

Étude préliminaire du bénéfice de l'utilisation du conte sur un groupe de dix personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : évaluation des capacités de communication globale

Isabelle Olivier

▶ **To cite this version:**

Isabelle Olivier. Étude préliminaire du bénéfice de l'utilisation du conte sur un groupe de dix personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : évaluation des capacités de communication globale. Sciences cognitives. 2012. dumas-00757823

HAL Id: dumas-00757823

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757823

Submitted on 29 Nov 2012

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.

Isabelle OLIVIER
Née le 12/09/1972

ETUDE PRELIMINAIRE DU BENEFICE DE L'UTILISATION DU CONTE SUR UN GROUPE DE DIX PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Evaluation des capacités de communication globale

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Année universitaire 2011-2012

Université Bordeaux Segalen Département d'Orthophonie

Mais le langage du dément n'est pas seulement fait de mots. Bien sûr, les regards, les sourires, les larmes, les cris sont autant de moyens d'échange avec l'entourage qui y lit les émotions, la tristesse, comme la joie ou la colère.

Et si la démence, parce qu'elle libère des carcans de la convenance, permettait une communication retrouvée, une authenticité de la relation humaine dans ce « cœur à cœur » qui se passe aussi de mots ?

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu Mme Chantal de CASTELBAJAC, mon maître de mémoire qui m'a aidée, conseillée et écoutée pendant toute cette longue et difficile étude. Je remercie également Marion Amirault pour son aide précieuse dans le traitement statistique de cette étude.

Mes remerciements vont aussi aux professionnels qui m'ont permis de rencontrer toutes les personnes qui font l'objet de ce travail. Je remercie Le docteur AH SOUN, médecin gériatre et Mme ROLLAND, psychologue de l'EHPAD les Fontaines de Monjous ; Mme BIJOU, infirmière référente du Grand Bon Pasteur ainsi que Mme CASES, orthophoniste à l'EHPAD Terre Nègre.

Je remercie également profondément la directrice de l'école d'orthophonie, Mme LAMOTHE, qui m'a permis d'arriver jusqu'à ce mémoire.

Mes remerciements, ma sympathie et ma gratitude s'adressent également à tous les patients que j'ai rencontrés et qui ont accepté de me recevoir au cours de ces mois.

Je tiens à remercier en dernier lieu toutes les personnes qui ont cru en moi au cours de ces années d'études. Ma famille indéfectiblement à mes côtés et mes amis mais également tous ceux que mon chemin a croisés au cours de cette évolution.

INTRODUCTION 1

1. QU'EST-CE QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ? 2

1.1. LE SYNDROME DEMENTIEL 2
1.1.1. Définition 2
1.1.2. Epidémiologie et politiques de santé publique 3
1.1.3. Physiopathologie 3
1.2. LES ATTEINTES COGNITIVES 4
1.2.1. Les troubles de mémoire 4
1.2.2. Les troubles des fonctions exécutives et attentionnelles 5
1.2.3. Les troubles praxiques et gnosiques 5
1.3. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT 5
1.3.1. Les différentes manifestations 5
1.3.2. Une forme d'expression 6
1.3.3. Les réponses apportées 7

2. LES TROUBLES DE COMMUNICATION INDUITS PAR LA MALADIE 8

2.1. DEFINITIONS ET EVOLUTION D'UN CONCEPT : LA COMMUNICATION 8
2.1.1. De la linguistique à la pragmatique 8
2.1.2. La communication verbale 10
2.1.3. La communication non verbale 11
2.2. EMOTIONS, COMPORTEMENT ET COMMUNICATION NON VERBALE 15
2.2.1. Quelques définitions : les émotions, les sentiments et les affects 15
2.2.2. Emotions et comportement 17
2.2.3. La perception des émotions chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer 18
2.3. LA RELATION DE COMMUNICATION AVEC LE PATIENT ATTEINT DE MALADIE D'ALZHEIMER 20
2.3.1. Démence et modification des processus normaux de vieillissement du langage 21
2.3.2. Les troubles du langage oral 21
2.3.3. Une relation de communication qui devient prééminente 23

3. LES PRISES EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUES 26

3.1. LES THERAPIES VERBALES 26
3.2. L'HUMANITUDE © 27
3.3. LES THERAPIES NON VERBALES 28
3.4. LE CONTE : UNE PLACE A PART 29
3.4.1. L'importance des contes dans la culture humaine 29
3.4.2. Le conte comme support d'expression 30
3.4.3. L'intérêt d'utilisation du conte auprès d'une population atteinte de maladie d'Alzheimer 31

4. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE 34

5. MATERIEL ET METHODES 35

5.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION 35
5.1.1. Groupe 1: 37
5.1.2. Groupe 2 39
5.2. CALENDRIER DE L'EVALUATION 42

5.3. ELABORATION DE LA GRILLE....44
5.3.1. Méthodologie....45
5.3.2. Les critères de l'évaluation....46
5.3.2.1. La classification des gestes....46
5.3.2.2. Les expressions faciales....46
5.3.2.3. Les items verbaux....46
5.4. DESCRIPTION DE LA GRILLE....47
5.4.1. Communication verbale....47
5.4.1.1. Prise de parole et qualité de la relation....47
5.4.1.2. Qualité du discours....47
5.4.1.3. Orientation des propos....47
5.4.2. Communication non verbale....47
5.4.2.1. Tête....48
5.4.2.2. Mains....48
5.4.2.3. Corps....48
5.4.3. Gestes extra-communicatifs....49
5.5. CONTES CHOISIS....50
5.6. CRITERES D'ANALYSE....51
6. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS....52
6.1. ANALYSE DES SCORES TOTAUX, VERBAL ET NON VERBAL....52
6.1.1. Analyse inter groupe :....53
6.1.2. Analyse intra groupe :....53
6.2. ANALYSE QUALITATIVE DE L'EVOLUTION DES SCORES AU COURS DES SEANCES....53
6.2.1. Evolution des scores du groupe 1....53
6.2.2. Evolution des scores du groupe 2....54
6.3. ANALYSE QUALITATIVE DES GESTES....55
6.3.1. Analyse de la répartition des gestes par régions du corps....55
6.3.1.1. Analyse inter groupe....55
6.3.1.2. Analyse intra groupe....55
6.3.1.2.1.Groupe 1....55
6.3.1.2.2.Groupe 2....56
6.3.2. Analyse de la répartition des gestes par fonctions....56
7. DISCUSSION....58
7.1. RAPPEL DES OBJECTIFS, DE LA METHODE ET DES RESULTATS....58
7.2. INTERPRETATION DES RESULTATS....59
7.3. COMPARAISON AVEC LES TRAVAUX ANTERIEURS....62
7.4. LIMITES DE NOTRE ETUDE....62
7.5. PERSPECTIVES....63
CONCLUSION....64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES....65
ANNEXES....70

INTRODUCTION

L'ampleur de la maladie d'Alzheimer et les prévisions d'augmentation du nombre de cas placent cette maladie au cœur des préoccupations des politiques de santé publique. La recherche médicale avance, permettant d'apporter quelque espoir dans la prise en charge précoce des troubles et le ralentissement de leur progression, dans le domaine de la prévention de la maladie à l'aide d'un vaccin actuellement à l'essai sur l'homme. Les recherches sont nombreuses et les thérapeutiques variées.

Dans le champ des thérapeutiques non médicamenteuses et de l'orthophonie, les approches sont nombreuses également. L'orthophonie privilégie actuellement les prises en charge cognitivo-comportementalistes. D'autres voies d'approche, de nature psychosociale, se développent aussi depuis plusieurs années. Elles sont fondées sur un accompagnement relationnel, thérapeutique ou non. Elles visent non seulement à préserver le plus longtemps possible des capacités restantes mais aussi à améliorer la qualité de vie de la personne dépendante. L'utilisation du conte fait partie de ces voies en cours d'exploration.

Notre étude s'inscrit dans ce contexte. Elle s'appuie sur des travaux antérieurs effectués utilisant le conte auprès d'une population atteinte de maladie d'Alzheimer. Parmi ceux-ci, le mémoire d'orthophonie réalisé en 2010 par M. Sautet, a mis en évidence un réel bénéfice du conte sur l'amélioration du langage et de la communication chez des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer.

C'est avec le but de poursuivre dans la même direction et possiblement d'ouvrir de nouvelles perspectives que nous reprenons le thème du conte comme support de communication dans la maladie d'Alzheimer. Nous élargissons l'étude à la prise en compte des comportements verbaux et non verbaux et nous ajoutons une variable mimo-gestuelle dans la manière de conter.

Notre travail s'efforcera d'apporter en introduction quelques informations concernant cette pathologie, sur les modifications profondes qu'elle entraîne, tant au niveau des capacités de communication que dans le comportement des malades. Nous aborderons les émotions et leur moyen d'expression à travers les capacités de communication non verbale dont on sait qu'elles sont de plus en plus privilégiées au cours de la progression de cette maladie neurodégénérative.

L'étude présente une utilisation du conte avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et évalue son impact sur les capacités de communication des malades.

1. QU'EST-CE QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

1.1. Le syndrome démentiel

A l'origine, le terme de démence est synonyme de folie et renvoie la pathologie dans le domaine des maladies mentales. Etymologiquement, démence signifie « perte de l'esprit », c'est-à-dire une déconstruction progressive de la vie psychique en relation avec une altération du fonctionnement mental lié à des lésions organiques du cerveau (Albou P., 2005). La démence opère petit à petit le retrait des capacités cognitives d'un sujet. Les manifestations cliniques sont différentes selon le type de démence en cause et selon la répartition des lésions, variables d'un individu à l'autre. Des études épidémiologiques ont pu montrer que la maladie d'Alzheimer (MA) est la forme de démence la plus fréquente (Auriacombe S., Orgogozo J.M., 2004 ; Gil R., 2010). C'est sur son modèle qu'ont été établis les critères du syndrome démentiel (SD).

1.1.1. Définition

Le SD se définit comme une « *combinaison de déficits neuropsychologiques acquis, ayant un retentissement sur l'autonomie du sujet, lié à une atteinte cérébrale, hors d'un état confusionnel* » (Auriacombe S., Orgogozo J.M., 2004, p.55). Considéré jusqu'au XIX^{ème} siècle comme résultant d'un affaiblissement global dû au processus de sénescence, le concept va évoluer grâce aux avancées de la recherche scientifique. En 1907, la description d'un cas de démence précoce par Aloïs Alzheimer permet d'établir une relation entre des lésions cérébrales spécifiques, non liées à l'âge, et l'altération de fonctions neuropsychologiques, tels que le langage ou la mémoire. Ce sont ces symptômes, réunis en syndrome, qui déterminent les critères de démence :

- Une atteinte d'au moins deux fonctions supérieures, dont la mémoire épisodique (apprentissage et rappel d'informations précédemment apprises), possiblement associé à une aphasie (trouble du langage), à une agnosie (trouble de la reconnaissance), à une apraxie (trouble du geste ou de sa conception) ou à un dysfonctionnement exécutif (difficultés d'abstraction, de jugement, de planification, d'initiation et de monitorage d'actions complexes) ;
- Une atteinte suffisamment sévère pour retentir sur les activités sociales et/ou professionnelles et sur les actes de la vie quotidienne avec une perte d'autonomie. Le sujet est en déclin par rapport à un état antérieur ;
- Une évolution des troubles depuis au moins 6 mois hors d'un état confusionnel aigu (apparition progressive, vs apparition brutale) ;

- Les déficits cognitifs ne peuvent s'expliquer par une autre affection du système nerveux central.

On distingue en outre trois stades (Mac Khann, 1984): maladie d'Alzheimer probable, possible et certaine qui sont définis sur la base des signes cliniques et des données médicales propres aux patients. Actuellement, le diagnostic de MA repose essentiellement sur la clinique et les tests neuropsychologiques. Aucun test de laboratoire ou examen d'imagerie cérébrale ne permet à ce jour d'attester avec certitude la démence. Le diagnostic ultime reste l'examen histologique post-mortem.

1.1.2. Epidémiologie et politiques de santé publique

L'étude épidémiologique PAQUID (Personnes Agées QUID) sur le vieillissement cérébral pathologique et normal des plus de 65 ans a apporté des informations précieuses sur la prévalence de la démence en France. Les données montrent que la démence frappe environ 800 000 personnes, dont 600 000 à 680 000 atteintes par la MA, qui représente 70 à 80% des causes de démence. La prévalence de la maladie (nombre de cas recensés dans la population à un moment donné) augmente avec l'âge, passant de 1,2% entre 65 et 69 ans à près de 30% après 90 ans. La MA est aujourd'hui la forme de démence la plus fréquente. Le vieillissement continu de la population en France et en Europe en accentue l'importance numérique, plaçant cette pathologie au cœur des préoccupations des politiques de santé publique (Ramaroson, H., Helmer, C., Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., Dartigues, JF., 2003).

L'importance numérique du nombre de malades a conduit à la mise en place d'une politique de santé publique organisée en plans triennaux. L'objectif est de développer la recherche sur la MA et d'améliorer les prises en charge et les conditions de vie des malades et de leurs aidants. En outre, le dernier plan (2008-2012) ouvre une réflexion éthique concernant les droits et le statut des personnes fragilisées en perte d'identité.

1.1.3. Physiopathologie

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la MA sont de mieux en mieux connus depuis la description initiale faite par A. Alzheimer au début du siècle dernier. Deux phénomènes caractérisent le processus neuropathologique que l'on observe au cours de l'évolution de la maladie : une perte cellulaire lente qui se caractérise par l'apparition de plaques séniles (PS) à l'extérieur de la cellule et une dégénérescence neurofibrillaire (DNF) à l'intérieur ; une sélectivité de la mort neuronale, par l'atteinte restrictive de certaines zones du cerveau. Les observations post mortem des cerveaux de patients à un stade avancé de

démence montrent une atrophie cérébrale caractéristique signalée par une diminution de volume et de poids significative. L'importance des lésions cérébrales est corrélée à celui du stade de démence (Braak, H., Braak, E., 1991).

Au plan clinique, des paliers de dégradations cognitives sont établis à l'aide du Mini-Mental-State Examination (MMSE) (Derouesné, C. et al, 1999). Ce test permet d'évaluer la mémoire et les capacités d'apprentissage, l'orientation dans le temps et l'espace, le jugement, les gnosies et les praxies. Noté sur 30, le score prend d'autre part en considération l'âge du patient, son niveau d'éducation et son niveau socio-culturel. Lorsque le score est inférieur à 24, tout âge et niveau confondus, il est considéré comme pathologique. Plusieurs stades de démences sont ainsi déterminés :

- Atteinte légère (score au MMS compris entre 20 et 25).
- Atteinte moyenne (score compris entre 10 et 19).
- Atteinte sévère (score inférieur à 9).
- Atteinte très sévère (score inférieur à 3).

1.2. Les atteintes cognitives

1.2.1. Les troubles de mémoire

Les atteintes cognitives sont variables d'un individu à l'autre. Les troubles de mémoire sont souvent les troubles inauguraux de l'entrée dans la maladie (Bouras, C. et al, 2001).

On distingue traditionnellement deux grands types de mécanismes impliqués dans les processus de mémorisation : la mémoire procédurale ou mémoire implicite, en opposition à la mémoire explicite ou consciente. La première correspond aux apprentissages non conscients et sensori-moteur (fredonner un refrain qui passe par la tête, apprendre le vélo). Elle reste longtemps préservée au cours du processus de démence. La mémoire explicite nous permet de nous constituer tous nos souvenirs et nos connaissances auxquels nous pouvons nous référer volontairement. Elle est la plus atteinte dans la MA et les troubles mnésiques peuvent affecter isolément ou de manière associée l'encodage, le stockage, et la restitution des informations.

En début de maladie, l'atteinte concerne l'acquisition de faits récents, puis progressivement de faits plus anciennement acquis. Pourtant, il semble que l'on puisse influer sur les capacités de mémoire, même à un stade avancé de démence. Ainsi l'utilisation d'un matériel chargé émotionnellement (positivement ou négativement) contribue à une amélioration des performances en mémoire explicite et mémoire implicite (Ergis, A.-M., Piolino, P., Mure, C., 2003).

1.2.2. Les troubles des fonctions exécutives et attentionnelles

Les fonctions exécutives et attentionnelles sont interdépendantes. Elles permettent d'effectuer des tâches séquentielles orientées vers un but, en adaptant et en modulant son comportement. Les troubles exécutifs et attentionnels sont probablement précoces et altèrent les capacités de pensées abstraite, de jugement et de raisonnement (Auriacombe S., Orgogozo J.M., 2004).

1.2.3. Les troubles praxiques et gnosiques

Ces troubles sont moins fréquents au début d'atteinte. Des apraxies idéatoires (perte de la connaissance du geste par méconnaissance de la finalité de l'objet) et idéomotrices (perte des connaissances posturales relatives à l'utilisation des objets) peuvent être observées au cours de la MA. Les troubles gnosiques s'expriment à travers des difficultés de dénomination d'objets. Ces troubles sont toutefois difficilement distinguables d'une atteinte cognitive plus globale ou d'un trouble linguistique (Auriacombe S., Orgogozo J.M., 2004).

1.3. Les troubles du comportement

1.3.1. Les différentes manifestations

Les troubles du comportement sont fréquents dans la MA. Ils sont presque toujours associés aux atteintes cognitives qu'ils contribuent à majorer (Rigaud, A.S., 2005). Ils sont très nombreux et peuvent consister en des **comportements de repli** (tel qu'apathie, émoussement affectif ou dépression), des **manifestations expressives** (agitation, cris, pleurs, agressivité, déambulation), de l'**anxiété**, ou des **troubles des conduites élémentaires** (perturbations du rythme veille / sommeil, troubles sphinctériens et troubles alimentaires).

L'origine des troubles peut être liée à des souffrances psychiques en relation avec les perturbations de la vie affective, induites par le vécu de la maladie (dépression avec la cohorte des idées négatives et ressentis douloureux). Les troubles peuvent aussi résulter des atteintes organiques qui favorisent un émoussement affectif, une apathie et une indifférence pseudo-dépressive. En privilégiant l'origine d'une détérioration cognitive, on a repoussé au second plan les réelles manifestations d'une souffrance psychologique. Les symptômes qui caractérisent ces deux types d'états apparaissent très similaires, rendant toute distinction entre les deux affections toujours difficile et délicate à faire (Pancrazi, MP., de Alcala, P., 1999).

On peut pourtant faire une différenciation entre la sémiologie dépressive et la sémiologie démentielle sur plusieurs points et constater que si chez les personnes déprimées l'émoussement affectif ne porte que sur les évènements positifs, chez les patients déments les manifestations émotionnelles sont sans lien avec la valeur de l'affect - il n'y a pas de source affective repérable à l'origine des manifestations émotionnelles (Derouesné, C., 1999).

Pour autant, on ne peut imputer à des causes purement organiques les raisons des troubles du comportement de la personne démente. Les troubles d'origines psychologiques existent bel et bien. (Pancrazi, MP., de Alcala, P., 1999). Ces troubles résultent des difficultés progressives d'adaptation à l'environnement. Les pertes de mémoire en sont les plus manifestes. Elles privent peu à peu l'individu de son identité et de son histoire, rendant « *la personne prisonnière d'un moment unique, sans passé et sans avenir, enlisée dans un moment constamment changeant, vide de sens* » (Sacks, O., 1985, p. 43).

Ainsi, les symptômes psychologiques et comportementaux observés dans l'évolution de la MA, résultent d'un dysfonctionnement cérébral (altérations organiques) mais qui n'est pas suffisant pour expliquer l'ensemble des troubles du comportement. Des facteurs psychologiques et environnementaux sont à prendre en compte également. On peut alors avancer que les troubles du comportement sont une forme d'expression douloureuse des affects des personnes atteintes par la maladie.

1.3.2. Une forme d'expression

On peut supposer que les différentes manifestations comportementales exprimées tout au long de la maladie sont un moyen de communication sur la base de compétences affectives restant à la disposition du dément, alors que ses possibilités d'expression verbales se restreignent (Arnaud-Castiglioni, R., 2005). Le rôle prédominant d'une dimension affective dans la prise de décision a par ailleurs été mis en valeur chez des personnes âgées sans troubles cognitifs. En comparaison d'adultes plus jeunes, les facteurs émotionnels ont une grande influence dans leur perception et leur organisation du monde (Castelli, L., Lanza, F., 2011). La même étude rappelle par ailleurs que, parallèlement au déclin normal des capacités cognitives au cours du vieillissement, les compétences émotionnelles demeurent intactes. Chez la personne démente, on sait que les facultés de communication verbales déclinantes sont peu à peu remplacées par des moyens d'expression non verbaux. Dans un ouvrage pratique consacré à la communication avec les personnes atteintes de la MA, J. Grisé (2010) donne non seulement des clés de compréhension du comportement non verbal des malades, mais propose également une méthode d'approche fondée sur la compréhension du ressenti du malade.

L. Ploton (2011) fait aussi le constat suivant : à un stade avancé de la maladie, la disparition du langage verbal et des capacités d'imagerie mentale contrastent avec une volonté persistante à vouloir signifier (approbation ou désapprobation, plaisir ou déplaisir). Et surtout, les personnes malades « *comprennent l'essentiel des messages verbaux simples qui leur sont adressés* » (Ploton, L., 2011, p. 54). L. Ploton, s'appuyant sur le postulat fait par Watzlawick (Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. 1972), propose de faire « *le pari du sens* » (Ploton, L., 2011, p. 56), c'est-à-dire d'accorder une valeur signifiante et une intentionnalité à des mises en actes alors que la parole est abolie.

T. Rousseau, en faisant référence à L. Ploton, s'est interrogé sur la valeur communicationnelle que peut avoir parfois « *le comportement jugé déficitaire du malade* » (Rousseau, T., 2011, a, p.16). Il a mené une étude de l'impact de l'institution sur les troubles du comportement chez des personnes démentes. Il considère que ces troubles du comportement sont l'expression des ressentis d'angoisse et d'anxiété qui sont à prendre en compte et à interpréter comme une forme de communication non verbale des affects. Le milieu institutionnel, lieu privilégié de soin des malades, peut paradoxalement en permettre l'expression libre et sans danger pour le résident.

1.3.3. Les réponses apportées

La Haute Autorité de Santé (HAS) fournit une piste dans un document de recommandations de bonne pratique disponible sur le site de l'organisme à l'adresse : http://www.hassante.fr.

Elle présente les réponses thérapeutiques possibles en séparant les mesures de prévention des troubles du comportement et leur prise en charge.
Dans les **mesures de prévention** entrent : les techniques de soins (attitudes de communication avec le patient, comportement et respect de celui-ci dans tous les actes de la vie quotidienne) ; les adaptions de l'environnement et tout ce qui peut concourir à une amélioration de la qualité de vie ; les actions en direction des aidants naturels et professionnels.

La **prise en charge,** (HAS, 2011), correspond aux interventions thérapeutiques non médicamenteuses dans lesquelles entrent l'orthophonie et différentes approches – rééducation cognitive, approches multisensorielles, approches orientées sur les émotions, etc. – que nous aborderons dans la troisième et dernière partie de cette introduction. Enfin, la Haute Autorité de Santé rappelle dans ce même document que la prise en charge médicamenteuse ne doit être envisagée qu'en dernière intention et doit rester strictement encadrée et restreinte.

