

Dépistage des troubles de la communication chez le patient Alzheimer : élaboration de la GECCO dépistage

Caroline Barbedienne*, Anne Wickart*, Thierry Rousseau**

* chercheurs associées (étudiantes) au Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie (LURCO)

barbedienne_c@yahoo.fr

anne.wickart@hotmail.fr

** directeur du LURCO, directeur de mémoire

throusseau2@wanadoo.fr

Recherche effectuée dans le cadre d'une convention entre la Haute Autorité de Santé et le Collège Français d'Orthophonie dans le cadre spécifique des Programmes Pilotes/ Impact Clinique portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques cliniques d'orthophonie lors de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou «Démences» et dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie du DUEFO (UPMC).

Résumé :

La HAS recommande une prise en charge orthophonique précoce des troubles de la communication du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, aucune évaluation spécifique et systématique de ces troubles n'est proposée lors du bilan diagnostique, et peu d'outils standardisés existent. Cette étude propose une version dépistage de la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication), après expérimentation auprès de 20 patients. Parallèlement à un score variant selon le niveau d'atteinte, les résultats montrent une corrélation entre le score de la version dépistage et celui de la GECCO complète. Ainsi, certains troubles de la communication peuvent être mis en évidence par la GECCO dépistage et corroborés, ensuite, par la GECCO.

Mots clés : maladie d'Alzheimer, communication, GECCO, évaluation, dépistage, prise en charge.

Screening of the communication disorders of patient with Alzheimer disease: elaboration of the GECCO screening

Summary:

HAS recommends an early care in speech therapy of the communication disorders in patient with Alzheimer's disease. However, no specific and systematic evaluation of these disorders is proposed during the diagnostic assessment, and only few standardized tools exist. This paper presents a screening version of the GECCO after testing in 20 patients. If the score varies according to the different scales of the disease, results point a correlation between the two GECCO versions scores. Thus, some communication problems can be highlighted by the GECCO screening and corroborated subsequently by the GECCO.

Key words : Alzheimer's disease, communication, GECCO, evaluation, therapy.

----- INTRODUCTION -----

Le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) sont devenus, au cours de la dernière décennie, des enjeux de santé publique. En effet, la MA et les maladies apparentées concerneraient plus de 800 000 personnes en France. En 2008, le troisième plan Alzheimer, dans lequel la Haute Autorité de Santé est impliquée, a été lancé afin d'améliorer la prise en charge des patients et de leur entourage.

Dans ses recommandations de décembre 2011, la HAS préconise la prise en charge orthophonique de ces patients afin de « *maintenir et adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnels* » (HAS, 2011). Pour mener à bien une telle prise en charge, il est primordial de détecter précocement les premiers troubles affectant la communication du patient, de les investiguer de manière précise afin de mettre en place une thérapie écosystémique de ces troubles adaptée au patient et à son entourage (Rousseau, 2011).

Dans cette démarche d'évaluation de la communication fonctionnelle des patients, peu d'outils validés existent notamment permettant un dépistage rapide. Le Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication- Protocole MEC-P de Joannette et al. (2011) propose l'examen préliminaire des dimensions prosodique, lexico-sémantique, discursive et pragmatique du langage oral ainsi que le dépistage des aptitudes en lecture et en écriture. Il ne s'agit cependant pas d'un outil spécifique à la maladie d'Alzheimer. Carlomagno et al. (2005), qui ont comparé la réduction du lexique et l'informativité du discours entre des patients aphasiques et des malades Alzheimer, ont montré des différences entre les deux populations. Par exemple, les malades Alzheimer ont une communication moins efficace que ce que le lexique encodé laisse présager. Il faut donc dissocier l'encodage du lexique et l'informativité des productions chez les malades Alzheimer.

Beaucoup d'autres spécificités ont été mises en évidence dans le discours du patient-Alzheimer. Strubel et al. (2007) ont montré que la parole du malade Alzheimer est directe. Il va droit au but sans avoir recours à l'utilisation de détours ou de précisions oratoires. On retrouve, par exemple, très peu de formulations de salutation. De la même manière au niveau non verbal, Schiaratura (2008) a montré que, dans les phases initiales de la maladie, le malade Alzheimer compense ses difficultés verbales par une augmentation des actes non verbaux. Cependant, bien que leur utilisation s'accroisse, ces derniers vont progressivement se détériorer. Ils sont fragmentés et deviennent moins complexes.

Les troubles du langage sont, entre autres, constitués d'une composante anomique. Ils débutent effectivement par un manque du mot accompagné d'une baisse de la fluence verbale avec une augmentation particulièrement importante des intrusions : items produits ne respectant pas le critère d'évocation ou encore des items répétés, des circonlocutions pour pallier le déficit anomique ainsi que de rares paraphasies.

Comme l'ont montré de nombreuses études (Gatignol et al., 2008 ; Joannette et al., 2006 ; Michel et al., 2005), les troubles sont d'ordre lexico-sémantique. Ils concernent au départ des difficultés d'accès à la mémoire sémantique puis intéressent petit à petit une déstructuration de cette dernière. Ces symptômes vont progressivement s'aggraver et des troubles de la compréhension vont alors apparaître. Enfin, au stade avancé de la maladie, toutes les composantes linguistiques seront touchées (perturbations sémantiques, troubles morpho-syntaxiques et pragmatiques, troubles de la compréhension orale et écrite). Aussi, des comportements de palilalie, d'écholalie et de mutisme peuvent survenir.

