



HAL
open science

Maladie d'Alzheimer, personnalité, communication : liens et incidences

Chloé Armougom, Audrey Dalbin

► **To cite this version:**

Chloé Armougom, Audrey Dalbin. Maladie d'Alzheimer, personnalité, communication : liens et incidences. Sciences cognitives. 2016. dumas-01374391

HAL Id: dumas-01374391

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01374391>

Submitted on 30 Sep 2016

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

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

ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE

MEMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

**MALADIE D'ALZHEIMER, PERSONNALITE,
COMMUNICATION : LIENS ET INCIDENCES**

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Thierry Rousseau

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

ARMOUGOM Chloé

Née le 14/03/1993

DALBIN Audrey

Née le 21/03/1992

REMERCIEMENTS

Nous voudrions remercier notre maître de mémoire, Monsieur Thierry Rousseau de nous avoir permis d'étudier un sujet aussi essentiel pour notre future pratique ainsi que pour ses conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Nous souhaiterions également remercier les orthophonistes pour leur dévouement et l'intérêt qu'elles ont accordé à notre projet. Nous remercions les directeurs des EHPAD qui ont accepté de nous ouvrir les portes de leurs établissements ainsi que le personnel soignant, toujours bienveillant.

Merci aux patients et à leurs proches qui ont rendu ce projet possible en nous donnant de leur temps et en nous faisant partager leur histoire de vie. Nous avons une pensée particulière pour les deux patients qui nous ont quittés pendant la rédaction de ce mémoire ainsi que pour leurs familles.

Merci à Mme Aurélia Mauré-Bonal et à Mme Ghislaine Hardy, auprès desquelles j'ai pu apprendre les aspects pratiques de la profession et, qui, par leur passion, n'ont fait que renforcer mon désir de devenir orthophoniste.

Merci à mes parents et à mon frère, qui, malgré la dizaine de milliers de kilomètres qui nous sépare, m'ont donné l'affection dont j'avais besoin tout au long de l'année.

Merci à Florian, Amandine, Magali et Astrid pour leur bonne humeur et le sang froid qu'ils ont su garder dans les meilleurs comme les moins bons moments de cette année.

Chloé

Merci à ma mère et à mon frère pour leurs paroles toujours appropriées, le courage qu'ils m'ont donné.

A mes amies : Faustine, Jessica, Corinne, Mandy, Yamina, Camille, Mélodie, Sabrina, Sandrine, toujours là pour dissiper les mauvais sentiments et me faire relativiser.

Merci à mes collègues, et notamment Anne-Caroline Fiévet, pour leurs conseils plus que précieux.

Merci à mes maîtres de stage qui ont croisé ma route et qui m'ont tant appris.

Et à tous les autres, innommables, pour avoir veillé sur moi plus ou moins consciemment.

Audrey

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussigné(e) Chloé ARMOUGOM, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Je soussigné(e) Audrey DALBIN, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PARTIE THEORIQUE | 2 |
| 1. La communication | 3 |
| 1.1 <u>Approches de la communication</u> | 3 |
| 1.1.1 Conception linéaire | 3 |
| 1.1.1.1 Modèle de Shannon et Weaver | 3 |
| 1.1.1.2 Modèle de Jakobson | 4 |
| 1.1.2 Conception circulaire | 4 |
| 1.1.2.1 Modèle de Kerbrat-Orrecchioni | 4 |
| 1.1.2.2 Ecole de Palo Alto | 5 |
| 1.2 <u>Communication protéiforme</u> | 5 |
| 1.2.1 Multimodalité et multicanalité de la communication | 5 |
| 1.2.2 Communication verbale | 5 |
| 1.2.3 Communication non-verbale | 6 |
| 1.2.4 Communication para-verbale | 6 |
| 1.3 <u>Influence de la pragmatique sur la communication</u> | 7 |
| 1.3.1 Définition | 7 |
| 1.3.2 Prégnance du contexte | 7 |
| 1.3.3 Théorie des actes de langage | 8 |
| 2. La communication du malade Alzheimer (Audrey) | 10 |
| 2.1 <u>Evolution de la communication du malade Alzheimer</u> | 10 |
| 2.1.1 Stade léger | 10 |
| 2.1.2 Stade modéré | 11 |
| 2.1.3 Stade sévère | 11 |
| 2.2 <u>Spécificités de la communication du malade Alzheimer</u> | 12 |
| 2.2.1 Communication verbale | 12 |
| 2.2.2 Communication non-verbale | 13 |
| 2.2.3 Troubles pragmatiques | 13 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 2.2.3.1 | Notions de cohérence et cohésion..... | 13 |
| 2.2.3.2 | Modifications du discours du patient Alzheimer..... | 14 |
| 2.3 | <u>Influence des facteurs contextuels dans la communication du malade Alzheimer</u> | 15 |
| 2.3.1 | Age..... | 15 |
| 2.3.2 | Sexe | 15 |
| 2.3.3 | Niveau socio-culturel..... | 15 |
| 2.3.4 | Lieu de vie | 16 |
| 3. | Personnalité prémorbide (Chloé) | 16 |
| 3.1 | <u>Généralités</u> | 16 |
| 3.1.1 | Définition..... | 16 |
| 3.1.2 | Modèle des 5 facteurs | 17 |
| 3.2 | <u>Personnalité, communication et maladie d'Alzheimer</u> | 19 |
| 3.2.1 | Personnalité et communication..... | 19 |
| 3.2.2 | Personnalité et âge | 20 |
| 3.2.2.1 | Stabilité vs changement | 20 |
| 3.2.2.2 | Personnalité et maladie d'Alzheimer..... | 21 |
| | PARTIE PRATIQUE | 23 |
| 1. | Objectifs | 24 |
| 2. | Hypothèses de travail | 24 |
| 3. | Méthodologie | 25 |
| 3.1 | <u>Matériel utilisé</u> | 25 |
| 3.1.1 | Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO)..... | 25 |
| 3.1.1.1 | Situations de communication..... | 26 |
| 3.1.1.2 | Analyse pragmatique du discours..... | 26 |
| 3.1.2 | <i>Big Five Inventory</i> Français (BFI-Fr)..... | 27 |
| 3.1.3 | <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> | 29 |
| 3.2 | <u>Recueil des données</u> | 29 |
| 3.3 | <u>Population finale</u> | 29 |
| 3.3.1 | Critères d'inclusion..... | 29 |
| 3.3.2 | Critères d'exclusion..... | 30 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.3.3 | Définition des variables | 30 |
| 3.3.4 | Echantillon..... | 31 |
| 3.3.5 | Sexe | 31 |
| 3.3.6 | Age..... | 31 |
| 3.3.7 | Lieu de vie | 32 |
| 3.3.8 | Niveau socio-culturel..... | 32 |
| 3.3.9 | Proches..... | 33 |
| 3.3.10 | Méthode de traitement des données..... | 33 |
| 4. | Analyse des résultats | 33 |
| 4.1 | <u>Analyse du score GECCO en fonction du score <i>BFI-Fr</i></u> | 33 |
| 4.1.1 | Recherche d'un lien entre le score obtenu dans chaque dimension (OCEAN) et le score total à la GECCO..... | 35 |
| 4.1.2 | Recherche d'un lien entre le score obtenu dans chaque dimension (O,C,E,A,N) et le score d'inadéquation à la GECCO..... | 37 |
| 4.2 | <u>Analyse du score GECCO en fonction des variables contextuelles.....</u> | 41 |
| 4.2.1 | Recherche d'un lien entre le score total obtenu à la GECCO et les variables contextuelles | 41 |
| 4.2.1.1 | Influence de l'âge | 41 |
| 4.2.1.2 | Influence du sexe | 42 |
| 4.2.1.3 | Influence du niveau socio-culturel..... | 42 |
| 4.2.1.4 | Influence du lieu de vie..... | 43 |
| 4.2.2 | Recherche d'un lien entre le score d'inadéquation obtenu à la GECCO et les variables contextuelles | 44 |
| 4.2.2.1 | Influence de l'âge | 44 |
| 4.2.2.2 | Influence du sexe | 45 |
| 4.2.2.3 | Influence du niveau socio-culturel..... | 45 |
| 4.2.2.4 | Influence du lieu de vie..... | 46 |
| 5. | Discussion | 46 |
| 5.1 | <u>Confrontation des résultats aux hypothèses de départ.....</u> | 46 |
| 5.2 | <u>Critiques de l'étude et difficultés rencontrées.....</u> | 49 |
| 5.2.1 | Contrôle des variables pour la constitution de la population..... | 49 |
| 5.2.2 | Importance et hétérogénéité de la population..... | 49 |

| | | |
|-------------------------|---|----|
| 5.2.3 | Mise en relation avec les proches pour le questionnaire <i>BFI-Fr</i> | 50 |
| 5.2.4 | Biais lié à la subjectivité de l'examineur lors de la cotation de la GECCO..... | 50 |
| 5.2.5 | Biais lié à la subjectivité des proches lors de la cotation du <i>BFI-Fr</i> | 50 |
| 5.2.6 | Biais lié à l'impact de la rééducation et la stimulation quotidienne | 50 |
| 5.3 | <u>Perspectives</u> | 51 |
| CONCLUSION | | 52 |
| ANNEXES | | |

LISTE DES ABREVIATIONS

A = agréabilité

BFI-Fr = Big Five Inventory Français

C = conscience, conscienciosité

DTA = démence de Type Alzheimer

E = extraversion

EHPAD = établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

GECCO = Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication

MA = malade Alzheimer

MMSE = Mini Mental State Examination

NSC = niveau socio-culturel

N = névrosisme

O = ouverture

FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1 : Répartition des sujets en fonction du sexe

Figure 2 : Répartition des sujets en fonction de l'âge

Figure 3 : Répartition des sujets en fonction du lieu de vie

Figure 4 : Répartition des sujets en fonction du NSC

Figure 5 : Répartition des proches en fonction de leur lien de parenté avec les patients

Figure 6 : Répartition du nombre d'actes total, adéquats et inadéquats de l'ensemble de la population en fonction de la fréquence d'actes par minute

Figure 7 : Répartition des scores *BFI-Fr* obtenus dans chaque dimension pour l'ensemble de la population

Figure 8 : Corrélation entre le score de névrosisme et le score GECCO total des patients

Figure 9 : Corrélation entre le score d'agréabilité et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer

Figure 10 : Corrélation entre le score de conscienciosité et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer

Figure 11 : Corrélation entre le score d'ouverture et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer

Figure 12 : Corrélation entre la fréquence d'actes totaux émis par minute et l'âge

Figure 13 : Corrélation entre la fréquence d'actes inadéquats émis par minute et l'âge

Tableaux

Tableau 1 : Répartition des sujets en fonction de l'âge

Tableau 2 : Corrélation entre les scores *BFI-Fr* pour chaque dimension et le score GECCO total des patients Alzheimer

Tableau 3 : Corrélation entre les scores *BFI-Fr* pour chaque dimension et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer

Tableau 4 : Score total moyen obtenu à la GECCO en fonction du sexe

Tableau 5 : Score total moyen obtenu à la GECCO en fonction du NSC

Tableau 6 : Score total moyen obtenu à la GECCO en fonction du lieu de vie

Tableau 7 : Score moyen d'inadéquation obtenu à la GECCO en fonction du sexe

Tableau 8 : Score moyen d'inadéquation obtenu à la GECCO en fonction du niveau socio-culturel

Tableau 9 : Score moyen d'inadéquation obtenu à la GECCO en fonction du lieu de vie

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative qui s'est muée en véritable enjeu de santé publique du fait de la longévité de plus en plus importante de la population.