2. LES TROUBLES DE COMMUNICATION INDUITS PAR LA MALADIE

2.1. Définitions et évolution d'un concept : la communication

2.1.1. De la linguistique à la pragmatique

La notion de communication est complexe à définir. Elle est le sujet d'étude de nombreuses disciplines du champ des sciences humaines avec des regards et des pensées qui se croisent. La communication est souvent assimilée au langage oral. Pourtant, comme J.Cosnier le souligne dans un ouvrage consacré aux communications et langages gestuels (1982), la communication humaine est bien plus riche que cela. Il décrit les différents canaux qu'elle emprunte affirmant ainsi sa multicanalité :

- **Canal verbo-acoustique**, avec ses aspects verbaux (code linguistique) et des aspects vocaux (caractéristiques expressives) ;
- **Canal visuel**, comprenant des éléments de nature statique (apparence physique d'un individu parlant) et de nature cinétique lente ou rapide (faciès basal versus mimiques expressives). Ce canal est particulièrement riche d'informations relatives à une appartenance sociale, un caractère, une humeur, etc. ;
- **Canal olfactif**, jouant un rôle important dans les rapports humains mais le plus souvent à un niveau inconscient ;
- **Canaux tactiles et thermiques**, qui jouent un rôle important dans les relations affectives.

L'acte de communication, loin de se réduire au langage oral implique donc en réalité le corps dans son entier.

Dans le cadre de cette étude, nous allons nous intéresser à la communication dans ses modalités verbales (signes linguistiques) et non verbales (signaux vocaux et gestuels, corporels et faciaux).

La conception de la communication a beaucoup évolué au cours du XXème siècle sous l'influence de l'avancée des théories scientifiques. On est passé en quelques décennies d'une conception linéaire et abstraite à la conception d'un système de relation dynamique entre une origine et le résultat d'un effet. Cette conception circulaire de la communication introduit le principe de la rétroaction ou feed-back, qui veut que tout effet rétroagit sur sa cause (Winkin, Y., 2000). La linguistique dans ce contexte évolue progressivement. R. Jakobson (Lohisse, J., 2010) attribuant des fonctions au langage effectue un rapprochement entre langue et parole mais le bouleversement profond intervient dans la communication par

l'introduction du concept de pragmatique. Le terme de pragmatique est introduit par C.W.Morris comme « *l'étude des relations des signes à leurs utilisateurs* » ((Lohisse, J., 2010, p.94). Dans cette conception de la communication, le sujet parlant/communiquant est déterminant. La communication s'élargit à une problématique entre un langage, des protagonistes et l'articulation entre les deux, déterminée par un contexte. Ainsi, dans cette perspective, la communication verbale est la « *capacité à adapter les comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à celle des partenaires de l'échange* » (Daviet, J.C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., Mazaux, JM., 2007, p. 79).

Le concept de pragmatique ne concerne pas un domaine d'étude particulier mais recouvre des champs nombreux et variés. Cependant, le point commun à tous ces domaines d'étude, c'est l'éclairage porté sur les *comportements* langagiers, avec, un déplacement du regard.

Avec la linguistique traditionnelle on partait de la production langagière pour tenter d'expliquer le langage et comprendre sa finalité. Avec la démarche pragmatique, on part des faits langagiers pour aboutir à une compréhension des rapports humains.

La **théorie des actes de langage** est au cœur de l'approche pragmatique contemporaine: « *dans cette optique, tout énoncé produit dans une situation de communication est une action sur le monde effectuée à l'aide du langage* » dans un but ou une intentionnalité définis (Rousseau, T., 2011, a, p 21).

J.L. Austin (1970) propose de distinguer deux types d'énoncés en fonction du type d'action produit (et de son effet sur le destinataire) : les énoncés performatifs qui décrivent ou accomplissent une action et les énoncés constatifs qui décrivent un fait. De là, il précise les différents niveaux d'action des énoncés performatifs : acte locutoire, acte illocutoire et acte perlocutoire.

A chaque fois que nous nous exprimons oralement, nous effectuons trois actions simultanées. Nous produisons un énoncé, matérialisé par l'émission des sons organisés en phrases (acte locutoire). Lorsque l'on dit « *tu as une jolie robe* », le signifié de l'énoncé est la réalisation de l'acte (acte illocutoire). Dans notre exemple, nous effectuons un jugement qui est un compliment. Il pourrait être paraphrasé en « *je trouve que…* ». Cette phrase va susciter une réaction, sinon verbale, du moins émotionnelle, chez le destinataire. C'est la conséquence directe de l'acte produit, sur le destinataire (acte perlocutoire).

Un acte de langage est donc caractérisé par une enveloppe linguistique, un dire (sens dénoté ou connoté) et un effet qui est le résultat produit par l'acte. Cet effet ou feed-back (rétroaction en français) est déterminant pour la bonne continuité de la

communication. Un message émis en retour ne correspondant pas à l'attente de l'émetteur amènera celui-ci à répéter son message sous une forme identique ou en la modifiant, afin de générer chez le récepteur la réponse attendue. Chacun des partenaires de l'échange, tour à tour émetteur et récepteur, adapte ainsi en permanence son énoncé en tenant compte de l'interlocuteur (Winkin, Y., 2000).

2.1.2. La communication verbale

Centrée à l'origine sur l'étude du code, la linguistique s'est progressivement divisée en plusieurs branches d'études plus spécialisées du langage. Toutes ces disciplines ont montré que le langage est un système organisé à différents niveaux de complexité (phonologique, lexicale, syntaxique et sémantique), qu'il est déterminé par des règles (syntaxiques, grammaticales et morphémiques) et qu'il est caractérisé par les possibilités quasi infinies de combinaisons de ces différents éléments.

Un énoncé verbal, pour autant qu'il soit conforme aux règles ci-dessus, doit aussi répondre à des exigences de cohésion et de cohérence. La cohésion se définit par l'utilisation de mots appartenant au lexique et par une organisation morphosyntaxique de la phrase correcte. La cohérence est assurée par des règles de répétitions de certains éléments du discours, la progression avec ajout d'informations nouvelles, la non-contradiction et la relation entre les éléments (Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V., 2004).

La **psycholinguistique** étudie le langage à travers les processus cognitifs mis en œuvre pour sa réalisation. L'intention initiale de s'exprimer est associée à une idée, un concept, qu'un locuteur va coder à l'aide de mots qu'il va organiser en phrases. Ces processus langagiers, autonomisés, impliquent la mémoire de manière importante. En reprenant le modèle de Levelt (Lemaire, P., 2011), on peut décrire trois temps pour la production d'un énoncé verbal : le niveau conceptuel détermine la signification du message; le niveau de la formulation effectue un traitement à la fois syntagmatique, grammatical et syntaxique; le niveau de la mise en mots est l'ultime étape qui aboutit à la forme orale du message.

En outre, un énoncé verbal est déterminé par des contraintes énonciatives qui régissent les actes de langages. Ces contraintes ont été systématisées par Grice (Lemaire, P., 2011), sous la forme de « *maximes conversationnelles* » :

- Principe de qualité : tout énoncé doit être vrai et fondé sur des preuves,
- Principe de quantité : tout énoncé doit être aussi informatif que possible, mais pas trop non plus. Tout ce qui est dit est nécessaire et tout ce qui est nécessaire est dit.

- Principe de pertinence : tout énoncé doit avoir un rapport avec ce qui est abordé dans la conversation sous peine de hors sujet.
- Principe de clarté : tout énoncé doit être émis clairement (au niveau de la formulation).

C'est en vertu du respect de ces contraintes que le feed-back est réalisé et la communication efficiente.

2.1.3. La communication non verbale

J.Corraze propose dans son ouvrage consacré aux communications non verbales cette définition : c'est « l'*ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas le langage humain ou ses dérivés (écrit, langage des sourds-muets*) » (Corraze, J., 1982, p. 15), et il ajoute un peu plus loin, « *on applique le terme de communications non verbales à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* » (Corraze, J., 1982, p. 16).

La communication non verbale (CNV) concerne donc toutes les formes d'expressions corporelles - on parle à leur propos de posturo-mimo-gestualité (PMG) - ou d'utilisation d'un environnement à l'exclusion de l'utilisation d'un code linguistique. Elle est par nature d'expression plurielle et renvoie à la multicanalité soulignée par J. Cosnier auquel nous avons fait référence plus haut dans ce chapitre.

Cette CNV est caractérisée par :

- Une **relation** entre une origine (émetteur) et un correspondant (destinataire) ;
- La transmission d'un **message** (à valeur sémantique vs transfert d'énergie) ;
- La volonté du point d'origine **d'entraîner une réaction** sur le correspondant ;
- Une **intentionnalité**.

D'autre part, les comportements de communication mis en œuvre ont trois déterminants (Corraze, J., 1982) :

- Ils sont **orientés** : ils s'adressent à un interlocuteur ou un groupe d'interlocuteurs déterminés,
- Ils sont **adaptatifs** : leur expression et leur contenu varient en fonction du comportement de réaction du correspondant (feed-back),

- Ils sont sensibles à la **présence ou à l'absence d'un receveur potentiel** : il ne peut y avoir de CNV en l'absence d'un interlocuteur. Le comportement est par ailleurs différent selon les qualités (proximité affective) de l'interlocuteur.

Lorsqu'il s'agit de décrire des éléments de comportement, de déterminer la nature des signaux et d'analyser leur organisation, on peut se référer aux modèles macro- et microanalytiques.

R.Birdwhistell expose la « *kinesics* » en 1952 dans son ouvrage « *Introduction to kinesics* ». Sur le modèle de la double articulation du langage (phonèmes/morphèmes), il propose un répertoire de kinèmes, selon lui, gestes en nombre défini et propres à une culture donnée (tels que les phonèmes d'une langue particulière). Ces unités minimales se combinent entre elles pour former à un niveau supérieur des kinémorphèmes (morphèmes) et au-delà, constituer des ensembles kinémorphiques (propositions) (Winkin, Y., 2000). Cependant, ce modèle, en séparant étanchement geste et parole, ne permet pas tel qu'il est de comprendre les individus dans leurs interactions sociales. D'autres approches, macro-analytiques, plus proches des méthodes éthologiques, consistent à « *repérer les schèmes d'activités et à les définir en langage courant* » (Cosnier, J. 1982, p. 260). Les schèmes d'activités sont définis dans ce cas comme des séquences de gestes avec un degré de pertinence par rapport au but visé, ou autrement dit, des séquences de gestes fonctionnellement repérées.

Ces deux types d'approches, radicalement opposées dans leur point de départ soulèvent donc des difficultés d'ordre méthodologique et même au-delà. En premier lieu, la question posée est de savoir si ce que nous observons relève d'une intentionnalité ou pas, c'est-à-dire, de déterminer si le comportement relevé appartient ou non à la CNV. En effet, certains gestes ne renvoient pas à autre chose qu'eux-mêmes : se pousser sur le côté au passage d'une porte, lire le journal, etc. d'autre part, lorsqu'il s'agit de relever les éléments constitutifs de cette CNV, plusieurs difficultés apparaissent :

- La délimitation d'unités observables : alors que le signe linguistique est bien identifié, les éléments de la PMG ont des contours plus flous, rendant leur segmentation en unités autonomes plus difficile ;
- La tridimensionnalité du cadre d'expression entraîne des variations d'amplitude, de vitesse et de direction, donnant aux figures PMG leur caractère non stable ;
- La simultanéité d'émission par des canaux différents produit une suite d'éléments divers en co-occurrence ;
- La continuité du flux. On peut arrêter de parler mais on ne peut arrêter d'*être*.

L'interprétation des gestes, leur signification et l'attribution d'une fonction dépend en large partie de la subjectivité de l'observateur, de ses propres ressentis et projections. Lorsqu'on procède à l'analyse d'une gestualité communicative, on peut, soit décrire les phénomènes observés en adoptant un langage le plus neutre possible, soit déjà s'introduire dans une subjectivité, même si elle est à peine suggérée, comme, par exemple, « *le sujet se gratte la paupière droite* » vs « *le sujet lève sa main droite, l'index érigé, les autres doigts repliés, la paume tournée vers la face, etc.* » (Cosnier, J., 1982, p 258).

On peut classer les gestes en fonction d'un but et d'une fonction. Nous avons vu que les gestes communicatifs coexistent avec des gestes sans but informatif (mais non pas dénués d'information cependant). Les **gestes extra-communicatifs**, également appelés « *adaptateurs* », ne servent pas directement la communication, bien qu'ils soient produits pendant un échange. Ce sont des gestes informatifs, susceptibles de fournir des informations sur un état d'esprit ou de nature émotionnelle. J.Cosnier (1982) les catégorise en gestes autocentrés ou « *autistiques* » (grattage, tapotements, onychophagie, balancements et stéréotypies motrices), manipulation d'objets et activités « *ludiques* » (fumer une cigarette, dessiner automatiquement, etc.) et mouvements de confort (croiser les doigts, les jambes, changer de position, etc.).

Enfin, les **gestes quasi-linguistiques** sont en nombre définis et relativement peu nombreux. Ils sont aussi spécifiques à une communauté culturelle. Ces gestes correspondent à des signaux codifiés, voire ritualisés, immédiatement interprétés : négation de l'index, salut militaire, index sur les lèvres, etc. Ils sont appelés gestes symboliques ou emblèmes.

Nous avons tenté de présenter ci-dessous un tableau de synthèse des différents gestes que l'on peut relever au cours d'un échange verbal.

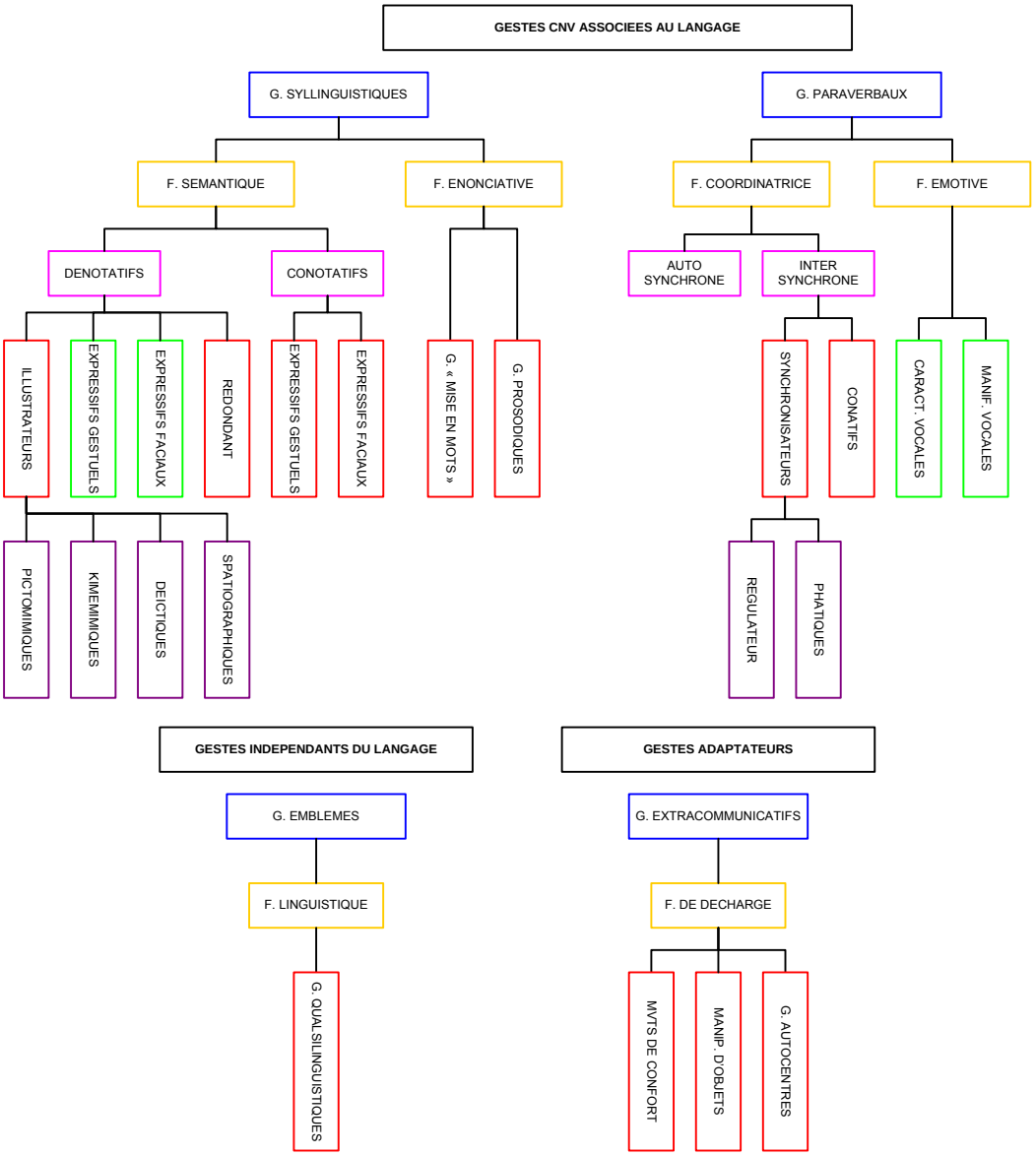


Figure 1 : **Tableau récapitulatif des différentes gestualités associées au langage oral, indépendantes et adaptatrices.**

Ce chapitre a présenté la communication humaine dans toute sa complexité et les multiples aspects pris par celle-ci dans nos interactions. Nous avons aussi souligné toute la difficulté à étudier la CNV. Les études consacrées aux sujets déments concernent plus souvent les troubles de communication verbale que les moyens d'expression non verbaux dont ils disposent encore. Pourtant, une préservation des capacités de CNV chez les personnes atteintes de MA est bien attestée, même à un stade avancé de démence (Pancrazi, MP., de Alacala, P., 1999 ; Arnaud-Castiglioni, R., 2005).

Un ouvrage collectif consacré au sujet, « *Communication et Démence* », rapporte trois études effectuées (Derouesné, C., 1999). La première consistait à observer des comportements. Partant du postulat de Watzlawick, l'étude considère que tout comportement est communication. Les auteurs en déduisent que les patients qui ont le plus d'activités non-verbales sont ceux qui communiquent le plus. La seconde étude a été consacrée aux manifestations vocales non-verbales chez des patients à un stade avancé de démence. Ces manifestations sont exprimées en association à d'autres manifestations comportementales et les auteurs font la relation avec des lésions cérébrales ou des déficits neurochimiques. La troisième de ces études a été consacrée à des patients atteints de démence fronto-temporale en comparaison avec des personnes atteintes de la MA. Elle a ainsi pu mettre en évidence que chez les premiers, il y avait un déficit de reconnaissance des émotions primaires alors que les patients atteints de MA ne différaient pas des témoins contrôles. De plus, chez ceux-là, il était noté une apathie, un manque d'empathie et de feed-back. Nous allons reprendre cette question dans le chapitre suivant.

2.2. Emotions, comportement et communication non verbale

2.2.1. Quelques définitions : les émotions, les sentiments et les affects

La définition des émotions est difficile à établir, car la littérature abondante à ce sujet, utilise une grande variété de termes (émotions, affects, sentiments, humeurs, etc.) dont les sens en se recoupant entraînent beaucoup de confusion. Le processus émotionnel est communément décrit par trois types de manifestations objectives et subjectives, plus ou moins observables qui sont physiologiques (modifications métaboliques et endocriniennes), comportementales (tremblement, pâleur, modifications vocales, etc.) et psychiques (images et pensées).

L'émotion aboutit ainsi à un changement, ressenti comme positivement ou négativement par le sujet. Cette valence des émotions implique à son tour des degrés (l'intensité avec laquelle une émotion est ressentie), la durée de sa manifestation, ainsi que d'autres aspects qui lui sont liés. On distingue habituellement deux niveaux d'émotions (Channouf, A., Rouan, G., 2004). Les **émotions primaires** (EP), seraient innées et préprogrammées. Elles sont intimement liées à la satisfaction des besoins biologiques fondamentaux (manger, se protéger, se reproduire) et relèvent d'une expression instinctuelle. Les **émotions secondaires** (ES) induisent les mêmes changements corporels, physiologiques et cognitifs que les EP mais résultent de l'émergence de représentations en relation avec l'objet qui a fait naître l'émotion. Les ES sont donc le produit d'une émotion

primaire, transformée par une expérience, stockée sous la forme d'un souvenir. A.R. Damasio (1995) les qualifie d'« *émotions sociales* » qui résultent d'évaluations cognitives conscientes ou inconscientes. J.Cosnier (2006) ajoute que ces émotions sont le résultat d'un mélange des émotions primaires.

A.R. Damasio distingue aussi un troisième niveau d'émotions qu'il appelle **émotions « *d'arrière-plan* »** (2003). Il les situe dans une sorte de continuum avec les humeurs et comme responsables de la tonalité émotionnelle interne, pouvant influencer les émotions primaires et secondaires. Ces émotions d'arrière-plan enfin sont en rapport étroit avec les motivations du sujet.

Il n'y a actuellement pas d'accord entre les chercheurs sur le nombre d'émotions primaires mais on admet qu'elles sont inférieures à dix. La peur, la joie, la colère, la tristesse et la surprise sont le plus souvent citées. P. Ekman (1992) considère neuf caractéristiques spécifiant les émotions primaires : leur universalité expressive et l'universalité des sources inductives, l'existence d'émotions primaires chez les primates, une programmation biologique identifiable pour chacune, une cohérence entre les ressentis physiologiques et les manifestations dont ils sont cause, la rapidité de leur déclenchement et leur durée limitée ainsi que le caractère automatique et spontané de leur venue.

Nous proposons ici la définition suivante de l'émotion, reprise à PR. Kleinginna et AM. Kleinginna : « *Les émotions sont le résultat de l'interaction de facteurs subjectifs et objectifs, réalisés par des systèmes neuronaux ou endocriniens, qui peuvent : a) induire des expériences telles que des sentiments d'éveil, de plaisir ou de déplaisir ; b) générer des processus cognitifs tels que des réorientations pertinentes sur le plan perceptif, des évaluations, des étiquetages ; c) activer des ajustements physiologique globaux ; d) induire des comportements qui sont, le plus souvent, expressifs, dirigés vers un but et adaptatifs* » (Kleinginna, PR. et Kleinginna, AM., 1981, p. 355).

Il est difficile de définir ce que sont les émotions sans aborder les concepts de sentiment et d'affect. En effet, ces termes se confondent très souvent avec les émotions dans la littérature. Le dictionnaire Le Robert définit le **sentiment** comme un « *état affectif complexe, assez stable et durable, lié à des représentations* ». A. R. Damasio (2003) le définit comme une « *idée du corps qui est d'une certaine manière* ». L'« *idée* » pouvant être assimilée selon lui à une pensée ou une perception. Pour A.R. Damasio, ce qui caractérise le sentiment, ce n'est pas tant le ressenti causé par des émotions que le point d'équilibre homéostatique que le corps atteint à un moment donné de façon durable. Surtout ajoute-t-il,

les sentiments « *traduisent l'état vécu actuellement dans le langage de l'esprit* », considérant par là que l'éprouvé d'un sentiment s'accompagne d'une pensée élaborée consciente.

