



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**DÉPARTEMENT
D'ORTHOPHONIE
NANCY**
Faculté de Médecine



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE

DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Camille PLAISANCE

Troubles Neurocognitifs Majeurs, art, émotions et communication.

La médiation artistique dans l'étude de la communication du sujet âgé atteint de démence de type Alzheimer

Mémoire dirigé par : Madame JARNAUD Cécile

Orthophoniste

Président de jury : Monsieur DEBOUVERIE Marc

Professeur de Neurologie
CHRU Nancy

Assesseur : Madame POTTIER Lise

Orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, en particulier :

Monsieur Marc DEBOUVERIE, professeur de Neurologie, pour avoir accepté de présider ce jury de mémoire. L'intérêt que vous avez porté à ce travail est un honneur.

Madame Cécile JARNAUD, orthophoniste et directrice de ce mémoire, pour son dévouement, son extrême bienveillance et son enthousiasme à l'égard de ce projet. Merci pour vos précieuses relectures et encouragements tout au long de l'année.

Madame Lise POTTIER, orthophoniste et assesseur, grâce à qui j'ai découvert la profession. Merci pour votre implication, pour votre soutien et pour la confiance que vous m'avez accordée.

Madame B., ma patiente pour un temps, sans qui je n'aurais pu mener ce travail. Merci pour votre gentillesse et pour ces moments de partage. C'était un réel plaisir de vous retrouver chaque semaine.

La famille de la patiente, pour leur consentement et l'intérêt porté à l'égard de mon étude.

L'ensemble du personnel de l'EHPAD Sainte Thérèse de Ludres, pour leur accueil.

Mes professeurs et maîtres de stage, pour avoir participé à la construction de mon identité professionnelle. Mesdames BLACHARZ et CASCALES, orthophonistes, pour ces deux dernières années de stage à leurs côtés. Merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles et de m'avoir assurée dans ma vocation.

Mes amies et futures collègues, merci pour votre soutien et ces instants de rires que je ne pourrais oublier.

Mes grands-parents, pour toute la richesse des enseignements qu'ils m'ont transmis.

Ma famille, et plus particulièrement mes parents, pour leur amour et leur soutien inconditionnel tout au long de mon parcours. Aucun mot ne saurait exprimer toute ma gratitude.

Enfin, un grand merci à Damien, pour sa présence sans faille et pour sa confiance inébranlable quant à ma réussite professionnelle.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), — PLAISANCE Camille —, inscrit(e) à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idée, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

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

Fait à Vandoeuvre-lès-Nancy, le 18 mai 2020

Signature

PLAISANCE Camille

SOMMAIRE

Remerciements	2
Déclaration sur l'honneur	3
Sommaire	4
Avant-propos	9
Introduction	10
Partie 1 : Ancrage théorique	12
Chapitre 1 : Les syndromes démentiels	13
1. Les troubles neurocognitifs majeurs	13
1.1 Origines et représentations	13
1.2 Vieillesse normale et vieillissement pathologique	13
1.3 DSM-V: critères diagnostiques des troubles neurocognitifs légers et majeurs	14
2. Les troubles neurocognitifs majeurs liés à la maladie d'Alzheimer	15
2.1 Généralités	15
2.2 Critères diagnostiques	15
2.3 Epistémologie	16
2.4 Neuropathologie	17
3. Tableau clinique	18
3.1 Troubles des fonctions cognitives	18
3.1.1 Troubles des fonctions mnésiques	18
3.1.1.1 Mémoire épisodique	19
3.1.1.2 Mémoire sémantique	20
3.1.1.3 Mémoire autobiographique	21
3.1.1.5 Mémoire procédurale	23
3.1.2. Troubles des fonctions instrumentales	23
3.1.2.1 Trouble du langage et de la communication	23
3.1.2. 2 Troubles praxiques et gnosiques	23
3.1.3 Troubles des fonctions exécutives	25
3.2 Troubles psycho-comportementaux	26
3.2.1 Manifestations psychoaffectives	27
3.2.2 Manifestations psychotiques	27
3.2.3 Conscience des troubles	27

3.2.4 Troubles du comportement moteur, sexuel	27
3.2.5 Troubles du sommeil et du comportement alimentaire	28
Chapitre 2 : Langage, communication et démence de type Alzheimer	29
1. Langage et communication	29
1.1 Définitions	29
1.2 Modèles théoriques	29
2. Troubles du langage dans la MA: description clinique selon l'évolution	31
2.1 Les troubles du langage oral	31
2.2. Les troubles du langage écrit	32
3. Troubles de la communication dans la MA: atteinte des aspects généraux et spécifiques du discours	33
3.1 Les habilités discursives	33
3.1.1 Efficacité de la communication: informativité	34
3.1.2 La cohérence du discours	34
3.1.3 La cohésion du discours	34
3.1.4 La compétence narrative	35
3.2 Les habilités pragmatiques	35
3.2.1 La gestion des tours de parole et des actes de langage	35
3.2.2 Les procédures de réparation	36
3.2.3 Le traitement du langage non littéral	36
3.3 Atteinte de la communication non-verbale	37
3.4 Les facteurs influents	37
Chapitre 3: Maladie d'Alzheimer et médiation artistique : quels enjeux ?	38
1. Art et neurosciences: les effets de l'art sur le cerveau	38
1.1 Réception de l'art: mécanismes neurophysiologiques	38
1.2. L'empathie esthétique	39
2. Art, émotion et stimulation cognitive	39
2.1. Bien-être esthétique: projection de l'être émotionnel	39
2.2 Effet de l'émotion sur la mémorisation	40
2.3 Effet de l'émotion sur la communication	40
3. Patient: de l'humain déchu au sujet reconnu	41
1.1 Penser la parole du sujet dément	41
1.2 L'identité face aux troubles	42
Partie 2 : Principes méthodologiques	44
1. Rappel de la problématique	45

2. Hypothèses	45
3. Méthode	46
3.1 Type d'étude	46
3.2 Lieu de l'étude et population	46
3.3 Choix du patient	46
3.3.1 Critères d'inclusion	46
3.3.2 Critères d'exclusion	47
3.4 La patiente : Madame B.	47
3.4.1 Bilans de dépistage et évaluation diagnostique	47
3.5 Outil de recherche	48
3.5.1 La technique de l'entretien	48
3.5.2 Intérêt de l'entretien semi-directif	48
3.5.3 Critères de validité de l'entretien semi_directif	49
3.5.4 Réalisation des entretiens	49
3.6 Elaboration du corpus	50
3.6.1 Choix des thèmes	50
3.6.2 Constitution du corpus d'oeuvres picturales	50
3.6.3 Constitution du corpus comparatif	51
3.7 Traitement des données	51
3.7.1 Mode de recueil des données	51
3.7.2 Méthode d'exploration des données	51
3.8 Précautions méthodologiques	52
Partie 3 : Présentation et analyse des résultats	53
1. Analyse quantitative de la communication	54
1.1 Nombre total d'actes de langage produits en fonction du corpus présenté	54
1.2 Nombre total d'actes de langage produits en fonction du thème proposé	54
1.3 Analyse de la durée des entretiens	55
2. Analyse qualitative de la communication	56
2.1 Analyse de l'adéquation des actes de langage produits	56
2.2 Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication	57
2.3 Répartition des différents types d'actes de langage verbaux dans la communication	58
2.3.1 Les questions	59
2.3.2 Les réponses	60
2.3.2 Les actes descriptifs	61
2.3.3 Les actes affirmatifs	62

2.3.4 Les mécanismes conversationnels	64
2.3.5 Les actes performatifs	64
3. Analyse de l'activité de réminiscence	65
4. Elaboration thématique	65
5. Analyse des aspects « interstitiels »	66
5.1 Analyse du choix des supports	66
5.2 Conduites corporelles et bien-être émotionnel	68
Discussion	69
1. Rappel de la problématique et traitement des hypothèses	69
1.1 Rappel de la problématique	69
1.2 Hypothèse principale	69
1.2.1 Sous-hypothèse 1	69
1.2.2 Sous-hypothèse 2	70
1.2.3 Sous-hypothèse 3	70
2. Synthèse des résultats et réponse à la problématique	70
3. Retour sur le travail effectué	71
3.1 Le contenu théorique	71
3.2 La méthodologie	71
3.2.1 La population	71
3.2.2 Les entretiens semi-directifs	71
3.2.3 Le traitement des données	72
4. Perspectives de recherches	72
Conclusion	73
Bibliographie	74
Annexes	81
▶ Annexe 1 : Modèle de la communication de Shannon (1948)	81
▶ Annexe 2 : Modèle de la communication de Jakobson (1960)	81
▶ Annexe 3 : Modèle du circuit de la parole de Saussure	82
▶ Annexe 4 : Fiche d'information à destination de la famille	83
▶ Annexe 5 : Formulaire de consentement de participation	84
▶ Annexe 6 : Feuille d'autorisation d'enregistrement	85
▶ Annexe 7: Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA	86
▶ Annexe 8: Méthode d'analyse des actes de langage	87
▶ Annexe 9: Accès aux corpus	89

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Tableau 1 : Calendrier des entretiens.	49
Tableau 2 : Nombre total d'actes de langage produits par la patiente en fonction du corpus proposé.	54
Tableau 3 : Nombre total d'actes de langage produits par la patiente en fonction du thème et du corpus proposé.	54
Tableau 4 : Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre le corpus art et le corpus neutre.	55
Tableau 5 : Durée des entretiens avec la patiente en fonction du corpus présenté.	55
Diagramme 1 : Nombre d'actes de langage adéquats et inadéquats	56
Tableau 7 : Nombre total d'actes verbaux et non verbaux en fonction du corpus proposé.	57
Tableau 8 : Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication selon le corpus proposé.	57
Diagramme 2 et 3 : Répartition des actes de langage verbaux selon le corpus proposé.	59
Tableau 9 : Répartition des différents sous-types de questions dans la communication en fonction du corpus proposé.	59
Tableau 10 : Répartition des différents sous-types de réponses dans la communication en fonction du corpus proposé.	60
Tableau 11 : Répartition des différents sous-types de descriptions dans la communication en fonction du corpus proposé.	61
Tableau 12 : Répartition des différents sous-types d'affirmations dans la communication en fonction du corpus proposé	62
Tableau 13 : Répartition des mécanismes conversationnels dans la communication en fonction du corpus proposé.	64
Tableau 14 : Répartition des actes performatifs dans la communication en fonction du corpus proposé	64

AVANT-PROPOS

Ce travail de mémoire a été envisagé dans la continuité de ma formation initiale, liant les Lettres et l'Histoire des Arts, et qui à mon sens, contribue grandement à la construction de mon identité professionnelle. Ces approches plurielles m'ont amenée à considérer la prise en soin dans une acception élargie, non plus réduite au maintien des fonctions de communication, mais soucieuse également du maintien des repères identitaires, permettant la reconnaissance de la personne en tant que sujet pensant.

INTRODUCTION

*« Il y a dans la peinture quelque chose de plus,
qui ne s'explique pas, qui est essentiel » P.A Renoir*

Si les démences ont longtemps été considérées comme des phénomènes irrémédiables de fin de vie, et sur lesquelles aucune action thérapeutique n'était envisagée, elles sont aujourd'hui au cœur des préoccupations. En effet, en raison du vieillissement de la population, les enjeux médicaux et sociaux, liés aux troubles neurocognitifs majeurs, sont considérables pour nos sociétés actuelles.

La maladie d'Alzheimer est par ailleurs caractérisée comme l'affection neurologique la plus fréquente chez le sujet âgé, et représente 70 % des cas de syndromes démentiels. Elle se traduit par une altération insidieuse et progressive du fonctionnement cognitif, à l'origine de troubles fonctionnels et psycho-comportementaux, qui se répercutent sur l'autonomie du patient. Ainsi, au-delà de l'atteinte mnésique, langagière et communicationnelle, la maladie d'Alzheimer inscrit le sujet dans une dynamique de pertes et de ruptures profondes. De ce fait, la personne, bien souvent assignée à son état pathologique, n'est socialement plus considérée comme capable d'être au monde. Ses difficultés cognitives, étayées par la perte de l'espace langagier, l'amènent alors à désinvestir progressivement toute interaction avec autrui. C'est pourquoi, il est du rôle de l'orthophoniste de veiller au maintien de la vie relationnelle, mais également, de repenser la parole du sujet dément afin de le réhabiliter dans sa fonction d'être social.

Au vu de ces considérations et de l'intérêt croissant relatif à l'implication de l'art dans les processus de stimulation et de réhabilitation cognitive, nous nous sommes questionnés sur la pertinence de la médiation artistique quant au maintien de la continuité identitaire, mais également, quant à l'optimisation des capacités communicationnelles du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs. Par conséquent, nous nous sommes livrés à une analyse précise et rigoureuse de la communication à partir d'entretiens semi-directifs, réalisés auprès d'un patient unique dont le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé.

Ainsi, ce mémoire sera composé de trois parties.

La première concernera l’ancrage théorique, et abordera notamment les mécanismes physiopathologiques et spécificités liées à la maladie d’Alzheimer. L’implication de l’art dans les processus émotionnels et communicationnels y sera également développée.

La seconde partie sera dédiée aux principes méthodologiques et aux outils utilisés à des fins d’analyse.

La troisième sera consacrée à la présentation et à l’analyse des résultats. Enfin, nous discuterons de ces derniers, mais également des limites de l’étude et de ses perspectives.

PARTIE 1 : ANCRAGE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : LES SYNDROMES DÉMENTIELS

1. Les troubles neurocognitifs majeurs

1.1 Origines et représentations

Dans l'esprit collectif, le terme de « démence » est bien souvent imputé au domaine de la psychiatrie. De ce fait, il revêt un caractère relativement anxiogène lorsqu'il est envisagé au sens d'« aliénation mentale ». Et pour cause, l'étymologie tend à justifier la vision commune et entachée de la démence, terme issu du latin *dementia*, qui signifie hors-d'esprit. En effet, l'acceptation première fait état d'une « détérioration mentale acquise, progressive et irréversible (...) un trouble mental assez grave pour aliéner la liberté d'appréciation et de décision de celui qui en est atteint » (selon la définition du TLFi¹). S'il apparaît pour la première fois dans le livre *De Senectute* (De la sénescence) de Cicéron, il caractérise au XIV^{ème} siècle les personnes atteintes de troubles mentaux graves et présentant une conduite extravagante (Belin, 2006). Dans la littérature, il apparaît plus généralement pour évoquer un acte déraisonnable ou encore pour qualifier des inanimés en mauvais état. Longtemps considérée comme entité unique, le terme démence s'offre dorénavant comme un concept élargi et fragmenté laissant percevoir divers tableaux cliniques.

1.2 Vieillesse normale et vieillissement pathologique

Le terme de vieillissement revêt une connotation négative, alors que la réalité qu'il désigne est une notion toute relative. Le vieillissement débute dès la conception d'un être, et il est irréversible dans son aspect chronologique et biologique (Ska et Joannette, 2006). Les spécialistes de la cognition s'accordent sur le fait que le vieillissement s'accompagne d'une modification du fonctionnement cognitif, la plupart estimant qu'il évolue dans le sens d'un déclin (Van der Linden, 1994, cité par Ska et Joannette, 2006). Ainsi, les recherches sur le vieillissement normal révèlent que le sujet âgé est bien souvent considéré comme moins performant que les personnes plus jeunes, notamment au cours de réalisation de tâches qui sollicitent le fonctionnement de la mémoire, de l'attention, des capacités visuo-spatiales, du langage ou encore des fonctions exécutives (Ibid).

¹ Trésor de la Langue Française Informatisé

Le concept de Mild Cognitive Impairment (trouble cognitif léger), défini en 1999 par Peterson, a été proposé pour caractériser un changement lié à un domaine cognitif unique ou à des domaines cognitifs multimodaux chez une personne vieillissante. Cette catégorie cognitive se présenterait ainsi comme l'intermédiaire entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique : cette catégorie, étant consciente de ces modifications, est dite à risques.

Les critères cliniques pour le diagnostic de MCI ont été mis à jour par Albert et al. (2011) afin de livrer une approche catégorielle du concept. Le MCI se manifeste par la présence d'une plainte relative à un changement dans le fonctionnement cognitif au regard du niveau antérieur relevé par le patient, par un proche ou encore un clinicien. Le plaignant présente ainsi un déficit dans un ou plusieurs domaines compte tenu de son âge et niveau socio-culturel (mémoire, attention, fonctions exécutives, langage, capacités visuo-spatiales) mais préservant toutefois son indépendance dans les capacités fonctionnelles avec un minimum d'aide et d'assistance, contrairement aux personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs (TNCM).

1.3 DSM-V: critères diagnostiques des troubles neurocognitifs légers et majeurs

Le chapitre « Troubles neurocognitifs » du DSM-5 discrimine le diagnostic de MCI et de TNCM (qui équivaut quant à lui, au diagnostic de démence du DSM-IV). Les critères diagnostiques du DSM 5 sont les suivants:

- Evidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base
 - 1. d'une préoccupation de l'individu, d'un proche bien informé ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive et
 - 2. d'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuro-psychologiques standardisés, ou en leur absence, par une autre évaluation clinique quantifiée
- Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (au minimum, aides pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne)
- Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium

- Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble dépressif majeur, schizophrénie etc)

Le DSM-5 apporte un changement dans la caractérisation des TNCM. Les troubles de la mémoire ne sont plus essentiels pour porter ce diagnostic. En effet, il y a des troubles neurocognitifs (TNC) dans lesquels la perte de mémoire ne constitue pas les premiers symptômes dans l'évolution de la maladie.

2. Les troubles neurocognitifs majeurs liés à la maladie d'Alzheimer

2.1 Généralités

La maladie d'Alzheimer (MA) est l'affection neuro dégénérative la plus fréquente chez le sujet âgé. Elle se traduit par une altération insidieuse et progressive du fonctionnement cognitif, à l'origine de troubles fonctionnels et psycho-comportementaux, qui se répercutent sur l'autonomie du patient. C'est en 1906 qu'Aloïs Alzheimer (1864-1915), neuro-pathologiste allemand, rapporta pour la première fois les observations faites au sujet d'une femme de 51 ans. En 1910, Ernest Kraepelin attribua le nom de son élève Alzheimer à la démence présénile dégénérative débutant avant 65 ans. Toute démence survenant à un âge plus avancé était alors imputée à des troubles vasculaires. Au cours des années 1960, l'observation de lésions identiques dans le cerveau de patients âgés et plus jeunes met fin à cette dissociation afin de réunir ces deux types de démences sous l'appellation « démence de type Alzheimer », de forme sénile ou présénile, selon l'âge de survenue de la maladie. Ces considérations liées à la limite d'âge, somme toute arbitraire, est aujourd'hui délaissées (Giffard, Desgranges, Eustache et al., 2008). Notons que cette distinction est toujours présente dans les critères diagnostiques du DSM-V.

2.2 Critères diagnostiques

D'après le DSM-5, la MA est caractérisée par l'installation d'un déficit progressif précoce et significatif du système mnésique (notamment de la mémoire épisodique) qui prédominera tout au long de l'évolution de la maladie et qui s'associera à d'autres troubles cognitifs (dysexécutifs, apraxiques, aphasiques, agnosiques, visuels) et qui pourra être diagnostiquée par la présence de biomarqueurs spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien. En effet, les progrès en neuro-imagerie et neuro-pathologie ont permis la mise au point de biomarqueurs qui révèlent in vivo, les changements

neuro-pathologiques reconnus pour définir la MA: la formation de plaques amyloïdes, la dégénérescence neuro-fibrillaire, la dysfonction synaptique et la perte neuronale associée.

Selon le DSM-5, le diagnostic de démences de types Alzheimer (DTA) est posé par élimination, l'obtention d'une preuve anatomo-pathologique étant relativement complexe. Ainsi, les DTA ne peuvent être liées à d'autres affections du système nerveux central, à des maladies générales ou encore à des effets persistants de substances (toxiques, médicamenteuses). Les déficits doivent être observés de manière continue excluant alors des déficits causés de manière ponctuelle (delirium). Par ailleurs, les troubles décrits par le plaignant ne doivent pas être expliqués par un trouble dépressif majeur ou encore une schizophrénie. L'âge d'apparition de la DTA affecte sa dénomination. Le DSM-5 observe également une seconde distinction en fonction de la présence ou non de perturbation significative du comportement.

2.3 Epistémologie

En raison du vieillissement de la population et de l'allongement de la durée moyenne de vie, les TNC sont devenus un problème majeur de santé publique et un défi important pour les sociétés occidentales du XXI^{ème} siècle (Dartigues, Helmer, Berr, 2009). Selon les estimations de Santé Publique France, l'espérance de vie étant, en 2015, de 78,9 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes, serait en 2070, de 90 ans pour les hommes et de 93 ans pour les femmes. Par ailleurs, en 2018, les ≥ 60 ans représentaient 20 % de la population soit 1 personne sur 5, or les chiffres annoncent près de 30 % pour l'année 2020. L'accumulation des pathologies liées à l'âge et des incapacités constituerait un enjeu central dans la prévention de la perte d'autonomie. Les troubles neurocognitifs majeurs, principalement de type Alzheimer, seraient en effet le premier pourvoyeur de perte d'autonomie.

Si les troubles cognitifs légers affectent 20 à 40% des + de 65 ans (selon Santé Publique France), nous recensons actuellement près de 850 000 personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés, ce qui représente environ 70 % des cas de syndromes démentiels (Derouesné, 2006a), soit 1,2% de la population totale. Il nous faudra par ailleurs considérer les maladies apparentées, ainsi que les patients dont le diagnostic n'a pas été posé. En

effet, seul 1 patient sur 2 est diagnostiqué. En France, 3 millions de personnes seraient ainsi directement touchées par la maladie établie comme 4^{ème} cause de mortalité².

Quant à la prévalence des troubles, elle augmente avec l'âge passant de 1,3 % des personnes de 65 à 69 ans à près de 25 % des personnes de 85 ans et plus. Les formes dites précoces (avant l'âge de 60 ans) demeurent assez rares (0,0041%), on note une légère prédominance chez la femme (étude EURODEM citée par Dartigues et al. 2009). Le facteur génétique est également imputé dans les formes les plus précoces de la maladie.

