

Influence des gestes de l'interlocuteur sur les actes de langage des malades d'Alzheimer

Delphine JAUNY*, Célia MOUTON**, Thierry ROUSSEAU***

* orthophoniste, Paris (75)
delfine_j@yahoo.fr

** orthophoniste, Paris (75)
celia.mouton@yahoo.fr

*** orthophoniste, docteur en psychologie, HDR, directeur de recherches UNADREO (ERU 17),
Sablé sur Sarthe (72)
throusseau2@wanadoo.fr

Résumé :

Quelle est l'influence des gestes de l'aidant sur les capacités de communication du malade d'Alzheimer ? Cette étude évalue l'évolution des actes de langage en fonction de l'introduction ou non de gestes dans la conversation. Nous avons émis l'hypothèse que l'utilisation des gestes par l'interlocuteur dans la communication augmente la fréquence d'actes de langage des malades atteints de démence de type Alzheimer. Les 28 patients, répartis en deux groupes appariés (un groupe « sans geste », un groupe « avec gestes »), ont été rencontrés à deux reprises. Lors de chaque rencontre, deux situations écologiques ont été proposées : une discussion semi-dirigée sans support et une avec support iconographique. Les gestes, correspondant à des *phrases-types* ont été proposés uniquement à la seconde rencontre, au groupe « avec gestes ». Les productions des malades ont ensuite été analysées à l'aide de la GECCO. Parallèlement à une absence d'évolution de la fréquence d'actes inadéquats par minute, les résultats obtenus montrent une augmentation des actes adéquats aux stades modéré et sévère de la maladie quand les gestes sont utilisés. En outre, le facteur extrinsèque étudié (la situation de communication) semble avoir une influence sur les actes de langage des malades, contrairement aux facteurs intrinsèques (sexe, niveau socioculturel et degré d'atteinte).

Mots clés : communication, maladie d'Alzheimer, gestes, actes de langage, GECCO.

Influence of interlocutor's gestures upon the communication with the patient in Alzheimer's disease

Summary :

How can gestures have an influence upon the communication between caregiver and patient in Alzheimer's disease ? This study assesses the interviews of 28 participants by analyzing the evolution of their utterances with the GECCO. Participants were divided into two related samples in order to compare their utterances when gestures are used by caregiver and when they are not. No evolution in the frequency of inappropriate utterances was found. However, the findings suggest that gestures enhance appropriate utterances in the more advanced stages.

Key words : Alzheimer's disease, nonverbal communication, gestures, speech acts, GECCO.

----- INTRODUCTION -----

Dans la Démence de Type Alzheimer (DTA), ce n'est pas seulement l'individu qui est touché ; tout le système dans lequel il évolue et avec lequel il communique est perturbé. Toutes les fonctions supérieures (mémoire, fonctions exécutives, gnosies, praxies, langage) sont progressivement touchées, mais il existe une grande hétérogénéité interindividuelle et intraindividuelle en ce qui concerne l'évolution des atteintes. Les troubles cognitifs rendent invalide et dépendante la personne atteinte de la maladie (Duquenoy Spsychala, 2002).

On distingue plusieurs stades d'évolution dans la DTA que l'on peut définir à l'aide de tests, notamment le MMS-E (Folstein et coll., 1975). Ce test coté sur 30 points est composé de 7 catégories. L'orientation dans le temps et dans l'espace, le rappel de 3 mots en immédiat et en différé, l'attention, le langage ainsi que les praxies constructives sont explorés. On définit alors une atteinte légère si le sujet obtient un score entre 25 et 20 sur 30, une atteinte moyenne avec un score entre 19 et 16 (modérée si le score est compris entre 19 et 16 ou modérément sévère pour un résultat entre 15 et 10 inclus) ; l'atteinte est dite sévère si le score au MMSE est strictement inférieur à 10 sur 30 (atteinte sévère entre 9 et 3 sur 30) et très sévère si le résultat est inférieur à 3 (Duquenoy Spsychala, 2002 ; Sellal, Kruczek, 2007 ; Hugonot-Diener, Barbeau et coll., 2008).

----- LA COMMUNICATION DANS LA DTA -----

Les troubles cognitifs dans leur ensemble retentissent sur le langage du malade et sur les processus communicationnels. Le bon déroulement de la conversation est alors directement menacé. (Rousseau, 2001 ; Duquenoy Spsychala, 2002 ; Sellal, Kruczek, 2007 ; Strubel, Samacoits et coll., 2007). Les difficultés d'attention peuvent être présentes rapidement ; en effet, les différents modules attentionnels sont atteints, parfois sévèrement et ce dès les stades inauguraux de la maladie. La sélectivité, l'attention soutenue et l'attention divisée sont donc touchées ; les troubles vont croissant en suivant l'évolution de la démence (Belleville, Chertkow et coll., 2007 ; Belleville, 2009). Les difficultés attentionnelles gênent les malades pour participer à des discussions notamment lorsqu'ils sont en présence de plusieurs interlocuteurs (Strubel, Samacoits et coll., 2007).

Plus la maladie évolue, plus la communication verbale se délite. Mais même à des stades avancés de la DTA, les malades conservent des capacités de communication non-verbale (Strubel, Samacoits et coll., 2007), qui prennent alors le relais dans la communication et l'échange. Ces aptitudes s'observent aussi bien sur le versant réceptif que sur le versant expressif. D'une part, les malades semblent plus sensibles au canal non-verbal qu'ils ne l'étaient avant de déclarer la maladie (Magai, 2000) et d'autre part, ils répondent de façon adaptée à ce type de communication (Schiaratura, 2008). Cela passe par la proxémie, par l'orientation corporelle et le déplacement, par les gestes, les mimiques et également par le supra-segmental. L'intonation des phrases peut être longtemps préservée alors même que la production verbale se réduit à un jargon. La communication non-verbale peut même servir de tremplin pour le verbal, par l'étayage qu'elle lui confère. Les productions des malades sont enrichies par des gestes, des expressions faciales et un bon contact visuel (Strubel, Samacoits et coll., 2007 ; Schiaratura, 2008).

----- LE VECU DE L'INTERLOCUTEUR -----

Progressivement, alors que les difficultés de communication sont de plus en plus fréquentes avec les malades, les aidants mettent en place de nouvelles façons d'échanger pour conserver le lien.

Ainsi, les aides à domicile utilisent le mime ou le théâtre pour exprimer leurs intentions dans les situations angoissantes comme la toilette (Piou, Vercherat, 2006). Le toucher, les sourires, le contact visuel sont également de précieux outils d'expression pour les aidants professionnels (Richter, Roberto et coll., 1995), tout comme l'ajustement du timbre de voix, de l'intonation et du débit (Grise, 2008). Quant aux conjoints des malades, elles préfèrent les gestes et les regards aux mots pour communiquer leur soutien à leurs maris (Le Gall, Rousseau, 2007). Mais l'utilisation de la communication non-verbale se fait souvent de manière inconsciente (Cavrois, Rousseau, 2008). Les aidants simplifient leurs productions orales en ne posant qu'une seule question à la fois et en employant des phrases courtes (Small, Gutman et coll., 2003).