Les **affects** apparaissent en dernier lieu comme un terme beaucoup plus généraliste, englobant la notion d'humeur, d'émotion et de sentiment. A.R. Damasio définit ainsi l'affect comme « *la chose que vous manifestez (le sentiment) ou dont vous faites l'expérience (l'émotion), vers un objet ou une situation, n'importe quel jour de votre vie, que vous soyez d'humeur morose ou non* » (Damasio, A.R., 1999, p. 431).

Cette présentation des différents termes utilisés pour rendre compte des manifestations affectives tend à montrer qu'il existe une continuité entre les différents niveaux d'émotions et entre celles-ci et le concept de sentiment.

2.2.2. Emotions et comportement

Comme il existe une multiplicité d'approches, il existe aussi plusieurs théories au sujet des émotions. Les différents modèles explicatifs tentent de rendre compte de l'origine des émotions, d'une part, d'établir une relation entre l'émotion et la cognition d'autre part. Les premières théories (Lavenu, I., 1999) ont opposé les tenants d'une origine corporelle (théories périphériques) aux défenseurs d'un rôle pilote du système nerveux central (théories centrales) dans le déclenchement des émotions. Ainsi, dans la première hypothèse, un stimulus déclencheur est à l'origine des réactions physiologiques et comportementales, lesquelles induisent à leur tour un éprouvé émotionnel. Les théories centrales, à l'opposé, postulent que le thalamus est le centre de coordination des réactions émotionnelles. Il produit et régule les décharges physiologiques des émotions. Aujourd'hui, les liens forts entre l'émotion et la cognition ont été confirmés par les neurosciences et les expériences en psychologie cognitive (Lemaire, P., 2011). Dans le traitement cognitif des informations, deux circuits sont activés en parallèle : un circuit court, rapide, impliquant l'amygdale et induisant un comportement réflexe ; un circuit long, plus lent, impliquant le cortex et induisant une évaluation raisonnée de la situation afin d'adopter le comportement approprié à la situation. Ce dernier circuit n'est pas coupé d'une influence de l'émotion. Au contraire, elle contribue à la faculté de raisonnement. Le concept des « *marqueurs somatiques* » développé par A.R. Damasio stipule en effet que les émotions marquent certains aspects d'une situation ou certains résultats d'actions possibles (1995).

Il a été dit plus haut que les comportements mis en œuvre par une source émotionnelle servaient, à un premier niveau réflexe, la survie de l'espèce et de l'individu. Au-delà cependant, les comportements mis en œuvre servent des objectifs plus élaborés, dans

lesquels les capacités cognitives ont une large influence. Au tout premier rang de ces comportements apparaissent ceux qui sont liés au langage.

Une revue de la littérature (Ergis, AM., Piolino, P, Mure, C., 2003) présente les travaux effectués concernant le poids émotionnel d'un matériel verbal sur les capacités de mémorisation de personnes âgées, atteintes de la maladie d'Alzheimer, en comparaison avec des personnes dépressives. Il apparaît que, malgré le peu d'études disponibles, une amélioration des mémoires explicite et implicite soit possible chez ces personnes lorsque du matériel verbal présente une charge émotionnelle positive ou négative.

Plus récemment, T. Rousseau (2011, b) s'est intéressé aux liens entre émotions, capacités cognitives et communicationnelles chez les patients déments. 151 patients, de 80 ans d'âge et un MMS moyen de 12 ont eu une évaluation de leur langage oral à l'aide de la GECCO (Rousseau, T., 1995). A l'intérieur de cette grille, l'item « affirmation de son état interne » est défini comme la capacité à « exprimer son état interne (émotion, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action ». Ainsi, en s'intéressant plus particulièrement à ce type d'acte, l'étude montre que ce type d'acte vient en second après les réponses oui/non et que, si le degré d'atteinte cognitive joue sur la fréquence d'utilisation dans le discours, ces affirmations de l'état interne sont encore relativement présentes (7% du total des actes adéquats produits, lors d'atteinte profonde). Dans des études antérieures par ailleurs, le même auteur a déjà souligné l'importance de certains autres facteurs émotionnels, tels que le thème de discussion, l'interlocuteur (non publié), le lieu de vie ou la situation de communication. Il conclue ainsi à une influence de l'émotion sur les capacités de communication des patients.

Dans une autre étude, (Quaderi, C., 2011) des manifestations dérangeantes du comportement des malades sont directement mises en relation avec les troubles du langage et les ressentis émotionnels de ces patients. Pour l'auteur, l'agitation est à relier à l'incompréhension de l'entourage (familial ou aidants professionnels) des tentatives de se faire comprendre à l'oral. Les troubles émotionnels qui en résultent témoignent de l'insatisfaction des personnes.

2.2.3. La perception des émotions chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le constat d'un trouble de la perception des émotions chez les patients déments constitue la thèse de départ d'un travail de recherche (Gatignol, P., Garaialde, O., Rousseau, T., 2012) sur les liens entre les troubles de la perception des émotions et les troubles du comportement et de la communication observés dans cette pathologie. Un test de perception a été élaboré dans ce but afin d'évaluer les capacités de perception en modalité visuelle,

auditive et auditivo-verbale. Les résultats de l'étude révèlent un trouble de la perception des émotions dans les trois modalités, mais plus particulièrement dans les modalités visuelles et audivo-verbale. Cette étude tend ainsi à montrer que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer arrivent à percevoir un contenu émotionnel dans les propos qui leur sont adressés, à condition qu'ils soient prononcés avec une intonation significativement modulée.

La face et l'importance du traitement des informations de nature émotionnelles qui y sont associées a fait l'objet d'une enquête sur les capacités de reconnaissance des visages et des expressions faciales chez les déments (Roudier, M., Marcie, P., Grancher, A.-S., Tzortzis, C., Starkstein, S., Boller, F., 1998). Alors que les patients sont significativement en difficulté pour reconnaître les visages, ils ont des résultats comparables aux sujets témoins pour la reconnaissance des expressions émotionnelles (sous la forme d'une question posée telle « *est-ce que ce sont les mêmes émotions* » ?). D'autre part, l'étude fait apparaître que ces capacités sont étroitement dépendantes d'un niveau de dégradation du langage. En effet, les tâches de dénomination ou de pointage mettent en difficulté significativement les patients.

Un mémoire d'orthophonie réalisé en 2002 par C. Malécot s'est proposé d'évaluer la CNV des patients déments afin de proposer de nouvelles pistes pour la prise en charge orthophonique. Dans cet objectif, l'auteur s'est doté d'un outil d'évaluation permettant de classer des gestes manuels et de la tête, ainsi que les différentes expressions faciales et du regard. L'étude a porté sur deux groupes de patients déjà constitués bénéficiant d'une stimulation orthophonique au sein de groupes de langage. Chaque groupe comptait 4 personnes. Le premier groupe (G1), regroupe des malades ayant une atteinte démentielle légère et un langage relativement préservé, le second groupe (G2) est à un stade d'atteinte modéré, il a des troubles du langage importants (aspontanéité) ainsi que des troubles de mémoire très marqués.

L'hypothèse de départ, l'expression des émotions serait plus importante à un stade plus avancé de la démence, est infirmée par les résultats de l'étude. En revanche, la typologie des gestes est modifiée, les personnes démentes à un stade plus avancé de la maladie semblent « *plus aptes à exprimer leur vécu intérieur que des patientes à un stade d'atteinte légère, ceci par le biais de gestes* (surtout expressifs et émotifs) *et de l'expression de la tristesse* » (Malécot, C., 2002, p. 63).

Les constats de l'étude sont les suivants :

- Plus le stade de démence augmente, plus le nombre de productions non verbales diminue.

- Cette diminution affecte surtout les gestes de la tête et des mains. On note une disparition totale des gestes à fonction référentielle (qui sont des productions en co-occurrence avec le langage oral pour l'illustrer).
- La dégradation des gestes du G2 épargne les gestes expressifs et émotifs, ainsi que les gestes métalinguistiques, surtout prosodiques.
- En outre, on observe dans ce groupe une conservation de l'expression des productions mimiques (face et regard).

L'auteur souligne l'homogénéité de la réduction globale des productions, non seulement verbales et langagières mais également non verbales pour ce groupe de patients déments plus avancés. En soulignant la conservation de certains gestes non verbaux significatifs (indépendants et « en place de »), l'auteur conclue à un bénéfice de la prise en charge en orthophonie pour stimuler des capacités de CNV, notamment concernant les gestes liés à l'émotion : « *Ainsi, même à un stade d'atteinte modérée, on peut stimuler la production d'expressions des émotions des patients, par le biais du canal non-verbal. Les malades peuvent alors encore nous communiquer leur vécu intérieur, ce qui peut avoir des répercussions importantes sur leurs troubles du comportement* » (Malécot, C., 2002, p. 62).

Nous conclurons provisoirement en nous appuyant sur des auteurs auxquels nous avons déjà fait référence plus haut dans cette introduction. Selon M. P. Pancrazi et P. de Alcala (1999), si on ne peut nier une perturbation de la vie affective dans la pathologie démentielle Alzheimer, on ne peut cependant pas dénier à la personne démente de garder une réalité « *psychodynamique* » jusqu'à la fin, ceci, en admettant que, malgré l'anéantissement cognitif, l'individu conserve une économie psychique fondée sur des perceptions sensorielles reliées à un noyau de conscience de soi résiduel.

2.3. La relation de communication avec le patient atteint de maladie d'Alzheimer

Rousseau a qualifié le déficit linguistique du sujet dément en termes de véritable « *trouble de la communication* » (Rousseau, T., 1995). Celui-ci est influencé par différents facteurs, dont le degré d'atteinte cognitive, les facteurs individuels et psychosociaux (âge, niveau socio-culturel et lieu de vie), les facteurs cognitifs et linguistiques (le profil neuropsychologique) et des facteurs plus contextuels. Nous limiterons notre propos dans le cadre de cette étude à l'étude des dégradations du langage oral pour des stades de démence légère et moyenne.

2.3.1. Démence et modification des processus normaux de vieillissement du langage

Le vieillissement est un processus physiologique normal qui entraine des modifications organiques et psychologiques en relation avec des facteurs psychologiques et environnementaux. Les études sur le vieillissement des capacités langagières ont montré des modifications de nature quantitative et qualitative. Au plan expressif on observe une baisse de fluence et un accès au lexique dégradé. L'expression orale évolue vers une simplification morpho-syntaxique progressive. La richesse lexicale n'est pas affectée mais les mots grammaticaux et les connecteurs sont utilisés dans une moindre mesure. Qualitativement la cohésion est affectée. On observe davantage de rupture de thèmes, des digressions, des redondances dans le discours ou encore des périphrases. La référence au passé constitue un thème de prédilection. Cet infléchissement normal est le reflet des « *mécanismes langagiers qui s'atrophient* » (Girolami–Boulinier, A., David, A., 1985).

On note cependant des caractéristiques communes de l'évolution des capacités de communication chez les déments et les personnes âgées saines : un thème de discussion défini ainsi qu'une situation de discussion dirigée sont facilitateurs pour la production d'actes dans les deux populations. Cependant, là où les sujets sains maintiennent des compétences intactes de cohérence du discours dans le cadre de l'énonciation, celui des sujets Alzheimer devient « *un énoncé ordinaire de propos disjoints de la représentation commune du monde* » (Wirotius, JM., Pétrissans, JL., 2005, p. 94). Alors que les capacités d'énonciation au niveau phonologique, lexical et syntaxique sont relativement préservées en début d'atteinte, le contenu même du message est altéré au niveau sémantique. La perte des concepts dans la démence entraine une perte de l'identité du sujet et une distance avec son énoncé qui s'accroit.

2.3.2. Les troubles du langage oral

Le sujet atteint de MA présente une perte d'appétence à communiquer qui se traduit par une diminution globale des actes de langage (Rousseau, T., 1997, 2006, 2010, 2011). Parmi ceux-ci, les actes de langages adéquats tels que définis par T. Rousseau diminuent en proportion alors que les actes inadéquats sont plus fréquents. L'informativité du discours est altérée par les troubles lexico-sémantiques (périphrases de toute nature ainsi que néologismes), les simplifications morphosyntaxiques, ainsi que par l'altération de la cohérence globale du discours (changements de thème inappropriés, contradictions et redondances). Les difficultés d'interaction avec l'interlocuteur se manifestent également par la perturbation du feed-back. De façon plus générale, on observe une difficulté à suivre les règles conversationnelles et une absence d'adaptation du discours en fonction de la

complexité de la situation. La typologie des actes de langage est modifiée : les assertions diminuent alors que les requêtes augmentent.

On peut évaluer différents niveaux d'atteinte du langage en fonction du stade de démence (Rousseau T., 1994) :

Démence légère (MMS compris entre 25 et 20) :

- Difficultés de compréhension très légères ;
- Difficultés de compréhension minimes sur les énoncés longs et complexes ;
- Utilisation de périphrases en remplacement des mots indisponibles ;
- Digressions mais capacité à revenir au sujet sans aide ;
- Tendance à la subjectivité, à la personnalisation des faits ;

Démence moyenne (MMS compris entre 19 et 10)

- Difficultés de compréhension dans des situations moins familières et perturbantes ;
- Difficultés à initier une conversation ;
- Périphrases pour des mots peu fréquents ;
- Paraphasies sémantiques ;
- Digressions mais incapacité à revenir seul au thème ;

Rousseau a montré que l'utilisation d'un thème d'interlocution défini permet une amélioration des actes de langage. L'utilisation d'un support influence également les capacités d'expression, ce d'autant plus que celui-là est chargé affectivement. A travers les différentes études qu'il a conduites, Rousseau a également pu mettre en évidence une influence du contexte et du milieu de vie sur les performances linguistiques des sujets déments.

Une étude récente du même auteur (Jauny, D., Mouton, C., Rousseau, T., 2010) a mis en évidence une amélioration significative de la communication verbale de patients lorsque l'interlocuteur a recours à une gestualité coverbale. 28 hommes et femmes aux stades modéré et sévère (moyenne au MMS de 10) ont participé. L'âge moyen est de 82 ans. La population a été divisée en deux groupes soumis à deux fois deux entretiens semi-dirigés d'une dizaine de minutes chacun (C1 et D1 ; C2 et D2) à sept jours d'intervalle. Lors de la première situation, les deux groupes ont eu deux entretiens identiques, l'un avec support iconographique (situation C1), l'autre sans (D1), au cours duquel l'examinateur utilisait douze phrases-types. Lors de la seconde situation, sept jours plus tard, des gestes

ont été associés aux phrases-types à un seul groupe, lors des deux entretiens (C2 et D2) pour les situations de langage dans lesquelles il y avait eu échec de communication.

L'étude fait état de résultats similaires pour les deux groupes, aux deux premiers entretiens - identiques pour les deux groupes - de communication. En revanche, lors des deux entretiens suivants, les résultats montrent une augmentation des actes adéquats chez les patients du groupe avec gestes. On a une :

- Amélioration de la cohérence globale sur les réponses produites en réponse aux phrases-types avec gestes,
- Augmentation de la fréquence des actes produits.

D'autre part, les malades ont des difficultés d'attention partagée qui apparaissent lors de l'entretien utilisant un support iconographique (C1). Le groupe avec gestes voit ses difficultés se réduire lors de la deuxième situation avec association de gestes (C2) : les gestes attirent le regard vers l'interlocuteur et le détachent du support iconographique.

Cette étude conclue ainsi à un apport bénéfique des gestes en situation duelle sur la communication verbale des personnes atteintes de démence Alzheimer.

2.3.3. Une relation de communication qui devient prééminente

On entend par relation de communication, le lien instauré avec la personne, qui se tisse à partir du verbal et des ressentis subjectifs. T. Rousseau a montré que, bien que le patient souffre d'un trouble de la communication qui retentit sur ses capacités d'adaptations sociales, « *la valeur sociale de la communication demeure jusqu'à des stades très avancés de la maladie* » (Rousseau, T., 2011, a, p 21). En apportant l'aide d'un étayage, il est possible d'aider le patient dans la réalisation d'une communication verbale. La **Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunications** des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer (GECCO, T. Rousseau, 1995) vise à définir les compétences verbales résiduelles du patient pour réaliser cet objectif.

En partant d'une typologie des **actes de langage**, la grille établit un profil de communication. Les actes de langage sont définis en référence à la théorie de J.L.Austin (1962) et à la pragmatique. Un acte de langage est l'usage du langage qui est fait par la maîtrise d'un code linguistique. Le profil ainsi obtenu renseigne sur les actes encore utilisés et s'ils sont adéquats. En cas d'inadéquation, la grille permet de catégoriser la nature de l'inadéquation : inadéquation, par rapport à des règles linguistiques et interactionnelles (erreurs lexicales ou grammaticales, absence de feed-back), ou par rapport à la cohérence interne du discours (unité du thème, logique de déroulement, etc.).

Cette évaluation permet au cours de la prise en charge d'adapter la communication orale avec le patient en privilégiant des thèmes et des actes de langage qu'il peut encore utiliser, afin de lui faciliter l'expression orale. Les évaluations régulières permettent d'adapter les formes de la communication avec le patient, ce d'autant plus que les dégradations cognitives amènent progressivement à accorder une attention accrue aux moyens d'expression non verbaux des patients.

N. Feil (2005) a développé au cours des années 60 une thérapie visant à discerner, reconnaître et répondre aux émotions que la personne malade exprime (la Validation ©). Cela étant, la relation de communication ne repose pas sur le contenu informationnel au sens strict, mais sur la reconnaissance et l'acceptation des émotions et des sentiments exprimés par la personne. Le soignant accueille et valide les propos exprimés par le sujet, en s'interdisant tout jugement de valeur ou toute attente par rapport au comportement du dément (Dauriac, MC., 2009).

Une expérience originale a été tentée en institution, au sein d'une unité Alzheimer. Des intervenants clowns auprès de déments à un stade sévère ont cherché à établir un lien basé sur des ressentis émotionnels. L'objectif est d'entrer en relation, même brièvement, avec les patients en pariant sur une mobilisation des fonctions émotionnelles encore présentes (Chalumeau, L., Andréoletti, M., Strubel, D., Cros, JM., 2011). Il a ainsi été démontré que les attitudes et les conduites relationnelles de l'entourage familial ou professionnel ont une influence importante sur la nature et l'importance des troubles du comportement et des déficits observés chez les personnes âgées démentes. A contrario, une relation de bonne qualité conditionne un maintien relatif des facultés cognitives, qui si elles sont modestes, ne sont pourtant pas à négliger. Malgré ses défaillances, le sujet dément reste un être de communication.

Pour Ploton (2011), il est essentiel dans la relation de soin instaurée, de considérer l'individu comme un interlocuteur qui perçoit les stimuli de son environnement ; stimuli auxquels il peut toujours répondre de manière adaptée, verbalement ou paraverbalement. L'individu dément reste un sujet communiquant.

Des adaptations spécifiques permettent de restaurer un bon environnement de communication. En effet, un contexte plus ou moins bruyant ou un comportement inadapté peuvent être source d'incompréhension des messages. On peut proposer un lieu calme, sans stimuli sonores ou visuels. De même, une position de face, légèrement plus basse avec un maintien du regard canalisent l'attention. La pratique d'un toucher chaleureux peut en outre renforcer l'empathie (Ploton, L., 2011). A travers la pratique soignante, il est bon de faire sentir à la personne fragilisée qu'elle existe encore. L'utilisation du toucher relationnel

peut être un moyen pour lui redonner une meilleure aptitude à se mobiliser et à communiquer avec son entourage. Il peut même susciter plaisir et bonne humeur et entraîner la diminution des angoisses chez le sujet dément. Ainsi, avec la personne âgée démente, le toucher relationnel permet de maintenir un contact et contribue à améliorer la qualité de vie (Cissou, Y., Renaud-Levy, O., Dantoine, T., Meyer, S., 2010).

Jusqu'au bout, le sujet dément est en demande de communication, car, au-delà des mots, la communication constitue un espace d'humanité créateur de relations et d'expressions.

Ce qui prime, c'est le lien établi avec la personne et son accompagnement dans les derniers moments de sa vie. A partir d'un certain stade, ce lien est surtout caractérisé par l'expression des émotions qui passent alors au premier plan. Elles deviennent un moyen primordial d'expression avec l'entourage et témoignent de la capacité à ressentir le climat et l'ambiance émotionnelle de l'environnement.

3. LES PRISES EN CHARGES NON PHARMACOLOGIQUES

3.1. Les thérapies verbales

Nous avons choisi de faire une distinction entre des thérapies verbales et non verbales pour la commodité de notre présentation. En réalité les thérapies verbales empruntent le plus souvent le langage à des fins de médiations, pour la réalisation de l'objectif qu'elles se fixent. Deux d'entre elles font cependant exception : la thérapie écosystémique des troubles du langage et de la communication et la thérapie du manque du mot. Nous la présentons plus loin. Nous présentons d'abord les thérapies de groupe puis les thérapies individuelles.

L'orientation dans la réalité : (Roland, M., 2002) elle vise à améliorer la qualité de vie des patients confus. Elle est fondée sur un programme thérapeutique d'activités de groupe centré sur l'orientation (temporelle, spatiale et par rapport à l'entourage).

Sociothérapie : (Ploton, L., 2011) thérapie de groupe, elle vise à un partage et à un appui mutuel à travers des activités communes, afin de favoriser un éprouvé d'appartenance collectif qui devient thérapeutique.

La stimulation cognitive : (de Rotrou, J., Weinisch, E., Cantegreil, I., Moulin, F. et al, 2006) elle est fondée sur l'hypothèse de la plasticité du cerveau. Celui-ci peut modifier son fonctionnement interne ou transformer ses propres éléments afin de récupérer une fonction perdue ou exécuter une nouvelle fonction. Dans cette perspective, la stimulation cognitive a un effet bénéfique sur le cerveau. La thérapie offre au patient une variété d'activités et d'échanges verbaux qui ont pour but d'améliorer ses fonctions cognitives et sociales.

La scénothérapie : (Marquis, F., 1995) la scénothérapie ou expression scénique utilise des textes littéraires ou poétiques suggestifs pour provoquer des réactions émotionnelles et affectives chez le patient. Ce qui se dégage de cette stimulation sensorielle, c'est d'abord la notion de plaisir et d'échange possible en redonnant aux patients déments une image valorisée d'eux-mêmes.

La thérapie de la réminiscence : (Roland, M., 2002) elle est définie comme le rappel vocal ou silencieux d'événements passés, individuellement ou en groupe, médiatisée par divers objets signifiants pour les patients (photos, souvenirs, chansons, etc.).

Thérapie de la Validation : elle s'inscrit dans le courant de la psychologie humaniste et repose sur quatre principes : accepter et prendre la personne là où elle en est ; accepter de reconnaître les émotions qu'elle ne contrôle plus ; comprendre et valider la raison sous jacente aux émotions ; l'aider à renouer les fils de son histoire de vie et à mobiliser ses

ressources pour pouvoir s'exprimer (Blanchard, F., 1999). Les objectifs de la thérapie visent à une amélioration de la qualité de vie passant par la diminution du stress, la restitution d'une estime de soi et la prévention des replis comportementaux. L'amélioration globale de la communication et au-delà, redonner plaisir et motivation aux personnes démentes font aussi partie des buts recherchés.