L'augmentation des atteintes cognitives augmente ainsi avec l'âge, mais aussi par les effets cumulés des conditions vécues tout au long de la vie : niveau de stimulation cognitive (réserve cognitive), habitudes de vie plus ou moins saines, exposition à différents facteurs de risques, conséquences à moyen et à long terme liées aux conditions de santé aiguës ou chroniques. Ainsi, deux hypothèses dominent dans la recherche des facteurs de risques modifiables : l'hypothèse de la réserve cognitive et l'hypothèse vasculaire. La première met en évidence que l'incidence de la maladie sera observée plus tardivement chez les personnes présentant une réserve cognitive plus importante. Se dégage alors deux modèles de réserves cognitives; passif: les performances individuelles dépendent de la réserve neurale (volume du cerveau, nombre de neurones..); actif : compensation neurale pour faire face aux altérations. Il s'agit des performances innées ou acquises par l'apprentissage. L'hypothèse de réserve cognitive comprend de ce fait : le niveau d'éducation, l'activité professionnelle, les activités sociales et de loisirs, les conditions et environnements de vie (quartiers défavorisés, niveau d'urbanisation (bruit, pollution), ressources communautaires...). La seconde hypothèse souligne les facteurs vasculaires (hypertension, diabète, obésité, hypercholestérolémie) décrits alors comme facteurs majeurs de la physiopathologie du déclin cognitif et de la démence. Les effets du tabac et de l'alcool restent difficiles à évaluer tout comme l'exposition aux pesticides bien que certaines études se révèlent positives.

2.4 Neuropathologie

La maladie d'Alzheimer est caractérisée par une atrophie corticale, mais aussi, par un ensemble de modifications neuronales. Il s'agit de la seule affection dégénérative caractérisée par

² Données France Alzheimer (francealzheimer.org)

deux types de lésions : d'une part les dégénérescences neurofibrillaires (DNF) et d'autres part les plaques amyloïdes (PA) (Derouesné, 2006a)

- L'atrophie cérébrale, proportionnelle à la sévérité de la démence, résulte de la mort neuronale. La réduction neuronale est particulièrement marquée dans le cortex entorhinal et associatif, dans l'hippocampe, l'amygdale et le système cholinergique.
- Les plaques amyloïdes (PA), extra cellulaires sont constituées de l'agrégation de peptide A β formées en grand nombre et sous forme insoluble. Ces PA se retrouvent ainsi dans la substance grise de toutes les régions du cerveau.
- Les dégénérescences neurofibrillaires (DNF) sont quant à elles constituées de paires de filaments en hélice disposées dans les neurones et résultent de l'accumulation de protéines Tau alors anormalement phosphorylées causant ainsi la mort neuronale (Sellal, Kruczek, 2007). Les plaques séniles résultent de l'association de l'amyloïdogénèse (constitution des plaques amyloïdes) et de la DNF, qui survient plus tard dans la maladie. Ces plaques séniles sont donc composées d'une PA entourée d'une couronne de neurites en dégénérescence neurofibrillaire (Yardin, 2007)

3. Tableau clinique

3.1 Troubles des fonctions cognitives

3.1.1 Troubles des fonctions mnésiques

Les études de neuropsychologie clinique concernant les TNCM ont largement contribué à la modélisation de la mémoire notamment par la caractérisation des différents systèmes mnésiques, mais aussi par l'analyse de leur fonctionnement en interrelations. En effet, Ribot dans son livre *Les maladies de la mémoire*, précise que la marche de la maladie démentielle est très instructive parce qu'en nous montrant comment la mémoire se détériore, elle nous apprend comment elle est organisée. Ainsi, l'auteur déclare: « La destruction progressive de la mémoire suit donc une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, fixée dans l'organisme, devenu une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort ». (cité in Eustache, 2006). Enfin, les troubles de la mémoire sont au centre des classifications diagnostiques parce qu'ils

sont particulièrement marqués dans la MA et en constituent le plus souvent le premier symptôme. (Eustache et al., 2006)

3.1.1.1 Mémoire épisodique

La mémoire épisodique est définie comme le système permettant d'enregistrer, de stocker et de récupérer des informations personnellement vécues, situées dans leur contexte spatial et temporel d'acquisition (Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006). Wheeler et al (1997) cités par Lekeu et Van der Linden (2005) précisent qu'elle donne la possibilité de voyager dans le temps subjectif et l'impression de revivre cet événement avec un niveau de conscience très élaboré, où le sujet prend réellement conscience de lui-même, de son identité dans le temps et l'espace, concept que Tulving (2004) a nommé « conscience auto-noétique ». Elle rend possible la récupération consciente d'événements personnels vécus (Isingrini, Taconnat, 2008)

La mémoire épisodique fait partie des systèmes mnésiques atteints de manière précoce dans la MA. Ces troubles constituent d'ailleurs le symptôme majeur de cette affection, ils font partie des plaintes de l'entourage et perturbent très tôt la vie quotidienne des patients (Ergis, Eusop-Roussel, 2008). Elle est classiquement évaluée par des épreuves de rappels, ou de reconnaissance d'un matériel appris, verbal ou non verbal. Ces épreuves sont dérivées d'une procédure mise au point par Grober et Buschke (1987) intitulée « RL - RI 16 » (Van Der Linden, 2004; Desgranges et Eustache, 2003). L'objectif est alors de différencier les troubles dits « authentiques » de la mémoire épisodique des troubles « apparents » pouvant être liés à l'utilisation de stratégies inefficaces ou à des troubles attentionnels se répercutant sur les performances mnésiques. L'encodage, le stockage et la récupération sont trois processus indispensables à la formation, au maintien ainsi qu'à la récupération des représentations des informations perçues dans ce système. Le profil de résultats observé s'exprime en faveur d'un trouble de l'encodage, relativement spécifique à la MA. Le rappel indicé immédiat est échoué (symptôme négatif), et des intrusions (définies par Ergis et Eusop-Roussel, 2008, comme des productions non intentionnelles d'une réponse inappropriée dans une tâche de mémoire) sont produites (symptôme positif). Certains résultats suggèrent également des troubles du stockage (inefficacité de l'indigage dans les items de rappels indicés) mais aussi des troubles de la récupération toutefois moins spécifiques, car observés dans de nombreuses affections autre que la MA (Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006). Enfin, nous soulignerons que l'étude des déficits de la mémoire épisodique présents dans la MA, contribue à

son diagnostic précoce et constitue un bon indicateur de son évolution (Griffard, Desgranges, Eustache, 2001).

3.1.1.2 Mémoire sémantique

La mémoire sémantique correspond à la mémoire des mots, des concepts, des connaissances sur le monde ainsi que des connaissances générales sur soi-même, c'est-à-dire la sémantique personnelle, indépendamment de leur contexte d'acquisition. Pour cette raison, elle est souvent opposée à la mémoire épisodique. De nombreuses recherches suggèrent que la mémoire épisodique s'appuie sur la mémoire sémantique et que l'intégrité de cette dernière est indispensable au bon fonctionnement de la mémoire épisodique (Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006). Ce système mnésique est fondamental pour la compréhension du monde qui nous entoure et pour la production et la compréhension du langage (Griffard, Desgranges, Eustache, 2001; Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006)

Les troubles de la mémoire sémantique se manifestent dans le langage spontané par un discours vague et par des circonlocutions liées aux difficultés du patient à trouver le terme approprié. L'anomie est particulièrement marquée dans les tâches de dénomination qui révèlent un trouble parfois compensé dans le langage courant. Au cours de ces épreuves, il est fréquent que le patient produise des réponses super-ordonnées (« animal » pour « tigre ») ainsi que des paraphrasies sémantiques (« lion » pour « tigre »). Il est également possible d'observer des performances chutées dans les tâches d'évocation lexicale. Ces résultats peuvent provenir d'un trouble de l'accès au lexique (impossibilité d'accéder au terme précis, mais conservation du concept), ou au contraire, d'une perturbation centrale des représentations sémantiques (dégradation des concepts eux-mêmes). Ces troubles de nature différente sont parfois difficiles à distinguer et peuvent coexister chez un même patient. (Griffard, Desgranges, Eustache, 2001; Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006) Par ailleurs, l'hypothèse explicative la plus vraisemblable considère l'hyper-amorçage comme le reflet de la dégradation de la mémoire sémantique et notamment des attributs qui permettent de distinguer les concepts entre eux. Si le patient ne peut plus distinguer les concepts grâce à leurs attributs, l'amorce et la cible deviennent équivalentes, accentuant alors l'ampleur des effets d'amorçage (le tigre qui perd ses rayures, le lion sa crinière: ces deux concepts proches deviennent similaires. L'effet d'hyper amorçage ne survient qu'au début de la démence; il est probable que l'aggravation de celle-ci entraîne une atteinte plus globale des représentations conceptuelles (Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006).

3.1.1.3 Mémoire autobiographique

La mémoire autobiographique représente un ensemble d'informations et de souvenirs propres à l'individu, ayant été accumulés depuis son plus jeune âge et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité et de continuité (Piolino, Desgranges, Eustache, 2008). La mémoire autobiographique est définie comme un système mnésique à très long terme servant à encoder, stocker et récupérer un ensemble de représentations dont le « self » est le sujet central (Baddeley, 2001; Conway, 2005). Le modèle de la mémoire du self de Conway (1996, 2001, 2005) est un modèle cognitif qui souligne le phénomène de la reconstruction du souvenir autobiographique. Il s'appuie sur l'interaction entre trois systèmes: le self à long terme; le système de mémoire épisodique et le self de travail (« working self) qui permet de rendre compte d'une organisation structurale hiérarchique de la mémoire autobiographique et de son fonctionnement (Piolino, Desgranges, Eustache, 2008). Conway définit le self à long terme comme la composante sémantique personnelle de la mémoire autobiographique qui sert à organiser l'ensemble de nos souvenirs et expériences personnelles, ce que Piolino définit comme un modèle « d'intégrité et de cohérence de notre propre soi » (2008). Le self stocke ainsi les informations générales sur la vie du sujet qui, à force de répétitions et de temps, se détachent progressivement de leur contexte phénoménologique et spatio-temporel d'acquisition au profit du stockage des caractéristiques communes (Piolino, 2005). Le système de mémoire épisodique stocke quant à lui des informations de brève durée et permet de retenir des informations sur les activités reliées aux buts et contient des détails sensoriels, perceptifs, cognitifs et affectifs, liés à l'événement et organisés selon un ordre chronologique. Ces informations personnellement vécues, sont alors récupérées avec des détails phénoménologiques (émotions, odeurs...) (Piolino, Desgranges, Eustache, 2008). Le self de travail intervient dans le processus de reconstruction des souvenirs autobiographiques. Il est constitué d'un ensemble de processus de contrôle dirigés par les buts actuels du sujet, ses croyances, ses désirs. Il détermine les éléments qui vont être encodés, consolidés et stockés en mémoire. Le self de travail influence par ailleurs la reconstruction des souvenirs en distordant ou en inhibant les représentations en désaccord avec le soi actuel et ses buts, et ce, afin de protéger le sujet d'un état de dissonance (Piolino, Desgranges, Eustache, 2008). La mémoire autobiographique, bien qu'elle ne soit qu'une composante du self, semble essentielle selon Conway et Pleydelle-Pearce (2000), elle cimenter les interactions familiales et sociales, et se présente comme la condition sine qua non du processus d'adaptation (Bluck, 2003). Dans le cadre de démences de type Alzheimer, l'étendue et la nature du déficit de mémoire autobiographique affectent la qualité des représentations du self. Une étude de

Addis et Tipett (2004) révèle que les patients à un stade initial, conservent des connaissances générales sur eux-mêmes, tandis qu'à mesure de l'évolution de la maladie, il devient difficile pour ces mêmes patients d'évoquer des souvenirs datés, contextualisés et détaillés.

3.1.1.4 Mémoire de travail

La mémoire de travail fait référence au système mnésique, dont la capacité est limitée à 7 +/- 2 unités, et nécessaire au maintien temporaire (20-30 secondes) d'informations lors de l'exécution de tâches complexes telles que le raisonnement, la compréhension ou encore l'apprentissage. Les premières modélisations de la MDT décrivent une approche fractionnée de ce système (Baddeley, 1986). L'auteur distingue un système de stockage temporaire comportant la boucle phonologique et le calepin visuo-spatial d'un système de contrôle attentionnel qui correspond à l'administrateur central. Par la suite, une quatrième composante sera ajoutée au système: le tampon ou buffer épisodique dédié au stockage temporaire d'informations multimodales et à l'intégration en mémoire à long terme. Au même titre que la mémoire épisodique, la MDT est précocement perturbée dans la MA. En référence au modèle de mémoire de travail proposé par Baddeley et ses collaborateurs (Baddeley, 1986 cité par Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006), les différentes composantes sont atteintes de façon inégale. En effet, l'administrateur central serait le plus atteint comme le démontrent les performances chutées lors des tâches d'attention divisée consistant en la réalisation de deux tâches simultanées. Toutefois, les perturbations de l'administrateur central n'apparaissent pas de manière isolée. Bien que moins fréquentes, des perturbations émergent également au niveau du calepin visuo-spatial (maintien temporaire et manipulation d'informations visuelles et spatiales) mais aussi au niveau de la boucle phonologique (maintien de l'information verbale sous forme phonologique) (Belleville, Malenfant et Peretz (1996). Il est également important de souligner que la perturbation de la mémoire de travail est l'une des atteintes cognitives fondamentales dans la MA car elle se répercute sur bien d'autres tâches cognitives (lecture, calcul mental etc..) (Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006).

Toutes trois précocement perturbées dans la MA, la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire de travail sont des systèmes de mémoire de haut niveau sur un plan ontogénétique et phylogénétique (Eustache et Desgranges, 2003). Cette pathologie affecte donc en priorité les systèmes de mémoire les plus élaborés. Toutefois, les systèmes de plus bas niveau, sollicitant des processus automatiques, semblent plus résistants, du moins aux premiers stades de

l'affection. Il en est ainsi du système de représentations perceptives, qui sous-tend les effets amorçage perceptif, et de la mémoire procédurale (Eustache, Giffard, Rauchs, Chetelat, Piolino, Desgranges, 2006).

3.1.1.5 Mémoire procédurale

La mémoire procédurale est le système mnésique impliqué dans les apprentissages de procédures perceptivo-motrices, perceptives, verbales et cognitives. L'acquisition de ces habilités est progressive et permise par une pratique longue et répétée. La mémoire procédurale est évaluée par l'intermédiaire d'épreuves d'acquisition d'une procédure nouvelle grâce à la répétition des essais, et sans recours nécessaire au souvenir explicite. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, les études convergent généralement vers une préservation des capacités d'acquisition d'une procédure nouvelle, perceptivo-motrice (épreuve du Rotor Test). En revanche, l'apprentissage d'habilités perceptivo-verbales (tâche de lecture en miroir) ou cognitives (tour de Hanoï) sont perturbés plus tôt comme Beaunieux et al (cités par Giffard, Desgranges, Eustache, 2001) ont pu le démontrer (1999). Les auteurs ont donc conclu à des modifications, avec l'âge, des stratégies utilisées pour parvenir à la solution, à la multiplication des tentatives, ainsi qu'à un ralentissement de la dynamique de l'apprentissage. La mémoire procédurale n'est ainsi pas systématiquement altérée dans les premiers stades de la maladie.

3.1.2. Troubles des fonctions instrumentales

3.1.2.1 Trouble du langage et de la communication

Ces troubles font l'objet du chapitre II du présent mémoire.

3.1.2. 2 Troubles praxiques et gnosiques

- Les praxies

Les troubles apraxiques, gestuels ou constructifs, s'installent généralement après les troubles mnésiques et langagiers. Ils sont constants quand la démence est sévère (Della Sala et al.1987). Bien qu'ils soient reconnus dans la sémiologie de la MA, ils ont très peu souvent fait l'objet de travaux (Giffard, Desgranges et al., 2008). Le développement de la psychologie cognitive a là aussi conduit à l'élaboration de modèles fonctionnels de l'organisation gestuelle (Roy et Square, 1985; Rothi et al. 1991). De nombreux modèles cognitifs de l'apraxie défendent des processus préalables au geste moteur: d'une part la construction d'une représentation de l'action à accomplir (étape

conceptuelle) et d'autre part la traduction de cette représentation en commandes motrices (étape d'exécution). D'après Lesourd et al. (2013), il existe 3 types de connaissances qui sous-tendent l'utilisation d'outils, la production de gestes symboliques et de gestes sans signification, au niveau conceptuel :

- Les connaissances sémantiques sur la fonction des outils : informations sur l'utilisation prototypiques des outils familiers
- Les connaissances mécaniques : essentielles au raisonnement technique. Il s'agit d'informations acquises avec l'expérience et détachées de toute représentation spécifique liée à l'outil
- Les connaissances sensori-motrices sur la manipulation d'outils : sont particulièrement impliquées dans la reconnaissance et la production de pantomimes

Dans cette affection, il semble que ces perturbations soient assez hétérogènes. Elles peuvent affecter le système conceptuel et le système de production.

L'apraxie réflexive est fréquente et souvent d'apparition précoce dans la MA, elle précède généralement l'apraxie visuo-constructive. Elle est caractérisée par une incapacité à dessiner ou à assembler différents éléments afin de former une structure unitaire (Giffard, Desgranges et al. 2008).

- Les agnosies

Au même titre que l'apraxie, l'agnosie est bien moins étudiée que les autres fonctions cognitives dans la MA. L'agnosie est définie comme un déficit de la reconnaissance en l'absence de troubles perceptifs élémentaires et linguistiques. L'agnosie visuelle est la plus fréquente, elle serait présente dans 30% des cas (Giffard, Desgranges, Eustache et al. 2008). En l'absence de troubles sensoriels élémentaires, l'agnosie visuelle serait de type perceptive et associative: la proximité sémantique entre objets contribuerait à l'apparition d'erreurs d'identification (Mendez et al., 1990) . L'agnosie auditive (impossibilité à reconnaître les sons de l'environnement, les voix) serait spécifique et non la conséquence d'une altération globale des processus cognitifs (Giffard, Desgranges, Eustache et al. 2008). Quant à l'anosognosie, elle est fréquente chez les sujets atteints de la MA. Toutefois, le lien entre l'anosognosie et la sévérité du trouble n'est pas clairement établi. La prosopagnosie (trouble de la reconnaissance des visages) est également très fréquente, et d'apparition précoce dans la MA. La capacité de reconnaissance des visages serait par ailleurs davantage affecté que la capacité de reconnaissance des objets.

3.1.3 Troubles des fonctions exécutives

Le système exécutif est composé d'un ensemble de processus (de planification, d'inhibition, de flexibilité, de contrôle...) dont la principale fonction est de faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles et plus particulièrement lorsque les routines dites « d'action », c'est-à-dire des habilités cognitives automatisées, ne peuvent suffire (Seron et Van der Linden (1999) cités par Deslandre et al. 2004). La littérature distingue ainsi 5 habilités cognitives :

- La stratégie : sélection du ou des moyens les plus appropriés afin de parvenir à un but donné
- La planification : agencement et ordonnancement temporel des étapes nécessaires à la mise en place de la stratégie
- L'inhibition : recrutement de mécanismes inhibiteurs, empêchant les informations non pertinentes d'entrer dans la mémoire de travail et supprimant les informations précédemment pertinentes mais devenues inutiles
- La flexibilité mentale : adaptation du plan d'action en fonction des contingences environnementales
- L'attention : concentration de l'activité mentale sur un objet. Le système se divise en deux branches: d'une part l'attention sélective qui lors de la confrontation à des situations complexes et à de nombreuses informations, permet la sélection de stimuli pertinents tandis que les informations non pertinentes sont ignorées. D'autre part, l'attention divisée qui se définit comme la capacité à traiter simultanément des informations provenant de diverses sources. L'attention soutenue est également impliquée dans le processus de maintien du plan jusqu'à son terme.

Les fonctions exécutives sont ainsi grandement impliquées dans la réalisation des activités cognitives de la vie quotidienne. Tout dysfonctionnement à ce niveau aura un impact considérable sur l'autonomie du sujet. Dans la MA, ces fonctions sont altérées dès les stades précoces (Perry et al, 2000). Les études de Roussel et al. (2009) objectivent la présence d'un déficit des processus inhibiteurs, de flexibilité mentale, de stratégie de recherche en mémoire et de coordination dans la maladie d'Alzheimer. Elles corroborent par ailleurs les données de Perry (2000) montrant que le déficit de coordination n'apparaîtrait qu'à un stade modéré du développement de la maladie contrairement au déficit d'inhibition qui serait présent dès le stade précoce. Selon une autre étude de Perry et Hodges (1999) citée par Bherer, Belleville, Hudon (2004), l'atteinte exécutive constitue l'une des manifestations cognitives les plus sévères observées dans la MA, justifiant ainsi le

retentissement considérable sur l'autonomie des patients au cours des activités de la vie quotidienne.

La perturbation des fonctions exécutives affecte par ailleurs le système mnésique et plus particulièrement la mémoire épisodique. Les fonctions exécutives joueraient un rôle dans les opérations d'encodage et de récupération. La mise en place de stratégies au moment de l'encodage et de la récupération sont des processus automatiques et non des processus contrôlés. Or, avec l'avancée en âge, les processus contrôlés deviennent déficitaires (Taconnat et Isingrini, 2008).