A l'inverse, certaines stratégies utilisées sont peu adaptées aux difficultés des malades d'Alzheimer comme l'utilisation d'un vocabulaire spécialisé, la précipitation dans l'échange ou l'absence de reconnaissance envers les propos du malade (Strubel, Samacoits et coll., 2007). En outre, les conjoints ont souvent tendance à poser des questions sur les faits récents, ce qui entraîne de nombreuses ruptures de communication et dévalorise les malades (Small, Perry, 2005). Ces comportements de communication inadéquats indiquent clairement que les aidants ne possèdent pas l'ensemble des outils nécessaires pour communiquer efficacement avec les malades. La demande d'informations et de conseils auprès de professionnels s'avère donc essentielle.

----- LA PRISE EN CHARGE -----

Le plan Alzheimer 2008-2012 (Rocher, Lavallart, 2009) prévoit que les aidants familiaux bénéficient de deux jours de formation par an, notamment pour s'approprier des techniques de prise en charge. Les aidants sont également pris en compte dans la plupart des approches thérapeutiques proposées par les orthophonistes. La guidance des aidants familiaux fait partie intégrante du programme de stimulation cognitive et de la thérapie écosystémique (Rousseau, 2001). Le rôle de l'orthophoniste consiste à donner des conseils pour améliorer la communication entre le malade et ses proches. En institution, la guidance s'adresse en priorité aux professionnels de santé en leur rappelant que malgré le mutisme des malades sévèrement atteints, ceux-ci restent des êtres entendants capables de communiquer (Degiovani, 2008).

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2008), la prise en charge orthophonique doit permettre aux professionnels de santé et aux familles de maintenir la communication avec le malade et ainsi retarder l'apparition de troubles du comportement. Elle doit être spécifique à chaque patient en suivant l'évolution de la démence. Elle est particulièrement conseillée lorsque les troubles du langage sont majeurs. Plusieurs méthodes de prise en charge incluent l'utilisation du canal non-verbal, et donc des gestes, dans la communication avec le malade, comme la Validation (Feil, 1997), l'Humanitude (Gineste, Marescotti, 2008) ou encore la Thérapie Ecosystémique (Rousseau, 1998, 2000, 2007).

Rousseau propose une évaluation à visée thérapeutique de la communication des malades grâce à la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication des malades atteints de démence de type Alzheimer (GECCO, cf. annexe 1 ; Rousseau, 1998, 2006). Cette grille a été conçue dans l'optique d'une analyse pragmatique de la communication. Elle n'a pas de valeur diagnostique, cette évaluation est à visée thérapeutique. Elle permet une analyse qualitative et quantitative des actes de langage, dans plusieurs situations de communication. Le thérapeute obtient des informations sur les capacités de communication des malades Alzheimer, en recensant les actes utilisés préférentiellement chez le malade et ceux qui ne sont plus à sa disposition pour communiquer. L'analyse permet également de mettre en évidence les thèmes préférentiels (souvenirs, famille, événements historiques, etc.) et des situations de discussion (échange d'informations autour d'une image, entretien dirigé, etc.) qui sont le plus propices à la production d'actes adéquats par le malade. Les actes recensés sont classés selon 2 aspects :

- en s'appuyant sur les taxonomies de deux auteurs : Dore (1977) pour les actes de langage verbaux et Labourel (1982) pour les actes non-verbaux (cf. annexe 1).
- l'adéquation du discours et des actes de langage : l'ensemble des actes adéquats correspond alors à ce que Rousseau appelle la « *communication efficiente* », où la cohérence et la cohésion du discours sont respectées, ce qui permet la continuité de la communication. A l'inverse, les actes inadéquats sont ceux qui entraînent une rupture de communication. Ces résultats, reportés dans la grille (cf. annexe 1), mettent en avant les actes de langage encore utilisables par le malade et les situations qui l'incitent à communiquer.

L'acte est qualifié selon plusieurs critères :

- de quel type d'acte s'agit-il ?
- est-il adéquat ou inadéquat ?
- s'il est inadéquat, quelle est la raison de l'inadéquation ?

Une fois l'acte qualifié, l'examineur le recense dans la case qui lui correspond et ainsi de suite. Divers totaux et sous-totaux sont alors effectués :

- un total global de tous les actes produits,
- un total d'actes adéquats,
- un total d'actes inadéquats,
- des sous-totaux à l'intérieur de chaque catégorie d'actes.

La fréquence d'actes de langage produite par minute est ensuite calculée à partir de la durée de l'entretien.

De nombreux manuels d'information créés pour les aidants de malades d'Alzheimer proposent de s'appuyer sur le canal non-verbal notamment les gestes, afin de pallier certaines défaillances de la communication verbale. Cependant les conseils restent bien souvent peu précis (Quels gestes utiliser ? Comment ? Avec quel profil de malade ?) en particulier pour les aidants non professionnels de la communication.

En étudiant plus précisément l'impact des gestes produits par l'interlocuteur sur l'expression des malades, nous souhaitons apporter de nouveaux éléments de prise en charge dans le domaine de la communication non-verbale.

Nous nous sommes demandé dans quelle mesure la fréquence d'actes de langage des patients atteints de DTA est augmentée lorsque la production verbale de l'interlocuteur est appuyée par les différents gestes référencés en actes non-verbaux dans la GECCO.

----- HYPOTHESES -----

« *L'étayage du non-verbal favorise l'émergence du verbal et, parfois, de la parole, même à un stade avancé de la maladie* » (Strubel, Samacoits et coll., 2007).

Nous pensons donc que l'utilisation des gestes par l'interlocuteur dans la communication augmente la fréquence d'actes de langage des malades atteints de démence de type Alzheimer.

« *Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont sensibles aux comportements non-verbaux d'autrui et y répondent de manière appropriée.* » (Schiaratura, 2008). Nous avons donc formulé les hypothèses opérationnelles suivantes :

Hypothèse 1 : les actes adéquats produits en réponse aux *phrases-types* sont plus nombreux lorsque l'interlocuteur utilise des gestes dans l'échange.

Hypothèse 2 : les gestes proposés par l'interlocuteur ont une influence sur les fréquences d'actes de langage produits par les malades d'Alzheimer.

Plusieurs auteurs précisent que des différences inter et intraindividuelles existent dans tous les domaines chez les malades d'Alzheimer.

Hypothèse 3 : les facteurs intrinsèques et extrinsèques ont une influence sur les actes de langage des sujets lorsque l'interlocuteur utilise des gestes dans la communication.

