

# Grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer

*Par Thierry ROUSSEAU*

Le nombre des personnes âgées est de plus en plus important et il va l'être encore davantage dans les années à venir pour atteindre son apogée vers les années 2010 lorsque les classes fortes, auxquelles appartiennent ceux qui sont nés après la guerre, atteindront leur 6<sup>ième</sup> décennie. Parallèlement, nous observons un vieillissement de la population dû au fait que les naissances sont moins nombreuses et que les individus vivent de plus en plus en plus vieux. La morbidité augmente bien évidemment avec le vieillissement, de telle sorte qu'un certain nombre de pathologies vont s'accroître et en particulier la démence de type Alzheimer. En effet certaines études estiment qu'une personne sur 20 de plus de 65 ans est atteinte de DTA et ce taux passe à 1 sur 5 pour les personnes de plus de 80 ans .

La DTA se caractérisant par une altération des fonctions cognitives et par des troubles de la communication, les orthophonistes-logopèdes vont être de plus en plus souvent sollicités pour prendre en charge ces patients, d'autant plus qu'à l'heure actuelle il n'existe aucun moyen de guérir ces malades.

Le rôle de l'orthophoniste se situe à deux niveaux : l'aide au diagnostic et la prise en charge des patients.

L'aide au diagnostic consiste en la passation d'un certain nombre d'exams neuropsychologiques qui ont pour objectif d'une part de chiffrer le degré de sévérité de la démence et d'autre part de voir si le profil d'atteinte neuropsychologique du patient peut correspondre à une DTA. La prise en charge des patients doit, à notre avis, s'inscrire dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale associant l'entourage du malade. Beaucoup de chercheurs se sont penchés sur l'analyse des difficultés cognitives de ces malades, peu ont proposé des techniques thérapeutiques. On peut cependant citer VAN DER LINDEN (1993) qui a proposé une thérapie cognitive appliquée aux troubles de la mémoire, BAYLES (1987) et DUBOIS REMUND (1995) qui ont proposé une prise en charge des troubles du langage.

Nous nous sommes personnellement intéressé à la communication des patients atteints de DTA en montrant tout d'abord - ROUSSEAU (1992) - que les difficultés linguistiques des patients atteints de DTA n'étaient pas un " simple " déficit du langage mais un véritable trouble de la communication sur lequel influent différents facteurs :

- le degré d'atteinte cognitive
- les facteurs individuels et psychosociaux : l'âge, le niveau socio-culturel, le lieu de vie
- les facteurs cognitifs et linguistiques (le profil neuropsychologique)
- les facteurs contextuels, en particulier le thème de discussion et le type d'actes produits par l'interlocuteur

Nous avons également montré que les capacités de communication des patients atteints de DTA subissent un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives :

- une réduction globale et progressive des actes émis
- une diminution du nombre d'actes adéquats et une augmentation du nombre d'actes inadéquats
- une augmentation des actes non verbaux
- une modification qualitative des actes adéquats utilisés allant dans le sens d'une simplification des actes utilisés, ceux ne faisant pas appel à une élaboration thématique et syntaxique importante, et d'une utilisation d'actes " automatiques ".
- une augmentation progressive de l'émission inadéquate d'actes demandant un traitement actif ou élaboré du langage ou une diminution de l'émission de tels actes.

Ceci nous a amené à dire qu'il était possible d'intervenir sur certains des facteurs qui influencent les capacités de communication des patients et qu'il était possible d'essayer d'optimiser certaines capacités de communication encore préservées. Ceci s'inscrit dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dont l'objectif fondamental doit être de faire en sorte que le patient puisse se sentir encore reconnu comme individu communicant pour éviter qu'il ne se laisse trop vite " glisser " et que d'autres facteurs d'origine psychologique ne viennent aggraver le tableau clinique.