L'entourage se trouve souvent désabusé face aux changements progressifs qu'il voit apparaître chez le patient à mesure que la maladie évolue. Ces divers troubles peuvent mener à une rupture de la communication entre le malade et son entourage.

Les thérapies éco-systémiques se proposent de maintenir le plus longtemps possible les capacités de communication des patients afin qu'ils soient toujours considérés comme individus communicants. Elles prennent en compte l'influence des divers facteurs intrinsèques et extrinsèques pouvant influencer la communication du patient.

Plusieurs études se sont concentrées sur l'influence des facteurs que sont l'âge, le sexe, le niveau socio-culturel et le lieu de vie. Cependant, ces recherches n'ont pas permis de donner des réponses objectives quant à l'hétérogénéité des capacités de communication des patients.

L'influence de la personnalité prémorbide du malade est une hypothèse que nous nous proposons d'explorer à travers ce mémoire. Ainsi, si le facteur personnalité entretient un lien réel avec la communication du malade, l'étude des traits de personnalité caractérisant les patients pourrait permettre aux professionnels d'orienter et d'adapter leur prise en charge dès les stades léger et modéré de la maladie en fonction de cette analyse.

A travers cette étude, nous nous donnons pour objectif d'évaluer les relations que pourraient entretenir la personnalité prémorbide et la communication observées chez les patients Alzheimer à un stade léger ou modéré. Nous nous attacherons à contrôler l'influence des divers facteurs déjà explorés dans des recherches précédentes.

La première partie visera à explorer les connaissances actuelles sur la communication, la maladie d'Alzheimer ainsi que sur la personnalité. L'analyse des résultats de notre étude fera l'objet de la seconde partie.

PARTIE THEORIQUE

1. La communication

« L'étude de la communication humaine occupe une place centrale dans plusieurs disciplines » (Pezzulo, et coll., 2013) [51]. La communication est un concept fondamental difficile à appréhender de manière unilatérale du fait des nombreuses définitions proposées par les sciences, courants et auteurs qui s'y intéressent.

Les auteurs s'accordent à penser la communication comme un phénomène social omniprésent permettant de créer l'interaction (Tillas, et coll., 2015) [73]. Elle est fondatrice de la socialisation. Ainsi, Cataix-Nègre (2011) [7], affirme que « tout comportement est une communication ». La communication est intrinsèque à l'homme et même parfois inconsciente. Cataix-Nègre ajoute donc que le non-comportement est lui-même un comportement. Même au travers d'un silence, l'interlocuteur peut communiquer ses intentions à autrui. L'interaction ne se construit donc pas seulement à travers le canal verbal mais intègre bien différents canaux. Les aspects para-verbaux et non-verbaux pèsent tout autant que le verbal dans la communication.

Il est fondamental de s'intéresser au contexte et aux intentions des locuteurs dans l'étude de la communication car « la pragmatique est un élément central de toute théorie de langage qui se veut complète » (Stemmer, 1999, cité par Joannette et coll., 2006) [26].

1.1 Approches de la communication

1.1.1 Conception linéaire

1.1.1.1 Modèle de Shannon et Weaver

En 1949, Shannon et Weaver construisent un modèle linéaire, unidirectionnel de la communication « dans lequel un émetteur, grâce à un codage, envoie un message à un récepteur qui effectue le décodage dans un contexte perturbé de bruit » (Shannon et coll., 1949) [70].

Shannon et Weaver se sont essentiellement concentrés sur la transmission optimale du message. Ce modèle simple, révèle l'influence des facteurs perturbant la transmission du message mais ignore plusieurs composantes de la communication telles que la fonction du récepteur, qui, dans ce modèle, a un rôle uniquement passif. Il ignore aussi l'éventualité de se retrouver face à une pluralité de récepteurs ou encore plusieurs messages.

1.1.1.2 Modèle de Jakobson

Jakobson (1966) [24] revoit le modèle de Shannon et Weaver. Il se concentre sur le message, transféré de l'émetteur au récepteur par un code commun. Le message s'articule autour de six paramètres: destinataire, message, destinataire, contexte, contact et code.

A chacun des paramètres correspond une fonction du message:

- la fonction expressive permet l'expression de l'état émotionnel du destinataire
- la fonction poétique s'intéresse à la structure même du message, sa forme esthétique
- la fonction conative a pour but d'induire un comportement chez le destinataire, de le faire agir
- la fonction référentielle cherche à décrire le monde, elle concerne le contenu informatif du message
- la fonction phatique vise à créer, maintenir ou clore l'échange
- la fonction métalinguistique centre le message sur le langage en tant que code et sur ses unités linguistiques

Ce modèle homogène s'est imposé dans les études de communication mais ne tient toujours pas compte de la réversibilité des rôles des locuteurs et de des divers éléments situationnels influençant l'interaction. Il s'oppose à des conceptions interactionnistes plus axées sur la pragmatique décrites ci-dessous.

1.1.2 Conception circulaire

1.1.2.1 Modèle de Kerbrat-Orrecchioni

Kerbrat-Orecchioni (1998) [34] enrichit le modèle de Jakobson dans une perspective interactionniste. Elle se démarque du modèle homogène de ce dernier en y ajoutant des compétences, déterminations et contraintes nécessaires à la compréhension et au bon déroulement de la communication.

Kerbrat-Orecchioni parle d'hétérogénéité structurée: « parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant ». Les interactants exercent les uns sur les autres une « influence mutuelle ». Ils peuvent donc accéder partiellement aux représentations de l'autre. Le contexte détermine l'interaction en permettant la production et l'interprétation des

messages. Elle insiste sur le fait que l'échange communicatif ne peut jamais être qu'imparfait. Chaque partenaire fait face à l'univers du discours de l'autre. Ils ne parlent donc pas le même langage.

1.1.2.2 Ecole de Palo Alto

L'école de Palo Alto est un groupe de pensée créé sous l'impulsion de Bateson en 1952. Cette école conçoit la communication comme un « tout intégré ». La communication est orchestrale : chaque interlocuteur fait partie d'un système. (parole, non-verbal, conscience). La communication, comme un chef d'orchestre, fait jouer les différents instruments - que sont les divers paramètres - ensemble ou séparément. L'échange se renouvelle en permanence comme une partition, sous l'influence du feedback qui découle d'une conception circulaire et intégrative. Le récepteur actif, agit sur la pensée de l'émetteur par le retour de sa réaction.

1.2 Communication protéiforme

1.2.1 Multimodalité et multicanalité de la communication

Une majeure partie de ce que l'on communique se fait sans mots. « Renvoyant aux composantes non seulement verbales mais aussi para-verbales et non-verbales de l'interaction, [...] l'interaction communicative apparaît donc multimodale, englobant le niveau discursif, proprement langagier, et le niveau communicationnel de l'échange, qui a trait à l'ensemble des moyens mis en œuvre pour affecter les processus de communication » (Olry-Louis et coll., 2007) [50].

Dans une situation de communication, la communication est donc multimodale et les signaux véhiculés par le canal verbal sont invariablement accompagnés d'informations visuelles perceptibles sur la face et les gestes des mains (Vigliocco et coll., 2014) [76]. La communication fait sens par la bimodalité gestes-parole (Colleta et coll., 2010) [8] et par le traitement simultané des signaux auditifs, visuels et kinesthésiques.

1.2.2 Communication verbale

Selon Saussure (1962) [67], « le langage est la capacité propre à l'homme de communiquer, grâce à un système de signes linguistiques ». Mais les thèses multimodales ont prouvé que le langage ne se limite pas au verbal.

La communication verbale permet d'exprimer sentiments, pensées, besoins et de parler de sujets abstraits. Elle permet aussi d'utiliser et de comprendre des codes pour adapter notre milieu en fonction de nos besoins (Delamarre, 2011) [10]. Elle fait appel à de nombreuses fonctions cognitives. La production et la compréhension des énoncés et la maîtrise lexicosémantique et syntaxique sont indispensables pour assurer la communication des idées en modalité verbale.

Chaque interlocuteur doit faire preuve de capacités d'adaptation et de contrôle sur le thème de l'échange qui peut se renouveler. Or, l'évaluation de la communication du patient Alzheimer ne peut se limiter au langage: les troubles cognitifs altèrent considérablement l'outil langagier. La communication non-verbale peut venir suppléer voire se substituer à la communication verbale. Elles sont donc complémentaires et par là même indissociables.

1.2.3 Communication non-verbale

« La communication non-verbale s'acquiert très tôt, elle est en général spontanée et souvent en dehors de la conscience. Elle utilise peu de ressources cognitives » (Schiaratura, 2008) [68]. Or, les études sur la communication et le langage se sont essentiellement concentrées sur les aspects verbaux en ignorant les informations non-verbales disponibles au cours d'une interaction d'après Vigliocco et coll. (2014) [76].

Pourtant, plusieurs recherches ont montré que dans une interaction, lorsque les messages verbaux sont en contradiction avec les signaux non-verbaux, nous préférons nous fier au non-verbal afin de juger de l'état et des sentiments de notre interlocuteur. (Burgoon et coll., 2010) [5]. Schiaratura (2008) [68] rejoint cette position en soulignant que la composante émotionnelle revêtue par la communication non-verbale permet de réguler l'échange en renseignant sur les attitudes respectives, intentions et états émotionnels. Ainsi, la communication non-verbale peut être décrite comme celle qui s'effectue avec le regard, les expressions faciales, une attitude gestuelle et posturale, une tonalité vocale et la gestion d'un espace interpersonnel (Schiaratura, 2008) [68].

1.2.4 Communication para-verbale

La communication para-verbale correspond à un ensemble de signaux qui renseignent sur l'état émotionnel des locuteurs en action mais aussi sur les relations qui lient les interlocuteurs. La communication para-verbale concerne donc l'intonation, le rythme ainsi

que la tonalité de la voix. La manière dont les interlocuteurs utilisent ces différents signaux permet aussi de réguler l'échange en modulant son intensité.

La communication est donc un processus circulaire, intégratif et protéiforme. Ce processus se réalise à travers plusieurs canaux (verbal, non-verbal, para-verbal). Il est fondamental de s'intéresser à l'influence de la pragmatique sur la communication.

1.3 Influence de la pragmatique sur la communication

1.3.1 Définition

Gutiérrez-Rexach et coll. (2016) [18] expliquent que les premiers concepts de la pragmatique ont été développés dans une visée philosophique et linguistique. Ils ajoutent que plus récemment, la sociologie et les sciences cognitives se sont donné pour objectif d'analyser les motivations sociales et psychologiques sous-jacentes permettant d'expliquer le comportement linguistique ainsi que leurs conséquences.

La pragmatique permet donc d'analyser les facteurs qui influencent la communication en ne se réduisant pas qu'aux aspects langagiers. Comme l'explique Rousseau (2011) [65] en citant Bernicot et coll. (2002) « la pragmatique est l'étude cognitive, sociale et culturelle du langage et de la communication ». Pragmatique et communication sont donc indissociables. Bosco et coll. (2016) [3] reprennent l'idée émise par Grice en 1989 en expliquant que selon la théorie de la pragmatique, la communication humaine est une forme d'interaction sociale permettant à un interlocuteur de partager ses connaissances avec un ou plusieurs individus. Ils ajoutent que dans la pragmatique ce qui est le plus important, c'est que dans l'interaction communicative, il y a souvent des différences entre ce qui est réellement dit et ce que le locuteur cherche réellement à communiquer.