Hypothèse générale : nous pensons donc que l'utilisation des gestes par l'interlocuteur dans la communication influe sur la production d'actes de langage des malades atteints de démence de type Alzheimer.

----- METHODOLOGIE -----

Population :

Critères d'inclusion :

- personnes atteintes de démence de type Alzheimer (DTA) dont le diagnostic a été posé selon les recommandations de la HAS (2008),
- de langue maternelle française,
- avec un score au MMSE, datant de moins de 6 mois, strictement inférieur à 19/30,
- ayant ou non le Certificat d'Etudes Primaires (CEP).

Critères d'exclusion :

- troubles sensoriels (audition, vision) non corrigés,
- pathologies psychiatriques,
- antécédents neurologiques d'origine vasculaire ou traumatique.

28 hommes et femmes atteints de la maladie d'Alzheimer aux stades modéré et sévère de l'atteinte (cf. tableau 1), âgés de 59 à 100 ans, ont été rencontrés lors de cette étude. Nous avons choisi ces sujets indépendamment de leur lieu de vie (domicile personnel ou structure d'accueil), qui semble avoir un impact limité sur les capacités de communication des malades (Rousseau, 2009).

La population a été divisée en deux échantillons appariés en taille, sexe, degré d'atteinte et Niveau Socio Culturel (NSC) (cf. tableau 1). Le premier échantillon nommé groupe « avec gestes » recevra les gestes lors du protocole de recherche, le deuxième échantillon, groupe « sans geste » servira de groupe de référence et aucun geste du protocole ne lui sera proposé.

Caractéristiques de l'échantillon (N=28)

	Sexe	Niveau Socioculturel	Atteinte	Age	Score au MMSE
	Femmes (N=8)	≤ CEP (N=7)	Modérée (N=7)	$\mu = 83,86$ ans $\sigma = 7,27$	$\mu = 9,64$ $\sigma = 5,84$
	Hommes (N=6)	> CEP (N=7)	Sévère (N=7)	méd. = 83 ans Q1 = 79,75 Q3 = 88,25	méd. = 9,5 Q1 = 4,5 Q3 = 15,25
Groupe	Femmes (N=8)	≤ CEP (N=7)	Modérée (N=7)	$\mu = 81,29$ ans $\sigma = 8,65$	$\mu = 9,00$ $\sigma = 5,75$
« Sans Geste »	Hommes (N=6)	> CEP (N=7)	Sévère (N=7)	méd. = 82,5 ans Q1 = 80 Q3 = 86,25	méd. = 10,5 Q1 = 3 Q3 = 13,5

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon.

Détermination des variables :

Les variables intrinsèques correspondent au sexe des sujets, au stade d'évolution de leur maladie (score MMSE) et à leur niveau socioculturel (inférieur ou égal au CEP versus supérieur au CEP). La variable extrinsèque correspond à l'ajout ou non d'un support iconographique dans les situations de communication proposées au sujet.

Matériel utilisé :

Les entretiens ont été enregistrés sur support vidéo.

La GECCO a ensuite été utilisée comme outil d'analyse pour les entretiens.

----- **PROTOCOLE DE RECHERCHE** -----

Nous avons rencontré les sujets à deux reprises, avec un intervalle de 7 jours, sans changement de lieu ni d'horaire.

Nous leur avons proposé à chaque fois deux situations de communication, d'environ 10 minutes chacune, dans l'ordre suivant :

- situation D : un entretien semi-dirigé, sous la forme d'une conversation sans support, avec l'examineur D.
- situation C : un entretien semi-dirigé, sous la forme d'une conversation avec support iconographique, avec l'examineur C.

Dans chaque situation, l'examineur participant à l'échange intégrait 12 phrases-types (cf. tableaux 2 et 3). Chaque geste a été associé à un mot ou un syntagme pour traduire un même signifié. Le syntagme a ensuite été inclus dans une phrase-type.

Les phrases-types ont été construites le plus simplement possible, sur le plan syntaxique comme sur le plan lexical, pour que le concept clé soit mis en avant.

Phrases	Gestes	Catégorie
Est-ce que vous aimez le <u>violon</u> ?	Imitation d'un violoniste en train de jouer.	Mimétique
Je peux prendre une <u>photo</u> de vous ?	Imitation d'une prise de vue sans utiliser d'appareil, avec un œil fermé.	Mimétique
Voulez-vous aller <u>là-bas</u> ?	Désignation du lieu.	Déictique
Comment vous appelez-vous ?	Désignation du patient.	Déictique
Avez-vous <u>froid</u> ?	Se frotter les bras pour se réchauffer.	Symbolique
Etes-vous <u>fatigué</u> ?	Tête penchée sur le côté, deux mains jointes sous l'oreille.	Symbolique
C'est <u>génial</u> ! (pour commenter une action, la beauté d'un lieu,...)	Geste « ok » avec le pouce.	Expressif
Ça sent <u>mauvais</u> dans mon sac !	Main qui pince le nez.	Expressif
<u>Venez</u> avec moi.	Geste de la main avec les doigts qui se replient vers la paume.	Conatif
Pouvez-vous <u>ouvrir</u> la porte, s'il vous plaît ?	Main actionnant une poignée imaginaire et tirant la porte vers le locuteur.	Conatif
<u>Oui</u> .	Hochement de tête.	Phatique
<u>Attendez</u> .	Geste de la main pour stopper la personne.	Phatique

Tableau 2. Liste des gestes et *phrases-types* de la situation D.

Phrases	Gestes	Catégorie
Est-ce que vous aimez <u>danser</u> ?	Deux-trois pas de valse, avec une main en l'air et l'autre près du ventre.	Mimétique
Est-ce que vous <u>conduisiez</u> ?	Deux mains tournent le volant.	Mimétique
On s'installe <u>ici</u> ?	Désignation du lieu.	Déictique
Vous préférez la <u>voiture</u> ou l' <u>avion</u> ?	Désignation sur le support iconographique de deux objets l'un après l'autre.	Déictique
Vous <u>aimez</u> ça ? (en parlant d'un aliment représenté sur le support)	Se frotter le ventre en décrivant des cercles.	Symbolique
<u>Au revoir</u> Mme X, Mr Y.	Signe de la main, de gauche à droite, paume vers l'interlocuteur.	Symbolique
<u>Oh là là</u> , vous avez vu ce qu'il est en train de faire (en commentant une image du support) ?	Main secouée paume vers soi.	Expressif
<u>Merci</u> d'avoir passé du temps avec nous.	Mains croisées, à la hauteur de la poitrine, agitées d'avant en arrière.	Expressif
Pouvez-vous <u>ouvrir le livre</u> , s'il vous plaît ?	Deux mains jointes à plat qui s'ouvrent progressivement pour former un angle de 180°.	Conatif
<u>Tournez</u> la page.	Main droite partant de la droite puis se dirigeant vers la gauche en formant un arc de cercle.	Conatif
<u>Continuez</u> , (je vous écoute).	Main droite décrivant des arcs de cercle dans l'air, en partant du locuteur vers le récepteur.	Phatique
<u>D'accord</u> , (c'est bien).	Main droite plate, en position basse, traçant une ligne partant du locuteur et se dirigeant vers le récepteur.	Phatique

Tableau 3. Liste des gestes et *phrases-types* de la situation C.

