



HAL
open science

Application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier chez une patiente atteinte d'un trouble neurocognitif majeur à un stade avancé

Clara Bonson

► **To cite this version:**

Clara Bonson. Application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier chez une patiente atteinte d'un trouble neurocognitif majeur à un stade avancé. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04316199

HAL Id: hal-04316199

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04316199v1>

Submitted on 30 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Clara Bonson

soutenu le : **30 juin 2022**

**« Application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement
protologique et langagier chez une patiente atteinte d'un trouble
neurocognitif majeur à un stade avancé »**

Mémoire dirigé par : Madame CAILLET-GIPEAUX Clotilde, Orthophoniste libérale,
formatrice
Madame GENDRE-GRENIER Louise, Orthophoniste libérale
formatrice et chargée d'enseignement

Président de jury : Madame JOLY Laure, MD, PhD,
Coordonnateur local DES Gériatrie Lorraine

Assesseur : Madame MOREL Lydie, Orthophoniste libérale formatrice et
chargée d'enseignement

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères :

A mes maîtres de mémoire ainsi qu'à mon assesseur pour leur soutien, leur compréhension et leurs encouragements durant l'élaboration de ce mémoire. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir cru en moi.

A Madame Caillet-Gipeaux, pour tout le travail fourni pour que ce mémoire puisse voir le jour, pour ses conseils et sa bienveillance durant ces presque deux années.

A Madame Gendre-Grenier pour le temps qu'elle m'a accordé, pour toutes ses précisions et apports théoriques ainsi que pour sa confiance.

A Madame Morel pour m'avoir poussée à mener mes réflexions toujours plus loin, pour m'avoir aiguillée à plusieurs reprises et pour ses nombreux encouragements.

A Madame le professeur Joly pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de mémoire

A Madame D., ses proches et le personnel soignant pour avoir participé à cette étude.

A tous mes maîtres de stage qui m'ont permis de me construire en tant que professionnelle.

A ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille.

A mes amies nanciennes pour ces cinq années inoubliables.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée, Clara Bonson, inscrite à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnel et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 09/06/22

Clara Bonson

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bonson', written over a light blue rectangular background.

SOMMAIRE

Remerciements	1
Introduction	6
Partie 1 : Ancrage théorique.....	7
Chapitre 1 Communication et troubles neurocognitifs majeurs	8
1 Qu'est-ce que la communication ?.....	8
1.1 La communication non-verbale	9
1.1.1 Le langage non-verbal comme substitution des mots	9
1.1.2 Le langage non-verbal : témoin des émotions.....	10
1.2 La communication verbale.....	11
1.2.1 Les actes de langage.....	11
1.2.2 Langage verbal : accès à l'abstraction.....	12
2 Troubles neurocognitifs majeurs et communication	13
2.1 Définition	13
2.2 Description des TNCM à un stade avancé	14
2.2.1 Atteinte de la communication verbale.....	15
2.2.2 Atteinte de la communication non-verbale	16
2.2.3 Perte du statut de partenaire d'échange	17
3 Permanence du sujet.....	18
Chapitre 2.....	19
Accompagner et soigner la personne atteinte de TNCM À un stade avancé	19
1 Envisager le soin pour la personne atteinte de TNCM a un stade sévère	19
1.1 Pallier le handicap de la personne atteinte de TNCM	19
1.2 La charte « Alzheimer éthique et société »	20
2 Approches non-médicamenteuses dans le soin de la personne atteinte de TNCM sévères.....	21
2.1 Relation de soin et reconnaissance du patient	22
2.1.1 L'humanité	22
2.1.2 La validation	23
2.2 La médiation physique et sensorielle	23
2.2.1 Les activités physiques.....	24
2.2.2 Salle de stimulation multisensorielle	24
2.2.3 L'art thérapie	25
Chapitre 3 Méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier.....	27
1 Les fondements théoriques	28
1.1 De l'action à l'élaboration de la pensée.....	29
1.1.1 L'objet, vecteur de conscience de soi.....	29
1.1.2 L'action au service de l'élaboration de la pensée.....	29
1.2 La construction de la pensée : soutien de l'élaboration du langage.....	30
2 Déroulement d'une séance orthophonique avec la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier	32

3	Adaptation de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier aux personnes atteintes de TNCM à un stade sévère	33
3.1	Le cadre de l'expérimentation	33
3.2	L'intérêt d'utiliser des objets pour une intervention orthophonique auprès de patients atteints de TNCM à un stade sévère	35
3.3	Perspective du mémoire de Madame Caillet-Gipeaux	35
	Partie 2 : Partie méthodologique.....	37
1	Problématique et hypothèses théoriques.....	38
1.1	Problématique	38
1.2	Hypothèses théoriques.....	38
2	Population	39
2.1	Sélection du patient.....	39
2.1.1	Étude de cas unique	39
2.1.2	Sélection du patient.....	39
2.1.3	Présentation du patient	40
2.2	Le personnel soignant.....	41
3	Démarche expérimentale	41
3.1	Cadre de l'expérimentation	41
3.2	Organisation des séances d'orthophonie.....	42
4	Outils d'analyse et traitement des données.....	42
4.1	Analyse vidéo des séances d'orthophonie.....	43
4.1.1	Sélection vidéo :	43
4.1.2	Création des grilles d'observation	43
4.1.3	Traitement des données vidéos.....	44
4.2	Le recueil des observations des soignants.....	44
4.2.1	Carnet à destination des soignants	44
4.2.2	L'entretien semi-dirigé	44
4.2.3	Traitement des données issues des observations des soignants.....	45
5	Précautions méthodologiques.....	45
	Partie 3 : Résultats	46
1	Analyse vidéo des séances d'orthophonie par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier	47
1.1	Communication non-verbale	47
1.1.1	Le regard.....	47
1.1.2	Les mimiques faciales	48
1.1.3	Le sourire	49
1.1.4	Les gestes d'accordance	50
1.1.5	Les gestes à visée communicationnelle.....	50
1.1.6	Frotter son visage.....	51
1.1.7	Les soupirs	51

1.1.8	Ouverture de bouche	51
1.1.9	Inflexions vocales : ô plaintifs et productions orales	52
1.2	Communication verbale.....	52
1.2.1	Les productions verbales non-audibles	53
1.2.2	Les productions verbales audibles	54
1.3	Analyse des actions menées avec les mains de Madame D.	56
1.3.1	Analyse quantitative des actions conduites avec les mains	57
1.3.2	Observations qualitatives des conduites de la patiente.....	57
1.3.3	L'action comme exploration	58
1.3.4	L'action comme moyen.....	60
1.3.5	Le sourire lors des conduites sur les objets.....	61
1.3.6	L'ajustement protologique et langagier proposé par l'orthophoniste	61
1.4	Synthèse de l'analyse des séances.....	62
2	Recueil des observations du personnel soignant	64
	Discussion.....	68
1	Validation des hypothèses	68
1.1	Rappel de la problématique.....	68
1.2	Hypothèse 1.....	68
1.3	Hypothèse 2.....	68
1.4	Hypothèse 3.....	70
2	Limites de l'étude	71
2.1	La population.....	71
2.2	Outils utilisés et modalités de passation	71
2.2.1	Analyse des séances d'orthophonie	71
2.2.2	Les observations des soignants.....	72
3	Intérêt orthophonique et perspectives de recherche.....	73
3.1	Intérêt orthophonique	73
3.2	Perspectives de recherche	74
3.3	Point de vue personnel.....	74
	Conclusion.....	75
	Bibliographie.....	76
	Annexes.....	81
	Annexe 1 : Photo du matériel utilisé pour l'intervention orthophonique	82
	Annexe 2 : Grille d'observation complète de la communication de Madame D.....	83
	Annexe 3 : Grille d'observation complète des conduites menées avec les mains.....	84
	Annexe 4 : questionnaire hétéro-administré au personnel soignant	85
	<i>Application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier chez une patiente atteinte d'un trouble neurocognitif majeur à un stade avancé.....</i>	<i>88</i>
	Résumé.....	88

INTRODUCTION

Les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) à un stade avancé connaissent un déclin cognitif sévère et un déficit global de la communication. L'entourage se sent souvent démuni face à ces troubles et cesse progressivement de s'adresser à la personne. Cela a pour conséquence d'isoler la personne qui perd alors son statut de sujet communicant (Grosclaude, 2003).

L'orthophoniste est l'un des acteurs de la prise en soin des personnes atteintes de TNCM : son rôle vise au « maintien et à l'adaptation des fonctions de communication » (NGAP, 2002). Pourtant, les orthophonistes interrompent fréquemment leur prise en soin, face à l'aggravation des troubles cognitifs (Grumetz et Mattioni, 2015). En effet, s'il existe différentes approches non-médicamenteuses permettant d'accompagner la personne malade à un stade avancé, aucune n'est spécifique à l'orthophonie.

Clotilde Caillet-Gipeaux (2019), orthophoniste, présente une nouvelle approche en proposant l'application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier à une population âgée atteinte d'un TNCM à un stade sévère. En détournant ce travail utilisé habituellement auprès d'enfants, l'orthophoniste constate chez ces patients un véritable changement dans leur communication et dans leurs conduites sur les objets. Elle observe alors que ces personnes s'ancrent dans la relation et retrouvent ainsi une place de partenaire d'échange.

Dans ce mémoire, nous proposons de prendre la suite de ces travaux. A travers une étude de cas unique, nous étudierons l'impact de l'intervention orthophonique par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier chez un sujet âgé atteint de TNCM à un stade avancé. Nous conduirons alors une analyse vidéo des séances d'orthophonie en nous intéressant à l'évolution de la communication du patient et aux actions menées avec les mains. Ce mémoire ambitionne également d'étudier l'incidence de ce travail sur le quotidien du patient et sur la pratique des soignants qui l'entourent.

Dans une première partie, nous détaillerons les apports théoriques concernant : la communication des personnes atteintes de TNCM à un stade avancé, les différentes approches et thérapies non-médicamenteuses existantes, la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier et son application au sujet atteint de TNCM.

Dans une seconde partie, après avoir exposé les aspects méthodologiques de notre étude, nous présenterons les résultats de cette étude que nous discuterons avant de conclure.

PARTIE 1 :
ANCORAGE THEORIQUE

CHAPITRE 1

COMMUNICATION ET TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS

La communication permet aux hommes d'entretenir des liens les uns avec les autres. Qu'il soit verbal ou non-verbal, le langage sert à échanger ses intentions et ses émotions et ainsi, permet de s'adapter au sein d'un groupe.

En conséquence, quelle place est accordée au sein de la société aux personnes dont les habiletés de communication sont altérées ? C'est le cas des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs dont les capacités cognitives, mnésiques et langagières sont progressivement atteintes, et ce pouvant aller jusqu'au mutisme à un stade avancé (Rousseau, 2009). L'entourage de la personne malade se sent bien souvent démuni et cesse peu à peu de solliciter son proche. Pourtant, à tous les stades de la maladie, la personne n'arrête pas d'exister et de conserver des capacités de communication (Grosclaude, 2003).

Dans cette partie, nous nous intéresserons tout d'abord aux différents modes de communication humaine. Puis, nous aborderons la notion de trouble neurocognitif majeur et traiterons les difficultés langagières associées à un stade avancé. Enfin, nous verrons quelles sont les conséquences de ces troubles de la communication quant au statut de la personne atteinte de TNCM au sein des institutions et de la société.

1 Qu'est-ce que la communication ?

En 1949, Shannon et Weaver, proposent le premier modèle de la communication et la définissent alors comme la transmission d'un message d'un émetteur vers un récepteur via un signal. En effet, nous communiquons pour échanger une information avec un autre être humain. En cela, le langage nous permet d'une part de tisser une relation avec autrui et de s'adapter d'autre part à notre environnement. Aussi, pour communiquer l'être humain utilise la communication non-verbale¹ ou verbale². Nous aborderons ici la place de chacun de ces modes au sein de la communication humaine, leur fonctionnement et leurs manifestations.

¹ Communication analogique (Watzlawick et al., 1967)

² Communication digitale (Watzlawick et al., 1967)

1.1 La communication non-verbale

L'école de Palo Alto, mouvement de chercheurs des années 1950, s'est intéressée à l'étude de la communication, la plaçant au cœur des relations humaines. Watzlawick (1967), adhérent à cette école, définit dans son ouvrage « Une logique de la communication » des axiomes ou principes sur lesquels reposent les systèmes de communication. Le premier axiome est « on ne peut pas ne pas communiquer ». Partant de cette théorie, tout comportement d'un individu en présence d'un autre être humain peut être considéré comme la transmission d'un message. En effet, lorsque nous communiquons, de nombreux éléments non-verbaux porteurs d'informations accompagnent, voire remplacent notre discours (Picard et Marc, 2020).

On retrouve alors toutes les « mimiques, gestes, attitudes ou inflexions vocales à la base de nos interactions » (Montagner, 2012). L'auteur Watzlawick (1967), nomme cette communication le mode analogique ou non-verbal. Cette communication est ce qui témoigne et informe sur la relation entre deux partenaires d'échange. L'auteur considère alors que la communication non-verbale est la plus importante puisqu'elle correspondrait à 75 % du contenu de l'échange. En effet, lorsque nous communiquons avec une personne qui ne parle pas la même langue et qui n'a pas les mêmes codes culturels, grâce à nos gestes, nos mimiques, nos expressions faciales et la prosodie de notre voix, nous sommes en mesure d'avoir un échange avec autrui.

1.1.1 Le langage non-verbal comme substitution des mots

La communication non-verbale peut être utilisée de différentes manières. Tout d'abord, elle peut souligner voire remplacer un de nos propos verbaux de manière intentionnelle. Ce mode de communication a une valeur référentielle puisque le geste se rapporte au concept lui-même. La classification de Labourel (1981),³ permet d'identifier trois catégories de gestes référentiels.

En premier lieu, l'auteur distingue les gestes symboliques ayant pour vocation de communiquer une idée ou une intention. Ces gestes ou attitudes sont issus de l'apprentissage d'un code propre à une culture : hochement de tête pour acquiescer, porter les mains jointes à son oreille en inclinant la tête pour signifier l'envie de dormir, etc.

³ Repris par (Rousseau, 2014)

Labourel rapporte ensuite les gestes déictiques ayant pour vocation d'exprimer une relation spatiale. Il s'agit alors principalement du pointage, c'est-à-dire de montrer en pointant du doigt quelqu'un ou quelque chose.

Enfin, les gestes mimétiques ont quant à eux pour visée de ressembler à l'objet dont on fait référence. Par exemple, mettre ses mains en pointe vers le haut pour référer à une maison.

Ainsi, le langage non-verbal nous permet de substituer les mots. Toutefois, ce ne sont pas les seules informations que nos gestes et attitudes apportent à l'interlocuteur. La communication non-verbale est parfois involontaire et témoigne de nos émotions.

1.1.2 Le langage non-verbal : témoin des émotions

La communication non-verbale a également pour rôle d'être témoin de nos émotions, de nos états intérieurs, et ce, même de façon involontaire. Ces gestes ont donc une visée expressive. En effet, en 1977 Darwin montrait que dès ses premiers jours, le nourrisson est déjà en mesure d'exprimer ses émotions grâce à ses mimiques faciales. Cela signifie alors que la capacité humaine à exprimer ses émotions est innée. De la même façon, Ekman et Friesen (1967), publiaient la théorie de l'universalité de la reconnaissance des expressions faciales de l'émotion ou micro-expressions. Selon les auteurs, tout être humain est en mesure de reconnaître les émotions exprimées par les mimiques faciales d'un individu et ce, quelle que soit son appartenance culturelle. Par exemple, les yeux plissés et la bouche qui s'étire comme pour sourire expriment la joie, les lèvres serrées et les sourcils froncés renvoient à la colère.

Mais les mimiques faciales ne sont pas les seules à pouvoir exprimer ses états intérieurs. Notre corps tout entier renseigne notre interlocuteur sur nos émotions. Selon Delamarre (2014), qui s'appuie sur les travaux de Montagner, certains gestes ou attitudes sont en lien avec une intention relationnelle et le sentiment de sécurité affective de l'individu. L'auteur propose alors une description non-exhaustive de ces états.

Tout d'abord, en observant un individu, certains gestes ou attitudes témoignent d'une volonté d'ouverture à la relation ; ce sont les gestes d'accordance. On retrouve alors tous les gestes qui rendent compte d'une recherche de lien. Il s'agit d'adresser un sourire, de faire un geste d'offrande en tendant la main vers l'autre ou de fixer du regard une personne intensément.

À l'inverse, les gestes de discordance marquent l'opposition. L'attitude de l'individu renvoie à des actes de menaces ou d'agression. Pour exprimer la menace, on retrouve le fait de tendre le doigt ou la main vers une personne en fronçant les sourcils, d'avancer rapidement vers son interlocuteur ou encore de crier. Enfin, frapper, mordre ou pousser un individu sont des actes d'agression.

L'attitude d'un individu peut également exprimer l'indifférence voire la passivité, on parle de gestes d'isolement. Aussi, la personne refuse tout contact avec autrui, choisit de garder les yeux fermés ou de ne pas croiser le regard de l'autre.

Le stress peut quant à lui être repéré chez une personne ayant des persévérations motrices, c'est-à-dire la répétition d'un même geste à intervalles réguliers.

Enfin, la mélancolie voire un état dépressif peuvent être observés à travers la baisse de tonus musculaire : pleurs, baisse de l'attention ou encore poser sa main sur une partie de son corps.

Le mode analogique est selon Watzlawick le canal le plus important de la communication, témoin de la relation que nous tissons à l'autre. À travers nos gestes, regards, attitudes, mimiques et inflexions vocales, notre corps communique des informations à l'interlocuteur. Les échanges non-verbaux ont d'une part une visée communicative et peuvent de manière volontaire compléter ou substituer le langage verbal. D'autre part, la communication non-verbale a une visée expressive. De manière volontaire comme involontaire, notre corps exprime par ces gestes et attitudes nos émotions et notre recherche ou non du lien à l'autre.

1.2 La communication verbale

Lorsque nous communiquons verbalement, nous utilisons une langue. Cette langue est un code soumis à des règles définies par un groupe culturel. Dans ce code, le signifiant⁴ et le signifié⁵ n'ont pas de lien direct. Cela signifie que le mot choisi pour exprimer un concept n'a pas de relation analogique avec le concept lui-même. C'est ce que l'on appelle l'arbitraire du signe. Aussi, la langue nécessite d'être acquise. La communication verbale appartient alors au mode digital défini par Watzlawick. Selon l'auteur, la communication verbale représente seulement 25 % de l'échange et correspond à l'information explicitement émise. Envisager la communication verbale seule en omettant les indices non-verbaux ne permet pas de saisir tous les aspects de l'échange. Le langage verbal permet d'une part à l'homme d'exprimer une information et d'autre part d'accéder à l'abstraction.

1.2.1 Les actes de langage

Le langage verbal sert à exprimer nos pensées, nos idées, nos sentiments à autrui de manière intentionnelle et explicite. En ce sens, le langage est pragmatique, car communiquer,

⁴ Le signifiant correspond au signe ou au mot utilisé pour parler d'un concept.

⁵ Le signifié renvoie au concept lui-même, nommé par un signifiant.

c'est agir sur autrui. Selon la théorie classique des actes de langage développée par Austin (1962), le langage a pour dessein d'accomplir une action. Aussi, la plus petite unité utilisée pour analyser la communication est selon l'auteur l'acte de langage, c'est-à-dire ce que l'on fait lorsque l'on parle. La taxonomie de Dore (1977)⁶, propose une classification des actes de langage.

- Tout d'abord, le fait de poser une question : les questions ouvertes, fermées ou rhétoriques.
- le fait de répondre à une question : les réponses oui/non, les réponses à une question ouverte, les réponses qui ajoutent une précision à la question
- les actes de langage servant à décrire le monde : identifier quelque chose, décrire un événement, les propriétés d'un objet ou encore sa localisation
- le fait d'affirmer quelque chose à autrui : parler règles de société, exprimer une évaluation ou un jugement, communiquer un état interne ou ses croyances par exemple.
- le fait d'employer des mécanismes conversationnels servant à construire le discours et à maintenir le contact : débiter ou achever une interaction, communiquer un retour à l'interlocuteur, utiliser des marqueurs de politesse.
- les actes performatifs, c'est-à-dire l'action que nous cherchons à réaliser lorsque nous parlons : avertir d'un danger, saluer quelqu'un, remercier, etc.
- les actes non-conventionnels et inadéquats : les actes ne respectant pas les règles sociolinguistiques et d'échanges d'informations.

1.2.2 Langage verbal : accès à l'abstraction

La communication verbale permet à l'homme d'accéder à l'abstraction, c'est-à-dire à l'« action d'isoler, de séparer mentalement un élément ou une propriété d'un objet ou d'une notion pour y porter spécialement l'attention au détriment des autres » (Brin-Henry et al., 2011). En d'autres termes, l'abstraction est une habileté de haut niveau cognitif qui permet de concevoir mentalement une chose en se détachant de sa forme concrète. Cette capacité intellectuelle est propre à l'être humain et est nécessaire pour pouvoir structurer son environnement et s'adapter au monde. En effet, d'après Bentolila (2016), lorsque le jeune enfant apprend à parler, le mot sert d'abord à nommer un objet précis. Puis, l'enfant se détache peu à peu de l'objet et est capable de le nommer même en son absence. Il généralise ensuite le mot et comprend qu'il peut être utilisé pour désigner tous les objets d'une même catégorie, même s'ils

⁶ Cité par (Rousseau, 2014)

ne sont pas strictement identiques. Les sons émis pour parler de l'objet renvoient désormais à une image mentale et ne sont plus directement liés à un objet concret. Ainsi, la construction des énoncés s'établit selon le couple « thème/propos ». En effet, l'enfant accède à l'abstraction ; le langage ne sert pas seulement à étiqueter les choses qui nous entourent mais, à parler à propos de ces choses en leur absence.

