que paraît *Ecrits sur le signe*¹⁶ de C.S. Peirce, traduction de Deledalle d'une théorie que C.S. Peirce a élaborée depuis 1867. Notons à ce sujet que l'ouvrage *Collected papers*, paru entre 1931 et 1935 en huit volumes relatait déjà les théories reprises dans *Ecrits sur le signe*. Souvent considéré comme le père fondateur de la pragmatique, il rompt définitivement avec la vision binaire du signe saussurien et introduit l'idée d'une relation triadique du signe. Ainsi, tout signe doit être interprété comme entrant dans ce processus.

¹⁶ Peirce, C.-S. (1978). *Ecrits sur le signe*.

-Le *représentamen*, qui est premier, est sujet de la relation triadique ; il représente l'image sonore ou visuelle du signe.

-L'*objet* est second. Il est la représentation du signe, c'est-à-dire ce à quoi il renvoie dans la réalité.

-L'*interprétant*, apport essentiel de la théorie sémiotique, est troisième et dynamise la relation de signification. Cet interprétant est une représentation mentale de la relation entre le représentamen et l'objet. Il implique que pour chaque objet, il y a une multitude d'interprétants, selon à quoi cet objet fait appel chez la personne qui l'emploie ou le reçoit dans un énoncé.

Cet apport modifie considérablement l'approche des linguistes et signe l'émergence du courant pragmatique.

C.S. Peirce divise également les signes en trois catégories distinctes :

-L'*icône* est un signe qui fait référence à l'Objet qu'il dénote, simplement en vertu de ses caractères propres. Le signifiant se présente comme une image du signifié. Par exemple, la loi grammaticale qui consiste à mettre un *-s* au pluriel a un caractère iconique car on ajoute quelque chose pour signifier la pluralité.

-Un *indice* est un signe qui fait référence à l'Objet qu'il dénote en vertu du fait qu'il est réellement affecté par cet objet. Le signifié du signe dépend directement de la situation d'énonciation et ne peut donc être complet que s'il est considéré dans son contexte. Ainsi, les termes « je », « ici » ou encore « maman » sont des indices.

-Un *symbole* est un signe qui se réfère à l'objet qu'il dénote en vertu d'une loi. Le lien entre le signifié et le signifiant est alors exclusivement arbitraire. Un mot tel que « chaise » est alors considéré comme un symbole : on ne retrouve aucun élément du signifié dans le signifiant.

En élaborant ces théories, C.S. Peirce distingue sémiotique et sémantique, langue et discours. La sémiotique identifie les unités et en décrit les marques distinctives alors que la sémantique considère la production du message, entrant ainsi dans le domaine du discours. Le contexte est donc désormais au cœur des préoccupations linguistiques et plus précisément, au centre des théories pragmatiques.

1.2.2 La théorie des actes de langage.

La théorie classique des actes de langage prend son point de départ dans la conviction suivante : l'unité minimale de la communication humaine n'est pas la phrase ou le signe linguistique. Il s'agit de l'accomplissement, c'est-à-dire la performance, de certains types d'actes.

- **John L. Austin**

Au cours de ces conférences, prononcées en 1955 et éditées en 1962 dans l'ouvrage *How to do things with words* traduit *Quand dire, c'est faire*¹⁷, J.L. Austin fait une distinction entre actes *performatifs* et *constatifs*. Afin d'expliquer le plus clairement possible cette distinction, nous nous appuyons sur les exemples proposés par C. Kerbrat-Orecchioni dans *Les actes de langage dans le discours*¹⁸.

-J'ouvre la porte. Selon que cette action est exécutée ou non, ou encore en cours d'exécution, nous dirions que l'énoncé est vrai ou faux. Le plus important étant que l'accomplissement de l'action n'est en rien dépendant de l'énonciation de la phrase. Cet énoncé est appelé *constatif*.

-Je déclare la séance ouverte. Cet énoncé n'est ni vrai, ni faux car il ne décrit rien. Il exécute une action par le seul fait de l'énonciation de la phrase. L'acte de langage est dit *performatif*.

Au cours de sa huitième conférence, J.L. Austin va, au-delà de sa distinction entre actes performatifs et constatifs, établir une distinction des actes de langage en trois catégories, appelées respectivement locutoires, illocutoires et perlocutoires. Afin d'illustrer cette distinction, prenons la phrase : « *Qu'as-tu fait ce matin ?*¹⁹ ».

-L'acte locutoire, ou acte de dire quelque chose, se retrouve dans le fait que cette phrase a un contenu sémantique identifiable.

-L'acte illocutoire, ou acte effectué en disant quelque chose, se retrouve car cette phrase a pour but avoué d'obtenir une certaine information de l'interlocuteur par l'emploi de la forme interrogative.

¹⁷ Austin, J. (1970). *Quand dire, c'est faire*.

¹⁸ Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours*.

¹⁹ Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours* p.22

-L'acte *perlocutoire*, ou acte effectué par le fait de dire quelque chose, peut également être présent si ma question sert un but caché, dissimulé comme l'embarras.

Ainsi, la phrase « *Je te dis qu'il va foncer* » peut être un constat, une mise en garde ou encore un pari, ce qui va modifier à chaque fois l'effet attendu.

L'acte d'illocution va particulièrement retenir l'attention de J.L. Austin car il croit reconnaître en lui l'acte essentiel de la parole. L'acte *perlocutoire* étant l'acte effectivement provoqué par l'énoncé et signalons-le, qui peut ne pas correspondre à l'intention du locuteur. Ainsi, il parvient à distinguer cinq classes de verbes à valeur illocutoire, qu'il présente lors de sa onzième conférence :

-Les *verdictifs* consistent à prononcer un jugement, fondé sur une évidence ou une bonne raison. Les verbes acquitter, considérer comme ou évaluer en sont des exemples.

-Les *exercitifs* consistent à formuler une décision en faveur ou à l'encontre d'une suite d'actions. Ordonner, recommander, supplier en sont des exemples.

-Les *commissifs* engagent le locuteur à une suite d'actions déterminée. Les verbes tels que promettre, garantir, jurer sont des verbes commissifs.

-Les *expositifs* sont utilisés pour exposer un point de vue, conduire une argumentation. Affirmer, nier ou objecter sont à classer parmi les expositifs.

-les *comportatifs* expriment une attitude du locuteur envers la conduite de quelqu'un. Les verbes s'excuser, remercier, ou encore maudire appartiennent à cette classe.

J.L. Austin définit également les notions de *cohérence* et de *cohésion* qui seront au cœur de l'étude pragmatique. La production d'une phrase en situation de communication nécessite l'expression d'un contenu propositionnel et l'accomplissement d'un acte illocutoire. A la notion de proposition correspond dans le discours celle de cohésion alors que la cohérence renvoie à l'acte illocutoire. La cohésion du discours, qui est explicite, dépend de la façon dont les phrases sont combinées pour assurer le développement propositionnel. La cohérence, qui est implicite, suppose une relation et une interprétation des actes illocutoires.

J.L. Austin a ainsi amené l'idée selon laquelle la signification d'un énoncé peut être dans ce qu'il *fait* en même temps que dans ce qu'il *dit*. Cette démarche va rapidement être reprise par de nombreux linguistes et philosophes.

- **John R. Searle**

C'est à travers *Les actes de langage*²⁰, publié en 1969 aux Etats-Unis et en 1972 en France, que John R. Searle prolonge le travail d'Austin sur la pragmatique et plus particulièrement les actes de langage. Searle pose cette question :

Pourquoi étudier les actes de langages ? « *la raison pour laquelle cette étude est centrée sur les actes de langage est que [...] l'unité de communication linguistique n'est pas – comme on le suppose généralement – le symbole, le mot ou la phrase ni même une occurrence de symbole, de mot ou de phrase mais bien la production ou l'émission du symbole, du mot, ou de la phrase au moment où se réalise l'acte de langage [...] et les actes de langage sont les unités minimales de base de la communication linguistique.* »²¹.

Dans la lignée de J.L. Austin, J.R. Searle considère que tout acte de langage vise à produire un certain effet sur l'interlocuteur et à modifier dans une certaine mesure la situation de communication. La composante de l'énoncé, qui lui donne sa valeur d'acte est appelée *force illocutoire*. Cette force va venir s'appliquer au contenu propositionnel de tout énoncé. C. Kerbrat-Orecchioni²² illustre cette force illocutoire par le biais de ces quatre énoncés.

- 1- Jean fume beaucoup.
- 2- Jean fume-t-il beaucoup ?
- 3- Fume beaucoup, Jean !
- 4- Plût au ciel que Jean fumât beaucoup !

Le contenu propositionnel est similaire dans les quatre énoncés : le sujet « Jean » se voit attribuer le prédicat « fume beaucoup ». En revanche, la force illocutoire est bien différente dans chacun de ces énoncés. Ainsi, l'énoncé 1 est une assertion, le 2 une question, le 3 un ordre, et le 4 un souhait.

J.R. Searle nous invite à bien distinguer, d'un point de vue terminologique les actes de langage ou actes illocutoires d'une part, qui désignent les différentes actions que l'on peut accomplir par des moyens langagiers (on peut accomplir l'action de promettre par le langage, mais pas celle de courir par exemple) ; les forces illocutoires d'autre part, qui vont particulariser un acte de langage (« *Ferme la porte* » possède une force illocutoire d'ordre) ;

²⁰ Searle, J. (1996). *Les actes de langage*.

²¹ Searle, J. (1996). *Les actes de langage*

²² Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours*. p.16

et enfin les verbes illocutoires qui sont des unités lexicales permettant de désigner les différents actes illocutoires.

J.R. Searle ne s'en tient pas à cela et continue, à travers *Sens et expression*, paru en 1982, de remodeler la théorie austinienne en identifiant quatre actes de langage.

-*L'acte d'énonciation* correspond à la production d'un énoncé dans le respect des règles grammaticales de la langue produite.

-*L'acte propositionnel* désigne le contenu sémantique de l'énoncé : on peut identifier un sujet et un prédicat dans l'énoncé produit. A ce sujet, J.R. Searle précise qu'un énoncé peut ne pas avoir de contenu propositionnel. Il en est ainsi dans des énoncés tels que « *Aïe !* » ou « *Bravo !* ».

-*L'acte perlocutoire* fait référence à l'effet produit par l'énoncé du locuteur sur l'auditeur.

-*L'acte illocutoire* renvoie à l'acte posé intentionnellement par le locuteur à travers son énoncé. Les caractéristiques de cet acte sont à la fois textuelles et contextuelles.

Toujours dans la continuité et le remaniement des théories de J.L. Austin, J.R. Searle reprend la classification des verbes à valeur illocutoire et élargit cette classification, présentant cinq actes illocutoires formant ce que l'on nomme la taxinomie de Searle.

-*Les actes assertifs* engagent le locuteur à la vérité de la proposition exprimée. Ces actes englobent les assertions, les descriptions, les identifications, les explications etc.

-*Les actes directifs* témoignent de l'intention du locuteur d'obtenir quelque chose de la part de l'auditeur. Searle y classe les ordres, requêtes, supplications ou encore les sollicitations.

-*Les actes promissifs* engagent la responsabilité du locuteur à faire quelque chose. La promesse ou l'engagement étant sans aucun doute la forme la plus pure d'acte promissif.

-*Les actes expressifs* expriment un état psychologique et sont représentés par le remerciement, les excuses, la déploration etc.

-*Les actes de déclaration* regroupent les performatifs, au sens le plus fort du terme. Leur fonctionnement dépend de l'existence extralinguistique de l'Objet, qui peut être la religion ou la loi. Le statut du locuteur seul légitime ses propos et l'accomplissement de l'acte. Nous pouvons citer les sentences « *je vous déclare mari et femme* » ou encore « *je vous nomme Chevalier de la Légion d'Honneur* ».

Au-delà de ces remaniements des théories austiniennes, J.R. Searle introduit, en 1979, le concept d'actes de langage indirects. Il met en exergue le fait qu'il n'y a pas de

correspondance biunivoque entre un signifiant et un signifié. Ainsi, un même acte de langage peut recevoir un grand nombre de réalisations et une même structure peut exprimer des valeurs illocutoires différentes. Prenons pour exemple un énoncé tel que « *Il fait froid.* ». Il peut exprimer un constat, une plainte, ou appeler à l'acte d'aller fermer une fenêtre ou allumer le chauffage. L'acte de langage indirect exprime donc, sous le couvert d'un autre acte de langage, un acte formulé implicitement, indirectement. Il n'est pas explicite dans le contenu propositionnel. Ici, si l'énoncé « *Il fait froid* » peut signifier la volonté du locuteur que l'auditeur agisse en fermant la fenêtre, cet acte de langage a une valeur littérale apparente, et une valeur réelle de requête. Alors, l'acte assertif est dit secondaire et l'acte directif sous-jacent est l'acte primaire de l'énonciation. C'est le contexte qui va permettre à l'auditeur de déterminer l'acte primaire de l'énonciation, sachant que plus la valeur illocutoire est codée en langue, moins elle a besoin du contexte pour être décodée.

Pour J.R. Searle, avoir la capacité de passer d'un acte illocutoire secondaire (une assertion dans notre exemple) à un acte illocutoire primaire (une requête) procède de la mise en œuvre de stratégie inférentielle. Cette stratégie désigne la capacité de l'auditeur à établir que le but illocutoire n'est pas identique au but littéral ; c'est ainsi qu'il peut identifier le but illocutoire primaire.

- **Paul Grice ou l'intention de communication**

Entre 1957 et 1969, le philosophe P. Grice élabore une théorie sémantique et pragmatique fondée sur l'hypothèse du caractère intentionnel de la communication. Afin de comprendre cette théorie, il est indispensable de définir dès à présent la notion de signification non naturelle²³. La volonté de signifier à un auditeur quelque chose qui n'est pas connu d'avance consiste à instaurer une relation intentionnelle de communication. La signification non naturelle, qui peut être rapprochée de l'acte illocutoire primaire décrit par J.R. Searle, s'applique donc à la communication humaine, en opposition à la signification naturelle que l'on observe, par exemple, dans les relations causales naturelles (l'orage est signe d'intempérie par exemple) et pour lesquelles il ne peut y avoir de signification sous-jacente intentionnellement dissimulée.

²³Paveau, M., & Sarfatin, G. (2003). *Les grandes théories de la linguistique*. p.216

Seuls les actes ayant pour but la reconnaissance par le destinataire de l'intention du locuteur vérifient le principe de signification non naturelle. La réussite d'un acte de langage reste donc suspendue à l'inférence qui permet au destinataire d'identifier, ou non, les contenus que le locuteur a souhaité lui transmettre. Prenons comme exemple un policier qui arrête une voiture en faisant un signe de la main. L'attitude du policier est dotée d'une signification non naturelle qui se doit d'être identifiée et bien interprétée par le destinataire alors qu'un policier arrêtant une voiture en se mettant en travers de son chemin est doté d'une signification naturelle.

La signification non naturelle a ainsi deux intentions, qu'il faut identifier. La première est celle de communiquer. La seconde appelle une identification précise de la signification communiquée.

Ainsi, la mise en œuvre de la signification non naturelle n'est possible que si les interlocuteurs partagent le même code. P. Grice parle à ce sujet de principe de coopération. Cette conformité de chacun au principe de coopération relève de l'identification et la maîtrise de quatre règles appelées « maximes de conversation »²⁴ :

-*La quantité* : la contribution doit contenir autant d'informations que nécessaire (principe d'informativité) et ne doit pas contenir plus d'informations que nécessaire (principe d'exhaustivité).

-*La qualité ou sincérité* : n'affirmer que ce que l'on pense vrai, ce que l'on peut prouver.

-*La pertinence* : il faut être pertinent par rapport au contexte de conversation.

-*La manière* : ne pas s'exprimer de manière obscure ou ambiguë.

Ce dispositif théorique garantit dans la formulation des énoncés comme dans leur compréhension un principe d'économie, qui consiste à associer une signification minimum en vue d'un résultat communicationnel maximum.

Ce dernier point nous amène désormais à explorer les troubles du langage et de la communication qui affectent les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade précoce. Nous allons développer ce sujet et nous verrons que le dispositif théorique de P. Grice, comme les théories exposées par R. Jakobson ou encore C.S. Peirce peuvent aider à mieux comprendre les altérations observées et servir de point de départ à un protocole expérimental.

²⁴ Paveau, M., & Sarfatin, G. (2003). *Les grandes théories de la linguistique* p.217

2 Troubles du langage et des fonctions pragmatiques chez le sujet Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies neurodégénératives. Le terme de démence renvoie à une altération globale et persistante du fonctionnement cognitif, suffisamment sévère pour retentir sur la vie professionnelle, sociale et familiale du patient.

Notre étude porte sur les déficits communicationnels observables, et ce dès les premiers stades de la maladie.

2.1 Troubles du langage oral et de la communication

Longtemps, les troubles du langage observés dans la maladie d'Alzheimer ont été rapprochés des tableaux cliniques d'aphasie afin d'en comprendre précisément les caractéristiques. Ainsi, on a utilisé les termes d'aphasie anomique, puis d'aphasie sensorielle transcorticale, ou d'aphasie de Wernicke et enfin d'aphasie globale, sans parvenir à bien cerner la singularité de l'atteinte linguistique de la maladie d'Alzheimer, qui peut conduire à remettre en question ici l'emploi du terme d'aphasie, ou même à parler de troubles extralinguistiques.

Toutefois, la représentation des atteintes par la triade *Agnosie-Apraxie-Aphasie* reste largement employée.

2.1.1 Une classification chronologique.

T. Rousseau, dans *Communication et maladie d'Alzheimer*²⁵, dresse un tableau des modifications de la communication selon les stades de la maladie. A partir du MMS²⁶ de Folstein (1975), test universellement reconnu qui donne un score de 30 et qui permet d'affirmer qu'il y a pathologie lorsque le score est inférieur à 25, il distingue trois niveaux d'atteinte :

²⁵ Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*.

²⁶ Mini Mental Test

15 < MMS < 25 correspond à une atteinte légère.

5 < MMS < 15 correspond à une atteinte moyenne²⁷.

0 < MMS < 5 correspond à une atteinte sévère.

Précisons toutefois que la description qui va être faite ne sera pas systématiquement et sous la même forme retrouvée chez tous les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit plutôt d'un inventaire des différents troubles car la grande hétérogénéité de la maladie d'Alzheimer fait que chaque patient présente un tableau clinique différent.

- **Atteinte légère**

Au stade léger, les capacités de communication sont relativement préservées et ont, de ce fait, longtemps été mises de côté. Toutefois, les premières altérations se font vite ressentir chez les patients.

Au début, on note de très légères perturbations de la compréhension et de la recherche du mot exact. Mais ces altérations parviennent à être compensées :

- Le patient formule des périphrases lorsque le mot juste ne parvient pas à être trouvé.
- Il dévie parfois du sujet mais peut y revenir sans aide.
- Il présente des difficultés très légères pour comprendre les messages longs et complexes.
- Il a tendance à faire des commentaires subjectifs et personnels lorsque cela n'est pas demandé.

Plus tard, les difficultés d'expression et de compréhension s'accroissent, en raison de la progression des altérations cognitives. Ces difficultés se retrouvent surtout dans les situations de communication peu familières et/ou perturbantes :

- Le patient utilise des paraphrasies sémantiques (chien pour chat) ou des périphrases pour les mots moins fréquemment utilisés.
- Il s'écarte souvent du thème mais peut toujours y revenir sans aide extérieure.
- Il peut avoir des difficultés à initier une conversation.
- Il lui arrive de demander à un interlocuteur de répéter isolément des éléments d'un message trop long ou trop complexe.

²⁷ Le consensus international emploie préférentiellement les termes d'atteinte légère, modérée et sévère. De même, les scores obtenus au MMS sont différemment interprétés.

-Il présente des difficultés à comprendre les informations d'une conversation.

-Il a tout de même conscience de ses difficultés et ses erreurs, ce qui lui permet de se corriger la plupart du temps.

- **Atteinte moyenne**

A ce stade, on décrit une forte diminution de la communication spontanée. En effet, les difficultés croissantes de décodage du message conjuguées à des difficultés d'expression des besoins les plus essentiels conduisent le patient à moins s'exprimer et échanger. Alors, les interlocuteurs se trouvent dans l'obligation de poser des questions au patient pour comprendre d'une part ce qu'il veut dire mais également pour initier une prise de parole et ainsi solliciter la communication. Les modifications langagières les plus caractéristiques de ce stade de la maladie sont :

-Les paraphrasies s'éloignent de plus en plus du mot cible (aliment pour pomme).

-Le stock lexical se réduit fortement.

-Des troubles au niveau de la cohésion et la cohérence du discours apparaissent.

-Des difficultés de compréhension du vocabulaire usuel se multiplient.

-La communication peut s'arrêter à tout moment ou au contraire se prolonger de manière incohérente.

-Le thème conversationnel ne peut être maintenu sans aide.

-Le nombre de mots utilisés est largement supérieur au nombre de mots requis.

-Les détails secondaires passent avant les éléments principaux.

-Les pronoms n'ont parfois pas de référent, de telle sorte qu'il devient difficile pour l'interlocuteur de décoder le message sans poser de questions.

-Les phrases laissent parfois place à des fragments de phrases.

-Des répétitions de sons, de syllabes, de mots ou de phrases commencent à apparaître.

-L'initiation d'une conversation est de plus en plus difficile.

-La conscience des difficultés de communication et des erreurs disparaît peu à peu.

Puis, plus tard à l'intérieur de ce même stade, on observe que les essais de communication des patients sont limités et peu efficaces du fait de l'éloignement entre la cible et la production. La compréhension est donc tout aussi difficile et demande à l'interlocuteur de faire preuve de déduction.

-
- Les paraphrasies n'ont plus réellement ou plus du tout de lien avec le mot cible.
 - La présence de jargon, d'écholalies, de persévérations et d'une réduction massive du vocabulaire réduit considérablement l'intelligibilité du discours.
 - Des phrases automatisées ou des mots phrases sont utilisés pour exprimer des besoins.
 - Les réponses oui/non sont incertaines.
 - Les tours de parole ne sont plus respectés même si le patient a conscience de la présence d'un interlocuteur.

- **Atteinte sévère**

A ce stade, la plupart du temps, toutes les fonctions verbales ont disparu et il n'y a plus de langage oral.

- Des gestes ou des gémissements peuvent être employés pour signifier la reconnaissance d'un interlocuteur ou un sentiment.
- Quelques mots peuvent encore être employés isolément, tout comme des syllabes ou des sons.
- Le langage oral n'est plus compris mais toutefois, on peut observer quelques signes de reconnaissance de personnes, de bruits familiers ou de musique.

Toutes ces indications de classification ne doivent pas être vues comme un scénario applicable à chaque patient. De nombreux facteurs tels que l'âge, le niveau socio-culturel ou encore le sexe influencent l'évolution de la maladie et donc le fonctionnement de la communication.

2.1.2 Une classification sémiologique

Dans un article paru en 2008, M. Barkat-Defradas et al.²⁸ nous présentent une classification différente, qui met l'accent sur l'altération en elle-même plus que sur son stade d'apparition. Ainsi, ils présentent une sémiologie linguistique qui serait commune à tous les patients, en se basant sur les travaux de D. Cardebat et al.²⁹ qui, en 1995, ont mis en évidence

²⁸ Barkat-Defradas, et al.(2008). *Les troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer*.

²⁹ Cardebat, D., Aithamon, B., & Puel, M. (1995). *Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer*.

le fait que les troubles du langage évoluent distinctement des autres déficits cognitifs. De manière générale, M. Barkat-Defradas et al. montrent que les altérations langagières se manifestent principalement sur le versant expressif oral alors que le langage écrit et la compréhension ne seraient altérés que plus tardivement. Les trois principales altérations sont l'apparition d'un manque du mot, d'une dissociation sémantique et l'appauvrissement progressif du discours. Toutefois, d'autres études ont observé la manifestation d'une dysorthographe intervenant tôt dans le processus dégénératif.

-Manque du mot. Dans l'ordre d'apparition, ce trouble atteint les noms propres, les dates, les mots les moins fréquents de la langue puis les mots familiers. Les stratégies compensatoires les plus fréquentes sont la paraphrasie sémantique par hyperonymie (insecte employé pour mouche), par cohyponymie (abeille employé pour mouche) par hyponymie (mouche employé pour insecte) ; ainsi que par circonlocution (ou périphrase). L'utilisation de plus en plus fréquente de mots génériques rend le discours de moins en moins informatif.

-Dissociation sémantique. A un stade plus avancé, le manque du mot croît et oblige le patient à employer des mots de plus en plus éloignés du mot cible. Des dissociations apparaissent alors ; la dénomination des objets inanimés étant plus altérée que celle des objets animés. Le phénomène de dissociation automatico-volontaire est également de plus en plus observé, surtout en situation de test clinique, ce qui est à prendre en compte. Sur le plan discursif, l'absence de verbalisation des éléments cruciaux ainsi que l'intrusion d'épisodes narratifs n'appartenant pas au discours source (combinaison entre la mise en exergue d'éléments secondaires et la tendance à la personnalisation du récit) donnent lieu à une incohérence narrative de plus en plus prégnante.

-Appauvrissement du discours. Cet aspect sémiologique est à entendre tant sur le plan qualitatif que quantitatif. L'importante réduction du stock lexical combinée à des constructions syntaxiques peu élaborées voire incorrectes font que le contenu informatif se réduit de plus en plus. La perte progressive d'initiative de communication ainsi que l'apparition d'écholalies et palilalies réduit les échanges et leur efficacité. Enfin, l'altération progressive de la compréhension appauvrit plus encore le discours par une inadéquation et une difficulté de maintien du thème d'un discours.

Dans ce dernier item, Barkat-Defradas et al.³⁰ intègrent également tous les éléments de la pragmatique du langage sans réellement les identifier et les regrouper en tant que tels. En effet, cet article nous présente les troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer alors que les capacités pragmatiques sont plus à rapprocher de la communication. Toutefois, cet article met en avant que les indices linguistiques seuls ne peuvent rendre compte des altérations observables chez un sujet atteint de la maladie d'Alzheimer ; c'est en se tournant vers la pragmatique que les cliniciens peuvent aujourd'hui rendre compte des troubles communicationnels présents.

2.2 Altérations des capacités pragmatiques du langage

La compétence que l'on nomme *compétence pragmatique* pour la distinguer de la compétence strictement linguistique désignant la maîtrise du code, reflète l'aptitude à utiliser le langage pour atteindre certains buts. Plus précisément, cette compétence pragmatique peut se définir comme la capacité d'un individu à effectuer des choix de contenus, de formes et de fonctions appropriées au contexte, ce qui implique à la fois la maîtrise d'habiletés spécifiques (que nous allons développer) et d'habiletés cognitives plus générales comme la planification d'une action ou les capacités inférentielles.

La classification que nous allons proposer ici est celle mise au point par Berrewaerts et al.³¹, inspirée entre autres des travaux de T. Rousseau³² qui décrit en 1995 les troubles pragmatiques par :

- Une simplification syntaxique et sémantique.
- L'utilisation de plus en plus fréquente d'actes automatiques verbaux ou non-verbaux.
- L'utilisation d'actes inadéquats du point de vue sémantique (59% par manque de cohérence, 33% par manque de cohésion et seulement 8% par absence de feed-back).
- Une diminution de l'appétence à la communication, avec des difficultés d'adaptation à certaines situations.

³⁰ Barkat-Defradas, et al.(2008). *Les troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer*.

³¹ Berrewaerts, J., Hupet, M., & Feyereisen, P. (2003). *Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer*

³² Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. p. 58 à 64

Toutefois, T. Rousseau dit également que la fluidité verbale, la prosodie ou encore l'intelligibilité sont des paramètres peu touchés en début de maladie, ce qui peut éventuellement être contesté.

2.2.1 Aspects généraux

- **Efficacité de la transmission des informations**

L'efficacité de la communication concerne la capacité à transmettre l'information pertinente de manière la plus concise possible. Cette habileté est souvent estimée quantitativement par le rapport entre le nombre d'unités d'informations, c'est-à-dire d'idées transmises et le nombre total de mots produits. Toutes les études menées, la plupart du temps à partir de description d'image, montrent que les patients atteints par la maladie d'Alzheimer communiquent de façon moins efficace que les sujets âgés sains ; et cela dès le stage léger ou modéré de la maladie. Les études menées à partir de la description d'image du *voleur de biscuit* (issue du Boston Diagnostic Aphasia Examination de Goodglass et Kaplan, 1983) indiquent que les patients Alzheimer évoquaient un moins grand nombre d'éléments clés tout en ne produisant pas moins de mots. Ces patients transmettent donc moins d'informations par quantité de discours.

En 1996, Croisile et al.³³ se sont penchés sur la description d'image en comparant les productions orales et écrites. Les résultats concernant les productions orales montrent que, parallèlement à la diminution du nombre d'unités d'informations transmises, on observe une augmentation du nombre d'éléments sémantiques [ou de mots], de paraphrasies, de répétitions, de termes flous et de phrases vides (c'est-à-dire qui n'apportent rien au récit).

D'autres études réalisées à partir de peintures figuratives ou de fables ont montré que les patients ne parviennent pas à réaliser les inférences nécessaires à l'interprétation de ce qui leur est présenté. En outre, on observe une forte augmentation du nombre de modalisations (termes manifestant le degré d'adhésion du locuteur à son énoncé tels que les verbes *pouvoir*, *devoir*, les adverbes *peut-être*, *sûrement* ou l'emploi du *conditionnel*) qui sont un moyen de compensation du manque du mot par un discours plus hypothétique.

³³ Croisile, et al. (1996). *Comparative Study of Oral and Written Picture Description in patients with Alzheimer's Disease*

L'efficacité de la transmission des informations est donc altérée chez les sujets Alzheimer dès le stade précoce ou léger. Le discours est parasité par des éléments inutiles, secondaires ou répétitifs, ce qui réduit l'informativité tout en ne réduisant pas la longueur des productions. L'expression est donc moins concise, ce qui affecte directement la cohérence du discours.

- **Cohérence du discours**

Chaque phrase d'un discours contribue à une certaine idée ou information propositionnelle, et chaque phrase est reliée à ce qui la précède et à ce qui la suit, de telle façon que le discours entier ou la conversation soit « à propos de quelque chose ». La cohérence dépend donc du maintien d'une unité thématique.

Dans ce domaine, il convient de distinguer cohérence globale et locale.

-La cohérence globale, ou macrostructure, désigne la manière dont le discours est organisé en fonction d'un but, d'un thème. Elle correspond au lien entre une phrase et le sujet général du discours. De nombreuses études menées mettent en évidence une altération de cette cohérence globale dans la maladie d'Alzheimer. La plus récente, menée par Arkin et Mehendra en 2001 montre que sur onze patients interrogés (sur une question de type « Racontez-moi votre journée » ou « que savez-vous de J.F. Kennedy et sa famille ? »), cinq ont dévié du thème premier en cours de discussion et ont poursuivi sans revenir au thème premier sans incitation extérieure. Ces résultats viennent étayer des observations déjà faites en 1991 par Andree et Benke qui ont montré que sur onze patients, seuls trois ont mentionné le thème principal sur une tâche de description d'image.

-La cohérence locale, ou microstructure, assure les liens conceptuels entre les phrases et les propositions au moyen d'unités textuelles plus petites ; maintenant ainsi le sens dans le discours. Elle désigne le lien entre une phrase et ce qui la précède directement. Les différentes études menées dans le domaine de la cohérence du discours des patients Alzheimer met en évidence une conservation des habiletés pragmatiques dans le domaine de la cohérence locale. En effet, les unités microlinguistiques, qui font le lien entre les phrases ou les propositions, sont préservées et toujours utilisées à bon escient dans la majorité des cas. L'étude de Arkin et Mehendra illustre la préservation de cette cohérence locale : les patients parviennent à maintenir le thème de digression.

La cohérence du discours fait également référence aux capacités d'introduction, de maintien et de clôture d'un discours. A ce sujet, les études menées diffèrent quelque peu. En 1995, Mentis, Briggs-Whittaker et Gramigna s'intéressent à cet aspect de la cohérence en langage spontané. Ils remarquent chez les patients Alzheimer davantage de changements de sujet non cohérents, des difficultés à développer un sujet dans le contexte conversationnel ainsi que des difficultés à maintenir le sujet en cours de manière claire.

D'autres études nuancent ces résultats en conférant aux sujets Alzheimer les mêmes capacités à maintenir un thème conversationnel qu'aux sujets sains. La principale altération résiderait alors dans les raisons de changement de thème. En effet, les sujets sains changent de sujet lorsque celui-ci leur semble avoir été mené à terme alors que les patients Alzheimer changent de sujet de conversation suite à une mauvaise gestion d'éventuels échecs dans la continuation du thème ou à la répétition d'une idée.

Ce manque de cohérence globale du discours, qui n'entrave pas la communication aux stades léger et modéré, doit être rapproché de la cohésion du discours.

- **Cohésion du discours**

L'évaluation de la cohésion d'un discours se fait à partir de l'analyse des outils linguistiques employés. Les marqueurs de la cohésion d'un discours sont grammaticaux ou lexicaux.

-*La cohésion syntaxique* se manifeste par l'emploi de pronoms, la coordination, la subordination etc. Elle regroupe les différentes structures grammaticales employées dans un discours afin qu'il soit le plus clair possible.

-*La cohésion lexicale* fait référence aux phénomènes de répétition, de synonymie, de dérivation ou d'appartenance à un champ sémantique. En règle générale, la cohésion est basée sur la répétition mais il est nécessaire d'employer des termes variés afin de ne pas alourdir un discours.

Halliday et Hasan, en 1976, classent ces outils linguistiques en cinq catégories : la référence, la substitution, l'ellipse, la conjonction, la cohésion lexicale.

Dans ce domaine, la plupart des études mettent en avant des erreurs référentielles par l'utilisation de pronoms sans antécédent clair ainsi que des difficultés à identifier un antécédent dans un discours. Qu'il s'agisse de narrations à partir d'image ou de questions

personnelles, les patients Alzheimer produisent davantage de pronoms que les sujets âgés sains mais aussi davantage de pronoms que de syntagmes nominaux, ce qui entrave la cohésion du discours sans toutefois menacer la compréhension du discours dans les premiers stades de la maladie. Aux stades plus avancés, on observe une forte diminution de l'emploi de marqueurs temporels, la conjonction « et » se substituant à toutes les autres. De la même manière, les structures subordonnées se font plus rares, au profit de la coordination. Ainsi, si la cohésion n'empêche pas la compréhension globale du discours chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, toutes les études convergent en ce sens : le discours va dans le sens de l'appauvrissement et de l'utilisation stéréotypée des structures syntaxiques et lexicales les plus simples.

2.2.2 Aspects spécifiques

Dans leur classification des troubles des capacités pragmatiques du sujet Alzheimer, J. Berrewaerts et al. se penchent sur deux types de discours : la narration et la conversation, afin de mettre en évidence des troubles spécifiques.

- **Compétence narrative**

En 1995, Kemper et al. comparent le récit de patients Alzheimer avec celui de leurs conjoints et mettent en évidence des différences significatives : le récit des patients Alzheimer est plus court et fragmentaire. En outre, il est rare que les patients Alzheimer élaborent un récit avec un début, un développement et une fin clairement identifiables.

En 1994, Cardebat et Joanne mettaient en exergue l'incohérence macro-structurelle du récit des patients Alzheimer : en effet, il est fréquent que, par manque de lexicalisation des épisodes cruciaux et par intrusion d'épisodes secondaires, le récit ne suive pas le déroulement logique du script. Il s'agit donc d'un trouble de la sélection mais aussi de l'organisation de l'information. A ce sujet, d'autres études ont pu montrer que les patients Alzheimer avaient plus de difficultés que les sujets âgés sains à raconter le déroulement d'une journée classique,

par mauvaise reconstitution du script mais aussi par introduction d'éléments qui n'appartiennent pas au script cible.

En 1997, S. Ehrlich, L. Obler et L. Clark³⁴ mettent en avant la question de l'origine de ces troubles de la compétence narrative et montrent que ces désordres sont en partie d'origine prélinguistique. En effet, le *système idéationnel* serait responsable de l'élaboration du but global du discours narratif ainsi que de sa traduction en schéma propositionnel alors que le *système lexico-sémantique* permettrait de mettre en forme cette élaboration, de traduire le schéma idéationnel en structure linguistique. Prenons comme exemple le nombre important de phrases inachevées dans le discours des patients Alzheimer, il faut considérer d'une part une possible altération du schéma idéationnel qui entrave l'élaboration prélinguistique et d'autre part, les éventuelles difficultés d'ordre lexico-sémantique pour mettre en forme linguistique l'idée première.

Ainsi, la compétence narrative est une activité cognitive complexe qui nécessite une gestion en temps réel de diverses composantes : la génération et l'organisation du contenu (système idéationnel) ainsi que la lexicalisation et la sémantisation de ce contenu (système lexico-sémantique).

- **Tours de parole et actes de langage**

L'analyse de la gestion des tours de parole dans le discours des patients Alzheimer nous renseigne sur leur compétence conversationnelle. Dès le stade précoce de la maladie, on observe une augmentation des temps de pauses entre les prises de parole, c'est-à-dire lors d'un changement d'interlocuteur. En conséquence, le débit de parole est plus lent. Dès lors, nous devons préciser que, malgré des temps de pauses parfois très longs, il semble que même à un stade avancé de la maladie, les patients peuvent conserver la notion, la conscience de tours de parole malgré les déficits d'ordre mnésique ou attentionnel.

Une étude récente menée par Boyd et McLagan en 2009³⁵ montre que la fonction des pauses varie selon l'évolution de la maladie. Au stade léger ou modéré, les pauses correspondent à des difficultés d'accès lexical (microstructurel) alors qu'aux stades plus avancés, les pauses

³⁴ Ehrlich, J. S., Obler, L. K., & Clark, L. (1997). *ideational and semantic contributions to narrative production in adults with dementia of the Alzheimer's type*.

³⁵ Boyd, D., & McLagan, M. (2009). *Examining pauses in Alzheimer's discourse*

traduisent des difficultés de récupération d'éléments narratifs plus généraux (macrostructurels). Cette étude nous apprend également que contrairement aux sujets âgés sains qui manifestent des pauses selon les structures grammaticales de leur discours (après une proposition, une phrase ou un paragraphe), les pauses effectuées par les sujets malades se font hors des structures syntaxiques naturelles, de façon anarchique.

Les hésitations (manifestées par les termes *euh* ou *hmm*) et répétitions (de syllabes, mots, segments de phrases ou phrases entières) sont également à rapprocher de la gestion des tours de parole et peuvent être considérées comme des pauses remplies (en opposition aux pauses silencieuses).

La capacité à initier, maintenir et clôturer un discours procède également de la compétence conversationnelle. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les patients Alzheimer ont des difficultés à gérer ces marques du discours qui permettent aux différents interlocuteurs de comprendre et anticiper les changements de locuteurs.

La variété et l'équilibre entre les différents actes de langage est également une composante conversationnelle qui se trouve altérée dans la maladie d'Alzheimer.

Les études montrent que les patients Alzheimer produisent de plus en plus de requêtes et de moins en moins d'assertions. Selon Ripich et al. en 1991, cette augmentation du nombre de requêtes constituerait une stratégie compensatoire à un manque de confiance en leur discours et leur raisonnement, et ce dès les premiers stades de la maladie. Plus tard, on remarque également que les requêtes à valeur de clarification diminuent au profit de requêtes de confirmation. Dans cette étude, Ripich et al. mettent également en avant que malgré ces altérations, les patients sont capables, jusqu'au stade modéré de la maladie, de produire différents types d'actes de langage adaptés à la situation conversationnelle (assertions, requêtes, réponses etc.).

Il a également été démontré que les patients, jusqu'à un stade avancé de la maladie, conservent leurs facultés d'adaptation face à des interlocuteurs différents, des situations conversationnelles variées.

- **Procédures de réparation**

La compétence pragmatique se manifeste également par la capacité à signaler un problème de langage et le corriger. Une procédure de réparation se constitue de l'élément source du problème, son identification et sa correction. Nous pouvons distinguer les autocorrections, à l'initiative du locuteur, de type « *La femme, enfin je veux dire la mère, fait la cuisine* » et les corrections à l'initiative de l'interlocuteur, de type « *Elle est contente. Qui est contente ? Euh, pardon, la petite fille est contente* ». A ce sujet, une étude menée en 1992 par McNamara et al. nous indique que si les sujets âgés sains corrigent entre 72% et 92% de leurs erreurs, les patients Alzheimer ne se corrigent que dans 24% des cas. Cette différence édifiante, liée à un trouble des fonctions cognitives mais aussi exécutives, s'explique par le fait que les patients ne sont plus conscients du décalage entre ce qu'ils voudraient dire et ce qui est produit et ne se corrigent donc que très peu.

