

André Quaderi

Connotation et maladie d'Alzheimer : une méthode d'écoute

La personne atteinte de MA parle, le statut de non sens de ce qu'il produit le conduit souvent à s'agiter et à réitérer ses paroles. Du fait des dégradations de sa mémoire sémantique, le dément parle par métaphore éteinte. Cela conduit celui qui l'écoute à entendre l'énonciation de ce qui est transmis dans ce qui est dit. Le recours aux néologismes, aux énonciations métaphoriques, loin d'être des artefacts de la neurologie, sont bien au contraire les conditions d'un amorçage d'une rencontre. En ce sens, une méthode de soin psychique peut se dessiner : être sensible à sa tentative de communication et être conscient des mécanismes langagiers. Cela demeure le seul recours de l'accompagnant et du clinicien. Le dément souffre de ce que le poète Stefan George repris par Heidegger signe : « aucune chose ne soit, là où le mot faillit ». Ainsi la chose perçue n'existe pas pour celui qui ne peut le dire, à nous de pouvoir en saisir le sens, le dément comme être de l'instant.

L'altération de la mémoire sémantique dans la maladie d'Alzheimer rend complexe la compréhension des paroles des patients. Dans la plupart des cas, ces paroles (le dit) sont qualifiées de non sens sémantique. Les questions pour faire expliciter les demandes de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer échouent. En effet, le sens explicite ou littéral (dénotation), ne permet plus de comprendre et d'agir en fonction des demandes souvent pressantes qui se répètent. Selon nous, les paroles sont pleines de sens, sous la forme condensée. Pour comprendre ces paroles, le concept de connotation (le dire) permet de saisir l'intention de ce qui est transmis. À partir d'exemples cliniques en utilisant la pragmatique linguistique, il est proposé des réponses en fonction de la connotation de ce qui est prononcé. Il sera ainsi tenté une première ébauche de méthode de soin psychique pour comprendre les demandes de ces personnes.

La maladie d'Alzheimer (MA) présente conjointement une altération des troubles mémoriels et de la sphère du langage [23]. La mémoire sémantique [8] est fortement altérée [4] provoquant une réduction du stock lexical, voir une aphasie complète à un stade sévère. Une convergence des atrophies entre la MA et la démence sémantique est repérable [16]. Les capacités phonologiques sont mieux préservées que les capacités sémantiques, cela peut d'ailleurs être un élément de diagnostique [15] tout comme les troubles de la mémoire sémantique [17] ou l'évolution de la maladie [6].

La mémoire sémantique est un point important dans la compréhension de la MA. En dehors des agitations verbales, des palilalies et des écholalies, le dément continue toutefois à parler sous un mode difficile à comprendre. Nous excluons dans cette recherche les cris monolexicaux de l'agitation verbale, ainsi que les palilalies et les écholalies. Nous nous intéresserons aux

phrases qui sont cohérentes au niveau syntaxique, d'une structure grammaticale de type sujet-verbe-complément. Le stade de la MA est sévère.

Lorsque le dément s'adresse à son entourage, le caractère répétitif et insistant de ses demandes ne cesse de questionner ceux qui l'écoutent. Les propos du dément sont souvent centrés sur la visite d'une personne décédée (en général la mère ou le conjoint) ou d'un parent (fils ou fille), l'urgence de faire ou de payer quelque chose. Celui qui écoute ces demandes va dans le meilleur des cas invalider le sens de ce qui est dit. « Recadrer » le dément selon le terme usité des soignants revient à lui dire que sa mère est morte, que ses enfants sont adultes et qu'il est impossible qu'ils soient venus le voir, ou encore qu'ici tout est payé. Trop souvent les altérations de la mémoire sémantique sont perçues par les soignants comme normales [10] et invalident la tentative de communiquer du dément [25]. Le problème vient que ce type de réponse ne satisfait pas du tout le patient. Une agitation apparaît en réponse aux discrédits portés à sa parole. Ne pas le comprendre a des effets sur l'émotion qu'il peut en ressentir [27].