1.3.2 Prégance du contexte

Joyal et coll. (2016) [32] définissent la pragmatique comme une composante majeure du langage se référant à l'utilisation de ce dernier en contexte. La pragmatique inclut les aspects verbaux, paraverbaux et non-verbaux de la communication tels que la capacité d'introduire un nouveau sujet de conversation, respecter les tours de rôle, décoder les émotions perceptibles dans la voix de l'interlocuteur et adopter la posture corporelle et l'expression faciale appropriées au contexte de la situation de communication. Il est donc

indispensable d'associer contexte et pragmatique. Kissine (2016) [37] affirme qu'il est nécessaire d'intégrer les informations contextuelles afin d'interpréter l'énoncé et de compléter le message linguistique par la réelle intention que cherche à communiquer l'interlocuteur. Dupuy et coll. (2016) [13] définissent le contexte comme l'ensemble des informations non-linguistiques jouant un rôle dans l'interprétation de l'énoncé. Ils ajoutent que cela peut inclure toute information extralinguistique pertinente, des notions en lien avec l'individu (ses connaissances, croyances) aux notions relatives à l'environnement physique dans lequel la conversation a lieu. Ainsi, il est possible de définir trois notions caractérisant le contexte: le cadre spatial et temporel qui contient des règles, la situation (le scénario implicite ou explicite qui définit les rôles, actions et règles de chacun), et l'institution qui par ses normes oriente les rapports et relations hiérarchiques.

1.3.3 Théorie des actes de langage

Gordon (2013) [17] revient sur la théorie des actes de langage développée par Austin dans les années 1950. Elle explique qu'Austin soutient que lorsque nous utilisons le langage, nous ne décrivons pas simplement des situations mais nous accomplissons des actes, ce qui signe les liens qu'entretiennent nos actions physiques et les phrases que nous disons selon Mayes et coll. (2016) [47]. Il dénonce ce qu'il appelle "l'illusion descriptive" qui laisse croire que les énoncés n'ont qu'une valeur descriptive. Gordon donne l'exemple du "je le veux" prononcé au cours d'un mariage. Austin décrit ce type d'énoncés qui agissent sur le monde comme « performatifs »: ce sont des actes de langage. Il les dissocie des énoncés « constatatifs » qui eux, décrivent le monde.

Rousseau (2011) [65] reprend les trois types d'actes de langage décrits par Austin:

- l'acte locutoire correspond à l'énonciation même. Austin propose de la décomposer en 1) l'acte phonétique (production de sons), 2) l'acte phatique (production de mots dans une langue donnée et 3) l'acte rhétique (articulation des mots selon la syntaxe)
- l'acte illocutoire, le plus important, désigne l'intention d'agir que l'acte locutoire sous-tend.
- l'acte perlocutoire équivaut à l'acte effectivement produit. Celui-ci peut ne pas correspondre à l'intention du locuteur.

Austin a classé les actes illocutoires en se basant sur des verbes « qui, pour Searle, non seulement ne sont pas tous performatifs, mais de plus, ne représentent que des occurrences de types d'actes illocutoires, particulières à une langue donnée » (Rousseau, 2011) [65]. Searle a donc proposé une nouvelle classification des actes illocutoires qu'il sépare en cinq catégories selon leur force illocutionnaire (un même énoncé peut avoir des valeurs illocutoires différentes. Une question n'aura pas le même effet qu'une exclamation ou un constat) que Bracops (2010) [4] reprend:

- les actes représentatifs: le locuteur s'engage sur la vérité du contenu qu'il exprime.
- les actes directifs: le locuteur tente d'amener l'interlocuteur à faire quelque chose.
- les actes promissifs: le locuteur s'engage à accomplir un acte ou à adopter un comportement.
- les actes expressifs: le locuteur exprime ses sentiments.
- les actes déclaratifs,: les actes prononcés provoquent la vérité du contenu qu'ils expriment et se réfèrent à une institution extralinguistique (mariage...) ainsi qu'aux statuts de l'interlocuteur et du locuteur.

Wearing (2015) [78] révèle que Grice ajoute deux notions centrales à son travail sur la pragmatique: il s'intéresse à la prépondérance des intentions du locuteur dans le processus de communication ainsi qu'au rôle majeur joué par les inférences que l'interlocuteur opère afin de comprendre et déduire ces intentions. Okanda et coll. (2015) [49] expliquent qu'en 1975, Grice identifie des règles conversationnelles qu'on appelle les maximes conversationnelles.

Il définit le principe de coopération qui exige du locuteur:

- d'apporter le nombre d'informations nécessaires (ni trop ni pas assez) à la compréhension de l'interlocuteur : maxime de quantité
- de dire la vérité et de s'assurer du bienfondé de ces propos: maxime de qualité
- d'être pertinent: maxime de relation

- d'éviter d'être trop ambigu, être clair et concis (éviter d'être trop prolix sans raison) et de respecter l'ordre nécessaire à la compréhension : maxime de manière
- d'être poli : maxime additionnelle aux quatre précédentes.

2. La communication du malade Alzheimer

2.1 Evolution de la communication du malade Alzheimer

Les troubles de la communication et du langage sont un marqueur important de la maladie d'Alzheimer. Dans leur étude menée en 2013, Ahmed et coll. [1] ont observé que deux tiers des participants laissent apparaître des changements, subtils, mais significatifs dans leur communication un an avant que le diagnostic de DTA (démence de type Alzheimer) ne soit posé.

2.1.1 Stade léger

Comme l'expliquent Klimova et coll. (2016) [39], en phase précoce, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ne souffrent pas de troubles majeurs du langage.

Cependant, bien que discrets, des troubles linguistiques peuvent être décrits au stade précoce de la maladie (Tran et coll., 2012) [75].

Le trouble le plus fréquemment mis en avant est le manque du mot (Fraser et coll., 2015) [14]. Ainsi, Lefebvre et coll. (2012) [42] estiment que « les troubles anomiques relevés dans la MA concernent, en début de maladie, des troubles de l'accès lexical, avec détérioration progressive des traits sémantiques liés au concept dans les phases ultérieures de la maladie ». Ils ajoutent que « l'altération précoce du lexique et des concepts sémantiques associés ont pour conséquence inévitable une réduction des compétences pragmatiques dans le discours se traduisant par une diminution de la compréhension et de la production des éléments inférentiels ». Rousseaux et coll. (2010) [66] notent, au stade léger, qu'au manque du mot, s'ajoutent des erreurs, des néologismes, une réduction de la longueur des phrases, des difficultés à répéter les phrases et un trouble de la compréhension qui prédomine sur les phrases écrites.

Le malade arrive souvent à les dissimuler en adoptant des stratégies de compensation (paraphrasies sémantiques, circonlocutions). L'intensification progressive de ces troubles

entraîne la perturbation du discours et de la communication. Mais le patient reste parfaitement fluent (Klimova et coll., 2016) [39]. Les aspects phonologiques et syntaxiques sont préservés (Lefebvre et coll., 2012) [42]. Klimova et coll. (2015) [40] précisent qu'à ce stade le patient est encore indépendant et que de ce fait l'institutionnalisation n'est pas nécessaire ce qui a un impact positif sur leur qualité de vie.

2.1.2 Stade modéré

Au cours de la phase modérée qui est la plus longue des trois phases de la maladie, la communication est de moins en moins fluente (Klimova et coll., 2016) [39], et le trouble lexico-sémantique s'aggrave (Rousseau, 2011) [65].

Avec l'évolution de la maladie, le patient s'éloigne de plus en plus du mot cible jusqu'à obliger son interlocuteur à procéder par déduction pour faire du sens à un stade plus avancé. Les dissociations sémantiques apparaissent et se multiplient (Barkat-Defradas et coll., 2008) [2]. La conversation est rendue difficile du fait que le patient n'est plus capable de répondre de façon adéquate aux questions qui lui sont posées, le trouble de la compréhension croissant empêche le patient d'exprimer clairement ses pensées (Klimova et coll., 2015) [40]. Le discours est parasité par l'intérêt pour les détails qui empêchent de hiérarchiser les informations de façon logique. Fraser et coll. (2015) [14] évoquent la dissociation automatico-volontaire (le patient a plus de mal à trouver un mot sur demande) en appuyant leur idée par plusieurs études sur les fluences catégorielles. Ils précisent que le patient substitue de plus en plus les termes génériques par des termes plus spécifiques, éprouve plus de difficultés à dénommer les verbes que les noms. Le patient utilise des phrases simples et même des bribes de phrases.

La réduction du stock lexical, les difficultés d'évocation et les persévérations rendent le discours du patient « vide ». Le discours produit par le malade est vague et constitué de réponses incomplètes. Le patient a plus de difficultés avec les conventions sociales.

Toutes ces difficultés (marquées par l'anosognosie) font que le patient engage de moins en moins la conversation, son temps et ses prises de paroles diminuent et il a moins recours aux stratégies permettant de rétablir l'échange.

2.1.3 Stade sévère

Le patient présente un tableau d'aphasie globale qui touche aussi bien la compréhension que l'expression. Il communique essentiellement au en ayant recours à des moyens non-verbaux tels que les gestes et les expressions faciales. Le patient est parfois muet, sinon il grogne, vocalise et utilise même des mots sans signification. Il n'y a plus aucune compréhension de la parole mais le malade peut manifester des signes de reconnaissance de personnes ou de bruits.

2.2 Spécificités de la communication du malade Alzheimer

2.2.1 Communication verbale

Khosravi (2011) [36] considère que comprendre les paroles du patient est la clé principale de la communication avec ce dernier. Elle reconnaît que cette tâche est difficile du fait de l'affaiblissement des capacités langagières du malade.

Elle dresse une liste des différents comportements de communication spécifiques aux malades Alzheimer qu'elle a pu rencontrer au cours de sa pratique:

- reformulation: elle permet de se faire comprendre en remplaçant le mot cible initial.
- usage opposé des mots et des actes: donner un sens opposé aux paroles et aux actes des patients, notamment lorsque ceux-ci sont contrariés
- usage de mots associés/similaires
- erreur de phonétique
- usage des mots « mère », « père », « sœur », « frère », « elle/il », « les gens » : Khosravi reprend la théorie de Freud selon laquelle les souvenirs chargés d'émotions résistent aux lésions cérébrales. Ces mots peuvent aussi être interprétés différemment selon les situations
- généralisation: le mot-cible peut être substitué par le terme générique (« chien » pour tout animal à quatre pattes)
- confabulation: le patient confond le réel et l'irréel, le rêve et la réalité, le passé et le présent
- questions répétitives: elles sont surtout observées au début de la démence. C'est un moyen de dissimuler ses difficultés ou une solution pour exprimer sa souffrance

2.2.2 Communication non-verbale

Khosravi (2011) [36] rappelle l'importance du recours à la communication non-verbale chez les patients DTA qui sont très fatigables.