La thérapie du manque du mot : il s'agit d'une rééducation individuelle qui propose par des exercices déterminés, de restaurer les représentations sémantiques et de rétablir l'accessibilité de la représentation lexicale (Proulx, G., et coll., 2001).

Thérapie écosystémique des troubles du langage et de la communication : elle vise spécifiquement à un travail des fonctions verbales et de communication chez le patient dément. Elle est adaptée au patient, à ses troubles et à l'environnement dans lequel il se situe. Pour ces raisons, cette thérapie est appelée « *écologique* » (Rousseau, T., 2011). La prise en charge est globale et implique le milieu avec les différents acteurs dans une conception systémique.

Une évaluation initiale des troubles et de leurs retentissements sur la vie du sujet est conduite. Les différents facteurs sont identifiés (facteurs environnementaux et personnels, tant ceux positifs que négatifs). L'évaluation du langage est effectuée à l'aide de la GECCO et permet l'établissement d'un profil de communication.

La prise en charge suivante est une stimulation de type cognitivo-comportementale : le thérapeute sollicite les actes de langage encore adéquats dans des thèmes investis affectivement. D'autre part, l'environnement (familial ou aidants professionnels) reçoit une information et une formation pour adapter sa propre communication avec le patient.

Des évaluations écologiques régulières permettent de juger de l'efficacité thérapeutique en fonction des objectifs initiaux.

3.2. L'humanitude ©

Approche humaniste de l'être humain, elle est une philosophie déterminant une méthodologie du prendre-soin de la personne démente. Tout acte de soin est fondé sur le respect du patient : respect de sa volonté, de ses rythmes et de ses habitudes. Toute intervention soignante est conditionnée par une entrée en relation avec le patient par le regard, par la parole et le toucher. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti ® (Gineste, Y., Marescotti, R., Pellissier, J., 2008) propose trois étapes dans ce prendre-soin :

- **Préliminaires aux soins** : c'est l'entrée en relation initiale avec le patient par la captation du regard, avec si possible établissement d'un contact à l'horizontale. Puis la parole, d'une voix douce et avec des mots positifs propose le toucher.

- **Le rebouclage sensoriel** : c'est le temps de soin pendant lequel le soignant s'efforce de maintenir le contact sensoriel avec le patient au moins par deux canaux (parole-toucher, toucher-regard ou regard-parole), l'idéal étant de maintenir en permanence les trois. Calme et douceur sont les maîtres mots de ce temps.

- **La consolidation émotionnelle** : c'est la fin du soin verbalisée positivement par le soignant « ça s'est bien passé ». Le but est d'inscrire en mémoire émotionnelle une empreinte positive du soin afin de faire diminuer ou disparaître les futurs comportements opposants des malades aux soignants.

3.3. Les thérapies non verbales

Les prises en charges non verbales peuvent être orientées sur des activités motrices (ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité) ou sur la sollicitation des ressentis émotionnels. Dans cette catégorie se trouvent plusieurs approches :

- Toucher relationnel,
- Stimulation sensorielle de type Snoezelen,
- Musicothérapie,
- Aromathérapie.

Les objectifs de ces différentes approches sont de procurer un soulagement à la souffrance psychique, calmer l'anxiété et favoriser une restauration de la relation. Tous les média employés ont une action sur le système émotionnel qui est ici considéré dans ses qualités communicationnelles intrinsèques propres.

3.4. Le conte : une place à part

« *Les contes populaires courent le vaste monde. Ils sont anonymes et le savoir qu'ils contiennent appartient à celui qui sait le prendre* » (Lafforgue, P., 1995, p. 5). Nous retiendrons de cette citation, que le conte est un phénomène universel et un produit culturel qui plonge ses racines au fond des âges. D'autre part, les contes, réduits aujourd'hui à un simple divertissement, sont pourtant une source d'enseignement potentiel. A l'origine instrument de rassemblement et de cohésion sociale, ils s'adressent à tous, petits et grands. Leurs différents niveaux d'interprétation et leur polysémie permettent à chaque individu d'y puiser des ressources à penser à des moments significatifs de l'existence. D'ailleurs, le conte revêt de multiples fonctions et a été source de nombreuses analyses dans des disciplines très différentes. Chacune d'elles a cherché à les comprendre et à leur attribuer une fonction.

3.4.1. L'importance des contes dans la culture humaine

Le conte est une élaboration de la culture humaine étroitement dépendante des capacités de l'homme à se figurer son monde et se représenter sa place en son sein. Son origine s'ancre dans la constitution d'un langage organisé et organisateur. Ainsi, « *au moyen du conte, l'humanité met en scène les rapports qu'au moyen du langage l'homme entretient avec le monde* » (Loiseau, S., 1992, p. 25). Langage et conte permettent de penser le réel. Ils permettent de lui donner un sens et de construire une continuité avec un présent, un passé et un avenir. Certains auteurs ont voulu voir dans les contes un dérivé des mythes explicatifs du monde (Georges Dumézil, in Jean, G., 1981). De fait, les nombreuses théories sur l'origine obscure des contes attestent de leur place fondamentale dans les sociétés humaines. Aucune d'entre elles ne semble aujourd'hui prévaloir et l'on s'accorde plutôt sur des origines multiples rattachées à des traditions hétérogènes (Simonsen, M., 1984).

L'essence même du conte réside dans son objet social et à ce titre, il ne peut se concevoir que comme partagé entre un conteur et un public. La matière orale dont il est constitué fait que le conte n'existe que lorsqu'il est exprimé dans la parole vivante. Pendant des siècles, sa vertu essentielle a été de divertir en rassemblant les membres d'une même communauté. Les différents moments de repos, de désœuvrement, de travaux sédentaires étaient autant d'occasions de contage et de plaisir, et au-delà un accès à l'imaginaire, au rêve et à l'émotionnel. Les qualités du conteur n'y sont pas pour rien, au contraire. Celui-ci sait mettre sa parole en scène, donnant force et puissance à sa voix. Sa gestuelle et son regard enfin captivaient son public. Le « *pouvoir des merveilles* » (Jean, G., 1981) est pouvoir de fascination car les histoires des contes nous parlent de mondes surnaturels ou

l'étrange, loin d'être angoissant, entre en écho avec les grandes interrogations existentielles humaines. Le conte donne accès à des possibilités d'expérimenter des sentiments refoulés et ouvre une porte sur l'inconscient.

On a rapproché le conte des désirs inconscients, des fantasmes et des pulsions qui constituent la réalité psychique étudiée par la psychanalyse. Celle-ci établit un rapport de proximité entre les contes, les rêves et l'inconscient. Pour Freud (Freud, S., 1900 ; trad. fr., 1996), les contes comme les rêves seraient des accomplissements de désirs, à la différence près que dans les contes, ils seraient plus explicites. Les contes ont valeur de rêves éveillés rassemblant conteur et auditeurs. Ces rêves collectifs entreraient en résonnance avec les propres rêves de chacun, c'est-à-dire avec les représentations intrapsychiques. Le conte est ainsi fait de trois dimensions : intrapsychique (rêves, fantasmes, pulsions et conflits), intersubjective (transmission sociale des réalités psychiques) et culturelle : il transmet à travers les âges un héritage culturel des savoirs et savoir-faire, des croyances et des règles concernant l'organisation sociale d'un groupe en se cristallisant sur des moments particuliers de l'existence : la naissance, la puberté, le mariage, la mort, etc. Ces trois dimensions assurent une cohésion au groupe social, donnent un cadre d'expression aux affects en s'adressant à tous les individus dans les différents âges de leur vie.

B. Bettelheim, dans *Psychanalyse des contes de fées* (1976), insiste sur les ressources des contes : les enfants pourront y trouver des enseignements sur eux-mêmes et sur le monde. Le conte permet de grandir et d'acquérir une maturité psychologique conduisant à la capacité de déterminer un sens à son existence ou tout du moins, d'en orienter le chemin. S. Loiseau (1992) reprend cette idée en affirmant que le conte comme toutes les grandes productions de la culture humaine cherche à répondre aux grandes questions existentielles de l'homme : qui suis-je ? que dois-je faire ? que puis-je espérer ?

3.4.2. Le conte comme support d'expression

Le conte possède deux caractéristiques essentielles (Loiseau, S., 1992) : il est fictif et il est oral. Nous avons déjà souligné la dimension d'objet social du conte. La situation de contage met en présence des individus. Elle est une intercommunication qui passe par la parole, par la voix, par les mimiques et les gestes. Celui qui écoute entre dans une disposition d'esprit où il est traversé d'émotions surgies des mots. Ces émotions sont elles-mêmes susceptibles de s'organiser en sentiments à l'origine de pensées plus ou moins conscientes. Les expressions humaines que l'on peut assimiler aux comportements observables chez un individu, sont déterminées par des processus cérébraux et physiologiques. Le corps et le cerveau pilotent l'ensemble des expressions, elles-mêmes dépendantes des émotions potentiellement responsables de sentiments puis de pensées

élaborées. Ainsi, P. Lafforgue qualifie le conte « *d'organisateur de la pensée consciente et inconsciente* » et de « *conteneur de possibilité de penser* » (Lafforgue, P., 1995, p.11).

Dans le domaine de l'orthophonie, F. Estienne (2001) fait une utilisation originale du conte avec un emploi se situant au carrefour des troubles du langage, de la parole, de la voix, et des difficultés d'ordre psychologiques.

L'utilisation du conte à d'autres usages thérapeutiques concerne différentes pathologies et des populations variées. P. Lafforgue, pédopsychiatre en charge d'enfants psychotiques et autistes dans les années 70, eut l'idée de créer des ateliers conte pour répondre aux problématiques spécifiques de ces enfants : fixer des repères dans le temps et l'espace qui puissent s'inscrire dans des représentations mentales. Le but, triple, était de raconter une histoire, de voir ce qu'en retenait l'enfant et comment celui-ci se situait par rapport à l'intrigue.

L'atelier conte est ainsi rapidement apparu avec une double dimension :

- Thérapeutique (l'utilisation d'un même média dans le temps conférant une répétition sécurisante avec repérage des éléments de l'histoire),
- Sociale (travail de groupe avec la référence au théâtre et la nécessité de prendre en compte l'autre).

Aujourd'hui, P. Lafforgue décrit les ateliers conte comme des « *situations de contage* » structurées par :

- Un type d'intercommunication à différents niveaux et passant par différents canaux ;
- Un cadre, qu'il désigne par le terme d' « *enveloppe* » prenant en compte ses différents paramètres (âge, sexe, statut des interactants) ;
- La performance elle-même, en n'oubliant pas que, s'il existe des techniques, « *conter est un acte naturel. C'est raconter quelque chose* […] *que vous voudriez faire partager comme une bonne nourriture. Cela se fait tout simplement depuis que l'homme parle* » (1995, p. 190).

3.4.3. L'intérêt d'utilisation du conte auprès d'une population atteinte de maladie d'Alzheimer

Des études conduites précédemment ont montré toute la pertinence à utiliser le conte dans le cadre des maladies neurodégénératives. Une expérience originale menée en Languedoc Roussillon entre 2006 et 2008 a impliqué quatre sites différents. Au total, plus de 150 personnes, avec des niveaux de démence compris entre moyen et sévère, ont participé à cette recherche. Menée en partenariat scientifique avec l'université de Lyon et son

représentant, L. Ploton, l'étude « *Evaluation des effets de l'atelier-contes auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée* » (Saucourt, E., 2009) a cherché à vérifier dans quelle mesure le conte peut contribuer à améliorer la qualité de soin et la qualité de vie des malades institutionnalisés. Les conclusions font état d'évolutions suivantes :

- Constructions individuelles et collectives d'une qualité d'écoute impliquant un état de présence effectif ;
- Un certain retour à la parole (verbal ou non verbal) et parfois des retours à la narration (construction et organisation de l'imaginaire) ;
- Constat d'un mieux-être individuel et collectif, avec une réinscription dans une identité individuelle et collective, pour un temps et un espace donné.

Plus proche de notre étude, un mémoire d'orthophonie réalisé en 2010 à Bordeaux par M. Sautet a été consacré à l'évaluation des « *Effets d'un atelier-conte auprès de personnes atteintes de Démence de Type Alzheimer* ». Le postulat de départ est que le conte induirait une augmentation et une amélioration de l'expression verbale des malades par la sollicitation des affects internes définis comme l' « *expression du vécu intérieur* ».

Le protocole a été conduit entre les mois de janvier et de juin dans un EHPAD situé à Gradignan (33) : les Fontaines de Monjous. Quatre personnes ont participé à un atelier conte pendant vingt séances hebdomadaires.

Chacune des séances a été filmée et analysée à l'aide d'une grille élaborée à partir de la GECCO de T. Rousseau. Quatre axes principaux ont été retenus pour cette grille :

- L'appétence à la communication
- L'orientation des propos
- La tonalité du discours
- La qualité du discours.

Les résultats de cette étude ont conduit à plusieurs constats :

- Globalement, si la prise de parole de chacun des participants a diminué au cours des ateliers, un intérêt croissant et une écoute active ont témoigné de leur investissement dans le temps de discussion suivant la lecture ;
- Le nombre des sujets abordés au cours des discussions a globalement augmenté. Les principaux sont : les souvenirs et le vécu ancien, l'expression d'avis personnel et d'émotions ;

- La cohérence globale du contenu du discours des participants s'est également améliorée au cours du temps ; pour au moins deux des personnes, les résultats témoignent d'une hausse des propos élaborés.

L'étude conclut ainsi à une amélioration globale qualitative et quantitative du discours des personnes. Elle confirme ainsi le bénéfice d'un support conte sur leur communication orale et propose de poursuivre son travail en proposant quelques pistes :

- Réserver un lieu spécifique, isolé des bruits parasites environnants pour permettre une meilleure attention du patient,
- Augmenter le nombre de séances,
- Augmenter le nombre de patients,
- Passer d'une situation de groupe à une situation duelle à des fins de comparaison.

Nous nous inscrivons dans le prolongement de ces études, et plus particulièrement dans la suite du mémoire d'orthophonie. Nous formulons quelques idées en guise d'arguments en faveur d'une utilisation du conte auprès de personnes atteintes de MA :

- Amélioration de la qualité de vie : rompre un isolement et reconsidérer l'individu comme un interlocuteur capable de ressentir et d'exprimer, générer une relation dans laquelle l'éprouvé de plaisir soit au premier plan afin de susciter un mieux être.
- Liberté de choix : l'utilisation du conte n'a pas l'objectif de stimuler des fonctions cognitives résiduelles. La situation est écologique, la personne peut faire le choix de s'impliquer ou non sans que le conteur n'attende rien en retour.
- Remettre l'individu à sa place d'interlocuteur : dans une interrelation où la dimension de plaisir est au premier plan avec pour objectif d'améliorer la qualité de vie. Plusieurs expériences utilisant un média chargé émotionnellement ont montré leur efficacité (atelier musical, art-thérapie, photolangage, etc.)
- Susciter des réactions émotionnelles : pour favoriser et encourager des possibilités de CNV adaptées. L. Ploton qualifie « *d'intelligence affective* » (2011) cette capacité à rester en relation sur un registre affectif : les ressentis émotionnels, les sensations et les affects constituent des « *noyaux affectifs de pensée* » (2011) permettant un échange sur un mode analogique (global) des situations et des relations avec les autres.

4. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

Nous avons vu au cours de l'introduction que le conte est utilisé dans la prise en charge de pathologies variées, auprès d'enfants ou d'adultes et dans ce dernier cas, avec des personnes atteintes de la MA. Le conte, en se donnant oralement, s'affirme dans sa gratuité alors que ses richesses en font un outil privilégié de communication en terme de signifiés symboliques, de stimulation de l'émotionnel et d'un possible questionnement individuel. En effet, chez les malades, alors que la communication verbale devient rapidement une entrave aux interactions sociales, la dimension multicanale de la communication se révèle pleinement. Elle offre aux personnes démentes d'autres voies de communication et d'autres formes d'expression des émotions. Le conte peut alors être un support privilégié pour l'amélioration des capacités de communication et la réinscription d'un état d'être.

Nous nous proposons d'utiliser le conte avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans cette perspective. Nous reprenons en partie la problématique de M. Sautet en postulant que le conte a un bénéfice sur l'expression du vécu intérieur des malades. Nous précisons que nous entendons « *vécu intérieur* » comme l'expression d'émotions.

Nous nous proposons d'autre part, d'ajouter une mimogestualité appropriée au contage, afin de renforcer les émotions véhiculées par le conte. Cette théâtralisation du récit a-t-elle un effet positif sur les capacités de communication des personnes ? Nous prenons en compte le langage oral ainsi que certaines manifestations non verbales exprimées au cours de la relation de communication.

La poursuite de l'étude de M. Sautet se fait avec un nombre identique de séances. En effectuant des prises en charges individuelles et en y associant une mimogestualité adaptée au contage, nous posons l'hypothèse suivante :

- Le contage en condition de récit mimo-gestualisé influence la production d'actes verbaux et d'actes non verbaux chez les personnes atteintes de la MA.

5. MATERIEL ET METHODES

5.1. Description de la population

La population est composée de dix personnes recrutées au sein de trois maisons de retraite :

- EHPAD « les Fontaines de Monjous », à Gradignan (33) ;
- EHPAD « Terre Nègre », à Bordeaux (33) ;
- « Le Grand Bon Pasteur » à Bordeaux (33)

Tous nos patients sont des femmes âgées entre 80 et 89 ans.

Critères d'inclusion :

- Personnes atteintes de démence de type Alzheimer, avec un diagnostic posé ;
- Score au MMS compris entre 25 et 12 ;
- Patients de langue maternelle française.

Critères d'exclusion :

- Troubles sensoriels (audition, vision) non corrigés ;
- Pathologie psychiatrique préexistante à la démence
- Des capacités d'élocution insuffisantes pour une bonne intelligibilité orale.

Nous avons rencontré chacune des patientes deux fois avant de commencer le protocole. Nous leur avons expliqué notre démarche et nous leur avons remis un document écrit dans cet objectif. De plus, nous nous sommes assurés de leur consentement écrit pour les films que nous avons enregistrés.

D'autre part, lorsque nous ne disposions pas de données actualisées, nous avons procédé à la passation d'un test de MMS (M.F. Folstein et coll., 1975) et, pour toutes les personnes rencontrées, nous avons également évalué le manque du mot à l'aide du Boston Naming Test (H. Cassigneul, 2002).

Pour la réalisation de l'étude, la population a été divisée en deux groupes de quatre et six personnes. Les deux groupes présentent des moyennes d'âge, des degrés d'atteinte et de niveau socio culturel (NSC) très proches.

Le premier groupe a bénéficié d'une lecture des contes choisis (G1). Pour le second (G2), nous avons réalisé un contage auquel nous avons apporté une mimogestualité redondante (modulation de la voix, expressivité du visage et gestes pour appuyer certains moments du récit).

Le G1 est constitué de 4 personnes, d'une moyenne d'âge de 84 ans.

Le G2 est constitué de 6 personnes, avec une moyenne d'âge 85,3 ans.

La moyenne globale d'âge des deux groupes est de 84,6 ans.

Le niveau de MMS moyen du G1 est de 19.

Le niveau de MMS du G2 est de 19,33.

La moyenne globale de MMS des deux groupes est de 19,16. Cela correspond à des degrés d'atteinte de démence moyenne dans les deux cas.

Le NSC (Gil, 2010) est de V pour le premier groupe et de IV pour le second.

Tableau de présentation des patients

Nom	Sexe	Age	MMS	Niv. d'études
Mme A	F	85	21	3
Mme B	F	80	15	4
Mme C	F	83	16	4
Mme D	F	88	24	5

Tableau 1 : Caractéristiques du groupe 1

Nom	Sexe	Age	MMS	Niv. d'études
Mme E	F	84	15	5
Mme F	F	84	17	7
Mme G	F	80	19	4
Mme H	F	88	19	4
Mme I	F	89	22	6
Mme J	F	87	24	6

Tableau 2 : Caractéristiques du groupe 2

	Sexe	Age moyen	MMS moyen	Niv. moyen d'études
G1	F	84	19	4.25
G2	F	84.5	19,33	4.8
Total & moy.		84.6	19.16	4.5

Tableau 3 : Récapitulation des caractéristiques des deux groupes

5.1.1. Groupe 1:

Mme A.

Cette personne était âgée de 85 ans. Elle était veuve et mère de deux enfants domiciliés en région parisienne. Bordelaise d'origine, elle n'a jamais exercé d'activité professionnelle (NSC = 3, niveau certificat d'étude). Elle est arrivée en institution en décembre 2011. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer avait été posé. Cette personne, dépressive, bénéficiait d'une prise en charge psychologique hebdomadaire.

A la passation du **MMS,** Mme A obtient un résultat de **21/30** (jan. 2012)

Les tests témoignent de :

- Désorientation spatio-temporelle limitée
- Trouble de mémoire épisodique
- Bonnes capacités d'attention et de calcul
- Capacités de langage et de praxies visuo-constructives préservées

A la passation du **BNT,** le résultat est de **23/60**, soit un score très inférieur à la moyenne de l'âge (47/60).

Mme B.

Cette personne est âgée de 80 ans. Célibataire sans enfants, elle a réalisé des études de puéricultrice sans avoir jamais travaillé (NSC= 4). Elle est institutionnalisée depuis 2008. Le diagnostic de MA est posé. Elle bénéficie de séances d'orthophonie au sein de l'établissement. Mme B, d'un abord très enjoué, présente un discours oral à tendance logorrhéique et peu informatif, majoré par un manque de contrôle et une désinhibition verbale.

Le dernier **MMS** (octobre 2011) établit un score à **15/30**. Les résultats témoignent de :

- Désorientation temporelle
- Calcul, mémoire différée déficitaires
- Capacités de compréhension orale limitées

Le score au **BNT** est de **18/60** et témoigne d'un manque du mot massif (moyenne 47/60) caractérisé par des paraphasies sémantiques ou verbales (couronne = courroie ; castor = souris ; hamac = haricot).

Mme C.

Cette personne est âgée de 83 ans. Veuve, elle a travaillé comme employée à la Sécurité Sociale (NSC = 4). Elle est mère d'une fille résidant à Bordeaux. Elle est institutionnalisée depuis deux ans. Le diagnostic de démence est posé. L'élocution orale de Mme D est ralentie. Elle est caractérisée par un manque du mot et des difficultés à finir ses phrases. Le comportement est marqué par un mouvement corporel de balancement permanent, des grimaces et des crispations faciales discontinues.

Le **MMS** passée en novembre 2011 établit un score à **16/30**. Les résultats de l'évaluation orthophonique réalisée témoignent de :

- Mémoire verbale épisodique déficitaire
- Difficulté d'abstraction et de conceptualisation
- Praxies déficitaires

Le score au **BNT** est de **14/60** et témoigne d'un trouble de l'évocation lexicale massif. L'aide sémantique n'apporte aucune aide, l'aide phonologique est peu efficace.

Mme D.