La communication verbale est un code acquis par l'être humain lui permettant d'exprimer des pensées, des idées des sentiments par le biais d'actes de langage. Le langage verbal permet à l'homme d'accéder à l'abstraction, capacité qui lui est propre lui permettant de s'adapter à son environnement. Aussi, le langage verbal et le langage non-verbal sont au cœur de nos relations humaines. Mais quand la maladie dégrade les capacités de communication, quelles sont les conséquences pour l'individu malade ?

2 Troubles neurocognitifs majeurs et communication

2.1 Définition

Un trouble neurocognitif (TNC) correspond à « un déclin d'une ou plusieurs fonctions cognitives ; ce déclin est significatif, évolutif, non expliqué par un état confusionnel ou par une maladie mentale » (HAS, 2018a). Les TNC ont de nombreuses étiologies dont les plus courantes sont la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires, les démences à corps de Lewy, les démences parkinsoniennes ou encore les démences fronto-temporales.

Le DSM-5, publié par l'American Psychiatric Association (2015), distingue parmi les TNC deux degrés de sévérité. Tout d'abord, les troubles neurocognitifs mineurs (TNCm) correspondent à une atteinte légère des fonctions cognitives qui n'interfère pas avec l'autonomie de l'individu. Ensuite, à un degré de sévérité supérieur, l'appellation utilisée est troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Le DSM-5 détermine alors les critères de diagnostic des TNCM selon les points suivants :

- « A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) [...]
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien
- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).

- D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental »

Les TNCM impliquent alors une atteinte importante des domaines cognitifs ayant pour conséquence d'interférer avec le bon déroulement des activités de la vie quotidienne de l'individu.

La terminologie utilisée pour décrire ces troubles a connu de nombreuses variations au cours du temps (Derouesné, 2016). En effet, durant l'antiquité, apparaît pour la première fois le terme de démence qui renvoie alors à un état de folie. Puis, au XVIII et XIXème siècle, la démence est définie comme un déclin définitif des fonctions intellectuelles associé à une atteinte du jugement et des capacités d'abstraction. En 1980, le DSM-III qualifie la démence de trouble mental organique associant un déficit mnésique à d'autres symptômes cognitifs et émerge alors le terme de démence de type Alzheimer (DTA). Or, cette définition est spécifique à la maladie d'Alzheimer et ne correspond pas à l'ensemble des troubles que l'on trouve au sein des démences. Dans les années 2000, l'appellation de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés (MATA) est employée dans divers articles de recherches. Enfin, en 2013, le mot démence a été abandonné par le DSM-5, au profit de la notion de trouble neurocognitif (TNC). En effet, d'après l'American Psychiatric Association (2015) « le terme de démence est connoté de façon défavorable » et implique l'idée d'une atteinte psychiatrique. De plus, le terme de TNC se veut plus général pour correspondre à la description de tous les troubles (Derouesné, 2016). Par ailleurs, pour la première fois est évoquée dans le tableau clinique des TNCM une atteinte de la cognition sociale caractérisée par un déficit de la théorie de l'esprit et de la reconnaissance des émotions. La théorie de l'esprit correspond à la capacité d'un individu à prêter des états mentaux à autrui (Premack et Woodruff, 1978).

En outre, dans les TNCM, le déclin des fonctions cognitives et l'altération de la cognition sociale impactent l'autonomie du patient, mais également sa vie relationnelle. Pour Derouesné (2016), un TNCM ne peut pas être réduit uniquement à l'altération cérébrale, mais affecte le fonctionnement de toute la cellule familiale de l'individu malade qui doit accompagner et prendre en charge son proche en perte d'autonomie. À un stade très sévère, les personnes atteintes de TNCM vivent le plus souvent en institutions, les troubles devenant trop importants.

2.2 Description des TNCM à un stade avancé

Si de nombreuses études se sont attachées à décrire les symptômes des individus atteints de TNCM à un stade précoce et modéré, peu se sont intéressées à un stade sévère. Lorsque la maladie rend l'individu dépendant des soignants pour toutes les activités de la vie quotidienne,

que ses capacités langagières sont réduites ce qui le conduit parfois au mutisme, la question de la persistance de la subjectivité se pose alors chez les personnes qui l'entourent. C'est à ce stade que l'on trouve le moins de recherches sur les TNCM. Des auteurs comme Michèle Grosclaude ou Frédéric Brossard se sont quant à eux intéressés à ce stade, défendant qu'une vie psychique demeure à tous les degrés de la maladie. En effet, même à un stade très sévère, les personnes conservent des capacités cognitives et de communication, si la possibilité de les exprimer leur est donnée. Pour Brossard et Caron (2017), « si toute subjectivité donne le sentiment d'être anéantie, le risque peut être grand de dépersonnaliser l'accompagnement ». Il est alors d'autant plus essentiel de travailler sur le stade ultime des TNCM afin d'informer l'entourage du malade sur ses habiletés et la persistance de son existence.

2.2.1 Atteinte de la communication verbale

A un stade avancé, le patient présente des troubles langagiers qui n'impliquent pas seulement un aspect précis sur le plan linguistique, mais un déficit global de la communication. Ainsi, les énoncés sont réduits de manière qualitative et quantitative tant en expression qu'en compréhension (Rousseau, 1995).

Sur le plan qualitatif, Rousseau (1995), note une simplification des énoncés et une augmentation des productions verbales inadaptées. En effet, lorsque nous parlons, nous partageons nos idées en produisant des actes de langage. Pour être adéquats, ces actes doivent répondre aux règles de la langue. Or, les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs à un stade avancé ne maîtrisent plus ces conventions. Rousseau (2014), propose une grille permettant de déterminer l'adéquation du discours de la personne.

Tout d'abord, les énoncés sont construits selon une certaine logique grammaticale et lexicale, c'est-à-dire que nos propos doivent respecter les règles syntaxiques et lexicales de la langue. Si ces conventions ne sont pas respectées, alors la construction syntaxique ou le choix du vocabulaire ne permettra pas à l'interlocuteur de comprendre l'acte de langage énoncé. Rousseau parle alors d'absence de cohésion grammaticale et lexicale.

De plus, l'acte de langage produit doit être logique au regard des propos de l'interlocuteur, c'est l'aspect pragmatique du langage : réponse adéquate, continuité thématique. C'est le feedback à l'interlocuteur. De la même manière, l'acte produit par le patient doit être cohérent par rapport à la situation d'énonciation. On parle de feedback à la situation.

Enfin, la construction de notre discours suit une cohérence logico-sémantique : les idées s'organisent clairement. Le patient peut présenter des difficultés à maintenir une « continuité thématique », c'est-à-dire à construire un discours autour du même thème sans en changer. En outre, la construction du discours peut présenter des difficultés dans la « progression rhématique ». Cela signifie que le patient ne parvient pas à formuler un discours informatif et à le faire progresser. Le discours du patient n'a alors pas d'issue. De plus, nous pouvons retrouver une « absence de relation » entre les idées émises par le patient. Celles-ci se juxtaposent sans organisation logique. Enfin, les informations données par le patient peuvent être en « contradiction » les unes par rapport aux autres ce qui rend le discours inadéquat.

Les productions verbales sont également réduites quantitativement. Selon Reisberg (1988) cité par Brossard et Caron (2017), le stock lexical de l'individu se réduit tout d'abord à une douzaine de mots en moyenne. Puis, la personne perd progressivement son vocabulaire et n'utilise plus qu'un mot. A ce stade l'individu n'est alors plus en mesure de s'exprimer verbalement ce qui le conduit au mutisme.

Ainsi, face aux troubles langagiers de plus en plus sévères, le non-verbal devient le canal privilégié des personnes : toucher, gestes, regard, mimiques (Rousseau, 2009).

2.2.2 Atteinte de la communication non-verbale

Si la communication verbale est altérée, Malécot (2002) montre qu'à un stade modéré de la maladie, les gestes non-verbaux sont à leur tour réduits quantitativement. Toutefois, ce sont les gestes à visée prosodique, qui soulignent ou substituent le langage verbal qui sont le plus touchés : « il paraît de manière très significative que le recours aux gestes des mains et de la tête est très réduit » (Malécot, 2002). En revanche, les gestes expressifs perdurent quant à eux plus longtemps, mais cela nécessite que l'entourage y soit attentif et y apporte une réponse adaptée.

Ne maîtrisant plus le langage verbal et les codes non-verbaux, la communication entre le malade et son entourage est altérée. Les productions du malade paraissent parfois dénuées de sens : comportement agressif, agrippement, cris, stéréotypies verbales et gestuelles, onomatopées ou encore ritournelles. Pourtant, pour Grosclaude (2019), toutes les productions du dément expriment les états intérieurs de la personne. En effet, la parole du malade ne cesse d'exister, mais celle-ci est « corporalisée ». Cela signifie que, ne pouvant plus s'exprimer verbalement, le corps témoigne de manière volontaire ou non des états intérieurs de l'individu. Aussi, le cri, perçu comme désagréable pour l'entourage et le personnel soignant des EHPAD est une expression des émotions du patient : « le cri n'est pas un contenu, plainte, ritournelle,

voix, parole, mais le vecteur des affects qui les connotent ». Puisque les mots ne sont plus à sa portée, le cri exprime sa douleur physique et psychique. De même, les personnes atteintes de TNCM à un stade sévère présentent souvent des stéréotypies gestuelles, comportementales ou langagières. Une stéréotypie correspond à la répétition d'un même comportement, d'un même geste ou d'un même mot ou onomatopée de manière automatique. D'apparence, les stéréotypies n'expriment rien de signifiant. Pourtant, par ces stéréotypies se pose la question identitaire, car demeure « la persistance du sujet y compris dans la stéréotypie ». Par la répétition, le malade cherche à exprimer une pensée importante, mais ne parvient pas à l'évoquer. La stéréotypie est une « trace d'un élaboré qui a perdu la mémoire » (Grosclaude, 2019).

Aussi, chercher à réduire les cris ou stéréotypie revient à isoler le patient davantage. En s'appuyant sur les travaux de Montagner, Delamarre (2014), montre que comme tout individu, la personne atteinte de TNCM à un stade sévère exprime des émotions par tout son corps. Certains de ses gestes suggèrent l'accordance, la discordance, l'isolement, un état anxieux ou dépressif. Ainsi, la personne atteinte de démence peut renvoyer sa recherche de lien à autrui par les gestes d'accordance : tendre la main vers la personne, regarder dans les yeux, sourire, etc. Mais si l'interlocuteur ne répond pas à cette demande de lien, alors l'individu aura tendance à exprimer de l'agressivité et des gestes de discordance. Puis, ne trouvant pas de partenaire d'échange, la personne s'isole et ne cherche plus à entrer en lien avec autrui.

2.2.3 Perte du statut de partenaire d'échange

Le langage de la personne atteinte de TNCM à un stade sévère ne ressemble pas à celui que connaît la personne « saine ». Toutefois, la personne reste en mesure d'exprimer ses émotions de manière non-verbale. Ce mode de communication n'est pour autant pas toujours entendu par l'entourage et le personnel soignant du malade. Montagner (2012), dénonce les travers de notre société et l'incapacité de l'adulte de prendre en considération les gestes, attitudes et mimiques essentielles à la communication. De ce fait, l'écoute de la personne se réduit à l'information qu'elle peut formuler. Dans ce contexte, il est impossible de lui apporter une réponse adaptée. Ce phénomène s'observe alors dans le cas des personnes atteintes de TNCM à un stade avancé. Ne comprenant pas les moyens d'expression de la personne, l'entourage ou le personnel soignant ne sait plus comment entrer en communication. Une rupture se crée alors entre le malade et les personnes « saines » qui ne cherchent plus à échanger (Rousseau, 2009). La réduction de la communication avec l'entourage présente alors une double conséquence. D'une part, le fait d'avoir peu d'interactions accélère le déclin des habiletés langagières. En effet, la fonction de communication est maintenue par son utilisation. D'autre

part, la personne n'est alors plus considérée comme un partenaire d'échange et perd son statut de personne communicante (Rousseau, 2009). Pourtant, même si la communication est altérée, la personne ne cesse d'exister.

3 Permanence du sujet

La sévérité du déclin cognitif et langagier crée une rupture entre la personne malade et les autres individus. Atteinte d'un trouble neurocognitif très sévère, la personne n'est perçue que par le prisme des modèles neurobiologiques, mettant de côté les aspects psychologiques, sociaux ou culturels (Juillerat Van der Linden et Van der Linden, 2014). A ce stade de la maladie, les personnes qui entourent le malade sont persuadées de sa « disparition » et ne peuvent le considérer comme un des leurs tant il ne leur ressemble plus (Grosclaude, 2017).

Selon Grosclaude (2020), la personne atteinte de démence est alors « un sujet perdu à lui-même et aux autres ». En effet, le déclin cognitif de la personne étant important, la reconnaissance de soi-même ne peut s'établir que dans le regard d'autrui. En d'autres termes, c'est parce que l'autre la considère comme son « alter ego » que la personne peut valider sa propre subjectivité, c'est-à-dire sa reconnaissance en tant que sujet. De ce fait, si la personne n'est pas considérée par son entourage, alors elle est en « perte d'identité ».

La personne atteinte de TNCM est « retrouvable », selon l'expression de Michèle Grosclaude, dans toutes ses productions. En effet, comme nous l'avons vu, le malade demeure capable d'exprimer avec son corps ses affects. Aussi, le soignant est donc le témoin de l'existence du dément et doit jouer un rôle de « reliaison ». Selon Maisondieu (2017), le malade « redevient une personne en même temps que ceux qui l'entourent le perçoivent fugitivement comme « relativement le même » ».

La psychologue Grosclaude (2003) nous rappelle alors que malgré la sévérité de la démence, la personne ne cesse d'exister et d'avoir une vie psychique, elle parle alors de « permanence du sujet dément ». L'auteur invite à considérer toute manifestation émise par la personne malade comme une tentative de communication, à chercher à l'interpréter et à lui donner du sens. L'objectif est de replacer l'individu à sa place d'interlocuteur pour restaurer son statut de sujet communicant.

CHAPITRE 2

ACCOMPAGNER ET SOIGNER LA PERSONNE ATTEINTE DE TNCM À UN STADE AVANCE

Accompagner les personnes atteintes de TNCM est un enjeu de société majeur, lié au vieillissement de la population. En 2019, on estimait à plus d'un million le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés en France (Santé Publique France, 2019). Selon la HAS (2018), « l'efficacité des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer est, au mieux, modeste », et le risque de survenue d'effets indésirables est important. Face à ce constat, les thérapies non-médicamenteuses sont recommandées en première intention. Toutefois, les ateliers thérapeutiques de stimulation cognitive proposés au sein des institutions ne sont bien souvent plus adaptés aux capacités des patients dont le trouble neurocognitif est très sévère. La participation aux activités se fait de plus en plus rare ce qui renforce le sentiment d'isolement.

L'orthophoniste est l'un des acteurs de la prise en soin de ces malades : son rôle est explicité dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP, 2002) ; il vise au « maintien et à l'adaptation des fonctions de communication ». Mais, en raison de l'aggravation des troubles cognitifs et comportementaux, les orthophonistes interrompent fréquemment leur prise en soins, 42% des orthophonistes ont déjà interrompu leur prise en soin en raison de l'aggravation des troubles (Grumetz et Mattioni, 2015).

Dans cette partie, nous verrons que tout professionnel de santé intervenant auprès de la personne atteinte de TNCM peut jouer un rôle dans l'accompagnement du malade, même à un stade sévère. En dépit de l'atteinte langagière et cognitive, il existe des outils permettant de restaurer ou de maintenir la vie relationnelle du patient.

1 Envisager le soin pour la personne atteinte de TNCM a un stade sévère

1.1 Pallier le handicap de la personne atteinte de TNCM

Selon la classification internationale du fonctionnement du handicap (CIF) rédigée par l'Organisation mondiale de la santé (2001), plusieurs dimensions sont responsables du handicap. Tout d'abord, l'atteinte du fonctionnement organique ou des structures anatomiques

a pour conséquence de réduire la participation sociale et les activités de l'individu. A cela s'ajoutent des facteurs environnementaux et personnels pouvant aggraver la situation de handicap. Dans le cas de la personne atteinte de TNCM, le fonctionnement cognitif est altéré ce qui induit une perte de l'autonomie. La personne devient dépendante et ne peut plus mener les mêmes activités qu'auparavant. Progressivement, l'atteinte de ses fonctions communicationnelles finit par l'isoler et réduire considérablement sa participation à la vie sociale. Des facteurs environnementaux peuvent aggraver cette exclusion. Par exemple, le fait de ne proposer aucune activité adaptée à la personne peut augmenter ses troubles. De plus, lorsque le personnel soignant et l'entourage ne s'adressent plus à la personne, ses capacités de communication sont à leur tour réduites. Enfin, des facteurs personnels comme un état dépressif ou anxieux amplifient les symptômes et donc la situation de handicap.

Ainsi, pour Engasser et al., (2015), parmi les symptômes que l'on observe chez les personnes atteintes de TNCM, il est important de distinguer ceux qui résultent de l'atteinte cérébrale de ceux dont la cause est autre. En effet, certains comportements ou stéréotypies par exemple reflètent une souffrance psychique ou une anxiété. Les stimuli provenant de l'environnement du patient ne sont pas toujours compris ce qui peut engendrer des comportements en réaction tels qu'une agressivité.

Par conséquent, si nous ne connaissons aujourd'hui aucun traitement capable de soigner les lésions cérébrales induites par le TNCM, nous pouvons agir sur les facteurs qui aggravent le handicap. L'absence d'activité, l'ennui et la réduction des interactions participent à l'isolement du patient et à l'aggravation des troubles cognitifs. En dépit de la sévérité de l'atteinte cérébrale, des fonctions que l'on estimait perdues peuvent être restaurées. Valoriser, accompagner la personne à maintenir, voire à retrouver de l'autonomie, même pour des tâches minimales entretient les compétences cognitives et favorise l'estime de soi (Dequenoy Spychala, 2005).

1.2 La charte « Alzheimer éthique et société »

Le soin apporté à la personne atteinte de TNCM se centre autour d'une notion primordiale : la reconnaissance et la considération du malade. En effet, même si l'état de santé de la personne s'est dégradé et bien que la communication puisse sembler être rompue, le sujet n'a de cesse d'exister et mérite d'être traité avec dignité. Afin de s'assurer du bon traitement de la personne

malade, un groupe de recherche éthique⁷ a publié en 2007⁸ une charte nommée « Alzheimer éthique et société ». Cette charte demande à toute personne qui accompagne un individu atteint de démence de le traiter avec attention et respect. Elle vise à combattre la méconnaissance, la négligence, voire la maltraitance à l'encontre de la personne malade en reconnaissant sa dignité et ses droits. Le personnel soignant s'engage à « soigner, respecter et accompagner la personne malade, sans abandon ni obstination déraisonnable, jusqu'au terme de sa vie⁹ » (Gzil et Hirsh, 2012). En conséquence, les soignants ne peuvent pas se résigner face aux troubles cognitifs et communicatifs du malade. Tant que la personne est vivante, il est possible de lui proposer des activités adaptées à ses capacités et à son état de santé permettant la valorisation de son statut.

2 Approches non-médicamenteuses dans le soin de la personne atteinte de TNCM sévères

L'accompagnement de la personne atteinte de TNCM a pour objectif, selon la HAS (2009), de « permettre une vie de qualité pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, en termes de bien-être et d'état de santé, jusqu'en fin de vie ». La prise en soin vise au maintien de l'autonomie et à la prévention des symptômes comportementaux ou psychologiques. Chaque personne doit pouvoir accéder aux soins quelle que soit la sévérité de ses troubles. Les thérapies médicamenteuses telles que la prise de neuroleptiques n'ont pas prouvé leur efficacité et la HAS recommande la réduction des prescriptions. En première intention, les thérapies non médicamenteuses sont préconisées par la haute autorité de santé. En effet, « la recherche et la prise en compte des facteurs stimulant ou apaisant l'agressivité ou l'agitation permettent de réduire la fréquence et l'intensité de ces symptômes, tout comme les approches de réhabilitation » (HAS, 2012).

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux prises en soin non-médicamenteuses proposées aux personnes atteintes de TNCM à un stade sévère. La relation de soin adaptée et valorisante pour le patient est une condition indispensable au bon accompagnement du malade quelle que soit la méthode thérapeutique utilisée. Certaines thérapies sont fondées sur l'échange et la reconnaissance de la personne et de ses émotions. De plus, les déficits sensoriels et l'atteinte cognitive modifient la compréhension de l'environnement de l'individu ce qui peut

⁷ Groupe de recherche « Éthique et société, vieillesse et vulnérabilités »

⁸ Cette charte a été actualisée en 2011 par l'*Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer* (erema)

⁹ Il s'agit du 8^{ème} point de la charte « Alzheimer éthique et société »

engendrer des comportements réactionnels (Behrman et al., 2014). De ce fait, un travail autour du corps et des sens peut être proposé dans le but d'apaiser le patient et de favoriser ses compétences langagières et mnésiques.

2.1 Relation de soin et reconnaissance du patient

En dépit des déficits du langage verbal, la personne atteinte de TNCM à un stade avancé est en mesure de nous communiquer ses émotions de manière non-verbale¹⁰. De la même façon, si la compréhension verbale du malade est altérée, sa sensibilité à la communication non-verbale expressive est conservée. De ce fait, pour entrer en relation avec son patient, le soignant doit accorder une attention particulière aux signaux non-verbaux qu'il communique à la personne (Delamarre, 2014). Une posture bienveillante et adaptée permet de réduire les comportements inadaptés.