Ces désordres linguistiques ne sont cependant pas simplement liés à un trouble du langage mais constituent un véritable trouble de la communication (Rousseau, 2007) sur lequel influent de nombreux facteurs comme le lieu de vie (Rousseau, Loyau, 2006 ; Rousseau, Rousseau, 2008) ou le thème d'interlocution ou encore la présence d'un support visuel lors de l'échange (Gobé et al., 2003).

Il convient donc de disposer d'un outil spécifique d'évaluation des troubles présentés par les malades Alzheimer. Le travail entrepris ici vise à élaborer un outil de dépistage qui puisse être utilisé lors de l'évaluation initiale des patients afin de détecter précocement les prémices de troubles de la communication, à investiguer de manière exhaustive en aval.

----- EVALUATION DE LA COMMUNICATION ET GECCO --

L'action principale de l'orthophoniste dans l'accompagnement des patients Alzheimer est de « *maintenir et adapter {leurs} fonctions de communication* » (HAS, 2011). Dans cet objectif, le thérapeute ne peut se contenter des éléments fournis par les examens neuropsychologiques. L'orthophoniste doit en effet réaliser un bilan complet des capacités langagières et communicationnelles du patient, afin de disposer de données quantitatives et qualitatives et de s'adapter au mieux à l'environnement et aux capacités du patient.

Le bilan du langage oral, en expression et compréhension, consiste sensiblement en la même approche que le bilan aphasique (tâches de dénomination, de fluence, de désignation, etc.).

Le bilan de la communication, propre à la MA, considère toutes les difficultés et spécificités liées à la maladie. Ainsi, les facteurs influençant la communication doivent être pris en compte, tout comme les éléments qui la facilitent et ceux qui la compliquent.

Or, pour comprendre comment communique le patient, l'orthophoniste ne dispose que de peu d'outils considérant aussi bien l'hétérogénéité des troubles, les facteurs influents, le contexte et le non verbal.

L'analyse pragmatique permet l'évaluation la plus complète de la communication : elle tient compte des aspects linguistiques, pragmatiques et de macrostructure du discours.

La Grille d'Évaluation des Capacités de COmmunication (GECCO) utilise cette approche, l'objectif orthophonique étant la mise en place d'une thérapie écosystémique (Rousseau, 1998, 2006).

En effet, la GECCO a pour but d'évaluer de façon pragmatique et écologique les capacités de communication conversationnelle dans une optique thérapeutique précise. L'utilisation de la grille permet de dresser un profil de communication en repérant :

- les actes de langage encore utilisables par le patient et ceux non utilisables de façon adéquate, tout en expliquant la cause,
- les thèmes et situations qui favorisent la communication et ceux qui la perturbent,
- les actes de l'interlocuteur qui favorisent l'interlocution et ceux qui perturbent la communication.

L'analyse des actes de langage verbaux et non-verbaux est à la fois qualitative (classification des actes de langage selon la taxonomie de Dore (1977) et détermination de l'adéquation du discours (Charolles, 1978)) et quantitative (fréquence des actes produits).

La GECCO est un outil permettant de mettre en avant des capacités et difficultés propres à chaque patient (Delaroche, Rochard, 1996), répondant ainsi à l'objectif de prise en charge écologique. Or, il semble que la longueur de son analyse conduise l'orthophoniste parfois à renoncer à cette évaluation.

La GECCO, dans sa version dépistage, est un outil qui doit pouvoir être proposé lors du bilan initial d'un patient Alzheimer. La passation et l'analyse des résultats doivent donc être rapides et simples. Cet outil a bien vocation à relever la présence d'éventuels troubles de la communication, il ne peut aboutir à un diagnostic. Les patients pour lesquels le score révélerait la présence de troubles de la communication devront être orientés vers un orthophoniste qui procèdera à une évaluation exhaustive de ces troubles.

----- HYPOTHESES -----

Notre problématique reprend les objectifs mentionnés ci-dessus : « *la passation de la GECCO dépistage permet-elle de déceler les prémices de troubles de la communication chez le patient atteint de démence type Alzheimer ?* »

Pour répondre à cette problématique, l'étude a donc d'abord cherché à savoir si le score obtenu à la GECCO dépistage est bien corrélé aux différentes variables théoriques intrinsèques, tels l'âge, le sexe, le lieu de vie, le niveau socio-culturel (NSC) et le degré d'atteinte.

Ensuite, il semblait important de vérifier que les items du questionnaire mettent bien en évidence des inadéquations au sein du discours de la population clinique, avant de comparer les productions d'un échantillon clinique composé de patients Alzheimer, à celles d'un échantillon témoin regroupant des individus sans atteinte cognitive avérée.

En effet, notre étude cherche à savoir si une différence quantitative et qualitative existe entre les productions de la population clinique et celles de la population non-Alzheimer.

Enfin, pour valider notre questionnement, nous avons étudié si la fréquence d'actes inadéquats dans la GECCO complète était bien corrélée au score obtenu à la GECCO dépistage.

----- METHODOLOGIE -----

1. Elaboration de la GECCO dépistage

Afin d'élaborer la grille d'évaluation des capacités de communication dans sa version dépistage, nous nous sommes fortement appuyées sur la GECCO et, par extension, sur les principes de la théorie pragmatique. En amont de la rédaction de l'outil, nous avons réalisé un pré-test auprès d'une vingtaine de personnes âgées « témoin », en proposant le questionnaire initial de la GECCO dépistage, construit empiriquement par des membres de l'ERU 17 au sein du LURCO.