En agissant ainsi on ne devra sans doute pas espérer améliorer l'état du patient, mais on espérera simplement retarder ou ralentir le processus irréversible de dégradation. L'objectif final doit être de faire en sorte que le patient puisse être le plus longtemps possible maintenu dans son milieu socio-familial et/ou, en particulier s'il est déjà en institution, d'essayer de donner de la qualité à sa fin de vie en maintenant avec lui, tant que faire se peut, une certaine forme de communication et par la même de continuer à le respecter en tant qu'être humain.

Les grands principes de cette thérapie cognitivo-comportementale sont les suivants :

- proposer au malade des situations de communication, des thèmes de discussion où il sera le plus à l'aise
- faire en sorte qu'il puisse utiliser les actes de langage qu'il manipule encore
- se servir des actes qu'il peut encore utiliser pour tenter de lui faire utiliser d'autres actes avec lesquels il a plus de difficultés
- faire en sorte qu'il puisse s'appuyer sur le discours de son interlocuteur pour construire le sien
- utiliser des procédés facilitateurs
- favoriser la communication sous toutes ses formes
- ne pas tenter à tout prix de ramener le patient là où l'on est mais essayer éventuellement de le rejoindre là où il se trouve

Ces principes que nous avons détaillés - ROUSSEAU (1994 et 1995) - seront à mettre en œuvre au cours de séances individuelles, voire de groupes, mais aussi, et surtout même, à " prescrire " à l'entourage familiale ou professionnelle pour qu'il puisse entrer en communication le mieux possible avec le malade.

Ceci suppose, bien entendu, un examen précis de la communication du malade qui doit déterminer comment communique le patient, c'est-à-dire :

- quels actes utilise-t-il de façon préférentielle de manière adéquate ?
- quels actes utilise-t-il de manière inadéquate ?
- quelle est la raison de cette inadéquation ?
- quels thèmes de discussion favorisent-ils la communication ?
- ou au contraire quels thèmes rendent-ils cette communication inadéquate ?
- quels actes produits par l'interlocuteur entraînent-ils un discours adéquat du patient ?
- et au contraire quels actes de l'interlocuteur plongent-ils le patient dans l'inadéquation ?

On le voit clairement, une simple constatation des désordres linguistiques après une analyse qui se réfère à un modèle purement descriptif, ne peut prétendre répondre à toutes ces questions et prendre en compte tous les facteurs qui influent sur la communication des patients-Alzheimer. En particulier, on le voit, l'analyse de la communication d'un patient atteint de DTA doit tenir compte du contexte, non seulement parce qu'il influence la communication mais parce que c'est par rapport à lui que l'on pourra juger de l'efficacité " communicationnelle " du patient, en jugeant notamment de l'adéquation du discours qui, par ailleurs, peut être correct au niveau morpho-syntaxique.

Il convient donc d'avoir une vision pragmatique de la communication en considérant moins le langage lui-même que l'usage qui en est fait, en considérant moins la forme que le contenu et les moyens mis en œuvre pour entrer en communication.

C'est pourquoi, dans l'optique d'une prise en charge des troubles de la communication des patients Alzheimer, nous avons été amené à mettre au point une grille d'analyse qui essaie d'étudier les capacités de communication de ces patients en tenant compte de la spécificité des troubles rencontrés dans la maladie et en essayant d'analyser la communication dans des situations réelles d'interlocution. Elle se veut aussi écologique.

Son objectif est de dresser un profil individuel des capacités de communication du patient que l'on aura à prendre en charge, sachant que l'hétérogénéité est sans doute ce qui caractérise le mieux les troubles rencontrés dans la DTA.

## **Présentation de la grille**

Cette grille (annexe 1) permet une analyse pragmatique à la fois qualitative et quantitative des actes de langage verbaux et non verbaux.

### **Analyse qualitative**

Elle comprend deux aspects :

1 - classification des actes de langage verbaux qui s'inspire de la taxonomie de DORE (1977) mais simplifiée (annexe 2).

Les actes non-verbaux retenus seront ceux qui correspondent à la classification de LABOUREL (1981) (annexe 3) mais il ne sera pas fait de distinction taxonomique.

