

RÉSUMÉ :

Après avoir défini brièvement la Démence de Type Alzheimer (DTA) et en avoir rappelé les principaux troubles neuropsychologiques, nous avons abordé la problématique de la communication dans le cadre de cette pathologie.

La présentation des divers aspects, qui constituent dans la DTA un véritable trouble de la communication, des facteurs influant et des paramètres interagissant nous a permis d'aborder ensuite l'objet-même de notre travail. Notre objectif étant l'étude de la faisabilité et de l'intérêt de l'utilisation de la grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de DTA, mise au point par T. Rousseau (1995), nous l'avons nous-même expérimentée auprès d'une population de quinze sujets à des degrés divers de la maladie.

Nous avons ensuite mené une réflexion personnelle sur les difficultés qu'elle peut présenter sous sa forme actuelle pour un praticien souhaitant l'utiliser, et avons alors émis quelques propositions de modifications. Nous nous sommes ensuite intéressées, sur la base des résultats chiffrés obtenus par la passation de notre protocole à notre population et par une analyse à partir de la grille-même, ainsi que sur la base de quelques exemples concrets et cas cliniques, à démontrer l'intérêt certain que notre outil d'étude présente dans l'objectif d'une prise en charge de la communication d'un patient atteint de DTA.

MOTS-CLÉS :

Démence de Type Alzheimer (DTA) - Communication - Grille - Evaluation - Prise en charge.

Françoise DELAROCHE

Orthophoniste
126, rue du Clusel
37000 TOURS

et
Alexandra ROCHARD

Orthophoniste
90, rue Marcel Tribut
37000 TOURS

ETUDE DE LA FAISABILITÉ ET DE L'INTÉRÊT D'UNE GRILLE D'ANALYSE DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

par Françoise DELAROCHE et Alexandra ROCHARD

SUMMARY : *Feasibility and relevance of a chart analysing communicative abilities of patients with Alzheimer-type dementia.*

Following a brief description of Alzheimer-type dementia, and a review of the main neuropsychological disorders, we describe the communication problems to be encountered. Enhancing the different areas of what constitutes the communication disorders in these dementia, and the factors and parameters interacting, we detail our experiment. Our aim was to study the feasibility and relevance of T. Rousseau's chart analysing communicative abilities of patients with Alzheimer-type dementia (1995). We used it with 15 patients at different stages of the disease.

We then reflected upon the various problems a clinician may be confronted to when using the chart, and suggested a few modifications. Finally, we attempted to demonstrate the relevance of the chart in the case of referral of a patient with such dementia, using figures we obtained with the candidates in our experiment, as well as some clinical practical cases.

KEY-WORDS :

Alzheimer's disease - Communication - Chart - Assessment - Therapy.

L'incidence grandissante de la maladie d'Alzheimer, du fait de la forte augmentation du nombre de personnes âgées, a conduit à la sollicitation de plus en plus importante des orthophonistes. De fait, la maladie se traduisant par une altération des fonctions cognitives et du langage notamment, elle se situe parfaitement dans leur champ d'action.

Petit à petit s'est donc fait sentir la nécessité de prendre en charge ces patients afin de lutter contre la résignation dans laquelle ils évoluaient et pour ne pas laisser la notion d'incurabilité interdire tout espoir et toute action thérapeutique.

T. Rousseau*, orthophoniste, a marqué sa participation dans ce mouvement en réalisant une thèse de doctorat en psychologie sur la communication des malades Alzheimer. Ses travaux ont alors abouti à la mise en évidence de signes caractéristiques des comportements de communication de ces patients puis à la construction d'un outil, une grille, dont il* a proposé une utilisation clinique ayant pour objectif d'analyser les capacités de communication des sujets atteints de DTA, permettant ainsi d'aider le praticien à élaborer une prise en charge adaptée au profil "communicationnel" de son patient.

C'est ce nouvel outil qui a été l'objet-même de notre étude. La grille n'ayant presque pas encore été utilisée par des praticiens et donc éprouvée, nous en avons étudié tout à la fois la faisabilité, l'utilité et l'intérêt.