2.1.1 L'humanité

La thérapie de l'humanité développée par Gineste et al. (2008), est fondée sur l'utilisation des paramètres non-verbaux afin de valoriser et rassurer le patient au moment des soins. Le terme humanité renvoie ici à « l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce ». Selon les auteurs, les soins peuvent être anxiogènes pour les personnes atteintes de démences qui ne comprennent pas la situation et cela peut engendrer des comportements agressifs. La thérapie de l'humanité propose au soignant de prêter attention à sa posture lors du soin afin de tisser une relation de confiance. Pour cela, le soignant est invité à veiller sur trois paramètres. Tout d'abord, le regard est le premier contact de la relation soignant soigné. En effet, à un stade sévère, la personne se reconnaît en tant que sujet grâce au regard de l'autre¹¹. Le regard porté sur le patient témoigne donc de la considération que le soignant lui porte. La parole est le second élément indispensable à la relation. Bien que le langage verbal du patient puisse être altéré, l'intonation de la voix véhicule les émotions et intentions du soignant. Tout au long du soin, expliquer ce qui est fait avec des formulations simples rassure et favorise la compréhension du patient. Enfin, le toucher renforce la relation avec le patient. Main sur l'épaule, caresse sur la main, ces gestes doivent être délicats et éprouvés comme bienveillants par le patient.

¹⁰ Cf Chapitre 1, 2.2.2

¹¹ Cf Chapitre 1

Veiller à la façon dont on s'adresse au patient permet de renforcer sa reconnaissance en tant que sujet et ainsi d'établir une relation de confiance. Le soin n'est alors plus perçu comme une situation d'angoisse et les manifestations d'anxiété sont réduites.

2.1.2 La validation

La thérapie de la Validation par Naomie Feil est établie sur le principe de la reconnaissance des émotions de la personne atteinte de TNCM. Pour Feil (2005), le patient « dément désorienté » « revit » des émotions vécues dans son passé. Ainsi, les paroles ou comportements semblant inappropriés renvoient pour le patient à une situation émotionnellement forte vécue au cours de sa vie. En s'appuyant sur les travaux de Carl Roger, Naomie Feil propose une approche permettant de « se mettre en empathie » avec le patient. Le soignant reconnaît les émotions du patient et les exprime en miroir afin d'entrer dans sa « réalité ». Pour cela, le soignant reconnaît et utilise le langage non verbal : toucher, regard, distance avec le patient. Quand le patient est en mesure de communiquer verbalement, il propose des reformulations ou des questions ouvertes. L'objectif est d'accompagner le patient dans la « résolution » de ses préoccupations.

La façon d'entrer en lien avec la personne atteinte de TNCM sévère est donc primordiale pour la bonne construction d'une relation thérapeutique. Certaines approches comme la thérapie de l'humanité ou de la Validation sont fondées sur la reconnaissance de la personne et de ses émotions. Il s'agit d'un prérequis nécessaire pour un accompagnement adapté, quelle que soit la méthode utilisée.

2.2 La médiation physique et sensorielle

Parmi les thérapies non-médicamenteuses proposées pour accompagner la personne atteinte de TNCM sévères, plusieurs approches reposent sur les sens. En effet, selon Behrman et al. (2014), l'atteinte des fonctions cognitives altère le traitement des informations sensorielles. La personne atteinte de TNCM perçoit le monde qui l'entoure grâce à ses cinq sens, mais présente des difficultés à analyser les stimuli. De plus, en raison de l'âge du patient, les organes sensoriels sont généralement moins performants. L'environnement du malade est alors mal compris et les stimulations sensorielles externes peuvent être perçues comme des agressions. En conséquence, des symptômes comportementaux et psychologiques tels qu'une apathie ou un comportement agressif peuvent être constatés. En outre, la perception du schéma corporel de la personne atteinte de démence se modifie et celui-ci peut ressentir un fort besoin de stimulations sensorielles pour répondre à son angoisse (Hoenner et Gardey, 2004). Par

ailleurs, la personne atteinte de TNCM sévère conserve une mémoire sensorielle et affective (Mauduit et Leclerc, 2009). Les sens sont intimement liés aux souvenirs et aux émotions et des thérapies les utilisent pour favoriser l'expression verbale comme non-verbale.

Afin d'apaiser et d'accompagner le patient à mieux appréhender son environnement, des thérapies de stimulations multisensorielles peuvent être proposées. En effet, les sens constituent un support dans la relation entre le thérapeute et le malade.

2.2.1 Les activités physiques

La psychomotricité et les activités physiques comme la danse, la relaxation ou encore la gymnastique douce sont recommandées chez les personnes atteintes de TNCM. En effet, cela permet tout d'abord de conserver des compétences motrices utiles aux gestes de la vie courante et de lutter également contre l'immobilité. Un travail sur le corps permet au patient de conserver ou retrouver des repères sur le corps afin de mieux appréhender son schéma corporel. De plus, les déambulations sont plus rares lorsqu'une activité physique est proposée (Dequenoy Spychala, 2005).

2.2.2 Salle de stimulation multisensorielle

Dans certaines institutions, des salles multisensorielles conçues pour créer une atmosphère relaxante fondée sur la stimulation des 5 sens sont aménagées. Aussi, des lumières apaisantes, des diffuseurs d'odeurs ou encore des textures stimulantes sont disposées dans la pièce. Le modèle le plus connu est la salle « Snoezelen ». Cette pièce répond au besoin de stimulation sensorielle et permet d'une part d'apaiser le patient et d'autre part de favoriser ses compétences communicationnelles et mnésiques (Engasser et al., 2015).

La stimulation multisensorielle est proposée aux patients atteints de TNCM à un stade avancé. En effet, le déficit sensoriel lié à l'âge et les difficultés de traitement de ces informations peuvent engendrer de l'anxiété et des comportements excessifs face à un stimulus. De plus, la perception du schéma corporel de la personne atteinte de TNCM à un stade sévère est altérée et le patient ressent un besoin de stimulations sensorielles.

Après une séance de stimulations multisensorielles, de meilleures interactions entre le malade et le soignant avec une communication plus appropriée sont constatées. De plus, l'humeur du patient est plus positive et ses capacités d'attention sont améliorées (Baillon et al., 2004). Par ailleurs, des effets bénéfiques à plus long terme sont observés chez les patients bénéficiant de stimulations multisensorielles. Le malade est alors mieux engagé socialement et présente moins de comportements apathiques. Sur le plan cognitif et langagier, les productions

verbales sont plus nombreuses et les auteurs de meilleures compétences mnésiques (Cornell, 2004).

La thérapie de la personne atteinte de TNCM fondée sur la stimulation sensorielle permet de favoriser le lien entre le soignant et le patient. En effet les soins proposés autour des stimulations multisensorielles sont effectués au sein d'un cadre rassurant dans lequel le patient est en mesure d'intégrer les informations sensorielles qui l'entourent. Cela favorise alors les interactions langagières et sociales et les capacités cognitives (Engasser et al., 2015).

2.2.3 L'art thérapie

La thérapie par l'art est une thérapie médiatisée ayant pour objectif de favoriser l'échange : musique, peinture, sculpture, le support est choisi en fonction du patient. Quel que soit l'outil utilisé, l'objectif est de donner au patient les moyens d'exprimer ses émotions. Le thérapeute et son patient tissent alors une relation autour d'un même support et la dimension non-verbale occupe une place importante dans la communication. Par l'art, le soignant et le patient peuvent se rencontrer autour d'un objectif commun.

La musicothérapie proposée aux personnes atteintes de TNCM sévères s'intéresse à la relation que la personne entretient avec le langage. En effet, notre monde est fait de sons : les voix, le rythme, le silence. L'écoute de sons ou de musiques permet aux patients de stimuler leurs perceptions, de les associer à un souvenir, une image mentale ou à une émotion (Dequenoy Spsychala, 2005). En effet une étude montre un « effet majeur de la pratique musicale sur des temps longs (plusieurs années), à la fois sur les régions perceptives, motrices et mnésiques ; mais aussi les effets de neuroplasticité liés à des temps de pratique plus courts (quelques heures ou semaines), que ce soit chez l'enfant ou le sujet adulte vieillissant » (Platel, 2017).

En production, la musique constitue un mode d'expression. Différents instruments peuvent être utilisés et le patient peut échanger de manière non-verbale avec le thérapeute et les autres membres. Le chant est aussi un outil utilisé pour stimuler le langage (Dequenoy Spsychala, 2005). L'art thérapie est alors un moment agréable et de détente partagé entre un patient et son soignant. Les sens sollicités dans ces thérapies sont reliés aux émotions et aux souvenirs. Cette pratique permet donc de stimuler les fonctions mnésiques du patient et favorise la communication initiée par la personne atteinte de TNCM.

La Haute Autorité de Santé recommande d'utiliser en première intention des traitements non-médicamenteux pour accompagner les personnes atteintes de TNCM. D'une part, ces thérapies permettent de réduire la nervosité du patient et ainsi de diminuer les comportements agressifs ou apathiques. D'autre part, elle vise à stimuler le patient en lui permettant de créer une relation de confiance avec le soignant et d'améliorer ou maintenir ses compétences langagières et cognitives. Le rôle du soignant est d'accompagner son patient atteint de TNCM jusqu'à la fin de sa vie dans la reconnaissance de sa dignité et de ses émotions. La perception de l'environnement du patient se modifie en raison de l'atteinte cognitive, sensorielle et de l'image de son schéma corporel. La stimulation sensorielle permet d'apaiser le patient et de lui permettre d'être en relation avec son environnement. La thérapie par les sens favorise les compétences langagières et mnésiques. D'autres thérapies sollicitant le corps comme la pratique de la relaxation, de la danse ou encore d'une activité physique présentent les mêmes objectifs dans l'accompagnement de ces malades.

En somme, la prise en soin non-médicamenteuse du patient atteint de TNCM à un stade sévère repose sur la reconnaissance de son statut et la proposition de stimulations adaptées à ses besoins.

CHAPITRE 3

METHODOLOGIE ORTHOPHONIQUE DE L'AJUSTEMENT PROTOLOGIQUE ET LANGAGIER

Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les personnes atteintes de TNCM à un stade avancé présentent des troubles, mnésiques, cognitifs et langagiers importants. En effet, la communication est atteinte sous tous ses modes : verbal, non-verbal, en expression et en compréhension. Cela a pour conséquence d'isoler les personnes, l'entourage se sentant démuni et ne sachant plus comment interagir avec elles. De plus, des difficultés pour analyser l'environnement engendrent parfois des comportements inadéquats et des manifestations d'anxiété. En outre, la perception du schéma corporel et du sentiment d'exister peuvent être altérés.

La HAS recommande en première intention les thérapies non-médicamenteuses pour lutter contre les troubles du comportement et rassurer le patient (HAS, 2012). Toutefois, les orthophonistes interrompent fréquemment leurs prises en soin ne sachant plus comment intervenir auprès du patient face à l'ampleur des troubles. En effet, dans leur mémoire, Grumetz et Mattioni (2015), interrogeaient les orthophonistes sur les raisons de l'arrêt de la prise en charge des patients atteints de TNCM. Ce mémoire révélait alors « qu'une grande part des répondants (42%) déclare arrêter la prise en charge lorsque les troubles cognitifs deviennent trop sévères ». De plus « trente-cinq pour cent des orthophonistes arrêtent la prise en charge lorsque les troubles du comportement deviennent trop importants ou lorsqu'il n'y a plus de motivation du patient ». En effet, l'accompagnement orthophonique classique fondé sur une stimulation cognitive et langagière ne peut être poursuivi à ce stade de la maladie. Pourtant, la fonction de l'orthophoniste est bien de permettre à son patient de conserver une communication afin de favoriser son intégration sociale et de valoriser son statut de sujet communicant. S'il existe des thérapies adaptées aux patients à ce stade du trouble neurocognitif¹² aucune n'est aujourd'hui spécifique à l'orthophonie.

La méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier, initialement adressée à tout enfant présentant des difficultés langagières, s'appuie sur les théories des auteurs constructivistes. Selon ces théories, les actions sur les objets permettent à l'individu de développer ses connaissances sur le monde et ainsi d'accéder au langage (Piaget, 1937).

¹² Cf Chapitre 2

L'orthophoniste propose alors un cadre thérapeutique favorable aux explorations et au plus proche des intérêts cognitifs du patient. « Cet espace d'attention partagée devient espace d'activité partagée et espace à penser » (Morel, 2005). Ainsi, cela favorise le processus de compréhension du monde qui s'élabore à tout âge et qui est propre à chacun (Berthoud-Papandropoulou et Sotiropoulos, 2019). De ce fait, la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier pourrait être envisagée pour tout individu présentant une atteinte langagière.

Ainsi, Madame Caillet-Gipeaux, orthophoniste, a proposé l'application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier à des patients atteints de TNCM à un stade sévère (Caillet-Gipeaux, 2019).

Nous détaillerons donc dans ce chapitre les fondements théoriques de la construction des connaissances et l'accès au langage verbal selon les auteurs constructivistes. Nous verrons alors comment s'organise une séance orthophonique par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier. Enfin, nous nous interrogerons sur l'application de cette méthodologie aux individus atteints de TNCM à un stade sévère.

1 Les fondements théoriques

La méthodologie de l'ajustement protologique et langagier repose sur les théories du développement de l'enfant des auteurs constructivistes. Selon les auteurs tels que Jean Piaget, la construction du langage s'ancre dans le développement de la pensée et des premiers raisonnements. Lydie Morel parle de la triade agir-penser-parler (Morel, 2011).

Les deux premières années de l'enfant correspondent selon Piaget au stade sensori-moteur. Durant cette période, le bébé mobilise des actions sur les objets lui permettant de construire progressivement l'organisation prélogique de sa pensée (Sinclair et al., 1982).

En effet, pour Piaget, l'enfant comprend le monde qui l'entoure en menant des explorations sur les propriétés des objets. D'une part, « la prise de possession de l'objet comme tel va de pair avec la prise de conscience de soi » (Piaget, 1937). Par la reconnaissance des objets comme entités indépendantes de sa propre enveloppe corporelle, le bébé marque une première étape dans la conscience qu'il a de lui-même. Ainsi, la construction du monde et la connaissance de soi sont en relation (Dolle, 2015). D'autre part, les actions que l'enfant conduit sur les objets l'aident à organiser le monde et à développer une pensée prélogique lui permettant d'accéder au langage.

Nous verrons tout d'abord comment l'enfant utilise ses actions pour élaborer ses connaissances. Puis il s'agira de comprendre comment à partir de ces connaissances s'élabore le langage.

1.1 De l'action à l'élaboration de la pensée

1.1.1 L'objet, vecteur de conscience de soi

La main du bébé lui permet « d'explorer » le monde et les limites de son propre corps. Par ses actions, l'enfant renforce la perception de son corps afin de pouvoir le situer dans l'espace. En effet, « le jeune enfant (entre 12 et 24 mois) se repère sur son corps au moyen d'actes répétitifs propres à procurer du plaisir ou soulager un état tensionnel » (Sinclair et al., 1982). Les auteurs notent alors les actions mobilisées sur le corps avec ou sans objet.

- Les « activités buccales » : l'objet est porté à la bouche
- Appuyer, taper, frotter un objet sur une partie du corps
- Promener un objet sur son visage ou le caresser
- Poser un objet sur une partie du corps
- Activités sur ses vêtements : tirer, tortiller, etc.

Ici, l'objet offre à l'enfant des sensations appelées éprouvés sensoriels. La main, par ses expériences sur son corps lui permet de se repérer dans l'espace et d'avoir une meilleure conscience de soi. Par ailleurs, au décours du développement, dans le processus de construction de connaissances, ces actions pourront avoir un statut de conduites de rééquilibrage ou de soupisr cognitif. Ces conduites vont permettre au sujet de retrouver une sensation connue face à un résultat inattendu ou une surcharge cognitive.

1.1.2 L'action au service de l'élaboration de la pensée

Tout enfant est en recherche de sens et d'organisation de sa pensée (Morel, 2005). Ainsi, les mains de l'enfant au stade sensori-moteur lui permettent d'organiser sa pensée et de découvrir le monde qui l'entoure. Les explorations de l'enfant l'amènent à se questionner sur les propriétés des objets. Il réitère alors ces actions un grand nombre de fois afin d'en extraire des régularités, ce sont les invariants. Enfin, à l'issue du stade sensori-moteur, l'enfant accède alors à la symbolisation (Morel, 2005).

Ainsi, lorsqu'on observe les conduites de l'enfant, nous constatons que le statut des actions qu'il mène évolue.

Tout d'abord, l'action est considérée comme exploration. L'enfant conduit une action dans le seul but d'agir sur l'objet selon sa fonction. Il s'agit alors d'actions simples : attraper, jeter, tenir, lancer, etc. Par exemple, si l'individu dispose de cubes, alors il conduit l'action de « mettre sur », induite par sa fonction (Morel, s. d.).

Puis, l'action est vue comme moyen. Cette fois, il s'agit d'« agir pour obtenir un résultat ». L'action est conduite dans un but précis et s'inscrit alors dans un continuum causal et temporel. Par exemple, les cubes sont empilés pour faire une tour.

Enfin, l'action peut être considérée comme « cause de » ou « raison de ». Les actions sont conduites et s'organisent autour des connaissances des propriétés des objets. Les actions sont alors réalisées par la personne comme s'il s'agissait d'étapes d'une procédure : la tour peut tenir si je place les cubes d'une manière précise (Morel, s. d.).

Ainsi, les actions conduites sur les objets servent de support à l'élaboration de la pensée et le statut des actions évolue selon la compréhension de la personne.

1.2 La construction de la pensée : soutien de l'élaboration du langage

Tout au long de la période sensori-motrice, l'entourage propose à l'enfant des signifiants, c'est-à-dire, des mots pour exprimer ce qu'il vit : on parle de dimension objectivation (Morel, 2005). Pour Vygotski (1934), le cercle social de l'enfant est fondamental dans le processus de construction de la pensée et du langage. Lorsque le système de pensée évolue, l'enfant ressent le besoin de signifier ce qu'il vit. Pour cela, il se saisit des mots entendus et les utilise pour parler de ce qu'il perçoit. Le langage de l'enfant traduit ce qu'il comprend du monde qui l'entoure (Morel, 2011).

Au départ, la communication a une visée émotionnelle : lorsque l'enfant pleure, il communique un sentiment (Danon-Boileau, 2018).

Puis, le bébé exprime peu à peu ses intentions. Le pointage proto-impératif se met alors en place : lorsqu'il montre un objet, l'enfant signifie à l'adulte qu'il veut parler de cet objet. Il acquiert alors la propriété que l'objet est dénommable.

Le pointage de l'enfant prend par la suite une autre valeur, et ceci est lié à l'évolution de sa pensée. Cette fois-ci, lorsque l'enfant montre un objet, c'est qu'il souhaite créer un espace d'attention partagée avec un adulte autour de cet objet perçu : c'est le pointage proto-déclaratif (Danon-Boileau, 2018). L'enfant interpelle l'adulte après avoir fait quelque chose pour le lui

montrer. Ici, le geste est un signe ayant pour vocation d'exposer son point de vue, de signifier qu'il y a quelque chose à dire à propos de ce résultat obtenu.

Puis, des expérimentations de l'enfant naissent ensuite protomots. L'enfant ponctue tout d'abord ses actions par « et voilà », « oups », « ça », etc. Ces mots n'ont pas pour objectif de se référer à l'objet, mais soulignent l'activité et permettent à l'enfant de s'inscrire dans son cadre spatio-temporel. Ils sont alors utilisés par l'enfant dans des contextes divers, pour plusieurs signifiés et résultent directement de ses sensations.

Par la suite, le répertoire de l'enfant s'enrichit et par imitation de l'adulte, il utilise des onomatopées. Elles peuvent alors évoquer le bruit que fait un objet comme une voiture « vroom » ou encore le bruit d'un animal « cot cot », etc. Cette fois-ci, l'onomatopée est émise en référence à un objet précis. L'enfant l'emploie pour évoquer une catégorie d'objet. Toutefois, cette onomatopée est dépendante du contexte et l'enfant ne la verbalise qu'en raison d'une situation précise. Sur le plan cognitif, il est capable de mener des imitations différées, c'est-à-dire de reproduire quelque chose appartenant à son connu dans un autre contexte. Toutefois, il est encore dans un rapport d'immédiateté de la situation : c'est le contexte et l'objet qui déclenchent l'action.

L'enfant utilise ensuite ses premiers mots. Dans un premier temps, les mots ont valeur de description de la réalité. L'enfant n'est pas encore capable de se détacher de la situation immédiate (Danon-Boileau, 2018). Le langage utilisé par l'enfant n'a qu'une valeur descriptive : il sert à dénommer le monde ou à commenter une action immédiate (Morel, 2007a).

Enfin, la pensée initialement fondée sur les perceptions se développe et l'enfant est désormais en mesure de se décentrer d'une situation réelle et d'accéder à la fonction de sémiotisation. Le langage s'enrichit et l'enfant met en mots ce qu'il a compris du monde : c'est la fonction noétique du langage. Le langage est alors perçu comme « objet d'étude » et toute situation, ou signifié, possède un signifiant (Morel, 2011). L'enfant parle alors « à propos de » quelque chose (Bentolila, 2016).

Ainsi, les actions conduites par l'enfant sur les objets soutiennent l'élaboration de sa pensée. Cette compréhension du monde est nécessaire pour pouvoir construire le langage et parler « à propos ».