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous nous sommes attachés à respecter une certaine variété concernant à la fois le contexte dans lequel la situation de communication prend place, mais aussi concernant les thèmes de discussion abordés et enfin les types de questions posées. Le questionnaire proposé à nos deux échantillons comportait donc douze items et deux situations de communication étaient proposées au patient :

- Un entretien dirigé : il consiste en une série de onze questions alternant les questions fermées (de type oui/non) et les questions ouvertes (laissant un vaste choix de réponses). Elles concernent l'identité du patient, son entourage, sa profession, ses activités, l'actualité. Cette situation peut correspondre au tout premier contact entre le patient et le clinicien, ce dernier expliquant qu'il ne le connaît pas et qu'il souhaite obtenir quelques informations générales à son sujet.
- Une tâche de description d'image : elle s'inspire de la tâche de description d'images proposée dans la PACE de Wilcox et Davis (1978). Trois photographies d'événements historiques ou d'actualité sont proposées au patient qui doit choisir l'une d'elles et la décrire pour la faire deviner à l'examineur.

L'analyse des réponses du patient tient également compte de la théorie pragmatique puisqu'elle repose sur le jugement de l'adéquation des réponses du patient.

Nous avons déterminé quatre niveaux d'adéquation :

- **Adéquation totale** : la totalité des actes de langage constituant la réponse du patient est adéquate. Ces réponses seront cotées **2 points**.
- **Adéquation primaire + inadéquation secondaire** : les premiers actes de réponses sont adéquats mais, au fil de sa réponse, le discours du patient verse dans l'inadéquation. Ces réponses seront cotées **1 point**.
- **Inadéquation primaire + adéquation secondaire** : les premiers actes de réponses sont inadéquats puis, au fil de son discours, les énoncés du patient retrouvent une adéquation. Ces réponses seront cotées **1 point**.

- **Inadéquation totale** : l'ensemble des actes de langage constituant la réponse du patient est inadéquat. Ces réponses seront cotées **0**.

2. Utilisation du questionnaire

Afin de répondre à nos hypothèses et de tester la validité de l'outil ainsi élaboré, nous avons soumis le questionnaire à deux échantillons : un clinique de 20 patients diagnostiqués Alzheimer et un témoin de 13 sujets sans atteinte cognitive avérée.

a. Les échantillons

Concernant l'échantillon « clinique », nous avons retenu des patients dont le diagnostic était antérieurement posé selon les recommandations de la HAS (2011), de langue maternelle française, âgés de plus de 65 ans. Nous devions être en possession d'un MMS (Folstein et al., 1975 ; Folstein et Cockerell, 2002) datant de moins de six mois, compris entre 25 et 0. Cela nous a permis de constituer trois groupes au sein de cet échantillon, en fonction du degré d'atteinte défini selon les critères du GRECO (Groupe de Recherche sur les Evaluations COgnitives de la société française de neuropsychologie) :

- atteinte légère : score entre 25 et 20,
- atteinte modérée : score entre 19 et 10,
- atteinte sévère : score inférieur à 10.

Parmi nos hypothèses, nous souhaitons évaluer l'influence des variables suivantes :

- le sexe et l'âge des sujets,
- leur niveau socioculturel,
- leur degré d'atteinte,
- leur lieu de vie.

Notre échantillon « clinique » se compose donc de 20 patients, hommes et femmes, âgés de 66 à 100 ans. Ces patients ont été intégrés à l'étude après obtention de leur accord et de celui de leur famille. Le profil de notre échantillon est le suivant :

- le sexe des patients est peu diversifié, les femmes étant majoritaires,
- la moyenne d'âge des patients est de 84,4 ans,
- le niveau d'atteinte est diversifié mais non homogène : 4 atteintes légères, 10 atteintes modérées et 6 atteintes sévères,
- les sujets interrogés ont majoritairement un niveau d'étude inférieur ou égal au CEP (Certificat d'Etudes Primaires),
- les lieux de vie sont également diversifiés mais non homogènes, les patients institutionnalisés étant majoritaires.

Concernant l'échantillon « témoin », nous avons intégré des personnes âgées de plus de 65 ans, sans atteinte cognitive avérée (score au MMS supérieur à 25), de langue maternelle française. Ces personnes ne devaient avoir aucun antécédent neurologique, ni trouble sensoriel non corrigé, ni atteinte psychiatrique. Le profil de notre échantillon est le suivant :

- le sexe des patients est diversifié mais les femmes restent là encore majoritaires,
- la moyenne d'âge des sujets est de 80 ans,

- les personnes interrogées ont majoritairement un niveau d'étude inférieur ou égal au CEP (certificat d'études primaires),
- les lieux de vie sont également diversifiés mais non homogènes.

b. Méthodologie de travail

Après avoir réalisé un pré-test puis rédigé l'outil, nous avons suivi un protocole strict afin de tester la validité de cet outil. Nous avons décidé, entre autres, de comparer les résultats obtenus à la GECCO dépistage avec ceux obtenus à la GECCO. Le protocole suivi est le suivant :

- rencontre des patients et passation du questionnaire de la GECCO dépistage,
- transcription des réponses des patients (encodage des réponses),
- analyse quantitative (cotation des réponses et calcul du score) à l'aide de la grille,
- passation des trois situations de la GECCO lors d'un second entretien réalisé à deux semaines d'intervalle,
- transcription de la vidéo sur support informatique (encodage des réponses),
- analyse quantitative (actes en fréquence par minute) à l'aide du logiciel de la GECCO,
- analyse qualitative (quels sont les actes les plus employés...),
- synthèse des résultats obtenus par chaque patient à la GECCO dépistage et à la GECCO.