3.2 Troubles psycho-comportementaux

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une altération des fonctions cognitives (mnésiques, instrumentales et exécutives) à laquelle sont associés des troubles du comportement aussi dénommés symptômes neuropsychiatriques dans la mesure où ces symptômes sont directement reliés au processus pathologique de la MA. Les symptômes neuropsychiatriques sont effectivement définis comme des manifestations primaires d'un dysfonctionnement cérébral (Cummings et Mega, 2003). Ils surviennent spécifiquement à la suite d'une atteinte d'un système ou d'un circuit. Les troubles psycho-comportementaux observés chez les sujets déments ont deux origines. L'une est biologique: certains troubles sont les conséquences directes des lésions cérébrales selon deux éventualités: celles-ci siègent dans des régions sous-tendant la vie affective, ou celles-ci sont à l'origine de perturbations biochimiques. Les maladies neurodégénératives de type MA produisent à la fois des altérations structurales et chimiques, les troubles psycho-comportementaux sont ainsi influencés par l'un ou par l'autre de ces changements. L'autre origine est psychologique, les réactions seraient secondaires aux troubles provoqués par la démence, mais pourraient également faire suite aux modifications de comportement de l'entourage face aux troubles et aux difficultés de communication qu'ils entraînent. Les troubles seraient intrinsèquement liés à la personnalité du patient et à l'importance symbolique que ce dernier accorde aux fonctions déficitaires (Desruesné, 2005).

Les signes psycho-comportementaux, bien qu'ils ne figurent pas dans les critères diagnostiques couramment utilisés pour la MA, sont fréquents. En effet, plus de 80% des patients atteints de la MA présentent ces symptômes en dépit d'une grande variabilité individuelle (McKeith et Cumming, 2005). Un tiers des patients présentent des symptômes d'intensité sévère (Eustace et al., 2002). La fréquence tend généralement à augmenter avec la sévérité du déficit cognitif. Des pics peuvent toutefois survenir au cours de l'évolution (données ipubli.inserm.fr). Les troubles psycho-comportementaux apparaissent de manière précoce dans l'évolution de la maladie. Ils se

présentent comme une composante majeure, mais également comme la cause première de la souffrance du patient et de ses proches (Belin, Ergis, Moreaud, 2006). Il semble primordial de les considérer, car ils participent à l'accélération du déclin cognitif, à la perte d'autonomie, et favorisent l'institutionnalisation (données ipubli.inserm.fr).

Dans le contexte de la MA, Derouesné (2005, 2006b) décrit plusieurs types de manifestations psycho-comportementales.

3.2.1 Manifestations psychoaffectives

Il s'agit de manifestations de type apathie, c'est-à-dire un trouble de la motivation se caractérisant par une perte d'initiative, une perte d'intérêt et un émoussement émotionnel (Marin et al., 1991,1995). Ces symptômes ont souvent été regroupés à tort sous le cadre des symptômes dépressifs alors que l'apathie diffère de la dépression (Lévy et al., 1998) bien que les deux lignes symptomatiques puissent être associées (Robert et al., 2006a). La dépression, l'anxiété ou encore les perturbations émotionnelles sont également typiques des manifestations psycho-affectives.

3.2.2 Manifestations psychotiques

Les manifestations psychotiques surviennent majoritairement à un stade avancé de la maladie et sont généralement transitoires. Elles peuvent apparaître sous forme d'hallucinations ou d'idées délirantes, convoquant des thèmes comme la jalousie ou encore, l'abandon. Ces troubles psychotiques sont possiblement anxiogènes ou au contraire, apaisants.

3.2.3 Conscience des troubles

Il est relativement fréquent que les patients atteints de démence minimisent leurs difficultés cognitives, notamment les difficultés mnésiques souvent associés à l'avancée en âge. La méconnaissance des troubles (ou anosognosie) peut être partielle ou mener à une négation absolue des troubles.

3.2.4 Troubles du comportement moteur, sexuel

Dans le cadre de la MA, des comportements non agressifs peuvent être observés. C'est le cas des conduites stéréotypées ou répétitives, motivées par un dysfonctionnement frontal, mais aussi des déambulations et comportements de dépendance sociale. Il existe toutefois des comportements agressifs, voire dangereux pour le patient et son entourage. Ces comportements sont fréquemment observés dans les stades sévères de la MA. Dans la majorité des cas, ils se manifestent verbalement

ou physiquement lors d'accès de colère, ou au cours de situations de confrontation lors d'activités imposées (soins, toilettes, repas...)

Les troubles du comportement sexuel sont relativement fréquents. Ils peuvent apparaître sous deux aspects: l'indifférence sexuelle ou la désinhibition.

3.2.5 Troubles du sommeil et du comportement alimentaire

Les troubles du sommeil apparaissent sous forme de somnolence diurne ou nocturne

Les troubles alimentaires peuvent se manifester au cours de l'évolution de la maladie. Il s'agit bien souvent de gloutonnerie/boulimie. Toutefois, des difficultés relatives à la préparation du repas, mais aussi à des pathologies connexes du type dysphagie, une anorexie peut s'installer et entraîner un état de dénutrition alors signe d'un mauvais pronostic.

CHAPITRE 2 : LANGAGE, COMMUNICATION ET DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER

1. Langage et communication

1.1 Définitions

La communication est définie par l'échange verbal entre un sujet parlant et un interlocuteur, dont il sollicite l'écoute et/ou une réponse explicite ou implicite (selon le type d'énoncé). La communication est intersubjective. Sur le plan psycholinguistique, elle fait référence au processus au cours duquel la signification qu'un locuteur associe aux sons est la même que celle que l'auditeur associe à ces mêmes sons.

Le langage est décrit comme la capacité, spécifique à l'espèce humaine, de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux (ou langue) mettant en jeu une technique corporelle complexe et supposant l'existence d'une fonction symbolique et de centres corticaux génétiquement spécialisés. Ce système de signes vocaux utilisé par un groupe social (ou communauté linguistique) déterminé, constitue une langue singulière. Le langage est donc envisagé en tant qu'outil au service de la communication, et se dit de tout système de signes socialement codifiés (dictionnaire de linguistique). Selon le philosophe Vanderveken (1988), le langage transcende sa fonction purement utilitaire pour exercer une fonction médiatrice essentielle à l'expression des pensées.

1.2 Modèles théoriques

L'élaboration des premiers modèles théoriques est secondaire à une volonté de réduire les problèmes techniques de transmission télégraphique. Selon le modèle canonique et linéaire défendu par Shannon en 1948, la communication est modélisée par la transmission d'une information d'un émetteur à un récepteur via un canal (cf annexe n°1).

Pour ce modèle, la source d'information énonce un message que l'émetteur va décoder et transformer en signal, lequel sera acheminé par le canal, support physique de la transmission du message. Une fois décodé par le récepteur, le signal est transmis sous forme de message au destinataire.

R. Jakobson introduit quant à lui la notion de contexte (ou référent) saisissable par le destinataire et qui peut être verbal ou susceptible d'être verbalisé; mais également la notion de contact, canal physique et connexion psychologique entre le destinataire et le destinataire, contact qui leur permet d'établir ou de maintenir la communication. Ainsi, comme le souligne l'approche pragmatique, il est important d'étudier les relations du message à la situation d'énonciation, au contexte ainsi qu'aux interlocuteurs (cf annexe n°2).

F. de Saussure, enrichit le modèle de système de communication par ce qu'il dénomme « concepts » ou faits de conscience qui sont associés aux représentations de signes linguistiques ou images acoustiques servant à leur expression. En effet, selon F. de Saussure, un concept donné déclenche dans le cerveau une image acoustique correspondante (phénomène psychique); le cerveau transmet ensuite aux organes de la phonation une impulsion corrélative à l'image (processus physiologique); les ondes sonores se propagent alors de la bouche du locuteur à l'oreille du destinataire (processus physique). Enfin, le circuit se prolonge chez ce dernier, en ordre inverse, c'est-à-dire de l'oreille au cerveau, transmission physiologique de l'image acoustique. Une fois parvenue au cerveau, l'image est associée de manière psychique au concept correspondant (cf annexe n°3).

Il n'est toutefois pas rare que les messages transmis soient ambigus, qu'ils recrutent des mots polysémiques, des termes imprécis, des phrases incomplètes et références implicites d'où de nombreux malentendus (Dortier, 1997). C'est en ce sens que l'école de Palo Alto énonce le double aspect des communications. Elle dissocie d'une part le contenu (le lexique employé) de la relation qui s'exprime par le ton employé, les expressions et attitudes non verbales (Watzlawick, Helmick Beavin, Jackson, 1979).

Il serait par ailleurs préjudiciable d'omettre le sens étymologique du terme « communication » qui nourrit l'idée de relation à l'autre (com: avec). Dans cette perspective, le courant interactionniste délaisse l'idée d'un recruteur passif au profit d'un partenaire actif qui renvoie de manière constante des messages à l'émetteur afin que ce dernier s'adapte et envoie de nouveaux messages (Marc, Piquard, 2003 cités par Baylon et Mignot, 2006). C'est en ce contexte qu'une activité de coopération verbale est envisageable.

Enfin, comme le précisait Austin « dire c'est faire ». La communication comme tout autre comportement est un ensemble d'actes finalisés qui ne peuvent être envisagés indépendamment de leurs objectifs (Baylon, Mignot, 2006). La communication est intentionnelle. Ainsi, selon Austin,

l'énonciation est le fruit de trois activités complémentaires: l'acte locutoire (que dit-il ?), illocutoire (que fait-il ?) et perlocutoire (pour quoi faire ?).

2. Troubles du langage dans la MA: description clinique selon l'évolution

Les troubles du langage dans la MA sont caractérisés par leur hétérogénéité. Cette dernière se manifeste de multiples façons (Joanette, Kahlaoui, Champagne-Lavau, Ska, 2006). Les troubles phasiques ne sont pas nécessairement proportionnels aux troubles cognitifs. Par ailleurs, l'évaluation des troubles du langage demeure complexe dans la mesure où ceux-ci sont extrêmement variables dans le temps (Cardebat et al. 1995). Il existe également une grande variabilité individuelle selon l'évolution de la maladie.

Malgré une hétérogénéité patente des troubles du langage dans la MA, il existe certaines constantes sémiologiques quant à la caractérisation des troubles.

2.1 Les troubles du langage oral

Le premier stade de la maladie est bien souvent caractérisé par un trouble lexico-sémantique qui se traduit par un manque du mot ou anomie tandis que les aspects instrumentaux du langage sont préservés. En effet, il n'existe pas de troubles phonétiques, phonémiques ou syntaxiques et la compréhension est souvent préservée (Cardebat et al. 1995 cité par Griffard, Desgranges, Eustache, 2008). Le patient éprouve donc des difficultés à trouver le mot juste. Ces difficultés sont généralement mises en évidence au cours d'épreuves de dénomination et de fluence laissant percevoir un discours ponctué de circonlocutions, et de rares paraphasies verbales sémantiques (production d'un mot en substituant un autre, avec un lien de sens). Les fluences lexicales (production d'une série de mots à partir d'un domaine) sont appauvries et entachées d'intrusions (item ne respectant pas l'item d'évocation) (Joanette, Kahlaoui, Champagne-Lavau et Ska, 2006). Toutefois, il est intéressant de noter que la production orale spontanée reste fluente (Goldblum, 1995) et que les capacités de répétition sont également préservées. Ces perturbations se rapprochent du tableau d'aphasie anomique ou amnésique. A un stade plus avancé, les premiers symptômes décrits s'aggravent. Les troubles de la compréhension verbale deviennent perceptibles, le patient éprouve des difficultés dans la compréhension d'énoncés complexes recourant à des formes syntaxiques tels que les comparatifs, les relations causales. Le discours devient incohérent et ponctué de digressions, de néologismes et de nombreuses paraphasies sémantiques et formelles (lien de forme) (Giffard, Desgranges, Eustache, 2008). Il est également perturbé par de nombreuses persévérations idétiqes (manque de fluidité des idées) et palilalies (autorépétition involontaire et

imprévisible d'un mot ou de plusieurs mots émis précédemment) (Joannette, Kahlaoui, Champagne-Lavau et Ska, 2006). Les troubles lexico-sémantiques sont prégnants et contrastent avec une relative intégrité des capacités syntaxiques (Rousseau, 2008) et phonologiques, pouvant être liés à l'atteinte de la mémoire sémantique. A ce stade la répétition demeure préservée. Le tableau clinique devient similaire à celui de l'aphasie transcorticale sensorielle. A un stade sévère, l'ensemble des sphères linguistiques est altéré. Des perturbations notables se manifestent aux niveaux sémantique et morphosyntaxique. L'expression, constituée de paraphasies phonémiques, de persévérations et de néologismes, devient alors jargonnée. Le patient est alors palilaique, logoclonique (répétition d'une syllabe de manière spasmodique). Il se peut que les capacités résiduelles de répétition conduisent à des phénomènes d'écholalie. Certains automatismes verbaux (formules de politesse) persistent, mais ne sont toutefois pas utilisés de manière adéquate (Joannette, Kahlaoui, Champagne-Lavau et Ska, 2006). A contrario, certains patients peuvent être mutiques et d'autres peuvent élaborer un discours phonologiquement et syntaxiquement correct néanmoins dénué de sens (Jacob et Huff, 1992). Le tableau clinique est donc sensiblement similaire à celui de l'aphasie globale.

2.2. Les troubles du langage écrit

Les troubles du langage écrit apparaissent bien souvent en amont des troubles du langage oral (Eustache, Lambert 1996) et leur intensité serait corrélée à la sévérité de l'atteinte cognitive (Lambert et al., 2007). Des perturbations similaires au tableau clinique d'une dyslexie de surface sont soulignées au cours d'études sur la lecture de mots. Cette perturbation est imputée à une altération de la voie lexico-sémantique de la lecture, tandis que la voie phonologique demeure préservée. Les patients sont ainsi confrontés à des difficultés notables lors de la lecture de mots irréguliers. Aux premiers stades de la maladie, les patients montrent néanmoins des capacités préservées pour la lecture de mots irréguliers. Concernant la production écrite, les erreurs sont essentiellement phonologiquement plausibles lors de la dictée de mots irréguliers alors que l'orthographe des mots réguliers et des non-mots est préservée (Griffard, Desgranges, Eustache, 2008). Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les erreurs sont davantage non phonologiquement plausibles (« forme » pour « femme ») ce qui rend incompréhensibles les productions écrites du patient (Platel et al. 1993 cité par Rousseau, 2008). Ce type d'erreur caractérise un dysfonctionnement de la voie phonologique qui conduit à une agraphie phonologique. La lecture de mots irréguliers est fortement altérée, il s'agit alors de lecture « phonétique » sollicitant une médiation lexicale (Goldblum, 1995). La compréhension écrite est elle aussi grandement altérée. A un stade plus avancé, le patient écrit préférentiellement en majuscules d'imprimerie. En cas d'atteinte des patterns moteurs, des erreurs sur la formation des

lettres peuvent également être observées ce qui peut être lié à des troubles praxiques (Eustache, Lambert, 1996).

3. Troubles de la communication dans la MA: atteinte des aspects généraux et spécifiques du discours

Selon Apell, Kertesz et Fishmann (1982), Murdoch et Chenery (1987) cité par Rousseau (2009), le langage est toujours détérioré chez les patients MA, qui survivent jusqu'au degré moyen de sévérité de la démence. Mais les troubles du langage ne constituent pas nécessairement les premiers signes de la maladie (Berrewaerts, Hupet, Feyereisen, 2003). Il est vrai qu'il serait réducteur d'envisager le langage sans embrasser la dimension communicationnelle. En effet, au-delà d'un simple déficit du langage, les difficultés des patients atteints de DTA témoignent d'un réel trouble de la communication dans son ensemble (Rousseau, 2008). Par ailleurs, lorsque la communication entre le patient et son entourage n'est plus possible, la rupture de l'équilibre du système, familial en particulier, est proche. Elle se traduira, dans bien des cas, par un renoncement à communiquer des uns et des autres, qui risque, d'une part, d'ajouter des problèmes à une situation déjà complexe et, d'autre part, de précipiter l'évolution de la maladie (Rousseau 2009). Au cours de l'évolution de la maladie, les troubles de la communication s'aggravent et les modalités de communication se modifient. En effet, au début de la maladie, les patients présentent de très légères perturbations quant à la compréhension verbale et au traitement lexico-sémantique. Néanmoins, à ce stade, le patient parvient à pallier ses difficultés par la mise en place spontanée de stratégies de compensation. Il éprouvera par la suite des difficultés plus importantes lors de situations non habituelles, qui le mèneront progressivement à renoncer aux conversations (Cardebat, Aithamon et Quel, 1995). Enfin, bien souvent, lorsque l'atteinte est sévère, il n'existe plus aucun langage verbal ni aucune compréhension de la parole (Rousseau, 2009).

3.1 Les habilités discursives

Les habilités discursives sont définies par Joannette et al. (2006) comme étant « la capacité d'un individu à comprendre et exprimer une intention de communication, tout en respectant les règles de mise en forme des amalgames sémantiques qui dépassent le mot, ou les groupes de mots isolés ». Ces habilités discursives s'appuient sur de nombreux processus cognitifs (mnésique, linguistique et instrumental).

3.1.1 Efficacité de la communication: informativité

Berrewaert et al. (2003), rapporte que plusieurs études ont démontré que la communication des personnes atteintes par la MA est bien moins efficace que celle des sujets âgés sains. Cette efficacité moindre se traduit par une diminution du nombre d'unités d'information (pour un même nombre d'unités lexicales) en fonction du degré d'atteinte cognitive, au cours d'un discours de nature descriptive (Cardebat et al. 1995). Toujours selon Berrewaerts et al. (2003), ce défaut d'informativité est possiblement lié:

- A des difficultés de repérage d'éléments essentiels dans une image ou situation. En effet, Rousseau (1994, 1995) précise que les patients MA s'intéressent davantage aux détails aux éléments prégnants.
- A un manque de concision dans le discours. Les patients MA utilisent plus de mots que nécessaire au cours de tâches explicatives (Rousseau, 1994, 1995).

Notons par ailleurs que les patients ont tendance à personnaliser le discours. En ce sens, les commentaires personnels se substituent aux faits objectifs (Rousseau, 1994, 1995).

3.1.2 La cohérence du discours

La cohérence du discours dépend selon Berrewaerts et al. (2003), du maintien thématique. Selon Charolles (1978), la littérature distingue la cohérence locale (relation de proximité entre les énoncés juxtaposés) de la cohérence globale (continuité thématique entre la phrase et le sujet générale). Chez les patients MA, la cohérence globale est davantage altérée (Rousseau, 2009). Ainsi, les patients MA ont tendance à effectuer des changements de thèmes non cohérents sans annoncer ces changements (Garcia et al., 1994, cité par Joannette et al., 2006)

3.1.3 La cohésion du discours

Alors que les troubles de la cohérence désignent l'inadéquation du discours du patient, notamment par rapport à la situation et par rapport à l'interlocuteur, les troubles de la cohésion quant à eux, désignent principalement les troubles lexico-sémantiques. La cohésion du discours se mesure selon l'observation de l'utilisation de cinq outils linguistiques: la référence, l'ellipse, la substitution, la conjonction et la cohésion de type lexicale (Berrewaerts et al., 2003 cités par Rousseau, 2009). Il a ainsi été observé que les patients MA ont des difficultés à spécifier les référents requis lors de la conversation. Ces sujets produisent davantage de pronoms laissés sans référents clairs que les sujets sains et plus de pronoms que de noms.

3.1.4 La compétence narrative

D'après Joannette et al., 2006, un grand nombre d'études se sont intéressées aux productions du discours narratif et soulignent les difficultés qu'ont les patients MA à respecter le schéma narratif. En effet, les patients verbalisent peu d'actes cruciaux et effectuent de nombreuses intrusions de passages qui n'appartiennent pas à l'histoire cible (Cardebat et Joannette, 1994, cités par Berrewaerts et al., 2003). La connaissance de la trame narrative est également perturbée et le discours narratif du patient est ponctué de divers discours modalisateurs (Duong et al., 2003 cités par Joannette et al., 2006). Concernant la compréhension de récits, les patients MA présentent là aussi des difficultés à hiérarchiser les idées (principales et secondaires) et à comprendre les informations implicites. La compétence narrative a ainsi fait l'objet de travaux de Kemper et al., (1994) cités par Rousseau (2009). Cette étude souligne l'importance de l'aide dans les capacités de narration des patients MA. L'assistance de leur conjoint leur permet ainsi de fournir davantage d'informations et de ce fait un discours plus élaboré et complet. Les compétences narratives sont notamment requises dans une situation de communication telle l'échange d'informations (Rousseau, 2009).

3.2 Les habilités pragmatiques

Les habilités pragmatiques sont définies comme la capacité de l'individu à traiter - tant en compréhension qu'en expression - l'intention de communication en fonction du contexte précis dans lequel se trouve l'individu (Joannette, Kahlaoui, Champagne-Lavau et Ska, 2006). Associés aux déficits des habilités discursives, les troubles relatifs aux habilités pragmatiques viennent corroborer les difficultés de communication chez les patients atteints de DTA.

3.2.1 La gestion des tours de parole et des actes de langage

D'après Rousseau (2009), la maîtrise de l'alternance des tours de parole constitue l'un des piliers de la compétence conversationnelle et requiert également la capacité à initier, maintenir et mettre fin à une conversation. Nous noterons que les points de vue divergent quant à l'altération de ces habilités conversationnelles. En effet, selon les travaux de Berrewaerts et al., (2003) cités par Rousseau (2009), les patients, bien qu'à un stade avancé de la maladie, conservent l'alternance des tours de parole à condition de disposer d'un temps de réponse suffisamment long. En revanche, selon Causino Lamar, Obler et Knoefel (1994), cette capacité serait altérée. Concernant l'initiation, le maintien et la clôture, les auteurs s'accordent à dire que le patient DTA éprouve des difficultés à prendre la parole, à amorcer et à soutenir une conversation, et ce précocement dans l'évolution de la

maladie (Causino Lamar et al., 1994 cités par Berrewaerts et al., 2003). Par ailleurs, bien que la communication se réduise de manière préférentielle à une situation duelle dès le stade modéré, les patients DTA sont encore capables d'adaptation à toute autre situation de communication et peuvent entre autre, moduler leur discours en fonction de leur locuteur (Ramanathan-Abbott, 1994 cité par Berrewaerts et al., 2003). Quant aux actes de langage, ils se restreignent majoritairement à des requêtes au détriment d'actes de langage assertifs. En dépit de ces constats, les patients DTA demeurent en capacité, et ce, jusqu'au stade modéré de la maladie, d'exprimer bon nombre d'intentions au moyen d'actes de langages variés (Berrewaerts et al., 2003). Rousseau (1994, 1995) relève néanmoins des difficultés relatives à l'expression des besoins quotidiens.