2 - détermination de l'adéquation du discours (annexe 4):

Pour que la communication puisse se dérouler et se poursuivre normalement, il faut que l'acte de langage produit soit adéquat et cette adéquation est déterminée par rapport :

- aux règles socio-linguistiques : il faut que le discours ait une certaine cohésion au niveau lexical et au niveau grammatical et il faut aussi que l'acte de langage produit par le patient apporte un certain feed-back à l'interlocuteur et/ou à la situation de communication.
- à l'échange d'informations : il faut que le discours présente au niveau de son organisation logico-sémantique une certaine cohérence c'est à dire qu'il doit exister une unité au niveau de son thème et une logique du déroulement de ses séquences assurée par des transitions aisément compréhensibles. En référence à CHAROLLES (1978) nous avons retenu quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression rhématique, la relation et la non-contradiction .

En ce qui concerne les actes non verbaux, nous ne retenons que ceux qui, en remplaçant ou en accompagnant un acte de langage, apporte un plus à la communication, ceux qui ont une valeur communicationnelle certaine.

## **Analyse quantitative**

Lors d'une première recherche (1992) qui a conduit à la construction de cette grille, nous avons retenu le facteur " temps de parole " mais ceci demande un temps de dépouillement trop important ne permettant pas un usage clinique facile. C'est pourquoi, pour cette grille, nous avons retenu simplement la fréquence des actes de langage : un acte correspondant au maximum à un énoncé. Pour les actes non verbaux nous retenons également la fréquence.

## **Principe d'utilisation de la grille**

Il s'agit de remplir une grille comme celle présentée à l'annexe 1 pour analyser une situation de communication précise. Nous avons simplifié la classification de DORE (1977) en ne retenant pas toutes les distinctions au sein des grandes rubriques d'actes de langage. Il convient de faire l'analyse de plusieurs situations de communication si l'on veut avoir une idée des capacités de communication du patient en faisant notamment varier les formes de discussion (questions, échanges d'informations, discussion libre, ...), les thèmes (le passé, le présent, la famille, les événements personnels, sociaux, ...) et les interlocuteurs (proches, soignants, ...). Pour remplir cette grille il faut cocher dans la case correspondante chaque acte produit en répondant donc à ces questions :

.de quel type d'acte s'agit-il?

.est-il adéquat ou inadéquat?

.s'il est inadéquat, quelle est la raison de l'inadéquation?

Pour répondre à ces questions on se référera aux descriptions et exemples proposés en annexes mais il est quelquefois difficile de classer un acte et il demeure un aspect subjectif important : on essaiera, en cas de doute, de se replacer dans la situation de communication en se demandant ce que nous a transmis le discours de patient, sachant qu'une erreur ou une omission n'a rien de dramatique car cette grille a pour objectif de tracer un profil de communication en recoupant un certain nombre de situations, ce qui conduira à retrouver de nombreux actes. L'appréciation de l'adéquation/inadéquation n'est pas non plus toujours évidente, les causes de l'inadéquation éventuelle non plus, il faut parfois relativement peu de choses pour faire basculer le récit d'un côté ou de l'autre de l'adéquation ou de l'inadéquation; la règle essentielle devra être : les actes produits par le patient permettent-ils la poursuite normale de la discussion? Si non pourquoi?

Il est nécessaire de chronométrer le temps de discussion ou même de fixer un temps de discussion qui soit le même pour les différentes situations afin de pouvoir établir des comparaisons et/ou d'établir la fréquence par minute des différents actes. L'analyse pourra se faire sur un temps relativement court (3-5 minutes par situation).

L'analyse est difficile à faire en " direct ", c'est à dire en même temps qu'a lieu l'échange. Ceci est malgré tout possible avec une certaine habitude à condition que celui qui mène la discussion ne soit pas le même que celui qui en fait l'analyse. L'idéal est un enregistrement caméscopique

qui permet tranquillement une analyse ultérieure, un enregistrement audio est aussi envisageable à condition que les actes non verbaux aient été notés par ailleurs.