Dans la maladie d'Alzheimer, les déficits cognitifs qui augmentent la fréquence de survenue de ces problèmes de langage ou de communication (déficits d'ordre mnésique, linguistique ou encore attentionnel) compromettent également cette capacité de correction. On entrevoit alors que les troubles associés aux difficultés de langage ne peuvent être ignorés et doivent, au contraire, être pris en compte à chaque instant.

2.3 Troubles associés influant sur les capacités de communication

Dans la maladie d'Alzheimer, le motif de consultation initiale varie considérablement ; toutefois, quel que soit le premier signe de la maladie, il marque le début d'une détérioration graduelle de l'ensemble des fonctions cognitives et comportementales du patient.

2.3.1 Perturbations cognitives

- **Atteinte mnésique**

La mémoire est le plus souvent la première fonction cognitive touchée même si elle n'est pas toujours le premier signe de la maladie ressenti par les patients. A ce sujet, nous

nous devons de préciser qu'une plainte mnésique peut également apparaître chez la plupart des sujets âgés; la principale différence résidant dans le fait qu'un sujet sain parvient à mettre en place des stratégies appropriées à ses difficultés (regarder un agenda, mettre ses clés dans un vide-poche etc.).

Les premières perturbations mnésiques concernent la *mémoire épisodique*, système qui permet d'enregistrer, de stocker ainsi que de récupérer des informations personnelles situées dans leur contexte spatial, temporel et émotionnel. Cette mémoire à long terme constitue l'histoire personnelle de chacun. Dans la maladie d'Alzheimer, le déficit d'encodage, c'est-à-dire de la transformation de l'information reçue en élément susceptible d'être réactualisé ultérieurement, entraîne un oubli à mesure (oubli d'emplacement d'objets, de rendez-vous, de noms de personnes peu familières etc.) mais aussi une perte des repères temporels. Les souvenirs les plus rapidement atteints sont les plus récents (naissance de petits-enfants ou décès d'un membre de la famille) alors que les souvenirs d'enfance sont plus longtemps conservés.

La *mémoire de travail*, ou mémoire à court terme est un système à capacité limitée destiné au maintien temporaire de l'information nouvelle (par l'intermédiaire de *systèmes-esclaves*, *boucle phonologique et calepin visuo-spatial*) et à sa manipulation (grâce à l'intervention d'un *administrateur central*) pendant la réalisation d'une série de tâches cognitives telles que la compréhension et le raisonnement³⁶. Ce système de mémoire est fragile, et nécessite une certaine attention. Dans la maladie d'Alzheimer, il s'altère, particulièrement l'administrateur central, ce qui conduit à des difficultés de compréhension et d'exécution de tâches au quotidien.

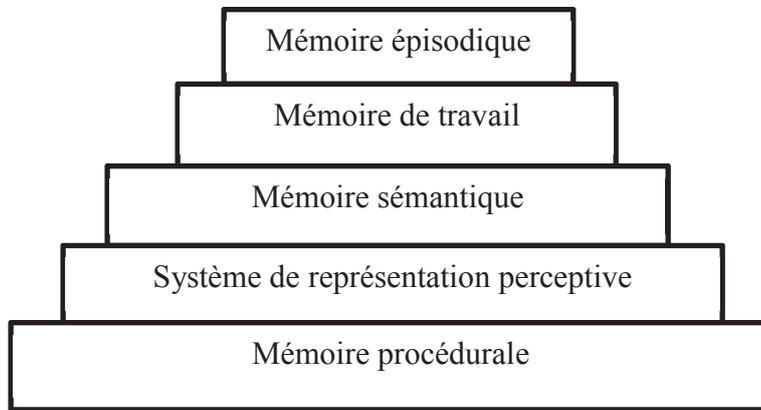
L'altération de la *mémoire sémantique*, qui est le système mnésique regroupant les connaissances générales factuelles sur le monde, la mémoire des concepts, mais aussi des mots, se traduit dans la maladie d'Alzheimer dans le langage par un manque du mot, des paraphrasies ou encore des périphrases, et au-delà par une perte de l'ensemble des savoirs sur les choses et les êtres.

La *mémoire procédurale*, qui porte sur les habiletés motrices ou les savoir-faire, n'est pas touchée aux premiers stades de la maladie mais se détériore ensuite, se manifestant principalement par des atteintes praxiques.

Les altérations mnésiques de la maladie d'Alzheimer se font dans le sens inverse du modèle pyramidal proposé par Tulving en 1995, qui propose une hiérarchisation des sous-systèmes de

³⁶ Dubois, B., Tousni, H., Michon, A., & Deweer, B. (1997). *Les déficits cognitifs dans la maladie d'Alzheimer*

mémoire en fonction de leur origine et de leur prépondérance au sein du système cognitif, partant de la mémoire procédurale à la mémoire épisodique (de bas en haut). L'accès à un niveau supérieur dépend alors du traitement opéré par les niveaux inférieurs.



[Schéma inspiré du modèle de Tulving, 1995]

- **Atteinte perceptivo-motrice**

L'atteinte perceptivo-motrice dans la maladie d'Alzheimer se manifeste par des troubles praxiques et gnosiques.

Le trouble praxique, incapacité à effectuer un geste malgré des fonctions sensorielles intactes, apparaît le plus souvent au stade modéré de la maladie sous plusieurs formes.

L'apraxie gestuelle se manifeste bien sûr en conditions d'examen mais est rapidement envahissante dans la maladie car elle retentit sur les possibilités de communication gestuelle et surtout sur l'utilisation des objets du quotidien. La réalisation gestuelle est désorganisée (*apraxie idéo-motrice* ou trouble de l'organisation des kinèmes selon Signoret) et, par ailleurs, l'idée même du geste à effectuer s'altère (*apraxie idéatoire* ou perte du gestème selon Signoret). Dès lors, les patients ne parviennent plus à utiliser un stylo, servir une tasse de thé, effectuer correctement les gestes du rasage ou du maquillage...

Une *apraxie constructive* (incapacité à agencer les différentes parties d'un tout afin de reproduire un dessin, une forme géométrique sur ordre ou sur copie) apparaît également chez la plupart des patients et peut se manifester par des difficultés d'ordre spatial, jusqu'à une incapacité totale de reproduction de formes simples.

Enfin, l'*apraxie de l'habillement*, qui survient également à un stade avancé de la maladie handicape sévèrement l'autonomie des patients qui manipulent les vêtements de façon incohérente et ne parviennent parfois pas à se vêtir.

Le trouble gnosique est une incapacité à reconnaître ou identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes. Plus tardive que l'apraxie, l'agnosie se manifeste principalement dans la maladie d'Alzheimer par des agnosies visuelles qui constituent un réel handicap pour les patients.

La *prosopagnosie* (difficulté de reconnaissance de visages connus) est un des signes les plus gênants de la maladie d'Alzheimer, tant pour le patient que pour ses proches. Le patient reconnaît de moins en moins ses proches, ce qui est difficilement accepté et peut conduire à l'isolement.

L'*agnosie spatiale* se manifeste par un trouble de la reconnaissance des paramètres spatiaux des objets et des rapports topographiques qu'ils entretiennent entre eux mais principalement, chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, par une perte de la mémoire topographique, c'est-à-dire des repères spatiaux permettant la reconnaissance des lieux familiers et l'orientation dans ceux-ci.

L'*agnosie graphique* (difficulté à reconnaître des symboles abstraits tels que les panneaux routiers ou les logos) réduit considérablement l'autonomie des patients et constitue un réel danger lors de déplacements.

Ces troubles de la reconnaissance et de la reproduction évoluent au fil de la maladie et entravent la vie quotidienne des patients tout en réduisant le champ d'action des aidants. Si l'apraxie et l'agnosie ne retentissent que peu directement sur les capacités communicationnelles du patient, elles participent à réduire les échanges et les productions spontanées des patients.

- **Atteinte des fonctions exécutives**

Les fonctions exécutives représentent un ensemble de processus qui sont altérés précocement dans la maladie d'Alzheimer.

La *stratégie* est la capacité de mettre en œuvre les moyens les plus appropriés afin d'atteindre un but. La *planification* a pour but l'organisation, l'agencement en termes de priorité des étapes nécessaires à la mise en place d'une stratégie. L'*inhibition* permet d'empêcher à une information non pertinente d'entrer dans la mémoire de travail mais également de supprimer

ensuite des informations jugées pertinentes qui s'avèrent ne plus l'être. *La flexibilité mentale* permet d'adapter la stratégie en fonction des conditions environnementales.

Dans la maladie d'Alzheimer, on observe que les tâches nécessitant le déroulement simultané de deux types de traitement de l'information, l'établissement de priorités, la résolution de problèmes, la coordination ou l'ordination sont affectés. Ces déficits sont également impliqués dans les troubles de la mémoire épisodique. De nombreuses études, notamment celle menée par B. Dubois et al.³⁷, ont mis en évidence la présence de déficits d'abstraction, de raisonnement, de flexibilité mentale ou encore de planification. Les patients ont de plus en plus de difficultés à organiser leur pensée, maintenir leur attention etc. Ces difficultés perturbent la communication et se traduisent par des incohérences dans le discours, des difficultés à soutenir l'attention dans un échange et donc des difficultés à maintenir un thème conversationnel, une désinhibition verbale ou au contraire un désintérêt pour la communication etc. Toutefois, s'il est certain que ces perturbations cognitives influent sur les capacités communicationnelles dans la maladie d'Alzheimer, nous ne pouvons pas exclure le retentissement comportemental et psycho-affectif qu'implique la maladie.

- **Altération de la conscience du trouble**

La conscience de la maladie d'Alzheimer diminue au fil de la maladie, menant à une *anosodiaphorie* (indifférence à la maladie) puis à l'*anosognosie* (inconscience totale ou partielle des troubles engendrés par la maladie). L'*anosodiaphorie* peut être considérée comme un degré inférieur de l'*anosognosie*.

L'*anosognosie* présente une importante variabilité ; d'un patient à un autre, mais également selon le domaine interrogé. En effet, pour un patient donné, l'*anosognosie* peut varier selon le type d'oubli envisagé dans les questionnaires d'autoévaluation ; c'est-à-dire que le patient peut, par exemple, être lucide sur son incapacité à se rappeler des faits nouvellement appris mais présenter une importante *anosognosie* sur ses difficultés d'orientation spatiale. Dans d'autres cas, l'*anosognosie* peut se présenter sous la forme d'une reconnaissance par le patient de l'existence de troubles mnésiques de façon générale corrélée à une sous-estimation de leur retentissement sur la vie quotidienne. Toutefois, un nombre important de patients ne semblant pas reconnaître leurs troubles se montrent conscients d'un changement par rapport à leur état

³⁷Dubois, B., Tousni, H., Michon, A., & Deweer, B. (1997). *Les déficits cognitifs dans la maladie d'Alzheimer*

antérieur, et ce en terme de perte. Alors, l'expression de cette souffrance montre que l'anosognosie peut être inconstante et l'on rencontre des patients conscients de leurs troubles jusqu'à un stade avancé de la maladie.

2.3.2 *Perturbations comportementales et psycho-affectives*

Les altérations cognitives que nous venons d'exposer s'accompagnent de troubles comportementaux et psycho-affectifs dont la classification et la catégorisation est très variable selon la littérature, ce qui montre à quel point il est difficile d'affirmer ce qui est du domaine de la symptomatologie de la maladie et ce qui est du domaine du retentissement de la maladie.

- **L'apathie**

L'apathie est parfois présente dès le stade précoce et va s'accroître au fil du temps. Elle se caractérise par une perte d'intérêt et une moindre participation aux activités proposées, un manque d'initiative et une tendance à l'abandon prématuré des tâches entreprises, une certaine indifférence ainsi qu'un émoussement affectif. Marin décrit le symptôme apathique comme un défaut de motivation par rapport à l'état antérieur du patient se manifestant par trois symptômes³⁸ :

-La réduction des comportements dirigés vers un but, se manifestant par un manque de productivité, l'absence d'efforts, une réduction du temps passé à des activités auxquelles le sujet s'intéressait auparavant, l'absence d'initiative et de persévérance, une compliance comportementale, un retrait social.

-La réduction des processus cognitifs associés aux comportements dirigés vers un but, que l'on observe à travers l'absence d'intérêt pour apprendre de nouvelles choses et faire de nouvelles expériences, l'absence de préoccupation quant à ses problèmes (personnels, médicaux, fonctionnels), une diminution de la valeur attribuée à la socialisation, aux loisirs, à la curiosité ou la persévérance.

³⁸ Ollat, H., & Bottéro, A. (2000). *Apathie et motivation*

-La réduction des processus émotionnels associés aux comportements dirigés vers un but, qui se manifeste par une indifférence affective, l'absence de réactions émotionnelles aux évènements, qu'ils soient positifs ou négatifs.

- **Troubles thymiques**

Les troubles de l'humeur sont très fréquents dans la maladie d'Alzheimer et se manifestent par deux tendances opposées. L'incontinence émotionnelle observable dans la symptomatologie de la maladie d'Alzheimer se manifeste par des pleurs exagérés, lors de circonstances favorisantes (départ d'un proche, discussion sur des thèmes délicats etc.) ou immotivés. L'émoussement affectif, au contraire, est caractérisé par une réduction de l'expression affective, une tendance au repli et à l'indifférence. Ces troubles thymiques sont à rapprocher de la dépression, souvent réactionnelle aux premières difficultés, que l'on retrouve souvent chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Elle se manifeste par la présence d'une tristesse douloureuse et l'absence de recherche de plaisir, le patient se plaint de ses difficultés et fait part de sa souffrance à son entourage.

- **Le dérèglement des conduites élémentaires : sommeil et alimentation**

On observe fréquemment une inversion du rythme naturel de veille-sommeil : le patient dort trop la journée et peu la nuit, a des difficultés à se lever le matin et à initier les activités quotidiennes alors que les nuits sont interrompues par des réveils et des comportements déambulatoires. On parle parfois d'anxiété crépusculaire pour des patients qui manifestent une certaine anxiété à la tombée de la nuit ou des confusions portant sur les cycles journaliers jour-nuit.

Le comportement alimentaire se trouve également souvent modifié. Certains patients n'éprouvent plus de sentiment de faim, ou mangent beaucoup moins qu'avant. A l'inverse, certaines personnes mangent plusieurs repas par jour (plus de trois). Ces perturbations du comportement alimentaire, pouvant mener les patients à l'anorexie ou la boulimie, sont à mettre en corrélation avec deux facteurs. D'une part, ces troubles sont liés à l'oubli : les patients peuvent oublier avoir mangé et ainsi répéter un repas ou au contraire oublier de prendre ce même repas. D'autre part, ces dérèglements sont une conséquence des troubles de

l'organisation et de la perception temporelle qui entraînent une perte des repères journaliers qui s'organisent autour des repas.

- **L'agitation verbale et motrice**

L'agitation, activité inappropriée par sa fréquence ou son décalage avec le contexte social, est très fréquente dans la maladie d'Alzheimer. Elle peut être verbale et se manifeste alors par des cris, des injures ou un jargon logorrhéique difficile à canaliser. L'agitation motrice se traduit par une errance avec ou sans agressivité souvent qualifiée de déambulation. Il arrive fréquemment que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer quittent leur domicile. Ce phénomène, souvent qualifié à tort de « fugue » est en réalité la manifestation d'une quête d'un lieu bien connu auparavant par le patient, qu'il cherche à retrouver. En effet, il est fréquent de retrouver ces personnes à proximité d'une ancienne adresse à laquelle ils ont vécu. Parfois, l'interrogatoire des patients sur la raison de leur disparition soudaine révèle qu'ils pensent être dans une autre ville, un autre endroit, souvent lié à leur histoire passée. Il est également fréquent que les patients ne retrouvent pas leur chemin après une sortie ou s'éloignent sans prendre conscience de la distance parcourue par un phénomène de déambulation. Une agitation motrice agressive envers les aidants peut également être décrite, ce qui conduit souvent au placement des patients.

- **Les manifestations psychiatriques**

Elles sont observables dans les stades avancés de la maladie et constituent une manifestation symptomatique de la maladie. Selon Drevets et Rubin³⁹ en 1989, les manifestations psychotiques chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer sont très fréquentes, variant de 42% à 84%. Cette étude nous affirme ainsi qu'au moins la moitié des patients Alzheimer sera confrontée à des manifestations psychotiques au cours de sa maladie. A ce sujet, une étude menée en 1990 par Burns et al. montre que 16% des patients atteints de maladie d'Alzheimer sont sujets au délire, 13% d'entre eux ont manifesté des hallucinations visuelles et 10% des hallucinations auditives. Cette étude met également en avant, en

³⁹ Drevets, W. C., & Rubin, E. H. (1989). *Psychotic symptoms and the longitudinal course of senile demantia of the Alzheimer's type*. p 39-48.

comparaison avec des sujets âgés sains hospitalisés, une plus grande part d'incontinence, de boulimie ou encore de désinhibition sexuelle chez les sujets Alzheimer.

Ce tableau non exhaustif de troubles associés aux difficultés communicationnelles nous montre à quel point la maladie d'Alzheimer présente une symptomatologie complexe ainsi que des hétérogénéités caractéristiques. Aucune des prises en soin du patient ne peut ignorer les facteurs cognitifs, comportementaux ou psychologiques agissant de concert sur l'évolution de la maladie. Parallèlement à cette considération, il faut toujours garder à l'esprit que si de nombreux éléments appartiennent à la sémiologie de la maladie, certaines manifestations ne sont que les conséquences directes ou indirectes du refus ou de la résignation du patient face à l'évolution de sa pathologie. En effet, certaines manifestations apparaissent alors que le patient est tout à fait conscient de sa maladie et de son évolution. Cette perte progressive de compétence mnésique ou langagière amène les patients à un sentiment d'isolement, de perte de leur statut d'interlocuteur et réduisent la fréquence et l'implication dans les échanges communicationnels, quels qu'ils soient.

3 Prise en soin orthophonique

En France, la part de population des plus de 65 ans représentait en 2010 16,7% de la population totale. Si l'évolution démographique continue à suivre la courbe actuelle, les plus de 65 ans représenteront 26,2 % de la population en 2050⁴⁰.

En 2010, la population comptait 10.354.000 seniors de plus de 65ans ; ils seront donc 18.340.000 en 2050.

Sachant de la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 5 % de la population de plus de 65 ans⁴¹, on estime que s'il y avait en 2010 860.000 personnes de plus de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer, ces patients pourraient être au nombre de 1.300.000 dès 2020 selon les chiffres mis en avant par l'INSEE. On parle actuellement d'un doublement du nombre de patients atteints de maladie d'Alzheimer à l'horizon 2050.

Ainsi, ce rapide calcul nous mène à une prise de conscience de l'importance croissante de l'action des orthophonistes auprès de ces patients, et ce dès les premiers signes de la maladie.

3.1 Importance d'un diagnostic et d'une prise en soin précoces.

A ce jour, de nombreuses études ont permis de mieux connaître les stades initiaux de la maladie d'Alzheimer ainsi que de mieux la différencier de la démence fronto-temporale ou encore de la maladie à corps de Lewy. Ces progrès offrent de nouvelles perspectives thérapeutiques dont l'objectif n'est plus seulement la compensation de déficits de neurotransmission mais plutôt le ralentissement de la progression des lésions elles-mêmes, ce qui pose la question du diagnostic précoce, qui se présente aujourd'hui comme un véritable enjeu.

⁴⁰ (www.insee.fr)

⁴¹ Prévalence fondée sur la conception démentielle de la maladie d'Alzheimer selon les critères du DSM IV.

3.1.1 Critères et intérêt pour l'évolution du langage d'un diagnostic précoce

- **Conduite diagnostique antérieure**

B. Michel, dans *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation*⁴², nous présente les outils diagnostiques les plus couramment utilisés par les neurologues afin de mettre en évidence une démence de type Alzheimer.

Le DSM IV donne une description très complète des atteintes caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. Le diagnostic repose sur l'installation de troubles intellectuels portant de manière partielle ou complète sur la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler des informations antérieurement apprises), une ou plusieurs perturbations cognitives de la liste Aphasie - Apraxie - Agnosie - Perturbation des fonctions exécutives. L'évolution de ces altérations se fait de manière continue et irréversible, les déficits cognitifs ne sont pas dus à des causes organiques, psychique ou à une autre affection du SNC.

Le DSM IV, parce qu'il exige la présence conjuguée de deux critères minimum, ne va pas dans le sens d'un diagnostic précoce car il ne tient pas compte de la possibilité d'une altération unique (mémoire seule ou aphasie seule) au stade précoce de la maladie.

Les critères NINCDS-ADRDA, énoncés en 1984, permettent le diagnostic « probable » de la maladie, puis un diagnostic « probable étayé » et enfin un diagnostic « certain » au cours de l'évolution de la maladie. Toutefois, ces critères présentent le même inconvénient que le DSM IV, à savoir qu'ils ne permettent pas de poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer lorsque la symptomatologie se résume à des troubles isolés de la mémoire, comme cela peut être le cas en phase prodromale.

- **Conduite diagnostique actuelle**

Depuis peu, un nouveau lexique qui révisé et uniformise la définition de la maladie d'Alzheimer pour y intégrer les avancées récentes, notamment en matière d'imagerie, a vu le

⁴² Herisson, C., Touchon, J., & Enjalbert, M. (1996). *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation*. p.122-124

jour. Selon le Pr Dubois, directeur de l'institut de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer, il est aujourd'hui possible de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer trois à quatre ans avant la survenue de symptômes importants⁴³ grâce aux « critères de Dubois », comme les nomme désormais la communauté internationale, présentés en 2007⁴⁴.

Les critères diagnostiques cliniques regroupent les symptômes mnésiques subjectivables par des tests neuropsychologiques. Il s'agit de la présence d'une atteinte précoce et significative de la mémoire épisodique qui inclut :

-Un changement graduel et progressif de la fonction mnésique signalé par les patients et/ou les proches sur une période de six mois.

- Des signes objectifs de l'atteinte significative de la mémoire épisodique lors de tests, comme le test de rappel, dont les résultats ne s'améliorent pas significativement avec le rappel indicé ou lors des tests de reconnaissance.

-Une atteinte de la mémoire épisodique, isolée ou associée à d'autres anomalies cognitives.

Les critères d'appoint, fournis par les épreuves de laboratoires, comprennent les tomographies et tests cérébraux. Le diagnostic se fait alors à partir de la présence d'au moins une de ces anomalies :

-La présence d'une atrophie médio-temporale à l'IRM.

-Un faible taux de A β 42⁴⁵, un taux élevé de protéine tau et phospho-tau dans le liquide céphalo-rachidien.

-Une imagerie fonctionnelle révélant un ralentissement du métabolisme du glucose dans les régions temporo-pariétales bilatérales ou un captage accru de la protéine amyloïde à l'aide de ligands amyloïdes.

-Une mutation autosomique dominante de la maladie d'Alzheimer (Préséniline ou précurseur de la protéine amyloïde) confirmée dans la famille immédiate.

Cette nouvelle perspective dans le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer rompt définitivement avec la qualification de démence. En effet, pour satisfaire les critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer, les patients doivent présenter des troubles épisodiques de la mémoire ainsi que des troubles biologiques visibles par IRM, neuro-

⁴³ Dubois, B. (2011). *Maladie d'Alzheimer: dépister tôt pour traiter mieux.*

⁴⁴ Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., & coll., a. (2007). *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDSADRDA criteria.*

⁴⁵ Cerebrospinal fluid, amyloid β 42.

imagerie PET ou analyse du liquide céphalorachidien. Ainsi, le diagnostic se fait plus tôt mais également avec plus de certitude et de précision. L'objectif de cette adaptation des critères diagnostiques est de permettre à des patients « asymptotiques à risque de maladie d'Alzheimer » (avec un marqueur biologique mais sans manifestation cognitive) ainsi qu'aux patients « présymptomatiques de la maladie d'Alzheimer » (porteurs de mutations génétiques) de participer à des essais cliniques mais aussi d'être pris en charge par les différents professionnels pouvant accompagner les patients et leur famille au plus tôt.

- **Conduite diagnostique des troubles du langage**

Dans *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer*, C. Derouesné⁴⁶ explique que l'entreprise d'un diagnostic plus précoce de la maladie d'Alzheimer passe nécessairement par la reconnaissance de l'altération de domaines tels que le langage dès le stade prédéméntiel de la maladie. Ainsi, l'évaluation d'éventuels troubles du langage spécifiques au stade précoce de la maladie constitue une aide au diagnostic.

Actuellement, le bilan orthophonique dans le cadre de la maladie d'Alzheimer se fait le plus souvent après diagnostic par un neurologue mais est, depuis les années 2000, reconnu comme un élément contribuant au diagnostic. Les épreuves passées évaluent le langage, mais aussi la mémoire et les capacités visuo-spatiales. Les tests les plus employés actuellement sont l'EFCL (Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques), la BEC 96 (Batterie d'Evaluation Cognitive), le MT 86 (protocole Montréal-Toulouse), la DO 80 (Dénomination Orale) ou encore la grille d'auto-évaluation des difficultés cognitives proposant aux patients de décrire et objectiver leur plainte mnésique mais aussi langagière (mise en place par le GRECO⁴⁷). Ces batteries de tests permettent de mettre en place un projet de prise en soin précis en fonction de la sémiologie de chaque patient.

Toutefois, depuis quelques années, les orthophonistes se penchent sur l'élaboration de tests permettant de mettre en évidence des troubles du langage précoces car des lacunes dans l'évaluation du langage au stade prédéméntiel peuvent conduire à une mauvaise évaluation du handicap et un retard de la prise en soin orthophonique. Comme nous l'avons exposé

⁴⁶ Hirsch, E., & Ollivet, C. (2007). *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer: Ethique, soin et société*. p. 75-76

⁴⁷ Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives

précédemment, les premières altérations du langage sont souvent matérialisées par des difficultés d'ordre pragmatique.

C'est pourquoi T. Rousseau a mis au point en 1998 la grille GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de Communication), fruit de la nécessité d'un outil qui prenne en compte l'hétérogénéité des troubles, les facteurs influents, le contexte ainsi que le non-verbal, et cela est possible par l'évaluation des capacités pragmatiques.

Le mémoire de fin d'études d'orthophonie de C. Fernandez, publié en 2006⁴⁸, présente une épreuve de bilan (narration d'image) permettant de mettre en évidence des altérations des capacités pragmatiques dès le stade précoce de la maladie ; pouvant contribuer ainsi au diagnostic des troubles du langage de la maladie d'Alzheimer.

En octobre 2011, un mémoire de fin d'études d'orthophonie⁴⁹, primé au 9^{ème} congrès international Francophone de Nice, a permis l'élaboration d'un questionnaire de plainte langagière destiné au patient et à son aidant principal, mettant ainsi en exergue une plainte langagière au stade pré-démontiel de la maladie.

Ces études prouvent qu'il est aujourd'hui une priorité dans la prise en soin orthophonique de la maladie d'Alzheimer de diagnostiquer les difficultés langagières au plus tôt, afin d'intervenir dès les premiers signes.

3.1.2 Accompagner dès les premiers signes : intérêt orthophonique

On ne peut parler de *rééducation* dans le cadre de maladies neurodégénératives, il s'agit plutôt d'une aide au maintien des fonctions communicationnelles que l'on peut qualifier de résiduelles. Toutefois, plus la prise en soin orthophonique est précoce, plus les capacités langagières sont préservées et plus l'intervention permettra une action à la fois vaste et ciblée. En effet, si une prise en soin à un stade sévère de la maladie va être axée sur le maintien de la communication de besoins vitaux, une intervention précoce permet de prendre en compte tous les aspects de la communication, qui n'est pas seulement relative à la transmission d'informations : elle a une valeur identitaire, permet la conservation d'un lien social et de

⁴⁸ Fernandez, C. (2006). *Les aspects pragmatiques du langage oral chez les sujets Alzheimer précoce.*

⁴⁹ Alquier, N., Causse, D., & Fournel, S. (2011). *Plainte langagière et maladie d'Alzheimer: développement d'un questionnaire de plainte langagière.*

relations diverses. En outre, l'intervention orthophonique va permettre de modifier certains paramètres environnementaux et de mettre en place une « guidance » auprès des aidants. En ce sens, l'intitulé de cette prise en soin dans la nomenclature des actes orthophoniques est : « *maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives* ».

- **Guidance des aidants**

Les conseils qu'un spécialiste du langage et de la communication va pouvoir donner à l'entourage du patient sont d'autant plus efficaces qu'ils interviennent tôt. Au stade précoce de la maladie, les difficultés langagières passent souvent inaperçues, l'interlocuteur n'a pas à intervenir dans le discours du patient pour pallier les difficultés (ou rarement) mais il est toutefois nécessaire de mettre en place quelques adaptations dans les échanges⁵⁰ :

- Parler plus lentement que d'ordinaire en laissant au patient un temps plus long pour répondre.
- Etablir et maintenir le contact visuel pour permettre au patient de mieux maintenir son attention et ainsi éviter les digressions.
- Utiliser un maximum de mimiques et de gestes : ces éléments de communication non-verbale vont étayer la compréhension orale du patient mais aussi lui permettre, s'il les utilise également, de diversifier les canaux de communication.
- Essayer de tenir les conversations dans un endroit calme, sans stimulation parasite telle que la télévision ou la radio. Les discussions duelles sont préférables car il est difficile pour le patient de soutenir l'attention et la compréhension dans un échange multiple, ce qui peut mener à un refus de communiquer ou un repli car le patient est conscient de ses difficultés au stade précoce de la maladie.
- Eviter les discussions trop longues, sans pauses ainsi que les changements de sujet de conversation précipités. Il faut en effet toujours introduire le nouveau sujet de conversation de manière claire afin que le patient soit en mesure d'identifier ce changement thématique.
- Lors de difficultés langagières, en particulier de manque du mot, ne pas parler à la place du patient mais plutôt favoriser les périphrases ou lui faire des propositions. Le patient ne doit pas être interrompu lors d'une difficulté.

⁵⁰ Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. p.104

Les conseils à donner aux aidants en matière de communication sont indispensables. Ils vont permettre un étayage de notre intervention mais aussi, et surtout, un maintien, voire une prolongation du statut d'être communiquant au patient, et ce dans les meilleures conditions possibles. Le patient, ainsi aidé par son entourage, va avoir une meilleure expression mais aussi une meilleure compréhension du langage ; ce qui va avoir un effet direct sur son bien-être général, son estime de soi et ses relations humaines.

- **Objectif orthophonique**

La prise en soin précoce, au-delà de permettre à l'entourage du patient de participer dans une grande proportion au maintien des capacités communicationnelles, va contribuer à la mise en place de stratégies de compensation des capacités altérées et de moyens de sollicitation des capacités encore intactes.

Il est important de considérer le langage dans son contexte communicatif et non comme une tâche linguistique isolée de son contexte. Lors d'une prise en soin précoce, nous avons la possibilité de multiplier les canaux de communication afin de permettre au patient de communiquer plus longtemps, plus efficacement.

Dans cette optique, la *PACE therapy* mise au point par Davis et Wilcox en 1987 (initialement à l'intention des sujets aphasiques mais aujourd'hui également utilisée auprès de patients Alzheimer), s'appuie sur les principes de l'école pragmatique. L'objectif est de donner au patient la possibilité de faire face aux interactions quotidiennes en « stimulant » les capacités pragmatiques. Un matériel imagé est utilisé pour créer des situations de communication auxquelles le patient est confronté chaque jour ; le seul objectif étant de faire passer un message à l'interlocuteur par tous les moyens de communication disponibles. Ainsi, le patient est amené à solliciter ses capacités verbales mais aussi non verbales (moyens gestuels, graphiques etc.) en fonction de ce qu'il utilise préférentiellement. Il s'agit donc d'une approche globalisante dont le but est de maintenir avec le plus d'efficacité possible la possibilité de faire passer un message. Toutefois, ce type de thérapie fournit un cadre pragmatique à l'intérieur duquel d'autres approches peuvent être intégrées.

T. Rousseau, dans *Communication et maladie d'Alzheimer*⁵¹, nous expose une technique de rééducation basée sur les habiletés préservées du patient au stade précoce. En effet, de nombreuses études ont montré que les patients communiquent plus facilement dans des situations qui évoquent des faits anciens les concernant et qu'ils communiquent plus facilement en répondant à des questions. Ainsi, il est envisageable de commencer les séances par des situations de communication répondant à ces deux critères favorisant la communication puis faire évoluer peu à peu le discours en s'éloignant vers une situation moins favorable en conservant un seul élément facilitateur (par exemple les questions), puis plus aucun, en fonction de la réussite du patient à l'étape précédente. Ainsi, nous pouvons varier les situations de communication sans confronter le patient à l'échec.

La prise en soin orthophonique, toujours dans l'optique de maintenir une communication riche et efficace, peut également s'appuyer sur des « exercices » variés de type cognitif qui permettent de solliciter les capacités langagières, de mémorisation, de visuo-construction, ou encore de compréhension à travers des tâches de reconnaissance catégorielle, évocation, correspondances, création de phrases, polysémie, dérivés, contraires, synonymes, explications, concaténation, incohérences, signification d'expressions, métaphore, choix multiples, proverbes, chronologie etc. Le choix des supports de travail est primordial et va permettre de rendre cette sollicitation cognitive plus naturelle à travers l'utilisation d'éléments appartenant à la vie des patients tels que des photos, des souvenirs, des loisirs et intérêts personnels.

Le cadre de la prise en soin va également déterminer en grande partie le type d'approche thérapeutique car le suivi orthophonique peut se faire en individuel ou en groupe, à domicile, en cabinet ou encore en institution.

⁵¹Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. P. 109

3.2 *Modalités de prise en soin*

Le suivi orthophonique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a comme principal objectif de préserver et valoriser la communication du patient et autour du patient, qu'elle soit verbale ou non. Dans cette optique, les modalités de prise en soin ainsi que les activités proposées sont très diversifiées.

3.2.1 *Prise en soin en institution*

Avant de présenter la prise en soin orthophonique en milieu institutionnel, il semble indispensable de présenter les divers lieux d'accueil.

- **Les différentes structures d'accueil**

75% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile, ce qui est éprouvant pour les aidants tant sur le plan physique que moral. Alors, les accueils de jour ou les hébergements temporaires permettent d'aider les aidants tout en s'inscrivant dans une politique de maintien à domicile des patients. De même, ces structures favorisent la communication et la prolongation de liens sociaux en dehors du cadre familial, ce qui enrichit le quotidien des patients. La modalité d'accueil du patient se fait selon le degré d'autonomie et le stade d'évolution de la maladie.

*L'accueil de jour*⁵² a pour objectif de préserver, maintenir voire restaurer l'autonomie des personnes âgées atteintes de troubles démentiels et de permettre une poursuite de leur vie à domicile. Selon les accueils de jour, qui fonctionnent selon des dynamiques propres, le personnel soignant établit ainsi un projet individualisé ou de groupe permettant de définir un programme de prise en soin, repérer les éventuelles difficultés de comportement, préserver les contacts sociaux et maintenir le sentiment d'identité. Dans cette optique, l'accueil de jour bénéficie de l'implication d'infirmiers, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, aides-soignants, éducateurs ou encore ergothérapeutes, selon les structures.

⁵² Moulias, R., Hervy, M., Ollivet, C., & Mischlich, D. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées: Traiter, soigner et accompagner au quotidien*. p.328-329

L'hébergement temporaire représente une alternative à l'accueil permanent encore peu connue des familles. Il s'agit d'un accueil en EHPAD⁵³ pour une durée déterminée variant d'un à six mois et s'adressant aux patients dont le maintien à domicile est momentanément impossible (hospitalisation de l'aidant, maladie du patient, retour d'hospitalisation du patient etc.). L'objectif de ce mode d'accueil est de maintenir les contacts sociaux, de proposer à chaque patient un accompagnement adapté, mais aussi de préparer le retour au domicile dans les meilleures conditions, ce qui nécessite un travail d'accompagnement du patient ainsi que de sa famille dans l'élaboration d'un projet de vie. Le retour à domicile se fait dans 90% des cas⁵⁴, ce qui montre le bien-fondé et l'efficacité de ce mode d'accueil temporaire.

25% des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer sont accueillies dans des structures de long séjour, c'est-à-dire des accueils permanents. Ce sont des EHPAD ou des hôpitaux lorsque d'importants soins médicaux sont nécessaires. L'objectif thérapeutique varie en fonction du stade d'évolution de la maladie mais la principale action des divers intervenants demeure la préservation de la communication, du sentiment identitaire et du lien social, au-delà des mots.

« Si le malade n'a plus l'usage intelligent des mots, il a pourtant toujours son regard : vous pouvez y lire l'absence, hélas de plus en plus fréquente dans l'avancée de la maladie, mais aussi la douleur, la colère, la terreur même, le flash du bonheur intense, l'amour, la confiance, le rire... tous les sentiments humains, tous les ressentis. Pour cela, il faut les rencontrer ces yeux. » C. Ollivet⁵⁵.

- **L'accueil de jour les Orangers : l'accent mis sur le versant créatif**

Géré par le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Nice, l'accueil de jour thérapeutique les Orangers reçoit quotidiennement depuis la fin d'année 2005 jusqu'à 15 patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies neurodégénératives. Cette structure d'accueil dispose d'un personnel spécialisé composé d'une responsable infirmière, une psychologue, une orthophoniste, une kinésithérapeute, d'aides-soignants mais aussi d'animateurs et aides médico-psychologiques. Un médecin coordinateur ainsi qu'une assistante sociale interviennent de façon régulière. Un projet individuel est établi par l'équipe

⁵³ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁵⁴ Moulias, R., Hervy, M., Ollivet, C., & Mischlich, D. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées: Traiter, soigner et accompagner au quotidien.* p 330-331

⁵⁵ Khosravi, M. e. (1995). *La vie quotidienne du malade Alzheimer.*

pour chaque patient, afin de maintenir les compétences et le niveau d'autonomie du patient le plus longtemps possible dans un lieu adapté et sécurisé. L'accueil de jour propose un accompagnement psycho-médico-social du patient et de ses aidants selon quatre grands principes éthiques :

- Préserver et respecter la dignité et l'identité du patient.
- Lutter contre son isolement social, intellectuel et moral.
- Maintenir le patient en relation avec ses proches.
- Assurer l'accompagnement des aidants et leur formation.

Les activités proposées au patient sont déterminées par son examen neuropsychologique d'une part, mais également selon ses centres d'intérêt. Les activités se déroulent par petits groupes d'environ 5 à 8 personnes.

Du cognitif au créatif, l'objectif de tout atelier est de préserver les acquis encore existants. Sur le plan cognitif, la sphère langagière est très sollicitée à travers des activités de fluence, d'évocation, de catégorisation, de calcul ou de logique. Sur un plan plus ludique, et faisant plus appel à l'implication personnelle du patient, on retrouve à l'accueil de jour les Orangers des ateliers d'art thérapie, des activités de peinture, coloriage, mime, orientation spatio-temporelle, des activités de psychomotricité, danse ou encore chant. Des sorties sont également organisées selon des thèmes souvent repris en ateliers. Par exemple, l'accueil de jour participe au programme CALMAN, mis en place par la Ville de Nice et le CMRR⁵⁶ offrant aux patients la possibilité de visiter les lieux culturels niçois. « *Ces visites ont pour but de favoriser les échanges, l'expression orale, la socialisation, les émotions et la cognition.* »

57

Le cadre institutionnel permet aux orthophonistes de mettre en place des ateliers créatifs dont la réalisation en individuel, à domicile ou en cabinet, n'est pas possible, ou du moins difficile à mettre en place. Ainsi, les ateliers de musique, chant, marionnettes, peinture, rythme, théâtre ou encore conte permettent la réalisation de réels projets orthophoniques se réalisant autour d'une activité qui réveille parfois des talents artistiques. Très bénéfiques pour l'estime de soi, ces ateliers se déroulent sous une forme réceptive ou active⁵⁸ : le patient peut écouter, observer ce qui est réalisé par un tiers (le personnel soignant ou encore un art

⁵⁶ Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, CHU Nice.

⁵⁷ http://www.cmrr-nice.fr/doc/calman_guide_de_prise_en_charge.pdf

⁵⁸ Demoures, G., & Strubel, D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. p.109

thérapeute) ou participer directement à l'activité. La plupart du temps, la technique réceptive dite passive précède la technique active, ce qui permet de multiplier les situations communicationnelles et de placer le patient au cœur de l'activité tout en favorisant sa réussite, son bien-être au sein du groupe par un modèle donné.

La prise en soin orthophonique des patients Alzheimer à l'AJA les Orangers, encadrée par Martine Puccini-Emportes, mêle des ateliers cognitifs à des activités sollicitant l'écoute et la créativité des participants. Afin de décrire ces ateliers, nous avons choisi de présenter l'atelier conte.