3.2.2 Les procédures de réparation

Les procédures de réparation correspondent à la capacité de signaler des problèmes de communication afin de les corriger (Rousseau, 2009). Les corrections apportées par les patients Alzheimer diffèrent vis-à-vis de celles des sujets sains, ainsi, le pourcentage de phrases auto-corrigées augmente selon l'évolution de la maladie (Orange, Lubinski, Higginbotham, 1996). Toutefois, cette même étude rapporte que les dyades composées d'un MA et d'un partenaire sain sont encore capables de résoudre les problèmes de communication, il est ainsi nécessaire de noter que la responsabilité de la correction repose souvent sur le partenaire sain. En effet, une étude de Mc Namara et al., (1992) souligne que seul 24% des MA sont capables de corriger leurs erreurs de communication. En outre, les patients DTA apportent davantage de corrections inappropriées et utilisent une variété moindre de types de corrections (Watson, Chenery et Carter, 1999, cités par Berrewaerts et al. 2003).

3.2.3 Le traitement du langage non littéral

Les travaux de Papagno et al., (2003) cités par Joannette et al., (2006) relatent des difficultés relatives au traitement du langage non-littéral et plus particulièrement les expressions idiomatiques, chez les patients atteints de la MA. Ces difficultés résulteraient de l'impossibilité d'inhiber le sens littéral de ces expressions. D'autres auteurs justifient la présence de ce phénomène par un déficit de la théorie de l'esprit, c'est-à-dire de la capacité à attribuer à l'autre un état mental sous forme d'intention, d'une croyance ou encore d'un désir » (Happé, 2004 cité par Joannette et al. 2006). Tout trouble de décodage de ces intentions induit une incompréhension de ce type d'énoncé, de ce fait le patient MA éprouve des difficultés à comprendre l'ironie, les métaphores, ou encore les demandes indirectes.

3.3 Atteinte de la communication non-verbale

Bien souvent, alors que la communication verbale a disparu, la communication non-verbale perdure. Elle joue ainsi un rôle non négligeable dans le maintien de la communication chez les patients MA. Les travaux de Rousseau (2011b) indiquent que les patients dans le cadre de la MA, utilisent davantage d'actes non verbaux que les sujets contrôles. En revanche, Malécot (2002) avait auparavant mis en évidence une réduction quantitative significative au cours de l'évolution de la maladie, de tous les types d'actes non verbaux. Ainsi, il relève une atteinte des éléments suprasegmentaux du discours (débit, intonation, pauses). La communication gestuelle apparaît relativement préservée et efficace jusqu'à des stades relativement avancés (Rousseau 2009).

3.4 Les facteurs influents

Les travaux de Rousseau (2011) ont mis en évidence une série de facteurs influençant les capacités de communication, qu'il semble important de souligner, à savoir:

- Le degré d'atteinte cognitive: il s'agit du principal facteur influent, néanmoins, il ne peut justifier à lui seul l'hétérogénéité des capacités de communication
- Les facteurs individuels et psycho-sociaux: en effet les études montrent que plus le patient est âgé et moins les capacités de communication sont bonnes. Le niveau socio-culturel et le lieu de vie influencent également à un même degré d'atteinte cognitive, les capacités de communication. Toutefois, il semble nécessaire de considérer d'autres facteurs tels: la personnalité du patient, ses facultés d'adaptation à la pathologie et le vécu de celle-ci, mais aussi les capacités d'adaptation de l'entourage familial face aux changements, notamment quant aux capacités d'adaptation de la communication.
- Les facteurs cognitifs et linguistiques: le profil neuropsychologique a une influence sur les capacités de communication du patient. Rousseau (2011) relève de fortes corrélations entre des activités neuropsychologiques définies (verbales, organisatrices, mnésiques) et les capacités de communication.
- Les facteurs contextuels tels le sujet évoqué, la présence ou non d'un support iconographique, la situation de communication, les actes de langage de l'interlocuteur ainsi que son attitude impactent les capacités communicationnelles du patient DTA.

CHAPITRE 3: MALADIE D'ALZHEIMER ET MÉDIATION

ARTISTIQUE : QUELS ENJEUX ?

1. Art et neurosciences: les effets de l'art sur le cerveau

1.1 Réception de l'art: mécanismes neurophysiologiques

Portées par l'essor des neurosciences et par le développement des techniques de neuro-imagerie, ces dernières décennies ont vu émerger un intérêt croissant pour l'exploration des mécanismes cérébraux sollicités dans l'expérience artistique. La compréhension du phénomène de l'art est envisagée tel un défi majeur pour la recherche sur le cerveau (Segev et al., 2014) et témoigne d'une volonté accrue d'objectiver par la science, les systèmes qui sous-tendent la création et l'appréciation de l'art.

D'un point de vue anatomique, la réception d'une oeuvre d'art résulte d'un processus complexe de transformation de l'activité mécanique (perception par les organes sensoriels) en activité électrique (traitement des stimuli par des aires cérébrales distinctes). Cette dernière étape contribue, dans le cas du système visuel, à une analyse isolée de la couleur, de la forme, du mouvement. Enfin, la synthèse de ces éléments sera soumise à la conscience. (J.-P. Changeux, 2016). P. Lemaquis (2016) précise par ailleurs, que soumis à l'écoute musicale, notre cerveau se comporte comme si nous chantions ou dansions, et ce, avant même un accès à la conscience. De manière analogue, face au portrait de la Joconde, le cortex occipital s'active afin de se livrer au décodage de la vision, le système limbique du plaisir et de la récompense est également impliqué, tout comme le gyrus fusiforme, généralement sollicité à la vue d'une entité biologique. En d'autres termes, le cerveau agit comme s'il percevait Mona Lisa en tant que personne humaine, capable de lui parler et de lui sourire (P. Lemaquis, 2019). Par conséquent, ce processus inconscient recrute l'activation de nos neurones miroirs, système identifié par G. Rizzolatti au cours des années 1990. Ainsi, toute gestuelle ou comportement d'autrui induit chez le sujet qui perçoit, l'activation d'aires cérébrales associées. Les neurones miroirs nous permettent alors d'agir, d'apprendre par mimétisme ou encore d'éprouver de l'empathie (P. Lemaquis, 2019).

1.2. L'empathie esthétique

Dans son acception commune, l'empathie est envisagée telle une situation de participation singulière avec l'autre, dans laquelle le sujet s'identifie et éprouve les états mentaux d'autrui comme siens (S. Caliendo, 2004). Or, le phénomène d'empathie, décrit initialement par R. Vischer en 1873, caractérise la relation esthétique qu'un sujet peut entretenir avec un objet, une oeuvre d'art, le monde environnant (S. Caliendo, 1999). Ce concept serait alors intrinsèquement lié à la réflexion sur la façon dont le sujet est d'abord affecté par le visuel et les formes. L'empathie, non pas établie comme *sens commun*, revêt un caractère sensoriel et procède alors par une « sublimation mentale immédiate de l'excitation sensible », dans la mesure où la sensation externe se poursuit en une sensation interne. Une « émotion sensorielle directe », visuelle par exemple, engendre un effet second, une « émotion motrice indirecte » (R. Vischer, 1873, cité par S. Caliendo, 2004). L'empathie s'offre ainsi comme un concept du ressenti de l'intérieur: l'*Einfühlung*, phénomène qui nous éprouve et nous transcende. Par ce processus, la personne devient l'oeuvre d'art et l'oeuvre une personne (Merleau-Ponty cité par P. Lemarquis, 2019).

2. Art, émotion et stimulation cognitive

2.1. Bien-être esthétique: projection de l'être émotionnel

Si l'art nous permet l'empathie esthétique, ressenti de l'intérieur au sens premier de l'*Einfühlung*, il nous offre également la possibilité de recouvrer un bien-être émotionnel. En 2012, une équipe de chercheurs londoniens révèle l'implication de l'engagement émotionnel et motivationnel suscité par l'art, dans la stimulation de la sécrétion dopaminergique du circuit de la récompense. Cette étude démontre de manière irréfutable que l'art éveille nos émotions les plus profondes et les plus intimes. Selon P. Lemarquis (2019), l'art stimule l'Insula, le cerveau profond, siège du plaisir et de la récompense. Il précise alors que seules deux secondes sont nécessaires au rejet d'une oeuvre et quatre à son appréciation lorsqu'elle suscite notre intérêt. L'oeuvre est alors perçue comme véritable surface de projection de l'être émotionnel, laissée libre à l'appel des souvenirs conscients ou inconscients. En outre, Freud envisage l'art comme « un défouloir humain », qui sert d'exutoire. L'Art devient une représentation de la délivrance, outil nécessaire à l'évasion du réel afin de goûter aux rêves d'Autrui. L'oeuvre d'art est une création humaine, un artefact, d'emblée hors nature en ce sens où elle se doit d'être une construction du cerveau des Hommes. Cette construction distingue une réalité ordinaire de l'objet de contemplation singulier

qu'est l'oeuvre d'art (J.-P. Changeux, 2017). Selon P. Lemarquis, l'art s'offre davantage comme une ouverture au monde, l'art « caresse le cerveau et le sculpte », il est doté de ce pouvoir ambivalent d'introspection et de décentration de l'individu. Chez les Indiens de Navajo, l'art est décrit comme une entité suprême qui transcende les domaines de la médecine et la philosophie. Ainsi, selon V. Lefebvre (2006, p8) « [...] l'art sauve du néant, l'art médiate une force et une émotion toujours vivante ». L'art, par sa dimension symbolique, n'apparaît pas comme une simple figuration, mais comme une figuration qui nous émeut et nous motive.

2.2 Effet de l'émotion sur la mémorisation

Les effets de l'émotion sur la mémorisation ont fait l'objet de nombreuses études. Chez les sujets sains, les effets positifs des valences affectives associées aux informations sur la mémorisation, la conservation et la récupération de matériel verbal ont été mis en évidence notamment par Barlett et Santrock (1983), cités par Rousseau (2011). Selon ces auteurs, la valeur émotionnelle du souvenir ouvrirait le rôle d'indice de récupération. Les propositions descriptives seraient moins bien rappelées que les propositions narratives pour un texte connoté émotionnellement. Par ailleurs, chez des sujets présentant des troubles mnésiques d'origines diverses, l'effet positif de la connotation affective des mots a été montré par Syssau et Brouillet (1996), et celle des images par Hamann et al., (1997) concernant notamment les performances de rappel libre, indicé et de reconnaissance. Chez les patients atteints de DTA, les effets demeurent contradictoires: les événements de la vie quotidienne seraient mieux retenus, ainsi que des récits positifs et négatifs versus neutres. En revanche, aucun effet sur la reconnaissance d'images (Kensinger et al. 2002; Boller et al. 2002; Mori et al. 1999; cités par Rousseau 2011). En outre, la mémoire émotionnelle implicite et l'intelligence affective sont préservées: selon Ploton (2007) le MA conserve une sensibilité au climat affectif et relationnel. La personne est alors capable d'expression dans ces registres.

2.3 Effet de l'émotion sur la communication

Si l'émotion favorise l'amélioration de l'ancrage mnésique, elle contribue également à l'amélioration des capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Gobe, Grivaud, Martin, Rousseau, 2003; Rousseau 2011a). En dépit des difficultés langagières, un échange qui génère de l'émotion incite le patient MA à s'exprimer davantage et semble atténuer ses difficultés de communication. Des études ont démontré l'influence de l'émotion ou des sentiments

sur la communication des patients MA selon différents facteurs: thèmes de discussion, situation de communication, lieu de vie, interlocuteur. Les résultats de ces études montrent l'influence majeure de l'émotion sur les capacités de communication. Il apparaît qu'un contexte d'échanges qui fait appel aux sentiments et génère de l'émotion chez le patient, l'incite davantage à s'exprimer (Rousseau, 2011).

En ce sens, l'art considéré comme vecteur d'émotion s'offre comme un véritable outil de remédiation. Par ailleurs, la subjectivité liée à l'art permet une lecture plurielle de l'oeuvre, ce qui participe sans doute à l'élan communicationnel. L'image suscite en nous une émotion authentique et l'envie de la partager avec autrui. L'art permet ainsi d'être à l'écoute de la singularité des points de vue et ressentis, consécutifs à l'appréciation ou au rejet d'une oeuvre. C'est en cela qu'il sera possible de reconnaître la parole d'autrui, ses capacités de jugement et de ce fait, son existence et son appartenance au groupe social.

3. Patient: de l'humain déchu au sujet reconnu

1.1 Penser la parole du sujet dément

En dépit de toutes les difficultés cognitives évoquées précédemment, le patient Alzheimer demeure tout au long de l'évolution de la maladie un être communicant (Rousseau, 2011b) que nous nous devons de réhabiliter comme tel (Maisondieu, 1995). Bien souvent, la démence est stigmatisée comme une perte irréversible du parler et du penser, et son tableau clinique présenté comme celui d'une déchéance générale, où les troubles du langage associés à ceux du jugement, confortent l'impression que le dément est non seulement incompréhensible, incohérent, mais vide (Grosclaude, 2003). En effet, par la disqualification de sa parole, le dément n'est pas toujours reconnu comme ayant une parole digne d'intérêt, une parole ayant du sens (Strubel et al., 2007). Toutefois, la représentation du patient dépendant, dépourvu de parole, et de ce fait de pensée, tend à disparaître. Ainsi, certains auteurs nous proposent de repenser la démence au profit d'une vision davantage « humaniste » qui laisse apparaître l'individu en tant qu'être singulier. Penser la parole du dément, c'est affirmer que dans et malgré la démence, le Sujet demeure quelque part, quoi qu'il arrive, en l'état (Grosclaude, 2003). Tout acte langagier et comportemental est alors à envisager comme manifestation de sa parole (bien qu'elle nous apparaisse sous une forme inhabituelle). Selon Strubel et al. (2007), leur restituer la parole revient à leur redonner une place de sujet, à condition de les écouter et de faire l'effort de les comprendre: les malades déments nous parlent, pour peu

qu'il existe quelqu'un susceptible de prendre le temps nécessaire à les écouter (Demoures, 2006). Ces conditions réunies, la communication est source de plaisir chez le patient dément qui sait ce que parler veut dire, car comme tout sujet, il « (re)connaît la parole » (Grosclaude, 2003).

1.2 L'identité face aux troubles

Alors que l'individu vient au monde avec un potentiel identitaire inné qui cherche à se développer tout au long de sa vie en fonction de ses environnements, le sujet vieillissant atteint de démence s'inscrit quant à lui dans une dynamique de pertes et de ruptures profondes. Ainsi, le sentiment d'identité personnelle trouvant son fondement dans les premières relations affectives de l'enfance, permet de se reconnaître et de se faire reconnaître par autrui (Tap et Vinay, 2000 cités par Vinay et al. 2016). En ce sens, Gil, Fargeau et Jaafari (2011) définissent l'identité humaine telle « l'ensemble des données historiques, comportementales, cognitives, émotionnelles et sociales qui fondent la singularité de chaque être humain ». Lalive d'Epinay (2009) précise que l'identité individuelle renvoie au principe de permanence malgré les changements: « Je change tout au long de ma vie, je ne suis plus celui que j'étais et pourtant, je suis toujours le même ». Cette vision postule de ce fait la permanence de l'existence du sujet dément. L'apprivoisement et la connaissance de son corps engendrent un sentiment de « mêmeté d'être » qui constitue une des dimensions de l'identité. La personne évolue donc dans un continuum de conscience sous-tendu par le développement de la mémoire (Damasio, 1999; Eustache, 2013, cités par Vinay et al. 2016). Cette « conscience mémoire » accompagne le sujet tout au long de son existence, il se régule ainsi selon une temporalité définie par un avant, un présent un après, et qui lui est propre (Vinay et al. 2016). La mémoire autobiographique inscrit le sujet dans un continuum identitaire, ce dernier est donc capable de « reconnaître ses pensées et ses actions comme siennes et comme passées » (Gil, Fargeau et Jaafari, 2011); La mémoire détient ainsi une place primordiale dans la construction identitaire du sujet car elle « appartient à un individu, c'est une désignation propre au sujet, un espace pour constituer son identité » (Haddam, 2008). Par ailleurs, les troubles du langage constituent un frein supplémentaire à la mise en oeuvre de l'identité narrative. Enfin, l'altérité est également constitutive du sentiment d'identité (Winnicott, 1975b). En effet, « c'est en nous adressant à autrui que nous lui reconnaissons sa propre capacité à s'auto-désigner, nous permettant de nous reconnaître à notre tour comme autre que lui » (Vinay et al. 2016). Selon Maisondieu (2011), l'enjeu est de reconnaître la personne comme semblable et non comme un être humain déchu, réduit à son cerveau malade (Maisondieu, 2011). Le dément trouve son image repoussante, il

est anéanti par le dégoût qu'il inspire et qu'il s'inspire. Son corps vieillissant, ses troubles mnésiques et langagiers, le diagnostic qu'on lui assène et qui le définit désormais, le fardeau qu'il va bientôt devenir pour ses proches le plongent dans un profond rejet de lui-même (Maisondieu, 1995). Reconnaître le dément comme une personne singulière, stimuler son identité, lui offrir une place de Sujet communicant sont les clés pour « réintroduire dans le champ des échanges et du langage le semblable exilé dans sa démence » (ibid).

PARTIE 2 :

PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES

1. Rappel de la problématique

Les données issues de la littérature nous ont permis de mettre en évidence les points suivants :

- Au-delà de l'atteinte mnésique, langagière et communicationnelle, la maladie d'Alzheimer inscrit le sujet dans une dynamique de pertes et de ruptures qui le plonge dans un profond rejet de lui-même.
- Il existe un intérêt grandissant quant à l'implication de l'art dans les processus de stimulation et de réhabilitation cognitive.
- Il est nécessaire de repenser la parole du sujet dément au profit de la considération de la singularité de son être.

Ainsi, nous nous sommes questionnés sur la pertinence de **l'utilisation de supports artistiques, au regard d'un matériel neutre, en vue d'un maintien de la continuité identitaire et d'une optimisation des capacités communicationnelles du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs, dans un contexte de maladie d'Alzheimer.**

2. Hypothèses

A la lumière des données de la littérature, énoncées précédemment, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse principale :

L'utilisation de supports artistiques, au regard de supports neutres, favorise la communication du sujet atteint.

Sous-hypothèse 1 :

L'utilisation de supports, envisagés comme catalyseurs d'émotions, favorise l'élan communicationnel, ceci se manifestant par la production accrue d'actes de langage.

Sous-hypothèse 2 :

L'utilisation de supports artistiques, envisagés comme catalyseurs d'émotions, atténue les difficultés de communication du sujet atteint qui produit alors davantage d'actes de langage adéquats.

Sous-hypothèse 3 :

L'utilisation de supports artistiques, envisagés comme catalyseurs d'émotions, favorise l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs chez les patients atteints.

3. Méthode

3.1 Type d'étude

Ce travail de recherche a pour vocation de s'intéresser à la communication du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs, dans un contexte de maladie d'Alzheimer, par l'intermédiaire d'une étude quantitative et qualitative des actes de langage. Cette étude a pour but de déterminer l'influence du support artistique sur les capacités de communication du sujet, et ce, dans une optique thérapeutique. L'étude visera par ailleurs, à déterminer quels types d'actes de langage sont préservés mais aussi quels thèmes et situations soumises par l'oeuvre d'art, favorisent la communication.

Cette démarche analytique s'appuie sur des entretiens semi-dirigés réalisés auprès d'une patiente dont le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé.

3.2 Lieu de l'étude et population

L'étude de cas unique s'est déroulée dans un service de l'EHPAD Sainte Thérèse de Ludres, auprès d'une patiente francophone, faisant l'objet d'une prise en soin orthophonique hebdomadaire (depuis mars 2016), dans un contexte de maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2015.

3.3 Choix du patient

3.3.1 Critères d'inclusion

- Diagnostic de la MA posé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2011).
- Obtention d'un score minimal de 6/30 au MoCA (Montreal Cognitive Assessment), datant de moins de 3 mois
- Patient dont la communication est un minimum verbale, car l'analyse des actes de langage nous y contraint
- Patient dont la langue maternelle est le français ou vivant dans un pays francophone depuis au moins 20 ans
- Participation consentie
- Niveau socio-culturel non spécifique

3.3.2 Critères d'exclusion

- Antécédents neurologiques ou pathologie neurologique associée
- Antécédents ou pathologie psychiatriques associés
- Trouble(s) sensoriel(s) auditif et ou visuel non corrigé(s), en cas de déficience visuelle et ou auditive, le sujet doit bénéficier d'une correction adaptée et efficace
- Toute personne amatrice d'art et témoignant un attrait prononcé pour les arts visuels

3.4 La patiente : Madame B.

Le choix de l'étude s'est porté sur Madame B., actuellement âgée de 88 ans. Elle a exercé plusieurs professions dans la couture et la lingerie après l'obtention de son brevet. En retraite depuis ses 60 ans, elle aime la gymnastique et les jeux de société. Elle regarde les divertissements et informations télévisés. Elle apprécie particulièrement la musique, la nature, la lecture, le crochet et la couture. Madame B. a vécu la seconde guerre mondiale et en a des souvenirs très marquants. Sur le plan du comportement, Madame B. est une femme très sociable, sa fille la décrit comme étant très gentille, un peu timide, manquant d'assurance et qui exprime peu ses émotions. Madame B. est relativement consciente de ses difficultés, et se plaint essentiellement de troubles mnésiques.

3.4.1 Bilans de dépistage et évaluation diagnostique

La passation de la MoCA révèle un score de 6/30 en janvier 2020, identique aux résultats obtenus en novembre 2018. L'outil révèle une atteinte des fonctions visuo-spatiales et mnésiques, de la fluence, de l'attention et de l'orientation temporo-spatiale.