Nous avons repris la classification des gestes de Labourel (1982), utilisée dans la GECCO. Toutefois, la fonction métalinguistique n'a pas été retenue pour le protocole, pour différentes raisons.

Suite aux pré-tests, nous avons jugé la fonction prosodique soit trop autoritaire (exemple : « attendez ! » en scandant avec la main sur la table), soit trop infantilisante (exemple : « on y va ! » en tapant des mains à chaque syllabe). En visionnant les films, nous nous sommes également rendu compte que notre comportement manquait de spontanéité lorsque nous proposons les gestes de cette fonction aux sujets. Il nous semblait plus facile de placer ces gestes de manière spontanée, ce qui impliquait de ne pas choisir le mot cible au préalable. Un biais aurait été induit sur cette fonction par le manque de reproductibilité.

La fonction de redondance est ici appliquée à chaque geste dans le but d'aider à la transmission du message oral. Cette fonction n'est donc pas évaluable sur des items spécifiques.

La fonction de commentaire a pour vocation de compléter le contenu ou la forme d'un énoncé, elle ajoute donc une information au lieu de renforcer le message initial.

Lors de la première rencontre, les situations D et C étaient proposées (soit D1 et C1) et sont les mêmes pour tous les sujets, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent.

Lors de la deuxième rencontre les situations D et C (soit D2 et C2) sont proposées aux sujets comme suit :

- groupe « sans gestes » : C1=C2 et D1=D2,

- groupe « avec gestes » : les *phrases-types* ayant entraîné une rupture de communication (un acte inadéquat) lors de la première rencontre étaient ici accompagnées de gestes (cf. tableaux 2 et 3).

A la suite de chaque rencontre, les vidéos étaient visionnées et analysées par les examinateurs à l'aide de la GECCO. Tous les actes de langage étaient pris en compte. Les Fréquence d'Actes Totale (FAT), Fréquence d'Actes Adéquats (FAA) et Fréquence d'Actes Inadéquats (FAI) étaient calculées.

Les actes produits en réponse aux *phrases-types* de la première rencontre étaient comptabilisés :

- soit l'acte est adéquat et rentre dans la catégorie « Acte Adéquats en réponse aux *Phrases-Types* » (AAPT),

- soit l'acte est inadéquat et entraîne pour le groupe « avec gestes » un appui gestuel pour la phrase-type en question à la deuxième rencontre. La comptabilisation des actes de langage en réponse aux *phrases-types* lors de la deuxième rencontre permettait le calcul d'une différence entre les deux rencontres.

Conditions de passation :

Les sujets ont été rencontrés sur leur lieu de vie, situé en Ile de France ou en Pays de Loire : domicile personnel, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD), hôpital, maison de retraite. Le protocole a été proposé dans la chambre du malade et dans une pièce de vie quand celui-ci vivait en institution. A domicile, l'entretien avait lieu dans le salon et la salle à manger. L'éclairage suffisant de la pièce, la bonne installation du sujet et un environnement calme étaient vérifiés au préalable. Une distance interpersonnelle comprise entre 45 et 125 centimètres était respectée, ce qui correspond à la « distance personnelle » de Hall pour que la personne voie et entende au mieux l'interlocuteur (Asher, Simpson, 1994).

Une stabilité maximale a été respectée dans les comportements des examinateurs (prosodie, mimiques, stimulation attentionnelle, étayage verbal) pour chaque malade, d'une rencontre à l'autre.

Choix des situations :

Nous avons choisi de créer des situations suivant deux critères :

Courte durée : 10 minutes, pour respecter la fatigabilité des malades.

Ecologie : les situations se passent dans les lieux de vie du malade et sont représentatives de ce que peut vivre le malade avec ses aidants au quotidien (des conversations duelles, parfois avec un support visuel).

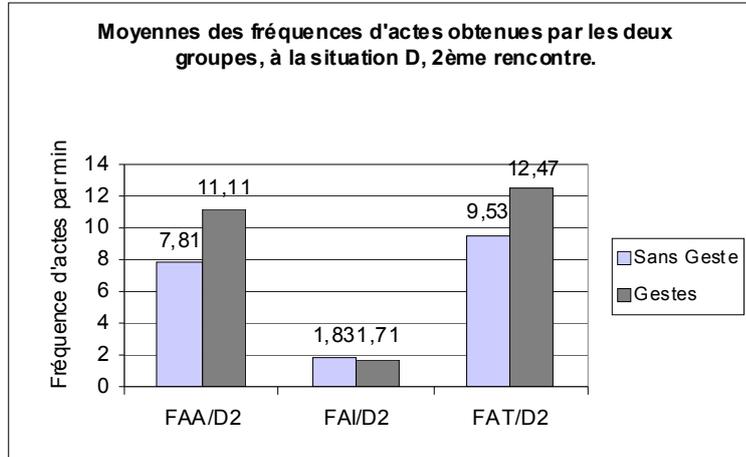
----- RESULTATS -----

Traitement des données :

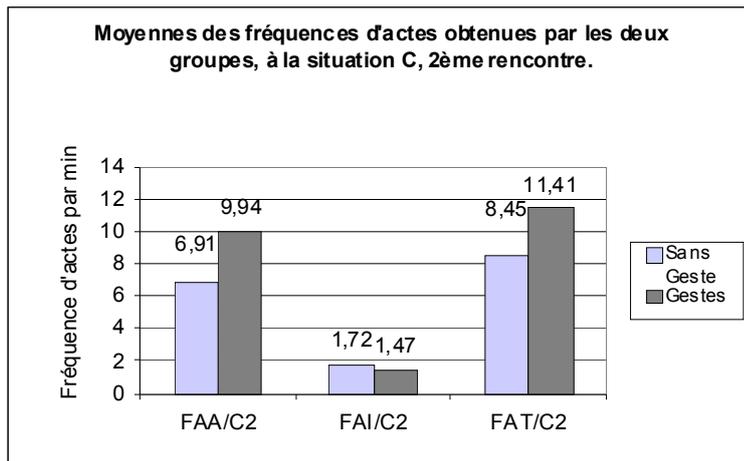
Notre population de 28 sujets a été divisée en 2 échantillons de 14 sujets appariés. Pour chacun des échantillons (« avec gestes », « sans gestes ») et pour chaque situation (D1, D2, C1, C2), nous avons calculé la moyenne des scores AAPT, de la FAI, de la FAA et de la FAT. Pour comparer ces moyennes, nous avons choisi le test des rangs signés de Wilcoxon pour l'analyse statistique. C'est un test *non-paramétrique*, donc adapté aux petits échantillons,

utilisé pour la *comparaison des distributions*, dans le cas de *deux échantillons appariés*. Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des hypothèses est $\alpha = 0,05$.