## **Faisabilité - critiques**

Nous avons personnellement fréquemment utilisé cette grille, des orthophonistes formés par nos soins dans le cadre de la formation continue l'ont fait également et une étude sur son intérêt et sa faisabilité a été effectuée dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie par DELAROCHE et ROCHARD (1996). Au cours de cette étude 15 patients atteints de DTA à des degrés de sévérité divers ont été soumis à la grille au cours de 3 situations d'interlocution telles que nous les avons nous-mêmes adoptés lors d'une première étude :

- . un entretien dirigé concernant les données autobiographiques du patient
- . une tâche d'échange d'informations autour d'un support imagé
- . une discussion libre à propos de la situation présente ou de tout autre thème abordé par le sujet

Il en ressort que l'utilisation de cette grille s'avère possible quel que soit le degré de sévérité de la démence. Les auteurs soulignent la souplesse d'utilisation de la grille permettant à l'examineur de s'adapter pendant les situations afin de se mettre au niveau de chacun des patients, de moduler ses attentes et ses exigences en fonction de celui-ci pour savoir reconnaître et mettre en valeur les domaines où le patient conserve encore de bonnes capacités communicationnelles.

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

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

Elles soulignent enfin tout l'intérêt que semble leur présenter la grille pour une prise en charge ultérieure notamment dans le cadre d'une guidance de l'entourage.

Les difficultés relevées par les auteurs de cette étude se situent essentiellement au niveau de :

- la longueur de la procédure totale d'utilisation de la grille qui est estimée à une quinzaine de minutes pour l'entretien filmé, 40 à 45 minutes pour le travail de cotation (remplissage de la grille) et 30 à 40 minutes pour l'analyse (comptabilisation des actes, étude du profil obtenu et des conclusions qui en découlent du point de vue notamment de la prise en charge). Soit un total d'environ 1h 30 à 1h 45.
- la délimitation des actes, leur classification et l'appréciation de l'éventuelle inadéquation qui nécessitent une connaissance approfondie de la grille, une maîtrise de notions parfois subtiles et qui laissent une place importante à la subjectivité

Ces difficultés ont conduit DELAROCHE et ROCHARD à proposer quelques simplifications au niveau de cette grille dont nous avons tenu compte dans la version présentée ici.

## **Fiabilité**

DELAROCHE et ROCHARD ont comparé les résultats qu'elles ont obtenus avec cette grille appliquée à leurs 15 patients à ceux que nous avons obtenus dans une étude précédente avec une version quelque peu différente de la grille en particulier au niveau de son aspect quantitatif - ROUSSEAU (1992). Elles constatent que les données qu'elles ont obtenues coïncident, pour la très grande majorité d'entre elles, à celles que nous avons dégagées en 1992. Ces caractéristiques consistent en l'apparition, malgré une importante hétérogénéité et variabilité tenant à la fois à la maladie étudiée et à la multiplicité des facteurs influant sur la communication, de tendances parallèles à la progression de la détérioration cognitive globale, telles que nous les avons définies plus haut.

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

## **Conclusion**

La prise en charge des patients-Alzheimer est sans aucun doute un domaine que les orthophonistes-logopèdes ne peuvent ignorer car ils risquent d'être confrontés à une forte demande. Leur rôle est essentiel car je ne suis pas loin de penser que le patient atteint de démence de type Alzheimer est surtout atteint de difficultés de communication.

Cette prise en charge est très particulière car le thérapeute ne peut espérer une guérison, sans doute pas même une amélioration de l'état de son patient, mais au mieux un ralentissement de la dégradation...

Il n'empêche que ce qu'il peut faire est sans doute ce qu'il y a de plus noble à faire quand on exerce ce métier : aider un malade à conserver jusqu'au bout de son parcours le statut d'individu communicant, et donc tout simplement le statut d'être humain.

A prise en charge particulière, moyens particuliers : rien de ce qui existe comme technique de rééducation ne correspond vraiment aux difficultés spécifiques de communication de ces patients. La grille que nous proposons est un outil nouveau qui nous semble parfaitement adapté à un examen qui pourra orienter ce type de prise en charge.