La passation du DTLA (Dépistage des Troubles du Langage chez l'Adulte et la personne âgée) et du GREMOTS (Evaluation du langage dans les pathologies neurodégénératives) révèle que Madame B. présente des troubles cognitifs, relativement sévères et dont elle semble de moins en moins consciente, à savoir :

- Des capacités mnésiques déficientes avec une amélioration modérée par l'indiciage
- Une désorientation temporo-spatiale
- Une atteinte des praxies visuo-constructives
- Une atteinte des fonctions exécutives et visuo-spatiales
- Une atteinte légère à modérée du langage, notamment sur le plan de l'accès au lexique (son langage spontané est entaché d'un manque du mot modéré (avec paraphasies sémantiques, phonémiques et conduites d'approche), et de la compréhension (avec un effet de longueur et de complexité)

- Une atteinte du raisonnement et du calcul

Toutefois, madame B. se montre adaptée à l'interlocuteur. L'informativité reste par ailleurs correcte. La prosodie et l'intelligibilité sont préservées. D'un point de vue pragmatique, elle peut parfois produire des digressions, mais aussi recourir à la communication non-verbale et à des stratégies de récupération de façon efficace. Néanmoins, son attention est désormais plus fragile.

3.5 Outil de recherche

3.5.1 La technique de l'entretien

Afin de répondre aux objectifs précédemment énoncés, notre choix s'est porté sur la technique de l'entretien définie par Pourpart et al., comme « un moyen propre à engager une personne à dire ce qu'elle pense, à décrire ce qu'elle a vécu ou ce qu'elle vit » (1997, p185). En effet, d'après C. Leclerc (2003), les discours induits par la technique de l'entretien s'inscrivent dans deux registres : l'un dit référentiel, qui correspond à un état descriptif et qui rend compte des faits, l'autre dit modal, registre de la croyance, qui correspond quant à lui aux conceptions, aux raisonnements, et subjectivités de la personne. L'entretien nous paraît ainsi particulièrement pertinent dans l'analyse fine et rigoureuse des aspects qualitatifs, et non plus uniquement quantitatifs, du langage.

3.5.2 Intérêt de l'entretien semi-directif

Afin de mener à bien cette étude, il nous semblait primordial de proposer à la patiente une situation de communication qui se voulait la plus écologique possible. Ainsi, l'entretien semi-directif s'offrait comme l'outil privilégié de l'étude des interactions et de la dynamique conversationnelle, tout en maîtrisant néanmoins certaines variables de l'environnement, à savoir : l'interlocuteur, le thème de discussion, le support visuel et le contexte énonciatif proposé par l'examineur.

L'entretien semi-directif implique par ailleurs, la libre expression du sujet et lui offre ainsi la possibilité de développer ses propres points de vue et interprétations, afin d'orienter son propos sans être contraint de le réduire à des choix proposés. Ce qui nous semble primordial au vu de notre éclairage théorique quant à la considération de la parole du sujet dément. L'entretien se construit ainsi comme un véritable temps d'échange, mais aussi comme un temps d'écoute.

Nous avons ainsi envisagé un protocole de 10 entretiens semi-dirigés pour lesquels aucun guide d'entretien n'a été conçu en amont. Nous avons toutefois été particulièrement sensibles aux sujets abordés par la patiente, ce qui nous a permis l'élaboration d'une grille thématique.

3.5.3 Critères de validité de l'entretien semi_directif

Concernant notre méthodologie de recherche, A. Mucchielli (1991) définit les critères de validation des méthodes qualitatives comme suit :

- L'acceptation interne : « l'interviewé » accepte l'entretien, ses modalités, ses thèmes. Ainsi, l'enquêteur doit présenter et exposer précisément l'objet de sa recherche en amont.
- La complétude : l'objet de la recherche doit constituer un « ensemble cohérent qui a par lui-même un sens et qui permet une compréhension globale du phénomène » (A Mucchielli, 1991, p113).
- La cohérence interne : l'analyse doit conduire à une démonstration précise et pertinente des relations entretenues entre les différentes données.
- La confirmation externe : les résultats obtenus doivent être confirmés et acceptés par les pairs.

3.5.4 Réalisation des entretiens

Nous avons élaboré un protocole de 10 entretiens semi-dirigés, réalisés du 29.01.2020 au 04.03.2020 à raison de deux fois par semaine. La famille et la patiente ont été informées de la démarche par une lettre explicative (cf annexe n°4), précisant les objectifs de l'étude et modalités de passation du protocole. Les entretiens ont été réalisés en présence de l'orthophoniste. Par ailleurs, conformément aux lois existantes concernant la protection des données, aucune donnée sensible (de type nom, prénom) n'a été collectée aux cours des divers entretiens.

Ainsi, les entretiens se sont déroulés selon le calendrier suivant:

Numéro de l'entretien	Date	Numéro de l'entretien	Date
1	29/01/20	6	14/02/20
2	31/01/20	7	19/02/20
3	05/02/20	8	21/02/20
4	07/02/20	9	28/02/20
5	12/02/20	10	04/03/20

Tableau 1 : Calendrier des entretiens.

Les entretiens, dont le numéro est impair, concernent les entretiens autour d'un support artistique, en revanche, ceux dont le numéro est pair, concernent les entretiens menés autour d'un support neutre.

La durée des entretiens était variable, nous disposions toutefois de 45 minutes pour chacun d'entre eux. Il est important de souligner que des contingences, notamment liées à la vie

institutionnelle, pouvaient impacter l'organisation de l'entretien (réalisation de soins, activités de la patiente, appels téléphoniques...).

Particulièrement désireux d'accorder un cadre et des repères sécurisants à la patiente, chaque entretien suivait le même déroulement à savoir : présentation des supports visuels, reformulation de la « consigne » qui était de sélectionner une des 5 images présentées et dont elle voudrait parler. Un temps d'observation était systématiquement laissé à la patiente. En cas de difficultés liées à la compréhension de la consigne ou à l'ébauche du discours, une amorce, prenant généralement la forme d'une demande de justification du choix de l'image, pouvait être proposée à la patiente.

3.6 Elaboration du corpus

3.6.1 Choix des thèmes

Les dix entretiens proposés à la patiente ont été construits autour de trois thèmes : « portraits de femme », « musique », « scènes de la vie publique ». Ces thèmes généraux ont été pensés à partir d'un matériel existant, qui s'inscrit d'ores et déjà dans une pratique orthophonique. Il nous semblait pertinent d'envisager ce travail par l'intermédiaire, d'une part, de portraits permettant ainsi le jugement esthétique, mais aussi la lecture des émotions ; d'autre part, de la musique, thème universel et éventuel point de départ d'un réseau de réminiscences sensorielles; et enfin, de scènes de la vie publique (bals, promenades, marchés...) nécessitant une lecture plus fine de l'image, en ce sens où elle présente tout un ensemble de personnages. Chaque image, du sous-corpus « artistique » ou « neutre » appartient ainsi à ces thèmes.

3.6.2 Constitution du corpus d'oeuvres picturales

Les oeuvres picturales utilisées dans cette étude sont issues d'un coffret « Les géants de la peinture » Nardini Editore (1991), regroupant sous forme de fiches, les productions des plus grands peintres. Ces fiches ne seront pas employées pour leur contenu pédagogique, mais pour la qualité d'image qu'elles nous offrent. L'intégralité des oeuvres est par ailleurs visible sur une plateforme de stockage en ligne (cf annexe n°9).

Lors de la constitution de ce corpus artistique, l'enjeu était de sélectionner 25 oeuvres jugées pertinentes selon les critères suivants :

- Appartenance à l'une des thématiques énoncées précédemment
- Appartenance à différents mouvements artistiques

- Variété des choix chromatiques
- Diversité des émotions suggérées

Nous noterons que la popularité de l'oeuvre n'a pas été un critère retenu comme pertinent, dans la mesure où, le niveau socio-culturel de la personne n'a pas été considéré pour cette étude.

3.6.3 Constitution du corpus comparatif

De manière analogue, un corpus dit « neutre » a été constitué à valeur contrôle. Il présente ainsi, un ensemble de 25 photographies, issues de banques d'images libres de droits, accessibles en ligne. L'intégralité de ce corpus est également visible sur une plateforme de stockage en ligne (cf annexe n°9).

Au même titre, l'enjeu était de sélectionner des photographies selon les critères suivants :

- Appartenance à l'une des thématiques précédemment énoncées
- Diversité des prises de vue
- Variété des choix chromatiques
- Diversité des émotions suggérées
- Photographie excluant toute visée artistique

Ce corpus devait par ailleurs s'offrir comme le « pendant » du corpus artistique. En ce sens, chaque photographie devait répondre à une oeuvre d'art, c'est-à-dire, présenter une similarité de contenu et des choix chromatiques, relativement proches. L'intégralité des oeuvres fonctionnant ainsi par paire, et ce, afin que la comparaison soit la plus juste et la plus pertinente possible.

3.7 Traitement des données

3.7.1 Mode de recueil des données

Le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire d'un dictaphone. L'intérêt des enregistrements audio a été annoncé en amont à la patiente ainsi qu'à sa responsable juridique. A l'issue de chaque entretien, l'intégralité des échanges a été écoutée et retranscrite de manière exhaustive, et ce afin de livrer une exploitation pertinente des données, ces entretiens constituant la matière première de notre étude. Les actes non-verbaux ont été notés par ailleurs. Une attention particulière a également été accordée au respect de l'anonymat.

3.7.2 Méthode d'exploration des données

L'exploration des données fut réalisée par l'intermédiaire de l'outil d'analyse créé par T. Rousseau à savoir **l'analyse des capacités de communication** de la GECCO (2016). Cette analyse

consiste en un examen précis de la communication du sujet, afin de déterminer comment communique le patient, et plus particulièrement :

- Quels actes sont préférentiellement utilisés ?
- Sont-ils adéquats ?
- Quelle est la raison de l'inadéquation ?
- Quels thèmes de discussion sont privilégiés et motivent la conversation ?

La méthode d'analyse des actes de langage permet quant à elle, la classification des actes adéquats et inadéquats selon les critères de cohésion lexicale, grammaticale, présence de feed-back, cohérence en terme de continuité et de progression thématique, de relation et de contradiction. Une attention particulière est par ailleurs démontrée à l'égard des initiations, des allusions faites au vécu, à l'évocation d'événements de vie, ainsi qu'aux associations d'idées.

3.8 Précautions méthodologiques

Afin de prévenir les éventuels biais méthodologiques, il est primordial de considérer l'ensemble des variables inhérentes au sujet, à sa pathologie, et qui ne cesseront d'interférer. La vie institutionnelle implique également des contingences pratiques qui échappent à notre volonté, à savoir:

- L'intervention du personnel médical et paramédical
- Les bruits parasites (passage dans les couloirs, voix, alarmes) qui rendent certains passages inaudibles

Par ailleurs, l'analyse des actes de langage (en ce qui concerne notamment l'adéquation et la qualification) demeure subjective et peut ainsi donner lieu à un défaut d'interprétation.

Enfin, nous ne pourrions extraire de généralités quant aux résultats obtenus, dans la mesure où l'étude est menée auprès d'un patient unique.

PARTIE 3 :

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

1. Analyse quantitative de la communication

A partir des grilles générées par la GECCO de T. Rousseau (2016), nous avons effectué l'analyse des productions de la patiente selon le support présenté. Nous nommerons « corpus art » l'ensemble des oeuvres picturales présentées à la patiente (entretiens au numéro impair) et « corpus neutre » constitué des photographies présentées à valeur contrôle (entretiens au numéro pair).

1.1 Nombre total d'actes de langage produits en fonction du corpus présenté

Nombre total d'actes de langage produits sur le corpus <i>art</i>	Nombre total d'actes de langage produits sur le corpus <i>neutre</i>	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage entre le corpus art et le corpus neutre
818	436	+ 88 %

Tableau 2 : Nombre total d'actes de langage produits par la patiente en fonction du corpus proposé.

Les résultats présentés ci-dessus, mettent en évidence une augmentation de 88 % du nombre d'actes de langage produits par la patiente autour du corpus *art*. Cette observation quant à la variation du nombre d'actes de langage produits, s'offre comme le signe d'une volonté accrue de communiquer autour du support artistique.

1.2 Nombre total d'actes de langage produits en fonction du thème proposé

Thème	Corpus <i>art</i>		Corpus <i>neutre</i>	
	Intitulé	Nombre total d'actes de langage	Intitulé	Nombre total d'actes de langage
Portraits de femmes	Entretien 1 : <i>La naissance de Vénus</i> , A. Botticelli	163	Entretien 2 : La couturière	40
	Entretien 3 : <i>La Joconde</i> , L. de Vinci	151	Entretien 4 : Jeune femme	55
Musique	Entretien 5 : <i>Jeunes filles au piano</i> , A. Renoir	192	Entretien 6 : Leçon de piano	113
	Entretien 7 : <i>Les jeunes musiciens</i> , A. Le Nain	172	Entretien 8 : Enfants musiciens	135
Scènes de la vie publique	Entretien 9 : <i>Bal du moulin de la Galette</i> , A. Renoir	140	Entretien 10 : La farandole	93

Tableau 3 : Nombre total d'actes de langage produits par la patiente en fonction du thème et du corpus proposé.

Thème	Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage entre le corpus <i>art</i> et le corpus <i>neutre</i>
Portraits de femmes	307%
	174%
Musique	69%
	27%
Scènes de la vie publique	50%

Tableau 4 : Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage produits entre le corpus art et le corpus neutre.

A la lecture des résultats précédemment annoncés, nous observons que, indifféremment du corpus proposé, la patiente a produit davantage d'actes de langage autour du thème « musique » et semblait particulièrement sensible aux images représentant des enfants musiciens.

Il est par ailleurs pertinent de relever que le pourcentage de variation du nombre d'actes de langage entre les deux corpus est plus faible lorsqu'il s'agit de deux images présentant des éléments similaires, et plus élevé si les éléments présents diffèrent malgré le thème commun. Ainsi, pour deux supports à valeur sensiblement égale quant au contenu (thématique, situation, composition de l'image) et dont le thème semble investi affectivement, l'augmentation du nombre d'énoncés produits autour du corpus *art*, s'exprime en faveur d'une pertinence du support artistique.

1.3 Analyse de la durée des entretiens

Durée moyenne en minutes secondes des entretiens autour du corpus <i>art</i>	Durée moyenne en minutes secondes des entretiens autour du corpus <i>neutre</i>
17:06	10:49

Tableau 5 : Durée des entretiens avec la patiente en fonction du corpus présenté.

Le tableau ci-dessus montre une augmentation importante du temps d'échange autour du corpus *art*. Ces résultats sont à mettre en corrélation avec un nombre d'actes de langage accru au cours des entretiens sur la peinture. Il est également primordial de souligner la difficulté de la patiente à mettre un terme à l'échange lorsqu'un support du corpus *art* lui était présenté. Ainsi, non contrainte par des aspects purement pratiques, il est fort probable que la durée moyenne des entretiens du corpus artistique augmente de façon significative.

2. Analyse qualitative de la communication

2.1 Analyse de l'adéquation des actes de langage produits

Pourcentage d'adéquation des actes de langage autour du corpus <i>art</i>	Pourcentage d'adéquation des actes de langage autour du corpus <i>neutre</i>	Différence du taux d'adéquation des actes de langage entre les deux corpus
81,9 %	82,3 %	0,4 %

Tableau 6 : Pourcentage d'adéquation des actes de langage produits par la patiente en fonction du corpus proposé

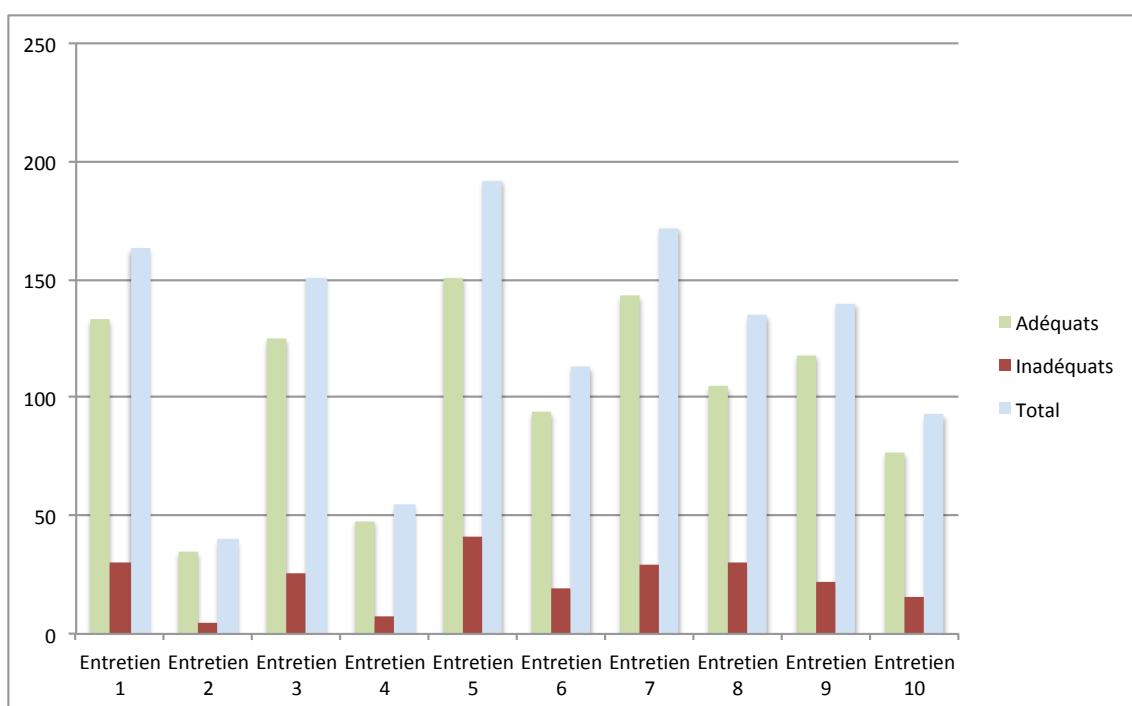


Diagramme 1 : Nombre d'actes de langage adéquats et inadéquats

Les résultats présentés ci-dessus révèlent un taux d'adéquation légèrement supérieur en ce qui concerne les actes de langage produits par la patiente autour du corpus neutre. Indépendamment du support proposé, la discontinuité thématique affecte particulièrement la cohérence du discours et apparaît comme la cause principale d'inadéquation. Le faible taux de variation observé ne permet pas de démontrer de façon significative que le corpus artistique influence la qualité de la communication.

2.2 Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication

Nombre d'actes de langage verbaux		Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage verbaux entre le corpus <i>art</i> et le corpus <i>neutre</i>
Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>	
669	366	83%

Nombre d'actes de langage non verbaux		Pourcentage de variation du nombre d'actes de langage non verbaux entre le corpus <i>art</i> et le corpus <i>neutre</i>
Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>	
149	70	113%

Tableau 7 : Nombre total d'actes verbaux et non verbaux en fonction du corpus proposé.

Pourcentage d'actes de langage verbaux	
Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
82%	84%

Pourcentage d'actes de langage non verbaux	
Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
18%	16%

Tableau 8 : Répartition des actes de langage verbaux et non-verbaux dans la communication selon le corpus proposé.

Les résultats présentés ci-dessus révèlent une augmentation du nombre d'actes de langage verbaux et non-verbaux au cours des entretiens relatifs au corpus *art*. Toutefois, si la proportion d'actes verbaux est sensiblement équivalente pour les deux corpus, une légère tendance se profile en ce qui concerne les actes non-verbaux. En effet, nous constatons une augmentation du taux d'actes non-verbaux produits autour du support artistique.

Au-delà des aspects numériques, la différence notoire concerne la nature des actes non-verbaux. Indépendamment du corpus employé, il est fréquent que la patiente recourt au pointage afin de désigner les éléments supportés par le discours : « là les cheveux, beaucoup de cheveux ! [désigne les cheveux de la jeune femme] » (*cf entretien n°5*). Ces indications gestuelles permettent également d'accompagner un changement thématique : « parce que c'est grand là, le rideau, là. Elle aussi [désigne la petite fille] » (*cf entretien n°6*). Outre cette fonction de désignation, le geste à fonction référentielle ponctue les entretiens des deux corpus proposés. De ce fait, le geste

se dote d'une fonction illustratrice lorsqu'il accompagne ou remplace le discours verbal : « il est plus petit au moins de ça » [représente la mesure avec ses doigts] (*cf entretien n°4*).

Outre ces aspects purement référentiels dont la valeur est de préciser le discours, nous observons une nette augmentation des actes non-verbaux de type *rires* : « là, c'est autre chose eux ! [rires] ils se tiennent mais...[rires] » (*cf entretien n°9*). Il se peut que ces rires ne soient pas toujours motivés, mais leur présence en plus grand nombre semble indiquer un relatif plaisir à l'exploration des supports artistiques. Nous remarquons par ailleurs, une augmentation du nombre de soupirs et de silences, suivant généralement une exclamation et dont l'interprétation pourrait se faire en faveur d'une certaine admiration: « oui très très beau ! [sourir] oh oui...[silence] » (*cf entretien n°3*). L'expressivité du regard est également à considérer dans cette lecture des échanges: « oh elle est belle ! Très très belle ! [écarquille les yeux] » (*cf entretien n°5*). Notons également que la patiente chantonne ou siffle et prend un véritable plaisir à découvrir les peintures en début d'entretien.

Il est par ailleurs plus fréquent, au cours des entretiens liés au corpus *art*, que la patiente recourt aux mimes et adopte les différentes postures des personnages : « il est à l'aise là comme ça, [s'étend légèrement sur le bureau] là, il écoute » ; « bah là ils dansent hein ... hop on y va ! [mouvement des bras] » (*cf entretien n°9*); « elle est jolie la main sur la main comme ça [se redresse et pose ses mains l'une sur l'autre] » (*cf entretien n°2*).

Notons également que la patiente reproduit davantage les expressions faciales perçues au cours des entretiens autour de la peinture : «un p'tit sourire en coin hein un p'tit comme ça [laisse apparaître un léger sourire]» ; « elle a un visage pas trop...[grimace]...tordu » (*cf entretien n°3*).