Mme D. est âgée de 88 ans. Célibataire sans enfants, elle a occupé un poste de cadre comptable dans l'administration (NSC : 6). Elle est institutionnalisée depuis un an. Mme D. s'exprime aisément à l'oral, avec un niveau de langage soutenu et un comportement de prestance. Un manque du mot apparaît, avec des phrases toutes faites, des périphrases et des commentaires. La fluence orale est subnormale. On note un déni et une anxiété chez cette personne qui refuse son installation au sein de l'établissement et souhaite retourner chez elle.

La passation du **MMS** donne un score de **24/30**. Les résultats témoignent de :

- Mémoire différée, attention et calcul déficitaires
- Désorientation temporelle limitée

Le score au **BNT** est de **34/60** et témoigne d'un manque du mot important. L'indiçage qu'il soit sémantique ou phonétique aide de façon similaire.

5.1.2. Groupe 2

Mme E.

Cette personne est âgée de 84 ans. Veuve, elle est une ancienne enseignante de français et latin en lycée (NSC= 7). Elle est institutionnalisée depuis 2009 après que des troubles neuropsychiatriques consécutifs à une chute ont apparu. Le diagnostic de démence est posé. Les troubles cognitifs se sont amplifiés depuis le décès récent de son époux. Cette personne présente un tableau dépressif avec des antécédents (traité par antidépresseurs). Le ralentissement psychomoteur est marqué et la fluence verbale est réduite.

Le score au **MMS** est de **15/30**. Les résultats témoignent de :

- Orientation temporo spatiale déficitaire
- Mémoire différée et langage déficitaires

Le score au **BNT** est de **37/60**. Les premiers items sont correctement et immédiatement dénommés mais la fatigabilité de la patiente contraint à proposer plus systématiquement une aide.

Mme F.

Cette personne est âgée de 84 ans. Elle est veuve, mère de trois enfants résidant hors d'Aquitaine. Ancienne enseignante en lycée, elle a enseigné le français, l'allemand et le latin (NSC VII). Elle est institutionnalisée depuis 2009 et bénéficie d'une prise en charge de groupe en orthophonie. Le diagnostic de MA est récent. Le langage oral en spontané est fluent sans manque du mot apparent.

Le **MMS** (Octobre 2011) établit un score à **17/30**. Les résultats témoignent de :

- Désorientation temporo spatiale partielle
- Déficit de mémoire épisodique
- Attention et calcul échoués

Le score au BNT est de **38/60** et témoigne d'un trouble d'accès au lexique important.

Mme G.

Cette personne est âgée de 80 ans. Elle est veuve et mère de 3 enfants résidant auprès de Bordeaux. Elle a exercé toute son activité professionnelle comme employée des postes dans l'armée de terre (NSC = 4, brevet). Elle a été institutionnalisée en 2005 et bénéficie d'une prise en charge orthophonique de groupe depuis lors. Elle présente une démence de type Alzheimer à un stade d'évolution moyenne. Mme G verbalise aisément en spontané, avec une tendance logorrhéique et des persévérations fréquentes.

Le dernier **MMS** proposé en septembre 2011 établit un score à **19/30**. Les résultats témoignent de :

- Mémoire épisodique très déficitaire ; début de dégradation de la mémoire sémantique
- Difficultés d'attention soutenue et défaut d'inhibition
- Digressions verbales et persévérations

Le score au **BNT** est de **41/60** et témoigne d'un léger manque du mot accentué sur la fin du test et portant davantage sur des items peu fréquents (lasso, trépied, treille…). L'ébauche phonologique est facilitatrice.

Mme H.

Cette personne, âgée de 88 ans, est mère de trois garçons, dont un décédé récemment. Divorcée peu de temps après son mariage, elle est restée célibataire. Elle a travaillé au service des douanes aéroportuaires (NSC 4). Mme H se déplace en fauteuil à la suite d'une chute. Le diagnostic de MA est posé. C'est une dame présentant une fluence peu perturbée à l'oral. On note un manque du mot qui n'empêche pas le dialogue.

Le dernier **MMS** administré au mois de février 2012 établit un score à **19/30**. Les résultats témoignent de :

- Désorientation temporelle et spatiale
- Mémoire épisodique altérée

Le score au **BNT** est de **44/60**. La dénomination est initialement immédiate mais on constate une difficulté d'accès au lexique progressivement se traduisant par des définitions par l'usage ou des paraphasies verbales (igloo « *truc dans le Nord* », licorne « *cheval* », rapporteur « *compas* »).

Mme I.

Cette personne est âgée de 89 ans. Veuve, elle est mère de deux enfants domiciliés dans la région. Ancienne comptable et secrétaire de direction, elle a travaillé auprès de son mari, artisan dans le bâtiment (NSC = 6). Elle est entrée en institution depuis deux ans, après le décès de son mari. Le diagnostic de MA est posé. Mme I., dont l'incitation verbale est réduite, présente par ailleurs un comportement ritualisé.

A la passation du **MMS**, Mme J. obtient un résultat de **22/30** (Jan. 2012).

Les résultats témoignent de :

- Désorientation temporelle limitée
- Mémoire épisodique déficitaire
- Calcul et attention préservés
- Praxies constructives échouées

A la passation du **BNT**, le résultat est de **31/60** et témoigne d'un trouble d'accès au lexique très important. L'aide sémantique n'apporte qu'une aide limitée, l'aide phonologique est inefficace.

Mme J.

Cette personne, âgée de 87 ans est une ancienne carmélite qui a exercé une activité artisanale et artistique dans la société civile. Elle possède un niveau d'éducation scolaire secondaire (NSC = 4, niveau brevet). C'est une personne sans famille proche, institutionnalisée en 2010 bénéficiant d'une prise en charge individuelle et de groupe en orthophonie. Le diagnostic de démence est posé. C'est une personne avec une forte incitation verbale, riche d'une culture qu'elle aime à faire partager. Son langage est marqué par un manque du mot qui l'entrave souvent dans son discours et rend ses propos parfois peu compréhensibles.

Le dernier score au **MMS** (novembre 2011) est de **24/30**. Les résultats témoignent de :

- capacités spatio-temporelles, mémoire immédiate et langage efficients
- calcul mental et praxies déficitaires

Le résultat au test du **BNT** est de **41/60**. On note un manque du mot accentué qui se traduit par des commentaires (« *on dirait une mairie* »), des mot-valises (« *chose du médecin* ») ou des génériques (« *plante* »). L'ébauche phonologique est peu efficace pour aider la patiente à accéder au lexique.

5.2. Calendrier de l'évaluation

La durée totale de notre étude est de cinq mois, à la fréquence d'une séance par semaine, entre les mois de février et de juin. Chacune des participantes a ainsi pu bénéficier, au plus et au total de vingt séances. Toutes les rencontres ont eu lieu dans la chambre des patientes.

L'évaluation est effectuée à différents temps déterminés au cours du protocole. Elle consiste en une analyse du comportement de communication du sujet au cours d'un entretien semi-dirigé, immédiatement après le temps d'écoute. Nous prenons en compte les actes de langage produits ainsi que l'ensemble du comportement et de la gestuelle pendant une fenêtre de temps fixé aux trois premières minutes de l'entretien (Rousseau, 2011, a, p. 58) qui est d'une durée totale de 15 minutes environ. Nous utilisons pour cela un appareil d'enregistrement permettant une captation de l'image et du son. La caméra est positionnée face au sujet, à une distance d'à peu près un mètre cinquante, afin de pouvoir filmer le haut du corps et les mouvements des bras.

La première évaluation, T1, a eu lieu lors de notre première séance, début février. Elle a donné lieu à une analyse des productions langagières et des comportements au cours

de l'interaction, à l'aide de notre grille, pour chacune des dix patientes. La deuxième évaluation, T2, a été programmée quatre semaines après, soit à notre 5ème séance, la deuxième semaine de mars. Pour des raisons d'indisponibilité de certaines de nos patientes cette semaine-là, nous avons aussi filmé la 6ème séance. La troisième évaluation, T3, a été effectuée à la 10ème séance, soit quatre semaines après la 6ème, la deuxième semaine d'avril. La quatrième évaluation, T4, a eu lieu à la mi-mai, soit à la 15ème séance et la dernière, T5, lors de la dernière séance à la fin du mois de juin.

D'autre part, entre chaque évaluation, nous avons consigné par écrit les propos que nous avons jugé intéressants, noté certaines informations et plus généralement apprécié la tonalité de la séance.

L'entretien est proposé immédiatement après l'écoute. Il est initié par la conteuse avec la question introductive, « qu'avez-vous pensé de ce que je viens de vous raconter ? ». Cette question initiale est volontairement large pour laisser au patient une grande latitude de réponse. Les questions qui sont posées dans la suite de l'entretien sont formulées de façon spontanée pour relancer, réorienter ou recadrer la conversation lorsque notre interlocuteur est en difficulté pour produire, ou lorsque son discours ne progresse pas ou nous apparaît trop incohérent.

Cette façon de procéder nous a paru être la plus adaptée à l'objectif recherché, celui-ci étant de stimuler verbalement ou non des expressions et des sentiments chez les patientes. Nous avons donc opté pour des questions spécifiques en fonction de chacune. En effet, cela nous a paru plus intéressant et productif en raison des difficultés de certaines d'entre elles à saisir le sens des questions.

Il s'agit donc ici, à partir du thème du conte, d'une situation de discussion libre.

5.3. Elaboration de la grille

Elle doit permettre de relever non seulement les actes de langage produits pendant la situation de dialogue, mais également l'ensemble du comportement non verbal du sujet.

Nous avons partiellement repris en la simplifiant et en l'adaptant à nos besoins, la *Grille d'Evaluation des Capacités de Communication* des patients Alzheimer (GECCO) de Rousseau (1995). Cette grille permet d'évaluer de façon pragmatique et écologique, c'est-à-dire en situation réelle d'interlocution, la qualité et la quantité des actes de langage des personnes démentes. D'autre part, nous avons tenu compte également de la grille utilisée dans la précédente étude réalisée en 2009, dans le cadre de l'atelier conte auprès d'un groupe de personnes âgées DTA (M. Sautet). Pour l'étude de la communication non verbale nous nous sommes appuyés sur la *grille d'évaluation de la communication non-verbale de patients déments de Malécot* (2002).

Trois grands thèmes ont été dégagés pour l'évaluation de la communication verbale :

- Prise de parole et qualité de la relation
- Qualité du discours
- Orientation des propos

Trois régions du corps sont observées pour la communication non verbale :

- La tête
- Les mains
- Le buste et les épaules

Enfin, on distingue les gestes qui traduisent une intention de communication (gestes à fonction linguistique, relationnelle ou référentielle) et les gestes extra-communicatifs (également appelés adaptateurs, auto-centrés, de confort).

5.3.1. Méthodologie

Nous avons conçu une grille constituée de trois parties (verbal, non verbal et extra-linguistique). Nous voulions obtenir des informations :

- Pour le langage oral, un nombre d'actes sur la période observée, en déterminant leur adéquation (qualité de cohésion, de cohérence et feed back) et leur nature (traduisant un éprouvé émotionnel). Pour cela, nous avons repris un item de la GECCO, « état interne », ainsi qu'une individualisation des types d'actes à tonalité exclamative.

  « L'état interne » est défini comme l'expression de « *son état interne, (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action* » (Rousseau, b, 2011). Ainsi, ce type d'acte permet à un individu de s'exprimer et de verbaliser ses émotions.
- Pour le langage non verbal une quantification des différentes catégories de gestes (coverbaux, paraverbaux, emblèmes et adaptateurs) ainsi qu'une qualification clinique pour certains d'entre eux. Cela nous a amené à préciser notre grille d'observation en distinguant notamment des mimiques faciales traduisant un éprouvé émotionnel (réellement vécu), de celles étant à l'évidence à distance du propos de l'émetteur. Il y a une différence entre les pleurs d'une personne triste et le « faire semblant » de pleurer. D'autre part, nous avons choisi de noter les différentes émotions perçues au cours de l'interaction, en les classant selon deux pôles opposés : plaisir / déplaisir, et par ailleurs de donner des qualifications subjectives aux différents affects perçus. Lorsqu'un éprouvé ne nous semble pas pouvoir être rangé dans l'une de ces deux classes, nous avons introduit l'item « autre », tels que, l'étonnement, le doute, l'incompréhension, etc.

  Les premières études de vidéo nous ont aussi amenés à une observation : certains gestes produits en co-occurrence avec l'oral ne s'intégraient pas dans notre grille. Ces gestes ne sont pas liés à la relation et ne renvoient à rien. D'autre part, ils ne peuvent être qualifiés de prosodique, survenant souvent lorsque la personne éprouve des difficultés à s'exprimer. Nous avons donc proposé un item supplémentaire à la fonction linguistique « mise en mots » pour rendre compte de ces tentatives.
- Pour les attitudes corporelles, nous avons distingué un item « gesticulations » correspondant à une instabilité corporelle, soit sur la durée, soit sur une manifestation ponctuelle.

5.3.2. Les critères de l'évaluation

5.3.2.1. La classification des gestes

Pour nous permettre de classer les gestes observés, nous avons dû nous poser plusieurs questions. Nous avons procédé de la manière suivante :

1) S'agit-il d'un geste participant à la communication verbale et à l'échange ou s'agit-il d'un geste extra-communicatif ?
2) S'agit-il d'un geste interactionnel pratique ou d'un geste sémiotique ? « *communiquer entraîne la production d'un effet sur le destinataire (un faire savoir ou un faire faire) par un moyen intermédiaire et non par celui d'une action directe* » (P. Bogdanka, 2002, p.73).
3) S'agit-il d'un geste qui accompagne une production verbale, geste coverbal, ou d'un geste complètement indépendant, appelé quasi-linguistique ?

5.3.2.2. Les expressions faciales

Nous procédons de manière subjective, en nous basant sur notre propre perception et par ailleurs sur une méthode empirique d'attribution d'émotions, positives, négatives ou plus neutres, en fonction de certains traits mimiques caractéristiques. D'autre part, nous avons recours au contexte afin d'étayer notre jugement. Ainsi, une mimique grimaçante, de nature incertaine, sera interprétée positivement ou négativement selon le type de propos auxquels elle est attachée, ou à l'attitude plus globale de la personne (expression du regard, posture).

5.3.2.3. Les items verbaux

La **segmentation des actes** répond à la question : s'agit-il d'une continuité dans l'apport communicationnel ou d'un changement/ complément ? Nous distinguons les actes spontanés selon deux critères :

- Emis immédiatement après lecture du conte, sans la question introductive,
- Emis après un bref moment de silence (de quelques 10 secondes), sans qu'il y ait relance de la part de l'interlocuteur.

Concernant le **feed-back**, la réponse donnée est-elle celle attendue ou bien entraîne-t-elle une incompréhension de la part de l'interlocuteur et une rupture dans l'échange ? Nous introduisons ici aussi une dimension subjective en allant au-delà des mots exprimés. Nous nous basons sur le fait que les difficultés linguistiques liées à la pathologie entravent les capacités à construire un propos avec les termes de vocabulaire adéquats, dans une forme syntaxique voulue.

5.4. Description de la grille

Voici une présentation de la grille finalisée, telle que nous l'avons utilisée pour le recueil de nos données.

5.4.1. Communication verbale

5.4.1.1. Prise de parole et qualité de la relation

- **Spontanée** : prise de parole immédiatement après le conte sans invitation de l'interlocuteur, soit après un silence (environ 10 secondes) sans relance.
- **Réponse ou réaction** :
  - Assertion : phrase ou production verbale avortée peu intelligible et peu informative (ex : « heu, heu, vous voy… », « tout m'a …me …démonte…me… »
  - Etat interne : verbalisation des éprouvés émotionnels. Ex : « j'aime bien ça », « oh, c'est marrant ça » !
  - Exclamation : production possédant une intonation suffisamment marquée émotionnellement.
  - Question : demande ou interpellation formulée à l'interlocuteur.

- **Feed-back** : qualité des propos qui sont en relation avec le sujet de conversation ou avec la situation.

5.4.1.2. Qualité du discours

- **Cohésion** : elle est définie par l'utilisation de mots appartenant au lexique, une organisation morphosyntaxique correcte et une phrase entièrement réalisée.
- **Cohérence** : le récit progresse avec introduction d'éléments nouveaux en non contradiction avec les précédents et des relations claires entre les éléments (rapport de causalité, anaphore).

5.4.1.3. Orientation des propos

- **En relation avec le conte** : commentaire directement ou indirectement en relation avec le conte.
- **Autobiographique** : Souvenirs et évocations qui surgissent dans la conversation.

- **Autres** : expressions des préoccupations présentes (ennuis de santé, problèmes relationnels), plaintes, marques d'humour, chant, propos sans signification (bruitages et onomatopées divers, phrases sans cohésion).

5.4.2. Communication non verbale

5.4.2.1. Tête

Orientation du regard pendant la prise de parole

- **Emetteur** : Le regard du patient reste en contact avec l'interlocuteur.
- **Mobile** : Le regard est la plupart du temps détourné pendant la prise de parole, le sujet regarde à de brefs moments son interlocuteur.

Expressions faciales

- **Connotatives** : mimique expressive attribuable soit au contenu verbal, soit à un positionnement de l'émetteur par rapport à son message.
- **Dénotatives** : mimiques expressives d'un éprouvé émotionnel vrai.
- **Plaisir et joie** : tous les degrés de ce type d'émotion positive pouvant s'exprimer par le sourire, le rire ou une expression détendue du visage.
- **Déplaisir et tristesse** : visible essentiellement au niveau de l'expressivité du regard.
- **Autres** : doute, surprise, étonnement ou indifférence affective traduite par un relâchement des traits et un regard inexpressif (C. Malécot, 2002)).

Mouvements de tête (avec ou sans production verbale)

- **Acquiescement / négation** : mouvement de haut en bas, pour approuver l'interlocuteur.
- **Autre** : mouvements traduisant un ressenti ou un éprouvé interne ayant une signification au niveau de la relation.
- **Prosodique** : mobilité accompagnant l'oral.

5.4.2.2. Mains

Gestes à fonction linguistique

- **Commentaire** : apport d'une information supplémentaire concernant le contenu du discours ou l'attitude du locuteur par rapport à son énoncé. Ex : dire « c'est bien » en l'accompagnant d'un geste de la main, pouce relevé signifiant « c'est super ».

- **Redondant** : gestes qui expriment la même chose que le contenu verbal, ils sont dits dénotatifs. Ex : dire « au revoir » avec la main.
- **Prosodique** : gestes dits *paraverbaux,* liés à la prosodie et à la syntaxe, « marquant l'intonation, l'accent et l'emphase ou scandant les moments principaux du raisonnement » (Cosnier, 1982).
- **Mise en mots** : gestes d'appui réalisés au cours des tentatives d'énoncé oral.

Gestes à fonction relationnelle

- **Expressifs ou émotifs** : ajout d'une dimension affective au dit. Ex : poser sa main sur sa poitrine (« je suis impliqué, ça me touche ») ou agiter énergiquement la main (« je suis en colère »).
- **Conatifs** : gestes destinés au récepteur pour lui signifier une question, un ordre, une demande, un doute, etc. Ex : lever la main pour appeler un serveur dans un café.
- **Phatiques** : gestes produits pendant la prise de parole destinés à assurer ou conserver le contact avec l'interlocuteur, pour terminer la prise de parole ou pour passer la parole à l'interlocuteur. Ex : main posée sur le bras ou l'épaule de celui à qui on s'adresse ; geste de la main vers l'interlocuteur pour l'inviter à prendre la parole.

Gestes à fonction référentielle

- **Déictiques** : désignation d'un référent de la parole, présent dans l'espace ou signifié symboliquement.
- **Mimétiques** : réalisation schématique de la forme ou de la qualité d'un référant (ex : mains écartées l'une de l'autre pour signifier « un poisson grand comme ça »).
- **Symboliques** : formes gestuelles fixes, renvoyant à un mot ou un groupe de mots. Ex : se frotter les yeux pour signifier « je tombe de sommeil » et mains jointes, contre la joue visage penché « je vais me coucher ».

5.4.2.3. Corps

- **Mouvements et balancements** : mouvements du buste vers l'avant ou vers l'arrière et balancements droite/gauche de la partie supérieure.
- **Haussements d'épaules** : levée plus ou moins brève des épaules.
- **Gesticulations** : mouvements de levée du fauteuil, mouvement de recherche d'objets à proximité immédiate impliquant un déplacement corporel plus important que « mouvements et balancements ».

5.4.3. Gestes extra-communicatifs

Ces gestes ne servent pas directement la communication, bien que produits pendant une interaction. Ils peuvent permettre cependant de délivrer une information implicite sur les éprouvés intimes (ex : bâiller).

5.5. Contes choisis

Nous avons puisé dans le répertoire des contes populaires cinq histoires en fonction des critères que nous avons retenus :

- Variété des formes de contes (typologie et variantes régionales)
- Durée moyenne ou courte
- Charge émotionnelle du récit
- Réparation finale et fin positive
- Intérêt et dimension humoristique et ou poétique

Nous nous sommes appuyés également sur les conseils d'une conteuse professionnelle, Mme Caroline Coutin, rencontrée à son domicile au mois de janvier. Celle-ci a pu nous conseiller pour le choix définitif des contes.

D'autre part, notre entrevue nous a permis de préparer la mise en récit des histoires. En effet, pour les patientes du groupe 2, nous avons procédé à un récit mimo-gestualisé. Sur les conseils de C. Coutin, nous avons tenté de nous créer une représentation mentale du cadre de l'histoire (son décor), et de nous l'approprier à l'aide de nos propres mots pour rendre le récit naturel. En parallèle, la mimo-gestualité associée a été élaborée en référence à certains éléments ou motifs du conte, et à certains moments particuliers du récit. Nous donnerons deux exemples seulement ici : mouvements de brasse (« nager », conte 1 ; geste de trancher la gorge, conte 3). Les contes choisis sont donc :

- ***Le voyage des Jaguens à Paris*** (conte facétieux de haute Bretagne, variante régionale de *Le champ pris pour la mer*, conte type 1287, selon la classification internationnale d'Aarne-Thompson), (Aarne, A., Thompson, S., 1928).
- ***Le Rossignol*** (conte moderne d'A. C. Andersen)
- ***Barbe Bleue*** (conte classique, version C. Perrault)
- ***Le petit Geault*** (conte populaire du Berry, variante régionale de *Ma mère m'a tué, mon père m'a mangé*, conte type 720)
- ***La pâte qui chante*** (randonnée, conte populaire de la Gascogne)

5.6. Critères d’analyse

Les données recueillies ont fait l’objet d’un traitement statistique. Compte tenu du petit nombre de sujets, les moyennes ont été comparées à l'aide de tests non paramétriques U de Mann et Whithney pour les analyses inter groupes et test de Wilcoxon pour les analyses intra groupes. Le seuil de signification pour ces deux tests est p = 0,05.

6. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

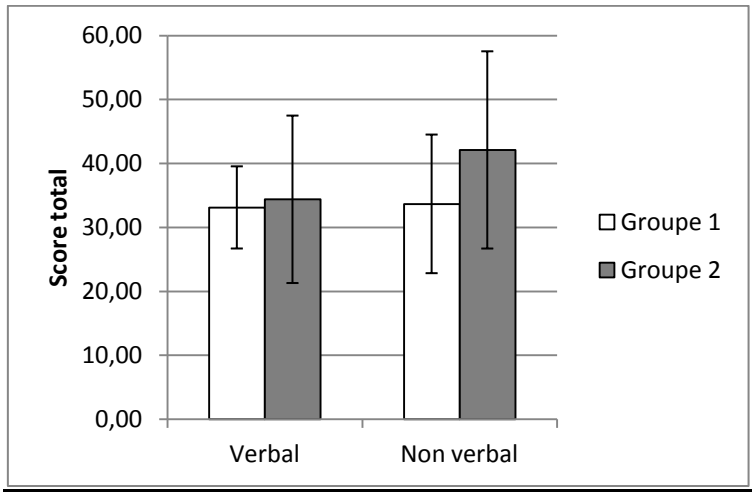
Afin d'évaluer si le récit d'un conte mimo-gestualisé peut avoir une influence sur les capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer, nous avons constitué un échantillon composé de 10 personnes réparties en deux groupes appariés en niveau de MMS, NSC et âge. Tous nos patients sont de sexe féminin.

Le groupe 1 a bénéficié d'une lecture de 5 contes différents pendant 20 séances. Le groupe 2 a bénéficié d'un récit mimo-gestualisé pour le même nombre de contes et de séances.

Afin de vérifier notre hypothèse, les résultats ont été analysés de la manière suivante :

- Nous avons tout d'abord comparé les résultats, total des productions verbales et non verbales des deux groupes.
- Nous avons ensuite comparé entre eux l'évolution des scores verbal et non verbal des deux groupes.
- Nous avons enfin procédé à une analyse qualitative des gestes inter et intra groupes.

6.1. Analyse des scores totaux, verbal et non verbal



Graphique 1: Comparaison des moyennes des scores total, verbal et non verbal entre le G1 et le G2.

Le score total correspond à la moyenne des scores obtenus aux 5 séances enregistrées sur la période. Le groupe 1 correspond aux personnes ayant écouté les contes sous forme lue et le groupe 2 sous forme mimée.

Les résultats montrent que :

- Le score verbal du G1 (moyenne de 33,11) est proche de celui du G2 (moyenne de 34,37).
- Le score non verbal du G1 (moyenne de 33,6) est inférieur à celui du G2 (moyenne de 42,10).
- Les scores verbal et non verbal du G1 sont très proches (33,11 / 33,6)
- Les scores verbal et non verbal du G2 se différencient plus nettement (34,37 / 42,10).

6.1.1. Analyse inter groupe :

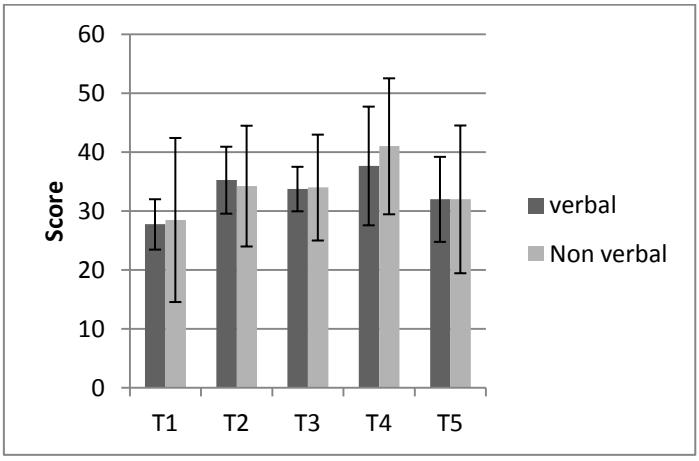
Comme le montre le graphique, la moyenne des scores verbaux n'est pas significativement différente entre les deux groupes (U de Mann et Whithney, p = 0,58). Par contre, le score global non verbal a tendance à être supérieur dans le G2 par rapport au G1 (U de Mann et Whitney, p = 0,07)

6.1.2. Analyse intra groupe :

Le graphique montre également que dans le G1, les scores verbaux et non verbaux ne sont significativement pas différents (Wilcoxon, p = 0,91). En revanche, dans le G2, la moyenne des scores non verbaux est significativement supérieure à la moyenne des scores verbaux (Wilcoxon, p < 0,002).

6.2. Analyse qualitative de l'évolution des scores au cours des séances

6.2.1. Evolution des scores du G1

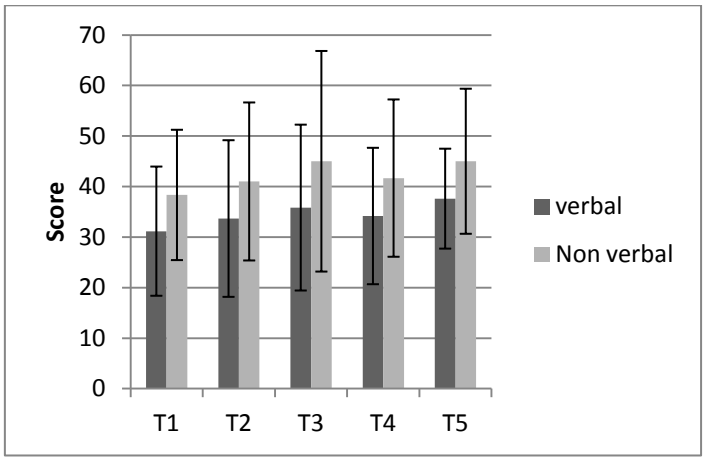


Graphique 2: comparaison des scores verbaux et non verbaux en fonction des séances dans le G1.

Les scores verbaux et non verbaux correspondent à la moyenne totale des scores verbaux et non verbaux de toutes les patientes du G1, pour chaque temps.

Les résultats montrent que les productions verbales et non verbales du G1 sont proches et évoluent en parallèle sur toute la période. Les scores montrent une très légère augmentation des productions verbales et non verbales à T4. Le décès d'une patiente entraîne une chute des moyennes à T5.

6.2.2. Evolution des scores du G2



Graphique 3: Comparaison des scores verbaux et non verbaux en fonction des séances dans le G2.

Les scores verbaux et non verbaux correspondent à la moyenne totale des scores verbaux et non verbaux de toutes les patientes du G2, pour chaque temps.

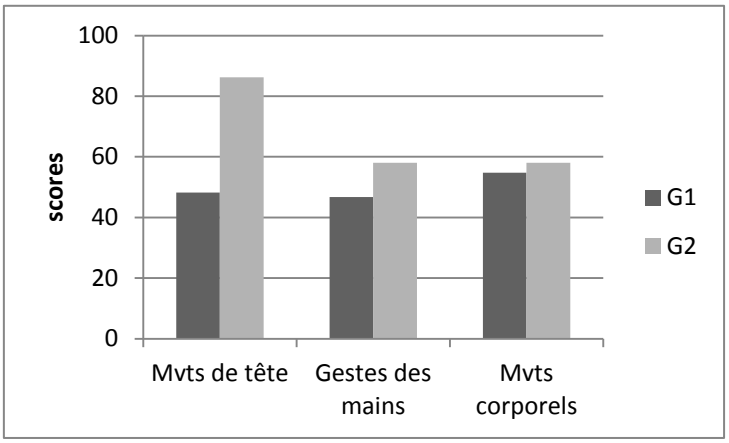
Les résultats montrent que la production verbale totale augmente très légèrement sur la période. Elle passe d'une moyenne de 31 actes à T1, à 37,6 à T5.

Dans ce groupe, nous n'avons pas pu enregistrer la dernière séance d'une patiente. La production verbale augmente également chez une autre patiente qui était en début de protocole dans une attitude de repli.

On observe sur toute la période un écart plus marqué entre le total des productions verbales et non verbales, en faveur de ces dernières. La production non verbale est en très légère augmentation sur la période. Elle passe d'une moyenne de 38 actes à T1, à 45 à T5.

6.3. Analyse qualitative des gestes

6.3.1. Analyse de la répartition des gestes par régions du corps



Graphique 4: Comparaison des moyennes aux scores total de communication non verbale en fonction de la répartition corporelle des gestes.

Les scores mouvements de tête, gestes des mains et mouvements corporels correspondent à la moyenne totale des scores obtenus aux 5 séances enregistrées par les patientes.

6.3.1.1. Analyse inter groupe

Les résultats montrent que les scores des mouvements de tête du G2 apparaissent très supérieurs à l'ensemble des autres scores de ce groupe et du G1.

Les scores des gestes des mains présentent un écart également marqué entre les deux groupes, en faveur du G2 (la moyenne est de 46,7 gestes dans le G1 alors qu'elle est de 58 dans le G2).

Les scores des moyennes corporelles sont très proches entre les deux groupes (moyenne à 54,7 dans le G1, 58 dans le G2).

6.3.1.2. Analyse intra groupe

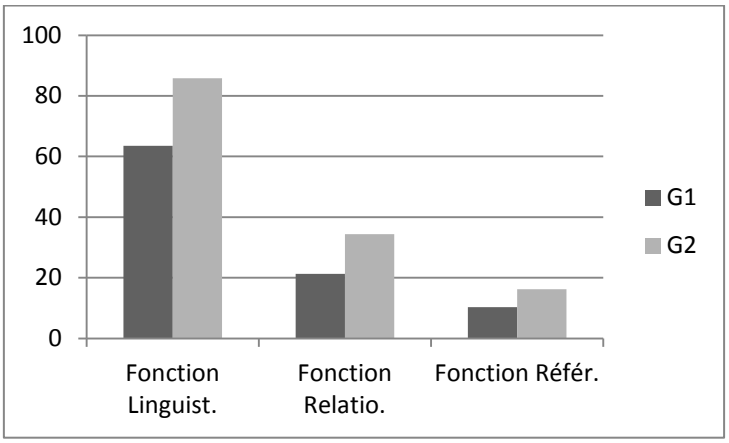
6.3.1.2.1. Groupe 1

Les personnes ont en majorité recours aux mouvements corporels. L'importance de cette région du corps est peut-être due au comportement particulier d'une patiente dans ce groupe ayant un mouvement d'agitation constant de type tressautement au cours des séances. Les mouvements de tête s'expriment ensuite. Les gestes des mains viennent en dernier et leur sont légèrement inférieurs. Globalement, on a une répartition homogène de l'ensemble des gestes entre les différentes régions du corps dans ce groupe.

6.3.1.2.2. Groupe 2

Les mouvements de tête dominent largement la production non verbale. Les gestes des mains et de la tête apparaissent en proportion égale, en nette infériorité par rapport aux mouvements de tête.

6.3.2. Analyse de la répartition des gestes par fonctions



Graphique 5: Comparaison des moyennes aux scores de communication non verbale selon la fonction des gestes.

Les scores sont des moyennes obtenues par le total des scores obtenus aux 5 séances enregistrées. La catégorie des gestes à fonction linguistique comprend tous les gestes de la main de cette catégorie et les mouvements de tête d'acquiescement / négation et prosodiques. La catégorie des gestes à fonction relationnelle comprend tous les gestes de la main de cette catégorie et les mouvements de tête autres. La catégorie des gestes à fonction référentielle comprend tous les gestes des mains de cette catégorie.

Les résultats montrent que les gestes à fonction linguistique dominent nettement la production non verbale totale des deux groupes. La répartition globale de la production non verbale est proche dans les deux groupes : la production de gestes à fonction linguistique domine, puis ce sont les gestes à fonction relationnelle et en dernier les gestes à fonction référentielle. Les résultats du G2 sont supérieurs dans toutes ces catégories aux résultats du G1. La différence de production est surtout marquée pour les gestes à fonction linguistique et relationnelle.

L'importance des gestes à fonction linguistique témoigne de leur prépondérance (2/3 à 3/4 des gestes) dans la production du message oral. Ces gestes sont en co-occurrence avec l'oral, soit pour imager compléter, renforcer les propos, apporter un complément de sens (c'est la fonction sémantique du geste) ou servir à l'acte d'énonciation. Les gestes à fonction relationnelle concernent les paraverbaux coordinateurs de l'échange ou gestes

expressifs témoignant d'une implication émotionnelle du locuteur. Ces gestes apparaissent également importants (environ un tiers) en proportion du total des gestes.

7. DISCUSSION

7.1. Rappel des objectifs, de la méthode et des résultats

Le but de cette étude était d'évaluer l'impact du conte et de la mimo-gestualité associée au contage sur les capacités de communication globale des patients atteints de la MA. Pour cela nous avons procédé en deux étapes :

- Elaboration d'une grille d'évaluation des capacités de communication verbales et non verbales,
- Réalisation de séances individuelles de lecture ou de récits des contes.

Notre population était initialement constituée de 11 personnes réparties en deux groupes de 6 et 5 personnes. Au sein du G1, une personne est décédée au mois d'avril, à la moitié de notre protocole. Nous avons également dû écarter une autre patiente de ce groupe car elle ne correspondait pas aux critères d'inclusion définis (MMS > 27).

Nous avons effectué avec chaque patiente 20 séances au total et au maximum. Un enregistrement vidéo a été réalisé lors des première et dernière séances et toutes les quatre semaines. Nous avons pu obtenir ainsi 5 enregistrements pour chacune des patientes, excepté la patiente du G1 (trois enregistrements) et une patiente du G2 pour laquelle nous n'avons pu effectuer la dernière séance.

La grille élaborée nous a permis de recueillir un nombre important de données sur la communication verbale et la communication non verbale. Nous avons choisi d'en exploiter une partie restreinte afin de répondre à notre hypothèse qui était celle-ci : en condition de récit, les résultats de communication des patients ayant bénéficié de récit de conte augmentée par la mimo-gestualité sont supérieurs à ceux des patients ayant bénéficié d'une lecture de conte simple.

Les résultats montrent qu'il n'y pas de différence significative entre les scores des deux groupes. Les scores globaux, les scores totaux de communication verbale et de communication non verbale ne sont pas significativement différents. Cependant, on est à la limite d'une significativité pour les scores de communication non verbale du G2.

7.2. Interprétation des résultats

Nous pouvons constater en premier lieu que les conditions du protocole définies initialement ont été remplies. En effet, aucune des patientes n'a manqué plus de deux séances, exceptée une personne du G2 (17 séances) et une patiente du G1 (10 séances). Autrement dit, neuf patientes ont bénéficié de18 séances au total. Nous avons rempli nos 5 grilles par patiente (excepté pour les deux patientes mentionnées ci-dessus. Pour la première, seul le dernier enregistrement n'a pu être fait, tandis que pour la seconde nous ne disposons que des résultats des trois premiers enregistrements). Les résultats obtenus prennent ainsi une valeur intéressante. Nous ajoutons et soulignons toutefois que les cotations des grilles restent subjectives d'une part et que cet outil, bien que précieux pour le recueil d'informations sur la communication, s'avère être très long et fastidieux d'autre part.

Un deuxième constat est celui de la difficulté à constituer des groupes similaires tant du point de vue du nombre que des critères définis. Ce déséquilibre des groupes est à prendre en compte dans l'appréciation de nos résultats.

Pendant le déroulement de notre protocole, nous avons pu nous rendre compte que toutes les patientes ont montré un réel intérêt et du plaisir à la discussion suivant le conte. Deux attitudes sont apparues : la majorité des patientes exprimaient leur avis et faisaient des commentaires sur ce qu'elles venaient d'écouter. Certaines ont abordé spontanément d'autres thèmes, liés ou non à leurs préoccupations, parfois en lien avec leurs souvenirs. Le conte offre là une possibilité d'échange et de relation avec un interlocuteur avec un sujet de discussion pouvant ouvrir sur d'autres thématiques. De la même manière, nous avions intégré dans notre grille une cotation des états internes afin d'évaluer une verbalisation des émotions. Nous avons relevé pour chaque patiente les propos exprimant soit des émotions ou des sensations, soit des capacités. Les résultats restent à analyser dans le détail, mais il apparaît que toutes ont au moins exprimé une émotion.

Enfin, nous avons noté une évolution des comportements au fil du temps. Les patientes ayant bénéficié d'un récit mimo-gestualisé ont beaucoup moins interrompu leur interlocuteur pendant le contage que les patientes ayant écouté une lecture simple. De façon générale, l'attention et le plaisir marquaient toujours ces temps, même lorsque nous avons raconté des histoires pour lesquelles les patientes nous ont exprimé leur peu d'attrait.

Lors du temps de discussion suivant le conte, nous n'avons pas aménagé notre comportement pour modifier notre intonation, nos mimiques ou introduire volontairement des gestes associés à nos propos. Les conditions étaient similaires pour les 2 groupes, ce qui se traduit par une production verbale proche dans les deux groupes. Par ailleurs, on constate que cette production n'augmente pas dans le G1 mais elle est en légère augmentation dans

le G2. Il pourrait être intéressant d'analyser les données de notre corpus de manière qualitative (sujets abordés, relation avec le conte, types de propos) et d'évaluer dans quelles mesures les propos des patientes sont cohérents et si l'on peut constater une évolution en ce domaine sur la période.

Les scores non verbaux des deux groupes ne sont pas significativement différents mais le G2 a une production supérieure. Cette production n'est pas significative d'un point de vue statistique mais tend vers cette significativité. Cela pourrait suggérer que l'utilisation de gestes, de mimiques expressives et d'une intonation marquée peut contribuer à générer chez la personne atteinte de MA une augmentation de sa propre CNV. Autrement dit, une stimulation de la CNV des patients peut se faire par l'adaptation de l'interlocuteur de sa propre CNV. Ces résultats en demi-teinte peuvent s'expliquer par la taille de l'échantillon. Il est possible qu'avec un nombre plus important de sujets, la significativité apparaîtrait plus évidente. D'autres raisons d'ordre méthodologique pourraient aussi influer sur les résultats. Pour cette dernière éventualité, on peut en effet se demander si une gestualité associée, non seulement pendant le conte mais également au cours de la conversation suivante n'aurait pas un impact positif plus important sur la production non verbale des patients.

Le G2 a une production non verbale plus importante que sa production verbale. Cette production non verbale est aussi beaucoup plus importante que pour le G1. L'augmentation de la CNV dans ce groupe peut s'interpréter selon 2 hypothèses :

- Il y aurait un transfert des capacités de communication verbale vers une expressivité non verbale, alors que les compétences verbales diminuent ;
- Il y aurait une augmentation de la communication sur un plan non verbal, par un effet de stimulation provoqué par l'utilisation de la PMG lors du récit du conte, avec une stabilité de la production orale.

Pour rappel, ce groupe, est constitué de 6 patientes, dont 4 qui ont une atteinte légère. Seule une des 2 personnes ayant une atteinte moyenne présente une fluence plus réduite. Cette patiente ne compense pas ses difficultés de langage oral par un surcroit de gestes.

La comparaison de l'évolution des productions verbales et non verbales intra et inter groupes au cours de la période nous apporte aussi quelques informations : au sein du G1, les productions verbales et non verbales évoluent avec des scores proches. On n'observe pas non plus d'évolution dans le sens d'une augmentation de ces productions. La relation de communication établie avec l'interlocuteur n'influence pas la production quantitative de ce groupe, ni au plan verbal, ni au plan non verbal.

Au sein du G2, les productions verbales et non verbales augmentent très légèrement entre T1 et T5. La production verbale augmente moins que la production non verbale. La relation de communication avec l'interlocuteur semble influencer la communication des patients de ce groupe, tant au plan verbal qu'au plan non verbal. Le comportement mimo-gestualisé de l'interlocuteur lors du récit du conte semble influer à la manière d'un modèle, sur la communication du patient. Cette influence est importante sur le plan de l'expression non verbale, bien supérieure à l'expression verbale qui reste, elle, proche de la production du G1.

Notre analyse de la répartition des gestes par fonction a montré une dominance des gestes de nature linguistique au sein des deux groupes. D'autre part, ces gestes apparaissent en proportion plus grandes au sein du G2. Ces gestes proviennent essentiellement de la tête et des mains en proportion égale. L'importance des gestes linguistiques dans la production non verbale des patientes est peut-être en lien avec un transfert des capacités de communication verbale vers des capacités de CNV qui restent efficientes. D'autre part, il apparaît par ailleurs que les gestes à fonction relationnelle sont également importants en proportion. Ces gestes témoignent d'une implication émotionnelle et expressive du locuteur.

Au terme de cette étude, il apparaît donc que :

- Un média, type conte, est un support bénéfique pour créer une situation de dialogue et d'échange avec un patient atteint de MA. Nous ne pouvons pas nous avancer quant à l'influence de ce type de support sur une verbalisation des émotions, les analyses du corpus restant à faire ;
- L'utilisation d'une mimo-gestualité dans la communication avec le patient contribue à augmenter sa production verbale mais surtout non verbale ;
- La production non verbale des patients peut être stimulée et une partie des gestes à fonction linguistique pourrait venir remplacer une communication verbale moins performante, et contribuer à une amélioration de la communication globale des patients.
- Une expressivité mimique et émotionnelle perdure et contribue à maintenir des capacités de CNV avec les patients.

Rappelons que la taille de notre échantillon est restreinte avec dix personnes au total. Les tendances observées lors de cette étude pourraient être rendue significatives en augmentant le nombre de patients concernés.

7.3. Comparaison avec les travaux antérieurs

M. Sautet (2010) a constaté un bénéfice de l'utilisation du conte auprès de personnes atteintes de MA dans le sens d'un meilleur investissement participatif : diminution de la prise de parole globalement mais écoute active et participation au temps de discussion; augmentation des sujets abordés par les patients et amélioration de la cohérence de leur propos. Nous ne constatons pas de diminution de prise de parole chez les patients, en revanche, l'intérêt et le plaisir ont également marqué nos séances.

C. Malécot (2002) étudiant la communication non verbale de patients déments au sein d'un groupe de langage a constaté que celle-ci dépend moins d'un niveau de dégradation que de la stimulation dont ils sont l'objet par l'orthophoniste. Elle conclue au bénéfice de l'utilisation d'une gestualité avec des patients atteints de MA afin de préserver jusqu'au bout chez ceux-ci leur statut d'être communicant. Ce constat va dans le sens de nos propres conclusions.

7.4. Limites de notre étude

En premier lieu, elles tiennent à la subjectivité liée à la position d'observateur au sein de l'étude. Ainsi, pour le recueil des données non verbales, nous avons pu voir que la difficulté tient, non seulement dans la segmentation d'unités observables, dans leur description mais également dans les choix de classification faits. Les gestes observés sont pour certains d'entre eux facilement déterminés dans leur fonction alors que pour d'autres il reste toujours une part d'incertitude. Nous avons au mieux, tenté de différencier gestes extra-communicatifs et gestes communicatifs. Pour ces derniers, nous avons tenté de distinguer entre des fonctions linguistique, référentielle ou relationnelle.

Un autre facteur possiblement limitant tient au cadre des prises en charge : nous avons dû nous adapter aux rythmes des patientes mais également aux contraintes dépendantes de l'environnement (intervention des équipes soignantes).

Seule une partie des données a fait l'objet d'un traitement statistique en excluant une étude plus qualitative des autres résultats. Nous avons fait le choix de n'utiliser qu'une infime partie de nos données alors que les informations disponibles sur la communication verbale et non verbale sont beaucoup plus importantes.