La communication est un phénomène complexe soumis à des influences diverses. On peut en effet dégager un certain nombre de facteurs, les uns propres à l'individu (âge, niveau socio-culturel...) et à sa maladie, les autres liés davantage à la situation d'interlocution. T. Rousseau* a ainsi, dans ses travaux, émis l'hypothèse que les désordres linguistiques ne seraient pas seulement liés à un trouble du langage qui ne dépendrait que d'une atteinte organique, mais constitueraient un véritable trouble de la communication sur lequel influent des facteurs :

- pour les uns liés au vieillissement normal, et personnels à l'individu,
- pour d'autres liés directement à la maladie (atteinte cognitive),
- ou bien encore secondaires à l'apparition de la DTA (angoisse générée, réactions...*).

On le voit clairement, une simple constatation des désordres linguistiques ne saurait rendre compte à elle seule des possibilités communicationnelles de ces sujets atteints de DTA. La nécessité d'une prise en compte de la communication dans sa globalité apparaît alors manifeste. Il convient d'avoir une vision pragmatique du phénomène en considérant tout à la fois la volonté de transmettre une information et la mise en oeuvre des moyens pour le faire, qu'ils soient verbaux ou non verbaux.

En gardant bien tout cela à l'esprit il est alors possible d'étudier les possibilités de communication de ces patients subissant, comme nous l'avons vu, des modifications à la fois qualitatives et quantitatives sous l'influence des facteurs sus-cités. C'est ce que la grille se veut analyser en tentant de mettre en évidence diverses particularités individuelles mais aussi certains traits caractéristiques, semble-t-il, de la maladie. Cependant, son but n'est pas tant l'analyse très précise du discours que l'obtention d'un profil personnel des capacités de communication, et ce dans l'optique d'une éventuelle prise en charge ultérieure.

Notre objectif étant avant tout l'étude de la faisabilité de la grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de DTA, nous avons adopté la démarche déjà utilisée par T. Rousseau en 1992, à savoir :

- une situation dyadique de communication entre un patient et un examinateur à partir de trois situations d'interlocution mettant en jeu des capacités communicationnelles différentes (un entretien dirigé concernant les données autobiographiques du patient, une tâche d'échange d'informations autour d'un support imagé et une discussion libre à propos de la situation présente ou de tout autre thème abordé par le sujet),
- un enregistrement caméoscopique de la situation d'interlocution destiné à faciliter l'analyse ultérieure des corpus obtenus,
- l'utilisation de la grille dans le but d'obtenir un profil à la fois qualitatif et quantitatif des possibilités de communication dans ces trois situations bien précises.

Puis, concernant les actes de langage, chacun d'entre eux va être délimité et classé selon sa nature (question, réponse, affirmation...), mais également selon sa pertinence

*1992

*1995

*1992

*Maisondieu, 1989

au sein de la discussion, introduisant ainsi les notions d'adéquation et d'inadéquation, tout ceci constituant l'analyse qualitative.

Pour ce qui est de l'analyse quantitative, comme le préconise T. Rousseau* dans la présentation de sa grille pour une utilisation clinique, nous avons retenu la fréquence, c'est-à-dire le nombre d'actes verbaux par minute.

De la même façon, concernant les actes non verbaux, nous avons procédé à une analyse qualitative ainsi qu'à une analyse quantitative basée comme précédemment sur la fréquence d'actes à la minute.

Ce protocole a été proposé à une population composée de quinze patients répartis en trois groupes équivalents selon la sévérité de leur atteinte cognitive objectivée par le score obtenu au MMS de Folstein* (atteinte légère, modérée, sévère). L'âge moyen de notre population est de 75,8 ans avec un minimum de 65 ans et un maximum de 95 ans.