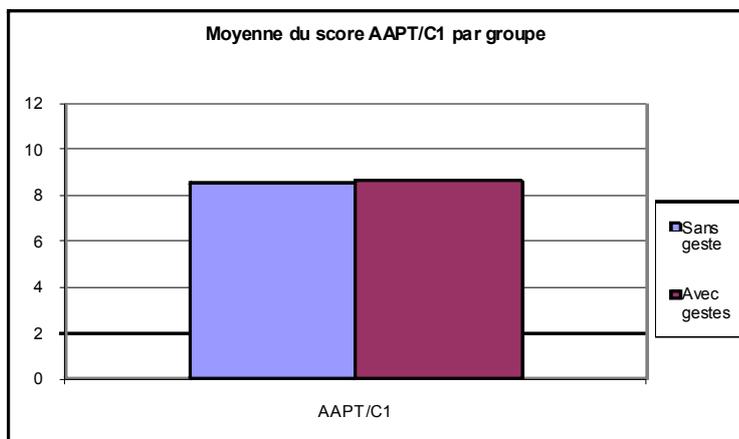
Histogrammes :



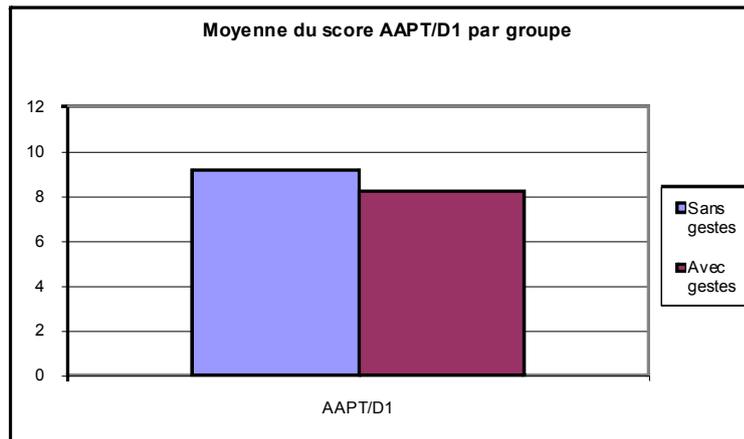
Histogramme 1.



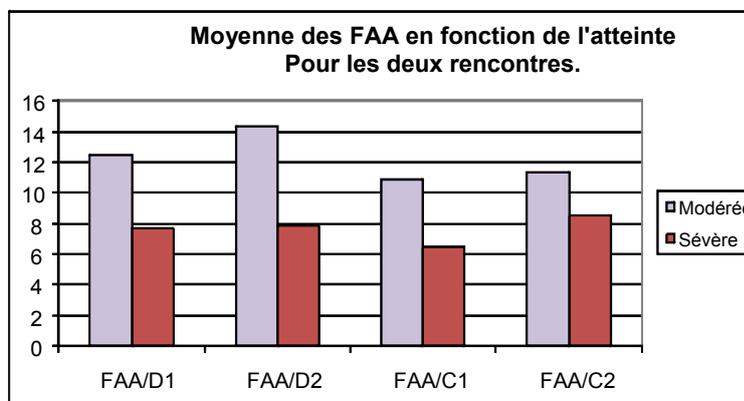
Histogramme 2.



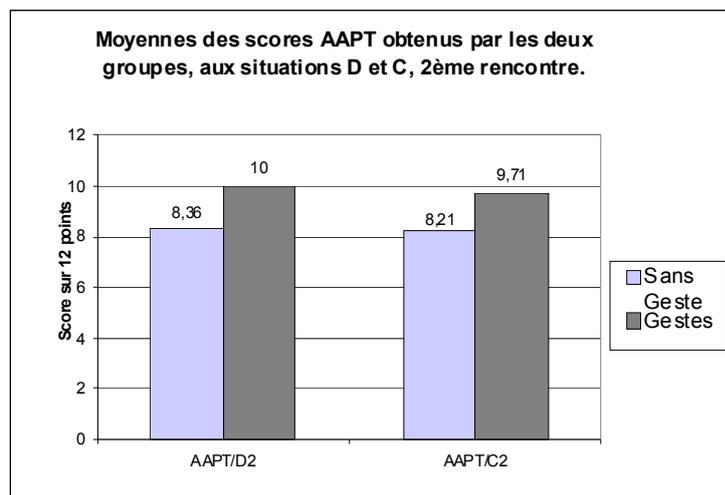
Histogramme 3.



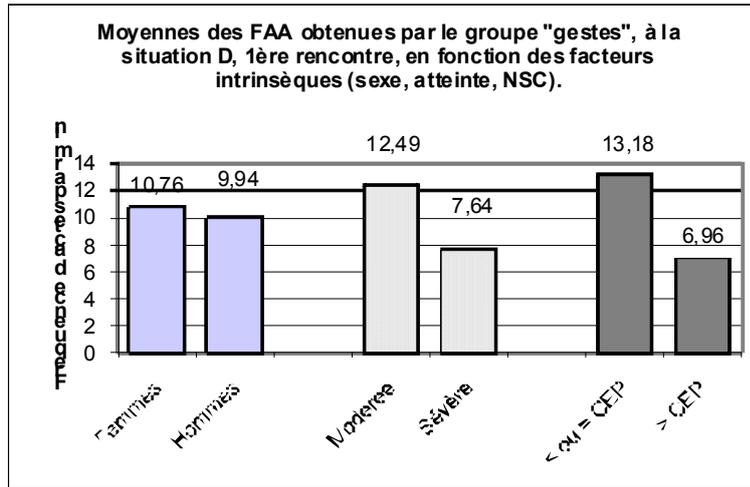
Histogramme 4.



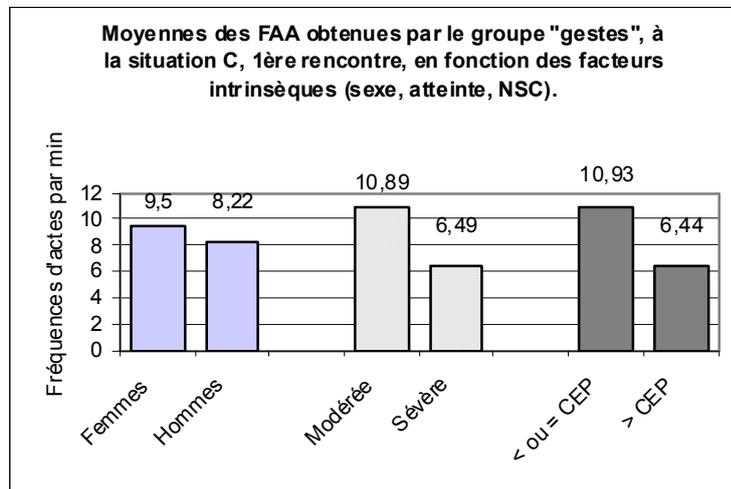
Histogramme 5.