On peut citer :

- Les feed-back produits et la qualité de la relation
- la cohérence des propos et la qualité du discours
- La verbalisation d'états internes
- L'orientation des propos

L'analyse de ces autres données pourrait compléter et apporter des informations précieuses aux résultats présents.

D'autre part, il faut souligner le petit nombre de sujets ayant participé à ce travail. Il est possible qu'une étude similaire effectuée avec un échantillon plus important (au moins sept patients par groupe) apporte des résultats montrant une différence significative entre les deux groupes, compte tenu du fait qu'il y ait ici une tendance.

7.5. Perspectives

L'importance des éléments recueillis au cours de ce travail et non encore exploités constitue une piste permettant d'approfondir cette étude, d'apporter des informations plus qualitatives et descriptives du comportement verbal et non verbal des patients au cours des échanges.

Au terme de notre réflexion, nous nous demandons également si une modification du comportement non verbal de l'interlocuteur lors de l'échange n'induirait pas une stimulation plus importante du propre comportement non verbal du patient.

CONCLUSION

Cette étude s'est intéressée aux liens entre le conte et les possibilités de communication des patients déments.

Nous pensions que le conte pouvait avoir un bénéfice sur les capacités de communication verbale et non verbale chez les patients atteints de MA. La grille d'évaluation élaborée nous a permis d'analyser les comportements de communication des malades.

Malgré un échantillon réduit, les résultats de cette étude montrent que le conte est un support intéressant et bénéfique pour instaurer une relation d'échange avec des personnes ayant des troubles de la communication. Les résultats montrent d'autre part que le langage verbal n'augmente pas significativement mais que la CNV apparaît nettement stimulée lorsque l'interlocuteur utilise lui-même une mimo-gestualité pour communiquer. La CNV semble venir pallier les troubles du langage oral alors que l'expressivité et les capacités de communication émotionnelles apparaissent relativement bien préservées.

Cette expérience pourtant riche et dense n'en demeure pas moins modeste en regard des multiples facettes de cette maladie mais toute la richesse des informations contenues dans ce travail est encore à découvrir dans l'exploitation des données restantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ALBOU, P. (2005). L'évolution du concept de démence. *La revue du praticien*. 55, 1965-1969.

2. ARNAUD-CASTIGLIONI, R. (2005). Communication, affectivité et démence. In Michel, B., Verdureau, F., Combet, P. *Communication et démence*. 199-206. Solal.

3. AARNE, A., THOMPSON, S. (1928). *The types of the Folktale*. A classification and bibliography. Helsinki : Academia Scientiarum Fennica.

4. AURIACOMBE, S., ORGOGOZO, J-M. (2004). Syndrome démentiel. *Encyclopédie Médico Chirurgicale, Neurologie*. 1 (1). 55-64.

5. AUSTIN, J.-L. (1962). *Quand dire c'est faire*. Trad. Française 1970, Paris : Seuil.

6. BETTHELEIM, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. Paris : Robert Lafon.

7. BIRDWHISTELL, R. (1952). *Introduction to Kinesics (an Annotation System for Analysis of Body Motion and Gesture)*. University of Louisville.

8. BLANCHARD, F. (1999). Une communication possible avec les patients atteints de maladie d'Alzheimer : la méthode de Validation. Actes du colloque *Compréhension et communication en gériatrie*, Hopital C. Foix.

9. BOGDANKA, P. (2002). Statut et rôle du mouvement dans la communication orale en face à face. In R. Renard (Eds). *Apprentissage d'une langue étrangère / seconde* (pp. 71-87). Bruxelles : de Boeck Université.

10. BOURAS, C., SAVIOZ, A., KÖVARI, E., MICHON, A., PR. HOF, VALLET, PG. (2001). Neuropathologie de la maladie d'Alzheimer. *Psychiatrie*. 6 (2), 521-536.

11. BRAAK, H., BRAAK. E.(1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. Neuropathology. 82, 239-259.

12. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE, E., MASY, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Orthoédition.

13. CASSIGNEUL, H. (2002). *Adaptation et normalisation du Boston Naming Test. Mémoire d'orthophonie*, Université de Bordeaux II.

14. CASTELLI, L., LANZA, F. (2011). Long life to emotions : emotional response categorisation across the lifespan. *Cognition and emotion*. 25 (8), 1520-1525.

15. CHALUMEAU, L., ANDREOLETTI, M., STRUBEL, D., CROS, J.-M. (2011). Des clowns en unité Alzheimer. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 11, p. 264-267.

16. CHANNOUF, A., ROUAN, G. (2004). *Emotions et cognitions*. Bruxelles : De Boeck.

17. CISSOU, Y., RENAUD-LEVY, O., DANTOINE, T., MEYER, S. (2010). Toucher relationnel, son intérêt auprès des personnes âgées démentes vivant en EHPAD. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 166, XVII, 282-284.

18. CORRAZE, J. (1982). *Les communications non verbales*. Paris : PUF.

19. COSNIER, J. (1982). Communications et langages gestuels. In Cosnier, J., Coulon, J., Berrendonner, A., Orecchioni, C. *Les voies du langage : communications verbales, gestuelles et animales*. P. 255-305. Paris : Dunod.

20. COSNIER, J. (2006). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz.

21. DAMASIO, R. (1995). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob.

22. DAMASIO, R. (1999). *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Paris : Odile
Jacob.

23. DAMASIO, R. (2003). *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob.

24. DAURIAC, M.-C. (2009). Validation, une méthode pour communiquer avec les personnes âgées démentes. *Savoirs et soins infirmiers*. Masson.

25. DAVIET, J.-C., MULLER, F., STUIT, A., DARRIGRAND, B., MAZAUX J.-M (2007). Communication et aphasie. In Mazaux, J.-M, Pradat-Diehl, P., Brun, V. *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.

26. DEROUESNE, C. (1999). Emoussement affectif et maladie d'Alzheimer. In Michel, B., Touchon, J., Pancrazi, M.P., Verdier, J.-M. *Affect Amygdale Alzheimer*. 179-192. Solal.

27. DEROUESNE, C., POITRENEAU, J., HUGONOT, L., KALAFAT, M., DUBOIS, B., LAURENT, B. (1999). Le Mini-Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour

l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. GRECO. *Presse Médicale*. 28. 1141-1148.

28. DUCROT, O., TODOROV, T. (1972). *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*. Paris : Seuil.

29. EKMAN, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition et émotion*. 6, 169-200.

30. ERGIS, A-M., PIOLINO, P., MURE, C. (2003). Mémoire explicite et implicite pour des stimuli émotionnels dans la dépression du sujet âgé et la maladie d'Alzheimer. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*. 1 (4), 265-271.

31. ESTIENNE, F. (2001). *Utilisation du conte et de la métaphore*. Paris : Masson.

32. FEIL, N. (2005). *Validation, la méthode*. Paris : Lamarre.

33. FOLSTEIN, MF., FOLSTEIN, SE., Mc HUGH PR. (1975). Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatrie Research*. 12, 189-198.

34. FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF (1996).

35. GATIGNOL, P., GARAÏALADE, O., ROUSSEAU, T. (2012). Perception des émotions dans la maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*. 168, 2, 186-187.

36. GIL, R. (2010). *Abrégé de neuropsychologie*. Masson.

37. GINESTE, Y., MARESCOTTI, R. PELLISSIER J. (2008). L'humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*. 94, p. 42-55.

38. GIROLAMI-BOULIMIER, A., DAVID, A. (1985). Compréhension et expression chez les personnes âgées de 90 ans et davantage. *Bulletin audiophonologique annuel scientifique*. Franche Comté. 1- 3, 370-377.

39. GRISE, J. (2010). *Communiquer avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*. Chronique Sociale. Presses de l'Université de Laval.

40. HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. Recommandation de bonne pratique.

41. JAUNY, D., MOUTON, C., ROUSSEAU, T. (2010). Influence des gestes de l'interlocuteur sur les actes de langage des malades Alzheimer. *Glossa*. 109, 93-114.

42. JEAN, G. (1981). *Le pouvoir des contes*. Casterman.

43. KLEINGINNA, P.R., KLEINGINNA, A-M. (1981). *Motivation and emotion*, *5*(4), 345–379.

44. LAFFORGUE, P. (1995). *Petit poucet deviendra grand : Soigner avec le conte*. Paris : Payot.

45. LAVENU, I. (1999). Troubles de la perception des émotions. In Michel B.F., Touchon J., Pancrazi M.P. *Affect Amygdale Alzheimer*. 195-205. Solal

46. LEMAIRE, P. (2011). *Psychologie cognitive*. Bruxelles : De Boeck.

47. LOHISSE, J. (2010). *La communication : de la transmission à la relation*. Bruxelles : De Boeck Université.

48. LOISEAU, S. (1992). *Le pouvoir du conte*. Paris : PUF.

49. MALECOT, C. (2002). Etude de la communication non-verbale chez des patients déments. *Glossa*. 80, 54-67.

50. MARQUIS, F. (1995). La stimulation du langage par les cinq sens. *Orthomagazine. 42*, 20-23.

51. MC KHANN, G., DRACHMAN, D., FOLSTEIN, M., KATZMAN, R., PRICE, D, STADLAN, EM. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work group under the auspices of Department of Health and Human services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 34, 939-344.

52. MORRIS, CW. (1974). Fondements de la théorie des signes. *Langage*. 35, 15-21.

53. PANCRAZI, M. P., de ALCALA, P. (1999). Perturbations de la vie affective dans la maladie d'Alzheimer. In Michel, B., Touchon, J., Pancrazi, M.P., Verdier, J.-M. *Affect Amygdale Alzheimer*. 89-99. Solal.

54. PLOTON, L. (2011). *Ce que nous enseignent les malades Alzheimer*. Lyon : Chronique Sociale.

55. PROULX, G., FONTANIER, D., CLEMENT, J.-P., LAFONT, V., ROBERT, P. (2001). Traitements non pharmacologiques des troubles cognitifs et comportementaux chez le sujet âgé. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Psychiatrie, 37-540-C-45.

56. QUADERI, A. (2011). *La connotation dans les paroles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : une méthode d'écoute*. Annales Médico-psychologiques. 169, 581-584.

57. RAMAROSON, H, HELMER, C, BARBERGER-GATEAU, P, LETENNEUR, L, DARTIGUES, JF. (2003) Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid. *Neurologie* .159(4). 405-411.

58. REY-DEBOVE, J., REY, A. (1997). *Le nouveau petit Robert*.

59. RIGAUD, A.S., BAYLE, C. Latour, F., Lenoir, H., Seux, ML., Hanon, O., Péquignot, R., Bert, P., Bouchacourt, P., Moulin, F., Cantegreil, I., Wenisch, E., Batouche, F., de Rotrou J.(2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *Psychiatrie*. 2 (4), 259-281.

60. ROLAND, M. (2002). Approches thérapeutiques non médicamenteuses. *Minerva*. 1 (8). 9-11.

61. ROUDIER, M., MARCIE, P., GRANCHER, AS., TZORTZIS, STARKSTEIN, S., BOLLER, F. (1998). Discrimination of facial identity and of emotions in Alzheimer's disease. *Journal of the neurological Sciences.* 154, 151-158.

62. ROTROU, J., WEINISCH, E, CANTEGREIL, I., MOULIN, F., CHAUSSON, C., de SANT'ANNA, M., RICHARD, A., BATOUCHE, F., GARRIGUE, P., THEVENET, S; RIGAUD, A-S. (2006). La stimulation cognitive. *NPG*, 6(34). 17-18.

63. ROUSSEAU, T. (1994). Prise en charge des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. *Glossa*. 40, 22-27.

64. ROUSSEAU, T. (1995). Présentation d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer. In *Entretiens d'orthophonie* 1995. Paris : Expansion Scientifique Française, 101- 113.

65. ROUSSEAU, T. (1997). Grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer. Actes du 3ème congrès européen du CPLOL. Lisbonne.

66. ROUSSEAU, T. (2006). Evaluation des capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : présentation d'un outil informatisé. *Glossa*. 95, 42-58.

67. ROUSSEAU, T. (2010). Influence des gestes de l'interlocuteur sur les actes de langage des malades d'Alzheimer. *Glossa*. 109, 93-94.

68. ROUSSEAU, T. (2011) (a). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Elsevier Masson

69. ROUSSEAU, T. (2011) (b). *Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer*. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 11, 65, 221-228.

70. SACKS, O. (1985). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris : Seuil.

71. SAUCOURT, E. (2009). *Evaluation des effets de l'atelier de contes auprès de personnes institutionnalisées atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée. Lyon* : éditions du CNRS.

72. SAUTET, M. (2010). *Effet d'un atelier-conte auprès de personnes atteintes de Démence de Type Alzheimer*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux II.

73. SIMONSEN, M. (1984). *Le conte populaire*. Paris : PUF.

74. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.

75. WINKIN, Y. (2000). *La nouvelle communication*. Paris : Seuil.

76. WIROTIUS, J-.M., PETRISSANS J-. L. (2005). Langage et discours dans la démence. *Journal de réadaptation médicale*. 25 (2), 94-98.

ANNEXES

Annexe 1: contes choisis

Annexe 2: grille individuelle de cotation

Le voyage des Jaguens à Paris

Au temps jadis où les poules pissaient par la patte, les habitants de Saint-Jacut-de-la-Mer résolurent de faire un voyage à Paris.

- Dieu me damne, mon fu, disaient-ils, je voulons vâ si la ville du roué de France est aussi belle et aussi grande que n'en dit.

Et les voilà qui attellent un âne à une charrette ; au milieu ils plantèrent un mât de navire, en partant ils hissèrent une voile, et n'oublièrent même pas d'attacher un grappin à la bride de l'âne. Ils se mirent en route après avoir hissé la voile, et ils allaient d'abord rondement parce qu'ils avaient vent arrière, mais bientôt, ils durent amener la voile parce que le chemin était en zig-zag.

Ils cheminaient depuis quelques temps, lorsqu'ils vinrent à passer près d'un grand champ de lin : il était si bien fleuri qu'il paraissait tout bleu, et une petit brise qui soufflait faisait onduler les fleurs come les vagues de la mer.

- dieu me damne, mon fu, s'écria l'un des Jaguens, v'la la gran mé salée ! si je prenions un bain ?
- vère, vère, disent les autres.
- mouille ! commanda celui qui conduisait la charrette, et aussitôt on jeta le grappin.

Les Jaguens descendirent de leur charrette, entrèrent dans le champ, et se mirent à nager à travers le lin bleu qu'ils traversèrent, puis revinrent à l'endroit où ils s'étaient déshabillés.

- Asteure, dit l'un d'eux, j'allons nous compter pour sava si n'y en avait point-z-eu queuqu'un à se naye.

Et le voila qui commence à compter :

- Ta et ma, ça fait iun, et li qu'est auprès ça fait deux, en continuant ainsi jusqu'au dernier. Alors il s'aperçut qu'il y avait un des Jaguens qui manquait à l'appel.

Ils étaient bien embarrassés ; et se préparaient à retourner dans la « gran mé salée », lorsque l'un d'eux eut une idée :

- Je nous sommes vantiez trompés dans not'compte, v'la eune taupinée fraîchement boutée, mettons chacun un daigt dedans, et n'en verra cambien qu'i n'y a de trous.

Les trous des doigts bien comptés, il ne manquait personne et les Jaguens résolurent de continuer leur route. Ils remontent dans la charrette et se dirigent, à ce qu'ils croyaient, vers Paris. Mais pendant qu'ils prenaient leur bain, l'âne avait senti les chardons derrière lui et s'était retourné bout pour bout, entraînant le grappin ; si bien que les Jaguens croyant aller à Paris, revenaient simplement à Saint-Jacut. Ils étaient loin de s'en douter : toutefois, ils ne pouvaient s'empêcher de remarquer combien, à mesure qu'ils approchaient de Paris, l'aspect du pays devenait semblable aux environ de Saint-Jacut.

Ils finirent par arriver en vue de leur village, et croyant toujours approcher de Paris, ils se disaient l'un à l'autre :

- Dieu me damne, mon fu, Paris n'est point si biau que le monde disent ; mais l'la n'est vantiez qu'un faubourg.

Cependant les femmes de Saint-Jacut, qui de loin avaient reconnu la charrette et l'âne, étaient sorties pour venir au-devant de leurs hommes, et les Jaguens en les voyant disaient :

- Par ma fa, mon fu, n'en dit bien que toutes les femmes s'entersembellent ; celles d'ici sont tout drait pareilles à celles de Saint-Jégu.

Quand les Jaguines furent arrivées près de leurs hommes, elles se jetaient à leur cou et embrassaient, bien aises de les revoir, et les Jaguens disaient :

- Dieu me damne, mon fu, de sommes asteure à Paris : on nous avait ben dit vra en contant que les femmes de Paris étaient d's effrontées qui se jettent sus le monde sans les connaître.

Contes populaires de la haute Bretagne, 1885
Paul Sébillot

Le rossignol

Il était une fois un empereur chinois qui habitait un palais de porcelaine merveilleux. Tout y était délicat, brillant précieux.

Autour de ce joyau, un jardin aux fleurs étranges et rares s'étendait jusqu'à une haute et épaisse forêt. Dans un des arbres près de la mer, un rossignol avait construit son nid.

Les pêcheurs et tous les gens de passage étaient envoutés par son chant plus doux et mélodieux qu'aucun autre. La réputation de cet oiseau était si grande qu'elle avait franchi les frontières du royaume. Il y avait de nombreux poèmes composés en son honneur et les récits de voyage parlaient tous de son chant incomparable.

Un jour, un de ces récits parvint jusqu'à l'empereur. Irrité d'apprendre qu'une telle merveille existait dans son royaume et lui fut inconnue, il demanda à son chambellan :

- Comment se fait-il que je n'ai pas connaissance de ce rossignol si remarquable et si admiré dans mon empire ?

Le chambellan lui répondit avec un respectueux effroi :

- Sire, je partage l'ignorance de votre majesté. Je n'ai jamais entendu l'oiseau dont il s'agit. Il n'a jamais été présenté à la cour.

Le roi exigea alors qu'on le lui amène le soir même. Tout le palais fut interrogé, mais ni gardes, ni courtisans, ni valets n'avaient jamais entendu parler du rossignol. L'empereur fut informé, il menaça alors son chambellan et toute la cour si l'oiseau n'était pas trouvé.

- Toi et toute la cour, vous serez tapoté sur le ventre, le souper juste avalé, hommes stupides.

Le chambellan ouvrit des yeux effarés d'effroi à cette menace et bientôt tout le palais fut en rumeur. Tous, allaient et venaient car ils n'avaient pas la moindre envie de se faire tapoter sur le ventre après le souper.

Après bien des heures de vaines recherches, on trouva enfin au fond des cuisines du palais une petite laveuse de vaisselle qui connaissait le rossignol. Elle accepta de conduire la cour jusqu'à lui.

Ils partirent avec précipitation. Sur le chemin, soudain, on entendit beugler une vache.

- Ah c'est lui dirent les courtisans en s'arrêtant. Quelle puissante voix à ce petit oiseau ! c'est remarquable en effet.
- Mais non fit la servante en riant sous cape, ce n'est pas le rossignol, ce sont des vaches qui beuglent.

Plus tard, comme la troupe passait près d'un étang, des grenouilles se mirent à coasser.

- C'est lui, dirent-ils en s'arrêtant à nouveau. C'est évidemment très beau et très curieux.

- Mais pas du tout, répliqua la servante, ce sont des grenouilles ! le rossignol est près d'ici. Ecoutez, on l'entend d'ici.

En effet, un son grave et doux se modulait parmi les branches. Tous les courtisans hochaient la tête en se regardant mais lorsqu'ils virent le petit oiseau gris, ils furent surpris par son apparence si terne et banale.

Le chambellan convia cependant le petit rossignol à la fête de la cour, comme le lui avait demandé l'empereur. Il accepta et suivit alors la troupe jusqu'au palais.

Dans la grande salle des fêtes du palais, le rossignol fit une révérence au monarque et se mit aussitôt à chanter. C'était si divin que l'empereur en eut la respiration suspendue. Et de ses yeux fixés sur le petit rossignol, coulaient des larmes. A la fin du chant, l'empereur déclara avec émotion qu'il voulait que le rossignol reste à la cour, qu'il lui donnerait sa plus belle récompense pour le convaincre et qu'il voulait l'entendre chanter pour lui tous les soirs. Le petit oiseau accepta mais un peu triste cependant d'abandonner sa liberté.

Sa nouvelle vie à la cour dura ainsi quelques temps, partagée entre les promenades qu'il faisait, accompagné de 12 domestiques et les concerts devant les courtisans. Tout cela continua jusqu'au jour où l'empereur reçut d'un autre souverain un rossignol mécanique. Il était tout couvert de pierres précieuses et à l'aide d'une clé permettant de remonter le mécanisme il chantait une mélodie tout en ouvrant le bec et remuant la queue. Devant cette merveille, tout le monde s'extasia. On décida aussitôt de faire chanter les 2 oiseaux ensemble. Le chef d'orchestre de la cour battit la mesure. Mais le duo ne marcha du tout car le vrai rossignol chantait librement alors que l'autre répétait toujours la même mélodie.

- Ce rossignol chante parfaitement en mesure, dit le chef d'orchestre. On dirait que je lui ai donné des leçons ! alors que l'autre change toujours de ritournelle, celui-ci n'étonne pas et c'est reposant pour l'esprit !
- Sans compter, ajouta le chambellan, que son plumage est autrement beau et brillant que celui du vrai rossignol.

L'empereur, lui, cherchait des yeux le vrai rossignol et c'est alors que l'on s'aperçut de sa disparition. Pendant que la cour s'extasiait sur les qualités de l'oiseau mécanique, il s'était envolé vers les ombrages de sa chère forêt. Il fut traité d'ingrat et banni de la ville et de l'Empire. Le rossignol mécanique, lui, reçut honneurs, biens précieux et respect. Pendant une année entière il fit les délices de tous, courtisans et gens du peuple. Mais à être trop sollicité, le mécanisme s'usa et un jour on entendit un « crac » violent dans le corps de l'oiseau. La musique s'arrêta net.

On appela le médecin de la cour, puis un habile horloger qui répara tant bien que mal l'oiseau. Cependant il était si usé qu'il fallait à présent le ménager et ne le faire chanter qu'une fois l'an.

L’empereur sentit alors son cœur se serrer, et empli d’une peine immense, il se mit à pleurer. Dehors, le mois de mai avait fait fleurir les lilas et les parfums embaumaient l’atmosphère. L’empereur était tout à sa peine, lorsque, tout à coup il entendit un chant d’une douceur infinie, semblant venue du ciel. Des trilles, des vocalises se succédaient, suaves et mélodieux. La merveilleuse voix du rossignol retentit. Elle disait :

- Oh empereur plein de chagrin, je suis revenu pour sécher tes larmes, moi qui sus par ce même chant mettre des pleurs dans tes yeux calmes.

L’empereur redevenu joyeux lui répondit :

- Cher rossignol, comment te remercier de ne m’avoir pas oublié ? reste auprès de moi je t’en prie et tu chanteras quand il te plaira. Je briserai en 1000 miettes l’oiseau artificiel.

Le sage rossignol lui répondit alors de garder l’oiseau mécanique. Lui resterait dans sa chère forêt mais il promettait de venir tous les soirs lui réjouir le cœur en chantant près de sa fenêtre.