A partir de notre expérience de cotation de quinze corpus, nous avons essayé de voir dans quelle mesure cette grille était utilisable en clinique (faisabilité). Nous nous sommes donc attachés à relever les problèmes que nous rencontrons mais aussi les points positifs constatés, non seulement du point de vue du clinicien, mais aussi de celui du patient, à partir des réactions que nous avons pu observer dans notre population.

D'un point de vue matériel tout d'abord, il nous semble difficile pour notre part de pouvoir coter en direct (c'est-à-dire de remplir la grille pendant l'entretien) puisque cela nécessiterait à la fois d'être en relation avec le patient, de poursuivre une conversation, de chronométrer et donc de coter. On y perdrait alors en spontanéité et en naturel en s'éloignant d'une situation de communication normale, sans parler de la gêne occasionnée au patient qui sentirait ses moindres gestes et paroles relevés et évalués. De fait nous avons nous-mêmes préféré utiliser un camescope car nous pensons qu'il s'agit là du meilleur instrument pour une étude sérieuse et approfondie de la communication d'un individu, étant donné tout ce qu'elle met en jeu.

En ce qui concerne maintenant le temps nécessaire à l'utilisation de la grille, il se décompose en trois périodes :

- l'entretien filmé avec le patient : sa durée s'élève environ à 15 minutes (4 minutes pour chaque thème). Cette durée nous paraît suffisante pour établir une relation satisfaisante avec le patient et pour avoir une première idée de ses capacités à communiquer et n'est, de plus, pas trop longue, restant ainsi accessible à des sujets sévèrement atteints et donc fatigables ;

- le travail de cotation (remplissage de la grille) : dans l'optique d'une utilisation clinique, nous pensons que 40 à 45 minutes par thème suffisent à l'obtention d'un profil intéressant ;

- l'analyse (comptabilisation des actes, étude du profil obtenu et des conclusions qui en découlent du point de vue notamment de la prise en charge) requiert environ 30 à 40 minutes de travail.

Globalement, il semble donc qu'il faille disposer, pour une utilisation clinique de cette grille, de trois bonnes heures ce qui, somme toute n'est pas négligeable et constitue, à notre avis, l'un des inconvénients majeurs de cet outil.

Concernant la situation d'interlocution, les trois thèmes ont été présentés à trente patients (quinze en 1992 par T. Rousseau et quinze dans notre étude) dont dix étaient à un stade déjà avancé de la maladie. Il semble donc bien que l'entretien sur ces thèmes soit faisable par des patients atteints de DTA, quel que soit le degré de sévérité de la maladie, cette faisabilité par le patient dépendant cependant beaucoup des capacités d'adaptation de l'examineur qui doit savoir situer son intervention au niveau de chacun des malades rencontrés.

Concernant enfin la cotation elle-même, nous avons relevé un certain nombre de difficultés parmi lesquelles :

- la délimitation des actes : la définition de cette entité restant en effet imprécise, elle laisse ainsi une place importante à la subjectivité ;

- la classification des actes selon leur nature qui requiert une connaissance approfondie de la grille et une maîtrise de certaines nuances bien subtiles...

- l'appréciation de l'inadéquation là aussi parfois subjective ; de plus, dans le discours des patients les plus sévèrement atteints se pose le problème du cumul des inadéquations.

tions dont il est difficile de rendre compte.

Mais finalement, il convient de relativiser ces problèmes en resituant la grille dans son contexte d'utilisation. Il ne s'agit pas en effet, dans la clinique, de l'utiliser en tant qu'outil de recherche, qui va permettre une description très fine des capacités de communication d'un sujet, mais en tant qu'aide, donnant un profil des capacités de l'individu à transmettre des informations dans des situations données, et ce dans l'optique d'une prise en charge. Dans ce cadre, il semble alors que l'utilisation de la grille soit faisable même s'il s'agit d'une procédure longue et difficile qu'il conviendrait de simplifier.

Après avoir présenté les difficultés et problèmes rencontrés au cours de la passation même du protocole et de la cotation des corpus, à partir de la grille de T. Rousseau, et avoir discuté de sa faisabilité, nous nous sommes penchées sur les résultats qu'elle permet d'obtenir d'un point de vue qualitatif et quantitatif.