La présentation de cet atelier doit être précédée d'une description de l'atmosphère, de l'ambiance qui entoure et soutient sa mise en œuvre. Avant chaque séance de l'atelier conte, l'équipe met en place le « décor » : les participants (patients et soignants) sont placés en demi-cercle autour d'un bâton d'encens et de bougies qui constituent un rappel olfactif et visuel de l'activité à venir. S'ensuit le rituel du bâton de pluie⁵⁹, qui ajoute une note auditive aux indices précédents. Dès lors, l'atmosphère se feutre et chacun replonge un peu dans ses souvenirs : l'encens, le placement en demi-cercle, les bougies et le bâton de pluie sont propres à l'atelier conte et s'il est difficile d'affirmer que tous se souviennent de ce à quoi se réfèrent ces rituels, nous pouvons dire que tous sont attirés par ces renforcements sensoriels et en recherchent la cause : « *C'est l'atelier cognitif !* », « *C'est quand on raconte des histoires !* ». Alors, lorsque le thème de l'atelier, le conte, a été dévoilé, il est temps de sortir l'histoire du sac : « *Et cric, et crac, mon histoire sort du sac* ». Cette phrase accompagne le déploiement d'un foulard contenant symboliquement les mots du conte qui est transmis à chacun et circule avec la plus grande délicatesse. Il s'agit de s'imprégner du conte, mais aussi de transmettre, de partager cette histoire à venir avec le groupe. Tous ces rituels qui précèdent la narration du conte sont indispensables et constituent un contexte référentiel d'une grande richesse : en effet, il y a déjà dans cette mise en œuvre de la communication, de la mémoire et de l'échange. Le calme et l'intérêt qui règnent dans la pièce sont remarquables.

La narration du conte est ensuite faite par l'orthophoniste, avec emphase et dynamisme. Le conte est bien raconté, et non lu. Les patients sont très à l'écoute et nous nous apercevons que la logorrhée de certains s'efface parfois devant la magie du conte, que certains ferment les yeux afin de bien saisir chaque mot.

⁵⁹ Instrument à percussion constitué d'un tube garni de graines ou de pierres qui reproduit le bruit de la pluie lorsqu'il est positionné verticalement puis retourné tel un sablier.

L'atelier conte pourrait s'achever après sa déclamation, il serait déjà riche ainsi. Toutefois, il semble que la narration ne constitue que les prémices de cet atelier orthophonique. En effet, le conte étant choisi en fonction de la discussion qu'il pourra faire naître entre les patients, c'est après la narration que la parole leur est donnée et qu'une autre communication jaillit après avoir prononcé la maxime de fin de narration du conte : « *Et cric, et crac, mon histoire retourne au sac !* ». Le foulard contenant symboliquement le conte est alors remis dans le grand sac duquel il avait été sorti. Vient alors la prise de parole du groupe, instant à partir duquel l'orthophoniste s'efface pour n'être plus qu'un chef d'orchestre, en retrait, veillant au bon déroulement de la grande conversation qui s'engage autour de thèmes tels que le bonheur, l'enfance, l'utilité, les souvenirs etc. La narration du conte est un moteur de réflexion, un vecteur de communication qui va stimuler l'imaginaire des patients, solliciter leur mémoire de travail, favoriser les associations et l'émergence de réminiscences.

L'atelier s'achève lorsque chacun a pu exprimer un souvenir, une idée autour du thème proposé; alors nous éteignons l'encens et les bougies jusqu'au prochain conte.

Cette présentation est singulière et il existe autant de domaines permettant de solliciter la communication que de manières de les aborder en séances de groupe. Toutefois, ce qui semble demeurer est que le groupe invite à la communication ainsi qu'à la création.

- **Hétérogénéité du groupe : Avantage ou inconvénient ?**

Dans les prises en soin de groupe se pose la question de l'hétérogénéité des patients, d'un point de vue sémiologique mais aussi en fonction du stade d'évolution de la maladie. En effet, comme a pu le souligner C. Baudu⁶⁰ lors de la conférence donnée à l'occasion du passage du Train Alzheimer à Nice le 28 septembre 2011, certains facteurs peuvent altérer ou amoindrir la portée des ateliers thérapeutiques de groupes.

-Les petits groupes, c'est-à-dire n'excédant pas quatre à cinq personnes seraient plus porteurs que les groupes plus importants, plus valorisants pour les patients qui ont un réel espace de parole et d'action.

-La fatigabilité des patients serait majorée dans un travail en groupe, les activités de longue durée pouvant ainsi pénaliser les patients car leurs productions seraient inférieures à ce qui aurait pu être produit lors d'un suivi individuel.

⁶⁰ Neuropsychologue, CHU Pasteur.

-Un atelier devrait être constitué de douze séances minimum afin d'atteindre le but fixé préalablement. Des absences répétées des patients réduiraient l'intérêt thérapeutique de ces ateliers.

-Le degré d'atteinte de chaque patient devrait également être un critère de formation des groupes, afin d'homogénéiser les niveaux au sein d'un atelier pour ne pas mettre en situation d'échec les patients dont la progression de la maladie est la plus avancée.

-La triade *Aphasie-Apraxie-Agnosie* devrait être évaluée de manière spécifique pour chaque patient. En effet, aucun ne présente un tableau clinique identique à un autre et l'inadaptation d'un atelier par négligence de la spécificité de l'atteinte d'un patient pourrait conduire à une dévalorisation, une baisse d'estime de soi chez certaines personnes. Ainsi, proposer un atelier cuisine à un patient dont l'apraxie serait prédominante ou encore faire participer à un atelier photographie un patient dont l'atteinte gnosique serait très importante serait un écueil.

La constitution d'ateliers de groupe semble donc être soumise à un bilan très précis du niveau d'atteinte et de la spécificité étiologique de chaque participant afin de constituer le groupe le plus homogène possible ; ce qui permettrait un fonctionnement optimal de l'atelier.

Toutefois, la dynamique de groupe en atelier peut être envisagée sous un angle différent. Tout d'abord, l'animation telle qu'elle est définie par l'Académie française⁶¹, est une « *méthode de conduite d'un groupe qui favorise l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective* », ce qui met en avant une volonté de mixité, de rencontres et d'échanges. En ce sens, les ateliers proposent la mise en commun d'expériences propres avec pour tous, une participation et des objectifs qui leur appartiennent⁶². L'atelier peut être vu comme une nouvelle expérience personnelle corrélée à une nouvelle expérience de groupe, ce qui semble doublement enrichissant pour le patient.

L'expérience de groupe peut favoriser l'échange pour des patients qui communiquent peu. On évoque souvent l'importance majeure du bain de langage pour les enfants, mais il pourrait en être de même pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : se trouver au cœur d'un mouvement de communication constitue une invitation à l'échange.

Les ateliers de groupes peuvent également permettre aux patients de s'accorder des temps de repos attentionnel, chaque participant apportant à tour de rôle sa contribution à l'atelier. Ainsi, le patient n'est pas mis en échec car peut bénéficier du soutien, de l'aide des autres participants si nécessaire. De plus, la sollicitation du patient sur le plan de la communication

⁶¹ Dictionnaire de l'Académie française, 1972

⁶² Demoures, G., & Strubel, D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. p.102

lors d'ateliers peut être envisagée comme un moyen de multiplier les interactions car solliciter la communication dans un groupe signifie conserver ou redonner une place à part entière au patient. Les personnes accueillies en milieu institutionnel se connaissent, s'apprécient ou s'agacent et ces liens peuvent constituer un point fort pour un atelier : il existe déjà, avant la constitution du groupe dans un but précis, du lien, de la communication entre ces personnes, quel que soit le niveau d'atteinte et la spécificité de leur tableau clinique.

La mise en place d'ateliers afin de solliciter les capacités communicationnelles des patients Alzheimer n'est pas une tâche aisée et nécessite une organisation préalable qu'il ne faut pas négliger. Chaque atelier doit être pensé en amont en fonction de ses participants et les différentes contraintes doivent être prises en compte afin de mettre en place les adaptations nécessaires à chacun pour qu'il puisse bénéficier de tous les avantages de l'atelier proposé.

3.2.2 Prise en soin individuelle

- **Les différentes structures d'accueil**

La prise en soin individuelle des patients Alzheimer par un orthophoniste se fait principalement dans le cadre de l'exercice libéral ou en maison de retraite (EHPAD).

L'accueil du patient en *cabinet libéral* est souvent la première modalité de prise en soin mise en place. Cet accueil, qui se fait tant que le niveau d'autonomie du patient le permet, aide au maintien d'un emploi du temps fixe par la mise en place d'actes routiniers, ce qui sollicite directement la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives etc. Se déplacer au cabinet libéral offre également au patient un lieu de parole et d'échange qui n'appartient qu'à lui et qui se situe hors du domicile que le patient quitte souvent plus rarement qu'auparavant. Ainsi, avant même la dimension de prise en soin, les séances d'orthophonie peuvent constituer une occasion de sortir pour certaines personnes qui se trouvent isolées. Le déplacement du patient jusqu'au cabinet libéral constitue un important exercice d'orientation spatio-temporelle et contribue à entretenir son sentiment d'autonomie, d'identité propre.

Lorsque l'évolution de la maladie ne permet plus au patient de se déplacer au cabinet orthophonique, la prise en soin se poursuit au domicile du patient. Les rendez-vous fixes

exigent encore de la part du patient le respect d'un emploi du temps, le rappel de l'heure de sa séance ou encore sa préparation (toilette, organisation du lieu de travail etc.) ; ces éléments permettent également de maintenir des repères spatio-temporels ainsi que de solliciter la mémoire des patients.

Les *EHPAD* permettent également un suivi orthophonique individuel des patients atteints de maladie de type Alzheimer. Ainsi, l'orthophoniste employée par l'EHPAD ou un orthophoniste exerçant en libéral se rend dans l'établissement d'accueil et assure le suivi des patients. Les séances d'orthophonie peuvent se dérouler à l'extérieur de la chambre du patient, dans un bureau dédié à celles-ci, afin de délimiter l'espace de repos de l'espace de « travail » ainsi que de solliciter l'autonomie du patient. Toutefois, elles peuvent se dérouler dans la chambre du patient, ce qui peut être bénéfique à la prise en soin. En effet, cette chambre constitue le nouveau lieu de vie du patient : il y conserve ses souvenirs personnels (photos, objets décoratifs etc. qui sont autant de supports à utiliser lors de notre intervention) et s'y sent mieux que dans un bureau impersonnel. Ainsi, le patient est heureux d'accueillir l'orthophoniste « chez lui » et d'entreprendre sa séance dans un cadre sécurisant. Tout comme la prise en soin dans le cadre de l'exercice libéral, cette intervention sollicite la mémoire, l'attention ainsi que les fonctions exécutives : le patient peut mémoriser un emploi du temps, associer la séance orthophonique à un lieu, une personne, se familiariser avec celle-ci etc., ce qui s'inscrit dans la dynamique d'autonomie, de maintien identitaire qui précède toute intervention orthophonique.

Quelle que soit la modalité de prise en soin individuelle, les activités proposées s'orientent souvent vers des activités cognitives, contrairement à la visée créative de la plupart des ateliers de groupe.

- **L'accent mis sur le versant cognitif**

La prise en soin individuelle des patients atteints de la maladie d'Alzheimer consiste donc la plupart du temps en une intervention cognitive. Le terme *cognitif* est fréquemment associé au terme de *stimulation* dans le cadre qui nous intéresse. Cette orientation orthophonique part du postulat avéré que nos pensées, nos apprentissages, nos actions dépendent de nos fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire, le langage, les fonctions exécutives etc. Chacune de ces fonctions cognitives peut être plus ou moins

stimulée par une approche directe de la fonction à solliciter, terme que nous préférons à celui de stimuler. En ce sens, chaque activité proposée au patient va être clairement orientée vers la fonction à solliciter, ce qui conduit l'orthophoniste à se focaliser sur les fonctions de mémoire, attention et langage par un abord direct. Les supports sont principalement des textes, histoires en image et autres supports verbaux qui permettent de réactualiser et enrichir le lexique, maintenir et développer les capacités de jugement sémantique, solliciter l'attention sélective et partagée ou encore les troubles du domaine numérique affectant le calcul ou encore l'écriture des nombres.

Les activités proposées ainsi que les supports utilisés tiennent compte de la vie quotidienne des patients et ont pour objectif de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des patients dans les tâches accomplies.

Ainsi, le travail d'évocation lexicale qui constitue un exercice récurrent, va porter sur des domaines proches de la vie du patient comme l'élaboration d'une liste de courses, la description de lieux communs, la reconnaissance de personnes célèbres, etc. Le travail numérique va aider à préserver les fonctions utiles telles que la tenue de comptes bancaires, le paiement des courses, la rédaction d'un chèque bancaire etc. Les exercices d'orientation spatio-temporelle vont tenter de mettre en œuvre l'environnement réel du patient, mais aussi exercer les capacités d'abstraction et de décentration volontaire, nécessaires au quotidien. Les activités attentionnelles visuelles ou auditives vont, de la même manière, amener les patients à dégager des informations de supports proches de leur quotidien tels qu'un programme de télévision ou un calendrier.

La prise en soin orthophonique individuelle est donc le plus souvent basée sur des exercices de type cognitif. Toutefois, ces exercices doivent être adaptés au patient, aux caractéristiques propres de sa maladie, à son quotidien, ce qui semble plus difficile à mettre en place dans un groupe car le vécu et les priorités de chaque patient peuvent s'avérer différents. Alors, il y a de la créativité dans toute prise en soin qui s'appuie sur l'identité propre des patients afin de personnaliser notre intervention.

C'est ce que décrit Rousseau à travers la *thérapie écosystémique* qui favorise la communication sous toutes ses formes par une approche d'une part écologique qui intervient sur la communication fonctionnelle du patient dans son milieu de vie mais également une approche systémique qui intervient sur les systèmes de vie du patient (système familial ou institutionnel) ; c'est-à-dire au sein desquels il évolue au quotidien. Il s'agit donc d'une intervention auprès du patient et de son entourage.

Dans cette optique, *la thérapie de la validation*⁶³ met à la disposition des aidants des patients des techniques de communication verbale et non-verbale permettant d'entrer en relation avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans des conditions optimales. Il s'agit de modifier son comportement, de reformuler ses propos, adapter sa voix et son débit afin de diminuer l'angoisse et favoriser le bien-être du patient qui de ce fait, se sentira plus sécurisé dans la situation de communication qui lui est proposée. La thérapie de la validation s'appuie sur le maintien du contact visuel qui soutient le contact verbal et favorise l'expression des émotions, des souvenirs et des sentiments.

Cette expression des souvenirs et des émotions est au cœur de la *thérapie de réminiscence*, conception du soin qui s'attache à proposer des situations permettant d'éprouver une émotion liée à un souvenir à partir de supports sensoriels ou d'évocation verbale. La rencontre d'une sensation et d'une émotion permet la construction d'une reconnaissance perceptive. Cela favorise le sentiment d'identité à travers l'évocation de souvenirs et l'expression d'émotions.

Ces théories⁶⁴, mettant en avant le vécu du patient, ses souvenirs et ses sentiments propres ne doivent pas aller à l'encontre de l'approche cognitive mais plutôt constituer un cadre thérapeutique qui favorise toute sollicitation cognitive.

- **La relation duelle : avantage ou inconvénient ?**

La relation duelle entre l'orthophoniste et son patient ne bénéficie pas, par définition, de tout ce qu'un groupe peut apporter en matière d'échange, de communication, mais présente toutefois des avantages importants.

Une séance individuelle se déroule sur une durée variant de trente à quarante-cinq minutes, temps pendant lequel l'attention du patient est vivement sollicitée ; si cet effort constitue une dépense cognitive et énergétique très importante pour le patient, il représente également une sollicitation qui aide réellement au maintien des capacités attentionnelles du patient.

La relation offerte par une prise en soin individuelle permet également une focalisation de l'orthophoniste sur les caractéristiques particulières de chaque personne, tant sur le plan de la maladie (évaluation de la triade Aphasie-Apraxie-Agnosie, atteinte mnésique, attentionnelle, des fonctions exécutives) que sur le plan de la personnalité du patient et de ses activités

⁶³ *Validation therapy*, élaborée par Naomi Feil entre 1963 et 1980.

⁶⁴ Les approches thérapeutiques décrites ne concernent pas exclusivement la prise en soin individuelle mais sont également utilisées en atelier de groupe.

quotidiennes à préserver. Un projet de soin ciblé et personnalisé peut ainsi être mis en place afin d'agir directement sur les fonctions à préserver.

Au cours d'une séance, il semble que le maintien thématique, tout comme le maintien attentionnel, soit plus aisé dans un échange entre deux personnes. En effet, l'objectif orthophonique de chaque séance pourra mieux être respecté, encadré et mené à terme dans une relation duelle.

Nous pouvons également interroger la question de la relation transférentielle dans le cadre d'une prise en soin de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En effet, comme dans toute relation thérapeutique, nous sommes en présence de transfert, qui est à entendre ici comme le déplacement d'affect d'une personne à l'autre. Dans le domaine psychanalytique, la relation de transfert est l'outil principal de l'analyste. Cependant, cette relation n'est pas spécifique à la psychanalyse mais s'opère dans toute relation humaine authentique : « *Ces phénomènes de transfert et de contre-transfert existent dans toute thérapie, y compris pendant une rééducation orthophonique, mais il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés.* »⁶⁵. En effet, la prise en soin orthophonique propose un cadre privilégié de relation duelle centrée sur le patient s'inscrivant dans la durée. Ces éléments invitent le patient à une relation sécurisante et bienveillante favorisant les échanges. Sans tenter de les interpréter ou de les modeler, ces phénomènes sont à prendre en compte dans toute relation thérapeutique, et particulièrement au cœur d'une relation duelle.

La prise en soin individuelle « cognitive » est ainsi bien différente des activités dites de « création ». Toutefois, si nous observons souvent dans la pratique orthophonique la mise en place d'ateliers de langage cognitifs, il est plus rare de voir des séances basées sur la création en séances individuelles.

Ainsi, nous allons élaborer un protocole d'aide au maintien des fonctions communicationnelles dans le cadre d'une prise en soin individuelle suivant la dynamique créatrice d'un atelier de groupe liée à une fin cognitive : l'aide au maintien des capacités pragmatiques souvent identifiées comme les premières marques de l'altération de la communication dans la maladie d'Alzheimer. Parallèlement, nous observerons les mêmes éléments lors d'un atelier de groupe articulé autour de la poésie mis en place par l'orthophoniste de l'accueil de jour les Orangers.

⁶⁵ Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. p.266

Protocole expérimental

4 Méthodologie

L'élaboration de notre protocole expérimental a nécessité la mise en relation de théories linguistiques, neurologiques et orthophoniques qui nous ont permis de justifier notre projet et de tenter d'en optimiser les effets.

4.1 Fonctions du langage et capacités pragmatiques

La description des capacités pragmatiques chez les patients Alzheimer faite par J. Berrewaerts et al.⁶⁶ peut être rapprochée des fonctions du langage décrites par R. Jakobson⁶⁷ dans le but de mieux comprendre et ainsi mieux agir sur les altérations observées.

L'efficacité dans la transmission des informations : Comme nous avons pu le décrire précédemment, le discours des patients est parasité par des éléments inutiles, secondaires ou répétitifs qui réduisent l'informativité tout en ne réduisant pas la longueur des productions. La *fonction poétique* est donc altérée par un manque de pertinence du vocabulaire entravant l'intention du discours, son impact sur le destinataire.

La cohérence globale du discours : Le maintien thématique, qui constitue une réelle difficulté pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, rejoint directement ce qu'évoque R. Jakobson à travers la *fonction référentielle*. Cette altération de la cohérence globale du discours a également un retentissement sur la *fonction phatique* du discours à travers les difficultés d'instauration, de maintien et de clôture du discours présentes chez certains patients.

La cohésion du discours : Le discours des patients, présentant principalement des erreurs de référence pronominale, tend vers l'appauvrissement syntaxique. Ce manque de cohésion est le reflet de difficultés relatives à la *fonction référentielle* du langage : les éléments ne pouvant être décodés que par le contexte sont parfois mal employés.

⁶⁶ Berrewaerts, J., Hupet, M., & Feyereisen, P. (2003). *Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer*

⁶⁷ Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale 1. Les fondations du langage*.

La compétence narrative : La focalisation sur les éléments secondaires du récit souvent observée dans le discours des patients altère directement la *fonction poétique* du langage car le discours est détourné de sa visée première. Elle agit également de manière indirecte sur la *fonction référentielle* car cette altération déstructure la narration.

La gestion des tours de parole : L'augmentation des temps de pauses entre les prises de parole affecte la *fonction phatique* et altère la dynamique, le rythme conversationnel.

Les actes de langage : La forte augmentation de la proportion de requêtes dans le discours des patients est à rapprocher de la *fonction conative* car la non adéquation des actes de langage perturbe la compréhension de l'interlocuteur et dénature le discours du locuteur. La diminution du débit de parole agit directement sur la *fonction expressive*, soutenue par des éléments non linguistiques : la connotation que le locuteur veut donner à son discours est ainsi moins marquée, voire dénaturée.

Les procédures de réparation : Le manque de recours à ces procédures chez les patients Alzheimer met en évidence un manque de sollicitation spontanée de la *fonction métalinguistique* permettant aux interlocuteurs de vérifier qu'ils utilisent bien le même code et ainsi de maintenir une situation communicationnelle efficace et fiable.

De manière générale, nous pouvons dire que les altérations des capacités pragmatiques agissent sur toutes les fonctions du langage décrites par R. Jakobson. Ainsi, le discours et plus largement la communication du patient et autour du patient est de moins en moins claire et met peu à peu à distance l'interlocuteur.

4.2 Poésie et capacités pragmatiques

Les diverses altérations que nous avons pu décrire agissent de manière globale sur le langage des patients et donnent une impression générale de flou, d'imprécision, de longueur et de lenteur. Partant de ce postulat, nous avons tenté de trouver un support de sollicitation des capacités pragmatiques qui ne serait pas vécu par les patients comme une censure, une restriction de leur discours ; car il est apparu comme primordial de laisser le plus de liberté possible aux patients afin d'éviter toute frustration. Un paradoxe semble alors apparaître : comment trouver un cadre restrictif qui incite le patient à remobiliser toutes les fonctions

langagières de la manière la plus précise possible tout en lui permettant de laisser se déployer tout son désir de communication, son plaisir de communication ?

Il nous a ainsi semblé pertinent de nous pencher sur certains domaines artistiques. En effet, le théâtre par exemple répond à des règles strictes d'unités de temps, de lieu et d'espace, de maintien thématique et se divise en actes selon la trame narrative. La chanson met en relation la mélodie avec le texte chanté et répond à des lois de rimes, de rythme et de respect thématique également. Toutefois, c'est la poésie qui a retenu notre attention. Appartenant également à ces arts sublimés par l'oralisation qui se doivent de respecter des règles strictes afin de voir le jour, la poésie semble être un support permettant de solliciter au maximum les capacités pragmatiques chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer. En effet, comme le souligne J. Peletier du Mans⁶⁸ : « *Comme donc nous avons dit, la clarté est le plus insigne ornement du poème : ainsi l'obscurité se comptera pour le premier vice. Car il n'y a point de différence entre ne parler point, et n'être point entendu* ». Ceci nous éclaire quant à notre intervention : notre visée n'est en aucun cas de faire de la poésie absconse mais au contraire de composer avec la plus grande clarté car un langage conversationnel quotidien fluide demeure notre objectif premier.

Nous n'avons pas jugé pertinent de contraindre les patients à mémoriser et utiliser consciemment le vocabulaire de la poésie classique qui nomme chaque vers en fonction du nombre de pieds, chaque strophe en fonction du nombre de vers, chaque rime selon le nombre de sonorités communes et leur disposition etc. En effet, nous avons considéré que ces éléments, difficiles à retenir et à employer à bon escient, ne s'accordaient pas avec la visée de notre intervention qui tente de se rapprocher du langage spontané. Alors, le vocabulaire poétique peut entraver la création et figer les patients dans une démarche scolaire et contraignante.

Toutefois, nous avons conservé de la poésie son cadre, socialement admis. En effet, la rigueur avec laquelle le poète doit suivre les règles de cet art est incontournable et l'on ne saurait remettre en cause la nécessité de leur strict respect.

L'art poétique est riche et revêt de multiples formes. Il nous a donc semblé intéressant de varier les supports présentés aux patients afin d'une part, de leur faire découvrir ou

⁶⁸ Art poétique. Livre I,X.

redécouvrir la poésie mais aussi de leur permettre de solliciter les capacités pragmatiques de diverses manières. Voici donc les poèmes que nous avons sélectionnés pour notre protocole expérimental.

4.2.1 Protocole mis en place en séances individuelles

Le poème en vers libre n'obéit pas aux règles strictes du poème traditionnel qui observe un nombre fixe de pieds par vers, un nombre fixe de vers par strophes. Plus souple, il conserve toutefois des caractéristiques du vers classique telles que des échos sonores (qui sont proches de la rime par des effets d'assonance ou d'allitération. Cette règle n'exclut pas la possibilité de mettre en place des rimes mais donne au poète une plus grande liberté qui sert la précision lexicale plutôt que la musicalité.), des longueurs métriques variables mais repérables (qui conservent l'impression rythmique donnée par les vers ayant strictement le même nombre de pieds). La présence de strophes n'est pas obligatoire mais nous avons choisi de mettre en place dans les règles présentées aux patients une obligation de changer de strophe selon la progression thématique de leur poème. De même, la ponctuation n'est pas imposée dans le vers libre mais nous veillerons à la respecter rigoureusement et l'utiliser avec la plus grande pertinence tout au long de ce protocole. Dans *La charpente phonique du langage*⁶⁹, R. Jakobson décrit le vers libre comme « *une forme atténuée du vers, un compromis entre poésie et langage ordinaire* », ce qui constitue une forme plus actuelle mais aussi plus appropriée au travail avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce poème sera le premier proposé aux patients car il permet de mettre en œuvre un critère favorisant la communication énoncé par T. Rousseau⁷⁰, à savoir que les patients communiquent plus facilement au début d'une prise en soin dans une situation évoquant des faits les concernant. Ainsi, il sera proposé de composer un poème évoquant un souvenir personnel.

La fable est un récit écrit en vers ayant un but didactique. Elle se caractérise par l'usage d'une symbolique animale ou de personnages fictifs, des dialogues vifs ainsi que des ressorts comiques. De la fable, nous avons conservé l'utilisation de personnages fictifs, et plus spécifiquement d'animaux, mais aussi l'emploi du style direct qui donne rythme et dynamisme à ce poème. La morale, qui dans les fables traditionnelles peut être exprimée au

⁶⁹ Jakobson, R., & Waugh, L. (1980). *La charpente phonique du langage*. p.263

⁷⁰ Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*.

début ou à la fin du poème sera, dans le cadre de notre protocole, rédigée à la fin car elle poursuit un but quelque peu différent. En effet, ce n'est pas tant la valeur didactique qui nous intéresse mais l'effort de synthétisation du contenu des dialogues et de leur sens caché que cette reformulation des plus concises demande.

L'acrostiche est un poème fondé sur une figure de style consistant en ce que les initiales de chaque vers, lues verticalement, composent un mot ou une expression se rapportant au thème du poème. Ce poème des plus contraignants oblige son compositeur à suivre un thème défini par le mot inscrit verticalement mais aussi à trouver un mot pour débiter chaque vers sachant que la première lettre est imposée par le poème. Les règles classiques de l'acrostiche n'ont en aucun cas été modifiées dans le cadre de notre protocole expérimental, les règles imposées correspondant parfaitement aux capacités pragmatiques à solliciter.

Le haïku est une forme poétique très codifiée d'origine japonaise qui nécessite la composition d'un poème de 17 mores seulement divisés en trois segments verticaux de 5—7—5 mores. Le terme japonais de mores sera traduit par syllabes dans le cadre de notre protocole. Le haïku doit également comporter un mot de saison, appelé kigo, c'est-à-dire une référence à la nature en relation avec la saison actuelle, ou un mot clé concernant l'une des quatre saisons. Le haïku est en quelque sorte une parole instantanée qui ne se contente pas de décrire les choses mais invite à la réflexion. La rythmique propre à la langue japonaise se traduit en français par l'utilisation d'assonances, allitérations ou rimes qui seront mises en valeur. Le haïku a constitué pour les patients une opportunité de se sensibiliser au symbolisme phonique, décrit par R. Jakobson et L. Waugh⁷¹ comme le lien entre la forme sonore des mots et le sens transmis par ceux-ci. Ainsi, l'emploi d'allitération peut établir un sentiment particulier et constituer un renfort de sens (*stehen starr* : se tenir debout le regard fixe en allemand, illustre ce symbolisme phonique). Ce pouvoir évocateur des sons semble trouver son contexte le plus favorable dans la poésie à travers les voyelles selon M. Grammont, phonéticien, qui précise toutefois que « *Tout ce qui est en notre pouvoir, c'est de ressentir ou non, dans une occasion donnée, la valeur expressive possédée in potentia par tel phonème.* ». Prenons l'exemple de la voyelle *i*. Les études de diverses langues européennes et amérindiennes montrent que ce phonème sert souvent à traduire la petitesse, l'étroitesse ou encore la faiblesse. Une étude menée par Sapir, consistant à proposer à une personne d'utiliser les mots *li*, *law* et *la* pour désigner trois tables de tailles différentes, a obtenu des résultats

⁷¹ Jakobson, R., & Waugh, L. (1980). *La charpente phonique du langage*. chap. IV. p.217-281

probants : presque toujours, la personne choisira *li* pour la plus petite, *law* pour l'intermédiaire, et *la* pour la plus grande, prouvant ainsi que les phonèmes servent à désigner, par des rapports métaphoriques ou métonymiques, des objets, des sentiments, des formes ou encore des distances.

Dans notre cas, nous avons conservé du haïku cette idée d'instantané, de parole spontanée épurée, tout en gardant la contrainte de l'emploi d'un mot de saison et en valorisant le symbolisme phonique. La recherche d'une réflexion au-delà des mots a été soumise à plus de souplesse de notre part afin de ne pas multiplier les contraintes, écueil qui pourrait faire perdre à notre entreprise toute efficacité. Toutefois, ces règles ont été énoncées aux patients qui ont dû composer avec. En revanche, la règle de séparation des vers en 5, 7 puis 5 syllabes n'a pas été énoncée, notre objectif étant plus une séparation en unités porteuses de sens.

Ainsi, nous voyons que ces poèmes, sélectionnés selon leur nature intrinsèque envisagent l'écriture de manière très différente et l'on entrevoit à quel point ces supports peuvent être riches dans l'optique de solliciter les capacités pragmatiques de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade précoce ou léger. Nous laisserons aux patients le choix d'écrire eux-mêmes ou non les poèmes qu'ils composent, selon leurs capacités et leur envie.

4.2.2 Protocole mis en place en séances de groupe

Notre intervention dans le cadre d'un atelier poésie au sein de l'accueil de jour les Orangers est très différente de l'intervention individuelle, et ce sur deux points principaux, qui modifient considérablement les paramètres de prise en soin, les supports présentés mais aussi les résultats escomptés.

En effet, les patients intervenant dans l'atelier poésie sont à un stade de la maladie d'Alzheimer modéré à sévère. On ne peut donc pas poser autant de contraintes à ces personnes, au risque qu'elles prennent le pas sur le plaisir et l'échange qui doivent demeurer l'objectif premier. Toutefois, le fait que les compositions se déroulent en groupe nous permet, et nous contraint à la fois, de conserver cette idée de cadre à l'intérieur duquel nous laissons se déployer la plus grande liberté. Effectivement, le travail avec des patients présentant des troubles du langage, de la mémoire, de l'humeur, mais aussi parfois du comportement et des

conduites sociales implique une certaine rigueur, qui est dictée par l'essence même de la poésie.

Ainsi, le poème est plus libre, et prend forme au fur et à mesure des propositions de chacun. Notre intervention consiste plus à donner une impulsion de départ sur un thème, une forme poétique qu'à solliciter les fonctions pragmatiques et seulement celles-ci par un abord direct. En effet, la plupart des patients ont des difficultés langagières bien plus importantes sur le plan expressif et réceptif que des atteintes des capacités pragmatiques. C'est pourquoi cet atelier poésie, qui va solliciter ces capacités d'une part, va avoir une visée plus large, plus vaste. Ainsi, la création de poèmes va être le support, le contenant d'évocation de souvenirs, d'échanges sur un thème donné, de recherche de rimes etc.

L'anaphore est une figure de répétition consistant à employer le même mot, la même proposition en début de vers, de phrase ou de paragraphe. Ce procédé rhétorique permet, dans le cadre de notre intervention, de rappeler au patient le thème du poème à chaque vers, de manière rythmée et naturelle car la prise en soin en groupe est un cadre qui favorise les digressions.

L'acrostiche s'impose également comme un genre poétique parfaitement adapté à un atelier de groupe, le mot inscrit verticalement sur un tableau blanc par l'orthophoniste constituant un moyen de facilitation de rappel du thème du poème tout au long de l'activité. Le choix des mots débutant chaque vers constitue un support d'évocation idéal car cette recherche dans le cadre de l'élaboration d'un poème est mieux accueillie par les patients qu'une demande d'évocation hors contexte, qui peut leur sembler stérile, inutile.

La recherche de rimes s'accorde également parfaitement avec une prise en soin de groupe. Il s'agit d'une part d'une modalité de composition du poème bien différente : le thème est donné aux patients, ainsi que l'effet sonore à reproduire ; par exemple, une rime en -ence. Les patients proposent alors des mots répondant à ces exigences thématique et phonologique, ce qui constitue un excellent exercice d'évocation et de découverte du symbolisme phonique.

Si la diversité des genres poétiques à proposer aux patients semble être supérieure dans une prise en soin individuelle, certains aspects pragmatiques du langage sont sollicités de manière plus naturelle dans une prise en soin en atelier de groupe. Ainsi, la gestion des tours de parole, la diminution des temps de pauses dans le discours ou les capacités d'initiation, de

maintien et de clôture du discours sont des aspects qui sont naturellement mis en œuvre. En effet, l'intervention orthophonique dans un groupe consiste avant tout à faire respecter les normes sociales indispensables à un bon fonctionnement des échanges, et ce dans un milieu naturel. Car si nous avons sélectionné la poésie pour ses qualités intrinsèques imposant un cadre d'énonciation socialement admis par les patients, on ne peut nier que la sollicitation des capacités pragmatiques la plus efficace se fait en langage spontané lors d'échanges quotidiens.

4.3 Programme de prise en soin

Les supports choisis pour chaque intervention ainsi que la manière de les mettre en œuvre sont le fruit d'une réflexion sur la visée de chaque poème. C'est pourquoi chaque forme poétique proposée aux patients se justifie par les possibilités de sollicitation des capacités pragmatiques qu'elle offre, que cela soit au cours d'une prise en soin individuelle ou en groupe.

L'informativité du discours, c'est-à-dire la concision lexicale est sollicitée par le nombre de vers à respecter, le rythme imposé par le poème. La mise à disposition des patients d'un dictionnaire des synonymes et la recherche de terme précis permet également au patient de retrouver le mot juste et de prendre conscience de l'importance de cette précision au quotidien. Il nous a semblé intéressant de proposer aux patients d'intituler les poèmes après leur élaboration, cela nécessitant un effort de synthétisation et de précision complémentaire. Toutes les formes poétiques vont exiger que l'informativité soit optimale. Toutefois, le poème composé sur le modèle du haïku semble être le support le plus contraignant, concernant la précision lexicale. En effet, la brièveté qui le caractérise impose que chaque mot soit soigneusement choisi afin que l'idée à transmettre à travers le poème le soit avec seulement dix-sept syllabes. Ce poème sera le dernier à élaborer avec les patients, en raison de sa complexité mais également parce qu'il se place en parfait illustrateur de l'importance du choix des bons mots dans tout échange, incarnée par les maximes conversationnelles de Grice : quantité, qualité, pertinence, moyen. Au cours de notre intervention, nous avons également proposé aux patients des moyens de facilitation à l'accès lexical (utilisation d'un dictionnaire, élaboration autour d'un champ sémantique etc.) qui font que la confrontation au haïku n'est pas considérée comme une confrontation à l'échec mais plutôt à la richesse d'interprétation et de signification qu'ouvrent quelques mots seulement. L'acrostiche semble

également constituer un moyen efficace de solliciter la précision lexicale par la recherche de vocabulaire avec une double contrainte imposée par le thème du poème mais aussi la lettre initiale à respecter. Ainsi, nous allons mettre en place un exercice de fluence sémantique et par lettre à chaque nouveau vers, et ce d'une manière plus naturelle et justifiée que lors d'une tâche cognitive dans laquelle l'évocation n'a pas de but précis : ici, il s'agit d'une étape de l'élaboration poétique.

La cohérence, dont l'altération se manifeste par les difficultés de maintien de l'unité thématique, va également être sollicitée par toutes les formes poétiques. L'acrostiche peut toutefois être considéré comme le meilleur moyen de sollicitation mais également de facilitation du maintien thématique, le mot écrit verticalement permettant et imposant à la fois au patient de sans cesse revenir au fil conducteur du poème, constituant ainsi une contrainte et une aide. L'anaphore va également présenter de manière redondante le thème à respecter, ce qui constitue à nouveau un moyen de facilitation. La fable, à travers son prologue qui va présenter les personnages et la scène à venir, va être un moyen de sollicitation des capacités d'introduction du discours, tout comme la morale de fin va être un élément de clôture du discours clair et facilement identifiable. Le poème en vers libre va permettre une identification des éléments de sens à travers la strophe. Ainsi, nous allons marquer l'évolution thématique du poème par un changement de paragraphe. Cela va permettre au patient de se rendre compte que dans un poème, nous pouvons signifier un changement d'idée visuellement, ce qui est impossible dans une conversation ; c'est pourquoi toute digression ou évolution du thème doit être notifiée verbalement à l'interlocuteur afin de maintenir une communication efficace.

La cohésion va faire l'objet d'une attention de notre part à travers chaque élaboration poétique. Les structures syntaxiques étant parfois simplifiées par les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, nous allons tenter de varier l'emploi de propositions subordonnées, de façon naturelle : cela ne se fera que lorsque la cohérence et l'informativité du discours le nécessitent et le justifient. Le poème va constituer un moyen facilitant l'emploi de structures complexes par sa cadence et sa mélodie qui permettent d'identifier un groupe porteur de sens dans un mouvement rythmique unique. C'est pourquoi la déclamation des poèmes par les patients doit être vive et rythmée : notre intervention consistera ainsi à valoriser la récitation des poèmes avec emphase. La gestion de l'emploi des pronoms fera également l'objet d'une rigoureuse attention. Toutes les formes poétiques vont être support à employer des pronoms ou leur référent selon la nécessité. De la même manière que pour les autres aspects

pragmatiques du langage, notre intervention a pour objectif d'autonomiser les patients dans leur recherche du discours le plus efficace possible, nous aurons ainsi l'occasion de discuter autour de l'emploi d'un pronom ou d'un substantif, et toute réponse de notre part sera justifiée verbalement au patient.

La compétence narrative va être un élément central de notre intervention à travers la poésie : il s'agit de composer un poème sans intrusion d'éléments secondaires parasites. L'acrostiche offre un rappel de la trame narrative à suivre, ce qui est d'une grande aide pour les patients. Le mot écrit constitue une référence, un cadre favorisant la poursuite du thème principal par un repère visuel stable. Cette trame verticale peut être écrite d'une autre couleur que le texte, ou en caractères gras afin d'attirer l'attention du patient sur le thème à respecter, l'idéal étant de ne pas avoir à intervenir dans son élaboration. La fable permet de rapprocher de la réalité quotidienne l'importance de la continuité du discours à travers un dialogue : la trame est invisible mais doit demeurer. Toute digression fera l'objet d'un rappel de notre part du thème à respecter mais il sera intéressant de donner au patient des moyens verbaux de retour au thème principal et d'identification de la digression pour l'interlocuteur. L'anaphore permet également un rappel visuel et auditif répétitif, à chaque début de vers, ce qui empêche toute digression. Le poème en vers libre est, en revanche, propice aux digressions dans le cadre de notre intervention car il concerne un souvenir du patient. Souvent, un souvenir en appelle un autre, puis un jugé plus intéressant etc. Là encore, nous serons attentifs à justifier tout refus d'évocation d'un souvenir non lié au poème en cours en rappelant la trame narrative à suivre. Pour ce faire, il est important de définir le thème du poème avec le patient en début de séance et d'exprimer la nécessité de ne pas s'écarter de ce thème ; cela aidant le patient à accepter notre refus d'évoquer dans le poème tout élément jugé secondaire.

Les tours de parole vont être au cœur de notre sollicitation à travers la fable, le texte étant sous forme de dialogue dans son intégralité. Le rythme du poème ainsi que les échos sonores vont être un moyen de facilitation pour les patients afin de respecter des temps de pauses réguliers et justifiés. Nous proposerons aux patients d'incarner chacun un personnage de la fable lors de sa relecture afin de se rapprocher d'une situation conversationnelle réelle. Afin de mieux identifier les prises de parole respectives, nous avons choisi de rédiger la fable de trois couleurs différentes, afin de multiplier les moyens de facilitation : le prologue et la morale seront rédigés en noir, le dialogue du personnage récité par l'orthophoniste en bleu et

celui du personnage choisi par le patient en vert⁷². Nous favoriserons ainsi l'intonation et le rythme à suivre par une parole vive et mélodieuse qui ne sera pas parasitée par la recherche de la tirade à lire.