## Bibliographie

BAYLES K.A., KASZNIAK A.W. (1987). Management of dementia. In BAYLES K.A. & KASZNIAK A.W. (Eds) : *Communication and cognition in normal aging and dementia* (325-359). Boston : College-hill Press.

CHAROLLES M. (1978). Introduction aux problèmes de cohérence des textes. *Langue Française*, 38, 7-41.

DELAROCHE F., ROCHARD A. (1996). *Etude de la faisabilité et de l'intérêt d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer*. Mémoire d'orthophonie. Université de Tours, 263 p.

DORE J. (1977). " Oh them sheriff " : a pragmatic analysis of children's responses to questions. In ERVIN-TRIPP S. & MITCHELL C. : *child discourse*. New-York : Academic-press.

DUBOIS REMUND C. (1995). La prise en charge des troubles du langage et de la communication : étude de cas. In EUSTACHE F. & AGNIEL A. : *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge* (283-300). Marseille : Solal Editeurs.

LABOUREL D. (1981). Communication non verbale et aphasie. In : SERON X., LATERRE C. : *Rééduquer le cerveau*. Bruxelles : Mardaga.

ROUSSEAU T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer*. Thèse nouveau régime. Université de Caen, 406 p.

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

ROUSSEAU T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Isbergues : Ortho-Edition, 135 p.

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

VAN DER LINDEN (1993). Prise en charge neuropsychologique dans la maladie d'Alzheimer : une perspective cognitive. In *Entretiens d'orthophonie 1993*. Paris : Expansion scientifique française, 77-82.

## Annexe 1

## Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA

Patient :						Date :					
Situation de communication :						Thème :					
Interlocuteur :						Durée :					
ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence					total
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
<b>Questions</b>											
oui/non											
Wh											
rhétorique											
<b>Réponses</b>											
oui/non											
Wh											
qualification											
<b>Description</b>											
identification											
possession											
événement											
propriété											
localisation											
<b>Affirmation</b>											
règles / faits											
évaluation											
état interne											
attribution											
explication											
<b>Mécanismes conversation.</b>											
<b>Performative</b>											
<b>Divers</b>											
<b>Non verbal</b>											
Résultat											
Résultat											
Résultat											