Elle distingue:

- la communication non-verbale active: le patient communique de façon volontaire et explicite pour s'exprimer quand il ne peut parler ou faire comprendre ses paroles

Cette communication peut être manuscrite (écriture mais aussi symboles, dessins, ou signes) pour renforcer le langage oral. Les attitudes (cri, coups, fugues, etc.) peuvent être interprétées en fonction du contexte et permettre de comprendre l'état du patient. Les expressions faciales telles que le regard, le sourire, les mouvements de sourcils ou les bâillements sont elles aussi porteuses de sens.

- la communication non-verbale passive: le patient communique sans en avoir l'intention

L'analyse de cette communication est primordiale pour communiquer avec le sujet DTA et parfois plus informative que la parole. Khosravi recense les expressions faciales, la respiration, l'expression vocale, les positions du corps, l'expression cutanée, les manifestations somatiques, le langage des souffrances corporelles, les expressions compensant le langage verbal déficitaire (insomnie, cauchemars, vertiges...).

2.2.3 Troubles pragmatiques

2.2.3.1 Notions de cohérence et cohésion

Il est nécessaire de définir les notions de cohérence et cohésion afin d'étudier les troubles pragmatiques chez le malade Alzheimer. Ionescu et coll. (2010) [23] précisent que cohésion et cohérence sont interdépendantes et même complémentaires et rappellent qu'étymologiquement, les deux termes désignent « le rapport de solidarité entre les différentes parties d'un tout qui sont attachées entre elles ». Ils estiment que la distinction entre cohérence et cohésion se situe sur le plan du contenu.

La cohérence « renvoie aux propriétés du texte ou du discours qui assurent son interprétabilité » (Moeschler et coll., 1994, cités par Ionescu et coll., 2010) [23]. On peut

distinguer la cohérence locale de la cohérence globale. « La cohérence locale (relation) correspond au lien d'une phrase avec celle qui la précède immédiatement, et la cohérence globale (continuité thématique) correspond au lien d'une phrase avec le sujet général de la conversation » (Rousseau, 2009) [63].

La cohésion fait plutôt référence à « la bonne formation architecturale » de l'énoncé (Riegel, 2006) [55]. Ainsi, on peut définir la cohésion du discours comme « la dimension linguistique et sémantique définie par le fait qu'il existe des relations propositionnelles entre les énoncés qui le constituent » (Moeschler et coll., 1994, cités par Ionescu et coll., 2010) [23].

2.2.3.2 Modifications du discours du patient Alzheimer

Rousseau (2009) [63] a observé plusieurs modifications dans la communication du malade Alzheimer:

- une diminution globale des capacités de communication
- une diminution des actes de langage adéquats
- une augmentation des actes de langage inadéquats
- une diminution des actes exigeant beaucoup de ressources cognitives au profit d'actes qui en demandent moins (comme les automatismes verbaux)

Gutiérrez-Rexach et coll. (2016) [18] expliquent que la perte progressive des fonctions linguistiques a un effet significatif sur les relations sociales et les habiletés pragmatiques. Ils précisent que cela mène à l'isolation sociale du malade. Le malade en stade léger communique donc moins car il a conscience de ses difficultés même s'il trouve des stratégies pour les compenser.

Rousseau (2009) [63] ajoute que les causes de ces inadéquations sont:

- d'abord une absence de cohérence du discours, caractérisée par une absence de continuité thématique (le patient passe du coq à l'âne), une absence de progression rhématique (le patient tourne en rond) et un manque de relation (le discours du patient n'a pas d'enchaînement logique et chronologique).
- ensuite une absence de feed-back à l'interlocuteur et à la situation, car le malade se détache de la réalité temporelle et spatiale pour s'enfoncer dans son propre monde mais aussi à cause de ses troubles de la compréhension

- enfin une absence de cohésion essentiellement lexicale à relier au trouble lexico-sémantique caractéristique de la maladie. Les absences de cohésion grammaticale sont rares car les difficultés grammatico-syntaxiques sont peu observées chez les malades Alzheimer

2.3 Influence des facteurs contextuels dans la communication du malade Alzheimer

2.3.1 Age

Dans une étude ancienne de 1992, Rousseau [60] avait mis en évidence le fait que plus le dément était âgé, plus il avait du mal à communiquer. Elle avait été menée sur 15 sujets. En 2009 [63], sur 150 patients, il montre que la variable n'a pas d'influence sur l'ensemble de l'échantillon, mais que les malades au stade léger les plus âgés produisent moins d'actes adéquats que les plus jeunes, ce qui rend leur communication moins efficace. Aux stades modéré et sévère, la corrélation entre âge et actes adéquats est positive : plus le sujet est âgé, plus il y a d'actes adéquats produits.

2.3.2 Sexe

Selon Rousseau (2009) [63], le sexe a une très légère influence sur la communication efficace, les femmes obtenant de meilleurs résultats que les hommes. Sur l'ensemble des actes, cette différence apparaît comme peu significative. Dans le même temps, Joly (2014) [30] trouve que les hommes sont bien plus prolixes que les femmes en termes de nombre d'actes, mais l'analyse qualitative (au niveau de l'efficacité de la communication) ne donne pas de différence significative.

Dans la communication non-verbale, il apparaît que les femmes sont, de manière générale, plus expressives au niveau émotionnel que les hommes (Schiaratura, 2008) [68].

2.3.3 Niveau socio-culturel

En neuropsychologie, le niveau socio-culturel (NSC) est défini selon le nombre d'années d'études, d'après la classification de Gil (2003) [16]. Elle se compose de sept niveaux, le plus bas étant l'illettrisme, et le plus haut le diplôme universitaire. Rousseau (2009) [63] n'a trouvé aucun lien entre cette variable et la communication sur la totalité de l'échantillon, mais en classant les sujets par groupes d'atteinte, il trouve une corrélation positive entre actes adéquats et niveau socio-culturel pour les atteints modérés et sévères (plus le niveau

socio-culturel est haut, plus la communication du sujet est adéquate) et à l'inverse, négative pour le groupe de patients atteints légers (plus le niveau socio-culturel est haut, moins la communication est adéquate).

2.3.4 Lieu de vie

Selon que le malade vive à domicile ou en institution, sa communication s'en trouve changée. Rousseau et coll., (2006) [62] ont montré que peu importe le stade de la démence, un patient à domicile échange mieux qu'un patient institutionnalisé, car il reste dans un environnement connu, en présence de ses proches. Strubel (2007) [72] souligne les difficultés des institutions à valoriser la communication entre le personnel et le résident, par manque de temps, de formation, et car « le soin relationnel n'est pas encore reconnu partout comme un soin à part entière ».

3. **Personnalité prémorbide**

3.1 Généralités

3.1.1 Définition

Comme l'explique Hansenne (2006) [20] : « le concept de personnalité semble aller de soi, mais il n'est pas, pour autant bien circonscrit et bien défini ». Il n'existe pas de conception unique de la personnalité mais les auteurs s'accordent sur l'idée que la personnalité doit être appréhendée comme un système selon Mayer (2015) [46]. Ainsi, Larsen et coll. (2010) [41] suivent cette approche systémique et décrivent la personnalité comme l'ensemble des traits et des mécanismes psychologiques constituant un individu. Cet ensemble, organisé et relativement stable, influence les interactions et adaptations de l'individu à son environnement intrapsychique, physique et social.

Les traits de personnalité considérés comme durables sont les différences interindividuelles dans la façon de ressentir, penser et se comporter (Roberts et coll., 2008) [58]. Les traits de personnalité sont caractérisés par une certaine stabilité (Denissen et coll., 2011) [11]. Mais malgré cette relative stabilité, des recherches ont montré que la personnalité est susceptible de changer au cours de la vie (Roberts et coll., 2006) [57].

Selon Mayer (2015) [46], la définition seule de la personnalité ne suffit pas à comprendre ses limites, ses expressions diverses et les systèmes annexes auxquels elle est connectée. Il

propose un modèle fonctionnel qui met en lumière les buts de la personnalité qui seraient de répondre aux demandes de l'environnement de l'individu pour assurer la survie, la reproduction et de manière générale, lui permettre de contribuer à la société. Pour y arriver, la personnalité répond aux besoins internes de l'individu en coordonnant ses systèmes internes pour surmonter les obstacles et saisir les opportunités du monde dans lequel il vit. L'individu gère les obstacles et les opportunités grâce à ses caractéristiques physiques (cerveau et corps) et en fonction du cadre dans lequel il évolue, le groupe auquel il appartient, et selon les situations rencontrées. Ainsi la personnalité doit faire des compromis parmi les demandes des différents systèmes qui l'entourent pour bien fonctionner.

3.1.2 Modèle des 5 facteurs

Le modèle des cinq facteurs composé du névrosisme (ou neuroticisme), de l'extraversion, de l'ouverture, de l'agréabilité et de la conscienciosité (ou conscience) est la modélisation de la personnalité ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches mais aussi la plus approfondie (John et coll., 2008 cités par Hanley, 2016) [19]. Selon Jourdy et coll. (2016) [31], « la plupart des psychologues spécialisés adhèrent depuis plus de vingt ans au modèle des « cinq grands facteurs » qui considère que tous les traits de personnalité se ramènent à des formes particulières ou à des combinaisons de cinq grandes dimensions. ». Il est basé sur l'observation de l'apparition de cinq facteurs dans l'analyse et la description de la personnalité. Il est composé d'adjectifs tirés de différents dictionnaires et des échelles des différents questionnaires de personnalité existants (John et coll., 2008) [28].

Les cinq dimensions de la personnalité proposées par le modèle des cinq facteurs peuvent être décrites ainsi :

- le névrosisme (neuroticisme), se définit par la tendance à éprouver fréquemment et intensément des émotions négatives (Jourdy et coll., 2016) [31].

Le névrosisme s'oppose à la stabilité émotionnelle. Rolland (2004) [59], explique que le névrosisme est un système d'inhibition qui protège la personne de la douleur et des conséquences indésirables. Le névrosisme permet au sujet de détecter les menaces qui l'entourent. Le sujet active sa vigilance et adapte son comportement pour réagir en évitant ces stimuli négatifs.

Des scores élevés dans cette dimension sont synonymes d'une hypersensibilité et d'une hypervigilance face aux stimuli aversifs (Rolland, 2004) [59]. Paradoxalement, malgré le fait qu'ils détectent bien les menaces environnantes, les sujets obtenant un score élevé en névrosisme sont plus enclins à ressentir des émotions négatives telles que le stress, la honte ou encore la peur. Ils ont tendance à avoir une vision dévalorisante d'eux-mêmes et pessimiste du monde.

Des scores peu élevés en névrosisme ne riment pas avec optimisme mais plutôt avec une faible sensibilité à la détection des dangers.

- l'extraversion est décrite de manière quantitative par la fréquence et l'intensité de l'expression des émotions positives, de l'énergie, du dynamisme et la facilité à entrer en relations avec autrui (Jourdy et coll., 2016) [31].

L'extraversion s'oppose à l'introversion. Rolland (2004) [59], considère l'extraversion comme un système motivationnel qui oriente vers la recherche d'expériences agréables. Ces expériences sont assimilables à des récompenses procurant du plaisir.

Des scores élevés dans la dimension Extraversion indiquent l'inclinaison des sujets à la recherche active du plaisir éprouvé par les expériences positives.

Des scores peu élevés dans cette dimension peuvent être interprétés comme une absence de réactivité aux expériences agréables entraînant des états de mélancolie.