Enfin, nous observons que le corpus *art* laisse apparaître davantage de manipulations des supports. En effet, la patiente s'approprie l'image, l'oriente dans l'espace et selon la lumière afin d'en faire varier les couleurs : « regardez ! [oriente l'image] ça change hein ? » (*cf entretien n°1 ?*); « regardez [oriente l'image vers la fenêtre] y'a un petit peu de soleil ! » (*cf entretien n°5*). La patiente éloigne l'image, s'en approche afin de l'observer au mieux et sous différents angles, alors que les images du corpus neutre, bien moins investies, restent généralement à plat sur le bureau.

2.3 Répartition des différents types d'actes de langage verbaux dans la communication

La méthode d'analyse des actes de langage de la GECCO nous a permis d'observer de façon précise la répartition des différents types d'actes de langage verbaux dans la communication.

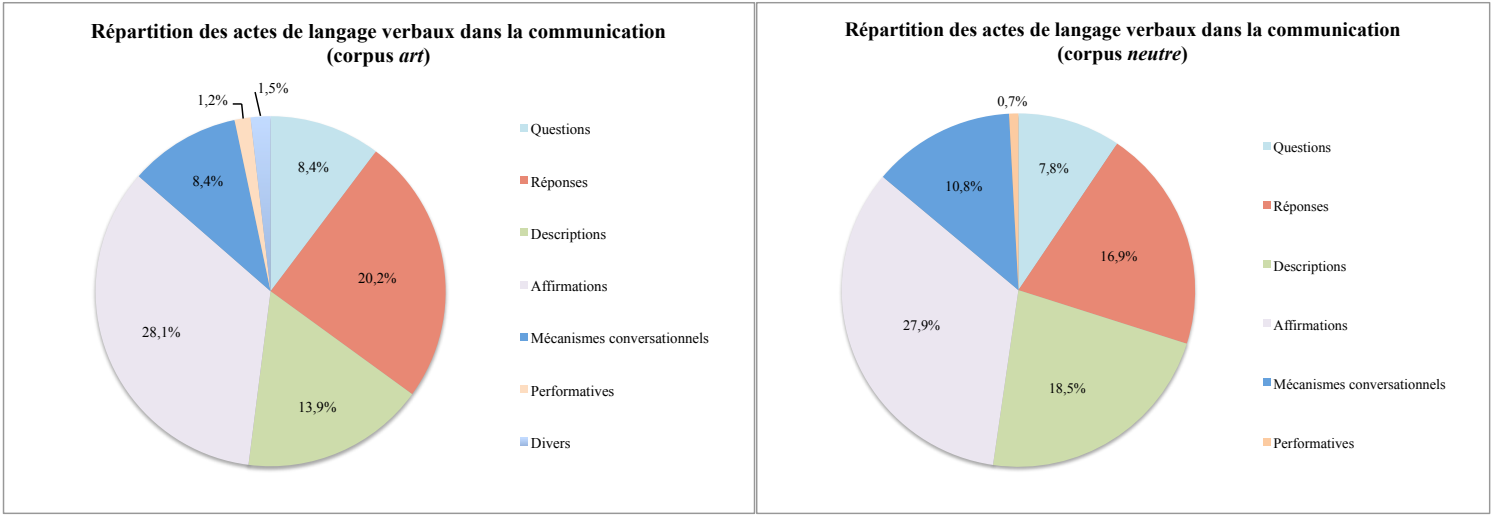


Diagramme 2 et 3 : Répartition des actes de langage verbaux selon le corpus proposé.

Les résultats présentés par les diagrammes circulaires ci-dessus, soulignent l'utilisation préférentielle par la patiente, des actes descriptifs et affirmatifs, et ce indifféremment du type de corpus. La répartition des actes verbaux est sensiblement comparable. Notons toutefois une légère augmentation du taux d'affirmations au détriment de la description factuelle dans le corpus *art*.

2.3.1 Les questions

Type d'acte	Sous-type	Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
Question	fermée	43%	53%
	ouverte	27%	18%
	rhétorique	29%	29%

Tableau 9 : Répartition des différents sous-types de questions dans la communication en fonction du corpus proposé.

Les résultats révèlent une présence sensiblement plus élevée de questions fermées pour le corpus *neutre*. En effet, nous avons pu constater au cours de ces entretiens, que la patiente posait davantage de questions de réassurance afin d'obtenir l'approbation de son interlocuteur : « c'est pas ça ? » (*cf entretien n°2*); « voilà, c'est bien ? » (*cf entretien n°4*); « c'est comme ça qu'on dit ? » (*cf entretien n°8*). Ces observations sont à mettre en corrélation avec la volonté de se conformer à une demande et de fournir une réponse correcte, attendue. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les images du corpus neutre se rapprochent davantage des outils traditionnellement utilisés en séance ou encore lors d'évaluations diagnostiques. La patiente demandait ainsi fréquemment un retour sur le travail effectué : « et qu'est ce que ça donne alors pour vous cet... un avancement ? » (*cf*

entretien n°8). Les questions fermées présentes dans les entretiens du corpus *art* sont davantage liées à la situation, aux personnages, ainsi qu'à leurs états mentaux. Elles sont donc plus souvent associées à une lecture interprétative, subjective de l'image : « ils vont la défendre ? » (*cf entretien n°1*).

De manière générale, le corpus *art* fournit davantage d'exemples de questions relatives à l'identité des personnages : « vous la connaissez ? Vous connaissez son histoire ? » (*cf entretien n°3*); « c'est qui ça ? » (*cf entretien n°5*); mais aussi des questions concernant les relations : « c'est la mère, là ? » (*cf entretien n°5*); ainsi que les intentions des personnages : « ils vont aux s'cours ? » (*cf entretien n°1*); « qu'est-ce qu'ils font dans la vie hein ? Ils s'en vont où ? Où ils vont aller tous ces jeunes là ? » (*cf entretien n°7*).

Ainsi, quel que soit le corpus, nous assistons à une réelle construction de l'échange, et à une véritable considération de l'interlocuteur : « et vous vous qu'est ce que vous en dites ? » (*cf entretien n°3*). Les questions en lien avec le support artistique, sont davantage liées à l'image et non à la justesse du propos énoncé. Elles traduisent de fait, un véritable cheminement de la pensée en faveur d'une interprétation personnelle davantage affirmée, qui s'exprime notamment par une augmentation des questions ouvertes. Le support artistique, dans la mesure où il suggère une lecture plurielle de l'image, semble ainsi éveiller la curiosité de la patiente.

2.3.2 Les réponses

Type d'acte	Sous-type	Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
Réponse	oui / non	72%	59%
	ouverte	10%	14%
	qualification	18%	27%

Tableau 10 : Répartition des différents sous-types de réponses dans la communication en fonction du corpus proposé.

Les réponses apportées par la patiente sont généralement des réponses à des questions fermées de type oui/non, liées à une volonté de reformulation de la part du locuteur. L'augmentation du nombre de réponses de ce type dans les entretiens du corpus *art*, s'offre comme le signe d'un échange beaucoup plus dynamique et d'un engagement conversationnel plus fort.

2.3.2 Les actes descriptifs

Type d'acte	Sous-type	Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
Description	identification	53%	54%
	possession	0%	4%
	événement	16%	12%
	propriété	26%	21%
	localisation	5%	9%

Tableau 11 : Répartition des différents sous-types de descriptions dans la communication en fonction du corpus proposé.

Les résultats ci-dessus révèlent, qu'indépendamment du corpus proposé, l'identification reste l'acte descriptif privilégié. En effet, la patiente est fortement attachée à la dénomination d'éléments perçus, et plus particulièrement, à l'identification du genre et de l'âge des personnages : « y'a des messieurs, y'a des jeunes hommes et des jeunes filles » (*cf entretien n°10*), à l'identification des parties du corps : « alors là les mains, oh les grands doigts ! » (*cf entretien n°3*), ainsi que des situations : « c'est la bagarre » « c'est la fête » (*cf entretien n°9*). Son intérêt est également très marqué pour la description des propriétés physiques des personnages, ainsi qu'à la manière dont ils sont vêtus : « c'est une grande pèlerine j'dirais...oh quelque chose peut être pour la pluie... » (*cf entretien n°7*).

En outre, il est particulièrement pertinent de souligner que la patiente emploie des termes neutres au cours des entretiens à valeur contrôle : « fille, garçon, homme, femme, adolescent » et davantage de termes marqués affectivement ou laissant paraître un jugement, au cours des entretiens du corpus *art* : ainsi, « la fille » devient la « ptite poupée » (*cf entretien n°5*). De plus, les personnages sont nommés par leur relation hypothétique : « c'est la mère et la fille » (*cf entretien n°5*) ; « la maman et là le papa » (*cf entretien n°9*). De même, les situations perçues font l'objet d'une lecture bien plus personnelle : « c'est la pagaille, c'est le 14 juillet ça ! » (*cf entretien n°9*). Les éléments décrits au cours des entretiens liés à l'art sont bien moins génériques et semblent directement entrevus par le prisme d'une subjectivité affirmée.

De manière analogue, les descriptions de type « événement » qui regroupent notamment les actions nécessitant une analyse fine du mouvement, recouvrent davantage un aspect interprétatif : « ils foncent » (*cf entretien n°1*) ; « on croirait qu'elle est dans les nuages, elle s'envole ! » (*cf entretien n°5*).

Au vu des résultats observés en ce qui concerne les actes descriptifs, nous pouvons conclure que la patiente, parvient davantage à s'extraire du perceptif direct au profit d'une lecture

interprétative de l'image au cours des entretiens du corpus *art*, l'hypothèse étant que le support artistique, par son pouvoir de suggestion, favorise une lecture moins figée des faits.

2.3.3 Les actes affirmatifs

Type d'actes	Sous-type	Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
Affirmation	règles / faits	1%	3%
	évaluation	64%	47%
	état interne	7%	7%
	attribution	11%	10%
	explication	17%	34%

Tableau 12 : Répartition des différents sous-types d'affirmations dans la communication en fonction du corpus proposé

Au même titre que les descriptions, les affirmations se présentent comme le type d'acte privilégié, et ce, indépendamment du corpus proposé. Au cours des entretiens, il est fréquent que la patiente nous livre ses impressions sur les éléments perçus notamment en ce qui concerne les critères esthétiques. Si les affirmations de type « évaluation » sont communes aux deux corpus, elles n'en demeurent pas moins différentes. En effet, dans les deux cas, nous relevons que la patiente émet un jugement en ce qui concerne l'esthétique des personnages. Le corpus neutre est nourri d'exemples du type : « elle a une belle bouche » ; « les cheveux... c'est trop long » (*cf entretien n°4*) ; « il est mignon quand même » (*cf entretien n°8*). En revanche, les évaluations relevées au cours des entretiens du corpus *art* gagnent en intensité et s'attachent davantage à l'esthétique de l'image dans sa globalité : « ça jette hein ! » ; « par là c'est joli aussi, tout ça là, là, tout ça... han ! » ; « c'est vraiment fort hein ! » (*cf entretien n°3*). Il nous semble d'autant plus pertinent de souligner ces observations, dans la mesure où la perception est d'ordinaire axée sur les détails, chez les sujets atteints de troubles visuo-spatiaux liés à la maladie d'Alzheimer.

Nous remarquons par ailleurs que l'expression de la beauté est renforcée par des processus de répétition, d'exclamation et d'insistance, non constatés pour les évaluations du corpus neutre. Si l'évaluation reste la même, « c'est beau », l'intensité entre les deux actes diffère : « c'est très beau... oh là là » ; « c'est TRES beau » ; « regardez comme c'est beau, les couleurs !! ce vert, ce... han ! (silence) » ; « elle est jolie regardez oh là là ! » (*cf entretien n°5*).

Il est par ailleurs bien plus fréquent que la patiente se livre à la critique négative au cours des entretiens du corpus *art* : « c'est bien ça... attends là non ! Là, là ça va pas ! » ; « non non ça va pas ça ! » (*cf entretien n°1*) ; « là partout c'est pas beau ! » (*cf entretien n°3*). Ainsi, il semblerait que les supports artistiques permettent à la patiente d'affirmer son opinion et laisse libre cours à ses

appréciations personnelles: « j'aime beaucoup ça ! » (*cf entretien n°1*) ; « j'aime bien comme elles sont là » (*cf entretien n°9*) ; « c'est un peu osé comme ça, j'en voudrais pas ! » (*cf entretien n°1*) ; « bah je trouve qu'ils l'ont fait un peu triste » ; « c'est un peu dommage » ; « bah les yeux sont un peu tristes, je trouve » (*cf entretien n°3*). Le corpus laisse apparaître davantage de marques d'affirmation de la pensée : « je pense » ; « je trouve » ; c'est mon avis ». Ainsi, la patiente reconnaît que sa parole a de la valeur et ce processus est nécessaire au maintien des repères identitaires.

En outre, le support artistique permet l'émergence d'une évaluation spécifique liée à l'appréciation de la technique, et traduisant une forme d'admiration : « là elle est vraiment (silence) c'est beau pour le faire hein! pour le juste faire ! » (*cf entretien n°2*) ; « c'est pas évident de faire des choses comme ça ! » ; « celui qui a fait ça, il a fait du bon travail hein ! » (*cf entretien n°3*) ; « tout y'a pas de fautes là » ; « là, on voit bien c'est pas du forcé, c'est pas du chiffonné, il a du mettre du temps hein ! » (*cf entretien n°5*).

Nous notons de ce fait, qu'au-delà du simple constat esthétique la patiente transmet son jugement avec davantage d'intensité et de force au cours des entretiens du corpus *art*.

Nous retiendrons également un autre aspect notoire, en ce qui concerne les affirmations de type « état interne ». En effet, les affirmations de ce type, relevées dans les entretiens du corpus neutre, sont majoritairement associées aux difficultés d'accès lexical : « je sais plus » ; « sais plus comment on dit » (*cf entretien n°10*); et peuvent parfois signifier le manque d'argument : « hum là [désigne un personnage] je sais pas je sais pas quoi dire » (*cf entretien 8*). De manière analogue, dans le corpus *art*, ces affirmations d'état interne permettent la reconnaissance de savoirs et de non-savoirs : « quand elle est belle [l'oeuvre] je sais bien dire qu'elle est belle » (*cf entretien n°1*) ; « je connais pas son histoire » (*cf entretien n°3*). Toutefois, ces affirmations traduisent davantage une intention : « je ne mettrais pas ça (chez moi) » ; « j'afficherais pas ça quand même » (*cf entretien n°1*); un désir : « moi je voudrais bien être comme ça » (*cf entretien n°7*); ou encore un ressenti « ça ça m'inquiète » (*cf entretien n°1*) ; « là là on sent » (*cf entretien n°3*), « on le voit, on le sent moi j'dis » (*cf entretien n°9*). L'expression de l'état interne n'est donc plus réduite à l'expression des savoirs et non-savoirs, elle devient la verbalisation d'un ressenti, d'une vibration.

En ce qui concerne les affirmations de type « attribution », nous observons qu'indifféremment du corpus proposé la patiente attribue des émotions et états mentaux aux personnages qu'elle perçoit : « elle est contente » (*cf entretien n°4*) ; « c'est elle qui souffre » (*cf entretien n°6*), « il a l'air étonné » (*cf entretien n°7*). Cependant, face au support artistique, la patiente se livre à une conduite interprétative plus approfondie. En effet, au-delà de la lecture des

émotions, elle construit de véritables petits scénarios : « les s'cours arrivent c'est dans l'histoire ! » (cf *entretien n°1*) ; « comme elle regarde, c'est qu'ils sont en train de conversation » ; « elle protège sa fille » (cf *entretien n°9*).

L'art semble ainsi permettre à la patiente de s'extraire du réel, il laisse libre cours à sa lecture de l'image, à l'expression de sa pensée et permet l'affirmation de sa parole.

2.3.4 Les mécanismes conversationnels

Type d'acte	Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
Mécanismes conversationnels	8,4%	10,8%

Tableau 13 : Répartition des mécanismes conversationnels dans la communication en fonction du corpus proposé.

Les résultats ci-dessus, présentent un taux de mécanismes conversationnels plus important en ce qui concerne le corpus neutre. Les corpus offrent tous deux des occurrences de mécanismes de type « retour » comme « hein », « d'accord » « oui » « hum ». Toutefois, il semble pertinent de souligner que le corpus neutre contient davantage de mécanismes de type « marqueurs frontière » permettant d'achever l'interaction, tel « ma foi c'est bien hein » « bon » « voilà » « c'est bien hein » (cf *entretien n°4*) ; « oui bah c'est bien » (cf *entretien n°6*).

En revanche, les entretiens du corpus *art* sont davantage fournis en mécanismes de type « appel » : « attends » (cf *entretien n°1*) ; « regardez ! » (cf *entretiens n°3 et 5*) ; « vous savez » (cf *entretien n°3*) ; « vous voyez là hein » (cf *entretien n°9*). Ils traduisent par conséquent, une réelle dynamique conversationnelle ainsi qu'une volonté d'échange et de considération de l'interlocuteur.

2.3.5 Les actes performatifs

Type d'acte	Corpus <i>art</i>	Corpus <i>neutre</i>
Performatif	1,2%	0,7%

Tableau 14 : Répartition des actes performatifs dans la communication en fonction du corpus proposé

Au cours de notre étude, nous avons pu remarquer que les actes de nature performative sont présents en plus grand nombre dans les entretiens du corpus *art*. En effet, si les supports artistiques

favorisent l'engagement conversationnel, ils semblent également créer une dynamique d'échange avec l'oeuvre elle-même. Le portrait est ainsi perçu comme une réelle entité biologique : « eh bah bonjour ! [en s'adressant à la Joconde] » (*cf entretien n°3*).

La peinture semble envisagée comme un support ludique auquel la patiente donne vie par l'intermédiaire de déplacements « ah ! [déplace le portrait de la Joconde vers la fenêtre] elle va au soleil ! » ; et par la parole : « hop là j'pars ! » (*cf entretien n°5*) ; « oh j'm'en fous » ; « j'm'en fous moi ! » (*cf entretien n°7*). L'échange avec l'interlocuteur est également entrevu tel un jeu « hop un bon point [pour vous] ! » (*cf entretien n°3*) ; Les entretiens du corpus *art* offrent par ailleurs des manipulations des aspects sémantiques : « les couleurs s'entendent entre elle... les enfants peut être pas autant ! » (*cf entretien n°7*).

3. Analyse de l'activité de réminiscence

Au cours de cette étude, nous n'avons remarqué aucun phénomène de réminiscence suscité par les corpus proposés. Néanmoins, il est important de rappeler que la patiente est décrite comme une personne réservée, qui se confie peu.

Nous pouvons toutefois souligner que les supports neutres favorisent les digressions. En effet, il était fréquent au cours de ces entretiens, que la patiente se détourne du support : « oui je crois que c'est ça et là. Là, y'a beaucoup de couleurs [désigne une image accrochée au mur de sa chambre] » (*cf entretien n°6*). Au cours des entretiens liés à l'art, la patiente ne s'emparait pas des questions de son interlocuteur dont l'objectif était d'ouvrir la discussion à des aspects plus généraux : « vous aimez vous la musique madame B. ? » « - bah oui la bonne musique autrement le reste hein... Oh mais regardez comme c'est beau les couleurs !! » (*cf entretien n°5*). Nous pouvons ainsi percevoir l'intérêt porté à l'égard du support, et de ce fait, la difficulté de s'en détourner.

4. Elaboration thématique

Au cours de ce travail de recherche, il a été particulièrement intéressant d'analyser de manière inductive le processus d'élaboration du discours, en d'autres termes, recueillir ce qui émerge spontanément du sujet. Il est nécessaire d'aborder ce point en ce sens où l'énergie conversationnelle s'offre comme le moteur de l'élaboration thématique.

Bien qu'il existe des variations et des spécificités entre chaque entretien, les thématiques abordées sont récurrentes :

- L'esthétique de l'image et des personnages constitue majoritairement un point d'accroche à tout entretien : « je l'ai choisie [l'oeuvre] parce qu'elle présente bien ! » (*cf entretien n°1*). Les

critères esthétiques mènent généralement à une description détaillée des propriétés physiques de chaque personnage et plus particulièrement les cheveux, le nez, les mains et jambes : la patiente exprime son point de vue quant à ce qui lui convient ou non.

- Les couleurs sont souvent associées à l'esthétique de l'image. Une grande attention est spontanément portée sur les couleurs notamment pour les images du corpus *art* : « regardez ce vert » ; « on a l'impression d'un léger bleu » (*cf entretien n°3*) ; « les couleurs s'harmonisent entre elles » (*cf entretien n°5*).

- Le mouvement suscite l'attention de la patiente de manière récurrente. Elle semble notamment apprécier le flou suggéré par les oeuvres : « là le pelle-mêle là [mais c'est pour montrer qu'il y a quand même du... que ça marche bien ! » (*cf entretien n°9*).

- L'identification des émotions est également privilégiée tout au long des entretiens, qu'il s'agisse de l'expression faciale ou encore de l'impression globale « y'a une tristesse je dirais » (*cf entretien n°3*). La patiente est également particulièrement vigilante aux attitudes corporelles qui l'aident sans doute dans le décryptage des émotions.

Nous constatons ainsi que les choix thématiques demeurent communs aux deux corpus bien qu'ils soient développés avec une différente intensité.

La patiente semble élaborer son discours selon un plan variable, bien que l'esthétique de l'image serve généralement d'amorce à la conversation ainsi qu'à l'expression de sa pensée. Il est toutefois nécessaire de souligner l'absence, relativement fréquente, de progression rhématique bien que les supports artistiques suscitent une lecture plus fine et plus approfondie de l'image.

5. Analyse des aspects « interstitiels »

Au delà de l'analyse des interactions, il semble particulièrement pertinent, dans notre démarche de considération du Sujet en tant qu'entité complexe, de nous intéresser à une lecture synthétique des données recueillies.