## Annexe 2

### Méthode d'analyse des actes de langage

ACTES DE LANGAGE	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Question oui/non	Demande de confirmation ou de négation du contenu propositionnel Demande de permission	Etes-vous fatigué?  Est-ce que je peux m'en aller ?
Question " wh "	Demande d'information par une question utilisant un des pronoms interrogatifs suivants : où, quand, quoi, pourquoi, comment?... La question concerne la localisation, le moment, l'identité ou les propriétés d'un objet, d'un événement ou d'une situation Demande adressée à l'interlocuteur pour qu'il répète ce qu'il vient de dire	Où habitez-vous? Quand partez-vous? Qui vous a conduit ici? Vous voulez quoi? Pourquoi êtes-vous venu ici? Voulez-vous me dire ce que vous voyez sur cette image? Vous avez dit?
Question rhétorique	Demande adressée au récepteur en vue d'obtenir sa reconnaissance pour permettre au locuteur de poursuivre	Vous comprenez? D'accord?
Réponse oui/non	Suite à une question oui/non, l'interlocuteur répond en confirmant, niant ou d'une autre façon, le contenu propositionnel, ou répond en exprimant son accord ou son désaccord	Non, je ne suis pas fatigué  oui, c'est pour cela que je suis ici
Réponse " wh "	Suite à une question " wh " (où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment?) l'interlocuteur répond en procurant au locuteur l'information requise	Question du locuteur : pourquoi êtes-vous venu ici? Réponse " wh " : Je suis venu pour passer des examens
Qualification	Enoncé subséquent qui clarifie, qualifie ou modifie différemment le contenu du message	Après la réponse " non je ne suis pas fatigué " : parce que je me suis reposé avant de venir
Description-identification	Nommer un objet, une personne, un événement ou une situation	C'est une chaise Il s'agit d'un accident
Description-possession	Indiquer qui possède ou a temporairement en sa possession un objet ou une idée, par exemple	L'homme a une voiture La jeune fille sait comment y aller
Description-événement	Décrire un événement, une action ou une démarche	Le chien a traversé la rue lorsque la voiture arrivait et elle l'a écrasé
Description-propriété	Décrire les traits observables ou l'état d'objets, d'événements ou de situations	C'est un bureau en bois, de couleur marron, en désordre
Description-localisation	Décrire le lieu ou la direction d'un objet ou d'un événement	Le vase est sur la table
Affirmation de règles	Déterminer des règles, des procédures conventionnelles, des faits analytiques ou des classifications	Il vaut mieux ne pas aller à la pêche lorsqu'il y a de l'orage Pour faire un punch, on met d'abord le rhum puis ensuite le sirop de sucre de canne
Affirmation-évaluation	Exprimer ses impressions, ses attitudes ou ses jugements au sujet d'objets, d'événements ou de situations	Cette chaise n'est pas solide Pour faire ça, il faut être courageux
Affirmation-état interne	Exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action	Je me sens mal Je suis capable de gagner Je vais aller jouer aux cartes
Affirmation-attribution	Exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions), des capacités, des intentions d'une autre personne	Il est surpris Ma femme fait très bien la cuisine
Affirmation-explication	Rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédire le dénouement	Je ne vais plus voir ma belle-fille car elle ne m'aime pas S'il continue à me battre, je le quitte

Mécanismes conversationnels-marqueurs de frontière	Sert à amorcer ou achever l'interaction ou la conversation	C'est tout ce que j'ai à vous dire Comme je le disais hier
Mécanismes conversationnels-appel	Sert à entrer en interaction en suscitant l'attention de l'autre	Dites... Ecoutez-moi
Mécanismes conversationnels-accompagnement	Énoncé accompagnant l'action du locuteur et qui cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur	Je suis en train de faire un tricot, regardez Ce que je lis devrait vous intéresser
Mécanismes conversationnels-retour	Reconnaissance des énoncés précédents de l'interlocuteur ou insertions visant à maintenir la conversation	D'accord OK Vous disiez que...
Mécanismes conversationnels-Marqueurs de politesse	Politesse rendue explicite dans le discours du locuteur	Je vous en prie, allez-y
Performative-action	Demande adressée au récepteur en vue d'accomplir une action (ordres)	Allez me chercher le livre
Performative-jeu de rôle	Jeu fantaisiste où les interlocuteurs s'attribuent des rôles ou des personnages	(enfants qui jouent à la marchande et au client)
Performative-protestation	Objections au comportement prévisible de l'interlocuteur	Ne faites pas ça
Performative-blague	Message humoristique	(toute blague ou plaisanterie ou humour)
Performative-marqueur de jeu	Amorcer, poursuivre ou terminer un jeu (concerne surtout les enfants)	Allez, on joue à la marchande
Performative-proclamer	Établir des faits par le discours	Celui qui dit ça est un menteur
Performative-avertissement	Prévenir l'interlocuteur d'un danger imminent ou non	Attention, vous allez glisser
Performative-taquinier	S'amuser à contrarier, sans méchanceté, l'interlocuteur en étant provocateur ou en lui faisant des reproches	et vous croyez que ce que vous m'avez dit me suffira pour deviner ce qu'il y a sur cette image
Divers	Actes non conventionnels  Actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphrasies sémantiques ou phonologiques)	Ce n'est pas un perdreau de l'année (pour dire de quelqu'un qu'il est assez âgé)  ograminospire