Ce script a été appliqué pour chacun des 20 patients rencontrés.

En revanche, auprès de l'échantillon « témoin », nous avons uniquement réalisé la passation de la GECCO dépistage. En effet, nous souhaitons comparer les performances de l'échantillon clinique à l'échantillon témoin afin d'observer s'il y avait une différence pouvant concourir à la validité de la GECCO dépistage.

----- RESULTATS -----

Afin de déterminer si l'outil est pertinent et valide, quatre hypothèses ont guidé nos analyses.

La première visait à observer si les variables intrinsèques avaient une influence sur le score obtenu à la GECCO dépistage par les patients Alzheimer. Ne disposant pas de données exprimées dans la même mesure et notre échantillonnage étant trop faible, nous avons opté pour des calculs de corrélations.

VARIABLES	SCORE
Sexe	0,425
Age	-0,117
Niveau d'atteinte	-0,480
Niveau socioculturel	0,266
Lieu de vie	-0,113

Tableau 1. Etude des corrélations entre le score obtenu à la GECCO dépistage et les variables « sexe », « âge », « niveau d'atteinte », « niveau socioculturel » et « lieu de vie ».

Statistiquement, il apparaît qu'aucune des variables intrinsèques n'a d'influence significative sur le score obtenu à la GECCO dépistage.

A travers la seconde hypothèse, nous supposons que les items de la GECCO dépistage permettaient de mettre en évidence des troubles de la communication. Pour cela, nous avons mené une analyse qualitative.

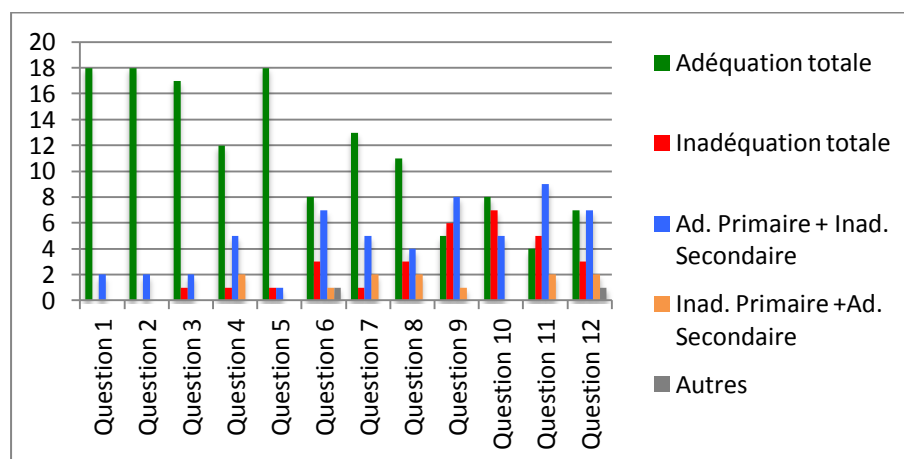


Figure 1. Niveau d'adéquation par question.

Il s'avère que les items 1 et 2 ne conduisent à aucune inadéquation totale du discours ; ils ne sont donc pas pertinents. Les items 3 et 5 ne mettent pas en évidence d'inadéquation majeure. En revanche, les autres items sont davantage pertinents puisqu'ils engendrent des réponses de différents niveaux d'adéquation. D'autre part, on observe que plus les questions posées sont ouvertes, plus les inadéquations totales augmentent et inversement, plus les adéquations totales diminuent.

La troisième hypothèse visait à mettre en évidence une différence quantitative et qualitative des résultats entre les échantillons « clinique » et « témoin ». La variable quantitative considérée était le score obtenu à la GECCO dépistage.

Les données considérées étant de petits effectifs, nous avons réalisé un Test non paramétrique de *Mann-Whitney* (t significatif à .05, .01 et .001).

	CLINIQUE n=20		TEMOINS n=13		p- value
	M	ET	M	ET	
Score GECCO dépistage	17,20	3,17	22,53	0,87	<0,0001

M : moyenne ; ET : écart-type

Tableau 2. Comparaison des scores GECCO dépistage clinique/témoins.

	LEGER n=4		TEMOINS n=13		P - value
	M	ET	M	ET	
Score GECCO dépistage	20,5	1,91	22,53	0,87	NS

M : moyenne ; ET : écart-type ; NS : non significatif.

Tableau 3. Comparaison des scores GECCO dépistage clinique léger/témoins.

	MODERE n=10		TEMOINS n=13		P -value
	M	ET	M	ET	
Score GECCO dépistage	17	2,86	22,53	0,87	0.001

M : moyenne ; ET : écart-type

Tableau 4. Comparaison des scores GECCO dépistage clinique modéré/témoins.

	SEVERE n=6		TEMOINS n=13		p - value
	M	ET	M	ET	
Score GECCO dépistage	15,33	2,87	22,53	0,87	0.01

M : moyenne ; ET : écart-type

Tableau 5 : Comparaison des scores GECCO dépistage clinique sévère/témoins.