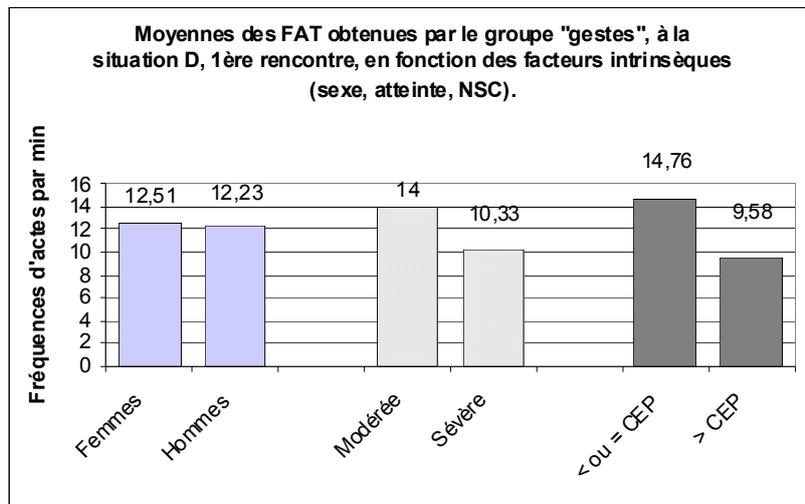
Histogramme 6.



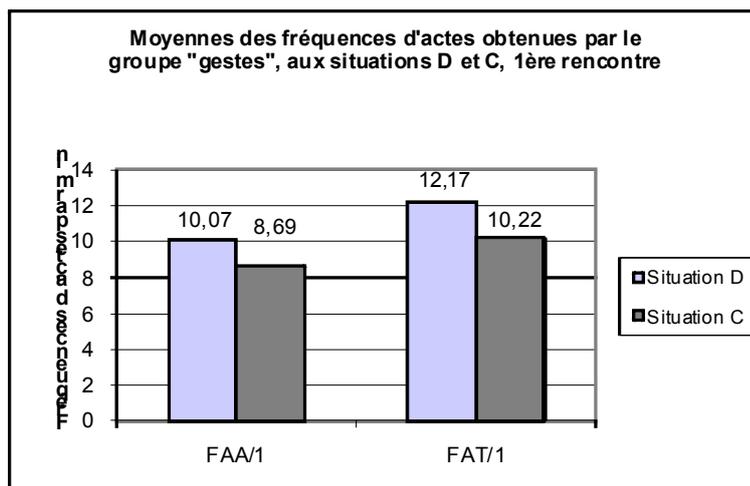
Histogramme 7.



Histogramme 8.



Histogramme 9.



Histogramme 10.

----- DISCUSSION -----

Hypothèse 1 : score des AAPT

Nous nous attendions à ce que le groupe « avec gestes » produise plus d'actes adéquats (AAPT) que le groupe « sans gestes » en réponse aux *phrases-types* de la deuxième rencontre, dans les deux situations.

Les résultats montrent que les scores AAPT des deux groupes sont semblables à la première rencontre, dans les deux situations (cf. histogrammes 3 et 4) . En revanche, lors de la deuxième rencontre, les valeurs des AAPT du groupe « avec gestes » sont significativement supérieures à celles du groupe « sans geste » dans la situation D. Quant à la situation C, les valeurs des AAPT du groupe « avec gestes » ne sont pas significativement supérieures à celles du groupe « sans geste », mais tendent à l'être : le degré de significativité ($p=0,0898$) est proche de 0,05 (cf. histogramme 6). Notre hypothèse est donc en partie confirmée.

Ces résultats corroborent les données de la littérature. Selon Selmès et Derouesné (2004) les gestes, en soulignant les paroles de l'interlocuteur, aident les malades à comprendre le message verbal émis. Schiaratura (2008) ajoute que les réponses des malades aux stimulations non-verbales sont adaptées. Le score AAPT fait précisément référence aux « phrases-types » et au concept que chacune véhicule. Nous avons montré que l'ajout de gestes (lors de la deuxième rencontre, pour le groupe « avec gestes ») amène une amélioration spécifique sur les actes de langage produits en réponse par le sujet. Il convient de tenir compte des phrases choisies (cf. tableaux 2 et 3), qui sont syntaxiquement simples et qui véhiculent chaque fois une idée-clé, pour l'interprétation des résultats ; nous avons simplifié les énoncés au maximum avant de prendre appui sur les gestes. Les gestes dans ce cas permettent d'obtenir des réponses plus adéquates de la part du malade. Cela laisse supposer que la réception du message est meilleure quand les gestes se superposent à la parole.

Hypothèse 2 : influence des gestes sur les fréquences d'actes de langage

Nous émettions l'hypothèse que les gestes produits par l'interlocuteur allaient avoir une influence sur les fréquences d'actes de langage produits.

L'analyse statistique montre que les FAA et les FAT sont semblables pour les 2 groupes à la première rencontre, dans les deux situations (cf. histogramme 10). En revanche, lors de la deuxième rencontre, la FAA et la FAT du groupe « avec gestes » sont significativement supérieures à celles du groupe « sans geste » dans les deux situations (cf. histogrammes 1 et 2). Il y a donc plus d'actes de langage adéquats et d'actes de langage au total qui sont produits par le malade lorsque l'interlocuteur ajoute des gestes à la conversation.

Il n'y a cependant pas de différence significative entre les 2 rencontres en ce qui concerne la FAI, pour les deux groupes et dans les deux situations (cf. histogrammes 1 et 2). Les gestes n'ont donc pas dans cette étude d'influence bénéfique ou néfaste sur la fréquence des actes de langage inadéquats produits par le malade.

Les gestes produits sont ceux qui correspondent aux phrases types, mais nous pouvons ici observer leur impact sur les productions verbales et non-verbales du malade, de manière plus générale c'est-à-dire à hauteur d'une conversation et non plus d'une phrase. Notre hypothèse est donc confirmée.

Les gestes inclus dans une conversation avec une personne atteinte de DTA, même s'ils ne portent pas sur chacun des concepts exprimés à l'oral, augmentent globalement les actes adéquats de langage et la fréquence d'actes au total produits par le malade. Toutefois, ces résultats sont exprimés dans les conditions de l'étude et sont à relativiser quant à leur généralisation.