- l'ouverture à l'expérience, bien que difficile à définir, peut être caractérisée comme le contraire d'une orientation routinière et terre-à-terre (Jourdy et coll., 2016) [31]. Rolland (2004) [59], décrit l'ouverture à l'expérience comme un système régulateur amenant à « la recherche active des expériences nouvelles qui sont appréciées pour elles-mêmes ». Des scores élevés en ouverture correspondent à une grande curiosité, une imagination active, une sensibilité esthétique et un intérêt élevé pour le monde extérieur et son propre univers.

Des scores peu élevés dans cette dimension traduisent plutôt des préférences pour les expériences routinières et situations familières qui appellent des conduites habituelles.

- l'agréabilité décrite de façon qualitative, est la tendance à avoir des relations interpersonnelles harmonieuses, coopératives et non-confliktuelles (Jourdy et coll., 2016) [31]. L'agréabilité s'oppose à l'antagonisme. Rolland (2004) [59], précise que cette dimension régulatrice se différencie de l'extraversion car l'agréabilité renvoie surtout aux relations avec autrui pendant que l'extraversion renvoie à l'individu lui-même.

Avoir des scores élevés dans cette dimension montre que le sujet attache beaucoup d'importance aux relations qu'il entretient avec autrui. Ces sujets sont plutôt accommodants, évitent les conflits avec autrui.

A l'inverse, des scores peu élevés en agréabilité décrivent des sujets qui recherchent avant tout leur bien-être personnel. Ces sujets ont tendance à être en compétition, souvent en désaccord et critiques envers les autres.

- la conscienciosité (conscience) pourrait se définir par ce qu'on appelle traditionnellement en psychopathologie la « force du moi », qu'on pourrait décrire en termes de capacité de différer la satisfaction immédiate, de faire des plans à long terme, de prendre des décisions raisonnables et de s'y tenir (Jourdy et coll., 2016) [31].

La conscienciosité s'oppose à l'impulsivité. Rolland (2004) [59] pense la conscienciosité comme un système motivationnel qui oriente les objectifs difficiles à atteindre ou lointains. C'est un système qui nécessite des compétences de contrôle de soi, de la patience et de la persévérance pour une satisfaction différée et non pas immédiate.

Des scores élevés en conscienciosité indiquent que les sujets sont organisés, gèrent bien les contraintes pour atteindre les buts qu'ils se sont fixés. Ce sont des sujets persévérants voire obstinés.

Des scores faibles dépeignent des sujets plutôt impulsifs, peu rigides et spontanés. Ces sujets préfèrent satisfaire leurs besoins et désirs sur le moment.

3.2 Personnalité, communication et maladie d'Alzheimer

3.2.1 Personnalité et communication

D'après Karasic et coll. (2014) [33], le discours est la manifestation immédiate des caractéristiques définissant une personne. Ils expliquent que les caractéristiques naturelles d'une personne déterminent les comportements de communication qu'ils adoptent consciemment mais surtout inconsciemment.

Jensen (2016) [25] constate que « jusqu'à maintenant l'utilisation du modèle des 5 facteurs est très limitée dans l'étude de la communication ». Il ajoute que les auteurs qui ont recherché l'influence de la personnalité sur la communication ont observé que « l'appréhension de communication » s'explique par un neuroticisme élevé ainsi qu'une extraversion basse.

Il serait aussi probable que des scores bas en agréabilité associés à des scores élevés en extraversion, des scores élevés en neuroticisme et/ou des scores élevés en ouverture seraient à mettre en lien avec de bonnes compétences en argumentation.

Un score élevé en extraversion peut être relié à une forte expressivité se résumant en l'association de plusieurs éléments non-verbaux pour communiquer. Les personnes extraverties feraient plus attention aux informations non-verbales car elles ont besoin de stimulation sociale. A l'inverse, une introversion et un neuroticisme élevés peuvent être associés à une expressivité réduite (personne réservée). Les personnes plus introverties auraient plus de difficultés à décoder les émotions.

Les recherches sur les liens entre communication et personnalité sont rares et selon Daly (2011) [9], c'est un terrain à explorer car le modèle des 5 facteurs pourrait avoir un grand potentiel pour faire des études de corrélation entre les différences interindividuelles au niveau de la personnalité et les divers comportements de communication.

3.2.2 Personnalité et âge

3.2.2.1 Stabilité vs changement

La personnalité est considérée comme relativement stable au cours de la vie adulte comme le rappellent Herrmann et coll., (2016) [22]. Ils expliquent que « selon les conceptions classiques [...] la personnalité évoluerait peu ou pas après l'âge de 25 ans » mais ajoutent que peu d'études peuvent soutenir ce postulat. Ainsi, les auteurs sont divisés, et, à un âge avancé on note plusieurs changements dans les traits de personnalité d'après Kitamura et coll. (2015) [38]. Ils sont rejoints par Leszko et coll. (2015) [43] qui expliquent qu'au

cours des vingt dernières années, des preuves empiriques ont changé les points de vue sur la question du changement, du développement des traits de personnalité au cours de la vie adulte et à un âge plus avancé. Ils affirment ainsi que la personnalité change chez beaucoup si ce n'est la plupart d'entre nous. Ils ajoutent que ces changements sont dus aux facteurs biologiques et environnementaux.

D'après les statistiques proposées par Roberts et coll. (2008) [58], des changements significatifs ont été observés pour 75% des traits de personnalité entre 40 et 60 ans et à plus de 60 ans. L'étude menée par Specht et coll. en 2011 [71] a démontré que les changements de personnalité les plus prononcés s'opèrent aux âges les plus avancés avec une perte de créativité, de curiosité, d'engagement intellectuel et d'intérêt pour l'esthétique.

Cette étude rejoint une étude plus ancienne de la Baltimore Longitudinal study of aging, qui, en 2006 a mis en avant « une augmentation du névrosisme et une diminution de l'extraversion à l'âge avancé, contrastant avec une stabilité pendant l'âge adulte » (Herrmann et coll., 2016) [22]. Herrmann et coll. (2016) [22] ajoutent que la plupart des auteurs s'accordent à dire que noter des changements de personnalité à un stade avancé serait le signe d'une pathologie neurodégénérative débutante.

3.2.2.2 Personnalité et maladie d'Alzheimer

Plusieurs chercheurs considèrent que les patients Alzheimer conservent la plupart de leurs traits de personnalité antérieurs et les changements de personnalité qui apparaissent avec l'évolution de la maladie sont interprétés comme une exagération des traits de personnalité prémorbides (Pocnet et coll., 2013) [54]. Ce postulat est reconnu par Mendez Rubio et coll. (2013) [48] qui considèrent qu'il existe une stabilité dans l'organisation hiérarchique et structurelle en lien avec la personnalité prémorbide.

Des études ont observé que les traits de personnalité prémorbides tels que la prédisposition à l'anxiété et une conscienciosité peu élevée sont des traits communs aux patients Alzheimer et donc un facteur de risque pour Alzheimer (von Gunten et coll., 2009) [76].

En s'inspirant de la méthode de la Genèse des Perceptions de Soi (GPS), Rousseau (2011) [65] a observé deux traits de personnalité qui ressortent beaucoup chez le patient pré-dément dans le discours des proches: la générosité est soulignée dans 80% des cas et l'autoritarisme (fort caractère) dans 60% des cas. Cette étude a aussi révélé que les sujets

pré-déments ont plutôt tendance à aspirer à une vie tranquille à la retraite, préfèrent les activités familiales et d'intérieur.

Les études sur les changements de personnalité liés à la maladie d'Alzheimer se sont axées sur la comparaison entre la personnalité prémorbide (5 à 10 ans avant le diagnostic) et la personnalité observée après que le diagnostic a été posé. Ces recherches ont montré que chez les patients DTA, par rapport à la personnalité prémorbide, le neuroticisme est plus élevé, alors que l'extraversion et la conscienciosité diminuent (Yoneda et coll., 2016) [81] ainsi que l'ouverture (Torrente et coll., 2014) [74]. Lykou et coll. (2013) [45] ont démontré que chez le malade Alzheimer, le changement de personnalité apparaît dès le stade du MCI, et pensent que ce changement pourrait être l'un des marqueurs pouvant amener au diagnostic précoce de la maladie.

Von Gunten et coll. (2009) [77] ajoutent que la vision que les proches ont sur la personnalité prémorbide peut être plus fiable que celle du patient. En effet, il a été démontré que les patients Alzheimer ont une vision d'eux-mêmes (et donc de leur personnalité) altérée.

PARTIE PRATIQUE

1. Objectifs

La DTA est une pathologie neurocognitive dont l'étiologie multifactorielle reste très complexe (Herrmann, et coll., 2016) [22]. Les facteurs sexe, âge, niveau socio-culturel et lieu de vie ont été largement étudiés mais n'ont pas permis de rendre compte des raisons de l'hétérogénéité des capacités de communication chez les MA (malades Alzheimer) (Rousseau, 2011) [65].

Cela nous a amenées à chercher plus loin en suivant l'hypothèse formulée par Rousseau (2011) [65] de l'influence des différences individuelles sur la communication du MA telles que la personnalité dont le rôle « est encore peu étudié et mal connu » (Herrmann, et coll., 2016) [22].

Si les traits de caractère influencent effectivement la communication du MA, cela permettrait aux professionnels d'orienter leur prise en charge pour aider l'entourage des malades à adapter leur communication à la personnalité de ces derniers.

Par conséquent, nous nous sommes interrogées sur l'influence que pourrait avoir la personnalité prémorbide des MA sur leurs capacités de communication actuelles. Nous nous sommes aussi attachées à ne pas ignorer les variables contextuelles définies précédemment afin que notre étude soit la plus complète possible.

Nous nous sommes donné pour objectif de rester dans la continuité des approches différentes et novatrices proposées depuis quelques années sur les liens entre personnalité et démence de type Alzheimer. Notre étude s'articule, en effet, autour d'une théorie décrivant la personnalité sous un angle dimensionnel : le modèle du *Big Five* qui se propose de dresser un profil de personnalité à travers cinq dimensions : 1) ouverture 2) conscience 3) extraversion 4) agréabilité 5) névrosisme.

2. Hypothèses de travail

Nous émettons les hypothèses suivantes:

Hypothèse principale

La personnalité prémorbide a une influence sur les capacités de communication du patient Alzheimer.

Hypothèse opérationnelles

Hypothèse 2 : le score d'ouverture obtenu au *BFI-Fr* est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO.

Hypothèse 3 : le score de conscience obtenu au *BFI-Fr* est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Hypothèse 4 : le score d'extraversion obtenu au *BFI-Fr* est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Hypothèse 5 : le score d'agréabilité obtenu au *BFI-Fr* est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Hypothèse 6 : le score de névrosisme obtenu au *BFI-Fr* est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Hypothèse 7 : les variables âge, sexe, NSC et lieu de vie ont une influence sur le score total et le score d'inadéquation obtenus à la GECCO.

3. Méthodologie

3.1 Matériel utilisé

Le matériel proposé est :

- la grille d'évaluation des capacités de communication (GECCO) administrée aux patients DTA
- le *Big Five Inventory* Français (*BFI-Fr*) soumis à un des proches de chaque patient DTA
- le *Mini Mental State Examination* (*MMSE*) de Folstein proposé aux patients DTA

3.1.1 Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO)

La GECCO a été créée par Thierry Rousseau, orthophoniste et docteur en psychologie, en 1998 [61]. Cette grille a été élaborée afin d'évaluer de manière pragmatique et écologique les capacités de communication résiduelles du patient DTA.