Deux points principaux semblent devoir retenir notre attention. Tout d'abord, nous avons constaté que les données que nous avons obtenues coïncident, pour la très grande majorité d'entre elles, à celles dégagées en 1992 par T. Rousseau. Ces caractéristiques consistent en l'apparition, malgré une importante hétérogénéité et variabilité tenant à la fois à la maladie étudiée et à la multiplicité des facteurs influant sur la communication, de tendances parallèles à la progression de la détérioration cognitive globale, qui sont :

- une réduction globale du nombre d'actes émis,
- une diminution du nombre d'actes adéquats et une augmentation du nombre d'actes inadéquats,
- une augmentation du nombre d'actes non verbaux,
- et une modification qualitative des actes adéquats qui va dans le sens d'une automatisation et d'une simplification des actes utilisés qui font alors appel à une élaboration thématique et syntaxique moindre.

D'autre part, la concordance de ces deux études vient, d'une certaine façon, valider la grille en tant qu'outil relativement fiable puisque trois de ses utilisateurs ont obtenu, à partir de deux populations proches, des résultats globalement comparables.

Dans un dernier point, il s'agit maintenant de s'interroger sur l'intérêt de l'utilisation d'une telle grille en répondant à trois questions.

Tout d'abord, pourquoi ? Quelles données intéressantes apporte la grille ?

Comme nous l'avons déjà vu, cette grille nous permet d'obtenir un profil des capacités des patients atteints de DTA à transmettre des informations, c'est-à-dire leur possibilité de faire passer un message à un interlocuteur, sans s'intéresser aux aspects strictement linguistiques du discours (correction de la formulation, degré d'élaboration des actes, etc.). D'autre part, elle permet de juger de l'adéquation ou non de l'utilisation de ces actes par les sujets et nous fournit également des renseignements plus généraux sur leur attitude, leur comportement et leur appétence à communiquer. En effet, sur le plan de la communication, la maladie d'Alzheimer évolue finalement entre deux extrêmes : un moment où l'information passe encore correctement et un autre où celle-ci ne passe quasiment plus. C'est précisément la transition entre ces deux stades que la grille se propose d'étudier, puisqu'il existe une importante hétérogénéité dans le profil d'évolution qu'il paraît essentiel de faire apparaître dans l'optique d'une prise en charge.

On le voit bien, la motivation qui existe derrière l'utilisation de cette grille est totalement différente de celle des autres outils actuellement à notre disposition. De fait, cette grille vient pallier un manque en permettant l'exploration d'un domaine très peu étudié jusqu'à maintenant, et ce, dans un esprit nouveau. Il est vrai que l'on ne s'était alors que peu intéressé à la communication dans sa globalité mais plus au langage des sujets atteints de DTA, se penchant ainsi sur les aspects linguistiques du discours, en parlant de manière normative et en termes de troubles, de détérioration et autres perturbations...

Pour qui ? Peut-on utiliser cette grille auprès de tous les patients ?

Suite à notre étude, il apparaît que, compte tenu de la souplesse d'utilisation de la grille, elle semble bien utilisable auprès de tous les patients quel que soit leur degré de détérioration. Mais, bien entendu, notre attitude et l'utilisation que l'on fera de la grille ne seront pas les mêmes suivant l'atteinte du sujet. Ainsi, c'est à l'examineur qu'il revient de s'adapter pendant les situations afin de se mettre au niveau de chacun des patients, de moduler ses attentes et ses exigences en fonction de celui-ci pour savoir

reconnaître et mettre en valeur les domaines où le patient conserve encore de bonnes capacités communicationnelles.

Pour quoi ? Quelles répercussions auprès du patient ?