Les actes de langage, dont la variété baisse, vont pouvoir être sollicités à travers les poèmes étudiés. Tout d'abord, nous allons tenter de restaurer l'emploi des interrogations, qui sont souvent trop nombreuses dans le discours des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, à bon escient à travers la fable. Ainsi, nous pourrions revaloriser l'assertion, mais aussi l'interjection etc. Nous allons donc diversifier les verbes à valeur illocutoire (assertifs, directifs, promissifs, expressifs, déclaratifs selon Searle) ainsi que les signes de ponctuation renforçant l'identification de leur visée. La fable va permettre aux patients d'être attentifs à la force illocutoire du discours de l'autre, ce qui est indispensable à la compréhension des inférences pragmatiques présentes dans le discours. L'intonation va être un élément primordial pour faciliter la compréhension de la force illocutoire du discours.

Les procédures de réparation vont être valorisées et encouragées tout au long de notre intervention, en parole spontanée ainsi que dans nos poèmes. Elles peuvent également être employées dans la fable si elles sont justifiées et permettent de montrer au patient qu'elles sont utiles à une meilleure compréhension de l'interlocuteur. Il n'est pas exclu d'utiliser des marques d'hésitation usuelles telles que « euh... » si leur emploi apporte de l'authenticité et du sens au dialogue.

Ces sollicitations des capacités pragmatiques du langage doivent se faire dans une atmosphère de spontanéité et de liberté. Car si nous sommes conscients, en notre qualité d'orthophoniste, de tous les aspects qui vont pouvoir être sollicités à travers ces poèmes, le réel enjeu de notre intervention est que l'aspect cognitif disparaisse au profit de la création aux yeux des patients. Apollinaire décrit cet équilibre à travers une correspondance : « *Pour ce qui est de la poésie libre dans Alcools, il ne peut y avoir aujourd'hui de lyrisme authentique sans la liberté complète du poète et même s'il écrit en vers réguliers c'est sa liberté qui le convie à ce jeu ; hors de cette liberté il ne saurait plus y avoir de poésie.* »⁷³

C'est ainsi que peuvent se mêler atelier cognitif et créatif en orthophonie à travers la poésie.

⁷² ANNEXE 4, p. 129

⁷³ Apollinaire. Lettre à sa marraine. 1915

5 Protocole de passation

5.1 Population

Comme nous l'avons vu, notre projet autour de la poésie s'adresse à deux populations différentes. D'une part, nous nous adressons, en prise en soin individuelle, à des patients diagnostiqués Alzheimer au stade précoce de la maladie. D'autre part, nous intervenons au sein d'un atelier poésie à l'accueil de jour les Orangers auprès de patients se trouvant au stade modéré ou sévère de la maladie. Nous avons ainsi suivi dix personnes, soit cinq dans chaque groupe de prise en soin.

Les patients suivis en individuel ont été invités à participer à ce protocole par l'intermédiaire du Dr Barrès qui a posé le diagnostic de maladie d'Alzheimer selon les critères internationaux. Ces patients présentent un tableau clinique se rapprochant le plus possible du tableau classique, c'est-à-dire excluant les formes particulières. Ce groupe se constitue de cinq personnes, âgées de 80 à 85 ans (quatre femmes et un homme). La moyenne d'âge de ce groupe est de 81,8 ans. Deux d'entre eux vivent seuls, depuis le décès de leur conjoint ; trois d'entre eux vivent avec leur conjoint ou un membre de la famille. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé chez ces patients depuis en moyenne 2,4 ans (2 ; 4). Deux patients sont suivis en orthophonie, l'un en cabinet, l'autre à domicile.

Les patients participant à notre projet à l'accueil de jour les Orangers ont été invités à suivre un atelier poésie par Martine Puccini-Emportes, orthophoniste de la structure. Ce groupe se constitue de cinq femmes, âgées de 69 à 89 ans. La moyenne d'âge du groupe est de 83,6 ans. Parmi ces patientes, quatre vivent seules suite au décès de leur conjoint ou à un divorce, une vit avec son mari. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé il y a 7,2 ans en moyenne (7 ; 8). Une d'entre elles bénéficie d'une prise en soin orthophonique en dehors de l'accueil de jour, où toutes participent aux divers ateliers orthophoniques mis en place.

Le niveau d'étude et socio-culturel n'entre pas dans nos critères de recrutement et d'analyse des résultats. Les différents tests neuropsychologiques habituellement pris en compte afin de constituer une population ne le seront pas ici. Seule la motivation des patients, après mise en correspondance avec le stade de la maladie, constitue un critère d'inclusion dans notre protocole expérimental.

Ces deux populations sont très différentes, c'est pourquoi il sera intéressant d'observer d'une part les résultats obtenus séparément mais aussi de les rapprocher afin de rendre compte des similitudes et divergences observées, afin d'affiner le protocole initial mis en œuvre.

5.2 Bilan

Les épreuves de bilan choisies vont être le moyen de quantifier d'une part d'éventuelles modifications mais également d'évaluer d'un point de vue qualitatif l'efficacité et les bénéfices de notre protocole expérimental. Il est primordial de mettre en place un bilan composé de plusieurs épreuves afin d'évaluer les capacités pragmatiques tout comme le ressenti des patients quant à la proposition que nous leur faisons.

5.2.1 Narration à partir d'une image

Dans le cadre d'un mémoire présenté en 2006, C. Fernandez⁷⁴ a élaboré une épreuve de narration d'image permettant de mettre en exergue l'altération des capacités pragmatiques chez les patients Alzheimer au stade précoce de la maladie. Se basant sur les épreuves existantes et les récentes recherches, elle a choisi une image permettant d'évaluer au mieux le récit oral dans son organisation et son exécution. Il s'agit d'une image unique de scène de vie quotidienne : une famille type préparant le repas. Cette illustration est issue de l'imagier *Color Cards « Séquences simples »*⁷⁵. Le récit des patients est libre, sans limite de temps et orienté vers une tâche de récit plutôt qu'une description par cette consigne : « *Racontez-moi tout ce qu'il se passe sur cette image* ». Au cours du récit du patient, nous pourrions orienter l'évocation à l'aide de questions subsidiaires portant sur :

- Le lieu : « *Où cela se passe-t-il ?* »
- Les personnages : « *Qui voit-on sur cette image ?* »
- Le temps : « *Quand cette scène se déroule-t-elle ?* »
- L'action : « *Que se passe-t-il ?* »

⁷⁴ Fernandez, C. (2006). *Les aspects pragmatiques du langage oral chez les sujets Alzheimer précoce*.

⁷⁵ ANNEXE 1, p. 124

Les productions des sujets sont enregistrées puis retranscrites afin d'être analysées avant la mise en place du protocole puis une fois celui-ci achevé.

Une analyse qualitative et quantitative précise des productions orales des patients sera effectuée, se basant sur les travaux de Berrewaerts et al.⁷⁶ ainsi que sur la théorie des actes de langage.

Tout d'abord, nous observerons le nombre de mots produits ainsi que le temps de production total ; données qui nous permettront d'établir le débit (nombre de mots / temps de production).

Ensuite, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux capacités pragmatiques du discours en analysant :

-L'informativité du discours qui se traduit par le rapport entre le nombre d'unités d'informations (UI) transmises et le nombre de mots produits. D'autres paramètres tels que le nombre de phrases avortées, de répétitions, de pronoms sans référent, de modalisations seront également à rapprocher de l'étude de l'informativité du discours.

-La cohérence du discours qui va être évaluée par la subjectivation du schéma narratif : le patient doit raconter, et non décrire les éléments figurant sur l'image. Puis, si le pré requis narratif est respecté, nous observerons si la sélection des événements se fait du général au particulier ou au contraire, du précis au global. Nous noterons également le nombre d'inférences effectuées par le patient, car elles témoignent de la compréhension du script. Le rapport entre le nombre de rhèmes (éléments nouveaux) et le nombre de thèmes (ce dont on parle) contribuera également à qualifier la cohérence. Les phénomènes de répétition sont également à rapprocher de l'analyse de la cohérence du discours, tout comme la présence de hors sujets.

-La cohésion du discours, qui s'évalue à travers le rapport entre nombre de pronoms dont la référence est correcte et le nombre total de pronoms qui témoigne de l'exactitude référentielle. Nous analyserons également le nombre de syntagmes nominaux afin de le comparer à l'usage pronominal. La richesse des connecteurs coordonnants et subordonnants (excepté « et ») sera également une marque de cohésion et d'adéquation syntaxique.

⁷⁶Berrewaerts, J., Hupet, M., & Feyereisen, P. (2003). *Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer*

-*Les aspects spécifiques*, qui regroupent la compétence narrative, les actes de langage ainsi que les procédures de réparation.

La compétence narrative sera évaluée dans l’item de cohérence du discours à travers la connaissance du schéma narratif (elle en est l’exécution) et la progression du récit.

Dans le cadre d’une description d’image, les actes de langage seront assertifs. Nous compterons ainsi le nombre d’actes assertifs ainsi que les actes interrogatifs de type requête directs ou indirects, adéquats ou non.

Les procédures de réparation seront analysées quantitativement mais aussi qualitativement afin d’apprécier les stratégies de correction des patients ainsi que leur efficacité.

5.2.2 Grille d’évaluation des capacités pragmatiques

Afin de prendre en compte la variabilité des productions des patients selon la fatigue, la motivation et l’état général, nous avons élaboré un questionnaire évaluant les capacités pragmatiques à soumettre à un proche du patient. Nous avons ainsi mis au point un document évaluant en 26 points le ressenti de personnes côtoyant le patient concerné au quotidien quant à la dynamique générale de la communication quotidienne⁷⁷. L’intérêt majeur de ce questionnaire est de prendre en compte le ressenti des familles et d’appréhender les altérations anciennes ou récemment remarquées. Il tente de subjectiver des altérations pragmatiques mais permet également aux aidants d’exprimer leurs impressions, leurs difficultés et leurs craintes face au langage de leur proche. Il s’agit d’un outil de mise en évidence de troubles autant que d’un moyen d’attribuer une place centrale à l’aidant dans notre intervention.

- Les items 1 et 2 évaluent l’appétence des patients à la communication.
- Les items 3, 4 et 5 nous fournissent des indices sur l’informativité du discours.
- Les items 6,7, 8, 12 et 13 nous renseignent sur la cohérence du discours des patients ainsi que sur leurs compétences narratives.
- Les questions 9, 10, 11 font référence à la cohésion du discours.
- Les items 14, 15, 16 concernent la gestion des tours de parole.
- Les questions 17 et 18 nous renseignent sur les modifications de débit.

⁷⁷ ANNEXE 2, p. 125

-
- Les items 19, 20 et 24 nous informent sur la diversité et la compréhension des actes de langage.
 - Les questions 21, 22 et 25 évaluent les stratégies ainsi que l'efficacité des procédures de réparation.
 - L'item 23 fait référence à la prosodie.
 - L'item 26 concerne les capacités d'adaptation.

Le questionnaire doit être rempli par un proche du patient, de préférence le conjoint. Toutefois, lorsque le patient vit seul, nous pouvons proposer ce questionnaire à un membre de la famille ou une personne proche, quelle qu'elle soit, l'élément essentiel étant que cette personne soit l'aidant principal du patient. Dans le cadre de notre protocole mis en place en individuel, ce sont les conjoints ou les enfants des patients qui ont rempli le formulaire avec notre concours. En effet, il est préférable que nous puissions être présents, ou contactés par téléphone afin de répondre aux interrogations des aidants et d'expliquer et illustrer les items présentés dans la grille d'évaluation. Dans le cadre de notre intervention en accueil de jour, nous avons proposé à un animateur, présent quotidiennement auprès des patients ainsi qu'à l'orthophoniste de répondre au questionnaire, la rencontre avec les familles s'étant avérée moins aisée à mettre en œuvre.

Les réponses obtenues nous permettront d'une part, d'analyser le langage dans ses composantes pragmatiques tel qu'il est ressenti par les aidants des patients, mais aussi d'évaluer d'éventuelles modifications de ce ressenti à la fin de notre protocole. En effet, si nous savons que les fonctions altérées par la maladie d'Alzheimer ne peuvent pas être restaurées, nous émettons l'hypothèse que des modifications dans le ressenti des interlocuteurs des patients peuvent s'opérer et être mises en valeur par cette évaluation.

5.2.3 Auto-évaluation de la qualité de communication

Le bilan des capacités pragmatiques soumis aux patients comportera également une auto-évaluation du patient sur sa communication. Après avoir recueilli les données anamnestiques, nous poserons aux patients trois questions visant à mettre en évidence à la fois les difficultés rencontrées quotidiennement en situation de communication mais aussi le « tempérament communicationnel » de chacun, afin de relativiser les objectifs et les attentes.

Nous allons tout d'abord demander aux patients s'ils aiment parler, discuter. Ainsi, nous allons découvrir quel est le caractère de chacun et quelles sont ses habitudes relationnelles et plus particulièrement langagières ; et ce depuis l'enfance. En effet, il semble primordial de déterminer si une personne est bavarde, très en demande de communication et l'a toujours été ou si elle est plutôt introvertie et solitaire depuis toujours. Ainsi, nous allons pouvoir apprendre à connaître les patients avec lesquels nous allons entrer en relation mais également observer d'éventuels changements de comportement relationnel afin d'adapter le contenu de notre protocole ainsi que les objectifs pour chacun.

Nous allons ensuite interroger les patients quant à d'éventuelles modifications de la communication ressenties dans l'optique d'appréhender le niveau de conscience des troubles du langage des patients d'une part, mais surtout de pouvoir répondre au mieux à d'éventuelles inquiétudes et interrogations quant aux altérations remarquées. Nous pensons en outre que cette question et la discussion qu'elle peut susciter peuvent être un important moyen d'investissement de la part du patient de la remédiation proposée à travers notre protocole expérimental, dont chaque point sera expliqué au patient, en relation avec ses attentes.

Enfin, nous allons proposer au patient d'évoquer des sujets de conversation qu'il affectionne, des thèmes qui lui donnent envie de donner son opinion, des situations de communication dans lesquelles il se sent à l'aise etc. afin de découvrir quels peuvent être les supports que nous pourrions proposer aux patients pour solliciter les capacités pragmatiques à travers la poésie.

Les épreuves de bilan proposées aux patients et à leurs aidants vont être un moyen objectif et subjectif de mettre en évidence les altérations des capacités pragmatiques mais aussi d'entrer en relation avec ces personnes qui vont partager avec nous des éléments de leur vie à travers la poésie. Et il semble qu'une discussion autour du langage, de la communication et de la poésie soit un moyen naturel et fluide d'amener notre proposition de création autour de la poésie. Les épreuves de bilans présentées à chacun avant la mise en œuvre de notre protocole seront à nouveau présentées une fois notre intervention terminée afin de mettre en valeur les bénéfices de notre action. Pour cela, nous demanderons également aux patients d'exprimer leur ressenti et de donner une appréciation à notre protocole, qu'elle soit positive ou négative. Les impressions et remarques de chacun constituent une évaluation de notre protocole qui nous permettra d'y apporter des améliorations.

5.3 *Déroulement des séances*

5.3.1 *Prise en soin individuelle*

Notre intervention à domicile, auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger, s'est organisée en séances de 30 à 45 minutes. La durée de notre intervention a varié de 8 à 13 séances avec une moyenne de 11 séances.

La première séance a été consacrée à une prise de contact et au recueil des données personnelles de vie des patients ainsi qu'au bilan initial composé de l'épreuve de récit d'image ainsi que de la remise de la grille d'évaluation des capacités pragmatiques par un proche. Nous avons ensuite expliqué notre projet aux patients et discuté autour de la poésie : sa signification pour chacun, les souvenirs qu'elle évoque etc. Cette discussion a été suivie par la lecture de quelques poèmes afin de mettre en avant la grande richesse de la poésie et de mieux appréhender les goûts de chacun. Nous avons choisi sept poèmes très différents⁷⁸ : *L'invitation au voyage* de C. Baudelaire, *Demain dès l'aube* de V. Hugo, *La cigale et la fourmi* de J. de la Fontaine, *Un poème* de R. Queneau, *Les feuilles mortes* de J. Prévert, *La vie en rose* d'E. Piaf ainsi que *La valse à mille temps* de J. Brel.

Les séances suivantes ont été consacrées à l'élaboration des quatre poèmes selon cet ordre : le poème en vers libre, la fable, l'acrostiche et le haïku⁷⁹. Nous avons choisi de mettre à la disposition des patients un dictionnaire des synonymes, auquel nous nous sommes référés lorsque cela s'est avéré nécessaire ; c'est-à-dire lorsque la recherche lexicale spontanée a échoué. Chaque début de séance a été consacré à la relecture du poème en cours ou achevé lors de la séance précédente par les patients. Nous avons mis l'accent sur le rythme et l'intonation donnés au texte. Ensuite, nous nous sommes attachée à la mise en valeur de la précision du vocabulaire, l'exactitude syntaxique ainsi que tout élément à rapprocher des capacités pragmatiques mises en œuvre à travers les poèmes. Ainsi, tout étayage portant sur le fond, la forme et la visée des poèmes a été valorisé et verbalisé dès que possible.

La gestion de l'espace de la page sur laquelle nous avons composé les poèmes a suivi des règles visant à donner aux patients des moyens de facilitation ainsi que des repères visuels stables. Ainsi, le thème du poème a toujours été noté en haut de la page et encadré, quelle que

⁷⁸ ANNEXE 3, p. 126

⁷⁹ ANNEXE 4, p. 129

soit la forme du poème. Pour le poème en vers libre, nous avons défini initialement quelle allait être la progression thématique au fil des strophes puis donné un titre à chacune d'elles. Ces titres n'apparaissent pas dans le poème final mais ont constitué un rappel du thème à suivre pour les patients. La réalisation de l'acrostiche a donné lieu à une organisation différente de la page : nous avons dessiné une colonne pour chaque lettre au bas de la feuille afin d'y noter les différents mots proposés par les patients afin de leur permettre d'en sélectionner un parmi chaque liste. Concernant le haïku, il nous a semblé nécessaire de noter la contrainte de 17 syllabes sur la page (avec le chiffre 17 entouré). Ces moyens de facilitation nous ont permis de prévenir la mise en échec des patients et de favoriser la création et l'évocation de souvenirs.

Enfin, la dernière séance s'est déroulée en deux temps. En premier lieu, nous avons proposé aux patients de relire leurs poèmes afin de prendre conscience du travail accompli mais aussi de se préparer au bilan final en sollicitant toutes les capacités pragmatiques mises en œuvre à travers les divers poèmes. En effet, nous avons demandé aux patients, dans un second temps, de décrire la même image que lors du bilan initial. La consigne donnée a été identique : « *Racontez-moi tout ce qu'il se passe sur cette image* ». Nous y avons toutefois ajouté une précision liée au travail effectué à partir de la poésie : « *Essayez de raconter ce qu'il se passe avec le même rythme et la même précision que dans vos poèmes* ». Une fois la narration d'image effectuée, nous avons mis en valeur tous les éléments positifs de la réalisation (précision lexicale, narration, intonation etc.) en expliquant à nouveau aux patients le lien entre notre proposition autour de la poésie et le langage quotidien. Nous avons ensuite interrogé les patients quant à leurs impressions sur notre intervention.

Afin d'achever notre intervention, nous avons remis aux patients un recueil manuscrit de leurs poèmes datés afin qu'ils puissent conserver une trace de leurs productions et mesurer à nouveau l'ampleur de leurs capacités.

5.3.2 *Prise en soin en groupe*

L'atelier poésie mis en place et mené par l'orthophoniste de l'accueil de jour les Orangers s'est déroulé un mardi sur deux durant 45 minutes. Notre observation a débuté en octobre et s'est achevée à la fin du mois de juin. Toutefois, nous avons effectué les bilans de fin de protocole au mois de mars, afin d'évaluer nos patients, quelle qu'ait été la modalité de prise en soin, à partir d'un nombre de séances équivalent. L'atelier poésie dans le cadre de notre protocole expérimental se déroule ainsi sur onze séances, ce qui correspond à la moyenne de durée d'intervention en individuel.

Les deux premières séances de notre atelier ont été consacrées à une discussion autour de la poésie. L'orthophoniste a demandé à chaque patient de définir ce que signifiait ou représentait pour lui la poésie et s'il connaissait un ou plusieurs poètes. Les réponses du groupe ont été riches et surprenantes, permettant à l'atelier de démarrer dans une dynamique très positive. Quelques poèmes ont ensuite été lus, en écho aux évocations de chacun : ainsi, nous avons présenté *Ballade à la lune* d'A. de Musset, ou *Jeanne était au pain sec* de V. Hugo. Dans cet élan, certains participants ont à leur tour récité des poèmes tels que *La biche* de M. Rollinat ou *La cigale et la fourmi* de J. de la Fontaine⁸⁰.

L'épreuve de narration d'image a été proposée aux patients entre ces deux premières séances selon les modalités présentées précédemment. Nous avons également posé à chacun les questions relatives à leur communication et leur personnalité. Le questionnaire évaluant les capacités pragmatiques à remplir par un proche a été remis à un membre du personnel de l'accueil de jour. En effet, il nous a semblé difficile, d'un point de vue pratique, de soumettre aux familles ces questionnaires sachant qu'ils devaient être remplis avec notre concours d'une part, mais également rapidement, afin que les résultats correspondent à une évaluation des capacités pragmatiques avant leur sollicitation au sein de l'atelier poésie. Les questions d'ordre anamnestique ont été posées au personnel et les informations recueillies dans les dossiers des patients lorsque l'entretien avec ceux-ci ne nous a pas permis de réunir toutes les informations nécessaires.

Les séances suivantes ont été consacrées à la composition de cinq poèmes⁸¹ créés en vue de la participation du groupe au 14^{ème} Printemps des Poètes se déroulant du 5 au 18 mars

⁸⁰ ANNEXE 3, p. 126

⁸¹ ANNEXE 5, p. 139

2012, organisé autour du thème « Enfances ». Le projet de participation à cet évènement, initié et porté jusqu'à son terme par l'orthophoniste intervenant à l'accueil de jour Les Orangers, s'est parfaitement inscrit dans la démarche globale de l'atelier mis en œuvre : valoriser la création des patients dans un objectif commun autour de la poésie. L'édition 2012 du Printemps des Poètes propose d'explorer « les thèmes de l'enfance, des commencements, de l'origine, des souvenirs... vus par les poètes »⁸², ce qui est apparu comme un thème s'accordant avec l'intervention auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans le cadre d'un atelier poésie. Soutenue par l'ensemble de l'équipe encadrant les patients, Martine Puccini-Emportes est donc parvenue, et ce pour la première fois à Nice, à permettre aux patients de s'inscrire dans ce projet de grande ampleur valorisant le partage, le souvenir et l'écriture.

Ainsi, nous avons orienté la création des patients vers le thème du Printemps des Poètes sans toutefois perdre de vue l'objectif premier qui est de solliciter les capacités pragmatiques d'une part mais également de favoriser les échanges et l'évocation de souvenirs au sein du groupe. Afin de donner au groupe une identité propre, nous avons suggéré aux participants de chercher un nom à donner à notre atelier et ses membres. C'est ainsi qu'une patiente a proposé « *La ronde des poètes inattendus* », nomination qui a aussitôt reçu l'approbation du groupe et sous laquelle nous avons présenté les poèmes des patients au Printemps des Poètes.

Les séances suivantes ont donc été consacrées à l'élaboration des poèmes par le groupe dans cet ordre :

- Une anaphore sur le temps qui passe : *Les années bonheur, ainsi va la vie* ;
- Un acrostiche sur le thème de l'enfance : *Merci* ;
- Une anaphore sur les souvenirs sensoriels : *Je sens encore...* ;
- Un acrostiche à la période des fêtes de fin d'année : *Noël* ;
- Un poème basé sur les rimes et échos sonores : *Enfance*.

Ces créations ont été ponctuées de lectures de poèmes afin de présenter aux patients des sources d'inspiration et d'évocation. Chaque début de séance est consacré à la relecture du poème en cours ou achevé à la séance précédente, ce qui est source d'étonnement et de fierté pour chacun. Tout comme nous l'avons fait dans le cadre de notre intervention en individuel, nous avons noté verticalement le mot des acrostiches, sur un tableau blanc dans le cadre d'un atelier de groupe afin que chacun puisse s'y référer. Ce tableau a également été un support

⁸² Extrait du programme officiel du 14^{ème} Printemps des Poètes

pour l'écriture du lexique servant de base à l'élaboration du poème enfance : en effet, nous avons proposé aux patients de chercher des mots finissant par la rime –ance avant de sélectionner ceux qui, par leur analogie avec le thème du poème, nous serviraient à en faire rimer tous les vers.

Une fois les cinq poèmes réalisés, un triptyque⁸³ composé des poèmes *Ainsi va la vie : les années bonheur*, *Merci* et *Enfance* a été sélectionné en vue de l'inscription du groupe au concours du Printemps de Poètes. La participation de la Ronde des poètes inattendus à cet événement s'est déroulée en deux temps. D'une part, nous avons participé au concours organisé par le Centre Universitaire Méditerranéen à Nice en soumettant les trois poèmes au vote d'un jury professionnel. Le triptyque a reçu un prix d'honneur du jury et s'est vu offrir un ouvrage retraçant les siècles de poésie : *Mille ans de Poésie*. Parallèlement, l'accueil de jour les Orangers a organisé une manifestation à laquelle le personnel et les patients ont participé et au cours de laquelle nous avons présenté le triptyque réalisé. Il a été exposé sur des toiles décorées par les patients à l'aide de photos personnelles confiées par les familles des patients, d'images en lien avec le thème des poèmes découpées et sélectionnées par les patients à partir de divers supports (journaux, magazines etc.). Le triptyque a été caché afin de procéder à son dévoilement, à la manière d'une inauguration, à l'issue de la présentation de l'atelier et des poèmes qui y ont été composés. A tour de rôle, les patients composant la Ronde des poètes inattendus ainsi que les intervenants de l'atelier ont lu les poèmes nés des souvenirs et des mots de chacun avant de dévoiler le triptyque décoré. Alors, chacun a pu venir observer les images associées à chaque poème, reconnaître les photos d'enfance de certains et discuter autour de cette composition.

C'est à la suite de cette manifestation, marquant la fin d'un cycle poétique autour du thème de l'enfance et du souvenir, et non la fin de notre atelier poésie qui s'est déroulé jusqu'au mois de juin, que nous avons effectué les bilans de fin de protocole auprès des patients du groupe.

⁸³ ANNEXE 6, p. 141

6 Contrôle de validité

6.1 Résultats

Les résultats aux épreuves proposées aux patients vont faire l'objet d'une double étude comparative. Tout d'abord, nous mettrons en relation les résultats obtenus aux bilans initiaux et ceux obtenus aux bilans de fin de prise en soin afin de mettre en évidence les modifications éventuelles. Ensuite, nous tenterons de mettre en évidence les spécificités des différentes modalités de prise en soin. L'intégralité des bilans retranscrits est présenté en annexes⁸⁴.

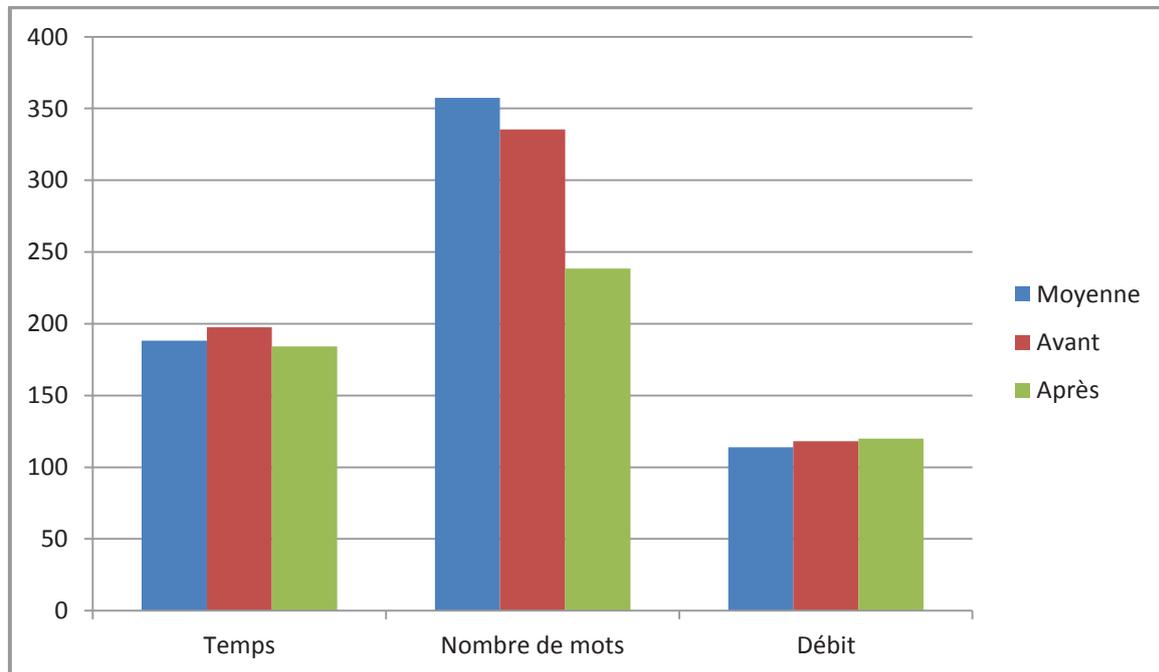
6.1.1 Narration à partir d'une image

L'étalonnage de référence pour cette épreuve sera celui élaboré par C. Fernandez. Le terme *moyenne* fait donc ici référence aux moyennes obtenues par la population présentant la maladie d'Alzheimer ayant participé à l'élaboration de ce bilan. Le terme *avant* désigne les résultats obtenus par nos patients après passation du bilan initial. Les graphiques portant la mention *après* concernent les résultats des bilans effectués au terme de nos prises en soin.

⁸⁴ ANNEXES 7 et 8, p. 142-164

- **Analyse quantitative**

Tableau 1. Résultats de l'analyse quantitative



	Moyenne	Avant	Après
Temps	188,2	197,6	184,1
Nombre de mots	357,5	335,5	238,4
Débit	114	118,2	119,9

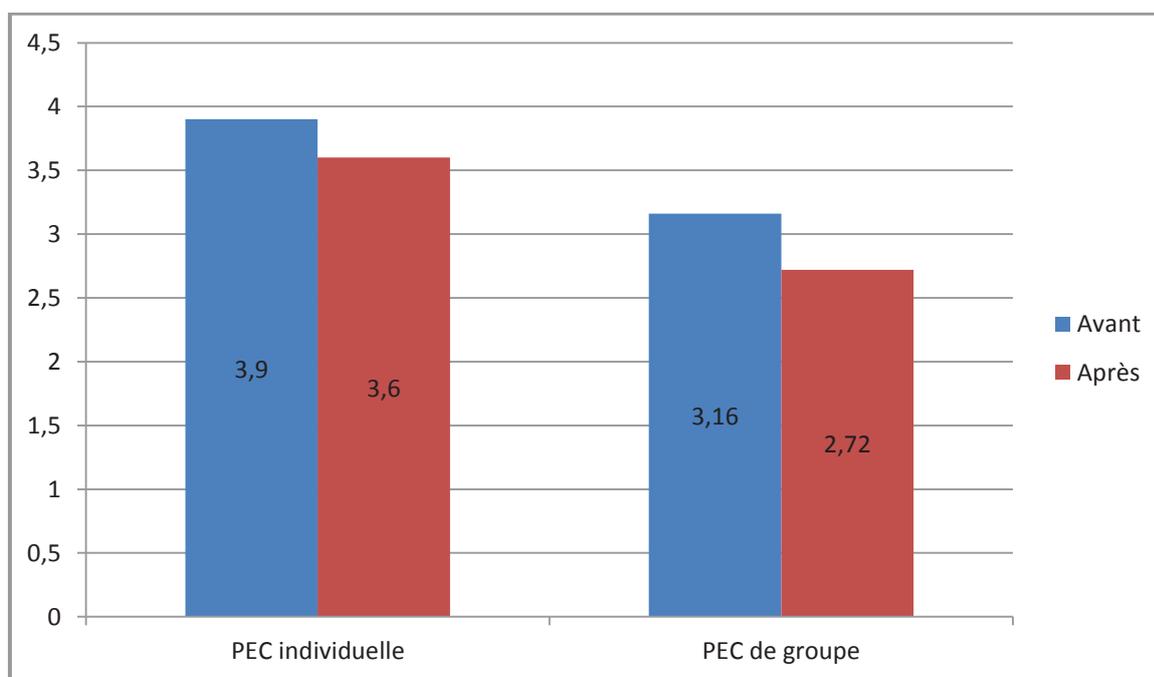
Les moyennes servant d'étalonnage au bilan de description d'image nous indiquent que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer réalisent l'épreuve en 188,2 sec. en moyenne, produisent 357,5 mots en moyenne, suivant un débit de 114 mots par minute. On observe une différence entre les chiffres obtenus avant et après la prise en soin sollicitant les capacités pragmatiques à partir de la poésie : le temps de production moyen a baissé, passant de 197,6 sec à 184,1 sec. Cette modification peut être le reflet d'une précision lexicale accrue ou d'une meilleure gestion du temps de parole. Le nombre de mots a considérablement baissé entre le début et la fin de la prise en soin, passant de 335,5 mots en moyenne à 238,4 mots. Le débit de parole a augmenté de 1,7 mots par minute, passant de 118,2 mots par minute à 119,9. Cette très légère augmentation n'est pas significative.

Ces statistiques devront être rapprochées des résultats évaluant l'informativité du discours afin d'observer si les modifications quantitatives allant dans le sens de la diminution traduisent une baisse de l'informativité ou au contraire, une précision et une concision accrue.

Afin d'affiner ces observations, nous devons analyser les productions des patients selon la modalité de prise en soin, ce qui va nous permettre de mettre en évidence d'éventuelles différences.

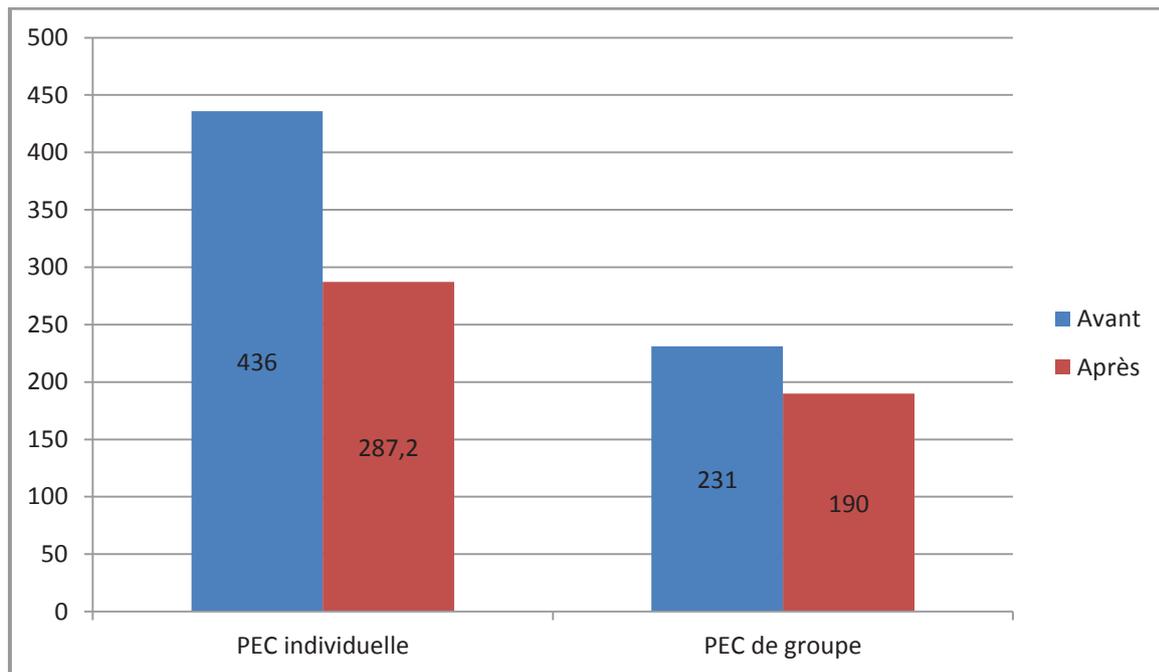
Tableau 2. Résultats de l'analyse quantitative selon la modalité de prise en soin.

Tableau 2.1 Temps de production en minutes



Quelle que soit la modalité de prise en soin, nous remarquons que le temps de production a baissé. Cette baisse, exprimée ici en minutes, est à analyser en étroite corrélation avec le nombre de mots produits ainsi que le débit de parole afin de déterminer si elle met en évidence une amélioration de la fluidité et de la précision du discours des patients. Toutefois, cette baisse du temps de production analysée isolément va dans le sens de la normalisation puisque les sujets contrôles réalisent cette épreuve en 2,36 min. en moyenne, ce qui est inférieur à la moyenne des sujets présentant la maladie avec une moyenne de 3,13 min. Toutefois, l'analyse des écarts à la moyenne des productions révèle une tendance à l'homogénéisation des productions des patients suivis en individuel, l'écart-type du temps de production passant de 1,56 min. à 0,6 min. L'écart-type des temps de productions des patients suivis en groupe reste similaire avec une valeur de 0,8 min. passant à 0,7 min.

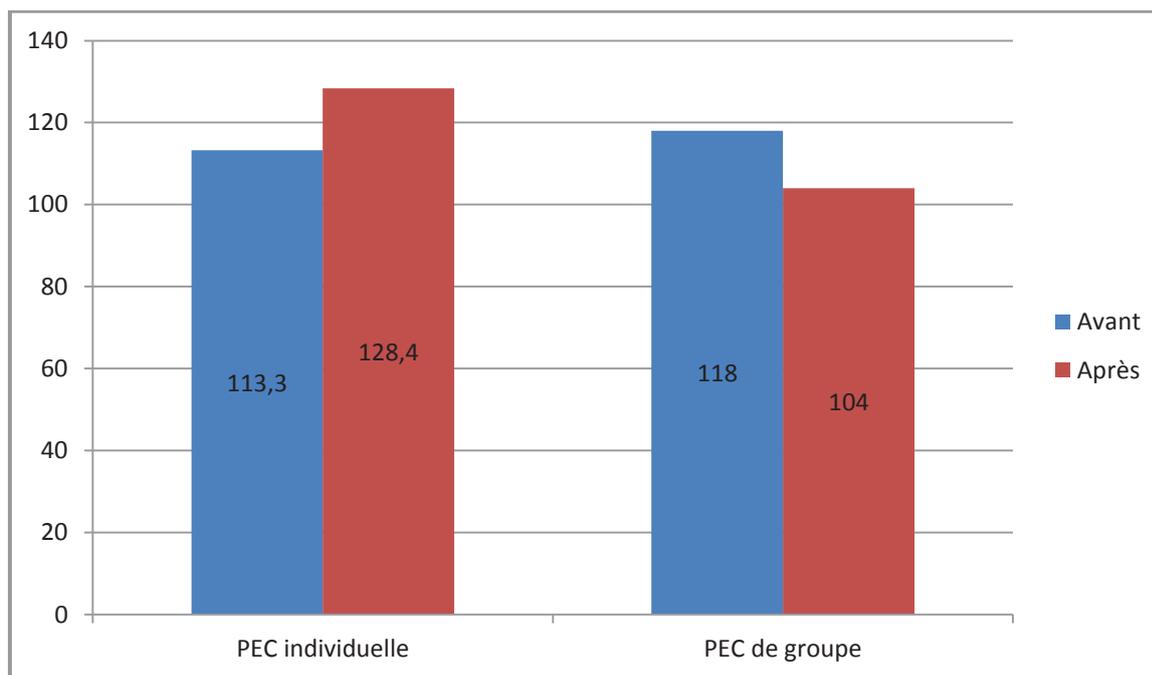
Tableau 2.2 Nombre de mots produits



Concernant le nombre de mots produits, nous observons une différence avant/après allant dans le sens d'une diminution exprimée dans les deux groupes. Cette réduction du nombre de mots produits est toutefois plus significative auprès des patients suivis en individuel. Les sujets contrôles ayant permis l'étalonnage du bilan produisent en moyenne 238,8 mots lors de cette épreuve alors que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en produisent 357,5 : on observe ainsi une modification quantitative du nombre de mots du groupe suivi en individuel allant dans le sens de la normalisation.

L'analyse des écarts-types converge avec les observations précédentes concernant le temps de production : les narrations des patients suivis en individuel s'homogénéisent avec un écart-type passant de 170,4 mots à 35,8 mots alors que l'écart-type des productions des patients suivis en groupe (moins important avant notre intervention que celui du groupe suivi en individuel) reste similaire, passant de 86 mots à 78,8 mots.