Notre propos est de comprendre au niveau linguistique sa parole en partant du principe d'une intentionnalité. Le trouble neurologique perturbe la construction du sens explicite (la dénotation) mais un sens implicite persiste (la connotation). Ce sens existe à la condition de saisir la structure langagière de ce qui est prononcé au-delà du sens littéral. Nous nous séparons là de l'approche fondée par Naomi Feil qui ne cherche pas le sens mais valide l'intention [19] qui reste inconnue. Il s'agit bien de saisir le sens implicite de ce qui est énoncé à partir de ce qui est verbalisé littéralement.

VIGNETTES CLINIQUES

Madame Errée importune des soignants de la maison de retraite avec ses demandes régulières et répétées : « Je veux ma maman ». Toutes les réponses usuelles de type votre mère est morte suscitent un déchaînement de violence « je ne suis pas folle ». Lorsque je m'adresse à elle, je lui dis « vous me semblez bien seule, et vous avez besoin de compagnie, venez avec moi je vais m'occuper de vous ». Elle cesse immédiatement de réclamer sa mère. Nous sortons marcher dans le jardin. Durant la sortie, Mme Errée est calme, plutôt silencieuse elle ne verbalise rien autour de sa mère.

Madame Forte a 88 ans, MA diagnostiquée depuis 7 ans, (MMS impossible à réaliser, Cohen Mansfield : 14). Dépendante en fauteuil, ce jour-là elle hurle « Vous ne voyez pas que je suis en prison ». Les questions fusent de la part des soignants qui ont pour effet de provoquer une agitation supplémentaire, une augmentation du volume sonore et une répétition de la phrase. Nous nous interrogeons sur les changements dans son environnement. Or, ce matin-là, on lui attribua un fauteuil plus confortable avec repose-pieds. Le clinicien propose aux soignants de lui rendre son ancien fauteuil et là les cris cessent immédiatement. Mme Forte se calme et nous donne la solution de l'énigme : elle frotte ses pieds sur le sol, chose impossible avec le nouveau fauteuil et nous dit « Là je suis en liberté ». La prison était l'impossibilité de bouger ses pieds, de sentir le sol !

Madame Julia a 98 ans, autonome physiquement, sa MA est diagnostiquée depuis à peine 2 ans, elle vient d'arriver en institution. Cette patiente hurle aujourd'hui « mes parents ne savent pas que je suis ici ! ». Seules les phrases : « vous êtes seule et vous vous sentez abandonnée, moi je vais rester avec vous maintenant, je ne vais pas vous laisser seule » provoquent chez elle un « ah c'est vous, c'est bien c'est bien » qui la calme.

DISCUSSION

En science du langage, il est acquis que le signe focalise la perception de l'objet, d'une chose. Considéré comme chose, le signe signifie une relation dyadique entre lui et la chose (l'objet perçu) relation supposée transparente, littérale. Ce qui est dit, prononcé phonologiquement, recouvre le sens de ce qui est compris par celui qui écoute. De plus le sens de ce qui est compris par celui qui écoute concorde avec le sens de celui qui parle. Par exemple la phrase « l'eau bout à 100 degrés » veut seulement dire que l'eau bout à 100 degrés : le phonologique recouvre la sémantique de la phrase. Dans cette transparence, une opacité du sens apparaît [26]. Le sens de l'échange se trouve tout autant dans son contexte [12]. L'acte de la parole (dont le contexte) constitue l'ensemble du sens pour celui qui écoute [13]. Le sens lexical des mots, la dénotation, doit être relié avec le contexte (dont fait partie la connotation) pour comprendre de ce qui est dit. Pour résumer, le dit recouvre ce qui est prononcé (le phonologique), le dire recouvre lui le contexte énonciatif et l'ensemble (dit plus dire) l'échange verbal. Qu'en est-il alors du dire du dément lorsque son énoncé (le dit) semble totalement inapproprié ? Selon nous, la réduction lexicale n'induit pas une perte du sens mais une condensation. Le dément tente de communiquer de façon réduite lexicalement une activité perceptive. Ce qu'il prononce présuppose chez lui une intention, masquée par les altérations de sa mémoire sémantique. La répétition des phrases (mais non sa simple compulsion répétitive) conduit à considérer que quelque chose se doit d'être entendu. Le dément entreprend ici un acte langagier qui échoue au niveau d'une énonciation littérale de son intentionnalité. Cette intentionnalité nécessite une polyphonie [5] interdite du fait de la MA et de sa réduction lexicale. L'intention du message se reporte sur un lexique disponible mais pauvre en nombre. Dans le cas de Mme Errée sa demande « je veux ma maman » a été comprise par le clinicien comme une demande de présence rassurante. Il est admis que la dénotation échoue pour accéder au sens de l'échange linguistique [18], dans la MA, cet échec s'étend au dit.