2 Déroulement d'une séance orthophonique avec la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier

Le terme protologique signifie « prélogique » ou « relatif à la logique d'actions » (Morel, 2011). Le mot ajustement est quant à lui défini comme « les propositions et interventions de l'adulte [qui] restent à un niveau accessible au novice, tout en dépassant les réalisations actuelles » (Sastre et Verba, 2001). Ainsi, l'intervention orthophonique avec la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier vise à accompagner l'individu à construire ses connaissances prélogiques afin d'accéder au langage. Pour cela, l'échafaudage proposé par l'orthophoniste doit se situer au plus proche de sa zone proximale de développement, c'est-à-dire de ce qu'il est en mesure de comprendre avec l'aide d'autrui (Vygotski, 1934). L'orthophoniste soutient la construction de la pensée de son patient, mais lui-même seul peut accéder à la compréhension. En effet, la construction des connaissances ne peut s'enseigner mais est propre à chaque individu qui l'élabore à sa manière et selon ses expériences personnelles (Berthoud-Papandropoulou et Sotiropoulos, 2019).

Le cadre instauré par l'orthophoniste lors d'une séance d'ajustement protologique et langagier incite l'enfant à conduire des actions sur les objets. Pour Lydie Morel (2005), c'est une véritable « invitation à agir ». L'enfant dispose de matériel dit « non-fonctionnel ». Celui-ci permet à l'enfant de mener des expérimentations pour extraire des régularités (Morel, 2007a).

Pour l'orthophoniste, il s'agit dans un premier temps d'observer ce que fait l'enfant spontanément avec les objets et d'être à l'écoute de ses énoncés. En effet, les conduites de l'enfant rendent compte de ce qu'il est en train de travailler, c'est-à-dire du sens qu'il met sur les actions qu'il entreprend. Ces explorations sont alors révélatrices de l'activité cognitive du patient. L'étude des énoncés de l'enfant renseigne également le thérapeute sur ses capacités de représentation et sa compréhension du monde. L'observation de l'enfant permet alors à l'orthophoniste de repérer le connu de l'enfant et ses préoccupations cognitives (Morel, 2007b).

Ainsi, le thérapeute peut se glisser au cœur des activités qui intéressent son patient, c'est-à-dire au sein de ses préoccupations cognitives. Intervenir au plus près de ce qui intéresse le patient favorise la création d'un « espace d'attention partagée ». Installé dans une activité conjointe, l'orthophoniste propose progressivement des variations. L'enfant a besoin de répéter cette nouvelle action un grand nombre de fois avant de pouvoir en extraire des régularités et des certitudes. Il sait désormais que cette action peut être réalisée dans divers contextes et

acquiert un nouveau connu. L'orthophoniste peut alors proposer une nouvelle variation (Morel, 2005).

L'orthophoniste propose par ailleurs un ajustement langagier, c'est-à-dire qu'il ponctue ce que fait l'enfant par des verbalisations. Les ponctuations sont choisies selon le stade où se situe l'enfant dans la construction de ses connaissances et de son langage. Il s'agit alors d'onomatopées, de dénominations puis de mises en mots et de décentration de la situation (Morel, 2005).

L'ajustement langagier et l'ajustement protologique vont de pair et évoluent conjointement selon les acquis de l'enfant. Pour Lydie Morel (2005), tout enfant est en recherche de sens et d'organisation de sa pensée. La quête de sens et d'accès à la compréhension est une notion qui se construit en chaque individu quel que soit son âge (Berthoud-Papandropoulou et Sotiropoulos, 2019). Ainsi, si la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier essentiellement utilisée auprès d'enfants, peut être envisagée pour tout individu présentant des difficultés de compréhension et des troubles langagiers.

3 Adaptation de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier aux personnes atteintes de TNCM à un stade sévère

Nous l'avons vu¹³, les personnes atteintes de TNCM à un stade sévère présentent des troubles mnésiques, cognitifs et langagiers importants conduisant parfois à une rupture totale de la communication. L'entourage ne sait plus comment interagir et entrer en relation avec la personne malade, ce qui renforce ce sentiment d'isolement. Peu d'activités adaptées à leurs troubles leur sont alors proposées. Toutefois, la personne atteinte de TNCM ne cesse d'exister. Grosclaude (2003), propose de considérer toute manifestation émanant du dément comme une envie de communiquer. Le rôle du soignant est donc de l'interpréter et de lui donner du sens.

3.1 Le cadre de l'expérimentation

Face à ce constat, Madame Caillet-Gipeaux (2019), orthophoniste, a proposé, dans le cadre d'un mémoire en vue d'un diplôme universitaire de gérontologie, l'application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier à des patients atteints

¹³ Cf Chapitre 1

des troubles neurocognitifs à un stade sévère. Cette expérimentation a été menée sur trois patients, nous détaillerons les résultats d'une patiente en particulier. Dans son mémoire, elle explique comment l'idée de proposer cette méthodologie à des personnes âgées a mûri en elle.

Cette orthophoniste pratique la méthodologie de l'ajustement orthophonique protologique et langagier depuis plusieurs années et intervient également au sein d'un EHPAD, notamment au cours des repas. Lors d'un déjeuner, elle observe alors qu'une résidente, Madame T, atteinte de TNCM à un stade sévère, a des conduites étonnantes. Elle avait pour habitude de gratter dans son assiette et celle des autres résidents, ce qui avait pour effet d'agacer ces derniers. Intriguée par ce comportement, l'orthophoniste s'est alors interrogée sur la signification pouvant être donnée à ce geste. Associant ce qu'elle observait aux théories des auteurs constructivistes, l'orthophoniste a considéré ce geste comme un schème de prédilection. La question s'est alors posée de savoir ce que ce geste signifiait des préoccupations cognitives de la personne : « qu'est-ce que toutes ces personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs nous disent, par leurs comportements, leurs actions avec les mains, leurs agissements, leurs relations aux objets, de leur préoccupation cognitive, de leur rapport au monde ? » Partant de ces réflexions, Madame Caillet-Gipeaux a décidé de proposer la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier à Madame T, lui offrant ainsi un lieu permettant d'exprimer ses intérêts cognitifs.

L'objectif était alors d'établir une intersubjectivité cognitive entre l'orthophoniste et la patiente. En effet, dans cette méthodologie, les actions conduites sur les objets et la mise en mots par l'orthophoniste de ce que fait son patient permettent à celui-ci de s'ancrer dans la relation à l'autre. « Cette mise en écho de la part de l'adulte est garante de la condition d'émergence d'une intersubjectivité cognitive, un des piliers de la communication. Nous rencontrons l'autre comme sujet et comme interlocuteur en créant un espace de signifiante » (Caillet-Gipeaux, 2019).

Ainsi, l'orthophoniste a proposé la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier à la patiente durant 7 séances.

À la première séance, Madame Caillet-Gipeaux écrit que la patiente ne semble pas s'intéresser à ce qui est fait. Aucun signe de communication verbale ou non-verbale n'est alors observé. Finalement, au fil des séances, la patiente s'inscrit peu à peu dans la relation : c'est l'intersubjectivité cognitive. À la fin du protocole, l'orthophoniste observe un changement de comportement flagrant. La patiente se redresse, sourit, rit, accroche son regard sur ce qui est fait et sur le thérapeute. Elle émet des productions verbales. Si la parole est inintelligible, les

aspects non-verbaux de ses énoncés sont efficaces : intonation, gestes, mimiques, expressions faciales. En-dehors des séances, les soignants notent également un bouleversement dans l'attitude de la patiente. Celle-ci est décrite comme étant installée dans la relation, souriante et communicante. Elle émet également une production verbale adressée et adéquate. La communication verbale était un mode qui n'était plus utilisé par la patiente depuis longtemps.

3.2 L'intérêt d'utiliser des objets pour une intervention orthophonique auprès de patients atteints de TNCM à un stade sévère

Pour Lydie Morel, interrogée dans le mémoire de Madame Caillet-Gipeaux (2019), le travail sur les objets constitue une médiation efficace pour entrer en relation avec un patient non-verbal. En effet, sa communication étant altérée, il est judicieux d'utiliser l'objet afin de créer un espace d'attention partagée autour de celui-ci. De plus, selon Lydie Morel, « choisir les objets comme média permet d'être sur un niveau « archaïque », un niveau de reconnaissance d'éprouvés sensoriels ou de reconnaissance par des actions simples ». Une activité conjointe peut alors être menée à partir des préoccupations cognitives du patient. Lydie Morel ajoute qu'à travers ce travail avec les mains naît chez le patient un sentiment d'être reconnu.

En tout un chacun, existe une quête de sens, même si elle ne paraît pas toujours explicitée. Ainsi, Madame Caillet Gipeaux (2019), s'est interrogée sur le rôle joué par le support utilisé versus l'attention accordée à la patiente par l'orthophoniste tout au long des séances dans la progression de la patiente. À cette question, Lydie Morel répond que tous deux sont essentiels et indissociables, : « face à quelqu'un qui ne parle pas, il faut forcément un média pour soutenir le soignant ».

3.3 Perspective du mémoire de Madame Caillet-Gipeaux

En raison des contraintes universitaires, l'analyse menée par Madame Caillet-Gipeaux (2019) dans ce mémoire, bien qu'enrichissante, ne constitue qu'une première approche de ce sujet. Aussi, une étude plus fine de la communication et des actions menées avec les mains lui est apparue comme une perspective intéressante à la suite de son mémoire.

De plus, l'intérêt de cette approche est de permettre au patient de retrouver des compétences relationnelles et communicationnelles. C'est pourquoi, il paraît pertinent d'évaluer l'impact des séances d'orthophonie dans la vie quotidienne du patient.

Enfin, bien que cela n'ait pu être quantifié, il semblerait que l'expérimentation menée par Madame Caillet-Gipeaux ait permis à certains membres du personnel soignant de l'EHPAD

de prendre conscience de l'importance de ne jamais cesser de s'adresser au patient, constatant les capacités de communication encore mobilisables à ce stade de la maladie. De ce fait, un nouvel objet d'étude autour d'une éventuelle évolution de la considération du patient en tant que sujet communicant grâce à l'application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier peut être envisagé.

PARTIE 2 :
PARTIE METHODOLOGIQUE

1 Problématique et hypothèses théoriques

1.1 Problématique

En nous appuyant sur les éléments figurant dans la littérature, nous nous sommes intéressés aux bénéfices que permettrait l'application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier pour une population de personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs à un stade avancé. L'intervention orthophonique par cette méthodologie pourrait améliorer les habiletés de communication ainsi qu'augmenter les conduites menées avec les mains du patient. Ceci permettrait par ailleurs de valoriser son statut de sujet communicant.

Nous nous sommes alors posé la question suivante :

« La méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier appliquée à la prise en soin des patients atteints d'un TNCM à un stade avancé permet-elle un enrichissement des actions menées avec les mains et une augmentation des conduites communicationnelles valorisant leur statut de sujet communicant ? »

1.2 Hypothèses théoriques

Cette question nous amène à poser les trois hypothèses théoriques suivantes :

Hypothèse théorique n°1 : L'approche reposant sur la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier peut être proposée à des patients présentant un TNCM à un stade sévère.

Hypothèse théorique n°2 : Cette approche a un retentissement sur la mobilisation des patients notamment sur leur relation aux objets et sur ce qu'ils font avec leurs mains.

Hypothèse théorique n°3 : Cette approche a pour conséquence l'augmentation des conduites communicationnelles ce qui permet aux patients de retrouver une place de sujet communicant.

2 Population

2.1 Sélection du patient

2.1.1 Étude de cas unique

Pour ce mémoire, nous proposons une étude de cas unique. Les protocoles individuels ont pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention en analysant les progrès du patient au cours d'une pratique clinique. Chez les patients âgés atteints de TNCM dont l'état de santé peut être fluctuant, l'étude de cas unique permet de prendre en compte la variabilité intra-individuelle de la personne. Ce protocole admet une analyse qualitative précise, au plus proche de la situation clinique choisie : « les données recueillies dans les études de cas sont détaillées, qualitatives et pleines d'anecdotes » (Robert, 2019). Toutefois, il est aussi possible d'y associer des données quantitatives. Ici, le nombre d'interactions et le nombre d'actions menées avec les mains au cours des séances sont comptabilisés.

De plus, l'absence d'outil validé et fidèle concernant l'évaluation des actions menées avec les mains chez le sujet âgé atteint de TNCM à un stade avancé nous conduit à construire nos propres grilles d'observation afin d'être au plus près de notre situation clinique. En effet, ce protocole est selon Robert (2019), intéressant pour étudier les bénéfices d'une intervention clinique nouvelle. Dans notre cas, il n'existe pas d'autres études que celle de Madame Caillet Gipeaux (2019), et la nôtre concernant l'application de la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier à une population de personnes âgées atteints de TNCM à un stade avancé. Ainsi, nos travaux permettent de vérifier nos hypothèses pour éventuellement pouvoir proposer ce protocole par la suite à une population plus importante : « dès lors, les études de cas peuvent permettre de récolter des données sur la faisabilité d'une étude plus conséquente » (Robert, 2019).

2.1.2 Sélection du patient

Cette étude est conduite sur un seul patient. Toutefois, les aléas liés à l'état de santé des résidents sont fréquents. C'est pourquoi, l'orthophoniste accompagnée du médecin coordonnateur de l'EHPAD dans lequel elle intervient ont sélectionné trois patients. Nous avons choisi de mener notre étude sur l'un de ces patients.

Deux critères d'inclusion ont été retenus :

- Tout d'abord, les patients doivent présenter un trouble neurocognitif majeur à un stade sévère, c'est-à-dire un score au MMS (Mini Mental State) inférieur à 10.

- Une atteinte de la communication verbale et non-verbale et la perte de relation avec les objets doit également être constatée chez ces patients.

Un critère d'exclusion à notre protocole d'étude est le fait que le patient ait un autre suivi thérapeutique pouvant expliquer une progression en dehors de l'intervention orthophonique.

2.1.3 Présentation du patient

Notre étude porte sur Madame D. dont le profil correspond aux critères précédemment énoncés. Cette patiente a été sélectionnée, car l'orthophoniste a été interpellée par ses stéréotypies gestuelles consistant à frotter sa main sur les tables. Le choix a été fait après les propositions et échanges avec le médecin coordonnateur, la cadre de santé et la psychologue.

Madame D., née le 01.07.1937. Admise à l'EHPAD le 15.07.2020.

Elle est classée en GIR2 en juillet 2020, à son entrée dans l'établissement.

Madame D. est dépendante pour tous les actes de la vie quotidienne.

Elle est en fauteuil roulant.

Dans les antécédents médicaux, nous notons :

- Hypertension artérielle
- Maladie d'Alzheimer
- Valvulopathie aortique
- Pancréatite aigüe lithiasique avec évolution favorable sous traitement.

Le MMS est non réalisable et est donc à 0.

Le NPI du 12.04.2021 donne un score de 32 avec des scores pathologiques dans les domaines suivants : hallucinations, anxiété, apathie, comportement moteur aberrant.

Lors de la première rencontre de l'orthophoniste avec Madame D. dans sa chambre, Madame D. n'est pas dans une communication verbale. Madame D. ne répond à aucune de ses questions. L'orthophoniste ne note aucune formule de politesse, même en réponse. Aucune réaction n'est relevée, que ce soit de type verbal ou non-verbal lorsque l'orthophoniste s'adresse à elle. Au niveau de la compréhension, aucune désignation n'est possible. Il n'y a quasiment aucune accroche du regard. Il n'y a pas de possibilité de proposer de tests normés. L'orthophoniste relève uniquement le fait que Madame D. se frotte les yeux avec sa main droite.

Lors d'un temps d'observation dans un groupe de 3 personnes autour d'une table, dans un coin salon, Madame D. n'est pas en interaction avec les autres résidentes. Madame D. est la plupart du temps tête baissée. L'orthophoniste ne note aucun échange de regards, aucune

production verbale. Une stéréotypie consistant à frotter sur la table avec sa main droite est relevée et dans le même temps un sourire que nous qualifions de « grimaçant » est réalisé. L'orthophoniste note également le fait que Madame D. tire sur son pantalon au niveau de son mollet.

2.2 Le personnel soignant

Afin de pouvoir étudier les bénéfices de l'intervention orthophonique par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier auprès de notre patiente, nous sollicitons le personnel soignant de l'EHPAD pour qu'il nous fasse part de ses observations.

Le personnel soignant interrogé est composé de dix professionnels : un infirmier, cinq aides-soignants, trois agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) et une aide médico-psychologique (AMP).

Le personnel soignant choisi intervenait auprès de Madame D. avant la mise en place de l'intervention orthophonique et l'a également suivie pendant toute la durée du protocole.

Un critère d'exclusion est le fait qu'un soignant n'ait pas connu Madame D. avant l'intervention orthophonique.

3 Démarche expérimentale

3.1 Cadre de l'expérimentation

L'orthophoniste a conduit une intervention orthophonique auprès de la patiente avec la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier selon les conditions suivantes :

Lieu : dans la chambre de la patiente

Durée de l'expérimentation : 5 mois

Fréquence des séances : 1 à 2 séances par semaine

Matériel utilisé¹⁴ : Différents morceaux de tissus (moquettes, revêtements de sol plastiques avec reliefs), des balles (de différents diamètres, différentes textures, lisses ou à reliefs ou à picots, sonores ou non sonores), de la ficelle, du papier, du coton, des tubes de différentes tailles, -des morceaux de bois de différentes formes (cylindres, rectangles, cubes), des anneaux de

¹⁴ Cf Annexe 1

différents diamètres et différentes matières, des boîtes gigognes, un mini bâton de pluie, un maillet en bois, des billes plates, un contenant, une boîte avec couvercle

Le matériel est disposé et mis à disposition de la patiente sur une table. Madame D. est installée dans son fauteuil roulant. Il est à noter que des adaptations concernant l'installation et le choix du matériel ont été mises en place afin que tous les objets puissent être dans le champ visuel de la personne et qu'elle puisse les manipuler en position assise.

3.2 Organisation des séances d'orthophonie

Certaines séances sont considérées comme des séances de bilan : la première séance, la séance 7, la séance 13 et la séance 20. Il s'agit alors de mettre un même matériel à disposition de la patiente afin d'observer ce que fait spontanément Madame D. avec ses mains. La communication de Madame D. est également observée. L'orthophoniste laisse ainsi Madame D. se saisir du matériel et évoluer dans ses explorations.

Durant les autres séances, l'orthophoniste propose la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier. Il s'agit pour le thérapeute de se glisser au cœur des préoccupations cognitives de la patiente et de lui proposer du matériel ou des actions correspondant à ses intérêts¹⁵. L'orthophoniste se met « en attention conjointe de sa quête de sens sur le plan cognitif, [d'] être en accordage cognitif » avec le patient (Morel, 2007b). L'objectif est de permettre à cette personne de revivre cette notion de « plaisir ludique » et qu'elle puisse se sentir reconnue afin d'entrer à nouveau, dans cet espace de signifiante, en communication avec autrui. Le rôle de l'orthophoniste est alors de ponctuer ce qui est fait avec les mains, de reconnaître l'intérêt cognitif qui subsiste en toute personne quelles que soient ses difficultés dans le but de maintenir des capacités mêmes déficitaires (Morel, 2007b).

4 Outils d'analyse et traitement des données

Afin de mener au mieux cette étude, nous avons utilisé divers outils. Tout d'abord, nous avons analysé la communication verbale et non-verbale ainsi que les actions menées avec les mains de la patiente au cours des séances à travers un support vidéo. Puis, nous avons évalué l'impact de notre travail sur le quotidien de la patiente et sur le personnel soignant en recueillant les observations des soignants.

¹⁵ Cf Chapitre 3.2

4.1 Analyse vidéo des séances d'orthophonie

4.1.1 Sélection vidéo :

Les interventions orthophoniques sont filmées afin d'être analysées dans le cadre de notre mémoire. Une autorisation de droit à l'image a été au préalable demandée au tuteur de la patiente. Il n'est pas possible d'analyser l'ensemble des séances d'orthophonie en raison des contraintes temporelles de la réalisation de ce mémoire. Aussi, certaines vidéos ont dû être sélectionnées.

Initialement, nous avons envisagé de sélectionner les séances de bilan pour mener notre analyse vidéo. Or, au fil du protocole, nous avons constaté que ces séances n'étaient pas les plus révélatrices du niveau de la patiente, puisque Madame D. a la plupart du temps besoin de l'ajustement de l'orthophoniste pour mener des actions et être dans l'échange. Aussi, si nous notons une progression au cours du temps dans les conduites et la communication de Madame D., les séances de bilan ne permettent pas de constater cette évolution.

Nous avons donc choisi d'analyser 11 séances, parmi lesquelles le matériel est ajusté à Madame D. et plus proche de ses préoccupations cognitives. Les vidéos choisies correspondent aux séances : 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 14, 20, 27. Les quatre premières séances ont été sélectionnées, car nous observons une évolution rapide de Madame D. Les autres vidéos ont été choisies selon les comportements que nous trouvions intéressants et de manière quasi-régulière au cours du protocole. Il est toutefois à noter que Madame D. a été malade entre la séance 20 et la séance 27. Le protocole a dû être interrompu pendant 3 semaines. Lors des premières séances après sa maladie, Madame D. semblait très fatiguée et peu mobilisable. Enfin, nous avons gardé 3 séances de bilans correspondant aux séances 1, 7 et 20.

4.1.2 Création des grilles d'observation

Chaque séance d'orthophonie est filmée afin qu'une analyse de vidéos puisse être conduite. Pour analyser les vidéos, nous avons élaboré deux grilles d'observation.

La première grille d'observation porte sur la communication verbale et non-verbale¹⁶ de la patiente. Pour élaborer cette grille, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Rousseau (2014), et les classifications de Dore (1977), et Labourel (1981). Nous avons adapté les grilles de ces auteurs à nos observations cliniques concernant la patiente afin qu'elles correspondent au mieux à notre situation clinique.

¹⁶ Cf Annexe 2

La seconde grille d'observation concerne les actions conduites avec les mains¹⁷. Cette grille repose sur les observations des auteurs constructivistes et notamment sur les travaux de Sinclair et al. (1982).

Des prégrilles d'observation ont été élaborées avant le début du protocole puis affinées au cours de l'analyse des premières séances.