Tableau 2.3 Débit de parole



La tendance observée, concernant les modifications de débit de parole, s'inversent au regard de la modalité de prise en soin. En effet, le débit de parole des patients suivis en individuel a augmenté de 15,1 alors que le débit des patients suivis en groupe a diminué de 14. Sachant que la sémiologie de la maladie d'Alzheimer décrit une diminution du débit de parole au cours de l'évolution de la maladie, il semble que cette tendance, qui se retrouve dans les corpus des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré ou sévère (PEC de groupe), ait pu être inversée dans le groupe suivi en individuel.

La comparaison des écarts-types des productions des deux groupes met en évidence une tendance à l'homogénéisation du débit de parole auprès des deux groupes : l'écart-type passe de 31,7 à 18 pour le groupe suivi en individuel et de 32 à 17,2 pour la population suivie en groupe.

- Synthèse

L'analyse quantitative des données issues des corpus des patients nous donne une vision globale des modifications observées après notre intervention. Le temps de production des patients a baissé, tout comme le nombre de mots produits. Le débit de parole a augmenté pour le groupe suivi en individuel alors qu'il a baissé pour le groupe suivi en atelier. On observe donc une différence majeure entre les deux groupes. La baisse du temps de production ainsi

que du nombre de mots produits en corrélation avec l'augmentation du débit de parole pourrait constituer la manifestation d'une précision lexicale accrue ou d'une meilleure fluidité au sein du groupe suivi en individuel. En opposition, la baisse du temps de production, du nombre de mots ainsi que du débit de parole du groupe suivi en atelier semble être la conséquence du moindre investissement dans le bilan final de certains patients et ne peut donc pas être considéré comme significatif.

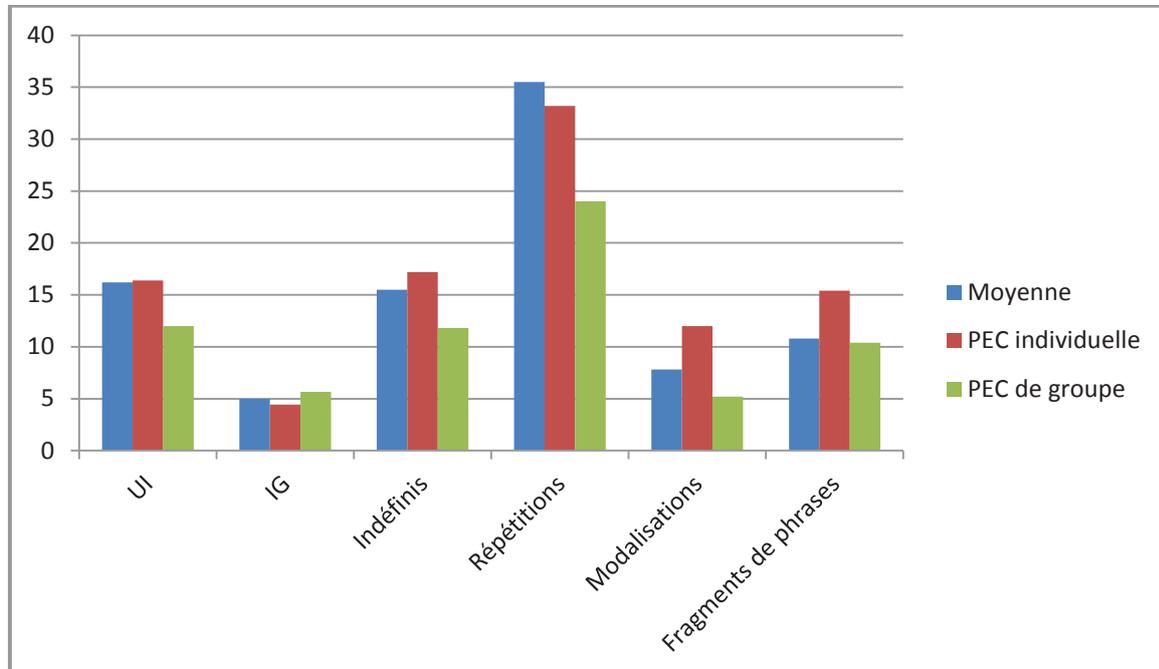
Ainsi, les premiers chiffres issus de l'analyse des bilans réalisés avant puis après notre intervention semblent indiquer que le travail autour de la poésie aurait entraîné des modifications quantitatives positives du récit narratif des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade léger alors qu'il n'aurait pas permis d'enrichissement quantitatif auprès des patients présentant la maladie à un stade plus avancé.

Toutefois, le faible échantillonnage impose que ces hypothèses soient vérifiées. L'analyse qualitative détaillée des corpus va nous permettre d'affiner ces résultats afin d'étayer ou de réfuter les hypothèses émises.

- **Analyse qualitative**

Tableau 3. Résultats de l'analyse de l'informativité du discours

Tableau 3.1 Avant

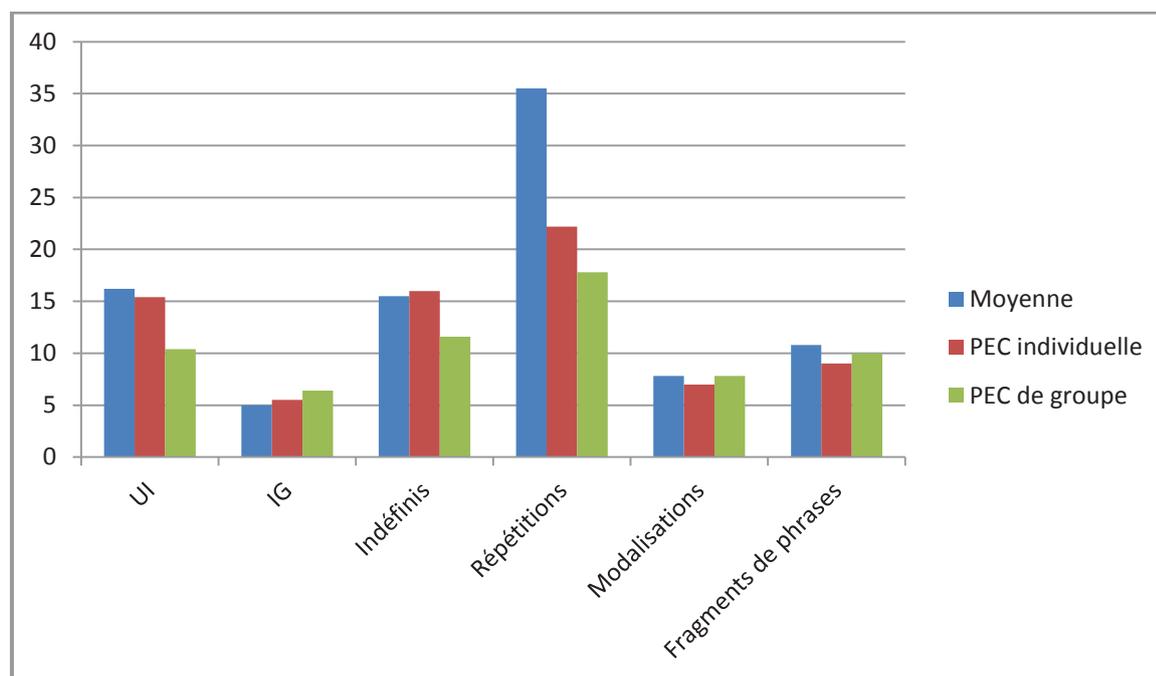


	Moyenne	PEC individuelle	PEC de groupe
UI (unités d'information)	16,2	16,4	12
IG (informativité générale)	5	4,42	5,66
Termes indéfinis	15,5	17,2	11,8
Répétitions	35,5	33,2	24
Modalisations	7,8	12	5,2
Fragments de phrases	10,8	15,4	10,4

Ces données nous permettent de mettre en évidence une meilleure informativité dans la narration des personnes suivies en individuel par rapport au groupe suivi en atelier. En effet, Ce premier groupe fournit plus d'unités d'informations (16,4) que le groupe suivi en atelier (12). Les résultats indiquant dans les corpus des patients suivis en atelier moins de termes indéfinis, de répétitions et de fragments de phrases sont à nuancer car les productions de ces patients ont été bien plus brèves que celles des patients suivis en individuel. Ainsi, les patients suivis en groupe produisent en moyenne 24 répétitions pour 231 mots alors que les patients suivis en individuel produisent 25,8.

Les données observées convergent donc avec les descriptions sémiologiques de la maladie d'Alzheimer mettant en évidence une diminution de l'informativité du discours au cours de l'évolution de la maladie.

Tableau 3.2 Après



	Moyenne	PEC individuelle	PEC de groupe
UI (unités d'information)	16,2	15,4	10,4
IG (informativité générale)	5	5,5	6,4
Termes indéfinis	15,5	16	11,6
Répétitions	35,5	22,2	17,8
Modalisations	7,8	7	7,8
Fragments de phrases	10,8	9	10

Les paramètres évaluant l'informativité du discours des patients après notre intervention montrent une importante baisse du nombre de répétitions, de modalisations ainsi que du nombre de fragments de phrases dans les corpus des patients suivis en individuel ; ces données pouvant indiquer a priori une meilleure informativité. Toutefois, ces résultats sont à rapprocher des modifications quantitatives de ces récits, qui, étant plus courts pour la plupart, présentent par conséquent moins d'éléments altérant l'informativité d'un point de vue

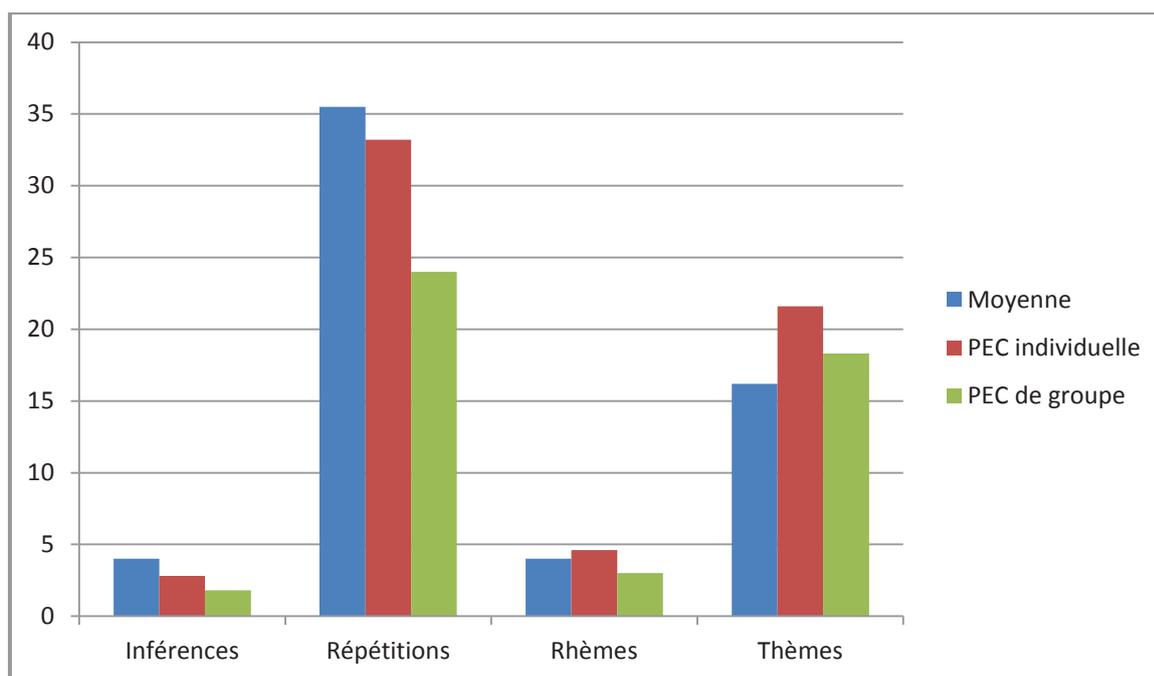
quantitatif. L'analyse de l'informativité des corpus des patients suivis en groupe ne révèle aucune modification significative.

Il nous est donc impossible de mettre en avant une meilleure informativité du discours grâce à notre intervention autour de la poésie en se basant uniquement sur ces statistiques.

Tableau 4. Résultats de l'analyse de la cohérence du discours

Notre analyse ne prend pas en compte les contradictions et phénomènes de hors-sujet ; en effet, ces éléments perturbant la cohérence narrative ne se sont pas manifestés dans les corpus recueillis, ou de manière exceptionnelle ne permettant pas d'établir des statistiques.

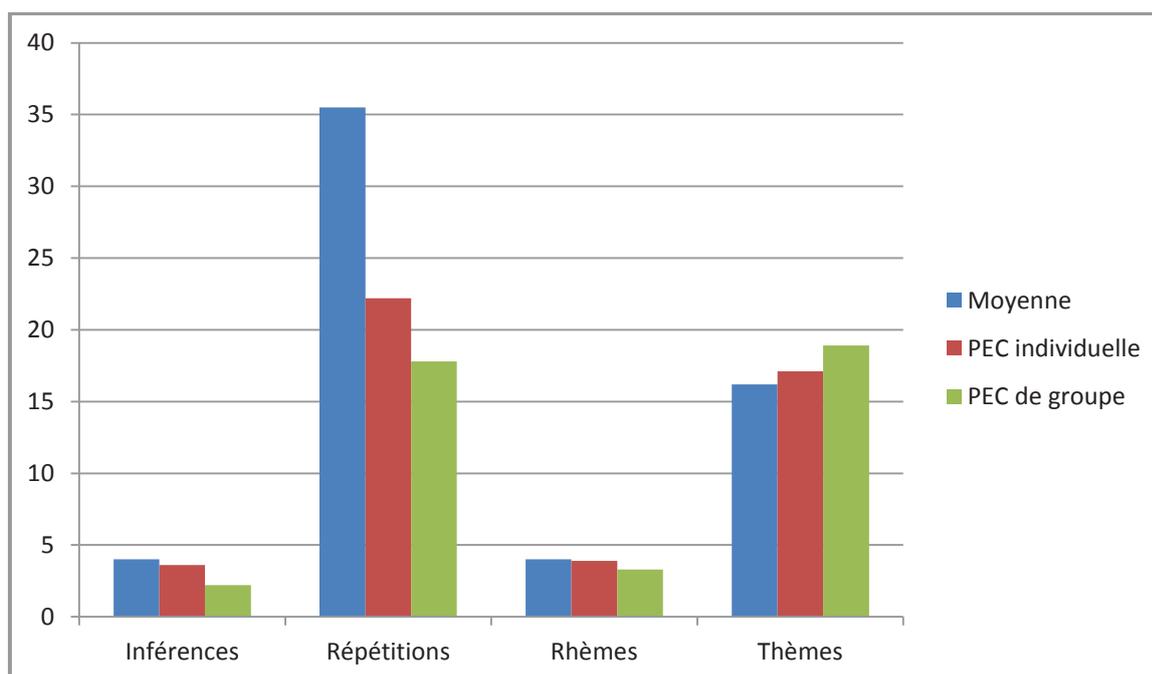
Tableau 4.1 Avant



	Moyenne	PEC individuelle	PEC de groupe
Inférences	4	2,8	2,1
Répétitions	35,5	33,2	24
Rhèmes	4	4,6	3
Thèmes	16,2	21,6	18,3

L'analyse de la cohérence du discours des deux groupes de patients montre que le nombre d'inférences semble baisser au cours de l'évolution de la maladie. Cela constitue un indicateur de la compréhension du script, qui serait donc de moins en moins bonne. Le nombre de répétitions, déjà analysé en terme d'informativité nous renseigne ici sur les capacités des patients à employer des synonymes ou des périphrases afin d'éviter la redondance qui affecte la cohérence. Le score élevé du groupe suivi en individuel à l'item répétition ainsi qu'à l'item thèmes (éléments déjà évoqués, redondants) s'explique par les différences quantitatives entre les groupes comme nous l'avons exposé précédemment. Le nombre élevé de thèmes chez tous les patients se manifeste par des persévérations sur des éléments sémantiques durant toute la production. Les patients suivis en groupe présentent moins de répétitions que la moyenne des patients manifestant la maladie au stade précoce, mais plus de thèmes. Cela peut indiquer que les redondances sémantiques sont plus importantes que les redondances lexicales dans le discours des patients présentant la maladie d'Alzheimer à un stade modéré ou sévère.

Tableau 4.2 Après



	Moyenne	PEC individuelle	PEC de groupe
Inférences	4	3,6	2,2
Répétitions	35,5	22,2	17,8
Rhèmes	4	3,9	3,3
Thèmes	16,2	17,1	18,9

Les résultats obtenus après le déroulement de notre protocole n'indiquent aucune modification significative concernant les inférences, les répétitions (modifications corrélées aux changements quantitatifs) ainsi que le nombre de rhèmes. Seul le nombre de thèmes est passé de 21,6 à 17,1 dans le groupe suivi en individuel. Cela est à mettre en relation avec les modifications quantitatives mais peut également témoigner d'une meilleure maîtrise du contenu narratif menant à une meilleure concision. Il semble que la narration effectuée après notre intervention soit plus structurée d'un point de vue narratif, et ce malgré la persistance de nombreux éléments qui parasitent la clarté et la précision de leur production. L'analyse des corpus des patients suivis en atelier de groupe ne permet pas de mettre en évidence des modifications significatives. En effet, si les modifications quantitatives entraînent une baisse du nombre de répétitions (passant de 24 à 17,8), elles ne permettent pas de mettre en évidence une baisse du nombre de thèmes qui demeure sensiblement identique (18,3 avant et 18,9 après

notre intervention). Ainsi, ces résultats ne nous permettent pas de conclure à une meilleure concision et une meilleure cohérence du discours.

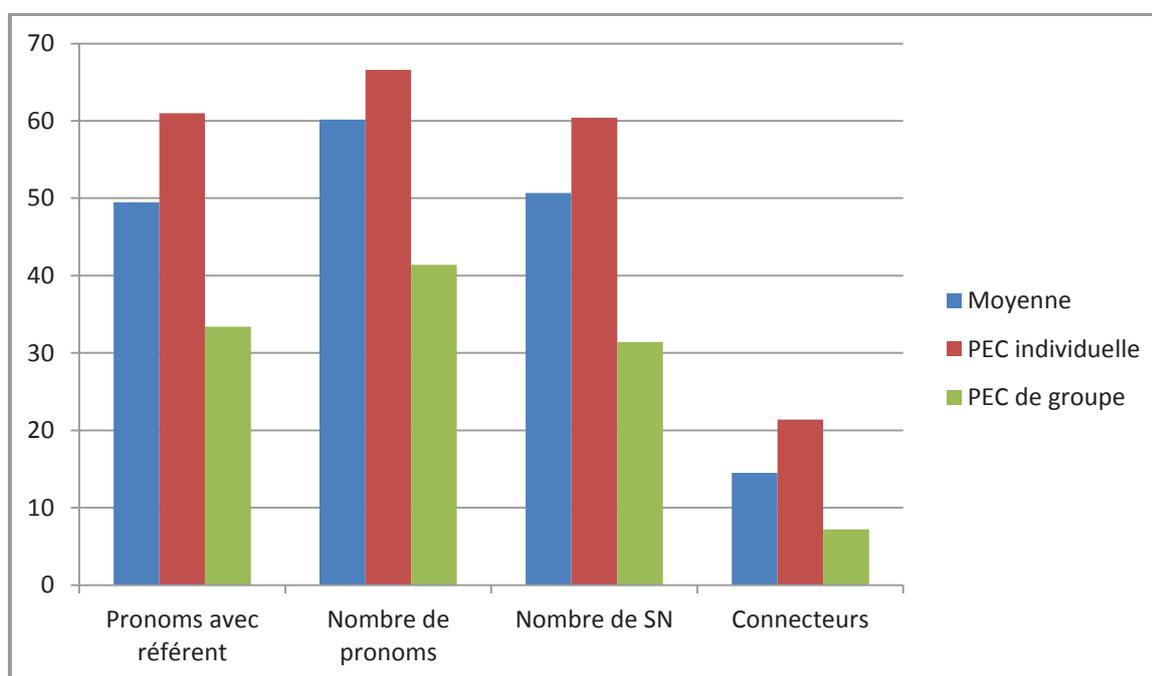
Résultats de l'analyse de la compétence narrative

L'analyse qualitative de la compétence narrative montre que la plupart des patients, quel que soit le stade de la maladie, présentent en premier lieu les personnages ainsi que l'ambiance générale de l'image : « *C'est dans une cuisine, une famille* », « *Y a un couple avec deux enfants* », « *y a le papa, la maman* ». Puis, la suite de la narration se traduit souvent par une focalisation sur des éléments secondaires qui seront redondants tels que le contenu de la marmite ou la conversation du jeune homme. On observe fréquemment la mise en avant d'éléments narratifs rattachés au discours par analogie avec des éléments appartenant à la vie personnelle des patients ; ce phénomène étant bien plus marqué dans le groupe suivi en atelier : « *Une confiture d'oranges ramassées dans le jardin ? C'est ce que je vais faire moi...* », « *Ils confectionnent un couscous ? C'est ce qu'on a mangé à midi !* ».

Le schéma narratif est le plus souvent mixte, c'est-à-dire qu'il contient des éléments narratifs et descriptifs ; les éléments de description pure étant toutefois prédominants.

Tableau 5. Résultats de l'analyse de la cohésion du discours

Tableau 5.1 Avant

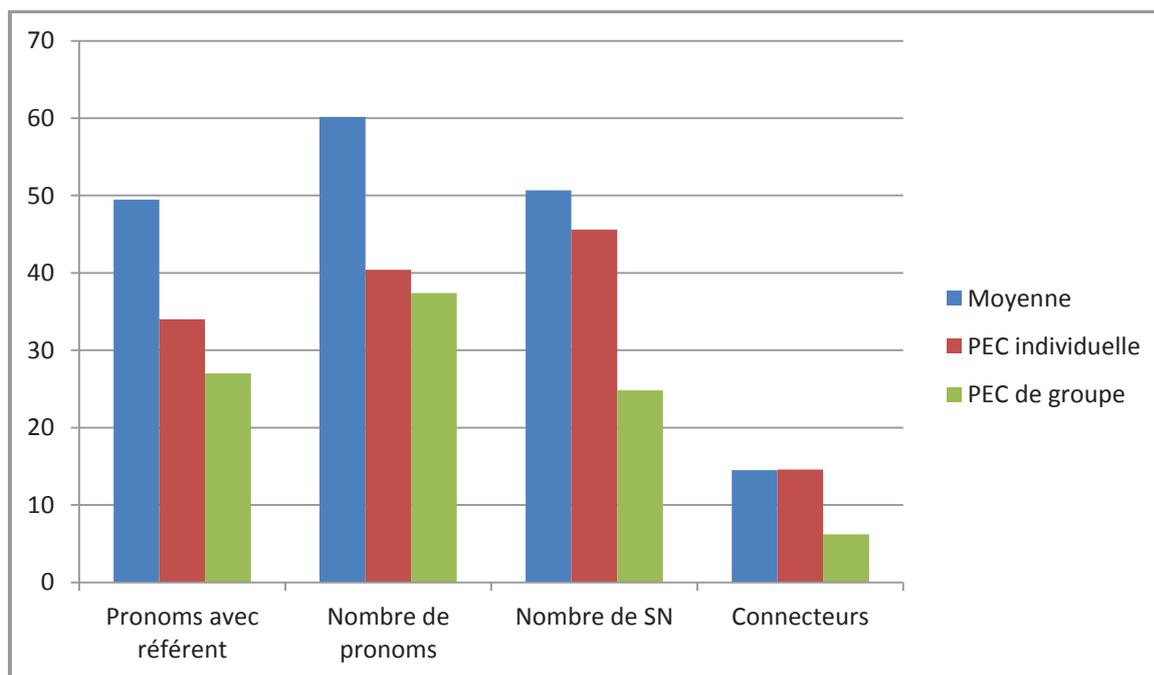


	Moyenne	PEC individuelle	PEC de groupe
Pronoms avec référent	49,5	61	33,4
Nombre de pronoms	60,17	66,6	41,4
Nombre de Syntagmes nominaux	50,67	60,4	31,4
Nombre de connecteurs (sauf et)	14,5	21,4	7,2

L'analyse de la cohésion du discours de chaque groupe de patients révèle des différences très marquées. Le groupe suivi en individuel obtient des moyennes plus élevées que celles des patients présentant la maladie au stade léger ayant permis l'étalonnage du bilan, alors que le groupe suivi en atelier obtient des scores inférieurs à la moyenne à chaque item. L'indice d'exactitude référentielle du groupe suivi en individuel (nombre de pronoms ayant une référence exacte / nombre total de pronoms) est de 0,926 en moyenne alors que ce même indice est de 0,802 pour les patients suivis en groupe. Cela montre que la cohésion est meilleure dans le discours du groupe suivi en individuel.

L'indice de richesse lexicale (nombre de syntagmes nominaux différents / nombre total de syntagmes nominaux) est de 0,638 pour les patients suivis en individuel et de 0,666 pour le groupe suivi en atelier. Cela montre que si le récit des patients atteint au stade léger est plus riche, mieux construit et plus cohérent, le lexique employé n'est en revanche pas plus varié.

Tableau 5.2 Après



	Moyenne	PEC individuelle	PEC de groupe
Pronoms avec référent	49,5	34	27
Nombre de pronoms	60,17	40,4	37,4
Nombre de Syntagmes nominaux	50,67	45,6	24,8
Nombre de connecteurs (sauf et)	14,5	14,6	6,2

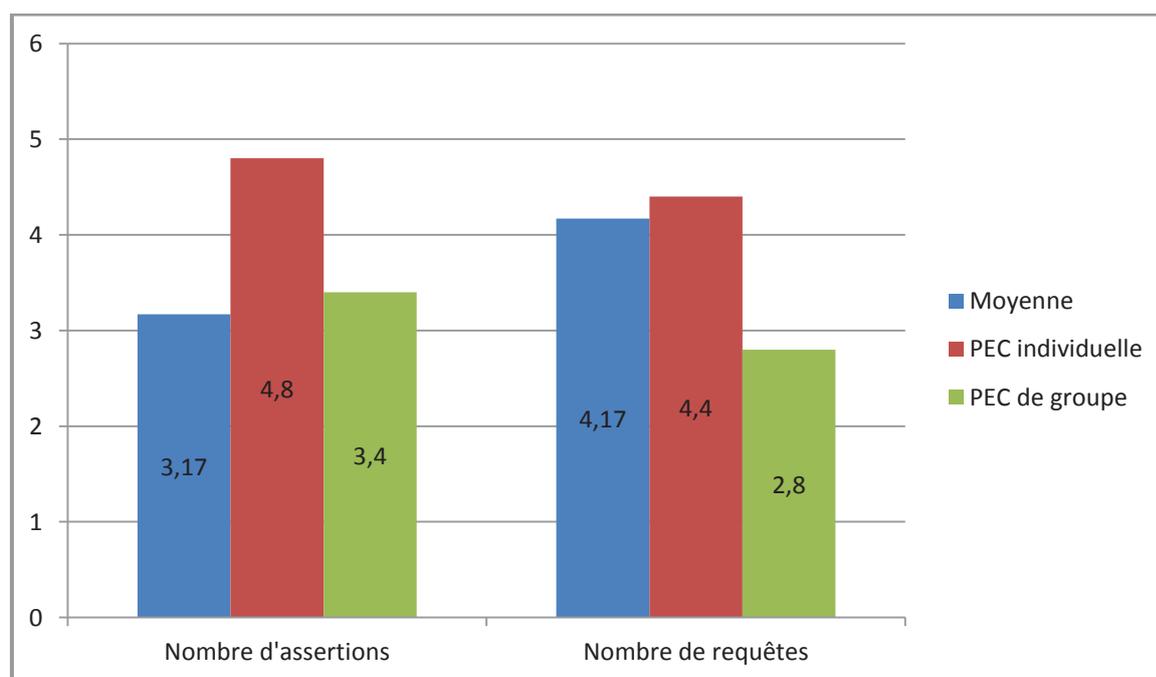
Après notre intervention autour de la poésie, l'indice d'exactitude référentielle passe chez les patients suivis en individuel de 0,926 à 0,834 et de 0,802 à 0,71 chez les patients suivis en atelier. Ces résultats mettent en évidence que notre intervention n'a permis de préserver ou de restaurer une certaine précision d'emploi des pronoms dans aucun groupe de patients. Nous observons en revanche que la tendance à l'emploi préférentiel des pronoms lors du bilan initial chez les patients suivis en individuel s'inverse lors du bilan final. En effet, les patients semblent désormais privilégier la référence nominale. Les patients suivis en groupe privilégient la référence pronominale avant ainsi qu'après notre intervention.

L'indice de richesse lexicale passe de 0,638 à 0,644 chez les patients suivis en individuel et de 0,666 à 0,688 chez les patients suivis en groupe. Cette proximité des résultats est due aux différences quantitatives entre les deux groupes, comme nous l'avons souligné pour de nombreux résultats. Les corpus des patients suivis en groupe étant plus brefs et comportant moins de syntagmes nominaux, il est normal que ces syntagmes soient moins redondants.

Comme nous avons pu le préciser précédemment, l'importante variation des chiffres résultant de l'analyse des corpus des patients suivis en individuel est dû aux modifications quantitatives enregistrées entre les bilans initiaux et finaux. Il est donc difficile de conclure à une amélioration de la cohésion du discours ou à sa préservation en se basant sur ces chiffres. Toutefois, ces résultats nous indiquent que la cohésion du discours, tout comme les paramètres précédemment étudiés, est altérée dès le stade précoce de la maladie d'Alzheimer et se dégrade au cours de la maladie.

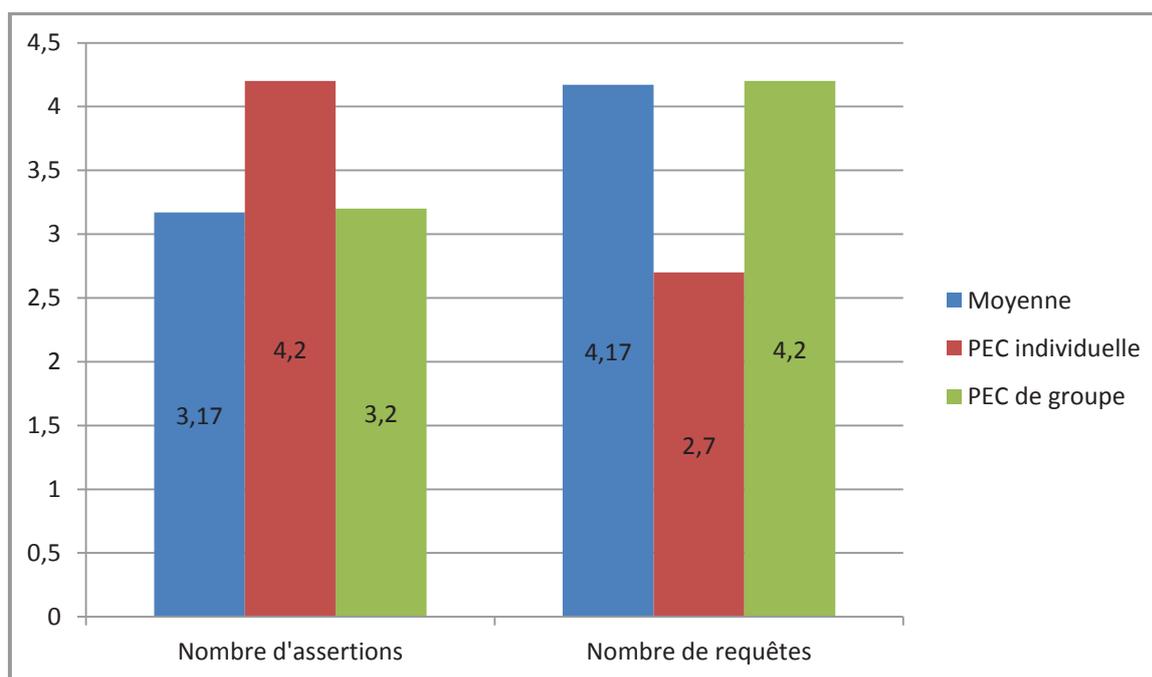
Tableau 6. Résultats de l'analyse des actes de langage

Tableau 6.1 Avant



Dans les deux groupes, le nombre d'assertions est supérieur au nombre de requêtes. Il semble donc que l'évolution de la maladie n'influe pas sur la proportion des différents actes de langage, les résultats observés étant relativement proches. Toutefois, nous ne pouvons pas évaluer la proportion des différents actes de langage, cette épreuve ne mettant en œuvre que des actes assertifs ou de type requête.

Tableau 6.2 Après



Ces résultats ne traduisent aucun changement dans la quantité d'actes de langage assertifs, et ce dans les deux groupes.

Toutefois, le nombre de requêtes est passé de 4,4 en moyenne dans le groupe suivi en individuel à 2,7. Même si cette diminution est liée aux variations quantitatives, l'analyse qualitative des corpus met en évidence une meilleure confiance des patients en leur raisonnement, ce qui peut être lié à la baisse du temps de production. En effet, une narration plus brève permet aux patients une meilleure gestion de la trame narrative et une meilleure confiance en leur production, ce qui fait baisser le nombre de requêtes. Les résultats du groupe suivi en atelier, en revanche, révèlent une importante augmentation du nombre de requêtes, ce qui peut témoigner d'une baisse de la confiance des personnes vis-à-vis de leur narration.

Il semble donc que notre intervention ait pu avoir une incidence sur la proportion des actes de langage auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade précoce.

Les procédures de réparation et d'autocorrection ne font pas l'objet d'une étude statistique car leur rareté ne permet pas de tirer de conclusions quant à l'efficacité de notre protocole.

- **Synthèse**

Les observations effectuées à partir de l'épreuve de narration d'image avant puis après notre intervention sont un moyen d'évaluer l'efficacité de la sollicitation des capacités pragmatiques à travers la poésie. Toutefois, les modifications quantitatives et qualitatives observées ne peuvent être considérées comme une preuve de l'incidence de la poésie sur les capacités pragmatiques, elles doivent demeurer des indices justifiant ou non la poursuite des investigations dans la voie que nous ouvrons à travers notre protocole.

Les résultats observés semblent montrer que notre intervention auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré ou sévère n'agit pas sur les capacités pragmatiques au niveau quantitatif car les statistiques ne révèlent aucune modification positive. Toutefois, nous pourrions envisager de réitérer l'épreuve de narration d'images après une année complète d'atelier poésie auprès de ces patients en comparant les résultats avec ceux obtenus par des patients n'ayant pas participé à ce même atelier afin de mettre en évidence un éventuel ralentissement de l'altération des capacités pragmatiques.

Les données issues des corpus des patients suivis en individuel et présentant la maladie d'Alzheimer au stade précoce ou léger révèlent des modifications positives au niveau quantitatif et qualitatif avec une homogénéisation des productions, un temps de production et un nombre de mots produits se rapprochant de la moyenne des sujets contrôles. L'informativité du discours semble accrue par une diminution du nombre de répétitions, modalisations et fragments de phrases. La cohérence du discours bénéficie d'une diminution du nombre de thèmes contribuant à la continuité sémantique. La cohésion du discours semble avoir été renforcée par l'emploi préférentiel de syntagmes nominaux aux pronoms. Le nombre de requêtes a également baissé, témoignant d'un meilleur déroulement du script et d'une meilleure confiance des patients en leur production. La mise en avant de ces éléments révèle toutefois que les autres paramètres analysés n'ont pas observé de modifications. C'est pourquoi il s'agira d'analyser les aspects de la poésie ayant eu une incidence sur le discours

des patients mais aussi ceux qui seront à renforcer dans l'optique d'une adaptation de notre protocole articulé autour de la poésie.

Il est également important de préciser que certains patients, principalement dans le groupe suivi en atelier se sont révélés peu coopérants lors de l'épreuve de narration d'image. Cette situation, qui ne peut être chiffrée, agit de manière considérable sur la production des patients et constitue un obstacle à toute analyse objective.

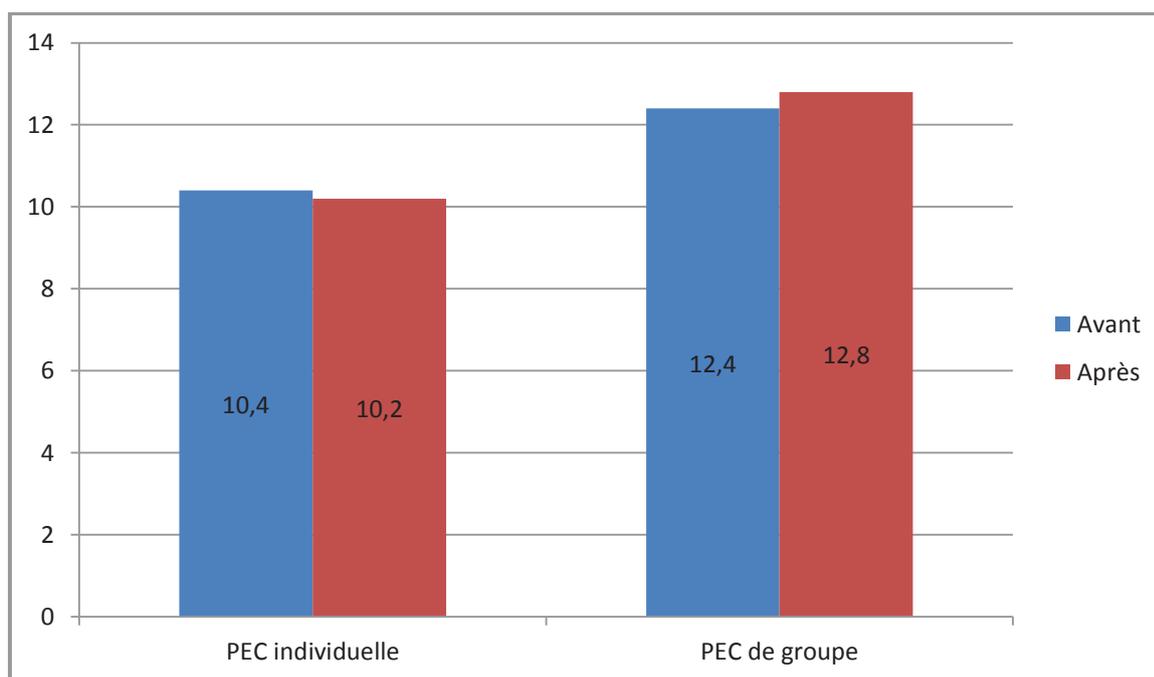
De la même manière, tous les résultats positifs mis en avant comme résultant de l'efficacité de la sollicitation des capacités pragmatiques auprès des patients durant la mise en œuvre de notre protocole peuvent également n'être que le reflet d'une envie de « mieux faire » après les conseils donnés au cours de nos séances et le travail effectué qui est bien compris par les patients au stade léger. En effet, les patients semblent plus à l'aise face à un interlocuteur qu'ils ont côtoyé durant plusieurs semaines que lors du bilan initial. Toute production et les résultats chiffrés que nous en tirons sont donc à replacer dans un contexte singulier de fatigue mais aussi de contribution et de volonté.

La grille d'évaluation des capacités pragmatiques proposée aux aidants des patients va nous permettre de confirmer ou d'infirmer les observations tirées des productions des patients et ainsi constituer un moyen d'objectivation des résultats à cette première épreuve.

6.1.2 Grille d'évaluation des capacités pragmatiques

Afin de mesurer quantitativement les modifications perçues par les aidants des patients, nous attribuons à chaque réponse un pourcentage d'altération, allant de 0% (pas d'altération) à 100% (altération totale) selon la réponse donnée pour chaque item. Par exemple, l'item numéro 1 de notre grille d'évaluation concerne l'appétence à la communication des patients, sous l'intitulé « *Prend du plaisir à communiquer* ». Si l'aidant répond à cette question *toujours* : la note sera de 0% d'altération, s'il répond *souvent*, le score sera de 25% ; la réponse *parfois* attribuera un score de 50% d'altération, alors que *rarement* correspondra à 75% d'altération à cet item. Enfin, la réponse *jamais* équivaudra à 100% d'altération.