Le dément communique par connotation à partir des signifiants prononcés. Cela conduit à dire que le dément verbalise des mots-signifiants comme éléments porteurs de sa réduction lexicale. Alors [11], seule la connotation des phrases peut nous aider à comprendre. Le sens se réintroduit dans des verbalisations simples fortement connotées qui sont des actes de langage [1].

Le dément a une intention, car tout énoncé phonologique est une tentative de communication [2]. Cette intention va donc se repérer dans les interstices des mots, du dit littéral. Le contexte de l'échange verbal va permettre d'amorcer une rencontre, d'en saisir le sens [21] par la connotation.

Lorsque Madame Forte dit « vous ne voyez pas que je suis en prison » elle énonce qu'elle perçoit des sensations désagréables qu'elle ne peut nommer précisément. Elle verbalise donc sa sensation devant son impossibilité de nommer la chose même. Elle exprime un mal-être qu'elle ne peut, par le jeu des associations, nous expliquer. C'est donc en se faisant des hypothèses et non pas en lui posant des questions que nous trouvons la réponse car comment découvrir que sa prison était son impossibilité à sentir le sol sous ses pieds ! C'est donc les associations de l'interlocuteur, à ses risques et périls, que permet l'accès au sens des paroles du dément.

En extrapolant, lorsqu'un patient dément dit « je veux ma maman », nous entendons une connotation d'un besoin de présence. Le signifiant « maman » et le souhait de l'avoir près de soi, c'est désirer la présence d'une personne chère, d'une image parentale protectrice et nourricière. Cela peut

signifier implicitement un besoin de présence, une peur de l'instant. La réponse de l'interlocuteur porte ici sur le sens connoté de la demande. Le type de dit « je veux maman » se comprend comme une connotation associative puisque le dit (la phrase verbalisée) sert à comprendre le dire (l'acte langagier).

Ainsi entre ce qui est prononcé et ce qui est répondu on peut tenter un amorçage [3] d'une verbalisation explicite de ce qui est implicitement connoté.

Proposer un sens à la parole du dément, permet à celui-ci d'en reconnaître son intention [22]. Le patient atteint de MA souffre moins d'une disparition du sens que d'une difficulté à retrouver le chemin du sens [20].

CONCLUSION

La personne atteinte de MA parle, le statut de non sens de ce qu'il produit le conduit souvent à s'agiter et à réitérer ses paroles. Du fait des dégradations de sa mémoire sémantique, le dément parle par métaphore éteinte. Cela conduit celui qui l'écoute à entendre l'énonciation de ce qui est transmis dans ce qui est dit. La psychiatrie avec les néologismes du schizophrène a montré les sources importantes de sens [9]. Des similitudes [24] sont possibles entre schizophrénie et Alzheimer, dans les deux cas la mémoire sémantique est altérée [14].

Le recours aux néologismes, aux énonciations métaphoriques, loin d'être des artefacts de la neurologie, sont bien au contraire les conditions d'un amorçage d'une rencontre. En ce sens, une méthode de soin psychique peut se dessiner : être sensible à sa tentative de communication et être conscient des mécanismes langagiers. Cela demeure le seul recours de l'accompagnant et du clinicien.

Le dément souffre de ce que le poète Stefan George repris par Heidegger [7] signe : « aucune chose ne soit, là où le mot faillit ». Ainsi la chose perçue n'existe pas pour celui qui ne peut le dire à nous de pouvoir en saisir le sens, le dément comme être de l'instant.

Par contre une énigme demeure comment avec les troubles de la mémoire sémantique le dément arrive à créer des constructions aussi complexes au lieu de dire j'ai faim j'ai peur je me sens seule... mystère... enfin mystère pas tant que cela depuis quand nous ne sommes qu'un ensemble de neurones ? Et de gêne ?

[23]Peters F, Majerus S, De Baerdemaeker J, Salmon E, Collette F. Impaired semantic knowledge underlies the reduced verbal short-term storage capacity in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia* 2009 ; 47 (14) : 3067-3073.