On observe une différence significative entre le score global obtenu à la GECCO dépistage par l'échantillon « témoin » et l'échantillon « clinique ». Toutefois, après comparaison du score de l'échantillon « témoin » avec celui de chacun des groupes de degré d'atteinte différente, on peut conclure que la GECCO dépistage est sensible

pour les patients d'atteinte moyenne à sévère alors qu'on n'observe pas de différence significative entre le score des patients d'atteinte légère et celui des sujets témoins.

		CLINIQUE n=20		TEMOINS n=13		probabilité
		M	ET	M	ET	
Niveaux d'adéquation	Adéquation Totale	6,85	2,64	10,69	0,75	<0,0001
	Inadéquation Totale	1,55	1,39	0,15	0,37	0,001
	Adéquation Primaire + Inadéquation Secondaire	2,65	2,43	0,61	0,65	0,006
	Inadéquation Primaire + Adéquation Secondaire	0,60	0,94	0,77	0,93	NS

M : moyenne ; ET : écart-type ; NS : non significatif.

Tableau 6. Niveaux d'inadéquation des réponses à la GECCO dépistage

Au sein de l'échantillon « témoin », le nombre moyen d'adéquations totales est sensiblement plus élevé tandis que le nombre moyen d'inadéquations totales et d'adéquation primaire + inadéquation secondaire est sensiblement plus faible. D'autre part, on a constaté que les inadéquations totales relevées au sein de l'échantillon « témoin » n'interviennent que sur l'item 10, qui suscite d'ailleurs le plus d'inadéquations totales au sein de l'échantillon « clinique ».

Enfin, nous souhaitons étudier si la fréquence d'actes inadéquats de la GECCO était corrélée au score obtenu à la GECCO dépistage. Là non plus, nous ne disposons pas de données exprimées dans la même mesure. Le score à la GECCO dépistage est brut tandis que le score à la GECCO est exprimé en fréquence d'actes inadéquats par minute. Nous avons donc réalisé un calcul de corrélation qui n'est pas significatif. Cependant, on observe bien que les deux variables évoluent en sens inverse, c'est-à-dire que plus le score obtenu à la GECCO dépistage est faible, plus la fréquence d'actes inadéquats dans le discours du patient est élevée.

----- DISCUSSION -----

Tout d'abord, nous pouvons conclure à une certaine validité théorique de l'outil élaboré qui se fonde sur la théorie pragmatique de la communication. D'une part, nous avons veillé à respecter une certaine variété concernant les contextes dans lesquels la communication prend place, les thèmes de discussion et le type de questions (ouvertes versus fermées). D'autre part, l'analyse et la cotation du discours reposent sur le jugement de l'adéquation de la réponse globale du patient, contrairement à la GECCO complète qui analyse la réponse acte par acte. Toutefois, notons que cette analyse de la communication reste subjective, subjectivité revendiquée par la théorie pragmatique.

Ensuite, concernant l'influence du degré d'atteinte et des facteurs psycho-sociaux sur le score obtenu à la GECCO dépistage, nous ne pouvons valider l'hypothèse de départ d'un point de vue statistique puisqu'aucune des variables étudiées (sexe, âge, niveau socioculturel, lieu de vie et degré d'atteinte) n'est significativement corrélée au score obtenu à la GECCO dépistage. Ce résultat doit tenir compte de la faiblesse de notre échantillonnage et de sa répartition non homogène. Il sera donc intéressant de poursuivre ces investigations sur de plus larges échantillons de population répartis de manière homogène pour évaluer l'influence des variables citées et confirmer les observations réalisées dans certaines études.

L'analyse qualitative du niveau d'adéquation des réponses des patients Alzheimer a montré que les items 1 et 2 n'étaient pas pertinents et nous les avons donc évincés de la cotation.

Suite aux analyses statistiques menées, nous pouvons conclure que la GECCO dépistage est sensible auprès des patients Alzheimer d'atteinte modérée à sévère. En revanche, aucune différence significative n'a été observée entre le score global de l'échantillon « témoin » et celui des patients Alzheimer d'atteinte légère. D'autre part, on observe une différence significative au sein des productions de sujets témoin versus patients Alzheimer en termes de niveaux d'adéquation. Le nombre moyen d'adéquations totales est sensiblement plus élevé chez les sujets témoin tandis que le nombre moyen d'inadéquations totales et celui d'adéquations totales + inadéquations secondaires est sensiblement plus faible.

Enfin, compte tenu des résultats statistiques, on ne peut conclure à une forte corrélation entre les résultats de la GECCO dépistage et ceux de la GECCO complète. Toutefois, on note que ces variables évoluent inversement, c'est-à-dire que plus le score à la GECCO dépistage est faible, plus les actes inadéquats relevés lors de la GECCO complète seront fréquents. Là encore, nous devons tenir compte de la faiblesse numérique de notre échantillon.

----- CONCLUSION -----

Nous avons expérimenté un outil visant à dépister les troubles de la communication chez les sujets Alzheimer. La passation et l'analyse des réponses sont rapides et simples, permettant une intégration de l'outil à l'évaluation initiale du patient.

Sa validité théorique, fondée sur la théorie pragmatique, est attestée. En effet, nous avons veillé à respecter la variété des contextes de communication, des thèmes abordés et des types de questions.