Une grille d'analyse est disponible en annexe 5.

3.1.1.1 Situations de communication

Trois situations de communication (filmées avec l'accord du patient) sont proposées :

- une entrevue dirigée - premier contact entre l'examineur et l'interlocuteur au cours de laquelle l'examineur pose une série de questions autobiographiques.
- une tâche d'échange d'informations, inspirée de la *PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness)* de Wilcox et Davis de 1978 [79] : dix photographies papier représentant des lieux touristiques sont à disposition de l'examineur. L'examineur demande alors à son interlocuteur de choisir une photo parmi les cinq qu'il lui présente. Dans un premier temps, l'interlocuteur doit décrire l'image qu'il a choisie afin que l'examineur puisse la retrouver parmi les cinq initialement proposées. Dans un second temps, les rôles s'inversent et l'examineur fait deviner à son interlocuteur l'image qu'il a décrite. Si la description a du mal à être initiée, la consigne est adaptée et l'examineur demande au sujet de décrire tout ce qu'il voit sur l'image.
- une discussion libre, qui commence par une question de l'examineur sur les sentiments du sujet sur la situation présente : « qu'avez-vous pensé de ce que vous venez de faire ? ». Suite à cette question, l'examineur laisse son interlocuteur s'exprimer librement. Si ce dernier est peu loquace, l'examineur lui pose des questions sur les sentiments inspirés par les photographies proposées dans la deuxième situation.

Ces trois situations de communication ont été proposées aux patients DTA et leur analyse a permis de dresser un profil communicationnel de chacun des patients.

3.1.1.2 Analyse pragmatique du discours

Après la passation de la GECCO, une analyse quantitative et qualitative de la communication du patient est réalisée.

L'analyse qualitative consiste à définir si les actes de langage produits par le patient au cours de la discussion sont adéquats (permettent la poursuite de l'échange) ou inadéquats (entraînent une rupture de l'échange ou empêchent sa progression).

La définition de l'(in)adéquation du discours du patient dépend du respect des règles socio-linguistiques : cohésion lexicale et grammaticale, feedback par rapport à la situation et à l'interlocuteur. Elle est aussi déterminée par rapport à l'échange d'informations, c'est à dire que le discours doit respecter une certaine organisation lexico-sémantique, ce qui correspond à la cohérence. La GECCO a défini quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression rhématique, la relation et la non-contradiction.

Pour la communication non-verbale, seuls les actes non-verbaux qui accompagnent un acte de langage ou qui enrichissent la communication seront répertoriés.

L'analyse quantitative correspond à la fréquence d'actes produits par le patient par minute. On obtient une fréquence d'actes total (actes adéquats et inadéquats confondus), une fréquence d'actes adéquats et enfin une fréquence d'actes inadéquats.

Pour remplir la grille, il est nécessaire de classer les actes de langage selon leurs types. Dans la GECCO, les types d'actes de langage sont : les questions (fermées : oui/non, ouvertes : wh/ rhétoriques), les réponses (oui/non, ouvertes : wh, qualification), les actes descriptifs (identification, possession, événement, propriété, localisation), les actes d'affirmation (règles/faits, évaluation, explication, état interne, attribution), les mécanismes conversationnels, les performatives, les actes non-verbaux et enfin les actes divers (ceux qu'on ne peut classer).

3.1.2 *Big Five Inventory* Français (BFI-Fr)

John et coll. ont créé le *Big Five Inventory* en 1991 [27], dans l'optique de mesurer les cinq facteurs de personnalité grâce à un instrument court (Plaisant et coll., 2010) [53]. La version américaine, de John et coll. [27] se compose de 44 items. Ces items ne sont pas constitués de simples adjectifs considérés comme peu précis. A ceux-ci, John et coll. ont préféré des phrases simples contenant les « adjectifs reconnus pour être les prototypes de la description des « *Big Five* », ayant la plus grande saturation factorielle dans la dimension » (Plaisant et coll., 2010) [53].

Le *Big Five Inventory* a été traduit dans plusieurs langues dont le français. La version française, le *Big Five Inventory* Français (*BFI-Fr*), a été construite de sorte à avoir des propriétés psychométriques le plus proche possible de la version américaine initiale (Plaisant et coll., 2010) [53]. Elle est constituée de 45 items. L'étude de Plaisant et coll. a permis de « confirmer la structure factorielle du *BFI-Fr* et la pertinence de la répartition

des items ». Ainsi, le *BFI-Fr* a été validé et est considéré comme un outil pertinent, simple, fidèle et robuste à la passation rapide (Plaisant et coll., 2010) [53]. La consistance interne d'un test permet de mesurer le degré de fiabilité des items d'un test, c'est à dire de mesurer à quel point les items d'un test évaluent la même dimension. La consistance interne du *Big Five Inventory* Français, mesurée par l'Alpha de Cronbach, des différentes dimensions O (ouverture), C (conscience), E (extraversion), A (agréabilité), N (névrosisme), est considérée comme satisfaisante puisqu'elle est de 0,79.

Les proches cotent les 45 items (Ouverture : 10 items ; Conscience : 9 items ; Extraversion : 8 items ; Agréabilité : 10 items ; Névrosisme : 8 items) selon une échelle de Likert en cinq points :

1 : désapprouve fortement

2 : désapprouve un peu

3 : n'approuve ni ne désapprouve

4 : approuve un peu

5 : approuve fortement

Les items de chacune des dimensions sont ensuite additionnés afin d'obtenir un score moyen pour chaque trait. Dans chaque dimension, les scores de certains items sont inversés (voir annexe) : ainsi, à l'item 6, « est réservé », correspondant à la dimension Extraversion, si le sujet cote l'affirmation à 1, le score réel à l'item est de 5.

Le *BFI-Fr* a été validé dans des contextes d'auto-évaluation (Plaisant et coll., 2010) [53] mais aussi d'hétéro-évaluation (Lignier et coll., 2016) [44]. Ainsi, nous avons pu adresser le *BFI-Fr* à l'un des proches de chaque patient DTA de notre étude afin d'évaluer la personnalité prémorbide de ceux-ci. Nous avons modifié certains termes du *BFI-Fr* afin de les adapter à notre étude. La phrase « Je me vois comme quelqu'un qui... » a été modifiée par « Vous voyez votre proche comme quelqu'un qui... ». Les items du *BFI-Fr* sont tous proposés au présent de l'indicatif, nous avons donc conjugué les verbes à l'imparfait (item 1 : « est bavard » est devenu « était bavard ») afin que les proches comprennent bien que la cotation du questionnaire devait se faire en fonction de la personnalité de leur proche telle qu'ils la connaissaient avant les changements dus à la maladie.

Un exemplaire du *BFI-Fr* est disponible en annexe 3 et un exemplaire du questionnaire adressé aux proches est disponible en annexe 4.

3.1.3 *Mini Mental State Examination (MMSE)*

La passation du *MMSE* vise à répondre au critère d'inclusion que nous nous sommes posé par rapport au degré d'atteinte. En effet, nous avons choisi de n'inclure que des patients ayant un score *MMSE* compris entre 10 et 25. Ce choix s'explique par la volonté de constituer une population la plus homogène possible en terme d'atteinte cognitive et par l'influence centrale de ce facteur sur la communication des MA démontrée par Rousseau [63]. Le *MMSE* a systématiquement été proposé après la passation de la GECCO : nous avons jugé que proposer le *MMSE* en première intention pourrait influencer le score obtenu à la GECCO si le patient se sentait tout de suite mis en condition d'évaluation. Nous avons préféré privilégier la spontanéité de la rencontre permise par la GECCO.

Un exemplaire du *MMSE* est disponible en annexe 2.

3.2 Recueil des données

Les patients ont été recrutés d'abord auprès d'orthophonistes exerçant en libéral. Nous avons nous-mêmes proposé la GECCO aux patients dans le cabinet des orthophonistes qui nous ont accueillies. La mise en relation avec les familles des patients s'est déroulée sans problème. Les proches répondaient aux questionnaires, que nous leur soumettions en version papier, dans la salle d'attente, pendant que nous nous entretenions avec le patient.

Le recrutement des patients institutionnalisés s'est avéré beaucoup plus difficile. Les directeurs des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) étaient d'accord pour que l'on propose la GECCO aux résidents mais regrettaient que les familles soient peu disponibles et/ou très difficiles à joindre. Heureusement, nous avons reçu l'aide précieuse de deux orthophonistes intervenant en EHPAD qui ont elles-mêmes contacté les familles auxquelles elles ont soumis les questionnaires par courriel ou lors de leurs visites.

3.3 Population finale

3.3.1 Critères d'inclusion

- Diagnostic de maladie d'Alzheimer posé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé [21]
- *MMSE* datant de moins de 3 mois avec un score compris entre 10 et 25 inclus
- Age compris entre 60 et 95 ans inclus
- Langue maternelle française ou vivant dans un pays francophone depuis au moins 20 ans
- Participation volontaire

3.3.2 Critères d'exclusion

- Antécédents neurologiques ou pathologie neurologique associée
- Antécédents ou pathologie psychiatrique associée
- Trouble(s) sensoriel(s) auditif et/ou visuel non corrigé(s) (s'il existe une déficience visuelle et/ou auditive, le sujet doit bénéficier d'une correction adaptée et efficace pour être inclus dans l'étude)

3.3.3 Définition des variables

- Age
- Sexe
- Lieu de vie : institution ou domicile
- Niveau socio-culturel selon les 7 niveaux déterminés par Gil (annexe 1)

NSC 1 : illettré

NSC 2 : sait lire, écrire et compter

NSC 3 : niveau CEP (certificat d'études primaires)

NSC 4 : niveau BEPC (brevet élémentaire de premier cycle)

NSC 5 : niveau classe terminale

NSC 6 : niveau Baccalauréat

NSC 7 : niveau diplôme universitaire

3.3.4 Echantillon

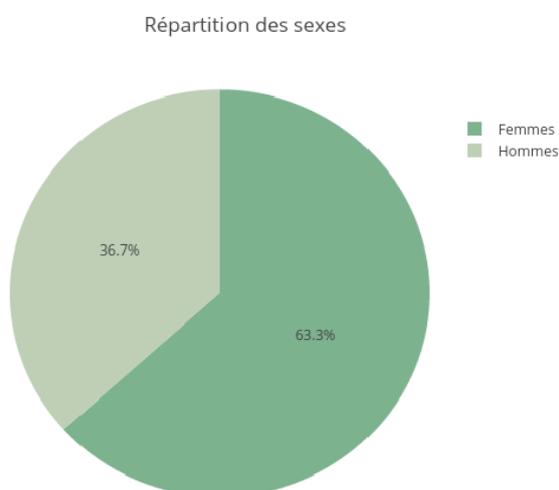
Au total, nous avons proposé la GECCO à 45 MA et nous avons remis le questionnaire du *BFI-Fr* à 45 proches.

30 patients ont pu être inclus dans l'étude car nous n'avons pas pu eu de retours des *BFI-Fr* des 15 autres, donc seuls 30 questionnaires nous ont été remis.

L'étude porte donc sur 30 MA.