D’après H. C. Andersen, Contes d’Andersen
Fernand Nathan, 1981

Barbe bleue

Il était une fois un homme qui avait de belles maisons à la ville et à la campagne, de la vaisselle d'or et d'argent, des meubles en broderie, et des carrosses tout dorés; mais par malheur cet homme avait la barbe bleue : cela le rendait si laid et si terrible, qu'il n'était ni femme ni fille qui ne s'enfuit devant lui.

Une de ses voisines, dame de qualité, avait deux filles parfaitement belles. Il lui en demanda une en mariage, et lui laissa le choix de celle qu'elle voudrait lui donner. Elles n'en voulaient point toutes deux, et se le renvoyaient l'une à l'autre, ne pouvant se résoudre à prendre un homme qui eût la barbe bleue. Ce qui les dégoûtait encore, c'est qu'il avait déjà épousé plusieurs femmes, et qu'on ne savait pas ce que ces femmes étaient devenues.

Barbe Bleue, pour faire connaissance, les mena avec leur mère, et trois ou quatre de leurs meilleures amies, et quelques jeunes gens du voisinage, à une de ses maisons de campagne, où on demeura huit jours entiers. Ce n'était que promenades, que parties de chasse et de pêche, que danses et festins, que collations : on ne dormait point, et on passait toute la nuit à se faire des malices les uns aux autres ; enfin tout alla si bien, que la cadette commença à trouver que le maître du logis n'avait plus la barbe si bleue, et que c'était un fort honnête homme. Dès qu'on fut de retour à la ville, le mariage se conclut.

Au bout d'un mois Barbe Bleue dit à sa femme qu'il était obligé de faire un voyage en province, de six semaines au moins, pour une affaire de conséquence; qu'il la priait de se bien divertir pendant son absence, qu'elle fit venir ses bonnes amies, qu'elle les menât à la campagne si elle voulait, que partout elle fit bonne chère :

-"Voilà, lui dit-il, les clefs des deux grands garde-meubles, voilà celles de la vaisselle d'or et d'argent qui ne sert pas tous les jours, voilà celles de mes coffres-forts, où est mon or et mon argent, celles des coffrets où sont mes pierreries, et voilà le passe-partout de tous les appartements. Pour cette petite clef-ci, c'est la clef du cabinet au bout de la grande galerie de l'appartement bas : ouvrez tout, allez partout, mais pour ce petit cabinet, je vous défends d'y entrer, et je vous le défends de telle sorte, que s'il vous arrive de l'ouvrir, il n'y a rien que vous ne deviez attendre de ma colère."

Elle promit d'observer exactement tout ce qui lui venait d'être ordonné ; et lui, après l'avoir embrassée, il monte dans son carrosse, et part pour son voyage. Les voisines et les bonnes amies n'attendirent pas qu'on les envoyât chercher pour aller chez la jeune mariée, tant elles avaient d'impatience de voir toutes les richesses de sa maison, n'ayant osé y venir pendant que le mari y était, à cause de sa barbe bleue qui leur faisait peur. Les voilà aussitôt à parcourir les chambres, les cabinets, les garde-robes, toutes plus belles et plus riches les unes que les autres. Elles montèrent ensuite aux garde-meubles, où elles ne pouvaient assez admirer le nombre et la beauté des tapisseries, des lits, des sofas, des cabinets, des

guéridons, des tables et des miroirs, où l'on se voyait depuis les pieds jusqu'à la tête, et dont les bordures, les unes de glace, les autres d'argent et de vermeil doré, étaient les plus belles et les plus magnifiques qu'on eût jamais vues. Elles ne cessaient d'exagérer et d'envier le bonheur de leur amie, qui cependant ne se divertissait point à voir toutes ces richesses, à cause de l'impatience qu'elle avait d'aller ouvrir le cabinet de l'appartement bas.

Elle fut si pressée de sa curiosité, que sans considérer qu'il était malhonnête de quitter sa compagnie, elle y descendit par un petit escalier dérobé, et avec tant de précipitation, qu'elle pensa se rompre le cou deux ou trois fois.

Etant arrivée à la porte du cabinet, elle s'y arrêta quelque temps, songeant à la défense que son mari lui avait faite, et considérant qu'il pourrait lui arriver malheur d'avoir été désobéissante; mais la tentation était si forte qu'elle ne put la surmonter : elle prit donc la petite clef, et ouvrit en tremblant la porte du cabinet.

D'abord elle ne vit rien, parce que les fenêtres étaient fermées ; après quelques moments elle commença à voir que le plancher était tout couvert de sang caillé, et que dans ce sang gisaient les corps de plusieurs femmes mortes et attachées le long des murs (c'était toutes les femmes que Barbe Bleue avait épousées et qu'il avait égorgées l'une après l'autre).

Elle pensa mourir de peur, et la clef du cabinet qu'elle venait de retirer de la serrure lui tomba de la main. Après avoir un peu repris ses esprits, elle ramassa la clef, referma la porte, et monta à sa chambre pour se remettre un peu, mais elle n'en pouvait venir à bout, tant elle était émue. Ayant remarqué que la clef du cabinet était tachée de sang, elle l'essuya deux ou trois fois, mais le sang ne s'en allait point ; elle eut beau la laver, et même la frotter avec du sablon et avec du grès, il y demeura toujours du sang, car la clef était magique, et il n'y avait pas moyen de la nettoyer tout à fait : quand on ôtait le sang d'un côté, il revenait de l'autre.

Barbe Bleue revint de son voyage dès le soir même, et dit qu'il avait reçu des lettres en chemin, qui lui avaient appris que l'affaire pour laquelle il était parti venait d'être terminée à son avantage. Sa femme fit tout ce qu'elle put pour lui témoigner qu'elle était ravie de son prompt retour. Le lendemain il lui redemanda les clefs, et elle les lui donna. Mais d'une main si tremblante, qu'il devina sans peine tout ce qui s'était passé.

-"D'où vient, lui dit-il, que la clef du cabinet n'est point avec les autres ?"

-" Sans doute», dit-elle, " que je l'ai laissée là-haut sur ma table."

-" Ne manquez pas», dit la Barbe bleue, " de me la donner tantôt."

Après l'avoir retardé le plus possible, il fallut apporter la clef. Barbe Bleue, l'ayant examinée, dit à sa femme :

-"Pourquoi y a-t-il du sang sur cette clef ?"

-" Je n'en sais rien», répondit la pauvre femme, plus pâle que la mort.

-" Vous n'en savez rien», reprit Barbe Bleue, " je le sais bien, moi" ; vous avez voulu entrer dans le cabinet ! Hé bien, Madame, vous y entrerez, et irez prendre votre place auprès des dames que vous y avez vues."

Elle se jeta aux pieds de son mari, en pleurant et en lui demandant pardon, avec toutes les marques d'un vrai repentir de n'avoir pas été obéissante. Elle aurait attendri un rocher, belle et affligée comme elle était ; mais Barbe Bleue avait le coeur plus dur qu'un rocher :

-"Il faut mourir, Madame, lui dit-il, et tout à l'heure."

-" Puisqu'il faut mourir, répondit-elle, en le regardant, les yeux baignés de larmes, donnez-moi un peu de temps pour prier Dieu." -" Je vous donne un quart d'heure», reprit Barbe Bleue, " mais pas un moment de plus."

Lorsqu'elle fut seule, elle appela sa soeur, et lui dit :

-"Ma soeur Anne (car elle s'appelait ainsi), monte, je te prie, sur le haut de la tour, pour voir si mes frères ne viennent point ; ils m'ont promis qu'ils viendraient me voir aujourd'hui, et si tu les vois, fais-leur signe de se hâter."

La soeur Anne monta sur le haut de la tour, et la pauvre affligée lui criait de temps en temps :

-"Anne, ma soeur Anne, ne vois-tu rien venir ?"

Et la soeur Anne lui répondait :

-"Je ne vois rien que le soleil qui poudroie, et l'herbe qui verdoie."

Cependant Barbe Bleue, tenant un grand couteau à la main, criait de toute sa force à sa femme : -"Descends vite, ou je monterai là-haut."

-" Encore un moment s'il vous plaît", lui répondait sa femme ;

Et aussitôt elle criait tout bas :

-"Anne, ma soeur Anne, ne vois-tu rien venir ?"

Et la soeur Anne répondait :

-"Je ne vois rien que le soleil qui poudroie, et l'herbe qui verdoie."

-"Descends donc vite, criait la Barbe bleue, ou je monterai là-haut."

-" Je m'en vais", répondait sa femme, et puis elle criait :

-"Anne, ma soeur Anne, ne vois-tu rien venir ?"

-" Je vois», répondit la soeur Anne, " une grosse poussière qui vient de ce côté-ci."

-" Sont-ce mes frères ?"

-" Hélas ! Non, ma soeur, c'est un troupeau de moutons."

-" Ne veux-tu pas descendre ?" criait la Barbe bleue.

-" Encore un moment", répondait sa femme; et puis elle riait :

-"Anne, ma soeur Anne, ne vois-tu rien venir ?

-" Je vois», répondit-elle, " deux cavaliers qui viennent de ce côté-ci, mais ils sont bien loin encore. Dieu soit loué», s'écria-t-elle un moment après, " ce sont mes frères ; je leur fais signe tant que je puis de se hâter."

Barbe Bleue se mit à crier si fort que toute la maison en trembla. La pauvre femme descendit, et alla se jeter à ses pieds toute éplorée et toute échevelée.

-"Cela ne sert de rien», dit Barbe Bleue, " il faut mourir."

Puis la prenant d'une main par les cheveux, et de l'autre levant le couteau en l'air, il allait lui trancher la tête. La pauvre femme se tournant vers lui, et le regardant avec des yeux mourants, le pria de lui donner un petit moment pour se recueillir.

-"Non, non», dit-il, " recommande-toi bien à Dieu"; et levant son bras...

A ce moment on heurta si fort à la porte, que Barbe Bleue s'arrêta tout court : on ouvrit, et aussitôt on vit entrer deux cavaliers qui, mettant l'épée à la main, coururent droit à Barbe Bleue. Il reconnut que c'était les frères de sa femme, l'un dragon et l'autre mousquetaire, de sorte qu'il s'enfuit aussitôt pour se sauver ; mais les deux frères le poursuivirent de si près, qu'ils l'attrapèrent avant qu'il put gagner le perron : ils lui passèrent leur épée au travers du corps, et le laissèrent mort. La pauvre femme était presque aussi morte que son mari, et n'avait pas la force de se lever pour embrasser ses frères. Il se trouva que Barbe Bleue n'avait point d'héritiers, et qu'ainsi sa femme demeura maîtresse de tous ses biens. Elle en employa une partie à marier sa sœur Anne avec un jeune gentilhomme, dont elle était aimée depuis longtemps ; une autre partie à acheter des charges de capitaine à ses deux frères; et le reste à se marier elle-même à un fort honnête homme, qui lui fit oublier le mauvais temps qu'elle avait passé avec Barbe bleue.

Charles Perrault

Le petit geault

Il y avait une fois au hameau des Brennes, tout près de la forêt de Châteauroux, un bûcheron père d'un petit garçon d'un premier lit, et d'une fillette d'un second mariage, car il s'était remarié avec une femme bien méchante qui n'aimait pas le gars de son homme. Un jour, elle envoya les enfants dans les taillis ramasser le bois mort et leur dit :

- Celui qui travaillera le plus vite et reviendra le premier, trouvera dans l'arche deux belles galettes au fromage que je vais faire et prendra la plus grande.

Lorsque les enfants furent dans la forêt, le petit gars, quoique le plus fort, voyant que sa sœur était plus leste que lui à l'ouvrage, se jeta sur elle et, à l'aide d'une corde, la lia au tronc d'un arbre pour la retarder, ramassa son fagot et s'en retourna au logis.

Sa belle-mère le voyant revenir seul, lui demanda ce qu'il avait fait de sa sœur :

- Ma foi, répondit-il, elle n'a pas fini son ouvrage et je n'ai pas voulu attendre.
- Puisque tu es le premier, regarde donc dans l'arche, dit alors la marâtre, tu y prendras la plus grande des galettes.

Elle ouvrit l'arche et l'enfant de passer la tête dans le coffre entrebâillé. Alors cette méchante femme laissa retomber le couvercle et la tête du pauvre petit roula au fond du coffre parmi les assiettes vides. Elle prit cette tête et avec le reste du corps qu'elle coupa en morceaux après avoir recueilli le sang qu'elle mit dans un pichet, elle jeta cette viande dans la marmite qui bouillait dans l'âtre.

Quand la petite fille revint et demanda son frère :

- Sans doute, dit la mère, qu'il est encore au bois. Prends une fourchette et pique dans la casse. J'y ai mis notre vieux geault, tu verras s'il est cuit.

L'enfant obéit.

- - Holà ! mauvaise sœur, dit une voix, tu me piques !
- - mère ! s'écria la fillette effrayée, ça parle dans la casse !
- Non, non, répondit la mégère, tu rêves, donne-moi la fourchette et va-t-en dehors.

Puis elle piqua à son tour.

- Holà ! méchante mère, tu me tues !

Mais la mère versa le contenu de la marmite dans un plat, découpa la tête et rappelant la petite fille ;

- Va porter le vieux geault à ton père, il doit avoir faim.
- Avant que d'y aller, dit la fillette, donnez-moi à boire, ma mère, car j'ai grand soif.
- Prends le vin qui est dans le pichet et bois un coup.

L'enfant versa le contenu dans un verre et le sang en coulant disait :

- Oh ! vilaine Nanette ! ne bois pas le sang de ton frère.

La fillette ne but pas et prenant le goûter de son père, s'en fut le lui porter.
En son chemin, elle rencontra la vierge de la forêt, la bonne fade, celle qui protège les vieux chênes, laquelle lui demanda où elle allait.

- Je porte à manger à mon père.
- Que lui portes-tu donc là ?
- Notre vieux geault, bonne dame.
- Fais voir.

Et quand l'enfant lui eut montré ce qu'elle portait.
Eh bien, reprit la fade, écoute-moi bien. Tous les os que ton père jettera, tu les ramasseras et porteras sous cette petite aubépine que tu vois là près du sentier et tu diras : fleuris, fleuris mon petit épinat de bon pin. Puis tous les jours tu passeras à cet endroit et tu regarderas.
La fillette continua sa route, elle trouva son père auquel elle remit le hideux repas. Il se mit à manger et à mesure qu'il jetait les os loin de lui, la petite les allait chercher, et les ramassait jusque dans les fossés pleins d'eau qui ne la mouillaient pas. Puis, ainsi que le lui avait commandé la grand-Fade, elle les porta sous l'aubépine.
Et tout le temps que dura cette affreuse pâture, pendant plusieurs jours, Nanette portait les os sous l'épinat et regardait. Elle vit bientôt sortir de terre un bras, une main, une jambe ; tous les membres de son frère repoussaient à mesure que la fillette rapportait les os. Lorsque le corps fut complet, un soir que tout le monde était couché, il se métamorphosa en petit geault et chanta à la lune levante :

« cott'co li jô !
Ma mère m'a tué !
Mon père m'a mangé !
Ma sœur m'a sauvé !

- Qui donc chante à pareille heure ? observa la belle- mère. Va donc voir, mon homme.

Son homme sortit et reçut sur la tête un chapeau en poils de loup, ce qui ne laissa pas de le surprendre, mais il rentra se coucher en pensant qu'il se promenait dans son sommeil, c'est-à-dire qu'il était somnambule.

Le petit geault chanta de nouveau :

« cott'co li jô !

Ma mère m'a tué !
Mon père m'a mangé !
Ma sœur m'a sauvé !

- Sors donc, toi, petite, dit le père.

La fillette obéit, et sur le pas de la porte, tomba une bourse pleine d'or à ses pieds.
Pour la troisième fois le petit coq chanta.

« cott'co li jô !
Ma mère m'a tué !
Mon père m'a mangé !
Ma sœur m'a sauvé !

- Sors donc, femme, dit le bûcheron, tu attraperas peut-être aussi quelque chose ?

La méchante femme sortit à son tour et reçut sur la tête une grosse pierre qui la tua roide morte.
Ainsi finit le conte.

Extrait des *Nouveaux contes du Berry*, A. Sand (inédit)
In, Le conte populaire, M. Simonsen, PUF, 1984.

La pâte qui chante

Il était une fois, un boulanger et sa femme, qui s'installèrent. La femme dit à son mari :

- « Mon homme, pour commencer, il faut aller au moulin.
- A quel moulin, ma femme ? demanda le mari ;
- Au moulin dont le tric-trac fait riou chiou chiou.
- Mais Je ne sais pas où c'est.
- Eh bien, va dans la grange de Jean, prends son âne. Il t'y portera ».

Ce qui fut dit fut fait. L'âne porta le boulanger mais si loin, si loin, qu'il ne savait plus s'en revenir. Aussi, pendant 3 jours et 3 nuits, sa femme l'appela :

- « Riou chiou chiou,
- Riou chiou chiou,
- Quand me rends-tu mon homme ? »

Enfin au bout de tant de temps, la boulangère finit par tant et tant s'ennuyer, qu'elle monta sur un chien, pour s'en aller au moulin.
A mi-chemin, elle trouva son homme, assis au pied d'un chêne.

- « Que fait-tu là, mon homme ? lui demanda-t-elle.
- Ma femme, je me suis perdu » lui répondit-il, étonné et heureux de voir son épouse.

Alors, le boulanger remonta sur son âne, la boulangère resta sur son chien, et tous 2 se rendirent au moulin.
Enfin, ils arrivèrent au moulin, et s'en revinrent chargés de farine. Dès qu'ils furent rentrés, le boulanger et sa femme se mirent à l'ouvrage. Dans le pétrin, ils vidèrent toute leur farine. Puis, l'homme y jeta de grands chaudrons d'eau bouillante.

La pâte faisait :

- Riou chiou chiou ; Riou chiou chiou
- « Imbécile, le gronda sa femme, il ne fallait pas jeter d'eau bouillante, écoute la pâte qui fait : riou chiou chiou, Riou chiou chiou. »

Le pauvre homme fut si chagrin de ce reproche qu'il en mourut sur le champ. Alors, sa femme le remplaça. Elle se mit à pétrir la pâte. Tout en pétrissant, elle disait :

- « Marâtre
- Pique-pâte

- Autant elle en pique, autant elle en gâte ».

Et son mari, le boulanger mort répondait :

- « Riou chiou chiou, Riou chiou chiou. J'étais mort et je suis redevenu vivant ».

Malgré cela, la pâte fut bonne, et donna 28 miches de 20 livres. Le boulanger qui était mort et la boulangère crevèrent, pour en avoir mangé la moitié. Il fallut les enterrer. Le curé fit leur sépulture en échange du restant de la fournée. Il était tellement malin que tout le monde était jaloux de lui : riches et pauvres n'avaient pas de pain à manger, le curé prenait toujours ce qui restait. Et, il fallait aller faire moudre si loin, si loin, que ceux qui partaient se perdaient en chemin. Si bien, que cela finit au point que tout le monde mourut de faire du pain. Mais le curé lui, vécut plus longtemps que les autres, avec le restant de la fournée.

Contes populaires de la Gascogne,
D'après J.F. Bladé
Edition Aubéron, 2008

COMMUNICATION VERBALE	**Nb occurrences adéquates en 3 min**
PRISE DE PAROLE ET QUALITE DE LA RELATION	
o Spontanée	
o Réponse ou réaction à l'émetteur	
▪ Assertion	
▪ Etat Interne	
▪ Exclamations	
▪ Questions	
o Réponse en O/N	
o Feed back	
QUALITE DU DISCOURS	
o cohésion	
o cohérence	
ORIENTATION DES PROPOS : En relation avec le conte, Autobiographique, Autres	

COMMUNICATION NON VERBALE	**Nb occurrences en 3 min.**
Tête	
o Orientation du regard pendant la prise de parole	
- Récepteur	
- Mobile	
o Expression faciale	
▪ Conotative (ajout de sens)	
▪ Dénotative (illustre)	
− Pôle plaisir (contentement, gaieté, joie, bien-être…)	
− Pôle déplaisir (inconfort, contrariété, peine, tristesse, peur…)	
− Neutre	
o Mouvements	
− Acquiescement / négation	
− Autre	
− prosodique	

Mains		
Gestes communicatifs / F° linguistique		
○ Commentaire		
○ Redondance		
○ prosodique		
○ mise en mots		
Gestes communicatifs / F° relationnelle		
○ expressifs ou émotifs		Rires seuls
○ conatifs		
○ phatiques		
Gestes communicatifs / F° référentielle		
○ Déictiques		
○ Mimétiques		
○ symboliques		
Corps		
- Mouvements et Balancements		
- Haussement d'épaules		
- gesticulations		
Total gestes corps		
Gestes extra-communicatifs / adaptateurs		
Total gestes des mains :		
Total gestes CNV (tête + mains + corps)		

RESUME

Les dégradations cognitives et les troubles de la communication progressifs induits par la démence entraînent souffrance et handicap chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer. Les troubles isolent progressivement l'individu et le coupent des ses relations sociales.

Le but de cette étude est d'évaluer le bénéfice de l'utilisation du conte sur les capacités de communication verbale et non verbale des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pour cela nous avons proposé pendant cinq mois des séances individuelles à dix patients répartis en deux groupes appariés en niveau d'âge, de MMS et de niveau socioculturel.

Le groupe 1 a bénéficié d'une lecture de cinq contes différents pendant vingt séances. Le groupe 2 a bénéficié d'un récit mimogestualisé dans les mêmes conditions. Les résultats ne montrent pas de différence significative aux scores de communication globale, verbale et non verbale entre les deux groupes. La comparaison des scores non verbaux tend toutefois à la significativité.

Cette étude suggère que l'utilisation d'une mimogestualité associée au langage oral permet de stimuler les capacités d'expression non verbales des patients.

Elle va dans le sens d'autres études antérieures montrant le bénéfice du conte sur la communication et le comportement des malades, ainsi qu'une stimulation possible de la communication non verbale.

Cognitive deterioration and progressive impairment of communication brought on by dementia cause suffering and handicaps in patients afflicted with alzheimer's disease (DS). These problems increasingly isolate the individual and cut them off from social interaction.

The aim of the study is to evaluate the benefits of using fairy telling on verbal and non-verbal communication capabilities in patients with AD. For this reason we proposed individual sessions with ten patients divided into two groups match in age, MMS score and social / cultural background for a duration of five months.

Group 1 heard five different stories during twenty sessions. Group 2 was given mimo-gestured story sessions under same conditions. The results showed no significant differences in the overall verbal and non verbal global communication results. However, the difference in the non-verbal results was significant.

This study suggests that the use of mimo-gestured stories associated with oral language can stimulate the non-verbal expression capacities in patients with AD. The results of this study are in line with others of its kind in showing the benefit of fairytelling on communication and patient behavior as well as possible stimulation of non-verbal communication.

Mots clés : **Maladie d'Alzheimer**, **communication**, **conte**, **communication non verbale**, **émotions**

Alzheimer's disease, communication, fairy tale, non verbal communication, emotion

70 pages ; 73 références bibliographiques