4.1.3 Traitement des données vidéos

L'analyse quantitative de la communication verbale et non-verbale et des actions menées avec les mains est effectuée à l'aide du logiciel ELAN et des variables issues de nos grilles d'observation. L'objectif est alors de comparer de manière quantitative le nombre et la nature des conduites et des comportements de communication au fil des séances. Ces données permettent de valider ou d'invalider en partie nos hypothèses.

De plus, nous complétons ces données quantitatives par nos analyses qualitatives en liant nos observations à nos connaissances cliniques et aux apports théoriques issus de la littérature.

4.2 Le recueil des observations des soignants

Pour évaluer l'impact de notre travail sur le quotidien de la patiente, nous avons recueilli les observations des soignants concernant une éventuelle évolution de la patiente, depuis la mise en place de ce protocole. Pour cela, les remarques du personnel soignant ont été relevées de deux manières : spontanée, et lors d'entretiens semi-directifs.

4.2.1 Carnet à destination des soignants

Un carnet a été mis à disposition du personnel soignant sur le charriot de soins. L'intérêt de ce carnet a été abordé lors de réunions d'équipe. Les soignants étaient ainsi invités à y noter toutes leurs remarques et observations concernant le comportement de la patiente sur la période de l'intervention orthophonique.

4.2.2 L'entretien semi-dirigé

À l'issue du protocole, l'orthophoniste a conduit des entretiens semi-dirigés individuels avec les professionnels de santé intervenant auprès de la patiente. L'intérêt de l'entretien semi-dirigé est de recueillir les observations des soignants les plus exhaustives possibles.

¹⁷ Cf Annexe 3

4.2.2.1 Structure du questionnaire de l'entretien semi-dirigé

Afin de structurer le questionnaire proposé aux soignants lors de l'entretien semi-dirigé¹⁸, nous l'avons organisé en plusieurs sections : Posture, Comportement, Actions mobilisées avec les mains, Communication, Ressenti et incidence de ce travail sur le personnel soignant.

Au sein de chaque section, les questions sont organisées en entonnoir, c'est-à-dire du plus général au plus particulier. Ainsi, les premières questions, plus larges, offrent la possibilité aux soignants d'évoquer un élément auquel nous n'aurions pas pensé. A l'inverse, les questions plus précises amènent les soignants à se questionner sur une donnée précise qu'ils n'auraient pas évoquée spontanément.

La plupart des questions sont fermées, mais invitent le personnel à donner des exemples pour étayer sa réponse, puisqu'il s'agit d'un entretien oral.

4.2.3 Traitement des données issues des observations des soignants

Les données issues de l'entretien semi-dirigé ont été transcrites. Les différents éléments évoqués au cours de l'entretien et dans le carnet ont été regroupés selon nos hypothèses afin de les valider ou de les invalider. Les réponses aux entretiens étant subjectives, notre analyse est qualitative. Les témoignages et anecdotes des soignants ont été retranscrits dans ce mémoire afin d'illustrer nos résultats.

5 Précautions méthodologiques

Notre étude est menée sur une seule patiente. Il convient d'être prudent dans l'interprétation de nos données, car celles-ci reflètent la réalité pour cette patiente en particulier. Cependant, nous espérons que nos résultats sont représentatifs de ce que l'on pourrait attendre pour une population plus importante.

Les données issues des observations de la patiente par le personnel soignant sont subjectives, car celles-ci font appel à leur ressenti. C'est pourquoi, il est important d'étayer les réponses des soignants par des exemples concrets.

¹⁸ Cf Annexe 4

PARTIE 3 :

RESULTATS

1 Analyse vidéo des séances d'orthophonie par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier

Madame D. a été suivie en orthophonie par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier. Les séances ont été filmées et nous les avons analysées.

Le nombre d'interactions communicationnelles au cours de chaque séance a été relevé et nous avons également comptabilisé chaque action menée avec les mains durant le protocole. Dans cette partie, nous exposerons nos observations tant quantitatives que qualitatives concernant la communication non-verbale et verbale de Madame D. ainsi que les conduites qu'elle mène avec ses mains au cours des séances.

1.1 Communication non-verbale

Tableau 1 : Grille d'observation de la communication non-verbale de Madame D.

COMMUNICATION NON-VERBALE											
SÉANCES :	1	2	3	4	7	8	10	12	14	20	27
Regard											
Regard vers l'interlocuteur	9	34	11	54	37	53	57	69	88	46	54
Suivre du regard l'interlocuteur	5	1				4		1	11	1	1
Regard vers l'objet				4	5	5	10	1	3	2	3
Expressions faciales											
Sourire grimaçant	52	24	3	74	13	62	44	37	32	33	17
Sourire	2				9	4	24	5	22	8	24
Rire									3		
Gestes											
Tendre la main vers l'interlocuteur, attraper sa main	11	1	2				5	1	2		3
Gestes à visée communicationnelle		2	2	3	2	1	1	1	5		
Frotter son visage ou ses yeux	48	58	46	87	22	60	61	43	61	44	49
Soupirs			1		1		1	1		4	6
Ouvrir la bouche	14				5	15	6	2	3	10	
Productions vocales											
Inflexions vocales : ô plaintif	81	11	2	41	42	53	76	37	83	60	23

1.1.1 Le regard

Lors de la première séance avec l'orthophoniste, Madame D. lui adresse très peu de regards. Madame D. semble peu dans l'échange. Elle paraît être ailleurs, ses yeux sont principalement fermés ou son regard est dans le vide. Cependant, lors de la deuxième séance, le nombre de regards adressés augmente significativement et dès la quatrième séance, les regards de Madame D. sont nombreux et se maintiennent durant toutes les séances. De plus, à

partir de la séance 12, nous notons non seulement que les regards à l'égard de l'orthophoniste sont plus nombreux, mais ils sont également plus intenses et plus longs. Cela nous indique que Madame D. s'installe progressivement dans la relation avec le thérapeute. De même, lors de la séance 14, Madame D. suit du regard l'orthophoniste chaque fois qu'elle se lève pour aller chercher des rubans. Ainsi, Madame D. semble s'intéresser à ce que fait l'orthophoniste et est sur le résultat de ses actions. La relation entre l'orthophoniste et la patiente est établie. Par ses regards, Madame D. cherche à solliciter l'orthophoniste. Il s'agit d'une attitude d'accordance, c'est-à-dire qui s'inscrit dans « une dynamique de recherche de lien » (Delamarre, 2014).

En revanche, très peu de regards sont portés sur les objets, même lorsque Madame D. conduit des actions. Aussi, nous relevons plusieurs fois que lorsque Madame D. pose sa main sur la table, elle semble être surprise par le contact d'un objet puisqu'elle ne le regarde pas. Nous ne notons pas de corrélation entre le nombre d'actions réalisées et le nombre de regards sur les objets. De plus, Madame D. a tendance à se frotter les yeux et à les fermer. Bien qu'aucun élément à ce sujet ne soit présent dans le dossier médical de la patiente, nous nous interrogeons quant à la présence d'un inconfort dans cette zone, voire d'un trouble visuel de type DMLA. Toutefois, lors de la séance 2, alors que Madame D. fait tomber un objet dans une boîte volontairement, nous relevons que la patiente se penche en avant et regarde l'intérieur de la boîte.

1.1.2 Les mimiques faciales

Durant toutes les séances, nous notons chez Madame D. une mimique faciale que l'on pourrait qualifier de « sourire grimaçant ». Cette grimace apparaît chez Madame D. dans des contextes différents. Nous soulignons cependant que cette mimique n'est pas réalisée lors des moments d'échange avec l'orthophoniste.

Nous observons tout d'abord la présence de cette mimique faciale lors des temps de transition (l'orthophoniste installe le matériel) ou lorsque Madame D. semble décrocher de l'interaction avec l'orthophoniste ou des actions qu'elle réalise. De plus, cette mimique survient souvent conjointement au moment où Madame D. se frotte le visage. Nous posons alors l'hypothèse d'un besoin de Madame D. de sentir son enveloppe corporelle. En effet, chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, la perception du schéma corporel peut être modifiée¹⁹. Selon Montani et Ruffiot (2009), « pour tenter de colmater les brèches de cette enveloppe somato/psychique défailante, le sujet mettrait en œuvre des procédés auto-

¹⁹ Cf Chapitre 2

contenants divers ». Aussi, les « sourires figés et grimaces stéréotypés » seraient une façon pour la personne atteinte de TNCM de sentir son corps, « comme pour s’assurer de la solidité/fiabilité de leur enveloppe corporelle ». Or, pendant les temps d’échange avec l’orthophoniste, Madame D. n’aurait pas besoin de réaliser ces comportements auto-contenants, car grâce au regard et à la reconnaissance de l’autre, la patiente ne doute pas de son existence en tant que sujet.

Les « sourires grimaçants » apparaissent également lorsque que Madame D. conduit une action comme pour soutenir son geste ou témoigner de l’effort que cela lui demande.

Enfin, au cours de la huitième séance, Madame D. réalise cette même mimique lorsque l’orthophoniste attrape sa main posée sur ses genoux pour la placer sur la table. Nous pouvons ici penser qu’il s’agit d’une grimace de douleur ou de la surprise engendrée par le contact de la main de l’orthophoniste sur la sienne.

1.1.3 Le sourire

Le sourire de Madame D. est de plus en plus présent au cours des séances. Durant la première séance, nous relevons quelques sourires en réponse à la reconnaissance d’un éprouvé sensoriel : l’orthophoniste caresse sa main avec un tissu doux.

Puis, à partir de la septième séance et jusqu’à la fin du protocole, les sourires de Madame D. sont de plus en plus fréquents. Pour Cécile Delamarre (2014), adresser un sourire est une attitude qui reflète la recherche de lien. En effet, les sourires de Madame D. apparaissent tout d’abord au cours de l’interaction avec l’orthophoniste. Par exemple :

- Séance 7 : Madame D. met ses deux mains sous la table et l’orthophoniste lui dit en souriant « *vous avez caché vos mains ?* » Cela déclenche un sourire chez Madame D.
- Séance 10 : à plusieurs reprises, l’orthophoniste, met une ficelle dans la main de la patiente en lui disant d’un ton léger et avec le sourire « Vous ne lâchez pas, vous tenez bien ! ». Madame D. regarde alors l’orthophoniste dans les yeux et lui sourit. Nous retrouvons ce comportement chaque fois que l’orthophoniste place un objet dans la main de la patiente en lui disant de ne pas le lâcher en lui souriant.

Les sourires de Madame D. sont alors adaptés et ancrés dans la situation. Ces exemples montrent par ailleurs que Madame D. est réceptive au ton employé et aux sourires de son interlocutrice. En effet, comme l’explique Delamarre (2014), la personne atteinte de TNCM à un stade sévère est en mesure de percevoir les émotions et reconnaît les signaux non-verbaux de son interlocuteur. De plus, cela signifie que Madame D. s’inscrit davantage dans la relation avec l’orthophoniste.

Le sourire de Madame D. est également déclenché lorsqu'elle conduit certaines actions et nous percevons même quelques rires discrets lors de la séance 14. Par ses sourires et ses rires, Madame D. nous signifie que le travail qu'elle mène avec ses mains correspond à ses préoccupations cognitives. Cela favorise alors la relation avec l'orthophoniste (Morel, 2007b). Nous développerons cela dans la partie 1.3 Analyse des actions menées avec les mains.

1.1.4 Les gestes d'accordance

Dès la première séance, nous notons que Madame D. tend la main vers l'orthophoniste à plusieurs reprises. Une séquence a retenu notre attention : l'orthophoniste caresse la main de la patiente avec un tissu en laine et ponctue cette action d'un « *doux doux doux* ». La patiente retire sa main, l'approche de son visage. Puis, Madame D. tend à nouveau la main spontanément vers l'orthophoniste, lui signalant ainsi qu'elle souhaite recommencer. Cette séquence d'actions est réitérée à cinq reprises.

Ce geste, de « tendre la main » vers l'interlocuteur est un geste d'accordance, puisqu'il renvoie au souhait de la personne d'entrer en relation avec autrui (Delamarre, 2014). Madame D. pourtant si passive durant cette première séance, exprime par ce geste sa recherche de contact avec l'orthophoniste.

Cette attitude consistant à tendre la main vers l'orthophoniste ou à lui attraper la main apparaît plusieurs fois au cours du protocole. Par exemple :

- Séance 3 : Madame D. attrape la main de l'orthophoniste qu'elle tire vers elle puis qu'elle repousse
- Séance 10 : « *Bonjour Madame* » *en tenant la main de l'orthophoniste*
- Séance 12 : Madame D. se redresse, se penche loin en avant, attrape la main de l'orthophoniste puis sa main qu'elle pousse loin.

1.1.5 Les gestes à visée communicationnelle

Au cours des séances, nous notons la présence de gestes symboliques et déictiques. Ces gestes apparaissent pour souligner ou remplacer le discours de Madame D.

Les gestes symboliques observés renvoient à des mouvements de tête pour exprimer son accord ou son désaccord. Par exemple, séance 2 :

O : « Je vous en redonne une ?

P : *acquiesce d'un signe de tête - hum* ».

Nous notons également quelques gestes déictiques consistant à montrer quelque chose. Par exemple lors de la séance 4 :

P : « et si avec ça ? » Madame D. désigne un morceau de carton.

Ainsi, ces gestes s'inscrivent toujours dans la situation et sont cohérents et adaptés aux propos de Madame D.

1.1.6 Frotter son visage

Durant toutes les séances, nous relevons que Madame D. se frotte le visage et les yeux très régulièrement. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées.

Il est possible que Madame D. ait une sensation de démangeaison sur le visage, d'autant qu'elle se gratte également souvent les jambes. De plus, elle se frotte énormément les yeux ce qui peut aller dans le sens d'une gêne visuelle comme nous l'évoquions plus haut.

Il peut également s'agir d'un besoin de sentir son enveloppe corporelle rejoignant l'hypothèse que nous avons posée au sujet des « sourires grimaçants » (Montani et Ruffiot, 2009).

En outre, si ce comportement est présent tout le temps chez Madame D, nous notons toutefois que très régulièrement lors de ses conduites, Madame D lâche l'objet sur lequel elle agit pour toucher son visage, puis, reprend ses explorations. Ce geste peut alors avoir valeur de soupir cognitif : les actions mobilisées par Madame D. sont prenantes cognitivement et la patiente a besoin de revenir à un éprouvé sensoriel simple.

Enfin, le décrochage attentionnel et le fait de se toucher une partie du corps peuvent traduire un sentiment d'isolement, voire un état dépressif (Delamarre, 2014).

1.1.7 Les soupirs

Les soupirs de Madame D. sont corrélés au nombre d'actions qu'elle conduit. Par exemple, lors de la séance 27, Madame D. mène davantage de conduites que durant les séances précédentes. Nous relevons alors 6 soupirs. Cela peut signifier que ce travail demande beaucoup d'efforts cognitifs pour Madame D. qui est très mobilisée. Ces soupirs ont alors une valeur de clôture d'activité.

1.1.8 Ouverture de bouche

Lorsque l'orthophoniste pose des objets sur la table devant Madame D. ou approche des objets de la main de la patiente, celle-ci ouvre la bouche. Par exemple lors de la séance 1 : à plusieurs reprises, l'orthophoniste pose sur la main de la patiente une balle avec des picots et ponctue cette action : « *pique pique pique* », à chaque fois, la patiente ouvre la bouche. De plus, nous notons plusieurs fois que ce même comportement apparaît lorsque l'orthophoniste pose des objets près de Madame D.

Madame D. a peu de contact avec des personnes en dehors des temps de repas et de toilette. De plus, aucun objet n'est proposé ni approché d'elle excepté lorsqu'on l'aide à manger. Lors des entretiens semi-dirigés conduits auprès du personnel soignant, dont nous développerons les résultats plus bas, un soignant explique en effet que les soignants ne mettaient pas d'objets à sa disposition. Aussi, le seul contact de Madame D. avec un objet au quotidien est avec les couverts. Nous posons alors l'hypothèse que Madame D. ouvre la bouche par réflexe et habitude des temps de repas.

1.1.9 Inflexions vocales : ô plaintifs et productions orales

Durant toutes les séances, Madame D. produit des inflexions vocales que l'on peut qualifier de « ô plaintif ». Si ce phénomène est présent durant toutes les séances, les « ô plaintifs » ont toutefois tendance à diminuer au fil du temps. Ces modulations vocales sont du registre de la plainte, nous posons l'hypothèse que par cette attitude, Madame D. exprime un état interne comme un mal-être. Cela rejoint les propos de Grosclaude (2019), la personne atteinte de TNCM ne cesse d'exprimer ses émotions à sa manière, par les stéréotypies, les cris, et dans notre cas, les « ô plaintifs ».

Au fil des séances, Madame D. témoigne son envie d'entrer en relation avec l'orthophoniste par son attitude non-verbale. Cela représente un véritable changement pour Madame D., jusqu'alors si passive, qui s'ancre désormais dans l'interaction et dans l'échange verbal avec l'orthophoniste.

1.2 Communication verbale

Tableau 2: Grille d'observation de la communication verbale de Madame D.

COMMUNICATION VERBALE											
SÉANCES :	1	2	3	4	7	8	10	12	14	20	27
Productions verbales											
Total des productions audibles et non-audibles	18	23	8	72	32	74	50	32	75	37	9
Productions non-audibles	18	14	5	67	27	61	39	18	62	27	4
Productions audibles		9	3	5	5	18	11	14	13	10	5
Type de production verbale audibles											
Mots isolés ou juxtaposés		4	3	2	4	13	7	8	7	3	2
Phrases simples		4		3	1	5	4	5	6	5	2
Phrases complexes		1						1		2	1
Chant						5					
Actes de langage											
Poser une question		1		2			1		2		
Répondre à une question		3	2	2	4	10	5	9	5	5	1
Mécanismes conversationnels			1			6	3	2	3	2	1
Marqueurs de politesse											
Ponctuation d'action		1					1		1		
Faire un commentaire		2		1	1	3	2	3	2	3	2

Nous notons premièrement que durant certaines séances, Madame D. occupe énormément l'espace sonore. Cela signifie que les productions vocales de Madame D. sont nombreuses et ponctuent la séance tout du long. Par exemple, lors des séances 4, 8 et 14, nous relevons un nombre important d'inflexions vocales que nous qualifions de « ô plaintifs », mais également de nombreuses productions verbales audibles ou non-audibles. Cela correspond à des séances où Madame D. est bien ancrée dans l'interaction et les regards adressés à l'orthophoniste sont nombreux. À l'inverse, sur certaines séances, Madame D. est silencieuse comme à la séance 3 ou 27. Les productions vocales de Madame D. sont alors moins nombreuses, qu'il s'agisse des « ô plaintifs » comme des productions verbales.

1.2.1 Les productions verbales non-audibles

Parmi les productions verbales de Madame D., nombreuses, ne sont pas audibles, car l'intensité de sa voix est trop faible. Dès la première séance, nous relevons ce type de production. Bien que nous ne puissions déterminer si ces productions sont adéquates, nous identifions toutefois des mots et les propos semblent suivre une cohésion lexicale et grammaticale.

Nous nous interrogeons cependant quant à la valeur de ces productions dans l'interaction avec l'orthophoniste. En effet, lorsque Madame D. répond aux questions de l'orthophoniste, ses réponses sont toujours d'intensité sonore suffisante et souvent accompagnées d'un regard. Aussi, ces productions non-audibles sont-elles adressées à l'orthophoniste ? Il est possible que ces propos renvoient aux pensées et aux souvenirs de Madame D. En effet, pour Feil (2005), la personne atteinte de TNCM vit des émotions de son passé et ses paroles peuvent renvoyer à une situation émotionnellement forte vécue par le patient des années auparavant. Ainsi, le patient ne s'inscrit pas dans la situation présente mais évoque des éléments appartenant à un autre contexte.

Toutefois, lorsque l'orthophoniste réagit à l'un de ses propos, le dialogue entre Madame D. et l'orthophoniste peut s'établir. Madame D. qui évoque un élément extérieur à la situation répond pourtant aux questions de l'orthophoniste et s'inscrit ainsi dans l'interaction. Par exemple, lors de la séance 8 :

P : « [xxx] du soleil »

O : - Du soleil ? vous avez envie de soleil ?

P : - Oh oui, il fait quand même meilleur »

Si certains propos de Madame D. sont d'une intensité sonore insuffisante, nous relevons également des productions verbales audibles et adressées à l'orthophoniste.

1.2.2 Les productions verbales audibles

Dès la deuxième séance, nous relevons des productions verbales audibles et adressées à l'orthophoniste de la part de Madame D. Cela représente un changement important pour cette dame qui ne s'exprimait pratiquement plus verbalement. Les propos de Madame D. suivent une cohésion lexicale et grammaticale. Ses échanges sont la plupart du temps cohérents et ancrés dans la situation. Toutefois, nous verrons que Madame D. produit parfois des associations contextuelles qui rendent le discours incohérent.

Madame D. s'adresse principalement à l'orthophoniste en réponse à ses questions par des mots isolés ou juxtaposés. Par exemple :

- Séance 3 : O : « *Madame D. vous êtes fatiguée ?*
P : - *Non* »
- Séance 8 : O : « *Je reviens vous voir lundi.*
P : - *d'accord* »

Dès la troisième séance, Madame D. emploie des formules de politesse et des mécanismes conversationnels. La patiente répond aux salutations et aux au revoir de l'orthophoniste, comportement qu'elle conduit ensuite durant toutes les séances suivantes.