3.3.5 Sexe

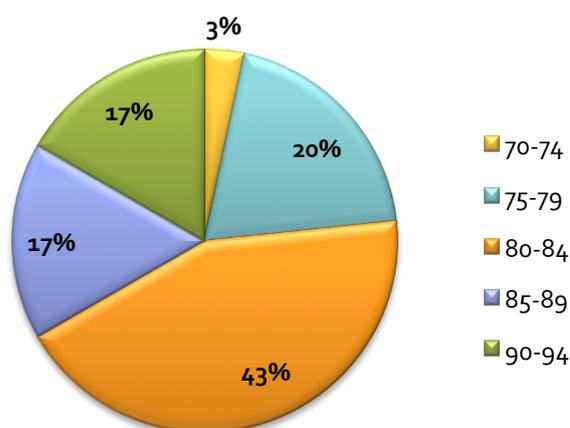
Figure 1 : Répartition des sujets en fonction du sexe



La maladie d'Alzheimer touche plus les femmes que les hommes (72%) (Giffard et coll., 2008) [15]. Nous avons pu le constater au cours du recrutement de notre population qui se compose de 11 hommes (36,7%) et de 19 femmes (63,3%).

3.3.6 Age

Figure 2 : Répartition des sujets en fonction de l'âge



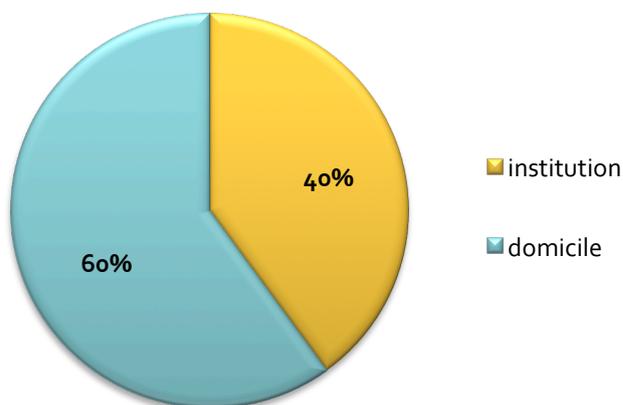
L'âge des sujets est réparti comme suit (tableau 1) :

Tableau 1 : Répartition des sujets en fonction de l'âge

| Moyenne | Minimum | 1 ^{er} quartile | Médiane | 3 ^{ème} quartile | Maximum | Ecart-type |
|---------|---------|--------------------------|---------|---------------------------|---------|------------|
| 83,4 | 74 | 81 | 83,5 | 88 | 92 | 4,51 |

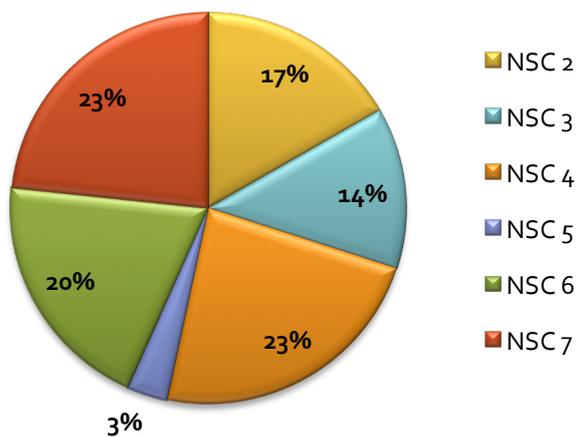
3.3.7 Lieu de vie

Figure 3 : Répartition des patients en fonction du lieu de vie



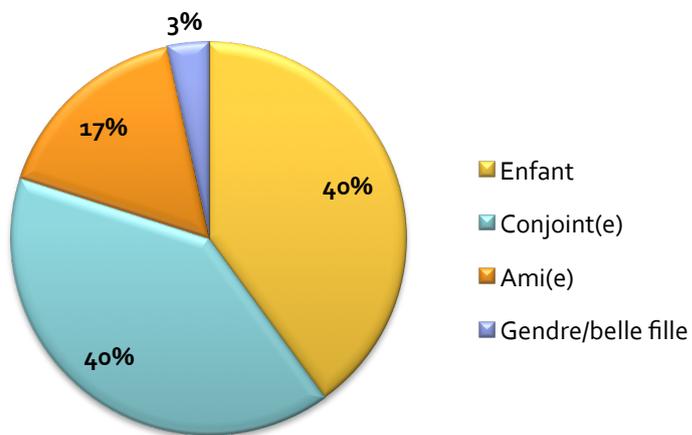
3.3.8 Niveau socio-culturel

Figure 4 : Répartition des patients en fonction du NSC



3.3.9 Proches

Figure 5 : Répartition des proches en fonction de leur lien de parenté avec le patient



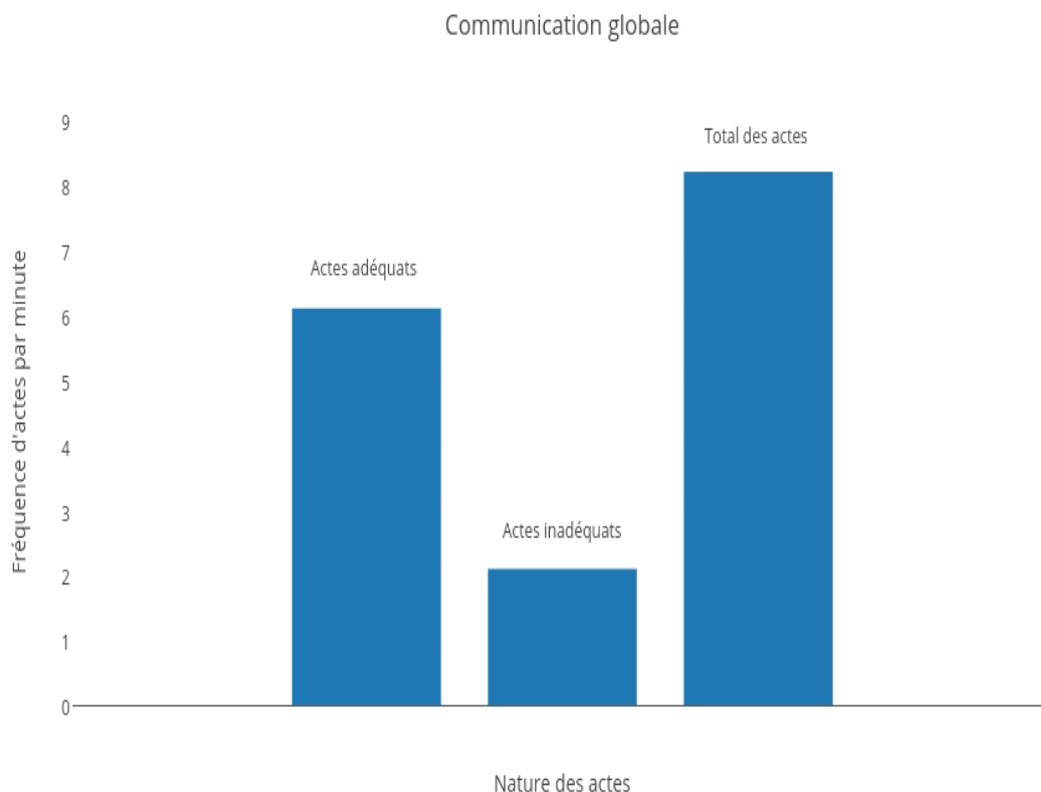
3.3.10 Méthode de traitement des données

Les données ont été regroupées et codées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010®. Elles ont ensuite été soumises à une analyse statistique effectuée grâce aux logiciels de statistiques XL Stat et Plotly.

4. Analyse des résultats

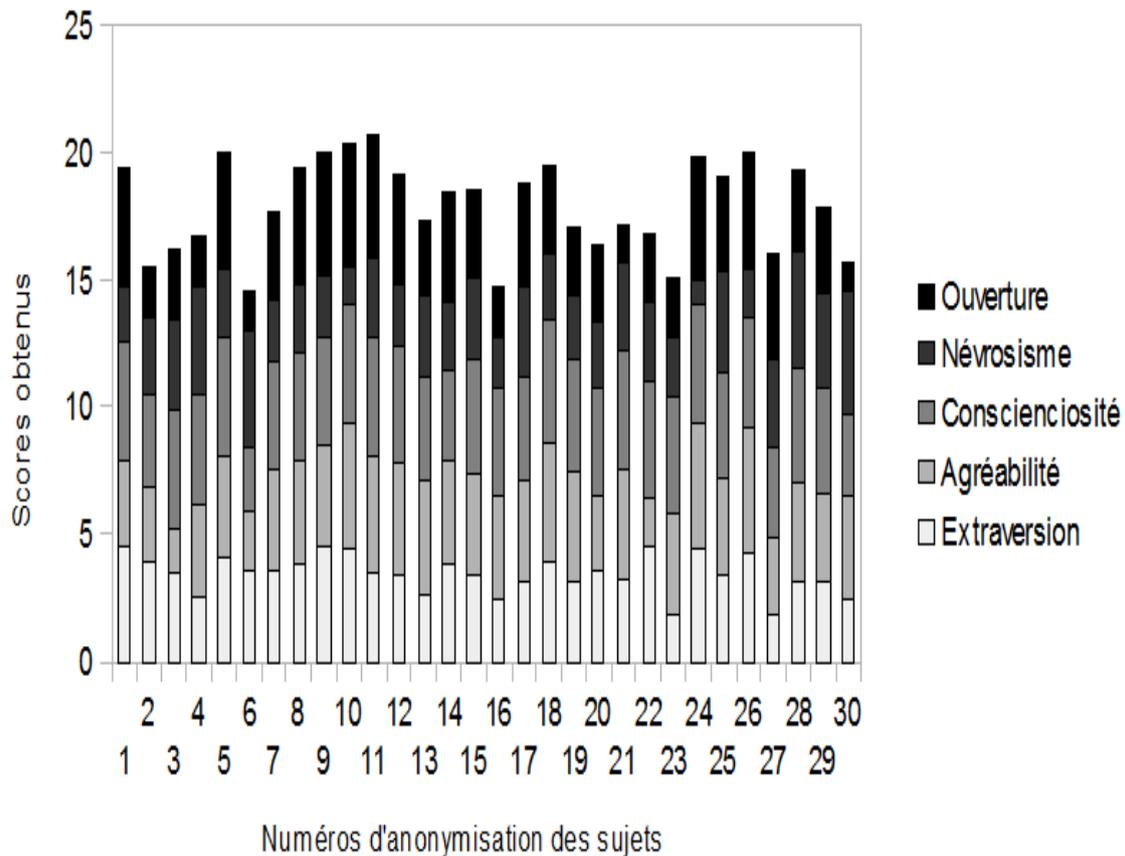
4.1 Analyse du score GECCO en fonction du score *BFI-Fr*

Figure 6 : Répartition du nombre d'actes total, adéquats et inadéquats de l'ensemble de la population en fonction de la fréquence d'actes par minute



La figure 6 illustre la proportion d'actes totaux produits au cours de la discussion, la proportion d'actes adéquats (communication efficace) et la proportion d'actes inadéquats (communication rompant l'échange). On constate que sur la population entière, la proportion d'actes adéquats émis (6,1 actes par minute) est près de trois fois plus importante que la proportion d'actes inadéquats émis (2,1 actes par minute). Les patients ont donc, dans l'ensemble, une communication qui permet un bon déroulement de l'échange.