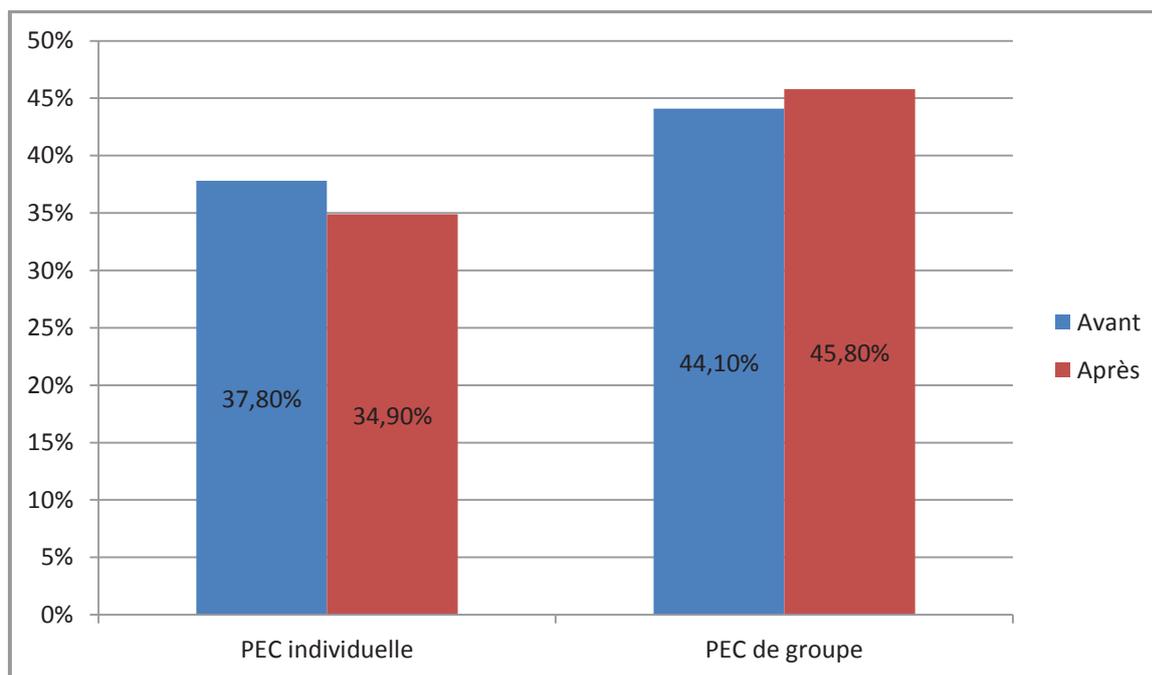
Tableau 7. Nombre d'items altérés



Comme nous pouvons le remarquer, les patients pris en soin en groupe, au sein de l'atelier poésie mis en place à l'accueil de jour les Orangers, présentent un plus grand nombre d'items signifiant une altération des capacités pragmatiques que les patients suivis en individuel, selon les aidants ayant rempli la grille. Ces résultats concordent avec les observations précédentes, montrant que les patients présentant la maladie au stade léger présentent moins d'altérations pragmatiques que les patients présentant la maladie au stade modéré ou sévère. Toutefois, l'écart présent entre les deux populations peut être qualifié de faible (2 items de différence avant la prise en soin ; 2,6 après notre intervention).

La moyenne des items présentant une altération a baissé concernant les patients suivis en individuel, passant de 10,4 items en moyenne (8 ; 15) à 10,2 (7 ; 15) sur un total de 26 questions. Cette moyenne a augmenté au sein du groupe suivi à l'AJA les Orangers, passant de 12,4 (9 ; 17) à 12,8 (10 ; 17) items altérés.

Tableau 8. Pourcentage moyen d'altération

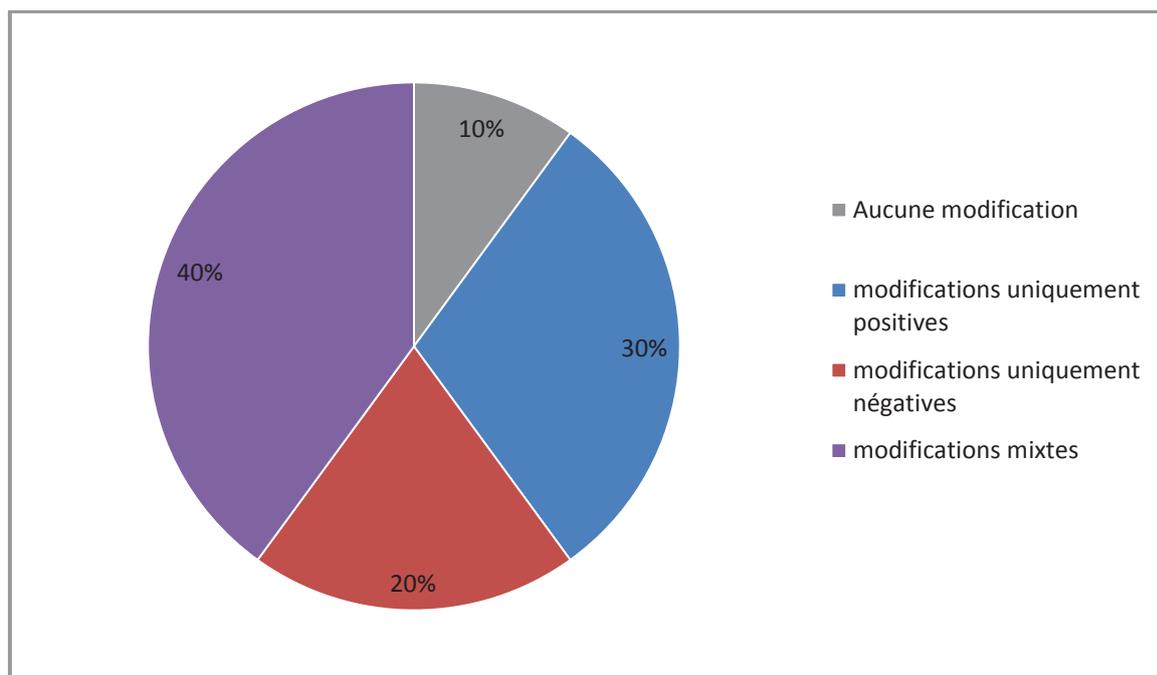


Cet histogramme a été obtenu en faisant la moyenne des pourcentages d'altération des items altérés uniquement (les items à 0% n'entrent donc pas dans le calcul). Les résultats exprimés en pourcentages obtenus sont proportionnels aux modifications mises en valeur précédemment. Le groupe suivi en individuel présente un niveau d'altération inférieur de 6,3% à celui mis en évidence dans le groupe suivi au sein de l'atelier avant notre intervention. A la fin de la prise en soin, cet écart entre les résultats des deux groupes augmente, en raison d'une amélioration des résultats en individuel (-2,9%) corrélée à un déclin des résultats des patients suivis en groupe (+1,7%), passant de 6,3% à 10,9%.

Il semble donc ici que notre intervention en individuel ait permis de solliciter les capacités pragmatiques des patients, contrairement à la prise en soin de groupe, dont les chiffres ne mettent pas en valeur d'évolution positive.

La variation maximale de pourcentage d'altération est de + ou - 25%, ce qui représente la plus petite modification notable dans notre grille d'évaluation.

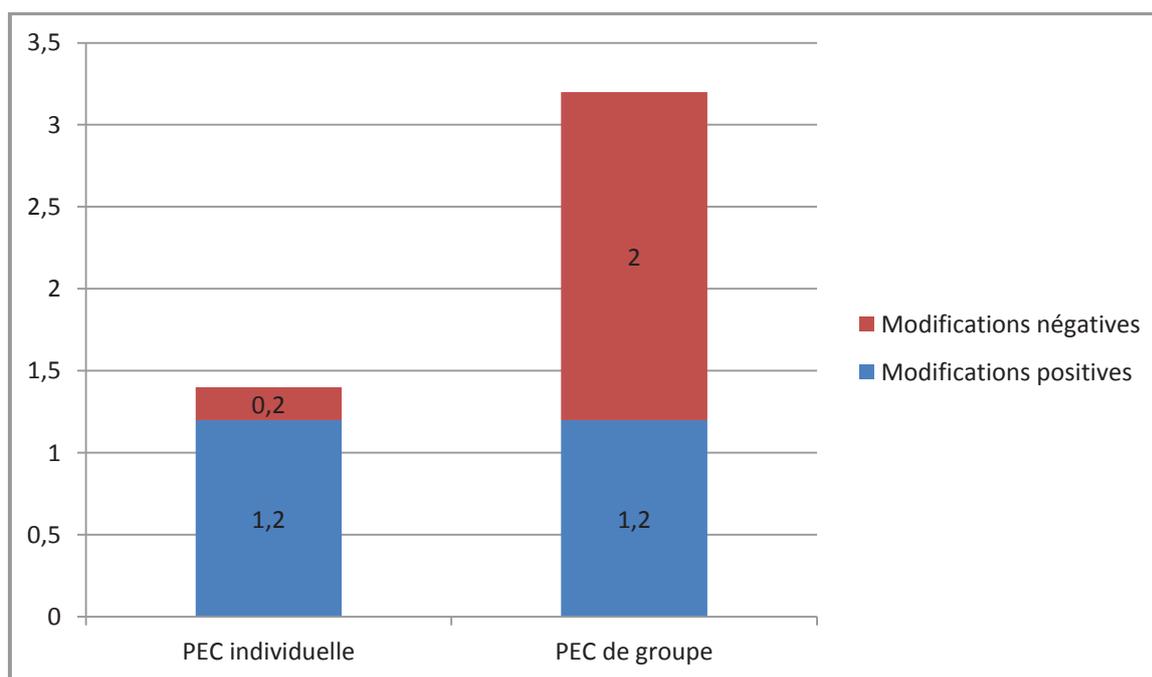
Tableau 9. Répartition des patients en fonction des modifications



Cette représentation figure quel type de modification a été le plus fréquemment rencontrée. Ainsi, nous pouvons voir que seul un patient a obtenu des résultats strictement identiques avant et après la prise en soin, selon son aidant principal : il s'agit d'un patient suivi en individuel. Trois patients, suivis également en individuel, ont vu leur discours s'améliorer sur le plan pragmatique selon leur aidant principal. Les deux patients dont les bilans initiaux et finaux ont révélé une altération des capacités pragmatiques appartiennent au groupe suivi à l'AJA les Orangers. Enfin, les quatre patients présentant des modifications mixtes sont issus des deux groupes de prise en soin.

Ces données sont conformes aux observations précédentes, mettant en avant des résultats majoritairement positifs dans le groupe suivi en individuel et essentiellement négatifs dans l'évolution des capacités pragmatiques au sein de la population prise en soin en atelier de groupe.

Tableau 10. Nombre d'items modifiés selon le type de prise en soin

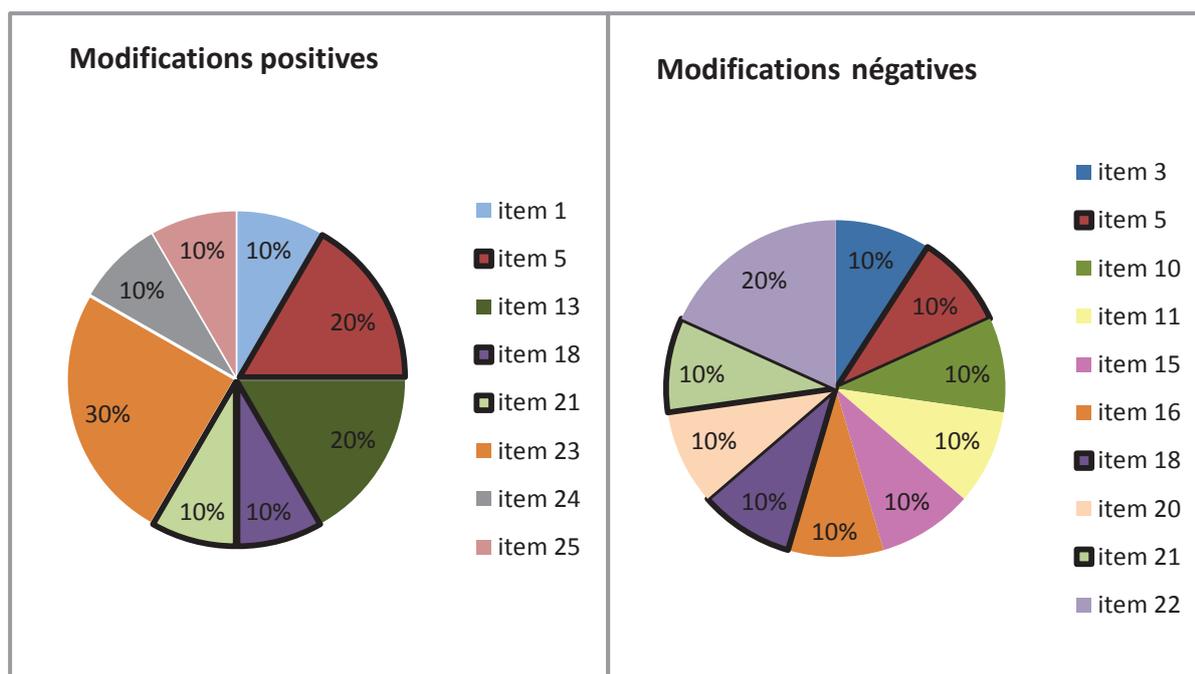


Nous observons ici que la moyenne du nombre d'items ayant subi une modification positive (c'est-à-dire une diminution du pourcentage d'altération) est équivalente dans chaque groupe de prise en soin, soit 1,2 items. Toutefois, le nombre d'items porteurs d'une modification négative (ou une augmentation du pourcentage d'altération) est significativement différente selon la modalité de prise en soin. Le groupe pris en soin individuellement présente, en moyenne, 0,2 items montrant une altération de capacités pragmatiques après notre intervention alors que le groupe suivi en atelier présente en moyenne 2 items modifiés de manière négative à l'issue de notre intervention.

Ces résultats mettent en avant un point jusque-là passé inaperçu dans nos statistiques : l'équivalence du nombre moyen de modifications positives au sein des deux groupes, voilée par la plus grande proportion de modifications négatives dans le groupe suivi en atelier.

100% des patients présentant la maladie à un stade modéré ou sévère (patients suivis à l'accueil de jours les Orangers) présentent des modifications négatives alors que seul un patient du groupe suivi en individuel (soit 20%) présente une modification négative, à un item unique. De même, les modifications positives concernent 80% des patients suivis en individuel alors qu'elles ne concernent que 60% des patients suivis en groupe. Ces statistiques complémentaires nous éclairent quant à l'hétérogénéité des effets de notre proposition, plus marquée au sein du groupe suivi à l'atelier qu'auprès des patients suivis en individuel.

Tableau 11. Détail des items ayant observé des modifications



Les éléments aux contours noirs nous permettent d'observer les items qui ont été modifiés d'une manière positive mais également négative. Les modifications équivalant à + ou - 10% (c'est-à-dire concernant un patient) sont considérées comme non significatives. Ainsi, l'unique item apparaissant dans les deux tableaux statistiques retenant notre attention est l'item 5 (« *Semble chercher ses mots, les mots justes* »), qui a évolué de manière positive pour deux patients, l'un au sein du groupe pris en soin individuellement, l'autre au sein du groupe de l'accueil de jour. L'occurrence de modification négative se trouve également dans le groupe suivi en atelier.

Les modifications positives significatives, c'est-à-dire supérieures à 10% concernent l'item 5 (vu précédemment), 13 et 23. L'item 13 (« *Met en avant des éléments secondaires* ») a vu son pourcentage d'altération baisser auprès de deux patients, appartenant au groupe suivi en individuel. Cet item est altéré, entre 25% et 75% chez 100% des patients selon le ressenti de l'aidant ayant rempli la grille d'évaluation. Notre intervention semble donc avoir eu un effet sur cette habileté pragmatique dans 20% des cas. L'item 23 (« *Utilise la prosodie* ») a subi une modification positive pour 30% des patients. Deux d'entre eux ont été suivis en groupe, un en individuel. Toutefois, cette altération, présente chez 80% des patients, n'a bénéficié d'aucune modification pour 50% des patients.

90% des modifications négatives ne concernent qu'une personne, et ne sont donc pas significatives. Seul l'item 22 (« *Répond aux demandes de clarification* ») révèle une altération

plus importante à l'issue de notre prise en soin pour 20% des patients, appartenant au groupe suivi en accueil de jour.

Ces observations révèlent à nouveau l'hétérogénéité de l'effet de notre intervention sur les capacités pragmatiques des patients mais nous permettent également de mettre en exergue des modifications positives récurrentes.

- **Synthèse**

Les données recueillies à travers la grille d'évaluation des capacités pragmatiques remplie par les aidants des patients avant puis après notre intervention nous donnent des indices sur le langage tel qu'il est perçu hors de nos séances orthophoniques autour de la poésie. Les résultats montrent que les capacités pragmatiques sont moins altérées chez les patients du groupe suivi en individuel, présentant la maladie d'Alzheimer à un stade léger, rejoignant ainsi les conclusions de l'analyse de l'épreuve de narration d'image précédemment exposées. Nous observons également que l'altération des capacités pragmatiques semble être plus rapide et moins sensible à notre intervention auprès des patients présentant la maladie à un stade avancé.

Toutefois, les modifications positives observées au sein des deux groupes sont un signe encourageant la poursuite des interventions visant à solliciter les capacités pragmatiques au-delà du stade précoce, où notre intervention semble néanmoins plus efficace.

Nous avons pu remarquer l'importante hétérogénéité des résultats, souvent jugés non significatifs car témoignant de modifications présentes chez un patient exclusivement. Cependant, cela peut être considéré comme le reflet de la richesse des domaines explorés à travers la poésie. En ce sens, il se peut que chacun ait été plus sensible à un élément, une forme d'écriture ou de parole et qu'un bénéfice unique en terme quantitatif transparaisse dans une grille d'évaluation.

Nous nous devons également de toujours garder à l'esprit la subjectivité de l'aidant qui remplit la grille d'évaluation que nous lui proposons. Malgré notre intervention afin de préciser au mieux chaque item et son évaluation en termes de pourcentage d'altération, chacun juge avec sa propre échelle de notation ; ce qui est considéré comme une atteinte légère pour une personne équivaudra à une atteinte sévère pour quelqu'un d'autre. Il est possible que cette relativité du jugement de chacun soit d'autant plus marquée entre nos deux groupes. En effet, les aidants des patients présentant la maladie à un stade débutant et des altérations langagières parfois peu perceptibles, peuvent se montrer très préoccupés par les

difficultés langagières ou au contraire ne pas les avoir remarquées. Il en est de même pour l'entourage des patients présentant la maladie à un stade plus avancé qui peut juger peu présentes les altérations décrites par notre grille d'évaluation (considérées comme secondaires à d'autres difficultés plus importantes).

Ainsi, ce ressenti sur la communication quotidienne des patients que nous pouvons recueillir à travers cette grille d'évaluation doit demeurer un outil complémentaire, indispensable mais toujours à replacer dans sa subjectivité et sa relativité.

6.1.3 Auto-évaluation de la qualité de communication

Les questions relatives à la communication posées aux patients lors du bilan initial nous révèlent que six patients sur dix se qualifient de « bavards » : « *Ah oui, moi j'aime parler, même trop souvent ah ah ! C'est ce qu'on m'dit, mais j'aime ça moi papoter...* » ; « *Une pipelette, oui je suis une pipelette, on peut le dire...* ». Parmi les quatre personnes préférant se désigner comme réservés ou timides, trois appartiennent au groupe suivi en atelier, et une au groupe suivi en individuel.

Toutefois, à la question « *Aimez-vous discuter ?* », neuf d'entre eux sur dix répondent par un *oui* franc. La seule personne ayant répondu *non* (« *Non, moi je parle pas, j'aime pas ça, voilà !* »), et appartenant au groupe suivi en atelier, est une dame qui se révélera souvent bavarder et dont le franc parler et l'humour nous étonneront plus d'une fois au cours de l'atelier mis en place à l'accueil de jour.

Nous avons ensuite interrogé les patients quant à d'éventuelles modifications remarquées dans leur expression orale, leur façon de parler, leur plaisir à communiquer etc. cinq patients sur dix nous ont fait part d'altérations de leur langage. Parmi ces cinq patients, quatre appartiennent au groupe suivi en individuel et leurs remarques sont parfois très précises : « *Y a des petits euh... quand je trouve plus le bon mot ! Mais mes enfants ils minimisent, moi je suis très lucide, je perds les mots... Et le fil parfois !* » ; « *Oui, c'est vrai que je perds mes mots, et ça m'agace hein ! Et parfois, ça revient d'un coup, c'est fou hein...* » ; « *Le plus que j'oublie, c'est les noms propres, les acteurs ou les rues quoi....* » ; « *Je dirais que le langage, il fout l'camp avec la mémoire ! Non, j'exagère...* ». La cinquième personne ayant observé des changements dans son expression orale appartient au groupe suivi à l'accueil de jour ; son

observation est toute autre et concerne les situations de communication ainsi que le comportement des interlocuteurs plus que sa parole : « *Oui, c'est vrai que les gens sont plus pareils hein... J'ai l'impression qu'on se parle moins avec l'âge, et on sort moins aussi... Oui c'est vrai qu'on se parle plus pareil, puis on voit moins de monde hein surtout !* ».

Lorsque ces questions ont été à nouveau posées à tous les patients une fois notre intervention achevée, la proportion de « bavards » et de « timides » est demeurée identique. A la question « *Aimez-vous discuter ?* », tous les patients ont répondu *oui*. Notons que l'unique patiente qui avait répondu non à cette question initiale nous dira « *Bah oui ! Tout le monde aime discuter enfin !* ». Ce changement de réponse nous montre que l'humeur ou l'envie varient et que nous ne devons pas voir un bilan comme une photographie statique, mais comme un mouvement, qui prend forme à travers une répétition des épreuves.

Nous avons également proposé aux patients, lors du bilan final, de répondre à nouveau à la question relative aux modifications observées au niveau langagier. Aucun nouvel élément significatif n'a été exprimé par les patients. Toutefois, aucune modification positive n'a été exposée.

Les questions posées aux patients afin qu'ils expriment leur ressenti sur leur communication au quotidien nous ont permis de recueillir des informations importantes quant aux difficultés rencontrées par les patients en situation de communication et de répondre aux inquiétudes de chacun. Cet échange a toutefois plus souvent émergé au cours d'entretiens avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade précoce ou léger car le niveau d'anosognosie ne permet souvent plus aux patients présentant la maladie à un stade plus avancé de prendre conscience de leurs difficultés mais surtout de les exprimer et les expliquer.

Les résultats obtenus à partir des différents bilans réalisés sont en accord avec ce que nous pouvions attendre en fonction de la description sémiologique et de l'évolution des troubles du langage et plus particulièrement des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer. Le faible échantillonnage ne permet pas de tirer de conclusions fiables. Toutefois, il est intéressant de voir au-delà des chiffres et pour ce faire, nous allons observer les bénéfices de notre protocole mais également tenter d'en trouver les faiblesses afin de proposer des améliorations à y apporter. Cela va nous permettre d'enrichir les résultats chiffrés par l'analyse du ressenti des patients quant à notre protocole et à la poésie.

6.2 Discussion

Les statistiques obtenues à partir des bilans proposés à tous nos patients nous donnent des indications quant à la pertinence de l'utilisation de la poésie afin de solliciter les capacités pragmatiques. Ainsi, il sera intéressant d'observer les capacités pragmatiques qui ont été efficacement sollicitées mais également celles qui n'ont pas, ou pas suffisamment été sollicitées et celles qui l'ont été de manière inadéquate. Nous tenterons également de porter un regard critique sur les prises en soin individuelle et de groupe.

6.2.1 Bénéfices observés

L'emploi de la poésie, sous les différentes formes que nous avons présentées, semble participer au maintien de certaines capacités pragmatiques dans le cadre d'une prise en soin orthophonique.

En effet, même si les chiffres ne mettent pas en avant assez de modifications positives pour pouvoir conclure à une efficacité de notre intervention, il faut rappeler que ce que nous visons n'est pas la rééducation mais le maintien de ces fonctions. Ainsi, nous pouvons supposer que la poésie, par les sollicitations qu'elle permet, est un outil très intéressant.

Au-delà des chiffres donc, nous pouvons mettre en évidence des phénomènes, parfois isolés, qui témoignent de la portée de notre protocole. Deux patients ont introduit, dans leurs bilans finaux, du dialogue au style direct lors de la narration d'image. Il est intéressant de noter que ces patients n'appartenaient pas au même groupe. Mme G., suivie en individuel a imaginé la conversation téléphonique du jeune homme : *peut-être qu'il lui dit « oui, je viens tout à l'heure ! »*. Mme M., suivie en groupe, retranscrit le dialogue qu'elle imagine entre la mère et sa fille : *La mère a l'air de lui dire « Alors, tu es contente ? »*. Cela est à rapprocher de la compétence narrative mais semble également être la manifestation d'une implication accrue dans la tâche à accomplir et d'un réel plaisir à communiquer. Pour ces personnes, le dialogue s'est imposé comme le moyen le plus efficace de transcrire la scène de la manière la plus vivante et adaptée possible.

Les séances de groupe ont bénéficié d'une concentration accrue des participants au fil des séances. En effet, les digressions ou les éléments secondaires voire hors sujets ont été de moins en moins fréquents. Les participants à l'atelier semblent avoir acquis une réelle identité de groupe qui a servi la cohérence tout au long des séances. Les poèmes ont été réalisés dans des délais plus courts et ont nécessité moins d'interventions de notre part afin de redéfinir le thème à suivre. Cette cohérence globale accrue a également été observée auprès des patients suivis en individuel. Peu à peu, il semble que chacun ait investi l'activité et se soit focalisé sur le poème à construire. Cette observation est à rapprocher des moyens de facilitation que nous avons mis en place auprès des patients mais nous pouvons supposer que cela témoigne d'un investissement et d'une cohérence grandissants.

L'informativité du discours, malgré son apparente constance selon les chiffres, a fait l'objet d'un réel intérêt de la part des participants, quelle que soit leur modalité de prise en soin. Le choix des mots justes, l'évocation sémantique ou phonologique préalable à la construction des poèmes a suscité un vif intérêt de la part des patients qui se sont révélés de plus en plus exigeants quant au choix des éléments constitutifs des poèmes. Les patients suivis en groupe ont souvent passé du temps sur le choix d'un mot afin que celui-ci corresponde au mieux à l'idée exprimée. Cette recherche de précision a donné lieu à des débats très constructifs et des votes au sein de l'atelier poésie. Malgré les statistiques, nous pouvons affirmer que les patients ont développé un réel goût pour les mots et une sensibilité à la précision lexicale de plus en plus affirmée.

Le poème en vers libre, la fable, l'acrostiche, le haïku et l'anaphore ont permis aux patients, au-delà de la sollicitation des fonctions pragmatiques, d'exprimer des choses qui leur tenaient à cœur.

M. E.⁸⁵ a offert à son épouse une déclaration d'amour surprenante à travers son acrostiche, intitulé *Elise*. Mme G.⁸⁶ s'est remémoré ses voyages à travers ses poèmes *A l'autre bout du monde* et *My kind of town*. Mme B.⁸⁷ a dédié son acrostiche *Les vertus de la musique* au piano, instrument dont elle joue encore parfois. Mme D.⁸⁸ a consacré son poème en vers libre

⁸⁵ ANNEXE 4, p. 130

⁸⁶ ANNEXE 4, p. 131-132

⁸⁷ ANNEXE 4, p. 138

⁸⁸ ANNEXE 4, p. 135

Les quatre saisons ainsi que son Haïku à la nature et au temps qui passe. Mme R.⁸⁹ a choisi de mettre en scène son chien dans sa fable intitulée *Le bichon et la tourterelle*.

A travers le poème *Je sens encore*, les patients de l'accueil de jour les Orangers ont pu évoquer des souvenirs olfactifs, gustatifs et tactiles. Le poème *Noël* a été à l'instigateur d'échanges émouvants sur les souvenirs d'enfance de chacun. Les trois poèmes réalisés sur le thème de l'enfance ont permis à chacun d'exprimer ses sentiments, ses craintes mais aussi ses espoirs sur la vie et le temps qui passe⁹⁰.

Ces instants de poésie et de sollicitation cognitive active ont donc pris, la plupart du temps, des allures de partage de moments de vie, de transmission de souvenirs d'antan, de voyages etc. Le langage a alors été le support d'un échange dans lequel chacun, les patients comme nous-mêmes, s'est impliqué afin de restituer un message authentique de la manière la plus harmonieuse afin de servir le fond par le choix de la forme.

Notre protocole s'est révélé, au cours de son application, comme réunissant les caractéristiques de la plupart des types d'approches employées auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En effet, son élaboration était basée sur une approche cognitive (la sollicitation des capacités pragmatiques) à travers un support créatif et artistique (la poésie). L'implication dès le bilan des aidants des patients ainsi que notre volonté de rester proche de la communication telle qu'elle est nécessaire au quotidien et des thèmes intéressant les patients sont des points qui rejoignent la visée de l'approche écosystémique.

Au fil des séances, notre protocole a pris des allures de thérapie de reminiscence, mêlant le passé au présent au service de l'élaboration des divers poèmes, permettant parfois aux patients de se remémorer des souvenirs plus ou moins lointains et souvent de transmettre une pensée, un état d'esprit. Ainsi, notre protocole de départ s'est trouvé enrichi par la façon dont chaque patient l'a appréhendé. Les souvenirs, les interventions et les remarques de chacun ont permis l'exploration de domaines et de situations de communication inattendus étoffant souvent l'élaboration en cours. Notre idée initiale ne s'est donc pas trouvée en défaut face aux patients, bien au contraire. Le vécu et le caractère de chacun ont rendu chaque intervention unique et ont modelé notre protocole en fonction des besoins et des envies de chacun autour de différentes approches thérapeutiques.

⁸⁹ ANNEXE 4, p. 133-134

⁹⁰ ANNEXE 5, p. 139-140

Les bénéfiques que nous venons d'exposer se légitiment à travers le ressenti et les réactions des patients quant à la proposition que nous leur avons faite autour de la poésie. Au cours de la mise en œuvre de notre protocole, nous avons plus d'une fois été surprise par les manifestations d'intérêt des patients.

A la relecture des poèmes réalisés par les patients de l'accueil de jour les Orangers, Mme M., surprise par la beauté d'un poème, s'exclame avec une grande fierté : « *Oh ! Mais c'est qu'on va devenir des poètes hein !* ». A une autre occasion, ce fut Mme C. qui se trouva bien étonnée par sa créativité : « *Mais c'est nous qui l'avons fait ça ? Ah beh c'est beau !* ». M. E., le jour où il rentra chez lui avec son poème dédié à sa femme, nous dit avec une certaine émotion : « *Là, je vais l'épater ! Comme au premier jour...* ». Le retour sur le travail effectué a ainsi été source de plaisir, de stupéfaction et de fierté pour tous les patients, sans exception.

Jouer avec les mots, les sons, les formes poétiques a beaucoup inspiré les patients qui se sont prêtés à cet exercice avec beaucoup d'humour. Lorsque Mme G., suivie en individuel, a expérimenté la composition d'un haïku, elle s'est exclamée : « *Et bien vous direz aux japonais qu'ils me font suer ! Vous avez entendu ? Ça rime, ahah...* ». Lors de l'élaboration du poème *Enfance* avec les patients suivis en atelier, chacun devait rechercher des mots rimant en -ance. Mme M. s'adressa alors à l'orthophoniste et lui dit, à propos de Mme W. qui ne parvenait pas à trouver un mot, « *Vous avez vu, elle perd patience !* », touche d'humour à laquelle répondit Mme C., s'adressant toujours à l'orthophoniste : « *En tout cas, vous, il vous en faut vous de la patience !* ». On observe que l'évocation phonologique prend des allures de jeu et chacun essaie, au-delà de la composition du poème, de trouver des jeux de mots et de rire avec les mots, ce qui rend notre intervention d'autant plus riche et agréable pour les patients.

A la fin de notre intervention, nous avons demandé aux patients ce qu'ils ont pensé de notre proposition autour de la poésie, ce qu'ils ont ressenti et ce que cela a pu leur apporter. Mme P., suivie à l'accueil de jour, nous a joliment donné son ressenti : « *Oh oui, c'était bien ... Mais on s'arrête alors ? On va plus faire de poèmes ? Parce que c'est beau, C'est comme un rêve pour moi la poésie...* ». Mme G., suivie en individuel, nous a confié ce que cette intervention lui avait apporté : « *C'était intéressant, c'était agréable. C'est un exercice auquel je ne m'attendais pas. Je pense qu'il a pris des allures de petite fable, il a dévoilé des traits de mon caractère et des souvenirs profondément ancrés qui me tiennent à cœur. J'ai parlé d'endroits qui me tiennent plus à cœur plus que ma patrie, qui sont ce que j'ai de plus cher au cœur, après mes enfants ! C'était une distraction plus qu'un travail...* ». Mme M., suivie en groupe, dit que l'atelier poésie, « *ça enlève du quotidien !* ». Mme R., suivie en individuel, a

également exprimé ce qu'a représenté pour elle cette intervention : « *C'était un moment bien agréable. L'avantage, c'est que cela m'oblige à faire un effort intellectuel et de mémoire, et retrouver des souvenirs. Et les occasions d'évoquer ses souvenirs d'adolescence sont rares ! Moi je ne suis pas l'artiste de la famille, mais je me suis trouvée plutôt pas mal en poète ! ahah... Non ?* ».

L'accueil et les retours très favorables que nous avons pu recueillir auprès des patients ayant participé à notre protocole justifient sa mise en œuvre. En effet, la valorisation de l'estime de soi, le plaisir, l'intérêt pour les mots ou les évocations qu'il suscite constitue un effet thérapeutique en soi ; effet que la poésie semble véhiculer avec grâce et naturel.

6.2.2 Propositions d'enrichissement

Malgré les nombreux points positifs que nous pouvons mettre en avant, notre protocole pourrait bénéficier de quelques modifications ou améliorations afin que notre intervention autour de la poésie soit plus riche mais également plus précise et efficace.

Les chiffres issus des bilans ainsi que nos observations au cours des séances ne permettent pas de mettre en avant une sollicitation efficace des procédures de réparation permettant les autocorrections des patients. Il pourrait être envisagé d'inclure dans notre protocole un poème mettant en scène des corrections. Toutefois, cela semble délicat à mettre en place car il faudrait trouver un moyen naturel de suggérer ces corrections sans mettre le patient en situation d'échec et sans lui faire sentir que son propre discours a besoin de corrections. Il s'agirait donc de mettre à la disposition des patients des moyens d'identification des éléments à corriger mais aussi des moyens de facilitation de ces corrections à travers des formules verbales proposées aux patients. Chacun pourrait alors choisir parmi plusieurs propositions les procédures de réparation qui lui semblent les plus naturelles afin d'en disposer lorsque la situation de communication nécessiterait leur emploi.

Parallèlement et au regard des résultats obtenus aux bilans, nous pourrions envisager de mettre l'accent sur la diversification des actes de langage dans le discours des patients. En effet, si le nombre de requêtes a baissé dans le groupe suivi en individuel, on n'observe pas plus d'actes de langage. Ainsi, il serait intéressant de proposer aux patients de composer un

poème avec comme élément imposé l'introduction des cinq actes de langage selon J. R. Searle ; c'est-à-dire un acte assertif, un acte promissif, un acte expressif ainsi qu'un acte déclaratif. Dans l'optique d'une prise en soin plus longue afin de mettre l'accent sur cette diversification des actes de langage, nous pourrions envisager de consacrer un poème à chaque acte de langage afin d'en explorer les caractéristiques plus en profondeur.

Le vif intérêt suscité par les sons du langage nous amène à envisager un travail plus approfondi dans ce domaine. Comme nous avons pu le dire précédemment, nous avons été surpris par la sensibilité des patients aux sons et à leur mélodie. M. Grammont, linguiste, considère la poésie comme le contexte le plus favorable à un dégagement total du sens caché des voyelles. M. Chastaing, également linguiste, a étudié la valeur des voyelles mais aussi des consonnes. Il décrit la douceur des fricatives en opposition à la dureté, des occlusives ; il présente le L comme léger, débonnaire, doux, clair et lisse et le R comme rugueux, fort, violent, amer ou encore lourd. Nous pensons que ce symbolisme phonique pourrait constituer le point de départ d'un prolongement de notre protocole, qui serait articulé autour des sons du langage comme base thématique incitant à l'élaboration poétique.

L'enrichissement de notre protocole peut également se faire dans le sens de la diversité des formes poétiques proposées. Ainsi, nous pensons que le slam se situe à la croisée entre langage spontané et poésie. Le nom « slam » fait référence au vocabulaire sportif : il s'agit du nom donné à la balle qui claque au baseball lors d'un homerun, les commentateurs sportifs disent « slam ! ». C'est ainsi que ces spectacles de poésie prirent le nom de « Slam Poetry ». Entre joute oratoire et poésie, le slam est un art où quiconque veut s'exprimer occupe la scène, sans obligation de bibliographie poétique, de thématique, de mémorisation ou de format de texte.

Voici ce qu'en dit Grand Corps Malade : *« C'est le moyen le plus facile de partager un texte, donc de partager des émotions et l'envie de jouer avec des mots. Le slam est peut-être un art, le slam est peut-être un mouvement, le slam est sûrement un Moment... Un moment d'écoute, un moment de tolérance, un moment de rencontres, un moment de partage. »*

Ces mots contiennent tous les éléments que nous recherchons lorsque nous entreprenons une prise en soin avec un patient atteint de la maladie d'Alzheimer : jouer avec les mots, partager des émotions, écouter et rencontrer l'autre. Le slam pourrait ainsi beaucoup apporter à notre protocole, en le rapprochant toujours plus du langage quotidien et naturel et permettant une expression la plus libre possible.

Comme nous avons pu le montrer, la poésie est un support très riche et permet la sollicitation du langage sous différentes formes. A un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, les capacités pragmatiques ne sont plus au cœur des objectifs d'une prise en soin orthophonique ; toutefois, la poésie pourrait constituer un support de communication. En effet, l'enthousiasme et la sensibilité des patients que nous avons suivis nous incite à penser que des poèmes peuvent être composés, selon des objectifs différents à un stade plus avancé de la maladie. Le rythme, la mélodie, les rimes pourraient être un moyen de mémorisation d'un emploi du temps, de repères spatio-temporels quotidiens, d'un itinéraire à retenir, du nom des membres d'une famille etc. Il s'agirait de faire du langage le support de la mémoire, un moyen de facilitation en soi.

6.2.3 Prise en soin individuelle ou en groupe : analyse critique

Les chiffres obtenus aux bilans effectués auprès de tous nos patients ont mis en évidence une meilleure sollicitation des capacités pragmatiques en individuel. Toutefois, ces chiffres sont à nuancer et témoignent plus de la différence entre les stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer que des bénéfices d'une modalité de prise en soin qui serait plus adaptée qu'une autre. En effet, il était tout à fait prévisible que la sollicitation des capacités pragmatiques soit plus efficace auprès d'une population atteinte de la maladie au stade précoce que d'une population présentant la maladie à un stade plus avancé où d'autres troubles viennent s'ajouter aux altérations pragmatiques. Toutefois, notre intervention s'est déroulée dans les conditions de prise en soin les plus fréquemment mises en place selon les degrés d'atteinte des patients. Ainsi, nous ne pouvons pas lier nos résultats à une comparaison des modalités de prise en soin ; en revanche, nous pouvons porter un regard critique sur les deux modalités de suivi que nous avons mises en place.

L'atelier poésie mis en place à l'accueil de jour les Orangers a réuni cinq participants qui n'ont pas été choisis en fonction de leurs similarités sémiologiques mais plutôt selon leurs centres d'intérêts et leurs personnalités. Ce groupe hétérogène, composé de Mme W., une petite dame timide ayant écrit un recueil de poèmes étant plus jeune, Mme P., une dame très expansive et toujours de bonne humeur, Mme D., une dame très sérieuse mais toujours prête à rire, Mme C., une dame au fort caractère et au franc parler plutôt solitaire et Mme M., qualifiée d'anticonformiste, directe et franche, peut sembler quelque peu étrange. Toutefois,

loin d'avoir été hasardeuse, cette composition tient en elle la clé de la réussite de cet atelier. Chacun ayant une personnalité très différente a trouvé sa place au sein du groupe et a su s'adapter aux autres personnes de façon très naturelle. Au-delà des poèmes qui ont pu bénéficier des souvenirs et des mots de chacun, les échanges autour de la poésie ont été riches et d'une diversité étonnante qui n'aurait peut-être pas été telle dans un groupe formé à partir de relations d'homogénéité. Le groupe s'est forgé une identité autour du respect, de l'écoute et de l'échange.

Les statistiques réalisées ne mettent pas en avant de modifications positives dans les domaines de l'informativité du discours, de la cohérence, de la cohésion auprès des patients suivis en atelier de groupe. Toutefois, ces résultats ne rendent donc pas compte de la richesse du travail en groupe et peuvent constituer des marqueurs du retentissement d'éléments sémiologiques de la maladie d'Alzheimer. D'une part, l'anosognosie réduit l'investissement des patients dans la tâche de narration d'image. Les troubles de l'humeur et de la motivation faussent également les résultats qui témoignent d'un instant et non de tout ce qui a été construit au cours de l'atelier. Même s'il est évident que les capacités pragmatiques sont plus altérées chez ces patients suivis en accueil de jour, nous pouvons affirmer que leurs compétences sont supérieures à ce qui transparait dans les bilans. Les troubles associés influant sur les capacités de communication sont donc une entrave à l'évaluation des capacités communicationnelles et se manifestent parfois au cours des séances. Dès lors, le groupe constitue un cadre car, toute l'attention n'étant pas portée sur la personne qui est de mauvaise humeur ou triste, l'ambiance du groupe uni parvient souvent à apaiser les tensions et redonner le sourire.