La maladie d'Alzheimer est à l'origine de bouleversements importants dans les rapports et les relations au sein de la famille du patient. A ce niveau là nous avons donc un rôle à jouer, rôle qui s'inscrit dans une notion plus globale de guidance très importante. A partir des données issues de la grille, nous pourrions apporter à l'entourage du patient des explications concernant les problèmes de communication, les raisons de l'adoption de certains comportements par le malade, etc. L'orthophoniste pourra ensuite transmettre des conseils à la famille dans l'objectif de l'aider à mieux comprendre le patient et à s'adresser à lui de manière adaptée*.

D'autre part, concernant la prise en charge du patient par le praticien, des principes de facilitation de la communication et une technique de prise en charge orthophonique des troubles de la communication pourront être mis au point à partir des résultats issus de la cotation, en se référant :

- d'une part aux éléments déficients pour aider le patient à y remédier, dans la mesure du possible, ou à les compenser,
- d'autre part aux capacités plus ou moins intactes que l'on cherchera à préserver,
- et enfin aux éléments facilitateurs sur lesquels on pourra s'appuyer lors de la prise en charge (types de discours, supports ou attitudes de l'interlocuteur...).

Notre étude nous a permis d'aboutir à plusieurs conclusions.

Pour ce qui est de l'utilisation clinique de la grille, elle s'avère à nos yeux faisable et ce auprès de tous les patients Alzheimer quel que soit leur degré de détérioration. Il ne faut pourtant pas en oublier le caractère fastidieux, la difficulté et le temps conséquent que son utilisation réclame. Cependant ces critiques doivent être relativisées ; c'est en effet avant tout du profil général dont on se sert, il faut donc que celui-ci ressorte clairement. Il nous semble alors nécessaire d'apporter à la grille quelques aménagements et modifications allant dans le sens d'une simplification, sans pour autant qu'elle en perde sa précision et sa pertinence.

Enfin, en regard de notre propre expérience, aussi limitée soit elle, il ne fait aucun doute à nos yeux que la grille présente un intérêt manifeste qui réside d'une part dans la richesse des informations qu'elle offre et d'autre part dans les pistes de prise en charge qu'elle suggère.

Finalement l'objectif de la prise en charge de la communication dans l'esprit de cette grille pourrait se résumer, nous semble-t-il, en une tentative de rupture du cercle vicieux au coeur duquel se situe la problématique de la communication dans la DTA. En agissant à la fois au niveau du patient, en entraînant ses capacités de communication, le rassurant ainsi sur celles-ci et en sachant offrir une oreille attentive à ses angoisses, et au niveau de son entourage via les explications et les conseils qu'on aura pu lui fournir, nous nous devons de lui permettre de préserver son statut d'être communiquant.

BIBLIOGRAPHIE

- DELAROCHE F., ROCHARD A. (1996). *Etude de la faisabilité et de l'intérêt d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de Démence de Type Alzheimer*. Mémoire d'orthophonie. Université de Tours, 263 p.
- FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., McHUGH P.R. (1975). "Mini Mental State", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- MAISONDIEU J. (1989). *Le crépuscule de la raison*. Paris : Centurion, 224 p.
- ROUSSEAU T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Caen, 406 p.
- ROUSSEAU T. (1995). Présentation d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de DTA. In *Entretiens d'orthophonie 1995*. Paris : Expansion Scientifique Française, 101-113.
- ROUSSEAU T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Isbergues : Ortho-édition, 135 p.

GRILLE D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION DES PATIENTS ATTEINTS DE D.T.A. (ROUSSEAU)

Patient :			Date :						
Situation de communication :			Thème :						
Interlocuteur :			Durée :						
ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS							
		Absence de cohésion		Absence de feedback		Absence de cohérence			
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression thématique	relation	contradiction
Questions									
oui/non									
Wh									
demande action									
dem. permission									
rhétorique									
Réponses									
oui/non									
Wh									
accord/désac.									
qualification									
Description									
identification									
possession									
événement									
propriété									
localisation									
Affirmation									
Règles / faits									
évaluation									
état interne									
attribution									
explication									
Mécanismes conversation.									
Performative									
Divers									
Non verbal									
Résultat									
Résultat									
Résultat									