- O : « *Bonjour Madame D., bonjour*
P : - *Bonjour.*
O : - *Comment allez-vous ?*
P : - *Ça va* »

De plus, Madame D. remercie l'orthophoniste à plusieurs reprises. Lors de la séance 2, l'orthophoniste ramasse une boule de papier que Madame D a fait tomber :

- O : « *Elle était tombée l'autre, je vais la ramasser* ».
P : - *Merci* »

Puis, lors des séances 10, et 14, Madame D. remercie l'orthophoniste à la fin de la séance. O : « *Au revoir Madame D.*

- P : - *Au revoir, merci* »

Ainsi, l'emploi des marqueurs de politesse par Madame D. rend compte de son entrée dans l'échange avec l'orthophoniste. Bien que nous ne sachions pas dans quelle mesure

Madame D. identifie la profession de l'orthophoniste, elle la remercie du temps passé ensemble, ce qui permet d'envisager que Madame D. reconnaisse l'orthophoniste.

Par ailleurs, Madame D. initie également certains propos de sa propre initiative. De manière générale, ses échanges sont cohérents et les feedbacks à la situation et à l'interlocuteur sont respectés.

Tout d'abord, nous relevons quelques questions. Par exemple séance 4 :

P : « *Oh qu'est-ce qu'il faut faire ?* »

O : - *Vous faites ce que vous-voulez. »*

En interpellant ainsi l'orthophoniste, Madame D. démontre son intérêt pour l'activité. Aussi, Madame D. et l'orthophoniste parlent à propos de l'activité en cours. En effet, l'ajustement protologique et langagier a pour vocation de créer un espace d'attention partagée. Par cette question Madame D. nous signale être dans l'échange avec l'orthophoniste autour de ce travail.

Puis, dès la séance 8, Madame D. produit davantage de phrases simples et complexes. Nous relevons en effet à partir de cette séance plus de commentaires spontanés de la part de Madame D. Par exemple lors de la séance 20, une boule de papier est tombée par terre et l'orthophoniste vient de la ramasser :

P : « *faut pas [xxx] parce qu'après ça peut tomber par terre puis c'est tout sale.* »

O : -*ça vous embête que ça tombe par terre ? »*

Madame D. fait ici un commentaire en lien avec la situation en s'adressant à l'orthophoniste.

Cependant, certains propos sont incohérents au regard de la situation. Madame D. effectue des associations contextuelles, c'est-à-dire qu'elle prend appui sur les propos de l'orthophoniste, mais les associe à des éléments extérieurs à la situation. Par exemple lors de la séance 2 :

O : « *Vous voyez ce que j'ai posé sur la table ?* »

P : - *à la cuisine ? »*

La réponse de Madame D. est de l'ordre du possible. En effet, ici, l'orthophoniste parle d'une table, cela évoque à la patiente une table de cuisine.

Enfin, Madame D. ponctue le résultat d'actions à deux reprises. Par exemple lors de la séance 2 : Madame D. fait tomber une boule de papier et ponctue cette action d'un « *Oh olala* »

très intonatif. Madame D. est sur le résultat de son action. Elle a conscience d'être « cause de » la chute de la boule de papier et est dans la symbolisation de l'action qu'elle conduit et observe.

De la même manière, lors de la séance 14, alors que l'orthophoniste fait glisser une boîte sur la table, Madame D. verbalise ce que fait l'orthophoniste et dit « [xxx] glisse ». Madame D. ponctue l'action de l'orthophoniste et est donc en mesure de parler à propos de l'action. Cette fois-ci, Madame D. s'intéresse au résultat de l'action conduite par l'autre. Cela corrèle avec nos observations des regards de Madame D. En effet, au cours de la séance 14, Madame D. suit du regard l'orthophoniste plusieurs fois. Nous pouvons alors affirmer que la patiente porte un intérêt à ce que fait l'orthophoniste.

Ainsi, Madame D. qui ne s'exprimait plus verbalement s'installe progressivement dans l'échange verbal avec l'orthophoniste au cours du protocole. Ses productions verbales sont en effet de plus en plus nombreuses et Madame D. les initie parfois spontanément. La relation établie entre l'orthophoniste et Madame D. permet à la patiente de prendre sa place d'interlocutrice et ainsi de retrouver son statut de sujet communicant.

Au fil des rencontres avec l'orthophoniste, nous relevons donc une nette évolution de la communication de Madame D. Ce changement s'établit conjointement à l'enrichissement des actions conduites par Madame D. sur les objets.

1.3 Analyse des actions menées avec les mains de Madame D.

Tableau 3 : Grille d'observation des actions menées avec les mains de Madame D.

ACTIONS MENÉES AVEC LES MAINS											
SÉANCES :	<u>1</u>	2	3	4	<u>7</u>	8	10	12	14	<u>20</u>	27
Total des actions rassemblées	68	102	114	122	52	69	92	69	60	64	166
Total des actions en enlevant frotter sa main sur la table	63	79	69	86	51	59	75	55	54	62	149
Total de l'action de frotter la main sur la table	5	23	45	36	1	10	17	14	6	2	17
Total des actions dérivant de l'action de frotter : Toucher, attraper, frotter un objet, glisser, poser sa main sur	38	42	44	37	32	36	46	31	16	34	48
Total des actions diversifiées : Appuyer-presser, faire rouler, rouler soulever, déplacer, rouler, gratter, tirer	10	12	15	12	13	15	9	13	29	18	77
Total des actions : faire tomber, lâcher un objet	6	6	6	16	3	1	14	8	6	4	13
Actions consistant à toucher les bords de la table	5	7	1	11	0	3	6	2	1	3	8

Actions réalisées sur soi : toucher une partie de son corps, tortiller ses vêtements	4	2	0	0	3	0	0	0	2	3	2
Actions réalisées dans le vide, en l'absence d'objets ou de stimulus	0	10	3	10	0	4	0	1	0	0	1

1.3.1 Analyse quantitative des actions conduites avec les mains

Tout d'abord, lors de la dernière séance analysée, la séance 27, nous relevons une nette augmentation des conduites de Madame D. au regard des séances précédentes. De plus, nous notons lors de cette séance davantage d'actions diversifiées²⁰. En effet, Madame D. mène des juxtapositions d'actions : appuyer, frotter, presser, rouler. Nous reviendrons de manière plus exhaustive sur cette séance lors de l'analyse qualitative.

Au cours des trois dernières séances, nous observons un grand nombre d'actions diversifiées. Cela correspond en effet à la période où nous relevons le plus de juxtaposition d'actions.

L'action ou schème de prédilection de Madame D. est de frotter sa main sur la table²¹. Cette action résultant de sa stéréotypie gestuelle a tendance à diminuer au fil des séances.

Enfin, les actions consistant à attraper quelque chose dans le vide, en l'absence d'objet ou de stimulus²² sont également moins présentes au cours des rencontres avec l'orthophoniste.

1.3.2 Observations qualitatives des conduites de la patiente

Au cours des séances d'orthophonie par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier, nous observons une évolution des conduites avec les mains de Madame D. Madame D a besoin d'être accompagnée par l'orthophoniste qui la sollicite verbalement, qui propose des variations et initie parfois ses actions en attrapant sa main.

Nous notons que Madame D. utilise préférentiellement sa main droite pour conduire les actions et sa main gauche reste sous la table. Lorsque l'orthophoniste l'invite à utiliser les deux mains, la patiente finit par n'en utiliser qu'une.

Madame D apprécie de toucher les bords de la table, avec sa main ou avec un objet²³. Il s'agit d'une action que nous relevons tout au long du protocole. Cela peut être mis en lien avec

²⁰ En bleu foncé dans le tableau des actions menées avec les mains

²¹ En orange dans le tableau des actions menées avec les mains

²² En gris dans le tableau des actions menées avec les mains

²³ En bleu clair dans le tableau des actions menées avec les mains

un potentiel trouble de vision, évoqué plus haut. Ainsi, Madame D ressentirait le besoin de toucher les limites de la table pour les identifier.

La patiente apprécie également de tortiller ses vêtements et pose parfois des objets sur son corps au cours du protocole²⁴. Cela lui permet probablement de ressentir son corps à travers des éprouvés sensoriels.

Nous sommes également intrigués par certains gestes : la patiente semble à plusieurs reprises ramasser quelque chose en l'absence d'objets ou de stimulus. Nous posons alors l'hypothèse que Madame D. est atteinte d'hallucinations visuelles. Toutefois, nous constatons que ce comportement diminue au cours des séances.

Les séances 1, 7 et 20 sont des séances de bilan, c'est-à-dire que Madame D dispose du même matériel sur lequel elle peut agir à sa convenance. Or, la plupart du temps, la patiente a besoin d'être sollicitée pour initier des actions. C'est pourquoi, lors de la séance 7, Madame D. met du temps à entrer dans le travail et initie peu d'actions.

Enfin la séance 27 exceptée, le nombre total d'actions rassemblées²⁵ réalisées au cours des séances semble être instable et n'augmente pas significativement. Cependant, Madame apporte de plus en plus de variations au cours du protocole. De plus, le statut des actions conduites par Madame D. évolue au fil des séances. En effet, au départ, l'orthophoniste s'est installée dans une attention conjointe à travers l'action de « frotter ». Ainsi, elle propose de contextualiser cette action grâce aux objets qu'elle fait glisser. Puis l'action de « faire glisser » s'est progressivement inscrite dans un continuum causal et temporel : faire glisser l'objet pour le faire tomber dans une boîte. Madame D. a imité cette action et ainsi partagé son expérience avec l'orthophoniste. Les conduites de la patiente passent alors du statut d'exploration à moyen.

1.3.3 L'action comme exploration

Madame D. conduit principalement des actions comme exploration : « l'action est afférente à l'objet, l'objet est significatif de cette action » (Morel, s. d.). L'objet est agi dans le seul but d'explorer sa fonction et ses propriétés physiques.

Au départ, les actions sont simples ou issues de variations de l'action de frotter²⁶ : pousser, poser sa main sur, glisser, attraper, déplacer. Le matériel utilisé est constitué de billes, de haricots, de tissus et papiers avec différentes textures. Lorsque Madame D manipule les

²⁴ En noir dans le tableau des actions menées avec les mains

²⁵ En violet dans le tableau des actions menées avec les mains

²⁶ En rouge dans le tableau des actions menées avec les mains

objets, ses conduites sont des actions simples qui suivent le même schéma : agir un objet, le poser, agir un autre objet, le poser. Nous observons par exemple l'action de frotter avec un tissu sur la table, puis de le laisser. Durant la séance 2, elle attrape une bille, la pose, et réitère. Ou encore lors de la séance 3, Madame D. fait glisser sur la table un tissu puis retire sa main.

Peu à peu, Madame D. introduit des variations dans ses conduites et mène des juxtapositions d'actions sur un même objet. Par exemple, lors de la séance 12, Madame D. réitère l'action d'attraper un haricot et de le déplacer. Puis, après les avoir bougés un par un, elle propose une variation et prend une poignée de haricots qu'elle déplace à nouveau. Madame D. poursuit ensuite ses variations en faisant glisser une partie des haricots secs vers le bord de la table. Elle les rassemble ensuite vers elle d'un mouvement de bras. Madame D. conduit ici une exploration de type différenciation d'actions sur les mêmes objets, ici les haricots, de façon à étudier les propriétés physiques de ce matériel (Morel, 2011).

Madame D. conduit également spontanément d'autres actions ne dérivant plus de sa stéréotypie : tirer, soulever, faire rouler des objets²⁷. L'introduction d'un nouveau matériel à partir de la séance 10, constitué de rubans à tirer d'une boîte ou encore d'une ficelle avec des anneaux placés dessus l'incite à explorer davantage ces nouvelles conduites. Ce type d'action augmente à partir de la séance 12 et jusqu'à la fin du protocole. Ainsi, lors de la douzième séance, Madame D. poursuit les juxtapositions d'actions sur un même objet en faisant varier les conduites : tire la ficelle, la soulève, la fait rouler dans sa main. Toutefois, l'orthophoniste a besoin d'initier le geste en plaçant la ficelle dans la main de la patiente.

De la même manière, lors de la séance 20, Madame D. conduit des différenciations d'actions sur les balles. Elle attrape une balle, la soulève, la fait rouler dans sa main, la frotte et introduit une nouvelle action en appuyant avec la balle sur la table. Nous notons ensuite que Madame D. attrape une balle à picots, et la repose directement. Nous pouvons supposer qu'elle a été surprise par l'éprouvé sensoriel procuré par la balle. Cela a pu créer un déséquilibre cognitif chez la patiente qui rejette alors l'objet.

Nous observons par ailleurs un véritable changement lors de la séance 27. Alors que les productions verbales de Madame D. sont peu nombreuses, le nombre d'actions réalisées est très important. Nous posons l'hypothèse que l'attention cognitive de Madame D. est centrée sur ses

²⁷ En bleu foncé dans le tableau des actions menées avec les mains

actions et Madame D. n'a pas besoin, à ce moment-là, de mobiliser ses capacités de communication.

Au cours de cette séance, Madame D. initie de nouvelles conduites sur les objets. Parfois, l'orthophoniste accompagne Madame D. en lui plaçant une balle dans la main, mais la plupart de ses actions sont initiées par la patiente et sans sollicitation de l'orthophoniste. Ainsi, Madame D. conduit des juxtapositions d'actions sur un même objet pour en explorer les propriétés : elle attrape une balle, la fait rouler dans sa main, frotte avec la balle, appuie dessus, la presse contre sa paume, puis la soulève. L'action de presser est introduite spontanément et pour la première fois par Madame D, sans sollicitation de l'orthophoniste. Puis, Madame D. passe en revue toutes les balles en conduisant chaque fois les mêmes actions.

En outre, Madame D. fait varier les supports sur lesquels elle fait rouler la balle : sur la table, sur son visage, sous la table sur sa jambe. Cela semble lui procurer un éprouvé sensoriel agréable.

Ainsi, les actions conduites par Madame D. ont la plupart du temps vocation à explorer les propriétés des objets et à procurer des éprouvés sensoriels. Toutefois, certaines actions conduites par Madame D. n'ont pas le même statut : l'action est alors considérée comme moyen d'atteindre un but.

1.3.4 L'action comme moyen

Madame D. conduit également quelques actions comme moyen, c'est-à-dire que l'action est menée pour obtenir un résultat (Morel, s. d.).

Ce comportement est observé chaque fois que Madame D. cherche à faire tomber un objet. En effet, Madame D. est en recherche de l'éprouvé sensoriel généré par la sensation de l'objet lui échappant de la main et du bruit produit par sa chute.

Ainsi, l'orthophoniste introduit, lors de la séance 4, une boîte qu'elle place sur ses genoux ; Madame D. poursuit son action de « faire glisser » jusqu'au bout de la table, sollicitée verbalement par l'orthophoniste « jusqu'au bout, jusqu'au bout » afin de sentir la sensation que le coton lui échappe. De plus, un comportement nous paraît très intéressant lors de cette séance. À deux reprises, la patiente se penche en avant et regarde le contenu de la boîte. D'une part, cela fait partie des rares fois où la patiente porte un regard sur les objets. D'autre part, cela nous informe qu'elle est sur le résultat de son action. C'est parce qu'elle sait qu'elle a fait tomber des choses dans la boîte qu'elle en regarde le contenu.

Puis séance 10 et 12, Madame D. fait glisser les billes et les haricots sur la table pour les faire tomber dans la boîte. Au moment où les objets tombent, Madame D. sourit en sentant l'objet glisser et en entendant le bruit de l'objet dans la boîte.

Ainsi, ces actions produites par Madame D. sont conduites dans le but d'obtenir un résultat et procure un plaisir sensoriel à la patiente.

1.3.5 Le sourire lors des conduites sur les objets

A partir de la séance 7 et durant toutes les séances qui suivent, nous relevons des sourires lors des conduites d'action de Madame D. Ces sourires résultent soit du plaisir sensoriel généré par l'action de Madame D, soit d'un déséquilibre cognitif lorsque Madame D. est surprise par quelque chose :

- Séance 7 : L'orthophoniste place une balle avec grelot : Madame D. est surprise par le bruit, cela entraîne un déséquilibre cognitif et Madame D. sourit.
- Séance 10 : Madame D. attrape une bille et la lâche au-dessus d'une boîte : l'éprouvé sensoriel du moment où l'objet échappe de sa main et le bruit produit par la chute dans la boîte déclenche un sourire chez la patiente.
- Séance 12 : Madame D. tire sur la ficelle située dans une boîte et sourit.
- Séance 14 : Madame D. et l'orthophoniste tiennent chacune un bout de la ficelle sur laquelle sont disposés des anneaux. Elles soulèvent cette ficelle, ce qui déclenche un sourire.
- Séance 27 : Madame D. attrape une balle et la lâche au-dessus du vide. Madame D. sourit.

Dans ces situations, le sourire de Madame D. adressé à l'orthophoniste lors de l'action témoigne de son intérêt cognitif pour la conduite qu'elle mène et de la relation créée entre elle et l'orthophoniste autour des objets.

1.3.6 L'ajustement protologique et langagier proposé par l'orthophoniste

L'ajustement de l'orthophoniste s'installe dans plusieurs possibles et nous notons une évolution au cours du protocole. En effet, cette méthodologie a pour objectif de permettre à l'orthophoniste de se glisser au cœur des préoccupations cognitives de la personne. Aussi, cet ajustement est différent selon les conduites réalisées par la patiente.

Tout d'abord, l'orthophoniste s'inscrit dans l'action de « faire glisser » en imitant les conduites de Madame D. Par l'imitation, l'orthophoniste donne les conditions pour être en

attention partagée avec la patiente, condition indispensable à toute rencontre. Puis, l'orthophoniste invite Madame D. à l'imiter à son tour : « A vous Madame D ».

Parfois, cela ne suffit pas et l'orthophoniste a besoin d'ébaucher le geste en attrapant la main de la patiente comme en lui plaçant la balle ou la ficelle dans la main directement. De manière générale Madame D. initie des actions mais a besoin de sollicitations verbales et gestuelles soutenues de la part de l'orthophoniste, sans quoi Madame D. arrête rapidement l'action qu'elle conduit. Ainsi, l'orthophoniste ponctue les actions de Madame D. : « frotte frotte frotte », « tire, tire, tire », « jusqu'au bout, jusqu'au bout ».

Nous notons également à partir de la séance 10 que Madame D. s'engage dans ses actions à partir des sollicitations verbales de l'orthophoniste.

- Séance 10 : l'orthophoniste dit à Madame D. de mettre sa main sur la table. La patiente la regarde et pose sa main sur la table. Puis, l'orthophoniste propose à Madame D. de faire tomber les billes dans la boîte posée sur ses genoux, Madame D. les pousse alors.

Dans ces interactions, Madame D. ne décroche pas son regard de l'orthophoniste et a besoin de ses sollicitations pour poursuivre ses actions.

Enfin, certaines actions sont introduites et initiées spontanément par la patiente notamment lors de la séance 27 comme l'action de presser. L'orthophoniste s'appuie alors sur les nouvelles conduites de Madame D. qu'elle ponctue verbalement et l'incite à répéter.

Ainsi, au cours des rencontres avec l'orthophoniste, les conduites de Madame D., se sont enrichies et complexifiées. En effet, Madame D. s'est installée dans l'activité partagée avec l'orthophoniste qui l'accompagne dans ses explorations. Au fil des séances, le type et le statut des actions réalisées évoluent et Madame D. initie progressivement davantage d'actions spontanément et sans sollicitation de l'orthophoniste. La patiente, si passive avant le début du protocole est alors actrice de ses explorations.

1.4 Synthèse de l'analyse des séances

Madame D. a été prise en soin par la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier à raison d'une à deux séances par semaine. L'analyse vidéo des séances montre une évolution de la communication de Madame D. tant sur le plan verbal que non-verbal. De plus, les actions conduites avec les mains par Madame D. s'enrichissent au fil du protocole.

Sur le plan non-verbal, certaines attitudes de Madame D. témoignent de son envie d'entrer en relation avec l'orthophoniste :

- Les regards à l'égard de l'orthophoniste sont de plus en plus nombreux et Madame D. suit le thérapeute des yeux.
- Des sourires émergent dans l'interaction avec Madame D.
- Des gestes d'accordance consistant à tendre la main vers l'orthophoniste apparaissent dès la première séance.
- Des gestes à visée communicationnelle ponctuent ou remplacent son discours de manière cohérente.
- Nous relevons une diminution des « ô plaintifs ».

Nous relevons également un important changement concernant la communication verbale de Madame D., qui ne s'exprimait pratiquement plus verbalement. Nous notons tout d'abord, des propos d'une intensité sonore insuffisante et nous posons l'hypothèse que ces énoncés ne sont pas directement adressés à l'orthophoniste. Parmi les énoncés étudiés, nous relevons principalement l'emploi de mots isolés, juxtaposés ou de courtes phrases. Nous repérons également quelques phrases complexes. Les propos de Madame D. émergent principalement en réponse aux questions du thérapeute ou par l'utilisation de marqueurs de politesse. Cependant, la patiente initie également l'échange en posant des questions ou en faisant des commentaires sur la situation. La cohérence contextuelle est la plupart du temps respectée. Dans l'ensemble, les productions verbales de Madame D. sont « à propos » de la situation vécue, notamment lorsqu'elle ponctue le résultat de son action ou de celle de l'orthophoniste.

Ainsi, rapidement Madame D. s'ancre dans l'échange avec l'orthophoniste. Cela rejoint alors les idées de Michèle Grosclaude (2003) et Jean Maisondieu (2017) : dès lors que la personne atteinte de TNCM se sent considérée, elle retrouve alors son statut de sujet communicant.

Concernant les actions conduites avec les mains, Madame D. considère au départ l'action comme exploration. Les actions sont principalement des variations de sa stéréotypie de frotter sur la table : pousser, glisser, poser sa main sur. Puis, Madame D. initie de nouvelles actions : tirer, soulever, appuyer.

Durant les premières séances, elle conduit des actions simples sur un seul matériel. Puis, elle juxtapose les actions sur un même objet pour en étudier ses propriétés physiques. Enfin,

lors de la dernière séance, Madame D. conduit les mêmes actions sur des objets différents afin de vérifier si ces actions peuvent être conduites sur plusieurs objets.