Notre intervention en individuel a pu profiter de la conscience que les patients ont de leurs troubles. En effet, cela a conduit à une implication très importante de la part des patients qui ont pris en compte dès le début de notre intervention la mesure du travail effectué sous le couvert de la poésie. Nous pouvons affirmer que la sollicitation des capacités pragmatiques est plus efficace auprès d'une population atteinte de la maladie au stade précoce mais également que la prise en soin individuelle permet une sollicitation plus intensive, la séance étant consacrée à une seule personne. Toutefois, la prise en soin individuelle ne bénéficie pas des éléments que chacun apporte au sein d'un groupe.

Les conclusions que nous tirons demeurent hypothétiques car pour une fiabilité optimale, il faudrait proposer notre protocole en atelier de groupe avec des sujets présentant la maladie au stade précoce et entreprendre parallèlement un suivi individuel et à domicile des personnes atteintes de la maladie au stade modéré ou sévère. Il est difficile de mettre sur le

même plan ces deux modalités de prises en soin. Afin que notre protocole profite le plus aux patients, le point essentiel demeure d'adapter le contenu et les objectifs à chaque patient ou à chaque groupe. En outre, l'altération des capacités pragmatiques semble importante dès le début de la maladie mais les bilans effectués montrent que certaines habiletés sont conservées à un stade avancé ou se détériorent plus lentement que ce qui peut être imaginé : il est donc important de solliciter les capacités pragmatiques même à un stade avancé de la maladie.

CONCLUSION

La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui bien connue et cependant elle demeure énigmatique et surprenante. A l'heure où les étiologies se précisent et les critères diagnostics s'affinent, les modalités de prise en soin se diversifient et les réflexions autour de ce fléau s'enrichissent et s'entremêlent. Notre proposition s'articule alors autour de la science et de l'esprit, de la technique et de la création. Nous avons pensé cette expérimentation à partir d'une donnée sémiologique indéniable : l'altération des capacités pragmatiques du langage, dès le stade précoce de la maladie d'Alzheimer. Nous nous sommes alors intéressée, après étude des éléments linguistiques et neurologiques fondamentaux, à une approche thérapeutique orthophonique visant la sollicitation des capacités pragmatiques adaptée à deux modalités de prise en soin mais aussi aux différents stades d'évolution de la maladie. Avec le concours de patients suivis en individuel à domicile présentant la maladie au stade précoce ainsi que des patients atteints de la maladie au stade modéré ou sévère suivis au sein d'un atelier en accueil de jour, nous avons élaboré un protocole articulé autour de la poésie.

Les prises en soin entreprises selon des modalités différentes et auprès de patients présentant la maladie d'Alzheimer à des stades d'évolution différents ont permis de mettre en évidence des particularités de l'art poétique qui justifient son emploi à des fins thérapeutiques. Qu'il s'agisse des fonctions pragmatiques ou du langage plus largement, la poésie est intrinsèquement riche de caractéristiques permettant une réelle sollicitation cognitive et favorise le souvenir, l'humour et l'échange de façon ludique et artistique. En ce sens, le protocole que nous avons mis au point semble mériter d'être affiné afin que les patients y portant intérêt puissent bénéficier de ce qu'il véhicule.

Au stade précoce, les patients se sont révélés très en demande de moyens de facilitation leur permettant de contourner les difficultés de langage dont ils sont conscients. C'est pourquoi cette proposition autour de la poésie ne doit être faite qu'après une étude précise des caractéristiques de chaque poème afin d'être en mesure de répondre à tous les questionnements des patients.

A un stade plus avancé, les patients ont dévoilé une sensibilité poétique et un goût pour les mots et les sons de la langue inattendus. Il semble alors primordial de partager cette émotion avec les patients afin d'entrer dans une relation favorisant la création.

Il existe donc, dans ce type d'approche, une implication de la part du thérapeute qui précède la prise en soin et influence son déroulement.

Les conclusions tirées de cette expérience, menée grâce à la participation de dix patients aux niveaux socioculturels et aux parcours de vies très hétéroclites, témoignent de la double tâche qui incombe à l'orthophoniste face à une pathologie telle que la maladie d'Alzheimer. S'il est évident que nous devons connaître et comprendre la maladie d'Alzheimer et ses manifestations pour chacun, nous devons également créer un cadre relationnel et thérapeutique suffisamment ouvert afin de se laisser surprendre par la maladie d'Alzheimer et par les personnes qui en souffrent.

Les patients ont donné une dimension bien plus profonde à notre protocole que nous l'avions imaginé. Ainsi, au-delà de son potentiel thérapeutique, la poésie apparaît comme le moyen de laisser une trace. A l'heure où les souvenirs leur échappent, où les occasions de les transmettre se font rares ; à l'heure où la vie est plutôt derrière que devant eux, où elle semble plus fragile, les personnes que nous avons rencontrées ont trouvé, à travers les poèmes qu'elles ont composés, le moyen de laisser une trace écrite, telle une preuve, comme une photographie, du temps qui passe mais surtout du temps qui reste et des capacités qui demeurent.

A travers leurs poèmes, les patients ont inscrit un mot, une idée, un souvenir ou une personne chère mais se sont également eux-mêmes inscrits dans un projet que nous avons amené et qu'ils ont transformé. L'inscription ne se résume plus alors à la tenue de la plume ou au mécanisme d'écriture mais au soutien de la trace que laisse cette plume sur le papier et au-delà.

« On espère juste toucher l'instant.

Les quelques secondes du poète qui échappent à l'espace-temps.

Les moments que l'on redécouvre, que l'on connaît plus ou moins. [...]

On a trempé notre plume dans notre envie de changer de vision.

De prendre une route parallèle, comme une furtive évasion.

On a trempé notre plume et est-ce vraiment une hérésie.

De se dire qu'on l'assume et qu'on écrit de la poésie. »⁹¹

⁹¹ Grand corps Malade, *Toucher l'instant*.

ANNEXES

ANNEXE 1. Support de narration d'image.....	123
ANNEXE 2. Grille d'auto-évaluation des capacités pragmatiques.....	124
ANNEXE 3. Divers poèmes lus aux patients.	125
ANNEXE 4. Compositions des patients suivis en individuel.	128
Poèmes de M. E.....	128
Poèmes de Mme G.	130
Poèmes de Mme R.	132
Poèmes de Mme D.	134
Poèmes de Mme B.	136
ANNEXE 5. Compositions des patients suivis en atelier.	138
ANNEXE 6. Le triptyque présenté au Printemps des poètes.....	140
ANNEXE 7. Bilans retranscrits des patients suivis en individuel.....	141
Bilans de M.E.	141
Bilans de Mme G.	143
Bilans de Mme R.....	146
Bilans Mme D.	148
Bilans Mme B.....	151
ANNEXE 8. Bilans retranscrits des patients suivis en atelier.	153
Bilans de Mme P.	153
Bilans de Mme M.....	155
Bilans de Mme W.	157
Bilans de Mme D.	159
Bilans de Mme C.....	162

ANNEXE 1. Support de narration d'image.



Color Cards. Séquence simple.

ANNEXE 2. Grille d'auto-évaluation des capacités pragmatiques.

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer						
2. Communique spontanément, sans sollicitation						
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole						
4. Parvient à faire passer son message						
5. Semble chercher ses mots, les mots justes						
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)						
7. Sait introduire un sujet						
8. Sait conclure un sujet						
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)						
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire						
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur						
12. Se concentre sur le thème principal						
13. Met en avant des éléments secondaires						
14. Attend son tour de parole						
15. Prend son tour de parole						
16. Maintient un temps de parole suffisant						
17. Parle plus lentement qu'avant						
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation						
19. Pose plus de questions qu'avant						
20. Répond aux questions						
21. Demande des clarifications						
22. Répond aux demandes de clarification						
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)						
24. Exprime ses sentiments						
25. Utilise l'autocorrection						
26. S'adapte à son interlocuteur						

ANNEXE 3. Divers poèmes lus aux patients.

L'invitation au voyage. C. Baudelaire

Mon enfant, ma sœur,
Songe à la douceur
D'aller là-bas vivre ensemble !
Aimer à loisir,
Aimer et mourir
Au pays qui te ressemble !
Les soleils mouillés
De ces ciels brouillés
Pour mon esprit ont les charmes
Si mystérieux
De tes traîtres yeux,
Brillant à travers leurs larmes.

Là, tout n'est qu'ordre et beauté,
Luxe, calme et volupté.

Des meubles luisants,
Polis par les ans,
Décoreraient notre chambre ;
Les plus rares fleurs
Mêlant leurs odeurs
Aux vagues senteurs de l'ambre,
Les riches plafonds,
Les miroirs profonds,
La splendeur orientale,
Tout y parlerait
À l'âme en secret
Sa douce langue natale.

Là, tout n'est qu'ordre et beauté,
Luxe, calme et volupté.

Vois sur ces canaux
Dormir ces vaisseaux
Dont l'humeur est vagabonde ;
C'est pour assouvir
Ton moindre désir
Qu'ils viennent du bout du monde.
- Les soleils couchants
Revêtent les champs,
Les canaux, la ville entière,
D'hyacinthe et d'or ;
Le monde s'endort
Dans une chaude lumière.

Là, tout n'est qu'ordre et beauté,
Luxe, calme et volupté.

Demain, dès l'aube... V. Hugo

Demain, dès l'aube, à l'heure où blanchit la
campagne,
Je partirai. Vois-tu, je sais que tu m'attends.
J'irai par la forêt, j'irai par la montagne.
Je ne puis demeurer loin de toi plus longtemps.

Je marcherai les yeux fixés sur mes pensées,
Sans rien voir au dehors, sans entendre aucun bruit,
Seul, inconnu, le dos courbé, les mains croisées,
Triste, et le jour pour moi sera comme la nuit.

Je ne regarderai ni l'or du soir qui tombe,
Ni les voiles au loin descendant vers Harfleur,
Et quand j'arriverai, je mettrai sur ta tombe
Un bouquet de houx vert et de bruyère en fleur.

La Cigale et la Fourmi. La Fontaine

La Cigale, ayant chanté
Tout l'été,
Se trouva fort dépourvue
Quand la bise fut venue :
Pas un seul petit morceau
De mouche ou de vermisseau.
Elle alla crier famine
Chez la Fourmi sa voisine,
La pria de lui prêter
Quelque grain pour subsister
Jusqu'à la saison nouvelle.
"Je vous paierai, lui dit-elle,
Avant l'Oût, foi d'animal,
Intérêt et principal. "
La Fourmi n'est pas prêteuse :
C'est là son moindre défaut.
Que faisiez-vous au temps chaud ?
Dit-elle à cette emprunteuse.
- Nuit et jour à tout venant
Je chantais, ne vous déplaise.
- Vous chantiez ? j'en suis fort aise.
Eh bien! dansez maintenant.

Un poème. R. Queneau

Bien placés bien choisis
quelques mots font une poésie
les mots il suffit qu'on les aime
pour écrire un poème
on ne sait pas toujours ce qu'on dit
lorsque naît la poésie
faut ensuite rechercher le thème
pour intituler le poème
mais d'autres fois on pleure on rit
en écrivant la poésie
ça a toujours kékchose d'extrême
un poème

Les feuilles mortes. J. Prévert

Oh, je voudrais tant que tu te souviennes,
Des jours heureux quand nous étions amis,
Dans ce temps-là, la vie était plus belle,
Et le soleil plus brûlant qu'aujourd'hui.
Les feuilles mortes se ramassent à la pelle,
Tu vois je n'ai pas oublié.
Les feuilles mortes se ramassent à la pelle,
Les souvenirs et les regrets aussi,
Et le vent du nord les emporte,
Dans la nuit froide de l'oubli.
Tu vois, je n'ai pas oublié,
La chanson que tu me chantais...

C'est une chanson, qui nous ressemble,
Toi qui m'aimais, moi qui t'aimais.
Nous vivions, tous les deux ensemble,
Toi qui m'aimais, moi qui t'aimais.
Et la vie sépare ceux qui s'aiment,
Tout doucement, sans faire de bruit.
Et la mer efface sur le sable,
Les pas des amants désunis.
Nous vivions, tous les deux ensemble,
Toi qui m'aimais, moi qui t'aimais.
Et la vie sépare ceux qui s'aiment,
Tout doucement, sans faire de bruit.
Et la mer efface sur le sable,
Les pas des amants désunis...

Les feuilles mortes se ramassent à la pelle,
Les souvenirs et les regrets aussi
Mais mon amour silencieux et fidèle
Sourit toujours et remercie la vie
Je t'aimais tant, tu étais si jolie,
Comment veux-tu que je t'oublie ?
En ce temps-là, la vie était plus belle
Et le soleil plus brûlant qu'aujourd'hui
Tu étais ma plus douce amie
Mais je n'ai que faire des regrets
Et la chanson que tu chantais
Toujours, toujours je l'entendrai !

La Valse à Mille Temps. J. Brel

Au premier temps de la valse
Toute seule tu souris déjà
Au premier temps de la valse
Je suis seul mais je t'aperçois
Et Paris qui bat la mesure
Paris qui mesure notre émoi
Et Paris qui bat la mesure
Me murmure murmure tout bas

{refrain:}
Une valse à trois temps
Qui s'offre encore le temps
Qui s'offre encore le temps
De s'offrir des détours
Du côté de l'amour
Comme c'est charmant
Une valse à quatre temps
C'est beaucoup moins dansant
C'est beaucoup moins dansant
Mais tout aussi charmant
Qu'une valse à trois temps
Une valse à quatre temps
Une valse à vingt ans
C'est beaucoup plus troublant
C'est beaucoup plus troublant
Mais beaucoup plus charmant
Qu'une valse à trois temps
Une valse à vingt ans
Une valse à cent temps
Une valse à cent ans
Une valse ça s'entend
A chaque carrefour
Dans Paris que l'amour
Rafraîchit au printemps
Une valse à mille temps
Une valse à mille temps
Une valse a mis le temps
De patienter vingt ans
Pour que tu aies vingt ans
Et pour que j'aie vingt ans
Une valse à mille temps
Une valse à mille temps
Une valse à mille temps
Offre seule aux amants
Trois cent trente-trois fois le temps
De bâtir un roman

Au deuxième temps de la valse
On est deux tu es dans mes bras
Au deuxième temps de la valse
Nous comptons tous les deux une deux trois
Et Paris qui bat la mesure
Paris qui mesure notre émoi
Et Paris qui bat la mesure
Nous fredonne fredonne déjà

{refrain}

Au troisième temps de la valse
Nous valsons enfin tous les trois
Au troisième temps de la valse
Il y a toi y a l'amour et y a moi
Et Paris qui bat la mesure
Paris qui mesure notre émoi
Et Paris qui bat la mesure
Laisse enfin éclater sa joie

La Vie En Rose. E. Piaf

Des yeux qui font baisser les miens
Un rire qui se perd sur sa bouche
Voilà le portrait sans retouche
De l'homme auquel j'appartiens.

Quand il me prend dans ses bras,
Il me parle tout bas
Je vois la vie en rose,
Il me dit des mots d'amour
Des mots de tous les jours,
Et ça m'fait quelque chose

Quand il me prend dans ses bras
Il me parle tout bas,
Je vois la vie en rose.
Il me dit des mots d'amour,
Des mots de tous les jours,
Et ça me fait quelque chose.
Il est entre dans mon cœur
Une part de bonheur
Dont je connais la cause.
C'est toi pour moi. Moi pour toi
Dans la vie,
Il me l'a dit, l'a juré pour la vie.
Et dès que je l'aperçois
Alors je sens en moi
Mon cœur qui bat.

Il est entré dans mon cœur,
Une part de bonheur
Dont je connais la cause,
C'est lui pour moi,
Moi pour lui dans la vie
Il me l'a dit, l'a juré
Pour la vie
Et dès que je l'aperçois
Alors je sens en moi
Mon cœur qui bat

Des nuits d'amour à plus finir
Un grand bonheur qui prend sa place
Des ennuis, des chagrins s'effacent
Heureux, heureux à en mourir

La biche. M. Rollinat

La biche brame au clair de lune
Et pleure à se fondre les yeux :
Son petit faon délicieux
A disparu dans la nuit brune.

Pour raconter son infortune
À la forêt de ses aïeux,
La biche brame au clair de lune
Et pleure à se fondre les yeux.

Mais aucune réponse, aucune,
À ses longs appels anxieux !
Et, le cou tendu vers les cieux,
Folle d'amour et de rancune,
La biche brame au clair de lune.

ANNEXE 4. Compositions des patients suivis en individuel.

Poèmes de M. E.

Le plaisir du marseillais

Au soleil de Marseille, mon Dieu quelle merveille !
Marseille sans soleil est une ville qui sommeille.
Sur le vieux port, tous sont invités,
Des calanques à la pointe rouge jusqu'aux Goudes,
A respirer l'odeur des pins et du romarin.

Des Goudes, pour se ravitailler, les ânes partaient
Vers Mazargues charger leurs paniers chez l'épicier.
Ce dernier recevait la commande sur papier
Et remettait l'âne sur le chemin bien chargé.

La passion du marseillais était d'aller passer
Au bord de mer la journée pour se décontracter.
Après une journée de farniente passée au soleil,
Le chemin du retour nous attendait.
Sac à dos allégés et teint hâlé,
Nous nous apprêtions à regagner Marseille.

Le cheval et le chien

Un cheval s'en allait brouter dans le pré d'à côté lorsque le gardien de ces lieux ouvrit les yeux....

- Oh ! Que fais-tu là ?

-Je viens goûter l'herbe fraîche de ce pré verdoyant...

-Ce n'est pas une raison pour venir troubler mon sommeil.

-Rendors-toi donc petit chien, laisse-moi goûter l'herbe qui me plait.

-C'est mon pré, je suis chez moi alors retourne dans ton pré !

-Quel caractère de cochon... Détends-toi...

-Je ne vais pas me détendre... Je défends mon territoire contre les intrus quels qu'ils soient !

-Ton territoire ? Cette herbe qui pousse est-elle à toi ?

-Oui ! euh... Non ? Je ne sais pas trop à vrai dire. Mais si mon maître s'aperçoit que je t'ai laissé entrer, je pourrais être renvoyé directement dans ma niche, et fini la belle vie au soleil...

-Je comprends ton inquiétude et te propose un marché : Tu te rendors, je continue à brouter en silence et si j'aperçois ton maître, je déguerpis le plus vite possible !

-Oui, oui, je suis d'accord ! Entre animaux, il faut bien se serrer les coudes après tout ! Mais j'aimerais, si tu vois mon maître, que tu me préviennes. Alors, j'aboierai, tu feras mine d'avoir peur et retourneras au galop dans ton pré. C'est ok ?

-D'accord, c'est un bon pacte que tu me proposes. Ferme les yeux ! J'hennirai si je vois ton maître, sois sans crainte.

-Allez, je te fais confiance...

La morale de cette histoire est que tout conflit peut trouver résolution de manière que chacun y trouve son bien-être.

Elise

Elise, élisez-moi président de votre cœur.

Lisez dans mes yeux l'admiration que j'ai pour vous.

Imaginez, ensemble quel pourrait être notre bonheur !

Suivons cette belle et longue route Elise ; vos yeux sont des bijoux.

En vous regardant, en moi monte une grande chaleur.

Haïku

L'automne annonce l'hiver,

les châtaigniers sont découverts

à nouveau.

Poèmes de Mme G.

A l'autre bout du monde...

Papillon noir et blanc aux sables contrastés,
Ta basse terre où se dresse le volcan de la Soufrière,
Ta grande terre où les vents secouent les palmiers
Sont deux visages à la fois rivaux et complémentaires.

Le paquebot glisse sans bruit à travers les eaux claires
Qui laissent voir sable blanc et poissons colorés.
A peine arrivés à quai, le calme se change en agitation :
Rires, cris, convivialité et « ka ça yé ? »

Ta chaleur pèse de tout son poids dès les premiers pas.
Entre les maisons aux galeries de bois
Les mamas se balancent et donnent de la voix
En s'éventant en cadence dans leurs berceuses.

Les enfants jouent pieds nus dans les rues
Les ouvriers travaillent ne riant aux éclats,
Se racontant du bas de l'échelle au plus haut
Des histoires drôles qui suspendent le travail
Le temps de la rigolade.

Gadeloupe, ça y est je te reconnais !
C'est bien toi... Pointe-à-Pitre !

Le lion et le papillon

Dans un parc naturel, un lion repu dormait sous un arbre quand soudain, un papillon vint se poser sur son dos.

-Qui ose se poser sur ma fourrure ?

-C'est pas moi, c'est pas moi ! Je pèse rien, tu es trop gros pour me sentir...

-Qui « moi » ? Qui est là ? Va-t'en tu me gênes, c'est mon ombre !

-D'accord, d'accord, je vais sur l'arbre...

-Ah non ! C'est mon arbre... Je suis le roi, tout est à moi, méfie-toi !

-Hihhi tu crois ça ? Je te mets au défi de m'attraper, Monsieur le roi.

-Rrrrrrh... Cesse donc petit insecte. Regarde comme je suis fort et puissant. D'un coup de patte, je t'envoie valser !

-Ah oui ? Suis-moi jusqu'ici... Et jusque-là....

(Le papillon s'envole jusqu'à la plus haut et belle branche de l'arbre.)

-Viens donc me rejoindre, il fait si frais là-haut...

-Descends tout de suite ! Je... Je vais me mettre fin à cette plaisanterie, ça n'a que trop duré !

-Si fort et puissant que tu sois, ta grande gueule ne pourra jamais battre mes petites ailes. Je me proclame donc roi de ces lieux...

Voltige et malice font plus qu'arrogance et pouvoir.

My kind of town

Chicago est comme Paris au bord de mer

Hospitalière et insidieuse à la fois, on y sent comme l'ombre d'Al Capone.

Immenses gratte-ciel qui se reflètent sur le lac

Côtoient les parcs naturels, les musées et les jardins.

Assis à leurs bureaux, les chicagoans voient les bateaux partir au Canada.

Grandiose est cette vision, symbole du lien entre ces deux-là.

On se sent minuscule et sans voix devant une telle splendeur !

Haïku

Le chat saute sur la souris

qui se faufile aussitôt sous le buis.

Poèmes de Mme R.

Souvenirs d'adolescence

Belle et grande île dans l'Océan Indien,
Ton image sur la carte me revient.
Des paysages montagneux du centre aux plages de la côte est,
C'est Tamatave qui me reste en tête.
Tamatave comme lieu de vacances où je retrouvais tous mes amis,
Et Foulpointe où nous nous promenions à vélo entre cocotiers et litchis.
Petit village malgache composé de paillotes en falafes,
Nous y trouvions l'indispensable boutique du chinois,
Bric à brac qui vendait pagnes, allumettes et autres bonbons.

A l'océan calme et paisible protégé par le récif,
Nous préférions les vagues dans lesquelles nous étions souvent roulées.
Le désigné du jour était chargé de surveiller l'horizon
Au cas où un aileron de requin viendrait s'inviter.
Dans ce cas, c'était panique et retour au sable.

Plus tard dans la journée, nous trouvions des volontaires
Pour grimper aux arbres et nous faire tomber des cocos
Souvent vertes pour nous désaltérer de leur eau,
Quelquefois mûres pour nous régaler de leur noix.

A la fin de la journée, nous avons bien profité de la mer et du soleil,
Et pouvions rentrer, le corps gorgé de chaleur
Et la tête pleine de souvenirs et de couleurs.

Le bichon et les tourterelles

Devant une belle bastide, un petit bichon et un groupe de tourterelles s'observaient...
-Oh ! Mais vous voilà encore, venues du ciel pour envahir mon jardin !
-Bonjour le bichon ! Tu sais bien que nous ne faisons que passer afin de picorer les grains qui nous sont donnés.

-Mais j'ai bien remarqué qu'au début, vous veniez à deux ou trois et désormais, vous nous ramenez toute votre famille, et vos amis en plus ! On va où comme ça ?

-Il me semble bien que nous sommes attendues et nourries. Nous savons que c'est avec plaisir qu'on nous gâte ainsi.

-Mais vous êtes chez moi ici et je dis que vous envahissez mon espace.

-Et bien nous, nous habitons le ciel alors vois-tu, nous sommes partout chez nous !

-Moi le petit bichon, je suis bichonné à la maison... On me parle, on me câline, on me promène, on me donne des friandises... Même si ma maison n'est pas aussi vaste que votre ciel, j'y retrouve une famille qui m'aime !

-Nous pouvons nous créer autant de familles que nous le voulons, en un battement d'ailes ! Nous nous faisons connaître et appelons en roucoulant pour manger et avoir le plaisir de nous retrouver en compagnie.

-Si vous avez tant de familles, allez-y et ne vous attardez pas dans la mienne ! Mais vous aurez du mal à trouver un foyer stable !

-Mais nous ne tenons pas à la stabilité tu sais... Nous avons tant besoin de liberté !

-Vous ne comptez donc pas vous installer chez moi ? C'est sûr ?

-Mais non, pas du tout... Nous sommes des oiseaux volages : nous nous promenons de maison en maison mais ne nous fixons jamais !

-Ah, je comprends mieux. J'accepte que vous veniez et partagerai désormais avec vous le casse-croute pour plus de convivialité !

-Quelle bonne idée ! Pourrais-tu t'arranger pour qu'un dessert nous soit servi après les grains ?

-Faut pas pousser quand même mesdemoiselles !

Bien qu'étant différents, on peut toujours se comprendre et partager un peu de vie à condition de prendre le temps de se découvrir.

Mon gendre idéal

Roland, j'aime ton rire détendu et gai ainsi que tes sourires malicieux

Où se reflètent ta joie de vivre et toute ton affection.

L'artiste qui est en toi apparaît dans tes yeux.

A travers tes photos, on sent ton don d'observation

Né de ta nature curieuse et intéressée.

Dans le monde d'aujourd'hui, ces qualités sont si rares...

Haïku

L'olivier aux feuilles argentées

S'agite sous le mistral provençal

Poèmes de Mme D.

Les quatre saisons

Le printemps arrive, les jours allongent.
Il fait bon au soleil, les fleurs abondent.
En arrivant chez nous, on ouvre les fenêtres
Et on s'installe pour passer la journée sur la terrasse.
On sort la table, les chaises et on se prélasse.
A Pâques, les enfants attendent le passage des cloches
Qui déposent des œufs décorés de mille couleurs.

L'été nous surprend par les premières chaleurs.
Nous ouvrons alors grand les parasols
Qui nous offrent ombre et fraîcheur.
Le printemps a laissé derrière lui des herbes folles
Dont il faut désormais se débarrasser :
Couper les branches, tailler les haies,
Faire les boutures, remuer la terre.

L'automne marque un changement d'habitudes.
Les arbres se dépouillent de leurs feuilles
Aux couleurs jaunes, oranges, rouges et brunes.
L'air est plus frais, les jours sont plus courts.
Les vacances finies, on rentre en ville retrouver
A l'intérieur des maisons l'ambiance chaleureuse
Et la compagnie des amis que nous avons laissés.

L'hiver amène le froid, la neige, mais aussi Noël :
On prépare la crèche, le sapin, les guirlandes.
On recherche la chaleur douillette de nos appartements,
On s'occupe avec une lecture, un appel à une amie, du tricot
Les promenades sont raccourcies et nécessitent gants et chapeau.
On se souhaite une bonne et heureuse nouvelle année
Avant de tout recommencer.

L'écureuil et le sanglier

Dans une forêt du Sud, un écureuil et un sanglier se retrouvent dans les fourrés.

-Bonjour, comment allez-vous ?

-Laissez-moi tranquille ! Ça ne va pas.

-Mais pour quelle raison ?

-Parce que je cherche à manger et que vous m'avez volé tous mes glands !

-Mais vous en trouverez toujours, un peu plus loin peut-être...

-Plus loin, ce n'est pas mon territoire, je ne veux pas m'éloigner.

-Hmm... je ne vous crois pas ! Je pense plutôt que vous êtes paresseux...

-Oui, c'est vrai, je suis paresseux... J'ai tout ce qu'il me faut à portée de main alors je n'ai pas besoin de me déplacer.

-Mais si vous aviez la curiosité d'aller voir plus loin, vous trouveriez d'autres choses à manger, vous savez.

-Qu'est-ce que vous me proposez ?

-Dans les bois, il y a des fruits, des feuilles et des racines en tous genres.

-Détaillez un petit peu tout ça, les avez-vous goûtés ?

-Et oui, je mange de tout moi, mais j'ai quelques préférences... J'aime les mûres pour leur fraîcheur, leur goût sucré et leur belle couleur. J'aime les noisettes pour le plaisir de les casser et les croquer. J'aime les racines de pin qui me font de belles dents blanches et affûtées.

-Allez, montrez-moi tout ça, vous m'avez fait saliver !

-Allons-y. Nous ferons probablement des rencontres. Qui sait, vous vous ferez peut-être quelques amis parmi les gourmands ?

-Pourquoi pas ! Je trouverai peut-être une compagne avec laquelle je fonderai une famille...

-Et bien ! Je vous trouve bien changé, c'est un plaisir !

La morale de cette histoire est qu'une main tendue suffit pour vous entraîner vers une nouvelle vie.

Escapades culinaires

Compote de pommes qui sera servie au dessert

Unit la famille autour de la table.

Irréelles semblent les recettes avant leur aboutissement ;

Sucré ou salé, ça dépend des goûts !

Inventer de nouveaux plats à déguster

Nécessite imagination et curiosité,

Envie de se faire plaisir et de voyager....

Haïku

Les jours allongent et ils nous font pousser

comme les plantes qui grandissent.

Poèmes de Mme B.

Nos balades inconscientes

Où sont passées les belles balades
Que l'on faisait il y a 60 ans ?
Nous pouvions pique-niquer n'importe où
Et cueillir les fleurs des champs
Qui prolongaient le plaisir de la promenade
Pendant quelques jours à la maison.

Nous partions du bas des montagnes
Avec une dizaine d'amis d'enfance
Vêtus d'espadrilles et de short
Avec le casse-croûte sur le dos.
Un jour où nous étions montés
Jusqu'à la Madonne des fenêtres,
Bien équipés comme le pensez !
La pluie nous surprit tout à coup
Et nous incita à nous cacher entre 2 rochers.
Une fois l'averse passée,
Nous redescendions, mais hélas trempés...

En été, nous partions en bicyclette,
Nous promener et cueillir les fruits de saison :
Fraises des bois, framboises et myrtilles.
Les routes et les vélos étant de qualité douteuse,
Il nous arrivait de crever un pneu.
Il fallait alors avoir un compagnon bricoleur
Afin de rentrer de bonne heure.

De la promenade des Anglais, nous rentrions à pieds
Et n'avions qu'une hâte : aller nous coucher !

L'anchois et la sardine

Une jeune sardine et un anchois se retrouvent, entre Marseille et Barcelone.
-Coucou ! Me voilà, comment s'est passée cette saison d'automne, au large de l'Espagne, M. Anchois ?

-Bof, comme d'habitude... Je n'ai pas trouvé grand-chose à manger tu sais, petite sardine !

-Oh moi non plus, je me suis contentée de ce que j'ai trouvé au large de Marseille, et ce n'était pas de la grande gastronomie... Trouves-tu que c'est pire que l'an dernier ?

-En tout cas, ce n'est pas mieux ! Et je me demande ce que nous allons devenir dans les années à venir...

-Oh, ne sois pas trop pessimiste ! Espérons que le bon Dieu des poissons nous entende et qu'il fasse naître beaucoup de petits poissons.

-Ne sois pas trop optimiste, ma petite ! Regarde comme la mer est polluée, comment crois-tu que cela va évoluer ?!

-Et bien il faut que nous partions trouver un endroit plus sain...

-Mais où ? Crois-tu que cet endroit existe ?

-Le seul moyen de le savoir est de chercher ! Et puis un saumon m'a dit une fois que vers le Nord, il fait bon vivre... Oh et puis il faut emmener tous nos collègues ! Allez M. anchois, viens avec moi !

-On peut toujours essayer, cela ne pourra pas être pire qu'ici mais il faut prendre quelques précautions...

-Oui allez, allons-y, je suis super contente ! Viens avec moi, allons l'annoncer aux autres et fixer le jour du grand départ !

-Attends... il faut penser à prévoir un itinéraire où nous trouverons à manger mais aussi où nous ne servirons pas de quatre heures aux gros voraces !

-Ah... Je n'y avais pas pensé... Tu es de bons conseils dis-moi !

-C'est normal, je suis un vieil anchois, j'ai de l'expérience. On m'appelle le sage.

-Et bien merci de me faire partager ça et notre grand voyage n'en sera que plus sûr ! Allez, partons à la recherche d'une mer calme et douce...

Audace sans sagesse est dangereuse ; sagesse sans audace est ennuyeuse.

Les vertus de la musique

Plaisir de faire de la musique en ayant sous nos mains la mélodie et l'accompagnement.

Instrument complet qui se suffit à lui-même par la richesse de ses sonorités,

Armé de ses touches noires et blanches qui nous permettent de passer de la tristesse à la gaieté.

Naturellement, être pianiste demande beaucoup de travail : répétition de gammes et apprentissage du solfège.

O Chopin, Bach, Beethoven, Debussy, Mozart, Tchaikovsky, Maller et Vivaldi... Vous nous aidez, en ces temps troubles, à nous evader...

Haïku

Les arbres verts sous la neige

nous font craindre le retard du doux printemps.

ANNEXE 5. Compositions des patients suivis en atelier.

Poèmes de *La ronde des poètes inattendus*

Ainsi va la vie... Les années bonheur

A 20 ans, on a la vie devant soi
A 30 ans, on vit la vie à plein pot
A 40 ans, on la sent, on la perçoit
A 50 ans, c'est le summum, on est en haut
A 60 ans, on profite de l'instant
A 70 ans, on retient l'existence
A 80 ans, on est encore content
A 90 ans, dans sa tête on danse
Et à 100ans, on se dit « quelle chance ! »

Merci !

Maman, tu m'as donné la vie,
Enfant, j'en ai beaucoup profité.
Rires et pleurs sont chanson du bonheur
Chéri de toi, mon cœur bat à 100 à l'heure.
Ici et là, le chemin est bordé de fleurs.
Merci...

Je sens encore...

Je sens encore dans les sous-bois des épines qui crépitent sous mes pas en automne au moment des feux de bois.
Je sens encore l'odeur puis la saveur des épices variées et mélangées qui me transportent dans le pays de mon enfance.
Je sens encore le parfum du jasmin que je mettais sur ma main tous les matins quand je partais au jardin.
J'aime les fleurs qui consolent des malheurs et dont les multiples couleurs couronnent la maison.
Lavande, jasmin, hortensia, liseron et rose dont les senteurs diffusent dans les salons.
Le lys appelle au mariage, le muguet a un doux parfum, la violette se mêle aux embruns
Afin de contenter chacun.

Noël

Noël, où es-tu belle fête ? Nuit de rêve, nuit de conquête.

Oh belle nuit qui rappelle l'enfance. Que de souvenirs pleins d'espérance on découvre dans nos têtes.

Etoiles de neige entraînent les enfants dans une cadence et une ambiance de danse

Lumineuses, chaleureuses et clignotantes, les papillotes aux multiples couleurs aguichent nos palais et brillent dans la nuit de Noël.

Enfance

Je me souviens de mon enfance,

Quelque-part en France, en Provence,

Quelques années après ma naissance...

Sous une opulence d'amour et de présence,

Entrer dans la danse

Avec grâce et élégance,

Ça vous donne confiance

Pour cueillir la chance

D'animer une douce romance.

Avec la croissance vient la connaissance,

C'est tout une science

Faite de patience et de constance

Pour atteindre l'essence, la quintessence de la vie.

ANNEXE 6. Le triptyque présenté au Printemps des poètes.



ANNEXE 7. Bilans retranscrits des patients suivis en individuel.

Bilans de M.E.

1. Narration d'image

Bilan initial

Alors euh... je je vous dis ce que je vois sur le le chose ? Bon enfin là c'est dans une pièce, une genre de , une cuisine sûrement... euh... avec une fenêtre qui tombe euh... dans le nature euh... un gars qui téléphone, enfin un petit garçon qui téléphone je sais pas à qui mais, il a l'air de bien se marrer comme on dit.

Puis, la petite fille qui est sur... qui a l'air tout à fait ravie de voir ce qu'il y a à manger, dans la marmite. Le papa qui la regarde d'un œil de dire... euh... à la Hermessin. La maman aussi, qui fait la cuisine, qui euh... et puis... Est-ce que je décris ce qu'il y a sur le ... ? Y a le téléphone sur la table, avec euh...euh... une casserole posée sur un gant pour la chaleur. Après un plat, je sais pas quoi, des poivrons rouges sûrement. Un gâteau sur une planche, enfin dans un euh... dans une, dans une assiette. Dans un plat en fer, en alu posé sur un... Comment on appelle ça ? Un sous-plat, enfin pour la chaleur. Qu''st-ce-que c'est ça ? La marmite qui bout sur le feu. Après y a un livre ouvert, un de cuisine sûrement, ouvert. Et... la petite fille est ravie de voir ce qu'on a fait à manger. Ce que la maman a fait à manger. Après y a des plats avec des fruits et... Voilà c'est tout.

QUAND ? Je comprends pas... oh beh ça, ça doit se passer sûrement le matin... Sûrement le matin ouais... et oui puisque la maman elle prépare à manger. Je suppose c'est ça hein ? Voilà, tout le monde est ravi.

Bilan final

Alors c'est-à-dire... Le gars, il téléphone, il téléphone je sais pas à qui. La petite fille... Euh... comment je pourrais dire, euh... elle regarde la marmite, dans la marmite... Oh putain j'arrive pas à sortir la phrase là... elle regarde la marmite avec envie et plaisir. Le papa... Lui... il contemple ses enfants et la marmite... de voir déjà que les enfants ont bon appétit, enfin, ont bon appétit... aimeront ce qui est dans la marmite. Et la maman, elle ... est toute heureuse d'avoir ses enfants et son mari aimer ce qu'elle a fait. C'est pas ça ?

QUOI ? Je sais pas... Ils sont même surpris de... Je... Enfin c'est ça je je comprends pas la question ! (reformulation). Tout ce qu'elle a fait a l'air bien appétissant ! C'est ça... et les enfants... Et aussi le papa... ont l'eau à la bouche. Et la maman est toute heureuse de voir qu'elle a fait quelque chose de bien pour ses enfants... Pour la famille quoi ! Tout le monde admire le repas... avec les yeux de... avec un bon appétit quoi... enfin avec... Je vois plus trop.

OU ? Ca ça se passe dans une cuisine. Dans une cuisine avec euh... Bon là la maman elle a pris conseil dans un livre de médecine... Euh de cuisine pas de médecine ahah !

QUAND ? Ça doit se passer sûrement le matin... le matin euh en général c'est à ce moment qu'on fait la cuisine quoi. C'est dans la matinée, les enfants doivent rentrer de l'école et ils sont surpris de voir ce que la maman a fait. Et la petite fille a l'air d'aimer ça plus que le garçon. Voilà... C'est bon ! Manque plus que la chantilly là-dedans ! (montre la tarte)

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 20/10/11 O : 19/01/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message		X O				
5. Semble chercher ses mots, les mots justes		X O				
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)		X O				
7. Sait introduire un sujet		X O				
8. Sait conclure un sujet			X O			
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire		X O				
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur				X O		
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires		X O				
14. Attend son tour de parole		X O				
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant					X O	
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation				X O		
19. Pose plus de questions qu'avant				X O		
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications				X O		
22. Répond aux demandes de clarification			X O			
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)	X O					
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection		X O				
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

1. Narration d'image

Bilan initial

« Heu...apparemment c'est dans une cuisine, une famille, dans une cuisine, ... enfin une famille c'est moi qui invente ça, peut-être c'est le frère et la sœur, heu...un homme jeune, une femme, jeune, qui sont dans une cuisine, avec deux...enf...lui ça a l'air d'un p'tit jeune homme, ...elle je lui donne une dizaine d'années, ...une petite heu...jeune, dix onze ans ...et...Qu'est-ce qu'ils font ? ils font des...de la confiture, heu...quelque chose comme ça, ...et heu... y'a plusieurs instruments de cuisine, ...un livre de cuisine, là un gâteau qui a déjà été fait ou une tarte puisque heu... avec la croute ça a l'air un petit peu cuit. ...ici, heu...voilà ce qui ressemble à des fruits ... on dirait même qu'ils font de la confiture de tomates ou je ne sais quoi... enfin fruits rouges, ou bien on en a déjà fait chez moi de la confiture de tomates, c'est pour ça que je dis ça, et... mais... heu...là donc il y a une ... heu... comment dirais-je ça l'air de d'un plat en heu... ou c'est en porcelaine ou c'est en heu...c'est un joli, c'est une jolie heu... c'est pas une cocotte heu... c'est là c'est là grande cocotte, heu... la poêle des autres heu... deux autres semblables à celle-ci, ... en faïence ou en porcelaine, ... posées sur des ... ah ça c'est peut être chaud puisque c'est posé sur des ...un dessous de plat, lui heu... le petit jeune homme là il téléphone, ...il a... quelque chose sur la tête qui laisse supposer que oui c'est un ... une sorte de passe quand il jouait heu... à un jeu tel que... pas le foot parce que ça le protège pas assez, j'sais pas c'est... c'est clair...c'est heu.. à quoi il pourrait jouer ? je sais pas... c'est peut être relatif à un sport qu'il fait heu...dehors, c'est une cuisine ...assez claire... avec une porte qui doit donner sur ...heu... peut être la salle à manger et une fenêtre claire qui donne sur un jardin on voit les arbres, les feuilles... à part ça heu... ça a l'air d'une famille gaie, et ils sont tous souriants, ils regardent ce qui est dans la cocotte... ils rient donc peut être heu... je sais pas ils se demandent si ce qui tourne là-dedans correspond bien à ... c'est une recette, c'est apparemment qu'on a suivie, une recette de fruits qui tourne en confiture, ..et puis heu... je pense que c'est une famille heu... aisée.