Le questionnaire final totalise 10 items qui, au vu des résultats statistiques, permettent de déceler des troubles de la communication. En effet, l'étude révèle une différence significative des résultats du groupe « témoin » et du groupe « clinique » aussi bien quantitativement que qualitativement. La GECCO dépistage est davantage sensible pour les patients d'atteinte moyenne à sévère. Cela concourt à la validité de l'outil qui devait permettre de repérer les patients Alzheimer présentant des troubles de la communication afin de leur soumettre la GECCO complète permettant une évaluation exhaustive de ces troubles.

Cette version dépistage apparaît bien en adéquation avec la GECCO complète : les résultats de la population clinique à la GECCO dépistage sont statistiquement corrélés à ceux obtenus à la GECCO.

Toutefois, considérant la faiblesse et l'hétérogénéité de notre échantillonnage, tant « clinique » que « témoin », les résultats des analyses menées ne peuvent être considérés qu'à titre indicatif.

D'autre part, il serait intéressant de soumettre le questionnaire à un large panel d'orthophonistes, en libéral et en institution, afin de recueillir leurs avis quant à l'utilisation de l'outil, sa passation et particulièrement l'analyse et la cotation des résultats.

Dans des études ultérieures, il faudrait poursuivre les investigations amorcées dans cette recherche sur un échantillon clinique plus large : nos constatations sont-elles vérifiées sur une population plus importante ? Quel est le score moyen obtenu par cette population clinique ? Et, de fait, quel score permet d'avancer la présence de troubles de la communication ? De plus, nous conseillons en amont l'utilisation d'images plus adaptées pour l'entrevue dirigée. Cela induit-il plus d'adéquations ?

----- BIBLIOGRAPHIE -----

Carlomagno, S., Santoro, A., Menditti, A., Pandolfi, M., Marini, A. (2005). Referential communication in Alzheimer's type dementia. *Cortex*, 41(4), 520-534. Doi: 10.1016/S0010-9452(08)70192-8

Charolles, M. (1978). Introduction aux problèmes de cohérence des textes. *Langue Française*, 38(1), 7- 41. Consulté le 24.09.2013 de Persée : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/lfr_0023-8368_1978_num_38_1_6117

Dore, J. (1977). « Oh them sheriff » : a pragmatic analysis of children's responses to questions. In S. Ervin-Tripp, C. Mitchell-Kernan, *Child discourse* (pp. 139-164). New York : Academic Press.

Delaroche, F., Rochard, A. (1996). *Etude de la faisabilité et de la fidélité d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Tours.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. (1975). Mini mental state, a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Consulté le 24.09.2013 de University of Chicago : http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf

Folstein, M.F., Cockrell, J.R. (2002). Mini Mental State Examination. In J.R.M. Copeland, M.T. Abou-Saleh, D.G. Blazer (Eds), *Principles and practice of geriatric psychiatry*, 2nd edition. Chichester, UK : John Wiley & Sons.

Gatignol, P., David, C., Guitton, C. (2008). Evaluation du manque du mot. In T. Rousseau (Ed.), *Démences : orthophonie et autres interventions* (pp. 51-98). Isbergues : Ortho Edition.

Gobé, V., Grimaud, M., Martin, F., Rousseau, T. (2003). Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer. *Glossa*, 85, 74-78.

HAS. (2011). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Saint Denis : HAS. Consulté le 24.09.2013 de HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf

Joanette, Y., Ska, B., Côté, H., Ferré, P., Lamelin, F. (2011). *Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (MEC)- Protocole MEC de poche (MEC-P)*. Isbergues : Ortho Édition.

Joanette, Y., Kahlaoui, K., Champagne-Lavau, M., Ska, B. (2006). Troubles du langage et de la communication dans la maladie d'Alzheimer : description clinique et prise en charge. In C. Belin, A.M. Ergis, O. Moreaud, *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques* (pp. 223-245). Marseille : Solal.

Michel, B.F., Verdureau, F., Combet, P. (2005). *Communication et démence*. Marseille : Solal.

Rousseau, T. (1998). *Grille d'Evaluation des capacités de communication des patients atteints de démence type Alzheimer*. Isbergues : Ortho Edition.

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*. 3^{ème} édition. Isbergues : Ortho Edition.

Rousseau, T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication. Evaluation et prise en charge thérapeutique*. Paris : Elsevier Masson.

Rousseau, T., Loyau, M. (2006). Influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 6(31), 43-49. Doi: NPG-02-2006-6-31-1627-4830-101019-200601665

Rousseau, T., Rousseau, E. (2008). Lieu de vie et capacités de communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer : résultats préliminaires d'une étude exploratoire utilisant la GECCO. *Perspectives Psy*, 47(2), 150-162. Doi: 10.1051/ppsy/2008472150

Schiaratura, L. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 6(3), 183-8.

Strubel, D., Samacoits, P., Sainson, A., Burlan D. (2007). La communication avec le patient atteint de démence. *Neurologie, Psychiatrie, Gérontologie*, 7(40), 27-32.

Wilcox, J., Davis, G. (1978). *Promoting Aphasies Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco, CA : S.L.H.A.

----- ANNEXES -----

ANNEXE 1. Items de la GECCO dépistage initialement présentés aux échantillons, avant adaptation.