Le sourire accompagne certaines de ses actions et témoigne de son intérêt cognitif pour l'activité en cours.

Enfin, quelques actions sont considérées comme moyen : lorsque Madame D. fait tomber un objet dans le but de sentir un éprouvé sensoriel : sensation de l'objet qui lui échappe, bruit engendré par la chute de l'objet.

2 Recueil des observations du personnel soignant

Le recueil des observations des soignants s'est déroulé sous deux formes : spontanée et semi-directive.

Un carnet a été mis à disposition du personnel soignant afin de recueillir leurs observations spontanées concernant une éventuelle évolution de la patiente au cours du protocole.

Des entretiens semi-dirigés ont également été conduits afin de compléter les observations spontanées des soignants.

Le personnel soignant interrogé est composé de dix personnes : un infirmier, cinq aides-soignants, trois agents de services hospitaliers qualifiés (ASHQ) et une aide médico-psychologique (AMP). La profession exercée par les personnes interrogées n'a pas d'incidence sur les réponses.

Tableau 4 : Recueil des observations des soignants

OBSERVATIONS SPONTANÉES DES SOIGNANTS		
Résultats des observations :	Exemples :	Analyse :
<p>A propos des conduites de Madame D</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les échanges verbaux de Madame D. sont plus nombreux au cours de diverses situations de la vie quotidienne. - Madame D. salue et remercie le personnel. - Madame D. répond à des questions et fait des commentaires : 	<p>Madame D. répond lors de la toilette : « ça va, bien dormi. »</p> <p>« Bonjour Madame ».</p> <p>Concernant la température du bain : « C'est chaud ».</p> <p>Lorsqu'on lui demande si elle a soif, elle répond, « Non, ça va pour l'instant. »</p>	<p>Par ce protocole, l'attention du personnel est centrée sur Madame D. Les soignants s'ouvrent à l'écoute et à l'échange avec Madame D.</p> <p>En suggérant de proposer des jeux à Madame D., le personnel est dans l'observation de la patiente et s'interroge sur ses besoins et ses capacités.</p>

<p>Les conduites du personnel soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demande de mise à disposition de jeux sur la table de Madame D. -Le personnel soutient les échanges avec Madame D. 	<p>Un soignant demande à l'orthophoniste s'il peut proposer des jeux à Madame D.</p> <p>« Elle parlait de boire donc on a entamé une discussion pendant le repas »</p>	<p>Ainsi, l'intérêt que les soignants portent à Madame D. et la reconnaissance de son statut de personne communicante a un impact positif sur ses habiletés communicationnelles (Grosclaude, 2003).</p>
OBSERVATIONS DES SOIGNANTS LORS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS		
<p>Posture</p> <ul style="list-style-type: none"> -Madame D. n'est pas davantage mobilisable <p>Attitude corporelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 soignants notent un changement dans sa façon de se tenir <p>Comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussi anxieuse qu'avant pour 8 soignants - Baisse de l'anxiété selon 2 soignants -Moins « dans son monde » selon trois soignants 	<p>« Elle bouge plus »</p> <p>Elle paraît « crispée » et présente « des troubles du sommeil ».</p> <p>« elle ne frotte plus », « son visage est plus ouvert ».</p> <p>Surtout quand on lui parle, selon 1 soignant</p>	<p>Globalement, les soignants ne constatent pas de changement dans la posture ou l'attitude corporelle de Madame D. Toutefois, une personne relève qu'elle « bouge plus ». Madame D., qui est davantage dans l'échange a peut-être une posture plus habitée.</p> <p>Seuls 2 soignants relèvent des signes d'une baisse de l'anxiété de Madame D. La stéréotypie consistant à frotter n'est sans doute pas considérée comme un signe d'anxiété pour les autres soignants.</p> <p>Enfin Madame D., semble plus présente, mais cela nécessite qu'on lui parle et la considère (Grosclaude, 2003).</p>
<p>Actions mobilisées avec les mains</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la stéréotypie selon 4 soignants, les autres n'avaient pas repéré ce geste. -Attrape davantage d'objets au quotidien selon 2 soignants Agrippe ses vêtements, comportement qu'elle tenait déjà avant le protocole. 	<p>Le fait « beaucoup moins et n'avance plus ses mains vers les autres ».</p> <p>Attrape des objets de la vie quotidienne ou de son environnement</p> <p>Retire un scratch</p> <p>« retient son drap quand on veut le retirer ».</p>	<p>Les soignants observent une diminution de la stéréotypie et du geste « d'avancer les mains vers les autres ». Cela est à mettre en lien avec le travail de l'orthophoniste : par ces gestes Madame D. exprime une préoccupation cognitive qu'elle peut exprimer lors des séances.</p> <p>A la demande de l'orthophoniste, Madame D. ne dispose pas d'objets pour ne pas interférer avec le protocole en cours.</p>

<p>Communication non- verbale</p> <p>Changements concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'expression du visage, pour 4 soignants. - Le nombre de regards de Madame D. pour 3 soignants - Le sourire, pour 1 soignant 	<p>« Visage moins fermé »,</p> <p>« Faciès plus détendu »,</p> <p>« Grimace lorsqu'elle a mal »</p>	<p>Peu de soignants remarquent des changements dans l'attitude non-verbale de Madame D. Y sont-ils sensibilisés ? Peuvent-ils prendre le temps d'observer et d'échanger avec Madame D ?</p>
<p>Communication verbale</p> <p>Tous les soignants relèvent des propos intelligibles, à propos et adressés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Emploi de formules de politesse selon 9 soignants -Commentaires en lien avec la situation selon 9 soignants -Expression d'un ressenti ou d'un état interne selon 5 soignants -Expression d'un souhait selon 1 soignant 	<p>« Merci », « Bonjour Madame »</p> <p>Remarques au sujet de son plat « c'est chaud », « c'est froid », « c'est bon »</p> <p>Communique aux soignants ses douleurs : « tu me fais mal » et « doucement »</p>	<p>Tous les soignants reconnaissent que Madame D. s'exprime plus verbalement.</p> <p>Aussi, par cette nouvelle attitude verbale, Madame D. retrouve sa place de sujet communicant : elle entre en relation avec les soignants et peut exprimer certaines sensations.</p>
<p>Ressenti et incidence du protocole sur la pratique du personnel soignant</p> <p>La mise en place de ce protocole a des effets sur la pratique des soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ils s'ajustent mieux à Madame D. -6 soignants évoquent au cours de l'entretien s'adresser davantage à Madame D » 	<p>« je vais plus doucement quand la personne l'exprime ».</p> <p>« Maintenant, elle peut exprimer quand elle a mal. Avant, le personnel ne le savait pas. Maintenant, elle peut dire si elle reveut à manger. »</p> <p>« je prends plus le temps à lui parler et à attendre sa réponse et je n'hésite pas à lui répéter, car elle ne comprend pas tout de suite »</p>	<p>Changements dans l'attitude du personnel soignant à l'égard de Madame D :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La mise en place du protocole incite le personnel soignant à davantage observer et échanger avec la patiente. -Madame D. exprime son ressenti est n'est plus passive face aux soins ce qui amène les soignants à s'ajuster à la patiente. -La progression des compétences langagières de Madame D. fait évoluer le regard que porte le personnel soignant sur la patiente. Madame D. retrouve sa place de sujet communicant, et ainsi, les soignants la considèrent davantage et prennent le temps d'échanger avec elle (Grosclaude, 2003).

A l'issue du protocole orthophonique, les soignants constatent une évolution chez Madame D. Certains relèvent dans l'attitude non-verbale de Madame D. qu'elle semble avoir un visage plus détendu et être moins anxieuse. D'autres trouvent que Madame leur adresse davantage de regards.

Certains soignants notent par ailleurs une réduction de la stéréotypie de Madame D. consistant à froter.

Les changements les plus significatifs portent sur la communication verbale de Madame D, qui ne s'exprimait pratiquement plus par ce canal. Tous ont recueilli des propos intelligibles et adressés à leur égard.

Cette nouvelle attitude verbale de Madame D. a un impact sur le personnel soignant qui s'ajuste aux remarques de Madame D et prend plus de temps pour parler à la patiente. Or, la reconnaissance du statut de sujet communicant par le personnel soignant a un impact positif sur les habiletés communicationnelles de la patiente (Grosclaude, 2003).

DISCUSSION

1 Validation des hypothèses

1.1 Rappel de la problématique

Dans cette étude, nous nous sommes posé la question suivante : la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier appliquée à la prise en soin des patients atteints d'un TNCM à un stade avancé permet-elle un enrichissement des actions menées avec les mains et une augmentation des conduites communicationnelles valorisant leur statut de sujet communicant ? »

Pour répondre à cette question, nous avons traité les 3 hypothèses suivantes à travers l'étude de cas unique de Madame D.

1.2 Hypothèse 1

H1 : *L'approche reposant sur la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier peut être proposée à des patients présentant un TNCM à un stade sévère.*

Cette hypothèse est validée. En effet, l'intervention orthophonique par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier a été conduite durant plus de 5 mois auprès de Madame D. L'analyse vidéo des séances révèle une adhésion de la patiente durant les séances. Madame D. est sensible à l'ajustement verbal et gestuel de l'orthophoniste. Nous notons, au cours de l'intervention, que la patiente s'ancre dans la relation avec l'orthophoniste autour du travail des mains. Nous relevons enfin une progression globale de la patiente durant le protocole que nous détaillerons à travers la validation des hypothèses suivantes.

1.3 Hypothèse 2

H2 : *Cette approche a un retentissement sur la mobilisation des patients notamment sur leur relation aux objets et sur ce qu'ils font avec leurs mains.*

Cette hypothèse est également validée. Tout d'abord, l'analyse vidéo des actions mobilisées avec les mains montre une évolution des actions et de leur statut au cours du temps.

Au départ, l'action est considérée comme exploration. Il s'agit d'actions simples, résultant de variations de la stéréotypie gestuelle de Madame D : « frotter ». Progressivement, Madame D. initie de nouvelles actions sur les objets. Elle juxtapose alors des actions sur un

même objet, afin d'en étudier ses propriétés. Puis, Madame D. poursuit ses explorations et mène des actions similaires sur des objets différents. De plus, la conduite de certaines actions déclenche des sourires chez Madame D. Enfin, certaines actions sont considérées comme moyen : lorsque Madame D. fait volontairement tomber un objet dans le but de sentir un éprouvé sensoriel : sensation de l'objet qui lui échappe, bruit engendré par la chute de l'objet.

Les évolutions repérées au long des séances témoignent d'un possible investissement cognitivo-émotionnel de Madame D., mais cela implique que l'orthophoniste se glisse dans ses préoccupations gestuelles et la soutienne en ce sens.

Madame D. sourit lors de la réalisation de certaines actions, signe que l'activité partagée avec l'orthophoniste est au plus proche de ses préoccupations cognitives : Madame D. se questionne et s'étonne sur le résultat de ses conduites d'action et en fait part à sa manière à l'orthophoniste.

De plus, nous notons au cours de l'analyse vidéo que la stéréotypie gestuelle de Madame D. est moins présente au fil des séances. Des soignants expliquent également avoir constaté sa diminution. En effet, comme le souligne Grosclaude (2019), la personne atteinte de TNCM à un stade sévère s'exprime par son attitude non-verbale. Aussi, la stéréotypie gestuelle de Madame D. a une signification et peut renvoyer à l'expression d'un besoin comme celui de ressentir un éprouvé sensoriel. C'est pourquoi, Madame D. a été choisie pour la mise en place de ce protocole. La méthodologie de l'ajustement protologique et langagier offre à la patiente un espace favorable aux éprouvés sensoriels et aux explorations avec les mains (Morel, 2005). De plus, l'orthophoniste l'accompagne et met du sens sur les actions qu'elle conduit. Ce geste, qualifié de stéréotypie gestuelle non porteur de sens devient alors une action ayant pour but d'explorer les propriétés de la table ou d'un objet. Nous posons alors l'hypothèse qu'à travers l'exploration de l'action de « frotter » lors des séances, Madame D. a extrait des régularités à propos du résultat de cette action. Aussi, elle n'a plus besoin d'explorer cette action en dehors des séances d'orthophonie.

Lors de l'entretien semi-dirigé, peu de soignants soulignent un changement concernant la relation qu'entretient Madame D. avec les objets du quotidien. Nous relativisons toutefois ce résultat puisque, à la demande de l'orthophoniste, les objets ne sont pas mis à disposition de la patiente afin de ne pas interférer avec le protocole en cours.

1.4 Hypothèse 3

H3: *Cette approche a pour conséquence l'augmentation des conduites communicationnelles ce qui permet aux patients de retrouver une place de sujet communicant.*

Cette troisième hypothèse est validée. Plusieurs données nous permettent de l'affirmer.

Tout d'abord, l'analyse vidéo met en exergue une augmentation des interactions communicationnelles de Madame D. lors des séances d'orthophonie tant sur le plan non-verbal que verbal. Avant le protocole, Madame D. n'était quasiment pas dans l'interaction et son attitude était passive. Au cours des séances, nous relevons des signaux non-verbaux de recherche de lien : les regards sont plus nombreux et plus intenses, des sourires émergent, des gestes d'accordance comme le fait de tendre sa main vers l'orthophoniste ponctuent certaines séances. De plus, Madame D. s'exprime verbalement dès la seconde séance. Les productions verbales de Madame D. apparaissent en réponse aux questions de l'orthophoniste ou par l'utilisation de marqueurs de politesse. La patiente initie également le dialogue avec l'orthophoniste en posant des questions et en faisant des commentaires, la plupart du temps cohérents au regard de la situation.

Ainsi, nous pouvons affirmer que la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier favorise les conduites communicationnelles de Madame D. La relation entre l'orthophoniste et la patiente s'établit autour du travail des mains et l'« activité partagée » devient support de l'interaction. Cette approche favorise l'intersubjectivité cognitive (Morel, 2005). De plus, cette méthodologie permet à l'orthophoniste d'identifier et de s'appuyer sur les intérêts cognitifs selon chaque patient. Enfin, l'étayage et l'accompagnement proposés par l'orthophoniste autour de ses préoccupations cognitives favorisent la rencontre entre l'orthophoniste et la patiente. En ce sens, nous pensons que les résultats que nous avons obtenus concernant les habiletés communicationnelles de la patiente résultent de la mise en place spécifique de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier.

En effet, nous notons dès la première séance des signes de recherche de lien de la part de Madame D. La patiente a peu l'occasion d'être en relation duelle avec autrui sur des temps aussi longs. De plus, par son attitude, l'orthophoniste valorise le statut de Madame D. : elle lui parle, lui explique le déroulé de la séance, lui pose des questions. Madame D. est alors considérée. Nous pensons que le temps accordé à Madame D. par l'orthophoniste et l'approche du thérapeute consistant à considérer Madame D. comme un partenaire d'échange a également un impact positif sur ses conduites communicationnelles. Pour Grosclaude (2003) ou Maisondieu (2017) la personne atteinte de TNCM à un stade avancé s'isole et n'est plus dans l'échange car

l'entourage ne la considère plus. Dès lors que le statut de sujet communicant est rétabli, la personne s'inscrit à nouveau dans l'interaction.

Enfin, le personnel soignant intervenant auprès de Madame D. constate également une évolution de la communication, en particulier verbale au quotidien. De ce fait, les soignants s'adressent davantage à Madame D. et prennent plus de temps pour échanger avec elle. Ainsi, notre étude a un impact sur les soignants. D'une part, la mise en place de ce protocole incite les soignants à observer et à entrer en relation avec Madame D. D'autre part, Madame D., s'exprime davantage verbalement depuis la mise en place de l'intervention orthophonique, ce qui favorise et soutient l'interaction. Madame D. est alors vue comme un partenaire d'échange par le personnel soignant, ce changement de regard sur Madame D. a pour incidence de favoriser sa recherche d'interaction (Grosclaude, 2020).

Ainsi, cette approche orthophonique a eu pour conséquence de permettre à Madame D. de retrouver une place de sujet communicant.

2 Limites de l'étude

2.1 La population

Notre protocole est une étude de cas unique. De ce fait, notre population est constituée d'une personne atteinte de TNCM à un stade avancé, Madame D. Ainsi, nous nuancions la validation de nos hypothèses ci-dessus, car nos résultats concernent Madame D. et il est difficile de généraliser ces données à l'ensemble de la population de personnes atteintes de TNCM à un stade sévère. Toutefois, l'analyse de cette patiente, les travaux antérieurs de Caillet-Gipeaux (2019) ainsi que les données de la littérature nous amènent à poser l'hypothèse de la possibilité de proposer cette approche orthophonique à toute personne atteinte de TNCM à un stade avancé.

2.2 Outils utilisés et modalités de passation

Les outils utilisés et les modalités de passation comportent des limites.

2.2.1 Analyse des séances d'orthophonie

Tout d'abord, il n'existe pas de bilan validé et fidèle pour mesurer la communication de la personne atteinte de TNCM à un stade sévère. De la même manière, aucun test normé ne permet d'évaluer les actions conduites avec les mains chez la personne atteinte de TNCM. Ainsi, nous avons dû élaborer nos propres grilles d'observation.

De plus, l'analyse quantitative que nous avons menée nous permet d'observer les tendances, c'est-à-dire, le nombre d'actions et d'interactions qui augmentent ou se réduisent au fil des séances. Toutefois, nous n'avons pas mené d'analyse statistique sur ces données ce qui aurait pu apporter davantage de fiabilité à notre étude.

Pour rendre notre étude plus objective, nous avons initialement envisagé de n'étudier que les séances dites de bilan. Durant ces séances, il s'agit d'observer ce que fait Madame D. avec un même matériel sans sollicitation de l'orthophoniste. Or, ces séances n'étaient pas les plus révélatrices du niveau de Madame D. puisque la patiente conduit davantage d'actions lorsque l'orthophoniste l'accompagne. Madame D. a besoin de s'ancrer dans la relation avec l'orthophoniste pour réaliser des conduites.

Nous avons donc choisi d'analyser les séances d'orthophonie de Madame D. au cours de l'intervention classique.

Le choix du matériel apparaît également comme un autre biais. En effet, certaines actions sont déclenchées par un matériel en particulier. Par exemple, les rubans engendrent l'action de tirer. Ainsi, la comparaison du nombre et du type d'actions d'une séance à l'autre est difficile à élaborer puisque le matériel diffère.

L'analyse des séances de Madame D. a été conduite sur support vidéo. Aussi, cette modalité comporte des biais puisqu'il n'est pas possible de prendre en compte la situation dans son ensemble. Par exemple, nous ne voyons pas toujours le visage de l'orthophoniste et de la patiente simultanément, cela pourrait expliquer certaines réactions de la patiente.

Enfin, l'analyse vidéo à partir des grilles d'observation que nous avons élaborées reste subjective, car elle peut résulter de notre interprétation, bien que nous nous attachions à décrire les conduites de la patiente le plus objectivement possible.

2.2.2 Les observations des soignants

Les observations spontanées et semi-dirigées des soignants comportent également des biais.

Pour son mémoire, Caillet-Gipeaux (2019), avait déjà mis en place cette méthodologie pour d'autres patients, en particulier une dame, avec qui ce travail avait fonctionné au sein de cet EHPAD. Aussi, les soignants se souviennent de la mise en place de ce protocole réussi et s'attendent dans le cas de notre étude au même résultat. De plus, la mise en place de ce protocole les incite à observer davantage Madame D. au quotidien et à chercher à entrer en contact avec cette patiente. Ainsi, il peut y avoir un biais de confirmation, les soignants intéressés par notre

étude sont plus sensibles à toutes les formes de communication de Madame D. Toutefois, de nombreux exemples étayent leurs réponses ce qui permet de fiabiliser nos résultats.

Parmi les réponses des soignants, peu observent de différences concernant la communication non-verbale de Madame D. Il est possible que les soignants y soient moins sensibilisés et n'aient pas le temps de pouvoir l'observer. Enfin, le personnel note également peu de changement dans les actions menées sur les objets au quotidien. Cette réponse comporte un biais puisque, le temps du protocole, aucune activité avec du matériel n'a été proposé à Madame D.

3 Intérêt orthophonique et perspectives de recherche

3.1 Intérêt orthophonique

L'orthophonie est l'un des acteurs de la prise en soin des patients atteints de TNCM. Son rôle vise au « maintien et à l'adaptation des fonctions de communication » (NGAP, 2002). Or, nous l'avons vu de nombreux orthophonistes arrêtent leur intervention en raison de l'aggravation des troubles cognitifs. En effet, à ce stade de la maladie, l'intervention classique fondée sur la stimulation langagière et cognitive n'est plus envisageable.

La méthodologie de l'ajustement protologique et langagier offre alors un nouveau cadre d'intervention pour les orthophonistes auprès de leurs patients atteints de TNCM à un stade avancé. Il s'agit d'une méthodologie spécifique au métier d'orthophoniste et déjà pratiquée par de nombreux professionnels auprès d'enfants.

Ainsi, il ne s'agit pas pour l'orthophoniste de rééduquer le patient atteint de TNCM et d'espérer la restauration d'une communication quasi-normale. Nous ne pouvons évidemment pas lutter contre l'évolution des lésions cérébrales induites par la maladie. L'objectif pour l'orthophoniste est de maintenir la communication du patient avec l'entourage, quel que soit le stade de sa maladie. Cela passe alors par deux axes :

- La prévention tertiaire : la prise en soin orthophonique par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier permet au patient de maintenir une communication. L'activité partagée par cette méthodologie favorise l'intersubjectivité cognitive entre l'orthophoniste et le patient. Le matériel protologique répond aux besoins sensoriels et exploratoires du patient. Au quotidien, le patient est moins passif et davantage dans la recherche de lien.