Ces résultats vont dans le sens des données de la littérature. En effet, Strubel, Samacoits et coll. (2007) attestent que l'utilisation de gestes entraîne une production plus importante d'actes de langage verbaux chez le malade d'Alzheimer.

Hypothèse 3 : facteurs intrinsèques et extrinsèques

Les facteurs intrinsèques et extrinsèques ont, selon nous, une influence sur la fréquence d'actes de langage des sujets lorsque l'interlocuteur utilise des gestes dans la communication.

Concernant les facteurs intrinsèques, les résultats de notre étude montrent que :

- Le facteur « sexe » n'a aucune influence sur la production d'actes de langage des malades (cf. histogrammes 7, 8 et 9).
- Le facteur « degré d'atteinte » aurait une influence sur la fréquence d'actes adéquats en situation d'entretien semi-dirigé sans support. En effet, la différence observée entre les personnes avec une atteinte sévère et celles avec une atteinte modérée est significative à la première rencontre (cf. histogramme 5).
- Les malades avec un degré d'atteinte sévère ont une FAA moins importante que les sujets avec un degré d'atteinte modéré. Mais cette significativité n'est pas retrouvée lors de la deuxième rencontre (cf. histogrammes 5, 7 et 8) : la différence est donc plus faible entre les FAA des personnes avec une atteinte sévère et celles avec une atteinte modérée lorsque les gestes sont utilisés par l'interlocuteur. Cela montre que même avec un degré d'atteinte sévère, les malades d'Alzheimer restent sensibles aux gestes, comme l'écrit Magai (2000) à propos de la réceptivité des malades au non-verbal.

Nous devons toutefois nuancer ces résultats puisque l'étude n'est pas longitudinale : nous n'avons pas étudié l'évolution d'un même patient mais comparé deux à deux les patients de même profil (sexe, niveau socioculturel) avec un degré d'atteinte différent.

- Le facteur « niveau socioculturel » est le facteur intrinsèque ayant le plus d'influence dans notre étude : sans les gestes, soit lors de la première rencontre, les fréquences d'actes adéquats et totales des patients ayant un niveau socioculturel supérieur au CEP sont significativement moins élevées (sauf pour C1, où $p=0,0781$) que celles des patients au niveau socioculturel

inférieur ou égal au CEP (cf. histogrammes 7, 8 et 9). En revanche, avec l'apport de gestes, lors de la deuxième rencontre, on observe une égalité des distributions. Les gestes seraient donc davantage bénéfiques aux personnes avec un niveau socioculturel supérieur au CEP. Néanmoins, nous restons réservés quant à la validité de nos résultats. En effet, l'étude menée par Rousseau (2009) sur 152 patients, montre une influence restreinte du niveau socioculturel sur les capacités de communication des malades.

Concernant le facteur extrinsèque (ajout ou non d'un support iconographique à la situation de communication) :

- Le facteur « situation » influe sur les actes de langage des malades d'Alzheimer aux stades modéré et sévère. Lors de la première rencontre, la différence du nombre d'actes adéquats et total émis par minute est significativement plus élevée dans la situation D que dans la situation C (cf. histogrammes 7 et 8). Comme l'ont décrit Lemaire et Bherer (2005), les personnes âgées ont des difficultés dans les tâches d'attention partagée. La situation iconographique nécessitant ce type d'attention (attention vers les paroles du locuteur et vers le support), nos résultats s'accordent donc avec la littérature.

- Lors de la deuxième rencontre, la différence observée n'est plus significative, même si les FAT et FAA des sujets restent supérieures dans la situation D que dans la situation C. Nous avons remarqué que les gestes attirent le regard du malade vers son interlocuteur et le « détachent » du support iconographique pour le recentrer vers l'interlocuteur.

Par conséquent, les foyers attentionnels ne sont plus sollicités de la même manière et le malade est plus concentré sur son interlocuteur. Il capte ainsi de manière plus efficace les signaux non-verbaux, notamment les gestes et répond de manière plus adaptée.

En conclusion de cette hypothèse, nous pouvons confirmer l'influence du facteur extrinsèque (la situation). En revanche, nous sommes plus réservés sur l'impact des facteurs « degré d'atteinte » et « niveau socioculturel ». Enfin, nous infirmons l'hypothèse d'un quelconque effet du facteur « sexe » sur la production des malades lorsque l'interlocuteur ajoute des gestes à sa parole.

Observations qualitatives :

Nous avons observé une accentuation des troubles du comportement (agressivité) chez deux malades : leur compréhension semblait améliorée grâce aux gestes mais le manque du mot engendrait une impossibilité de répondre, ce qui augmentait l'angoisse ou l'énervement.

Les gestes canalisent certains patients logorrhéiques ; en effet, les tours de parole étaient alors mieux respectés avec les malades ayant un langage jargonné ou avec des absences de progression rhématique et des absences de continuité thématique.

Le support a intéressé tous les participants, souvent attirés par l'objet et les images. Il a été évocateur de souvenirs de jeunesse pour beaucoup d'entre eux.

Les malades, au stade sévère surtout, étaient plus angoissés et inhibés lors des situations d'entretien semi-dirigé sans support que lorsqu'il y en avait un. De plus, cette situation était aussi la première à être proposée, donc potentiellement plus anxiogène.

----- CONCLUSION -----

Cette étude démontre que les gestes apportent un bénéfice sur la quantité d'actes de langage produits dans une situation duelle, avec ou sans support iconographique. Nous observons spécifiquement une amélioration des actes produits en réponse aux gestes associés à la parole (dans les *phrases-types*), ainsi qu'une augmentation de la fréquence d'actes adéquats. Le nombre d'actes de langage total émis par minute augmente également mais de manière plus nuancée. Cependant, l'ajout de gestes dans la conversation n'a pas de conséquence sur la fréquence d'actes inadéquats par minute. En outre, les gestes semblent plus intéressants à utiliser pour attirer le regard du malade sur l'interlocuteur pour les situations qui requièrent de l'attention partagée (par exemple avec un support iconographique). Toutefois, nous sommes moins catégoriques sur l'influence de facteurs intrinsèques comme le sexe, le degré d'atteinte et le niveau socioculturel.

Les gestes sont bénéfiques dans la communication avec les malades d'Alzheimer et doivent donc être considérés comme un outil précieux à destination des aidants, professionnels comme familiaux. Des conseils précis sur la manière d'introduire les gestes doivent être fournis. Nous avons mis en place un cadre spatio-temporel et les gestes ont toujours été introduits simultanément à la parole et de la même façon (face au patient, en attirant son attention, en donnant une idée-clé par phrase à laquelle un geste correspond). Ils peuvent être proposés à des malades aux stades modéré et sévère, aux femmes comme aux hommes. Néanmoins, les réactions (impossibilité de réponse, forts troubles du comportement, anxiété,...) étant variables suivant les sujets, surtout au stade sévère, il convient d'adapter cet emploi pour chacun.