5.1 Analyse du choix des supports

Au cours de ce travail de recherche, la patiente a pu sélectionner dix images. Il nous semble intéressant de faire un état des lieux de ce qui a motivé ses choix.

- La recherche de contenu et valorisation de la quantité d'énoncés verbaux : soucieuse de se conformer au mieux au « travail » demandé, la patiente avant même la considération de l'aspect

esthétique ou plaisant de l'oeuvre, exprimait sa volonté de sélectionner une image qui favoriserait les énoncés verbaux : « celle-là alors, y'en a beaucoup à parler » (*cf entretien n°9*). La patiente va ainsi s'orienter vers des images dont le contenu évoque suffisamment d'éléments en elle, et à partir duquel, elle pourra fournir le plus d'énoncés verbaux.

- La thématique : comme annoncé dans la partie concernant les principes méthodologiques (*cf 3.6 Elaboration du corpus*), les corpus ont été conçus en « miroir » avec des peintures et photographies associées par paires, et dont la composition, la luminosité, ainsi que la colorimétrie, étaient similaires. A deux reprises (pour le thème « musique ») la paire d'images a été inconsciemment reconstituée par la patiente. En ce sens, la patiente a choisi l'image du corpus neutre qui était associée à l'image du corpus *art*. Ceci constitue le signe d'une relative constance quant aux choix des images qui répondent d'une part au critère de contenu verbal et de thématique investie affectivement, en l'occurrence la musique et les enfants.
- Le mouvement artistique : le corpus *art* ayant été élaboré à partir d'oeuvres variées issues de différents courants, il était pertinent d'observer une éventuelle récurrence quant au style des oeuvres préférentiellement choisies par la patiente. Nous savons par ailleurs, que la maladie d'Alzheimer entraîne une perte de repères relativement anxiogène pour le sujet. Ainsi, nous pouvions nous attendre à une sélection majoritaire d'oeuvres *classiques*, dont le contenu est davantage identifiable et familier. Cependant, deux occurrences témoignent d'un intérêt pour des oeuvres plus récentes, tel le *Portrait de la journaliste Sylvia Von Harden* (1926) qui incarne une femme différente, qui exhibe les traits de sa non-conformité revendiquée de manière relativement stridente : « [...] bah c'est sèche, c'est sec [...] elle est pas contente, elle fume ! » (*cf entretien n°1*). Ce portrait a tout de même éveillé la curiosité de la patiente, tout comme le portrait de Dora Maar peint par P. Picasso, qu'elle a demandé à revoir après l'entretien n°3 (dont l'oeuvre choisie était la Joconde). Deux portraits de femmes radicalement différents, et qui sont finalement tous deux fortement appréciés par la patiente. Enfin, nous noterons le choix de deux oeuvres du peintre impressionniste A. Renoir dont la patiente semble apprécier la palette de couleurs, les visages poupins ainsi que le flou artistique qui lui permet de ressentir plutôt que de percevoir : « on le sent moi j'dis » (*cf entretien n°9*).

5.2 Conduites corporelles et bien-être émotionnel

Au-delà des considérations linguistiques, l'un des éléments qui nous est apparu particulièrement saillant concerne l'effet observé sur les conduites et ressentis émotionnels de la patiente. Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que toute démarche nouvelle ou inhabituelle peut paraître intrusive et peut générer de l'anxiété chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous avons ainsi perçu une certaine méfiance quant à la démarche de cette étude. C'est pourquoi, avant chaque entretien, il était primordial de rappeler l'objectif de ce travail de recherche à la patiente. Progressivement, nous avons ressenti un mieux être manifeste, qu'il pourrait être à priori difficile d'objectiver. Toutefois, la patiente a confié être heureuse ou encore « triste de ne plus regarder les peintures avec *vous* », les entretiens étaient également envisagés comme des instants de parole privilégiés et attendus : « j'ai dit à ma fille de rappeler là c'est le moment de regarder les peintures ma fille attendra [rires] ! » ; La patiente a par ailleurs, exprimé une nette préférence pour les tableaux : « vous allez me montrer des peintures aujourd'hui j'espère ! » ; « vous en avez d'autres là dans votre sac ? Je peux les voir ? » ; « ah des photos aujourd'hui... je préfère les peintures, ma foi... ! ». Toutes ces phrases énoncées hors enregistrements sont tout autant de témoignages en faveur d'un réel plaisir et ressenti positif, suscités par l'art.

La patiente semble par ailleurs gagner en confiance, elle affirme progressivement ses états internes, ses volontés et nous observons conjointement à cela, un changement quant à son attitude corporelle. En effet, l'art semble induire une modification de sa posture : elle se déploie comme elle s'épanouit.

DISCUSSION

1. Rappel de la problématique et traitement des hypothèses

1.1 Rappel de la problématique

Ce travail de recherche avait pour vocation de nous questionner sur la pertinence de **l'utilisation de supports artistiques, au regard d'un matériel neutre, en vue d'un maintien de la continuité identitaire et d'une optimisation des capacités communicationnelles du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs, dans un contexte de maladie d'Alzheimer.**

1.2 Hypothèse principale

Notre hypothèse principale était la suivante : **l'utilisation de supports artistiques, au regard de supports neutres, favorise la communication du sujet atteint.** Cette hypothèse est validée.

1.2.1 Sous-hypothèse 1

*Sous-hypothèse 1: **L'utilisation de supports, envisagés comme catalyseurs d'émotions, favorise l'élan communicationnel, ceci se manifestant par la production accrue d'actes de langage.***

Cette sous-hypothèse est validée. En effet, d'un point de vue quantitatif, les résultats de notre étude montrent une augmentation significative du nombre d'actes de langage produits par la patiente aux cours des entretiens construit autour du support artistique. Nous avons ainsi pu démontrer pour cette patiente, l'existence d'un lien significatif entre la nature du support et le nombre d'actes de langage produit.

Nos résultats quant à la répartition des actes verbaux et non-verbaux nous permettent de conclure à une utilisation majoritaire des actes verbaux en ce qui concerne les deux corpus. En revanche, il est préférable de souligner que le corpus *art* a engendré davantage d'actes non-verbaux créant une réelle dynamique conversationnelle.

En ce qui concerne les actes verbaux, nous avons vu qu'indifféremment du corpus proposé, les descriptions et affirmations étaient utilisées de manière préférentielle. Toutefois, par une analyse précise des interactions, nous avons relevé des données extra-linguistiques s'exprimant en faveur d'un gain d'intensité du discours lié à l'art.

Enfin, nous avons constaté que le support artistique s'offrait comme une véritable surface de projection des affects et des interprétations, et permettait sans conteste la libre expression de la pensée du sujet, nécessaire à la juste reconnaissance de sa parole.

1.2.2 Sous-hypothèse 2

Sous-hypothèse 2: L'utilisation de supports artistiques, envisagés comme catalyseurs d'émotions, atténue les difficultés de communication du sujet atteint qui produit alors davantage d'actes de langage adéquats.

Cette sous-hypothèse est invalidée. En effet, aux termes de cette étude, nous ne pouvons conclure à une amélioration significative de la qualité du langage avec une différence de variation extrêmement faible entre les deux corpus (inférieur à 0,5 %).

1.2.3 Sous-hypothèse 3

Sous-hypothèse 3: L'utilisation de supports artistiques, envisagés comme catalyseurs d'émotions, favorise l'activité de réminiscence et l'évocation de souvenirs chez les patients atteints.

Cette sous-hypothèse est invalidée. En effet, nous n'avons pu observer de phénomène de réminiscence et d'évocation de souvenirs. Toutefois, il semble nécessaire de considérer la personnalité de la patiente, de nature réservée et relativement discrète quant à son vécu. En revanche, nous avons pu constater une augmentation du nombre de digressions au cours des entretiens liés au corpus neutre.

2. Synthèse des résultats et réponse à la problématique

Ce travail de recherche a pu mettre en lumière la pertinence de l'utilisation de supports artistiques, au regard d'un matériel neutre, en vue d'un maintien de la continuité identitaire et d'une optimisation des capacités communicationnelles du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs, dans un contexte de maladie d'Alzheimer. L'attrait pour les supports artistiques était prégnant et s'est traduit par une augmentation du nombre d'actes de langage produits, mais aussi de la durée des entretiens. Les résultats quant à l'implication de l'oeuvre dans l'amélioration de la qualité du langage ne sont guère concluants, il en est de même de l'activité de réminiscence. Toutefois, l'étude a révélé des changements majeurs quant à la dynamique conversationnelle favorisée par un mieux-être manifeste.

3. Retour sur le travail effectué

3.1 Le contenu théorique

L'ancrage théorique, bien qu'il puisse être parfois redondant, nous semblait nécessaire à l'élaboration de ce mémoire. Le travail de recherche concernant les données de la littérature nous a permis de fixer le cadre de l'étude et de décrire les spécificités relatives aux troubles neurocognitifs majeurs et plus précisément, à la maladie d'Alzheimer. Il était également primordial de recenser les savoirs concernant l'implication de l'art dans l'étude des neurosciences. Néanmoins, il n'a pas toujours été aisé de trouver des sources quant à l'utilisation des arts visuels dans le cadre des démences.

3.2 La méthodologie

Le choix des outils méthodologiques peut donner lieu à des biais et par conséquent à un recueil qui comporte des imprécisions sujettes à discussion.

3.2.1 La population

L'étude fut réalisée auprès d'un patient unique. De ce fait, les résultats obtenus donnent certes un aperçu des effets de l'art sur la communication, mais ne peuvent être en aucun cas, représentatifs. Toutefois, cette étude centrée sur le sujet, nous a permis une analyse rigoureuse et précise des actes de langage, mais également des aspects méta-linguistiques. Le choix de l'étude de cas unique était par ailleurs motivé par l'envie d'être au plus proche du Sujet et de l'envisager comme une entité singulière.

3.2.2 Les entretiens semi-directifs

Afin de mener à bien cette étude, il nous semblait primordial de proposer à la patiente une situation de communication qui se voulait la plus écologique possible. Ainsi, l'entretien semi-directif s'offrait comme l'outil privilégié de l'étude des interactions et de la dynamique conversationnelle. Cependant, bien que nous ayons tenté de maîtriser un maximum de variables, il nous faut reconnaître qu'elles ne peuvent être toutes neutralisées dans la mesure où elles sont intrinsèquement liées à l'individu.

Par ailleurs, compte tenu des variations majeures observées sur le plan des actes non-verbaux, il aurait été judicieux de recourir à des enregistrements vidéos. Néanmoins, au regard des contingences liées à la réalité du terrain, nous avons privilégié les enregistrements audio.

3.2.3 Le traitement des données

Afin de mener à bien ce travail de recherche, nous avons utilisé la grille **d'analyse des capacités de communication** de la GECCO élaborée par T. Rousseau. Cette grille d'évaluation s'est présentée comme un outil pertinent et approprié, mais peut néanmoins donner lieu à des réserves. En effet, il est nécessaire de considérer la part d'erreur inhérente à l'interprétation subjective des actes. Une grille d'analyse complémentaire aurait également pu être créée afin d'envisager tous les aspects interstitiels qui ne peuvent être considérés dans une analyse purement linguistique.

4. Perspectives de recherches

Ce travail de recherche a pour finalité l'évaluation du médium artistique dans une démarche d'optimisation des capacités communicationnelles du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs, dans un contexte de maladie d'Alzheimer. Afin de juger de la pertinence et de la validité de l'outil, il serait primordial d'élargir la recherche à une cohorte de patients.

Afin de compléter cette étude, il pourrait être pertinent de mener une analyse approfondie des actes non-verbaux relativement peu envisagés dans le présent mémoire.

Enfin, il est possible d'étendre l'étude à différents arts-visuels (photographie, dessin, sculpture...), afin de motiver une tout autre approche du Sujet.

CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour vocation de s'intéresser à la communication du patient atteint de troubles neurocognitifs majeurs, autour de supports artistiques envisagés comme possibles vecteurs d'émotions. En effet, les difficultés cognitives, étayées par la perte de l'espace langagier, amènent le sujet à désinvestir progressivement toute interaction avec autrui. Ainsi, la personne bien souvent assignée à son état pathologique, n'est socialement plus considérée comme capable d'être au monde. Outre le maintien des capacités cognitives, il nous apparaît comme primordial d'oeuvrer en faveur d'une réhabilitation de l'individu en tant qu'être pensant et communiquant.

A la lumière de ces considérations théoriques, nous nous sommes questionnés sur l'implication de la médiation artistique dans les processus de maintien de la continuité identitaire, mais également d'optimisation des capacités communicationnelles du sujet.

Notre objectif consistait donc en l'élaboration d'une étude comparative des actes de langage produits autour d'un corpus artistique, en regard d'un corpus neutre à valeur contrôle. Nous nous sommes ainsi livrés à une analyse précise et rigoureuse de la communication à partir d'entretiens semi-directifs, réalisés auprès d'une patiente dont le diagnostic de la maladie avait été posé.

Bien qu'en l'absence d'amélioration significative quant à la qualité du langage, il est apparu par la validation de notre hypothèse initiale, que l'art s'offre comme un véritable outil de remédiation. En effet, les résultats obtenus s'expriment en faveur d'un enthousiasme saisissant à l'égard du support artistique. En effet, l'oeuvre semble susciter une émotion authentique et le plaisir manifeste de la partager avec autrui. L'art permet ainsi d'être à l'écoute de la spécificité des points de vue et ressentis, nécessaires à la reconnaissance de la parole du sujet dément.

L'élaboration de ce mémoire fut particulièrement bénéfique, dans la mesure où il nous a permis d'enrichir nos connaissances théoriques et pratiques quant aux troubles neurocognitifs majeurs liés à la maladie d'Alzheimer, mais également quant à l'approche du sujet en tant qu'être singulier.

BIBLIOGRAPHIE

ADAM, S. (2006). Le fonctionnement de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer. In BELIN, C., ERGIS, A-M., MOREAUD, O. Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques. 135-165. Marseille: Solal.

ADDIS, R.A., & TIPETT, L.J. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12, 56-74

ALBERT, MS., DEKOSKY, ST., DISCKSON D. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*

BADDELEY, A. (1986). Working memory. Oxford University Press. Oxford, UK.

BADDELEY, A. (2010). Working memory. *Current Biology*, 23 feb. 10, Vol. 20(4), pp. R136-R140.

BARLETT, J-C., SANTROCK, J-W (1979). Affect dependent episodic memory young children. *Child Development*; 50(2): 513-8.

BARLETT, J-C., SANTROCK, J-W (1983). Affect dependent episodic memory in young children. *Child Develop* 1979;50(2):513—8 . In ROUSSEAU, T. (2011a). Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 11, 65, 221-228.

BEAUNIEUX, H., DESGRANGES, B., BENALI, K., EUSTACHE, F. (1999). The effect of age on cognitive procedural learning. the impairment of non procedural components slows the dynamics of learning. *The Quaterly Journal of Experimental Psychology*.

BELIN, C. (2006). Les démences en 2005: définitions, classifications. In BELIN, C., ERGIS, A-M., MOREAUD, O. Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques, 11-12. Marseille: Solal.

BELLEVILLE, S., PERETZ, I., MALENFANT, d. (1996). Examination of the working memory components in normal aging and in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychologia*, 34, 3, 195-207.

BERREWAERT, J., HUPPET, M., FEYEREISEN, P (2003). Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, 13, 2, 165-207.

BEZY, C., PARIENTE, J. (2016). GREMOTs, Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives. Greco - Evaluations cognitives. De Boeck.

BHERER, L., BELLEVILLE, S., HUDON, C. (2004). Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence fronto-temporale. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, 2, 3, 181-189.

BLUCK, S. (2003). Autobiographical memory: exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11, 113-123.

- BOLLER, F., VERNY, M., HUGONOT-DIENER, L., SAXTON, J. (2002). Clinical features and assessment of severe dementia. A review eur. J. Neurol.; 9(2): 125-36.
- CALIANDRO, S. (1999). Empathie, signification et art abstrait, *Visio*, 4, 2, Canada, p. 47-58
- CALIANDRO, S. (2004). Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques. *Revue française de psychanalyse*, vol. 68(3), 791-800.
- CARDEBAT, D., AITHAMON, B., PUEL, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. IN EUSTACHE, F., AGNIEL, A. Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge, pp 235-246. Marseille: Solal.
- CAUSINO LAMAR, M.-A., OBLER, L.-K., KNOEFEL, J.- E., ALBERT, M.-L. (1994) Communication patterns in end-stage Alzheimer's disease : pragmatic analyses, dans Bloom (R. L.), *Discourse analysis and applications : studies in adult clinical populations*, Hillsdale, NJL, Erlbaum.
- CHANGEUX, J.-P, LEMARQUIS, P. (2016). Une neuroscience de l'art. La tête au carrée [Podcast émission radiophonique]. France Inter. Durée: 54'00. Repéré à: <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-06-decembre-2016>
- CHANGEUX, J.-P. (2017). La beauté dans le cerveau: vers une « neuroscience de l'art ». [Podcast émission radiophonique]. Canal académie. Durée: 60'00. Repéré à: <https://www.canalacademie.com/ida11443-La-Beaute-dans-le-cerveau-vers-une-neuroscience-de-l-art.html>
- CHAROLLES, M. (1978). *Introduction aux problèmes de cohérence des textes*. Langue Française 1978;38:7—41.
- CONWAY, M.-A., PLEYDELL-PEARCE, C.-W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychology Review*. 107, 261-288.
- CONWAY, M.A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- CUMMING, J.-L., MIGA, M. (2003). *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. Oxford University Press. New York.
- DAMASIO, A. (1999). *Le sentiment même de soi*. Paris. O. Jacob.
- DARTIGUES, J.-F., HELMER, C., BERR, C. (2009). *La maladie d'Alzheimer, syndromes apparentés et épidémiologie*. Paris: Phase 5.
- DELLA SALA, S., LUCHELLI, F., SPINNLER, H. (1987). Ideomotor apraxia in patients with dementia of Alzheimer type. *Journal of neurology*, Vol. 234(2), pp. 91-3.
- DEMOURES, G., STRUBEL, D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. Sous la direction de Geneviève Demoures et Denise Strubel. Paris. Issy-les-Moulineaux: Acanthe Masson.
- DENHIÈRE, G., LEGROS, D. (1983). Comprendre un texte: construire quoi ? Avec quoi ? Comment ? *Revue Française Pédagogique*, 65: 19-29.

- DEROUESNE, C. (2005). Les troubles du comportement dans les démences sévères. *Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, 3, supplément 1, 5-13;
- DEROUESNE, C. (2006a). Maladie d'Alzheimer: données épidémiologiques, neuropathologiques et cliniques. In BELIN, C., ERGIS, A-M., MOREAUD, O. Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques, 25-34. Marseille: Solal.
- DEROUESNE, C. (2006b). Manifestations psychologiques et comportementales de la maladie d'Alzheimer. In BELIN, C., ERGIS, A-M., MOREAUD, O. Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques, 223-245. Marseille: Solal.
- DESLANDRE, E., LEFEBVRE, G., GIRARD, C., LEMARCHAND, M., MIMOUNI, A. (2004). Les fonctions exécutives. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 4, 19, 8-10.
- ERGIS, A-M., EUSOP-ROUSSEL, E. (2008). Les troubles précoces de la mémoire épisodique dans la maladie d'ALzheimer. *Revue neurologique*, 164, 96-101.
- EUSTACHE, F., LAMBERT (1996). In CECCALDI, M., DEFER, G., DELBEUCK, X, [...] PONCET, M. (2008). Intelligence et démences. 29, pp 763-854.
- EUSTACHE, F. GIFFARD, B., RAUCHS, G., CHETELAT, G., PIOLINO, P., DESGRANGES, B. (2006). La maladie d'Alzheimer et la mémoire humaine. *Revue Neurologique*, 162, 10, 929-939.
- EUSTACHE, M-L. (2013). Conscience, mémoire et identité. Paris Dunod.
- FINEMA, E., DRÖES, R-M., RIBBE, M., VAN TILBURG, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 141-161.
- GIFFARD, B., DESGRANGES, B., EUSTACHE, F. (2001). Le vieillissement de la mémoire: vieillissement normal et pathologique. *Gérontologie et Société*, 97, 33-47.
- GIFFARD, B., DESGRANGES, B., EUSTACHE, F. (2005). Semantic memory disorders in Alzheimer's disease: clues from semantic priming effects. *current Alzheimer Research*, 2, 425-434.
- GIFFARD, B., DESGRANGES, B., EUSTACHE, F. (2008). Intelligence et démences. In LECHEVALIER, B., EUSTACHE, F., VIADER, F. *Traité de neuropsychologie clinique: neurosciences cognitives et clinique de l'adulte*, pp 763-851. Bruxelles: De Boeck.
- GIL, R, FARGEAU, M-N., JAAFARI, N. (2011). Conscience de soi, maintien de soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer. *Annales médico-psychologiques*, 169, 416-419.
- GOBE, V., GRIVAUD, M., MARTIN, F., ROUSSEAU, T. (2003). Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer. *Glossa, les cahiers de l'Unadrio*, 85, 74-77.
- GOLDBLUM, M-C. (1995). Troubles du langage et démence Alzheimer. *Rééducation Orthophonique*, 181, 17-26.
- GROBER E., BUSCHKE H. (1987). *Genuine memory deficits in dementia. Developmental Neuropsychology*, 3, 13-36

GROSCLAUDE, M. (2003). Les déments parlent donc ? *Gérontologie et société*, 106, 129-145.

HADDAM, N. (2008). La mémoire implicite: le lien entre mémoire individuelle et collective. In COMET, G., LEJEUNE, A., MAURY-ROUAN, C. *Mémoire individuelle, mémoire collective et histoire*. 27-40. Marseille: Solal.

HAMAM, S-B., CAHILL, L., SQUIRE, L-R. (1997). emotional perception and memory in amnesia. *Neuropsychology*; 11: 104-13.

HAS. (2011). Recommandation de bonne pratique : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Saint Denis : HAS,. www.has-sante.fr.