[8] Hornberger M, Bell B, Graham K, Rogers T. Are judgments of semantic relatedness systematically impaired in Alzheimer's disease ? *Neuropsychologia* 2010 ; 47 (14) : 3084-3094.

[4] Chow M, Brambati S, Gorno-Tempini M, Miller B, Johnson J. Sound naming in neurodegenerative disease. in *Brain and Cognition* 2010 ; 72 (3) : 423-429.

[16] Lehmann M, Douiri A, Kim L, Modat M, Chan D, Ourselin S., et al. Atrophy patterns in Alzheimer's disease and semantic dementia : A comparison of FreeSurfer and manual volumetric measurements. In *NeuroImage* 2010 ; 49 (3) : 2264-2274.

[15] Laws K, Duncan A, Gale T. 'Normal' semantic – phonemic fluency

cy discrepancy in Alzheimer's disease ? A meta-analytic study. *Cortex : A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior* 2010 ; 46 (5) : 595-601.

[7] Lonie J, Herrmann L, Tierney K, Donaghey C, O'Carroll R, Lee A, et al. Lexical and semantic fluency discrepancy scores in a MCI and early Alzheimer's disease. *Journal of Neuropsychology* 2009 ; 3 (1) : 79-92.

[6] Fagundo A, López S, Romero M, Guarch J, Marcos T, Salamero M. Clustering and switching in semantic fluency : Predictors of the development of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008 ; 23 (10), 1007-1013.

[10] Johnson B. Images of relational self : Personal experiences of dementia described in Literature. *Dissertation Abstracts International*, 2000 ; 60.

[25] Rankin K, Santos-Modesitt W, Kramer J, Pavlic D, Beckman V, Miller, B. Spontaneous social behaviors discriminate behavioral dementias from psychiatric disorders and other dementias. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008 ; 69 (1), 60-73

[27] Rosenbaum R, Furey M, Horwitz B, Grady C. Altered connectivity among emotion-related brain regions during short-term memory in Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging* 2010 ; 31 (5), 780-786.

[19] Munsch-Roux K, Munsch F, Laroque G. La méthode de validation TM de Naomi Feil : Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ? *Gérontologie et société* 2001 ; 126 : 189-204

[26] Recanati F. La transparence et l'énonciation. Paris : Seuil, 1979.

[12] Kerbrat-Orecchioni C. L'énonciation, Paris : Armand Colin. 2002

[13] Kerbrat-Orecchioni C. Les actes de langage dans le discours, Paris : Armand Colin. 2008

[5] Ducrot O. Le dire et le dit. Paris : Les éditions de minuit, 1984.

[18] Miller G. Langage et communication. Paris : PUF, 1956 404 p

[11] Kerbrat-Orecchioni C. La connotation. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 1977.

[1] Allan K. The pragmatics of connotation. *Journal of Pragmatics*, 2007 ; 39 (6), 1047-1057.

[2] Benveniste E. Problèmes de linguistique générale, T1. Paris : Gallimard, 1966.

[21] Nebes R, Brady C. The effect of contextual constraint on semantic judgments by Alzheimer patients. *Cortex : A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior* 1991 ; 27 (2), 237-246.

[3] Carlesimo G, Fadda L, Marfia G, Caltagirone C. Explicit memory and repetition priming in dementia : Evidence for a common basic mechanism underlying conscious and unconscious retrieval deficits. In *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1995 ; 17 (1), 44-57.

[22] Nebes R, Halligan E. Sentence context influences the interpretation of word meaning by Alzheimer patients. In *Brain and Language* 1996 ; 54 (2), 233-245.

[20] Nebes R. Semantic-memory function and dysfunction in Alzheimer's disease. *Aging and cognition : Knowledge organization and utilization*. 265-296. Oxford England : North-Holland, 1990.

[9] Janody P. Constructions schizoéphrènes, constructions cartésiennes. Paris : Erès, 1998.

[24] Quaderi A, Védie C. Néologisme et maladie d'Alzheimer. *Ann Méd-psy* 2007 ; 165 (9) : 680-684.

[14] Kiang M. Schizotypy and language : A review. In *Journal of Neurolinguistics* 2010 ; 23 (3), 193-2.

[7] Heidegger, M. Acheminement vers la parole. Paris : Gallimard, 1976.