ITEMS	DESCRIPTION
1- « Bonjour, je m'appelle (nom de famille précédé de madame, monsieur) » et tendre la main afin de serrer celle du patient	Cet item s'inspire de la SIB-F et permet d'évaluer les compétences sociales du patient lui permettant de comprendre les signes d'appel pour entrer en interaction et d'y répondre
2- Comment vous appelez-vous ?	Le thème abordé est l'identité du patient La question est ouverte
3- Quel âge avez-vous ?	Le thème abordé est l'identité du patient La question est ouverte
4- Où habitez-vous ?	Le thème abordé est le lieu de vie. Il permet d'évaluer l'orientation spatio-temporelle La question est ouverte
5- Avez-vous des enfants ? Avez-vous d'autre famille ?	Le thème abordé est la famille La question est fermée
6- Que font-ils dans la vie ?	Le thème abordé est la famille, il concerne le présent La question est ouverte
7- Comment allez-vous aujourd'hui ?	Cet item permet d'évaluer la capacité du patient à exprimer un ressenti, un désordre physique, des émotions La question est ouverte
8- Quel était votre métier ?	Le thème abordé est la profession et donc le vécu passé du patient La question est ouverte
9- Comment occupez-vous vos journées à présent ?	Le thème abordé concerne les activités, les loisirs, les habitudes du patient au présent La question est ouverte
10- Quel événement d'actualité vous a marqué récemment ?	Le thème abordé est l'actualité La question est ouverte

11- Qu'est-ce qui vous intéresse dans la vie ?	Le thème abordé porte sur les centres d'intérêt du patient, passés comme présents La question est ouverte
12- Choisissez l'une de ces images Que pouvez-vous me dire sur cette image ?	Tâche de description d'image impliquant de repérer des éléments pertinents et d'élaborer un discours cohérent

ANNEXE 2. GECCO DEPISTAGE

➤ **UTILISATION DE LA GRILLE****1- Contexte**

L'entretien se déroule de manière duelle, entre l'examineur et le patient, dans un endroit calme afin d'éviter tous distracteurs. L'interlocuteur est placé face au patient et, pour plus de disponibilité et de facilité, l'enregistrement n'est pas obligatoire.

Quelques minutes suffisent à cet entretien. Cependant, l'interlocuteur doit veiller à laisser au patient un temps suffisant pour répondre.

Le questionnaire respecte une certaine variété concernant à la fois le contexte dans lequel la situation de communication prend place, mais aussi concernant les thèmes de discussion abordés et enfin les types de questions posées.

2- Questionnaire

Les consignes sont exactement les questions de l'entrevue. Il suffit de suivre le questionnaire

3- Analyse**a- Analyse qualitative**

L'analyse des réponses du patient doit répondre à plusieurs questions. Pour chaque acte produit, il faut se demander :

- est-il adéquat ou inadéquat ?
- s'il est inadéquat, quelle en est la raison ?

Ainsi, l'examineur se réfère aux raisons d'adéquation et d'inadéquation. Un acte est inadéquat quand :

- il ne répond pas aux règles socio-linguistiques : il n'y a pas de cohésion grammaticale et/ou lexicale (la structure de l'acte ne permet pas de comprendre ce qu'a voulu dire le patient), ou le feed-back à l'interlocuteur / à la situation est absent (l'acte produit ne correspond pas à ce qui était attendu).

- l'échange d'informations n'a pas lieu : ce peut être par une absence de continuité thématique (changement de sujet brutal), de progression rhématique (le discours tourne en rond), de relation (les actes n'ont aucune relation logique entre eux) ou par des contradictions.

b- Analyse quantitative

Une fois les actes analysés, l'examineur peut coter le questionnaire :

- **Adéquation totale** : la totalité des actes de langage constituant la réponse du patient est adéquate (2 points).
- **Adéquation primaire + inadéquation secondaire** : les premiers actes de réponses sont adéquats mais, au fil de sa réponse, le discours du patient verse dans l'inadéquation (1 point).
- **Inadéquation primaire + adéquation secondaire** : les premiers actes de réponses sont inadéquats puis, au fil de son discours, les énoncés du patient retrouvent une adéquation (1 point).
- **Inadéquation totale** : l'ensemble des actes de langage constituant la réponse du patient est inadéquat (0 point).

Pour chacune des réponses, on coche la case correspondant au niveau d'adéquation de la réponse et le cas échéant, on indique la cause de l'inadéquation. On obtient ainsi un score permettant d'indiquer le niveau d'adéquation du discours du patient.

Plus le score obtenu est élevé, plus le discours du patient est adéquat et permet la poursuite de l'interaction.

Plus le score obtenu est faible, plus les réponses du patient contiennent des actes inadéquats constituant un obstacle à la poursuite de l'interaction.