## Annexe 3

### Méthode d'analyse des actes non verbaux

ACTES NON VERBAUX	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Geste à fonction référentielle	Geste à fonction illustratrice quand il accompagne ou remplace le discours verbal. Il peut être : - mimétique : relation d'analogie au référent - déictique : relation spatiale précise ou vague au référent - symbolique : renvoie au code culturel ou personnel; relation arbitraire et conventionnelle au référent.	-mettre ses mains en forme de rond pour parler d'un ballon -montrer du doigt la direction à suivre  -mettre en pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire
Geste à fonction communicationnelle	Le geste fait référence à la situation et aux interlocuteurs. Il est plus ou moins volontaire. Il peut avoir une valeur : -expressive ou émotive : se rapporte à l'émetteur  -conative : se rapporte ou s'adresse au récepteur lui signifiant quelque chose -phatique ou régulatrice : se rapporte ou s'adresse au récepteur assurant la bonne continuité de l'échange	-poser sa main sur sa poitrine pour exprimer que l'on est vraiment impliqué dans ce que l'on dit -pointer son index vers l'interlocuteur en signe de mise en garde -tendre la main à plat vers l'interlocuteur pour l'inviter à parler ou à poursuivre
Geste à fonction métalinguistique	Ce type de geste peut avoir comme fonction: -fonction prosodique : fait partie du discours comme élément prosodique  -fonction de redondance : le geste est redondant par rapport au discours -fonction de commentaire : le geste sert de commentaire sur le contenu ou la forme de l'énoncé	-taper sur la table avec la main au rythme des syllabes pour marquer l'importance de ce que l'on dit -accompagner un " non " verbal d'un mouvement négatif de la tête et de l'index -mouvement oscillatoire de la main exprimant le doute par rapport à ce qu'y est dit
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	moue dubitative
Regard	Ne sont pris en compte que les aspects du regard en tant que comportement de communication : -contact visuel  -mobilité du regard  -expressivité du regard	-un regard soutenu qui, témoignant d'un intérêt de l'interlocuteur, apporte un feed-back au locuteur -le regard s'oriente vers une certaine direction permettant de synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale -les yeux s'ouvrant largement expriment la surprise
Silence	Pauses survenant au cours de l'échange signifiant : -la réflexion : permet les opérations mentales  -l'interaction : pause à caractère social où l'interlocuteur manifeste sa reconnaissance du degré et du type de participation attendue	-le sujet s'arrête de parler pour mieux préparer ce qu'il va dire ensuite -tout en marquant son attention (par le regard) l'interlocuteur se tait parce qu'il juge que c'est à l'examineur de prendre la parole et de mener la discussion

## Annexe 4

### Méthode d'analyse de l'adéquation / inadéquation

<b>TYPE INADEQUATION</b>	<b>DESCRIPTIONS</b>	<b>EXEMPLES</b>
Absence de cohésion grammaticale	La structure grammatico-syntaxique de la phrase ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-il a couru à cause qu'il n'était pas en retard -phrase contenant un ou plusieurs pronoms sans référent
Absence de cohésion lexicale	Le lexique utilisé ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	-le chien a attrapé un colipan
Absence de feed-back/à l'interlocuteur	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de l'acte produit par l'examineur	Examineur : " quel âge avez-vous? " Patient : " mon frère est en vacances "
Absence de feed-back / à la situation	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de la situation de communication	Alors qu'il doit décrire une image, le patient parle de ses enfants
Absence de continuité thématique	Le patient change de thème de discussion de manière brutale et inopportune	-je vois un homme au milieu de la rue. Ma femme n'aime pas les tomates
Absence de progression rhématique	Le discours du patient ne progresse pas, il n'y a pas d'apport informatif, il tourne en rond	-j'habite ici parce que j'habite là et que je n'habite pas ailleurs
Absence de relation	Les actions, les états ou les événements du discours ne s'articulent pas entre eux	-le petit garçon tombe, il court et il est assis parce qu'à cinq heures il est l'heure de sortir
Contradiction	L'information donnée par le patient est en contradiction avec une information qu'il a donnée antérieurement	-" j'habite chez moi dans ma maison à la campagne " puis plus loin : " j'habite ici " (on est dans une maison de retraite)