QUAND ? Dans la journée heu...ah plutôt ...l'après-midi, oui parce que c'est pas c'est pas le matin ou tout le monde est pressé d'aller travailler, et d'aller à l'école ou de heu.. je sais pas, plutôt heu... je mettrais ça heu... un samedi après-midi, quelque chose comme ça, toute la famille est là, et puis heu... je pense que c'est plutôt heu... au printemps ou au début d'automne, puisqu'ils pourraient s'occuper de ...y'a les fruits, ou ils pourraient s'occuper de faire heu... ce sont des tomates, ou peut être heu.. ils sont là avec différents fruits, ou...oui différents fruits je crois...

QUOI ? Elle tourne quelque chose dans une poêle, et ce quelque chose apparemment heu... à moins que ce soit la couleur de sa ... ce... ou ça peut être de la sauce tomate qui est montée, jusque-là hein... j'en sais rien...bon alors ça peut être alors ou de la confiture de ça, ... enfin... ou de la sauce tomate donc là y'a des tomates aussi, ... est ce que ce sont des tomates...oui...peut être, c'est possible, je vois pas d'autres fruits rouges à ce point, oui y'a des fruits rouges mais qui n'ont pas cette ouverture là,

D'autres choses à dire... je trouve que c'est une famille charmante, si c'est ça que vous cherchiez autre chose que la description...

Le père il est présent alors qu'il y a beaucoup de père qui s'en foutent de la cuisine, je vois bien ça un samedi après-midi, tout le monde est là, même le fils qui habituellement ...qui a l'air plus âgé que la fille, que la petite qui heu.. qui préférerait sans doute faire du foot ou autre chose, que heu... d'être à la cuisine, il téléphone d'ailleurs hein, heu... attendez les copains j'arrive ! heu... pas tout de suite et heu.. ils ont l'air de tous être d'accord, ils regardent pas tous... pas lui enfin ces trois-là ont les yeux plongés dans la bassine à confiture donc heu... est ce que c'est une première cette confiture qu'on essaye... heu... est ce qu'elle y a beaucoup participé et heu... la petite... du temps qu'ils sont tous attentifs, ou est-ce que c'est sa mère qui vient lui montrer comment on fait, je sais pas... enfin voilà...

Bilan final

Toute la famille est réunie... Comme c'est amusant ! On est en train de préparer tous ensemble un gâteau. Non ! Peut-être pas un gâteau puisqu'il est déjà sur la table mais quelque-chose de bon certainement ! Ou de la euh... de la confiture puisque je vois une... une grande...marmite sur le feu et... le papa, la maman, et la petite fille semblent ravis de ce qu'ils voient à l'intérieur de la marmite. De même, à droite il y a des fruits, là, qui sont prêts à être coupés sans doute... et d'autres qui le sont déjà. Egalement ? il y a un gâteau qui attend, est-ce que les fruits vont être euh... écrasés cuits et mis à côté du gâteau pour le manger avec ? je ne sais pas... Et, le frère, plus âgé que la petite fille est en train de téléphoner, s'amuse beaucoup mais il est un petit peu... en retrait mais en même temps, il euh... je crois qu'il n'est pas hors de la famille. Il regarde euh... d'un air gai et satisfait ce qui se passe du côté de ses parents et probablement sa sœur. Ce qui ne l'empêche pas de téléphoner à un copain, peut-être qu'il lui dit « oui, je viens tout à l'heure ! ». Ils ont peut-être un rdv. Ils sont tous dans une grande cuisine qui a l'air... pas très française, plutôt américaine je dirais. Pas tout à fait de nos jours non plus, elle a l'air de dater d'il y a une vingtaine d'années et qui donne sur un jardin donc très agréable certainement. La famille a l'air très ... unie ! Ils ont l'air de tous s'entendre et d'être heureux autour de ce qui se prépare dans cette cuisine.

QUAND ? Euh... c'est en journée donc euh... Soit le matin vers 11h30 avant le déjeuner, soit avant le goûter... Peut-être oui qu'ils font un gâteau pour le goûter.

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 17/10/11 O : 23/01/2012

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes		X	O			
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire					X O	
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur					X O	
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires			X	O		
14. Attend son tour de parole	X O					
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant				X O		
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation			X O			
19. Pose plus de questions qu'avant					X O	
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications			X O			
22. Répond aux demandes de clarification	X O					
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)	O	X				
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection		X O				
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

Bilans de Mme R.

1. Narration d'image

Bilan initial

Le plus important déjà, c'est qu'il y a un couple avec deux enfants je suppose. Bon, ils sont en train de... de passer du bon temps ensemble dans la cuisine. Et le gamin déjà bien sûr un peu en... enfin en extérieur qui téléphone. Euh... sans ça euh... c'est une maison qui a l'air agréable... je sais pas, je pense qu'ils font quelque chose de bon, tout le monde a l'air de s'extasier ! Je sais pas...

QUOI ? Oui là y a un gâteau je suppose. Ici ça doit être une salade, quoique là-dessus ça devait être chaud ... je sais pas, enfin là y a quelque chose aussi ici c'est quoi ça ? C'est des tomates ? je sais pas je vois quelque chose de rouge, une salade, un livre de recettes pour ne pas se tromper et puis les ingrédients euh... nécessaires euh, le papa je sais pas s'il donne des conseils ou s'il surveille ! La petite fille est admirative, ça doit sentir bon. Et puis la maman, bon beh euh, elle cuisine hein ? Un moment heureux en famille.

OU ? Dans la cuisine je suppose

QUAND ? ouf... Là il fait jour, sans ça j'aurais dit le soir parce que le papa en général le papa est plus libre le soir mais il fait jour dehors donc euh... avant le repas, avant... ça doit être je sais pas peut-être un dimanche, je sais pas, pour que le papa soit là, et ils font la cuisine ensemble. Sympathique. Voilà...

Autre chose ? Moi aussi, j'ai le livre de recettes parce-que j'oublie des fois.

Bilan final

Une famille sympathique... cuisinant ensemble, tous à la cuisine. Sauf le fils qui lui, bien sûr à son âge, téléphone aux copains ! ahahah. Je me demande ce qu'il y a dans cette marmite qui intéresse à la fois le papa, la maman et la petite fille. Ils sont émerveillés mais de quoi ?? On se demande ce qui cuit, en tout cas, cela paraît leur faire plaisir et ça doit sentir bon ! je suis quand même curieuse de voir avec quel étonnement et quelle joie cette petite fille regarde le fond de la marmite ! Qu'est-ce qui peut l'intéresser comme ça ? Quelque-chose qui cuit, qui bout, qui se transforme... Et cette image est agréable parce-que... ce sont des gens calmes, des gens souriants... tous ! Détendus... On aimerait que toutes les familles soient comme cela. Voilà, je ne vois pas ce que je peux en dire de plus !

QUOI ? Le livre de cuisine dont on s'est inspiré, un gâteau qui a déjà été fait, et... sans doute le plat principal dans cette grande marmite ! qui fait la joie et l'admiration de cette belle famille.

QUAND ? Oh beh en fin de matinée, à moins que ce soit une confiture et alors c'est peut-être dans l'après-midi. Une confiture d'oranges ramassées dans le jardin ?? ahah c'est ce que je vais faire avec les miennes ! Dans une grande marmite comme ça c'est possible !

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 15/11/11 O : 17/01/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes			X O			
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire			X O			
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur				X O		
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires			X O			
14. Attend son tour de parole	X O					
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant				X O		
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation			O	X		
19. Pose plus de questions qu'avant	X O					
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications	X O					
22. Répond aux demandes de clarification	X O					
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)		X O				
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection		X O				
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

Bilans Mme D.

1. Narration d'image

Bilan initial

Alors y a monsieur madame et les enfants. Alors ils sont tous intéressés par ce qu'il y a dans leeeeee dans le récipient. C'est ça ? Et oui ils sont tous c'est c'est oh qu'est-ce qu'y a là ? Sauf le... Surtout le papa, la maman, la petite fille le petit garçon, le garçon téléphone. Voilà. Ils sont en train de préparer euh y a une tarte sur la table là, et ils sont en train de préparer la cuisine, c'est ça ? Qu'est-ce qu'il faut dire de plus ?

CE QUI VOUS SEMBLE IMPORTANT : Beh c'est l'étonnement de... de la petite fille, certainement euh, à la question que les parents lui ont demandée, la curiosité. La petite fille est curieuse de voir ce qu'il y a dans la marmite. Voilà, le petit est indifférent, il est à part, et euh.. la maman euh, beh le maman elle regarde les ga, elle regarde comme sa fille, elle regarde ce qu'y a. Et lui il devait être euh... ah beh la maman est en train de cuisiner, elle prépare quelque chose dans la poêle et là y a certainement quelque chose qui euh, de l'eau qui euh bout parce-que c'est sur la cuisinière, c'est sur le gaz, sur le... la flamme. Il doit y avoir quelque chose qui chauffe. Voilà.

QUOI ? LES ELEMENTS ? Sur la table, y aurait euh... y aurait certainement euh, un saladier pour faire la salade probablement, euh ça c'est la tarte qui est déjà prête, euh... là je sais pas trop ce que c'est, qu'est-ce que c'est ?? euh... Qu'est-ce que c'est qu'ils ont coupé ? C'est pas de la tomate ça ? Oui peut-être quelque-chose, de la tomate pour le hors-d'œuvre. Mais c'est la préparation du repas ? Et la maman elle a sorti la poêle pour faire euh quoique c'est un pinceau, elle va faire peut-être des crêpes, ah y a peut-être une pâte à crêpes là-dedans. Parce-que un pinceau, elle va pas faire un bifteack là-dedans. Sûrement pas non... Elle va peut-être préparer euh... Ça doit être le dessert. C'est du dessert certainement...

QUAND ? euh... quand ? Oh ça doit être à l'heure du repas ou du goûter. C'est peut-être euh..., comme y a le gâteau, le gâteau, non je sais pas ce que c'est qu'il y a là-dedans ! Elle fait peut-être des crêpes ! ca se pourrait ! Quoique l'eau, qu'est-ce qu'elle va en faire ?

OU ? Euh... Et bien c'est certainement dans la euh... On dirait que c'est le coin cuisine là peut-être... La derrière et, ça doit être euh... être une cuisine, vous savez ce qu'on fait maintenant, cuisine-salle à manger. Oui parce-que ça c'est pas une banquette (montre le plan de travail). Y a la table mais comment ça se fait qu'il y a la cuisinière là ? C'est moderne ça ! Ça se fait plus comme ça maintenant ! Mais c'est pas dans la même pièce on dirait. Il me semble, à peu près...

Bilan final

Et bien... .. euh... Voici une famille, le père la mère, avec les deux enfants : un garçon, et une petite fille après. Ils sont euh, dans la cuisine, en train de préparer certainement euh... un gâteau. Tout le monde est intéressé et... regarde ce qu'il y a dans la grande marmite. Euh... La maman euh... Non ils sont tous, tous sauf le jeune garçon qui téléphone mais qui est un peu à part, la petite fille est très intéressée, ainsi que la maman. Il doit y avoir quelque chose de bon qui cuit. Comme c'est une grande marmite, ça doit être des légumes certainement parce que le gâteau est déjà fait. La salade, là je sais pas ce qu'il y a ... Et là peut-être que la maman va faire des crêpes (montre le livre de recettes), peut-être... Puisqu'elle a un pinceau pour huiler la poêle. Le papa tient le couvercle alors que le fils lui est indifférent, il est au téléphone avec ses copains. Voilà.

QUAND ? Peut-être plutôt pour le goûter... plutôt mais je vois pas pourquoi y a cette grande marmite qui n'a rien à voir parce-que là j'imaginerais qu'elle fasse des crêpes ce serait bien... Parce-que là y a la pâte à crêpes... La petite fille a l'air très intéressée, la maman aussi d'ailleurs... Mais je vois pas pourquoi, s'il y avait de la soupe à cuire, elles regarderaient pas comme ça... Il a enlevé le couvercle pour voir si tout allait bien là-dedans. La petite a l'air curieuse, elle a un air stupéfait. Le père approuve et la mère est toute contente.

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 19/12/11 O : 27/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer		X O				
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes				X O		
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet		X O				
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire				X O		
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur					X O	
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires			X O			
14. Attend son tour de parole	X O					
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant		X O				
17. Parle plus lentement qu'avant		X O				
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation		X O				
19. Pose plus de questions qu'avant					X O	
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications	X O					
22. Répond aux demandes de clarification	X O					
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)		X O				
24. Exprime ses sentiments		O	X			
25. Utilise l'autocorrection			X O			
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

Bilans Mme B.

1. Narration d'image

Bilan initial

Oh c'est presque ma famille ça ! Alors je vous dis ce que je vois ? Alors je commence par la gauche... Je vois, je pense, un jeune homme qui est en train de... téléphoner, si je ne me trompe... si c'est un téléphone... Ensuite... y a une fillette qui regarde dans une marmite, je suppose que la maman est à l'extrême droite. Le papa la regarde et la maman est en train de... de faire le déjeuner je suppose. Euh... et la petite fille veut savoir comment on... ce qu'elle met dedans... qu'elle met dans sa marmite... qui est sur le feu. Devant je vois un... y a un... un livre, sûr... sûrement un livre de cuisine, la maman fait comme moi : elle regarde si elle oublie rien dans ses... quand elle fait sa cuisine. Et là on dirait qu'il y a une... une pâte à tarte euh... oui une tarte peut-être ou quelque-chose dans ce genre-là. Alors je sais pas si elle est remplie ou pas ! Et la fillette doit avoir... on dirait qu'elle a un jouet dans la main, quelque-chose comme ça. Je sais pas... Bon, à gauche y a aussi un bol, posé sur euh... doit y avoir quelque-chose de chaud dedans parce-que c'est posé sur un... Euh... un genre de... Comment on appelle ça ? un dessous de plat quoi, en tissu ! Voilà et à droite, y a des fruits ou des... on peut-être pas... oui des... poivrons, on dirait un poivron jaune là. Je sais pas. Et un livre de cuisine. J'ai oublié beaucoup de choses ?

QUAND ? Quand ça se passe... euh euh... Beh c'est difficile à dire parce-que si c'est une soupe, ça peut être avant le souper, le... diner du soir. Et... Euh... si elle fait autre chose, ça pourrait être avant le déjeuner de midi. Mais c'est point d'interrogation, je sais pas ce qu'il y a dans la... dans la marmite.

Bilan final

Alors, je vois une famille, il y a le papa, la maman... un fils... et une fille... J'ai l'impression que c'est la fille qui est plus petite, le fils serait plus grand. Bon... apparemment, on est dans la cuisine. Et la maman prépare, peut-être bien le déjeuner. Il y a une grande marmite, mais on ne peut pas savoir qu'il y a de la soupe dedans ou si ce sont des pommes de terre qui bouent, ou des légumes... Euh, le garçon n'a pas l'air de s'intéresser à la cuisine puisqu'il est au téléphone et que ça le fait beaucoup rire... Quant à la petite fille, elle est très curieuse de savoir ce que fait sa maman. Alors, la maman a déjà dû faire peut-être un gratin, d'après ce que je vois, un gratin de légumes, je sais pas trop quoi... euh... Et là, elle est en train de tourner peut-être une sauce, qui serait à la tomate puisqu'elle est rouge... Ou alors c'est la... c'est l'instrument qui est rouge. Ça fait beaucoup rire le papa aussi. Là on dirait une tarte ou un gâteau, je sais pas... Peut-être une tarte. La maman fait de la sauce tomate, à moins que ce soit le machin qui soit rouge. Ça amuse beaucoup le papa de voir la petite fille qui a l'air de s'intéresser à... à ce qui se passe dans la marmite. Bon... Là elle a la recette à la main, euh sur la table. Dans un plat à côté, elle a des oranges ou mandarines qui sont ouvertes, qui sont épluchées déjà... Puis à côté, c'est un peu difficile, qu'est-ce que c'est ça ? un machin blanc... Il doit y avoir un poivron jaune, on dirait un poivron jaune, le petit machin noir, je ne sais pas ce que c'est. Je ne sais pas.

QUAND ? Ça doit être un dimanche, pare qu'il y a le papa et les enfants, un jour de congé ... Voilà.

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 22/12/11 O : 24/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes			X O			
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire					X O	
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur					X O	
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires			X	O		
14. Attend son tour de parole		X O				
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant					X O	
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation			O	X		
19. Pose plus de questions qu'avant				X O		
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications	X O					
22. Répond aux demandes de clarification	X O					
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)		X O				
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection			X O			
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

ANNEXE 8. Bilans retranscrits des patients suivis en atelier.

Bilans de Mme P.

1. Narration d'image

Bilan initial

Heu... qui confectionnent une tarte, c'est ça, un monsieur ça doit être le mari, la petite fille qui surveille...et le garçon qui téléphone, ...c'est une tarte qu'elle fait hein ? Hein on dirait que c'est une tarte... là elle fait une sauce aussi...c'est une sauce... c'est une nappe, une nappe, ...

OU ? dans une heu... cuisine, une cuisine, ...

QUAND ? ah...vers onze heures, onze heures ? hein ? ... et là qu'est-ce qu'il y a là ? ça c'est le téléphone..là y'a les batteries de cuisine..., les citrons, ...des... des bols, ... une petite fille ça doit être leur petite fille, ... (donc ce sont les grands parents ?) ...oui, ou les parents peut-être parce qu'ils sont jeunes ...oui les parents parce qu'ils sont jeunes hein... oui... oui...on dirait les parents... ouais... c'est ça ? ...

EMOTIONS ? ...souriants... ils sont souriants gais, gais,

AUTRE CHOSE ? y'a des lumières... y'a des lumières... voilà.

Bilan final

C'est un jeune homme qui est au téléphone et une dame, une dame qui fait de la cuisine, oui. Elle fait une tarte et le, non ! Le jeune homme est au téléphone... Ils confectionnent quelque chose, oui... Hein ? un couscous ? C'est ce qu'on a mangé à midi ! C'était boooon... Très bon ! ahahah ! Elle est pas là Martine ? (ELLE VA ARRIVER.) Comment c'est ton prénom ? Et après on se met à coté ? (OUI)

Là, y a un livre de cuisine, des poivrons, une tarte et le monsieur je sais pas qui c'est. Ça, ça doit être sa femme, non ? Sans doute, voilà. Ils ont l'air ravis puisqu'ils ont le sourire.

QUAND ? Il a l'air de faire beau hein ? Il a l'air de faire beau...

OU ? Dans une cuisine... Y a une table de cuisine, un truc pour chauffer là... La dame elle est en jean, comme moi ! Et voilà, c'est tout.

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 18/10/11 O : 14/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole		X O				
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes				X O		
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet		X O				
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire			X O			
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur			O	X		
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires		X O				
14. Attend son tour de parole			X O			
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant					X O	
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation				X O		
19. Pose plus de questions qu'avant	X O					
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications			O	X		
22. Répond aux demandes de clarification		X	O			
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)		O	X			
24. Exprime ses sentiments		X O				
25. Utilise l'autocorrection				X O		
26. S'adapte à son interlocuteur		X O				

Bilans de Mme M.

1. Narration d'image

Bilan initial

Ben..j'ai l'impression que c'est la mère qui apprend à faire la cuisine à la p'tite ? hein ? et le père qui est content de voir sa...sa fille hein ? qui est heureux... et le gosse il téléphone... oui c'est un gosse ? et voilà...

QUOI ben j'pense qu'elle fait des... ben c'est des plats, c'est des sauces, et elle doit faire des moi j'sais pas..des crêpes... hein ? elle a quand même le livre pour heu... hein... hein pour la recette, elle regarde la gosse qui qui regarde le hein ? Ils sont heureux... hein ? c'est la famille... c'est beau la famille hein...

OU hein ? Oh ça se passe chez eux hein, dans une maison ou un appartement... hein ? oh oui c'est chez eux hein... (QUELLE PIECE ?) ben oui c'est pas la cuisine, non ça fait pas cuisine, hein ? pourtant ça doit être la cuisine... hein ?

QUAND non on n'en sait rien... ben c'est-à-dire qu'il fait jour hein... y'a pas de lumière alors... c'est dans l'après-midi dans la matinée... hein ? et le petit il boit j'sais pas... ben ça doit être le fils... ah non il téléphone, ... il téléphone... ils sont heureux

AUTRE CHOSE non... j'ai rien d'autre à dire... hein

Bilan final

C'est une famille on dirait... Ils sont quatre. Ils ont l'air de préparer un repas hein ? Mais c'est drôle parce qu'il y a ... C'est du potage alors ça ? Y a cette grande soupière. Oh beh non, ça peut être pour mettre à frirer, des choses... Je pense, parce qu'elle a l'air de préparer des gâteaux ou je sais pas quoi... Ils déjeunent, y a un gâteau. Enfin... elle fait la cuisine. On dirait du potage là dans un truc comme ça non ? On fait peut-être bouillir de l'huile pour des bretzels hein ? ou des gaufres... il me semble. Y a le père, la mère et les deux gosses. Y en a un qui téléphone, c'est le fils.

OU ? Dans leur appartement, ça y a pas de problème !

QUAND ? A mon avis, c'est pas le matin, ça se passerait vers quatre heure moi j'dis, hein ? Vers le goûter après le repas. Et voilà...

Le père est tout heureux de voir ses gosses et lui il téléphone à sa petite amie, et la fille elle est en admiration. Le père la regarde avec amour et la mère a l'air de lui dire : «Alors, tu es contente ? » Ahah ! Moi je me demande ce qu'ils préparent tous. En tout cas ils ont l'air heureux. Voilà... C'est le bonheur !

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 18/10/11 O : 14/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes			O	X		
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire			O	X		
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur				X O		
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires		X O				
14. Attend son tour de parole	X O					
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant					X O	
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation				X O		
19. Pose plus de questions qu'avant	X O					
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications	X O					
22. Répond aux demandes de clarification	X O					
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)			O	X		
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection			O	X		
26. S'adapte à son interlocuteur		X O				

Bilans de Mme W.

1. Narration d'image

Bilan initial

...Euh c'est la gourmandise, ah ah ah ...c'est pas la gourmandise non ? hein... ils sont gourmands ils ils... ils ont des produits là, et puis ils s'amuse, avec une petite fille là qui rigole. Puis y'a des bonnes choses à manger là... ah ah ah , y'a des bonnes choses à manger, ...

QUI ? J'sais pas c'est un couple, c'est un couple avec des enfants, avec peut être deux enfants je ne sais pas... ben... il téléphone à quelqu'un, ...

QUOI ? Ils regardent ce qu'ils vont manger... ah ah ah ! ils regardent ce qu'ils vont manger... non je ne vois pas les éléments, non... non ça c'est du pain et... .. j'sais pas comment ça s'appelle... Vous l'savez vous ?

OU ? Ils sont chez eux... ils sont chez eux... pour manger hein... ils sont petits hein..

QUAND ? Ben dans la journée... ils s'amuse, y'a les petits enfants, les parents...

AUTRE CHOSE ? Ben je vois pas ce que je peux dire d'autre.. le sourire là.. et des repas normal, des repas heu... ah ah ah...

Bilan final

C'est une euh... une famille. Ya ... ils ont des bonnes choses à manger. Ils ont l'air de bien s'amuser, non ? Ils sont contents, oui ils sont contents. Lui, il, il téléphone il est pas... intéressé et elle regarde ce qui... je sais pas... ce qui est, qui cuit là. Qu'est-ce que c'est ça ? c'est ce qu'ils vont manger je crois, mais quoi... La petite fille, elle... elle rigole. Là y a du pain, non ? ah... ou c'est une tarte, une tarte ou dans le.. le truc à tarte. Comment ça s'appelle ? c'est une tarte peut-être.

OU ? Ils... ils sont chez eux, non ? C'est pas chez eux ? Oui, on dirait hein... oui !

QUAND ? Beh quand je sais pas hein... C'est pas la nuit, c'est le... enfin je crois, c'est la journée, y a toute la famille alors... C'est un repas en... Y a la famille qui... toute la famille va manger... Voilà.

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 18/10/11 O : 14/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation			X O			
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole		X	O			
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes		X O				
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)		X O				
7. Sait introduire un sujet			X O			
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire		X O				
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur				X O		
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires			X O			
14. Attend son tour de parole	X O					
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant			X O			
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation			X O			
19. Pose plus de questions qu'avant				X O		
20. Répond aux questions		X	O			
21. Demande des clarifications			X O			
22. Répond aux demandes de clarification		X	O			
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)	X O					
24. Exprime ses sentiments			X O			
25. Utilise l'autocorrection				X O		
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

Bilans de Mme D.

1. Narration d'image

Bilan initial

Y'a le papa, la maman, je sais pas, une dame qui... sau... qui remue un pinceau, une petite fille qui regarde avec étonnement, ah... et un p'tit garçon qui téléphone, faut le dire aussi, y'a une casserole là... y'a... un pot, il y a donc un gâteau là, je crois, la petite fille, la petite fille qui regarde avec étonnement, hein... elle doit dire ahhh ça doit être bon, le... le monsieur, le papa plus exactement, qui est tout satisfait qui est content et puis la maman qui regarde aussi, tout en remuant avec un ...j'sais pas quoi.. qu'est-ce que c'est un pinceau ou un ..une cuillère ou j'en sais rien, là y'a un livre, un gâteau... y'a des... faut dire tout, ah oui... à mon avis ce qui est important c'est... ben lui il téléphone, la maman elle elle est en train de... le papa, il regarde, avec satisfaction et elle elle regarde avec avec étonnement, elle est toute contente, et y'a des y'a des gâteaux là... hein... je crois...

QUOI ? ben...une sauce ou j'sais pas quoi... c'est pas une sauce, ben ils font peut être de quoi faire un gâteau comme ça, oui... ..

OU ? j'me tate, c'est peut être une salle à manger ou une cuisine,... là y'a aussi de quoi..tous les côtés...là c'est des pots... elle elle est tout étonnée elle fait aah ça doit être bon, la maman tient et elle elle regarde aussi, puis le papa il est tout heureux lui, ..de faire voir à sa fille..hein..j'ai l'impression...

QUAND ? y 'a pas d'horloge... là on voit jour, oui...et ben c'est peut-être je sais pas moi...on...vers onze heures, minu...midi...ouais bon avant le repas, certainement pour faire des gâteaux, oui dans la matinée... hein...

J'ai oublié des trucs...là c'est quoi des fruits...ou des ...j'sais pas... c'est peut être un livre de cuisine, ça c'est déjà un gâteau, je crois, une cass...une casserole ou j'sais pas quoi, un récipient, ...ah ben ça c'est la..c'est c'est c'est une cuisinière, ...hein c'est une ...de quoi faire chauffer là... ouais ...elle elle est assise sur le coin d'une table, ... puis elle elle est tout heureuse de découvrir ce qu'elle voit là-dedans, ah...elle fait.. là..là.. ah lui il tient le couvercle de la... puis la maman elle se penche pour voir, c qu'il y a la dedans et la petite fille ...je crois que j'ai tout dit...

Bilan final

Ah ça c'est... la maman, le papa et les enfants. La maman elle euh... elle cuisine et lui il tient le... il téléphone oui, il téléphone. Et la maman... la petite fille regarde avec étonnement. Et la maman fait, fait la cuisine, elle remue un plat avec un... un... c'est un pinceau, c'est ça ? Ya aussi un gâteau, là y a une, une casserole, y a des fruits ou des... C'est des fruits ? Peut-être... La petite fille, elle regarde dans la casserole et elle a l'air de... de se dire... de trouver ça bon ! Et lui il... il a l'air... il est tout content. Quoi d'autre... Qu'est-ce qu'il y a là-dedans ? Y a peut-être...

Qu'est-ce que c'est ? C'est peut-être de l'eau qui bout... Ah oui de l'eau... Et elle, elle regarde elle regarde avec étonnement ce que la maman remue... Et le papa, il regarde la petite... il la regarde avec, il est content ! Et il téléphone là, et voilà... il téléphone peut-être à ses copains ou ses copines et il est content on dirait, on dirait parce qu'il est content, il sourit. Mais la maman, le papa et la... la petite fille ils sont tous contents ! Et voilà... En tout cas, y a beaucoup... beaucoup à manger ici ! ahah ! Mais qu'est-ce que c'est ça ? Je sais pas trop, je... c'est peut-être des fruits ça, je sais pas... Y a aussi là un bouquin... un bouquin de recettes ? Oui hein...

OU ? Ah... Ou ça se passe ? Beh c'est dans la... la cuisine ça ? Oh beh oui, c'est... ça ressemble à la cuisine là... Et oui ils font... tous la cuisine.

QUAND ? Oh beh ça doit se passer... Mais y a pas d'horloge alors... Je dirais que c'est peut-être pour midi... Avant midi... Je sais pas, avant un repas, ça c'est sûr vu qu'ils... ils préparent le repas quoi !

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 18/10/11 O : 14/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer	X O					
2. Communique spontanément, sans sollicitation	X O					
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes		X O				
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire			X O			
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur			X O			
12. Se concentre sur le thème principal		X O				
13. Met en avant des éléments secondaires			X O			
14. Attend son tour de parole			X O			
15. Prend son tour de parole	X O					
16. Maintient un temps de parole suffisant	X O					
17. Parle plus lentement qu'avant					X O	
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation			X O			
19. Pose plus de questions qu'avant		X O				
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications	X O					
22. Répond aux demandes de clarification	X	O				
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)		X O				
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection		X O				
26. S'adapte à son interlocuteur	X O					

Bilans de Mme C.

1. Narration d'image

Bilan initial

Le papa, la maman et les deux enfants. Voilà !

QUOI ? ah ben ils font la cuisine là, oui... ils ont fait un gâteau, oui... un gâteau voilà ben ça va... il doit être bon... c'est une tarte aux pommes, en principe... ben... elle fait un autre gâteau, hum, le papa il regarde, et la p'tite fille aussi, le p'tit gars il téléphone, ça y est.

QUAND ? oh ben... en fin de soirée, pour le dîner, pour le dîner ou le goûter...c'est tout.

EMOTIONS ? non non ils sont contents ça va bien, la vie est belle, oui ça va... ça va c'est bon,

QUOI ? y'a un seau à glace mais y'a pas de bouteille dedans, faudrait mettre une bouteille de rosé là, ce serait meilleur... autrement y'a le plat à tarte, la tarte, hum... et puis c'est tout, enfin y'a les fruits... les... j'sais pas pourquoi qu'y a des tomates là parce qu'elle va pas mettre des tomates avec la tarte aux fruits ?... hein ?... c'est pas utile... l'autre qui téléphone là qui rigole.

Bilan final

Ils font la cuisine là, ils préparent le repas. Voilà ! Ya le père, la mère et leurs deux enfants. C'est tout ! C'est une famille. Ils sont contents, et voilà !

QUOI ? Beh el repas... Beh de la soupe, y a le gâteau... ou je sais pas quoi... En tout cas, ils font la cuisine.

QUAND ? Oh beh le midi, enfin sûrement. Ça pourrait aussi être le goûter mais...

OU ? Beh dans la cuisine !

2. Auto-évaluation des capacités pragmatiques

Date : X : 18/10/11 O : 14/02/12

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Ne sait pas
1. Prend du plaisir à communiquer		X	O			
2. Communique spontanément, sans sollicitation			X O			
3. Veut faire passer un message lors d'une prise de parole	X O					
4. Parvient à faire passer son message	X O					
5. Semble chercher ses mots, les mots justes			X	O		
6. Son discours est cohérent (maintient une même idée)	X O					
7. Sait introduire un sujet	X O					
8. Sait conclure un sujet	X O					
9. Structure correctement ses phrases (grammaticalement)	X O					
10. Répète des sujets lorsque ce n'est pas nécessaire				X O		
11. Utilise des pronoms sans référent antérieur					X O	
12. Se concentre sur le thème principal	X O					
13. Met en avant des éléments secondaires				X O		
14. Attend son tour de parole	X O					
15. Prend son tour de parole		X	O			
16. Maintient un temps de parole suffisant	X	O				
17. Parle plus lentement qu'avant					X O	
18. Fait beaucoup de pauses dans une conversation					X O	
19. Pose plus de questions qu'avant					X O	
20. Répond aux questions	X O					
21. Demande des clarifications		X O				
22. Répond aux demandes de clarification	X O					
23. Utilise la prosodie (intonation, rythme...)			X O			
24. Exprime ses sentiments	X O					
25. Utilise l'autocorrection	X O					
26. S'adapte à son interlocuteur		X O				

BIBLIOGRAPHIE

- Alquier, N., Causse, D., & Fournel, S. (2011). *Plainte langagière et maladie d'Alzheimer: développement d'un questionnaire de plainte langagière*. Montpellier.
- Austin, J. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris: Editions du Seuil.
- Barkat-Defradas, M., Martin, S., Rico Duarte, L., & Brouillet, D. (2008). *Les troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer*. Avignon: 27ème journée d'étude sur la parole.
- Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard.
- Berrewaerts, J., Hupet, M., & Feyereisen, P. (2003). *Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer* (Vol. 13). *Revue de neuropsychologie*.
- Boyd, D., & McLagan, M. (2009). *Examining pauses in Alzheimer's discourse* (Vol. 24). *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*.
- Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues: Ortho Edition 298p.
- Cardebat, D., Aithamon, B., & Puel, M. (1995). *Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer*. Marseille: Solal.
- Chomsky, N. (1957). *Structures syntaxiques*. Paris: Editions du Seuil.
- Chomsky, N. (2000). *Nouveaux horizons dans l'étude du langage et de l'esprit*. Paris: Stock version numérique.
- Croisile, B. (2010). *La maladie d'Alzheimer*. Paris: Larousse.
- Croisile, B., Ska, B., Brabant, M., Duchene, A., Lepage, Y., Aimard, G., et al. (1996). *Comparative Study of Oral and Written Picture Description in patients with Alzheimer's Disease* (Vol. 53). *Brain and Language*.
- Demoures, G., & Strubel, D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. Paris: Masson.

-
- Drevets, W. C., & Rubin, E. H. (1989). *Psychotic symptoms and the longitudinal course of senile demantia of the Alzheimer's type* (Vol. 25). New York: Biological psychiatry (Elsevier Inc.).
- Dubois, B. (2011). *Maladie d'Alzheimer: dépister tôt pour traiter mieux* (Vol. Octobre 2011). Paris: Top Santé.
- Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., & coll., a. (2007). *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDSADRDA criteria*. Lancet Neurology.
- Dubois, B., Tousni, H., Michon, A., & Deweer, B. (1997). *Les déficits cognitifs dans la maladie d'Alzheimer* (Vol. in De la neurophysiologie à la maladie d'Alzheimer). Marseille: Solal.
- Ehrlich, J. S., Obler, L. K., & Clark, L. (1997). *ideational ans semantic contributions to narrative production in adults with dementia of the Alzheimer's type* (Vol. 30). New York: Elsevier Science Inc.
- Fernandez, C. (2006). *Les aspects pragmatiques du langage oral chez les sujets Alzheimer précoce*. Nice.
- Herisson, C., Touchon, J., & Enjalbert, M. (1996). *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation*. Paris: Masson 234p.
- Hirsch, E., & Ollivet, C. (2007). *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer: Ethique, soin et société*. Paris: Vuibert 254 p.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale 1. Les fondations du langage*. Paris: Les éditions de minuit.
- Jakobson, R. (1977). *Huit questions de poétique*. Paris: Editions du Seuil.
- Jakobson, R., & Waugh, L. (1980). *La charpente phonique du langage*. Paris: Les éditions de minuit. ISBN 2-7073-0281-3.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours*. Paris: Armand Colin.
- Khosravi, M. e. (1995). *La vie quotidienne du malade Alzheimer*. Paris: Doin 340p.
- Martinet, A. (2008). *Eléments de linguistique générale*. Paris: Armand Colin.

-
- Moulias, R., Hervy, M., Ollivet, C., & Mischlich, D. (2005). *Alzheimer et maladies apparentées: Traiter, soigner et accompagner au quotidien*. Paris: Masson.
- Ollat, H., & Bottéro, A. (2000). *Apathie et motivation* (Vol. 9). Neuropsychiatrie, tendances et débats.
- Paveau, M., & Sarfatin, G. (2003). *Les grandes théories de la linguistique*. Paris: Armand Colin.
- Peirce, C.-S. (1978). *Ecrits sur le signe*. Paris: Editions du Seuil.
- Rousseau, T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Paris: Ortho Editions.
- Saussure, F. d. (1916). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.
- Searle, J. (1996). *Les actes de langage*. Paris: Hermann.
- www.cmrr-nice.fr/doc/calman_guide_de_prise_en_charge.pdf. (s.d.).
- www.insee.fr. (s.d.). *Projection de population pour la France à l'horizon 2050*.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Résultats de l'analyse quantitative

Tableau 2. Résultats de l'analyse quantitative selon la modalité de prise en soin.

Tableau 2.1 Temps de production en minutes

Tableau 2.2 Nombre de mots produits

Tableau 2.3 Débit de parole

Tableau 3. Résultats de l'analyse de l'informativité du discours

Tableau 3.1 Avant

Tableau 3.2 Après

Tableau 4. Résultats de l'analyse de la cohérence du discours

Tableau 4.1 Avant

Tableau 4.2 Après

Tableau 5. Résultats de l'analyse de la cohésion du discours

Tableau 5.1 Avant

Tableau 5.2 Après

Tableau 6. Résultats de l'analyse des actes de langage

Tableau 6.1 Avant

Tableau 6.2 Après

Tableau 7. Nombre d'items altérés

Tableau 8. Pourcentage moyen d'altération

Tableau 9. Répartition des patients en fonction des modifications

Tableau 10. Nombre d'items modifiés selon le type de prise en soin

Tableau 11. Détail des items ayant observés des modifications

RESUME

Cette étude a pour but la mise en œuvre d'un protocole d'aide au maintien des capacités pragmatiques, dont l'altération précoce a été démontrée par diverses études, auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade léger ainsi qu'au stade sévère.

Selon deux modalités de prise en soin, l'une à domicile en individuel et l'autre au sein d'un accueil de jour à travers un atelier de groupe, nous proposons de mêler sollicitation cognitive et création artistique à travers la poésie, qui se distingue des autres formes artistiques par le cadre naturel qu'elle impose et la grande liberté d'expression qu'elle propose.

La composition par les patients de différents poèmes choisis en fonction de leurs caractéristiques intrinsèques pourrait participer au maintien des fonctions pragmatiques préservées ou résiduelles. Ainsi, la fable, l'acrostiche, le haïku ou le poème en vers libre permettraient une mise en évidence ainsi qu'une sensibilisation aux phénomènes pragmatiques en jeu dans les interactions quotidiennes. Au-delà, ce protocole favorise l'échange, le souvenir et s'appuie sur des notions de plaisir, de rire et de liberté.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus indiquent que ce protocole est efficace et bénéfiqueaux deux populations, dans des proportions et des objectifs différents. Les patients nous ont surpris par leur sensibilité poétique et le plaisir d'écrire, de se souvenir et de partager qu'ils ont manifesté. Leurs productions sont étonnantes et témoignent de la richesse de notre champ d'action.

Les possibilités de relecture et d'adaptation de ce protocole ainsi que la manière dont il a été reçu par les patients lui confèrent une certaine légitimité et justifient la continuation de sa mise en œuvre.

MOTS-CLES

Linguistique – Communication - Thérapie - Expérimentation - Personne âgée - Maladie d'Alzheimer - Capacités pragmatiques

DIRECTEUR DE MEMOIRE

MAILLAN Geneviève

CO-DIRECTEURS DE MEMOIRE

Dr BARRES Philippe

PUCCINI-EMPORTES Martine