➤ **DESCRIPTION DE LA GRILLE**

	CONSIGNE	DESCRIPTION	EXEMPLES D'ADÉQUATION	EXEMPLES D'INADÉQUATION
Intro	« Bonjour, je m'appelle (nom de famille précédé de madame, monsieur) » et tendre la main afin de serrer celle du patient.	Item introductif s'inspire de la SIB-F. Thème : compétences sociales. Evaluation qualitative. Aucun point attribué ici.	Le patient répond « Bonjour » et tend la main pour saluer en retour.	Il n'y a aucun retour au « bonjour » et le patient saisit la main tendue pour se lever.
1	Quel âge avez-vous ?	Thème : identité du patient, général. Question : ouverte.	« 82 ans bientôt ».	« Je suis né en 31 ».
2	Où habitez-vous ?	Thème : lieu de vie, orientation spatio-temporelle, présent. Question : ouverte	« Au 3 rue La fontaine ». « Ici ».	« Je pars d'ici demain ».
3	Avez-vous des enfants ? Avez-vous de la famille ?	Thème : famille, général. Question : fermée	« Oui, j'ai 3 grandes filles ». « J'ai un neveu ».	« Ma belle-fille, elle est très gentille ».
4	Que font-ils dans la vie ?	Thème : famille, présent. Question : ouverte	« Je ne sais plus... Mon fils est pompier je crois ».	« Mon père il allait toujours au grupon mais moi je préfère pas ».
5	Comment allez-vous aujourd'hui ?	Thème : ressenti, désordre physique, émotions. Question : ouverte	« Bof, on fait aller ». « Très bien, comme toujours ».	« Oui ». « Elle tourne à droite ».
6	Quel était votre métier ?	Thème : profession, passé. Question : ouverte	« Je travaillais aux P.T.T ».	« Je travaille toujours ! La petite dame, elle a quel âge ? »
7	Comment occupez-vous vos journées à présent ?	Thème : activités, loisirs, habitudes, présent. Question : ouverte	« Je fais des sodokus, je regarde la télé, voilà. Et on me rend souvent visite, alors ça m'occupe ».	« Euh... mon fils D. il vient, M.C. aussi elle vient, mais c'est D. qui vient le plus ».
8	Quel événement d'actualité vous a marqué récemment ?	Thème : actualité, présent Question : ouverte	« L'histoire là qui mouille le président ». « Oh je regarde plus la télé ! »	« Quand j'ai perdu mon mari. J'étais triste, c'était très dur pour moi ».
9	Qu'est-ce qui vous intéresse dans la vie ?	Thème : centres d'intérêt, passé et présent. Question : ouverte	« La poésie et la peinture surtout. La musique, pas trop, j'y connais rien du tout. J'écoute juste ».	« Je préfère que les livres ils prennent l'histoire, de regarder sa façon de faire ».
10	Choisissez l'une de ces images. Que pouvez-vous me dire sur cette image ?	Description d'image. Repérage d'éléments pertinents.	« Ah celle-là est belle ! Ce que je peux en dire ? Que c'est un petit pas pour l'homme mais un grand pour l'humanité ! J'adore les histoires de cosmonautes moi ! ».	« Sur celle-là y a un petit tonpieu rigolo, sur celle-là c'est des enfants qui primguent sur un mur et là c'est un gars tranquille qui attend ».

Entretien dirigé / Discussion libre

➤ **EXEMPLE DE PASSATION ET D'ANALYSE**

QUESTION	RÉPONSE	NIVEAUX D'ADÉQUATION				TYPES D'INADÉQUATION	SCORE		
		AP	IP	AP+IS	IP+AS				
« Bonjour, je m'appelle (<i>nom de famille précédé de madame, monsieur</i>) » et tendre la main afin de serrer celle du patient.	<i>Le patient tend la main et répond « bonjour madame ».</i>								
Quel âge avez-vous ?	<i>Combien ? oh, j'en sais rien, 80 peut-être.</i>	X						2	
Où habitez-vous ?	<i>Ici, j'ai plus d'habitation.</i>		X			Contradiction		0	
Avez-vous des enfants ? (ou : Avez-vous de la famille ?)	<i>Ah, ça j'en sais rien ils viennent plus me voir.</i>			X		Feed-back interlocuteur		1	
Que font-ils dans la vie ?	<i>Dans la vie... Je les vois peu. Mon fils est facteur.</i>				X	Feed-back interlocuteur		1	
Comment allez-vous aujourd'hui ?	<i>Nulle part !</i>		X			Feed-back interlocuteur		0	
Quel était votre métier ?	<i>C'était à la mairie. Je m'occupais de la garder.</i>	X						2	
Comment occupez-vous vos journées à présent ?	<i>Y a bien belles lorettes que je ne sais plus qu'est ce que c'est qu'on a fait.</i>		X			Cohésion grammaticale		0	
Quel événement d'actualité vous a marqué récemment ?	<i>Récemment ? Non, y a rien qui me choque ...</i>	X						2	
Qu'est-ce qui vous intéresse dans la vie ?	<i>Mes enfants ! Et mes petits enfants !</i>	X						2	
Choisissez l'une de ces images. Que pouvez-vous me dire sur cette image ?	<i>(Choix : OK). Ils sont révoltés certainement un peu... et puis alors ils dépensent leurs idées. Puisqu'on voit il veut rattraper le gars ou le pousser je ne sais pas.</i>			X		Absence de relation		1	
									TOTAL

➤ **GRILLE DE PASSATION**

QUESTION	RÉPONSE	NIVEAUX D'ADÉQUATION				TYPES D'INADÉQUATION	SCORE
		AP	IP	AP+IS	IP+AS		
« Bonjour, je m'appelle (<i>nom de famille précédé de madame, monsieur</i>) » et tendre la main afin de serrer celle du patient.							
Quel âge avez-vous ?							
Où habitez-vous ?							
Avez-vous des enfants ? (ou : Avez-vous de la famille ?)							
Que font-ils dans la vie ?							
Comment allez-vous aujourd'hui ?							
Quel était votre métier ?							
Comment occupez-vous vos journées à présent ?							
Quel événement d'actualité vous a marqué récemment ?							
Qu'est-ce qui vous intéresse dans la vie ?							
Choisissez l'une de ces images. Que pouvez-vous me dire sur cette image ?							<u>TOTAL</u>