- La prévention primaire : le travail de l'orthophoniste est aussi d'informer le personnel soignant et l'entourage du malade de l'importance de ne jamais cesser de communiquer avec le patient même à un stade sévère. De plus, ce travail permet également de sensibiliser le personnel soignant quant à l'intérêt de mettre des objets à disposition de la personne. En effet, même si la personne atteinte de TNCM à un stade sévère semble « ne plus rien faire », il est important de lui proposer des objets afin qu'elle puisse conduire des actions.

3.2 Perspectives de recherche

Pour enrichir notre étude, il serait intéressant de s'entretenir avec les proches de la patiente afin de recueillir leurs observations éventuelles concernant la communication de Madame D.

De plus, dans une perspective de prévention primaire, il pourrait être intéressant de proposer aux familles et aux soignants volontaires un accompagnement pour échanger et réfléchir ensemble à la manière de communiquer avec leur proche atteint de TNCM. Cet accompagnement serait alors spécifique à chaque patient, en tenant compte de ses troubles et de ses besoins.

Enfin, ce protocole pourrait être élargi à une population de patients plus importante, afin de pouvoir généraliser nos résultats. Ce type d'étude pourrait alors être menée sur un petit groupe de personnes atteintes de TNCM à un stade avancé grâce à la méthodologie SCED, particulièrement adaptée à l'analyse clinique.

3.3 Point de vue personnel

Ce mémoire a été source d'un profond enrichissement personnel et professionnel. J'ai par ce travail accédé à des données théoriques riches sur lesquelles je m'appuierai lors de ma pratique orthophonique. Le protocole mis en place m'a permis d'aiguiser mon sens de l'observation et m'a amené à faire des liens entre les différentes données.

Tout au long de cette étude, j'ai été portée par la volonté de démontrer l'intérêt et l'importance de la valorisation du statut de la personne âgée atteinte de TNCM à un stade avancé. Cette reconnaissance de la personne, quel que soit son âge ou son handicap est une valeur qui m'accompagnera tout au long de ma carrière d'orthophoniste.

CONCLUSION

La personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs à un stade avancé conserve des capacités de communication, si l'environnement lui offre la possibilité de les exprimer. Pour citer une nouvelle fois, Grosclaude (2003), « Oui, les déments parlent, mais pour cela il est indispensable de parler avec eux ». L'orthophoniste a un rôle à jouer dans la préservation de la communication de ces personnes, si souvent isolées voire marginalisées. Aussi, le travail de l'orthophoniste est tant de stimuler et maintenir la fonction de communication de la personne, que de la considérer et de valoriser son statut de sujet communicant. Permettre à la personne atteinte de TNCM à un stade avancé de conserver ou de retrouver sa place de partenaire d'échange est une condition indispensable au maintien de sa communication.

Notre étude concerne une patiente, Madame D. atteinte de TNCM à un stade avancé. Nous avons proposé à cette patiente l'application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier à raison d'une à deux séances par semaine pendant cinq mois.

Au terme de cette étude, nous avons démontré l'impact positif de l'intervention orthophonique sur la communication et les actions menées avec les mains de Madame D. Alors que la patiente semblait isolée, voire passive et montrait peu de recherche de lien au début du protocole, Madame D. s'est véritablement ancrée dans la relation avec l'orthophoniste au fil des séances. Nous relevons au cours du protocole davantage de regards et de sourires adressés à l'orthophoniste ainsi que des échanges verbaux plus nombreux et cohérents. Les actions menées avec les mains de Madame D. sur les objets se sont de plus enrichies.

Cette évolution dans la communication de Madame D. a également été relevée par le personnel soignant intervenant auprès de la patiente. Ainsi, plusieurs professionnels affirment que la mise en place de ce protocole a eu un impact sur leur pratique puisqu'ils prennent désormais plus de temps pour échanger avec Madame D. Le regard que les soignants portent sur Madame D. à l'issue de notre étude a donc évolué : Madame D. retrouve une place de sujet communicant.

Les résultats de notre étude sont encourageants et la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier aspire à être proposée à un plus grand nombre de personnes atteintes de TNCM à un stade avancé.

« La vie psychique dure aussi longtemps que dure son existence, quel que soit l'état de son cerveau » (Maisondieu, 2017).

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Elsevier Masson.
- Austin, J. L. (1962). *How to Do Things with Words*. Oxford : University Press.
- Baillon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. et Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behavior of patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 19, 1047-52. <https://doi.org/10.1002/gps.1208>
- Behrman, S., Chouliaras, L. et Ebmeier, K. P. (2014). Considering the senses in the diagnosis and management of dementia. *Maturitas*, 77(4), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.01.003>
- Bentolila, A. (2016). Comment l'enfant en vient aux mots. Dans *Le verbe contre la barbarie* (p. 11-65). Odile Jacob.
- Berthoud-Papandropoulou, I. et Sotiropoulos, L. (2019). La compréhension comme acte solitaire. Quelques réflexions sur le sujet pensant. *Educational Journal of the University of Patras UNESCO Chair*, 3-10.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E. et Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie* (3e édition). Ortho Edition.
- Brossard, F. (2017). *L'accompagnement psychologique de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer au stade très sévère : approche psychanalytique* [these de doctorat]. Sorbonne Paris Cité.
- Brossard, F. et Caron, R. (2017). Gestes signifiants, à travers l'imitation, dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère : vécus subjectifs. *Psychotherapies*, 37(4), 211-223.
- Caillet-Gipeaux, C. (2019). *Est-ce qu'une approche de type ajustement orthophonique protologique peut être transposée chez une population âgée présentant une maladie*

- avec troubles neurocognitifs majeurs à un stade sévère ?* [mémoire DU gérontologie].
Université Pierre et Marie Curie.
- Danon-Boileau, L. (2018). *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant* (6^e édition corrigée). Presses universitaires de France / Humensis.
- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.delam.2014.01>
- Dequenoy Spychala, K. (2005). 4. Les thérapies. Dans *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer* (p. 57-70). Érès. <https://www.cairn.info/comprendre-et-accompagner-les-malades-ages--9782865868970-page-57.htm>
- Derouesné, C. (2016). Alzheimer et autres démences. Dans *Troubles mentaux et psychothérapies* (p. 64-67). Éditions Sciences Humaines.
- Dolle, J.-M. (2015). *Pour comprendre Jean Piaget* (3^{ème} édition). Dunod.
- Dore, J. (1977). « Oh them Sheriff » : a pragmatic analysis of children's responses to questions. *Child discourse*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-241950-8.50014-9>
- Ekman, P. et Friesen, W. V. (1967). Head and body cues in the judgment of emotion: A reformulation. *Perceptual and Motor Skills*, 24(3, PT. 1), 711-724.
<https://doi.org/10.2466/pms.1967.24.3.711>
- Engasser, O., Bonnet, A. et Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées : Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychotherapies*, 35(3), 151-158.
<https://doi.org/10.3917/psys.153.0151>
- Feil, N. (2005). *Validation, Méthode Feil (La) : comment aider les grands vieillards désorientés*. Lamarre.
- Gineste, Y., Marescotti, R. et Pellissier, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 42-55.

- Grosclaude, M. (2003). Les déments parlent donc ?, 26(106).
<https://doi.org/10.3917/g.s.106.0129>
- Grosclaude, M. (2017). Le dément : sujet extrême, sujet quand même. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(99), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.12.004>
- Grosclaude, M. (2019). Démence, cri, stéréotypie : du souffle vers la parole. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(112), 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.05.005>
- Grosclaude, M. (2020). Entendre le sujet dans la démence. *Topique*, 150(3), 97-104.
<https://doi.org/10.3917/top.150.0099>
- Grumetz, E. et Mattioni, E. (2015). *Arrêt de la prise en charge orthophonique dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées Enquête auprès d'orthophonistes, d'aidants et de médecins prescripteurs* [mémoire orthophonie]. Lille 2.
- Gzil, F. et Hirsh, E. (2012). Charte Alzheimer. Éthique et société. Dans *Alzheimer, éthique et société* (p. 609-616). Érès. <https://www.cairn.info/alzheimer-ethique-et-societe--9782749234953-page-609.htm>
- HAS. (2012). *Le programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer - Programme Pilote*.
- HAS. (2018a). *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'alzheimer ou à une maladie apparentée* (n° 2).
- HAS. (2018b). *Récapitulatif des travaux de la HAS sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018->
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Récapitulatif des travaux de la HAS sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/presse_dp_travaux_alzheimer.pdf
- Hoenner, C. et Gardey, A.-M. (2004). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle. *L'Information Psychiatrique*, 80(10), 829-840.

- Juillerat Van der Linden, A.-C. et Van der Linden, M. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Mardaga.
- Labourel, D. (1981). Communication non-verbale et aphasie. Dans X. Seron et C. Laterre, *Rééduquer le cerveau*. Mardaga.
- Maisondieu, J. (2017). Pas de démence sans aliénation et donc pas de soins sans prise en compte de la psyché. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(99), 161-165. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.12.008>
- Malécot, C. (2002). Etude de la communication non verbale de patients déments. *Glossa*, (80), 54-67.
- Mauduit, M. et Leclerc, P. (2009). Comment former les intervenants à domicile pour une intervention de qualité auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Gerontologie et société*, 32(128129(1)), 285-296. <https://doi.org/10.3917/g.s.128.0285>
- Montagner, H. (2012). *L'enfant et la communication*. Dunod.
- Montani, C. et Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, (79), 103-116. <https://doi.org/10.3917/cm.079.0103>
- Morel, L. (2005). Favoriser le développement des conduites langagières chez les jeunes enfants déficients mentaux. *Contraste*, 22-23, 167-186. <https://doi.org/10.3917/cont.022.0167>
- Morel, L. (2007a). Invitation à l'observation du jeu de la main et des mots chez des enfants en difficultés avec le langage. *Rééducation orthophonique*, 231, 255-271.
- Morel, L. (2007b). *L'activité ludique en articulation avec les activités de raisonnement*.
- Morel, L. (2011). Agir, penser, parler : triade constitutive d'un accompagnement thérapeutique logopédique, (48), 6-11.
- Morel, L. (s. d.). Document de formation Cogi'Act.
- Piaget, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant* (6ème édition). Delachaux et Niestlé.
- Picard, D. et Marc, E. (2020). *L'école de Palo Alto* (vol. 3). Presses Universitaires de France.

- Robert, C. (2019). L'utilisation de protocoles individuels expérimentaux et quasi-expérimentaux en psychologie : aspects théoriques et méthodologiques. *L'Année psychologique*, 119(1), 55-66. <https://doi.org/10.3917/anpsy1.191.0055>
- Rousseau, T. (1995). *Communication et Maladie d'Alzheimer*. Communication présentée au Acte du 2ème Congrès du CPLOL.
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer, approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, (503), 429-444. <https://doi.org/10.3917/bupsy.503.0429>
- Rousseau, T. (2014). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Elsevier Masson.
- Sastre, S. et Verba, M. (2001). Les interactions de tutelle avec des bébés trisomiques et des bébés typiques : le rôle de l'ajustement de l'adulte. *Enfance*, 197-214. <https://doi.org/10.3917/enf.532.0197>
- Shannon, C. et Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press.
- Sinclair, H., Stambak, M., Lézine, I. et Verba, M. (1982). *Les bébés et les choses ou la créativité du développement cognitif*. Presses Universitaires de France.
- Vygotski, L. (1934). *Pensée et langage* (4ème édition). La dispute. <https://www.decitre.fr/livres/pensee-et-langage-9782843032332.html>
- Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J. et Jackson, D. D. (1967). *Une logique de la communication*. Pocket.

ANNEXES

Annexe 1 : Photo du matériel utilisé pour l'intervention orthophonique

Annexe 2 : Grille d'observation de la communication de Madame D. au cours des séances

Annexe 3 : Grille d'observation des conduites menées avec les mains par Madame D. au cours de l'intervention orthophonique

Annexe 4 : questionnaire hétéro-administré au personnel soignant

Annexe 2 : Grille d'observation complète de la communication de Madame D.

SÉANCES :	1	2	3	4	8	7	10	12	14	20	27
COMMUNICATION NON-VEBRALE											
Regard											
Regard vers l'interlocuteur	9	34	11	54	53	37	57	69	88	46	54
Suivre du regard l'interlocuteur	5	1			4			1	11	1	1
Regard vers l'objet				4	5	5	10	1	3	2	3
Expressions faciales											
Grimace (sourire grimaçant)	52	24	3	74	62	13	44	37	32	33	17
Sourire	2				4	9	15	5	22	8	24
Rire									3		
Ouvrir la bouche	14				15	5	6	2	3	10	
Posture											
Se redresser	10	7		5	4	3	2			1	3
S'installer au fond du fauteuil		1									
Gestes											
Tendre la main vers l'interlocuteur	10	1	2				4		1		
Retirer la main	10	1								1	
Attraper, serrer la main de l'interlocuteur	1		1				1	1	1		3
Frotter son visage ou ses yeux	48	58	46	87	60	22	61	43	61	44	49
Gestes symboliques		2	1		1	1	1	1	5		
Gestes déictiques (montrer)			1	3		1					
Productions vocales non-verbales											
Inflexions vocales	81	11	2	41	51	42	76	37	83	60	23
Onomatopées		2					1				
Soupirs			1			1	1	1		4	6
COMMUNICATION VEBRALE											
Productions verbales											
Productions non-audibles ou non-intelligibles	18	14	5	67	61	27	39	18	62	27	4
Mots isolés ou juxtaposés		4	3	2	13	4	7	8	7	3	2
Phrases simples	2	4		3	5	1	4	5	6	5	2
Phrases complexes		1						1		2	
Chant					5						
Actes de langage											
Poser une question		1		2			1		2		
Répondre à une question		4	2	2	10	3	5	9	5	5	1
Affirmation d'un état interne		1				1					
Mécanismes conversationnels marqueurs de politesse		1	1		6		3	2	3	2	1
Ponctuation d'action		1							1		
Faire un commentaire				1	3	1	2	3	2	3	2
Répéter		1							1		

Annexe 3 : Grille d'observation complète des conduites menées avec les mains

SÉANCES :	1	2	3	4	7	8	10	12	14	20	27
ACTION MENÉES AVEC LES MAINS											
Différenciation d'actions											
Frotter sa main sur la table	5	23	45	36	1	10	17	14	6	2	17
Frotter avec un objet	7	15	8	18	5	6	11	10	9	5	20
Toucher, poser la main sur	14	4	5		3	5	4	5		5	4
Attraper	11	14	14	11	14	11	16	8	6	15	16
Pousser	6	6	10	6	1	3		3	1		3
Retourner	2			2							
Donner	5	2	2	2		1					1
Glisser pour faire tomber	1	4	4	14			7	7			
Déplacer	7	7	3		1	2		2	2		2
Appuyer	1	1	2	1				1		2	10
Presser		2		2							15
Faire rouler dans sa main		1	2	3	3	2		3		6	20
Poser		3			4	5	2			6	4
Gratter		1	2	3	1						5
Glisser			7		5	6	13	3		3	1
Toucher les bords de table avec la main	5	5		7		3	6	2	1	2	4
Toucher les bords de tables avec un objet		2		3						1	4
Rouler			1				1				6
Tourner			1		2	4					1
Tapoter avec				2							
Tapoter sur					5	1					
Soulever			4	1		6	3			3	16
Lâcher					3		7	1	6	3	9
Lâcher, faire tomber de la table										1	3
Tirer					1		5	7	17	3	
Rattraper										3	2
Serrer									10	1	
Tirer la table			1	1							
Toucher quelque chose en l'absence d'objet		10	3	10		2		1			1
Mettre dedans sans objet						2					
Rassembler								2			
Retour au corps et activité sur soi											
Tirer, tortiller ses vêtements	3	1			3				2	2	
Poser sur son corps	1	1								1	1
Organisation prélogiques											
Itérations d'actions	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Mises en relation											
Mettre dans											
Sortir de											

Annexe 4 : questionnaire hétéro-administré au personnel soignant

I. Contexte

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre de mon mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie qui s'intitule « Application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier chez une patiente atteinte d'un trouble neurocognitif majeur à un stade avancé ».

Durant plusieurs semaines, Madame D., atteinte de TNCM à un stade avancé a été suivie en orthophonie avec la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier. Ce questionnaire est à destination de tout le personnel soignant intervenant au quotidien auprès de Madame D. Il vise à recueillir les observations des professionnels quant aux éventuels changements observés dans le quotidien de la patiente depuis la mise en place des séances d'orthophonie.

Clara Bonson étudiante en M2 d'orthophonie à Nancy

II. Questionnaire

1. Quelle est votre profession ?
2. Avez-vous observé des changements chez la patiente ?

A. La posture

3. Avez-vous observé chez la patiente des changements dans sa posture, dans son attitude corporelle ?
 - Dans sa posture, dans sa façon de se tenir
 - La patiente semble plus mobile et mobilisable physiquement
 - Autres

B. Le comportement

4. Avez-vous observé des changements dans le comportement de la patiente ?
5. Concernant le comportement de la patiente :
 - Vous avez observé une diminution de l'expression des états d'anxiété
 - La patiente vous semble plus présente, moins « dans son monde »
 - La patiente manifeste davantage l'envie d'entrer en relation avec les autres
 - Autres observations

C. Les conduites menées avec les mains

6. Avez-vous observé des changements concernant les stéréotypies gestuelles de la patiente ? (geste répétitif consistant à frotter sur la table)
7. La patiente utilise-t-elle davantage ses mains pour :
 - Attraper des objets dans les gestes du quotidien, repas, toilette, etc ?
 - Attraper des objets dans son environnement ?
 - Agripper ses vêtements, ou toucher une partie de son corps ?
 - Autres observations

D. La communication

8. Avez-vous observé des changements dans la communication de la patiente ?
9. Avez-vous observé des changements dans la communication non-verbale de la patiente ?

La communication non-verbale correspond à tout ce que peut exprimer le patient sans utiliser de mots.

- Concernant l'expression du visage de patiente :
 - Concernant le regard, vous trouvez que la patiente vous adresse davantage de regards
 - Concernant le sourire : la patiente vous sourit davantage
 - Concernant la communication gestuelle : la patiente utilise des gestes pour se faire comprendre
 - Autres observations
10. Avez-vous observé des changements dans la communication verbale de la patiente ?
 11. Concernant la communication verbale, avez-vous observé :
 - Des productions verbales
 - Des productions verbales intelligibles, c'est-à-dire que vous pouvez comprendre
 - Des productions verbales "à propos", c'est-à-dire cohérentes par rapport à la situation
 - Des productions verbales qui ne sont pas cohérentes par rapport à la situation
 - Autres observations

12. Parmi les productions verbales, vous avez observé :

- L'utilisation de formules de politesse : bonjour, merci, au revoir
- Des commentaires sur la situation / le contexte
- L'expression d'un souhait / d'une envie
- L'expression d'une émotion, d'un état interne
- Autres observations

E. Incidence de ce travail sur la pratique des soignants

13. Avez-vous été étonnés par des comportements de la patiente depuis la mise en place de ce protocole ?

- Oui
- Non
- Remarque :

14. La mise en place de ce protocole a-t-elle eu des effets sur votre pratique ?

- Oui
- Non
- Remarque :

15. Pensez-vous que ce travail auprès de personnes atteintes de TNCM au stade sévère puisse avoir des effets bénéfiques :

- Pour les patients ?
- Pour les soignants ?
- Remarque :

16. Avez-vous d'autres remarques ou observations à apporter ?

Bonson Clara

Application de la méthodologie orthophonique de l'ajustement protologique et langagier chez une patiente atteinte d'un trouble neurocognitif majeur à un stade avancé

Résumé : A un stade avancé, les personnes atteintes de TNCM présentent un déficit sévère de la communication. Il revient à l'orthophoniste de prendre en soin ces personnes, souvent isolées. Le rôle de l'orthophoniste est de préserver la fonction de communication afin de valoriser son statut de sujet communicant. Notre étude concerne une patiente, Mme D. atteinte de TNCM à un stade sévère. L'objectif de ce mémoire est de montrer l'impact d'une intervention orthophonique par la méthodologie de l'ajustement protologique et langagier sur la communication et les actions menées avec les mains de cette patiente. Ainsi, nous avons analysé les interactions verbales et non-verbales ainsi que les actions menées avec les mains lors des séances d'orthophonie. Nous avons également relevé les observations du personnel soignant concernant l'évolution de Mme D. à l'issue du protocole. Nos résultats montrent une nette augmentation de la communication verbale et non-verbale de Madame D et les actions conduites avec les mains se sont également enrichies au cours du protocole. Les soignants relèvent des changements dans la communication de Mme D. et certains affirment prendre désormais plus de temps pour lui parler. Ces résultats ne peuvent toutefois pas être généralisés, car ils ne concernent qu'une personne.

Mots-clés : Orthophonie, Ajustement protologique et langagier, trouble neurocognitif majeur (TNCM), Stade avancé, reconnaissance du sujet

Abstract : At an advanced stage, people with major neurocognitive disorder have a severe communication deficit. It is the role of the SLP to care for these people, who are often isolated. The SLP is also here to preserve the communication function in order to enhance the status of the person as a communicator. Our study is about a patient, Mrs. D. with advanced major neurocognitive disorder. The aim of this project is to show the impact of a speech therapy intervention on the communication and hands actions of this patient. This therapy is based on the methodology of protological and language adjustment applied to people with major neurocognitive disorder. We analysed the verbal and non-verbal interactions and hands actions during the speech therapy sessions. We also report the observations of the nursing staff regarding the evolution of Mrs. D. at the end of the protocol. The result of the study shows a clear increase in Mrs D's verbal and non-verbal communication. The actions carried out with the hands were also enriched during the protocol. The carers did report changes in Mrs D's communication. Some of them even assured that after the study, they took more time to talk with Mrs D. However, these results cannot be generalised as they only concern one person.

Keywords: Speech therapy, Protological and language adjustment, Major neurocognitive disorder, Advanced stage, Subject recognition