Il serait intéressant de poursuivre les investigations amorcées dans cette recherche, notamment sur les possibles différences d'impact des gestes selon la catégorie à laquelle ils appartiennent.

----- BIBLIOGRAPHIE -----

- ASHER, R.E., SIMPSON, J.M.Y. (1994). *The Encyclopedia of language and linguistics, Vol VI*, 2897-3435. Oxford, New York : Pergamon Press.
- BELLEVILLE, S. (2009). La maladie d'Alzheimer : une maladie de la mémoire de travail ? *Revue de Neuropsychologie*, 1(1), 51-58.
- BELLEVILLE, S., CHERTKOW, H., GAUTHIER, S. (2007). Working memory and control of attention in persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 21(4), 458-469. doi:10.1037/0894-4105.21.4.458
- CAVROIS, A., ROUSSEAU, T. (2008). Création d'un questionnaire dans le cadre de l'approche écosystémique. Comment l'aidant principal apprécie-t-il les capacités communicationnelles de son proche atteint de la maladie d'Alzheimer ? *Glossa*, 105, 20-36.

- DEGIOVANI, R. (2008). La place de l'intervention orthophonique dans le parcours de vie des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 8(46), 37-42. doi:10.1016/j.npg.2008.01.016
- DORE, J. (1977). « Oh them sheriff » : a pragmatic analysis of children's responses to questions. In S. ERVIN-TRIPP, C. MITCHELL-KERNAN (Eds), *Child discourse*. New-York : Academic-press.
- DUQUENOY SPYCHALA, K. (2002). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Toulouse : Erès, 112 p.
- FEIL, N. (1997). *Validation, mode d'emploi. Communication avec les personnes atteintes de DSDTA*. Paris : Pradel, 238 p.
- GINESTE, Y., MARESCOTTI, R., PELLISSIER, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 42-55. Consulté de : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/94/42.pdf>
- GRISE, J. (2008). Sans parole. *Perspective Infirmière*, 5(5), 25-27. Consulté de : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Perspective/vol5no5/25.pdf>
- HAS : RECOMMANDATIONS (2008). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. St-Denis : Haute Autorité de Santé. Consulté de : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668822/alzheimer-s-disease-and-related-conditions-diagnosis-and-treatment
- HUGONOT-DIENER, L., BARBEAU, G., MICHEL, B.F., THOMAS-ANTERION, C., ROBERT, P. (Groupe de Réflexions sur les Evaluations COgnitives - G.R.E.CO. - Institut Alzheimer) (2008). *GREMOIRE : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*. Marseille : Solal, 305 p.
- LABOUREL, D. (1982). Communication non verbale et aphasie. In X. SERON , C. LATERRE, *Rééduquer le cerveau*, 98-103. Bruxelles : Mardaga.
- LE GALL, K., ROUSSEAU, T. (2007). Le couple face à la maladie d'Alzheimer. Etude des déterminants du maintien des liens de communication. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 14(140), 542-547.
- LEMAIRE, P., BHERER, L. (2005). *Psychologie du vieillissement. Une perspective cognitive*. Bruxelles : De Boeck, collection Ouvertures psychologiques, 469 p.
- MAGAI, C. (2000). Personnalité et émotions chez les patients déments. In *Maladie d'Alzheimer : recherche et pratique clinique. Volume 3*, 144-148. Paris : Serdi.
- PIOU, O., VERCHERAT, M.J. (2006). L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à domicile. *CLEIRPPA, cahier 21 : la culture du domicile*, 20-27.

- RICHTER, J.M., ROBERTO, K.A., BOTTENBERG, D.J. (1995). Communicating with persons with Alzheimer's disease : experiences of family and formal caregivers. *Archives of psychiatric nursing*, 9(5), 279-285. doi:10.1016/S0883-9417(95)80047-6
- ROCHER, P., LAVALLART, B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gérontologie et société*, 128-129, 13-31.
- ROUSSEAU, T. (1998). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer*. Isbergues : Ortho-Edition, 135 p.
- ROUSSEAU, T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.
- ROUSSEAU, T. (2001). Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 75, 14-21.
- ROUSSEAU, T. (2006). *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication : Gecco (CD rom)*. Isbergues : Ortho-Edition.
- ROUSSEAU, T. (2007). *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*. 3^{ème} édition. Isbergues : Ortho-édition, 160 p.
- ROUSSEAU, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, Tome 62, 5(503), 429-444.
- SCHIARATURA, L.T. (2008). La communication non-verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 183-188.
Consulté de : <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/04/42/54/article.phtml>
- SELLAL, F., KRUCZEK, E. (2007). *Maladie d'Alzheimer*. Rueil-Malmaison : Dion, 152 p.
- SELMES, J., DEROUESNE, C. (2004). *La maladie d'Alzheimer au jour le jour. Guide pratique pour les familles et tous ceux qui accompagnent au quotidien une personne touchée par la maladie d'Alzheimer. Guide 1*. Montrouge : John Libbey Eurotext, collection Guides pratiques de l'aidant, 352 p.
- SMALL, J.A., GUTMAN, G., MAKELA, S., HILLHOUSE, B. (2003). Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's disease during activities of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(2), 353-367. doi:10.1044/1092-4388(2003/028)
- SMALL, J.A., PERRY, J. (2005). Do you remember ? How caregivers question their spouses who have Alzheimer's disease and the impact on communication. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48(1), 125-136. doi:10.1044/1092-4388(2005/010)

STRUBEL, D., SAMACOITS, P., SAINSON, A., BURLAN, D., MAURIN, J. (2007). La communication avec le patient atteint de démence. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 7(40), 27-32. doi:10.1016/S1627-4830(07)91446-4

Annexe 2 : tableau de classification des gestes selon Labourel (1982).

Fonction communicationnelle	Émotive	Fonction qui traduit l'état, le sentiment du locuteur par le geste que fait celui-ci.
	Conative	Elle vise à agir sur le récepteur, sur son comportement ou sur ses paroles.
	Phatique	Par cette fonction, le geste produit vise à assurer le lien entre les individus communicants, à garder le contact.
Fonction référentielle	Mimétique	L'analogie est présente entre le geste et son référent.
	Déictique	Le geste permet de faire référence à l'objet, il y a un lien spatial entre les deux.
	Symbolique	Le geste n'a pas d'analogie avec son référent mais il appartient à un code culturel. Il est défini par convention et de manière arbitraire.
Fonction métalinguistique	Commentaire	Intervient à propos du contenu du discours.
	Redondance	Appuie et accentue le contenu du discours
	Prosodique	Joue sur la partie supra-segmentale du discours, en appuyant la prosodie de ce dernier.