INSINGRINI, M., TACONNAT, L., (2008). Mémoire épisodique, fonctionnement frontal et vieillissement. *Revue Neurologiques*. Vol. 164(3), pp S91-S95.

JACOB, F., HUFF, M-D. (1992). Le langage dans le vieillissement normal et dans celui lié aux maladies neurologiques. *Glossa; les cahiers de l'Unadrio*, 28, 4-17.

JOANETTE, Y., KAHLAOU, K., SKA, B., CHAMPAGNE-LAVAU, M. (2006). Troubles du langage et de la communication dans la maladie d'Alzheimer: description clinique et prise en charge. In BELIN C., ERGIS, A-M., MOREAUD, O. *Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques*, 223-245. Marseille: Solal.

KEMPER, S., ANAGNOPOULOS, C., LYONS, K., HERBERLEIN, W. (1994). Speech accommodations to dementia. *Journal of gerontology: psychological sciences*, 49, 5, pp 223-229.

KENSINGER, E., BRIERLEY, B., MEDFORD, N, GROWDON, J., CORKIN, S. (2002). Effects of normal aging and Alzheimer's disease on emotional memory. In ROUSSEAU, T. (2011a). *Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer*. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 11, 65, 221-228.

LALIVE D'EPINAY, C. (2009). Mémoire autobiographique et construction identitaire dans le grand âge. *gérontologie et société*, 130, 31-56.

LAMBERT et al. (2007). In CECCALDI, M., DEFER, G., DELBEUCK, X, [...] PONCET, M. (2008). *Intelligence et démences*. 29, pp 763-854.

LECLERC C. (2003) *Un processus de construction d'une identité professionnelle en orthophonie : l'orientation dans le domaine de la voix*, Mémoire de l'Université de Lyon.

LEJEUNE, A. (2010). Maladie d'Alzheimer: mémoire, reminiscence et reviviscence. In AIN, J. *Reminiscence - Entre mémoire et oubli*. 169-172. Ramonville: Erès.

LEKEU, F., VAN DER LINDEN, M. (2005). Le fonctionnement de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer. In ERGIS, A-M., GELY-NARGEOT, M-C., VAN DER LINDEN, M. *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*. 73-117. Marseille: Solal.

LEMARQUIS, P. (2019). L'impact du Beau sur le cerveau. [Vidéo en ligne]. Institut national du patrimoine. Durée: 01'05. Repéré à: <https://www.youtube.com/watch?v=SwtDA6nCiCk>

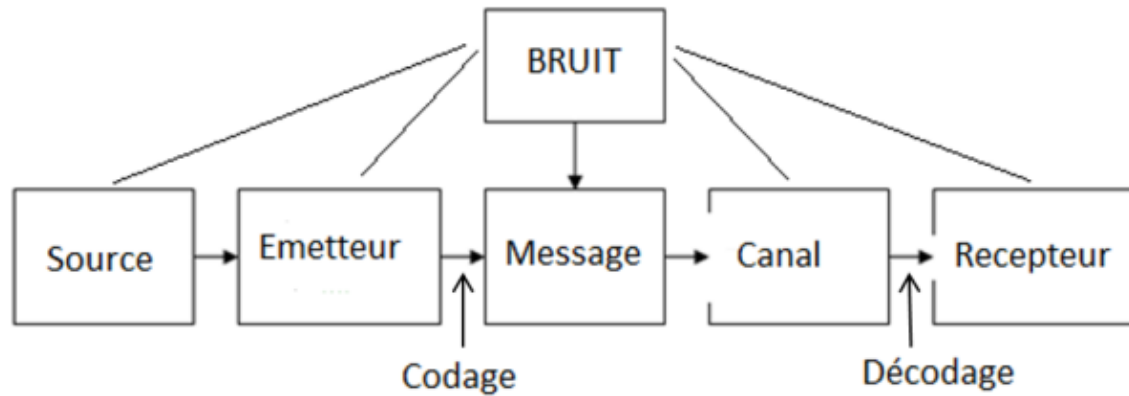
- LESOURD, M., LE GALL, D., BAUMARD, J., CROISILE, B., JARRY, C., OSIURAK, F. (2013). Apraxia and Alzheimer's disease. Review and perspectives. *Neuropsychology Review*, 23: 234-56.
- LEVY, M-L., CUMMING, J., FAIRBANKS, L-A., MASTERMAN, D., MILLER, B-L. (1998). Apathy is not depression. *Journal of neurology clin. N.* 10: 314-319.
- MAISONDIEU, J. (1995). Au delà des mots... parler avec les déments. *Rééducation Orthophonique*, 181, 39-49.
- MAISONDIEU, J. (2011). *Le crépuscule de la raison*. Montrouge: Bayard.
- MALECOT, C. (2002). Étude de la communication non- verbale chez des patients déments. In ROUSSEAU, T. (2009). *La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique*. *Bulletin de psychologie*, Vol. 503(5), pp 429-44.
- MARIN, R-S., BRIDRYCKI, R-C., FIRINCIOGULLARI, S. (1991). Reliability and validity of the apathy. *Evaluation Scale. Psychiatry Res.* 38: 143-162.
- MARIN, R-S., FOGEL, B-S., HAWKING, J., DUFFY, J., KRUPP, B. (1995). Apathy: a treatable syndrome. *Journal of Neuropsychiatry and clinical Neurosciences*, 7: 23-30.
- MCKEITH, I., CUMMING, J. (2005). Behavioral changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurology*, 4: 735-742.
- MENDEZ, M-F., MENDEZ, M-A., MARTIN, R., SMYTH, K-A., WHITEHOUSE, P-J. (1990). Complex visual disturbances in Alzheimer's disease, Vol. 40(3), pp 439.
- MURDOCH, B., CHENERY, H. (1987). Language disorders in dementia of Alzheimer type. *Brain and language*, 31, pp 122-137.
- MORI, E., IKEDA, M., IRONO, N. (1999). Amygdalar volume and emotional memory in Alzheimer's disease. *Am J. Psychol.*; 156: 216-22.
- MUCCHIELLI A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France - Paris
- NARDINI Editore (1991). *Les géants de la peinture*, VPC Larousse Laffont 1991
- NASREDDINE, Z. S., PHILLIPS, N. A., BEDIRIAN, V., [...] CHERTKOW, H. 2005. "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment." *J.Am.Geriatr.Soc.* 53(4):695-99.
- des NOETTES, V. L. (2006). Art-thérapie et démences. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, Volume 6, Issue 35, October 2006, Pages 7-12
- ORANGE, J-B., LUBINSKI, R-B., HIGGINBOTHAM, D-J. (1996). Conversational repair by individuals with dementia of Alzheimer type. *Journal of speech and hearing research*, 39, pp 881-895.
- PERRY, R., WATSON, P., HODGES, J-R. (2000). *Neuropsychologia*, Vol. 38(3), pp. 252-271.
- PERRY, R., HODGES, J-R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease. *Brain*, 122: 383-404.

- PIOLINO, P. (2005). Mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer. In ERGIS, A-M., GELY-NARGEOT, M-C., VAN DER LINDEN, M. Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer. 119-145. Marseille: Solal.
- PIOLINO, P. (2008). A la recherche du self: théorie et pratique de la mémoire autobiographique dans la maladie d'ALzheimer. *L'encéphale*, 34, 77-88.
- PLOTON, L. (2007). Affectivité et maladie d'Alzheimer. In LEJEUNE, A., MAURY-ROUAN, C. Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer. 133-148. Marseille: Solal.
- POUPART J. (1997). *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin Editeur – Montréal.
- RIBOT, T. (1881). Les maladies de la mémoire. Baillière. Paris
- ROBERT et al. (2006). In CECCALDI, M., DEFER, G., DELBEUCK, X, [...] PONCET, M. (2008). Intelligence et démences. 29, pp 763-854.
- ROTHI, G., OCHIPA, C., KENNETH, M. (1991). A cognitive neuropsychological model of limb praxis. *Cognitive Neuropsychology*, Vol. 8, pp 443-458.
- ROUSSEAU, T. (1994). Prise en charge des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer. *Glossa, les cahiers de l'Unadrio*, 40, 22-27.
- ROUSSEAU, T. (1995). Communication et maladie d'Alzheimer: évaluation et prise en charge; Isbergues: Ortho Edition.
- ROUSSEAU, T. (2008). Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives. In Rousseau, T. Les approches thérapeutiques en orthophonie - Prise en charge orthophonique des pathologies d'origines neurologique, 157-179. Isbergues: Ortho Edition.
- ROUSSEAU, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, Vol. 503(5), pp 429-44.
- ROUSSEAU, T. (2011a). Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 11, 65, 221-228.
- ROUSSEAU, T. (2011b). Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- ROUSSEAU, T. (2016). Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication (GECCO). Ortho édition.
- ROUSSEL, M., ROUTIER, A., TOURBIER, S., WANNEPAIN, S., GODEFROY, O. (2009). Etudes des fonctions exécutives en fonction du degré de sévérité de la maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*, 165, 105.
- ROY, E-A., SQUARE, P-A. (1985). Common considerations in the study of limb verbal and oral apraxia. *Advances in Psychology*, Vol. 23, pp 111-161.

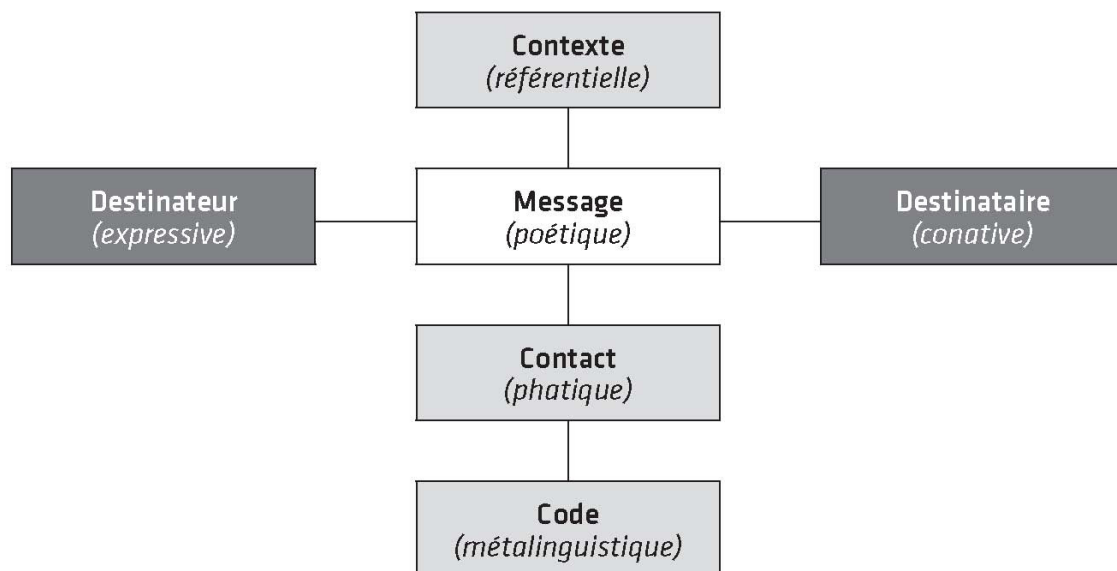
- SEGEV, I., MARTINEZ, L.-M., ZATORRE, R.-J (2014). Brain and art. *Frontiers in human neuroscience*. Vol. 8, 465.
- SELLAL, F., KRUSCHZEK, E. (2007). *Maladie d'Alzheimer*. Rueil-Malmaison: Doin
- SERRON, X., VAN DER LINDEN, M., ANDRES, P. (1999). Neuropsychologie des lobes frontaux. Solal.
- SERRON, X., VAN DER LINDEN, M., ANDRES, P. (1999). *Traité de neuropsychologie*, Tome 1. Solal.
- STRUBEL, D., SAMACOITS, P., SAINSON, A., BURLAN, D., MAURIN, J. (2007). La communication avec le patient atteint de démence. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 7(40), 27-32
- SYSSAU, A., BROUILLET, D. (1996). Rôle de la valeur affective et de la nature du texte dans la récupération du souvenir chez les personnes âgées. *Année Psychol.*; 96: 85-112.
- TAP, P., VINAY, A. (2000). Dynamique des relations familiales et développement personnel à l'adolescence. In POURTOIS, J-P., DESMET, H. (Eds). *Le parent éducateur*, pp 87-157). Paris: Puf.
- TRAN, T. M., ANTOINE, R., LAURENT, L., [...] JOEL, M. (2016). Dépistage des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives : présentation d'un nouvel outil en langue française. *Revue Neurologique*, 172, Supplement 1, A12–A13.
- TULVING, E., EUSTACHE, F., DESGRANGES, B., VIADER, F., trad (2004). La mémoire épisodique: de l'esprit du cerveau. *Revue Neurologique*. Paris. 160: 2S9-2S23.
- VANDERVEKEN, D. (1988). *Les actes de discours. Essai de philosophie du langage et de l'esprit sur la signification des énonciations*. Bruxelles: P. Mardaga.
- VINAY, A., GERARD, M., BONNET., REXAND-GALAIS, F., FROMAGE, B. (2016). A la recherche du sujet dans la maladie d'Alzheimer. *pratiques psychologiques* 22, 255-268.
- VISCHER, R. (1873). *Ueber das optische Formgefuehl, Ein Beitrag zur Aesthetik*. In CALIANDRO, S. (2004). Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques. *Revue française de psychanalyse*, vol. 68(3), 791-800.
- WINNICOTT, D-W. (1975b). *Jeu et réalité*. L'espace potentiel. Paris Gallimard.
- YARDIN, C. (2007). *Histopathologie de la maladie d'Alzheimer*. *Morphologie*, 91, 199-201

ANNEXES

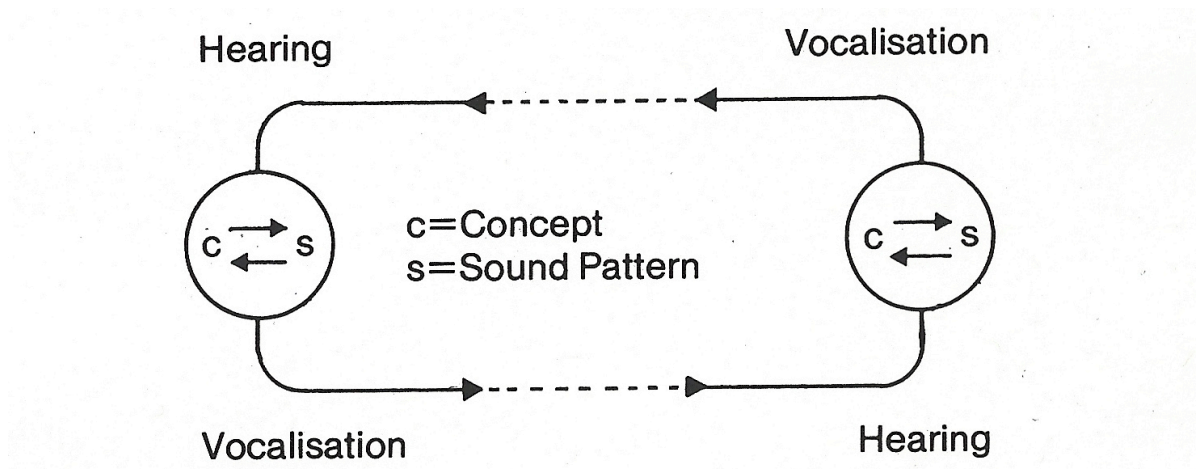
► Annexe 1 : Modèle de la communication de Shannon (1948)



► Annexe 2 : Modèle de la communication de Jakobson (1960)



► Annexe 3 : Modèle du circuit de la parole de Saussure





FICHE D'INFORMATION

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, je m'intéresse actuellement aux capacités langagières et cognitives du sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer.

Ce mémoire s'inscrit dans un protocole élargi, mené par Cécile JARNAUD, orthophoniste à l'Unité Cognitivo-Comportementale (centre Paul Spillmann) à Nancy.

Ce travail de recherche a pour vocation de s'intéresser à la communication du patient atteint de troubles neurocognitifs majeurs, autour de supports artistiques envisagés comme possibles vecteurs d'émotions.

Ce mémoire de fin d'études reposera ainsi sur l'analyse de données recueillies lors d'entretiens avec Madame _____, réalisés de janvier à mars 2020.

Afin de mener une analyse précise des données recueillies, les échanges autour des supports artistiques proposés, seront enregistrés par microphone. L'ensemble des informations obtenues respecteront toutes les conditions relatives à la protection des personnes et seront réservées à un usage strictement professionnel et pédagogique en vue de la réalisation de l'étude.

Vous disposez de droits sur vos données personnelles à tout moment. Selon le Règlement Général sur la Protection des Données et la loi Informatiques et Libertés, vous disposez: d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition. Vous pouvez l'exercer auprès du responsable de la recherche. Cette autorisation est valable sans limitation de durée sauf opposition de votre part.

Je reste à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire, par mail et/ou téléphone.

Je vous joins également ci-dessous les contacts de mes maîtres de mémoire à la direction de cette étude.

En vous remerciant,

Bien cordialement,

Camille PLAISANCE - Etudiante en 5^{ème} année d'Orthophonie à Nancy

► Annexe 5 : Formulaire de consentement de participation



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Je soussignée....., représentante légale de Madame, accepte librement et volontairement de participer à la recherche sur l'étude de la communication du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, menée par Camille PLAISANCE dans le cadre de son mémoire d'orthophonie, sous la direction de Madame Cécile JARNAUD et Madame Lise POTTIER au sein du Département d'Orthophonie de Nancy.

J'ai lu et reçu la notice d'information qui m'a été remise et les informations précisant les modalités et le déroulement de l'étude.

Il m'a été précisé que:

- Ce mémoire faisait l'objet d'une étude de cas réalisée auprès d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer.
- Ma participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.
- Je suis libre d'accepter ou de refuser sans que cela ne modifie d'aucune façon la prise en charge médicale et paramédicale.
- Il m'était possible de poser toutes les questions qui me paraissent utiles et on a pu répondre aux questions posées

Fait à, le

Signature de l'orthophoniste dirigeant les entretiens:

Signature de l'étudiant(e):

Signature du participant ou de son représentant légal:



FEUILLE D'AUTORISATION D'ENREGISTREMENT

Autorisation d'enregistrement au microphone

Je soussignée,, représentante légale de Madame, consent par la présente, à l'enregistrement vocal des entretiens réalisés à l'EHPAD Sainte Thérèse (Ludres) au cours des séances d'orthophonie. Ces enregistrements feront l'objet d'une étude effectuée dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie portant sur la communication du sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer, mené par l'étudiante de master au Département d'Orthophonie de Nancy, Camille PLAISANCE, sous la supervision de Mesdames Cécile JARNAUD et Lise POTTIER, orthophonistes.

Les enregistrements vocaux sont destinés à une exploitation professionnelle et pédagogiques.

Cette autorisation, valable sans limitation de durée à dater de la présente, ne concerne que les utilisations dites d'analyse, de formation et de communication interne et externe entre professionnels de santé.

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je m'engage à ne demander ni rémunération complémentaire, ni droit d'utilisation pour les utilisations précitées.

Fait à, le

Signature

► Annexe 7: Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA

Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA
ROUSSEAU, T.

Patient :						Date :					
Situation de communication :						Thème :					
Interlocuteur :						Durée :					

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

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-taquer	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, paraphasies sémantiques ou phonologiques)	Ce n'est pas un perdreau de l'année (pour dire de quelqu'un qu'il est assez âgé) ograminospire

► Annexe 9: Accès aux corpus

Dans un souci de présentation et de protection des données, l'intégralité des supports présentés au cours des entretiens figure, au même titre que l'ensemble des transcriptions écrites, sur une plateforme informatisée dont l'accès est restreint.

Contact : camillep54@live.fr

Plaisance Camille

Titre : Troubles Neurocognitifs Majeurs, art, émotions et communication.

La médiation artistique dans l'étude de la communication du sujet âgé atteint de démence de type Alzheimer

Résumé : La maladie d'Alzheimer est l'affection neurologique la plus fréquente chez le sujet âgé. Au-delà de l'atteinte mnésique, langagière et communicationnelle, elle inscrit l'individu dans une dynamique de pertes et de ruptures profondes. La personne, bien souvent assignée à son état pathologique, n'est socialement plus considérée comme capable d'être au monde. C'est pourquoi, il est nécessaire de repenser la parole du sujet dément. En outre, l'intérêt croissant, relatif à l'implication de l'art dans les processus de stimulation et de réhabilitation cognitive, nous interroge sur la pertinence de la médiation artistique quant au maintien de la continuité identitaire, mais également quant à l'optimisation des capacités communicationnelles du sujet atteint de troubles neurocognitifs majeurs. Aux termes de cette étude de cas, il apparaît que les supports artistiques favorisent considérablement la communication et la projection de l'être émotionnel, et participent de ce fait, à la réhabilitation du Sujet en tant qu'individu singulier. Nous noterons par ailleurs, qu'il serait d'autant plus pertinent d'élargir l'étude à une cohorte de patients ainsi qu'à différents arts visuels, afin de motiver une tout autre approche du Sujet.

Mots clés : troubles neurocognitifs majeurs, Alzheimer, art, émotions, communication

Abstract : Alzheimer's disease is the most common neurological condition in the elderly. Beyond memory, language and communication, it places the individual in a dynamic of deep losses and ruptures. The person, often assigned to his pathological condition, is no longer considered socially as capable of being in the world. This is why it is necessary to rethink the words of the demented subject. In addition, the growing interest, relating to the implication of art in the processes of stimulation and cognitive rehabilitation, questions us on the relevance of artistic mediation as for the maintenance of identity continuity, but also as for optimization of the communication skills of the subject suffering from major neurocognitive disorders. According to this case study, it appears that the artistic supports considerably promote the communication and the projection of the emotional being, and participate in this fact, in the rehabilitation of the Subject as a singular individual. We will note, further, that it would be all more relevant to expand this case study to a cohort of patients as well as to different visual arts, in order to generate a completely a new approach to the Subject.

Keywords : major neurocognitive disorder, Alzheimer, art, emotions, communication