Figure 7 : Répartition des scores *BFI-Fr* obtenus dans chaque dimension pour l'ensemble de la population



4.1.1 Recherche d'un lien entre le score obtenu dans chaque dimension (OCEAN) et le score total à la GECCO.

Nous avons cherché à mettre en évidence un lien entre les scores obtenus dans chacune des dimensions testées par le *Big Five* et le score total à la GECCO mesuré en fréquence d'actes par minute afin d'observer si les patients qui produisent le plus d'actes au cours de la discussion laissent émerger des traits de personnalité particuliers.

Pour ce faire, nous avons utilisé un test de corrélation : le *r* de Pearson. Le coefficient de corrélation est compris entre -1 et 1. Si *r* est proche de -1, les variables sont associées négativement. Si *r* est proche de 0, la relation entre les deux variables est nulle. Si *r* est

proche de 1, il y a une relation positive entre les deux variables étudiées. Le signe de r nous indique le sens, positif ou négatif de la relation tandis que la valeur de r nous indique l'intensité de la relation entre les deux variables.

A partir de $0,20 < r < 0,50$, on peut considérer que les scores commencent à être significatifs.

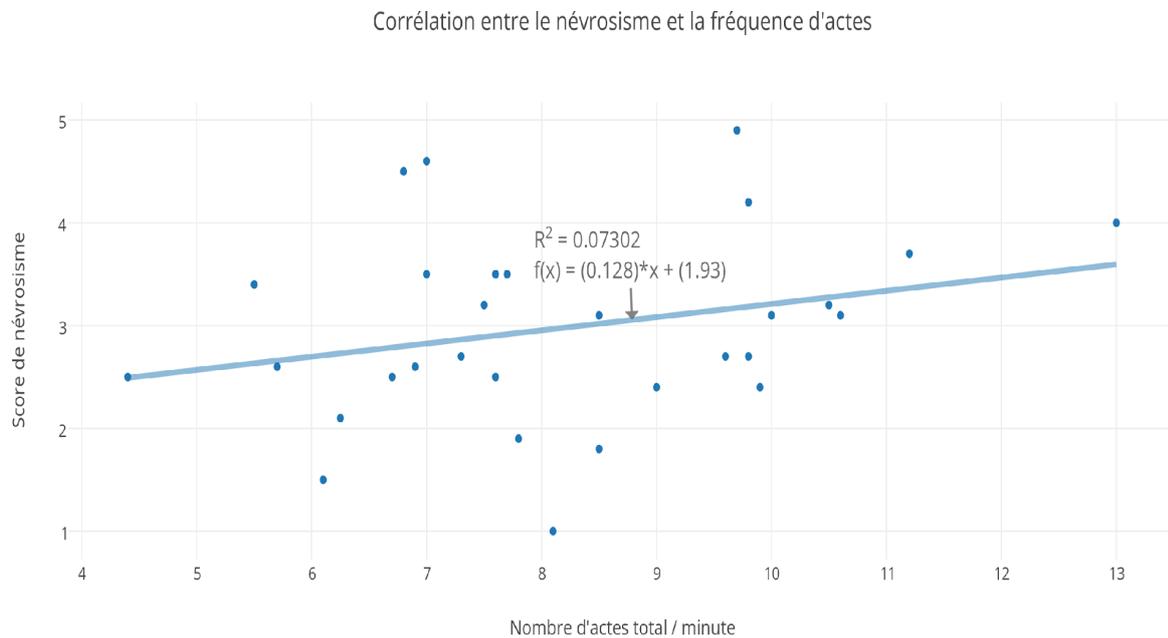
Nous testons chaque fois l'hypothèse d'une différence nulle (H_0): c'est à dire l'absence d'une différence significative entre deux évaluations. Si la probabilité p est inférieure à 0,05, H_0 est rejetée et il y a bien une différence significative entre les deux variables comparées.

Tableau 2: Corrélation entre les scores *BFI-Fr* pour chaque dimension et le score GECCO total des patients Alzheimer

| | Score GECCO total (fréquence d'actes totale/ minute) | |
|-------------------------------------|---|-----------------|
| Ouverture | $r = - 0,059$ | ($p = 0,756$) |
| Conscienciosité (conscience) | $r = - 0,126$ | ($p = 0,500$) |
| Extraversion | $r = - 0,150$ | ($p = 0,427$) |
| Agréabilité | $r = - 0,133$ | ($p = 0,480$) |
| Névrosisme (neuroticisme) | $r = 0,270$ | ($p = 0,148$) |

D'après le tableau 2, seule la dimensions névrosisme peut faire l'objet d'une interprétation.

Figure 8 : Corrélation entre le score de névrosisme et le score GECCO total des patients Alzheimer



Le névrosisme entretient une relation d'intensité faible positive ($r=0,270$) avec le score global obtenu à la GECCO. Cela laisserait penser que plus le score en névrosisme est élevé, plus le patient produit d'actes au cours des trois situations de discussion.

Il est important de souligner que la relation d'intensité décrite ci-dessus n'est pas assez marquée pour nous permettre d'affirmer ce postulat. De plus, les p-values mises en évidence dans le tableau 2 toutes supérieures à 0,05 démontrent que la puissance statistique de notre étude n'est pas significative.

4.1.2 Recherche d'un lien entre le score obtenu dans chaque dimension (O,C,E,A,N) et le score d'inadéquation à la GECCO.

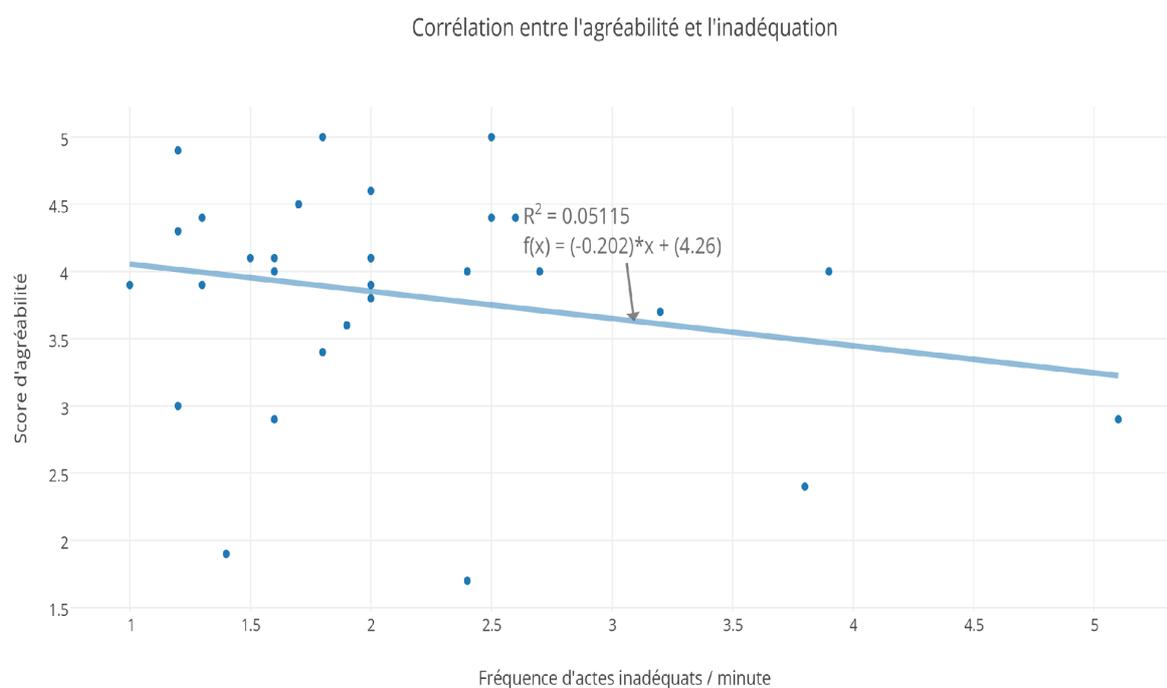
Nous nous sommes interrogées sur la relation qui pouvait exister entre le score obtenu dans chacune des dimensions évaluées par le *BFI-Fr* et le score d'inadéquation de nos patients à la GECCO. Cette question est sous-tendue par le postulat que les patients qui communiquent moins bien (qui ont une production d'actes inadéquats plus importante) laisseraient apparaître des scores au *BFI-Fr* plus marqués dans certains des cinq facteurs du *BFI-Fr*.

Nous avons fait des corrélations statistiques de Pearson afin de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

Tableau 3 : Corrélation entre les scores *BFI-Fr* pour chaque dimension et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer

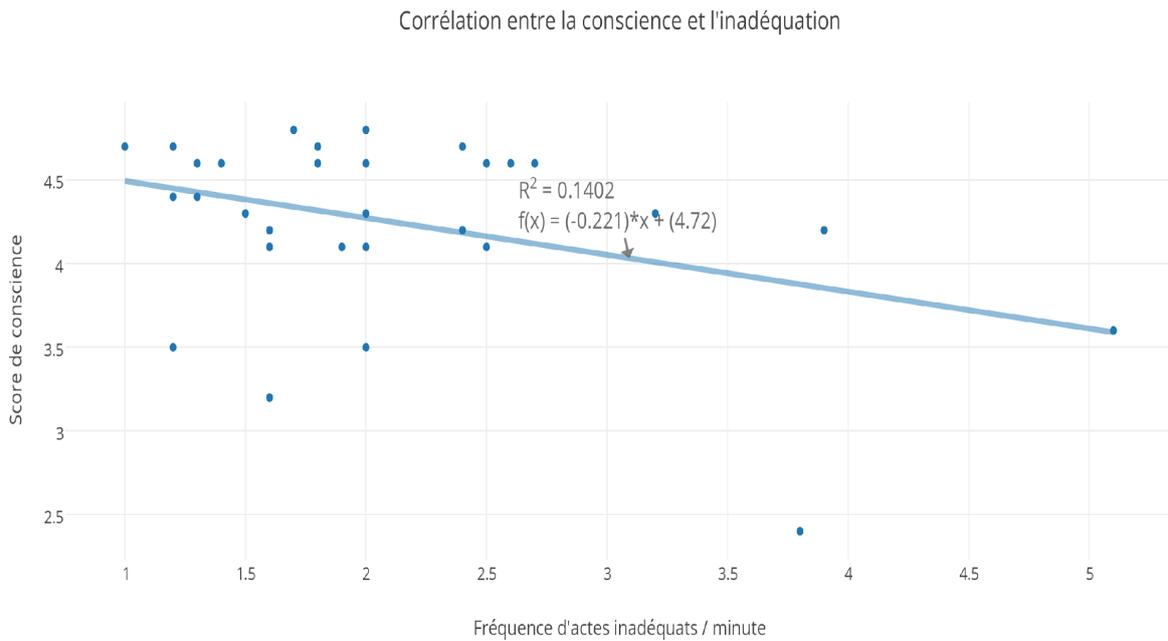
| | Score GECCO d'inadéquation (fréquence d'actes inadéquats/ minute) | |
|-------------------------------------|--|--------------------|
| Ouverture | r= - 0,243 | (p= 0,195) |
| Conscienciosité (conscience) | r= - 0,374 | (p= 0,041*) |
| Extraversion | r= 0,081 | (p= 0,667) |
| Agréabilité | r= - 0,226 | (p= 0,229) |
| Névrosisme (neuroticisme) | r= 0,065 | (p= 0,733) |

Figure 9 : Corrélation entre le score d'agréabilité et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer



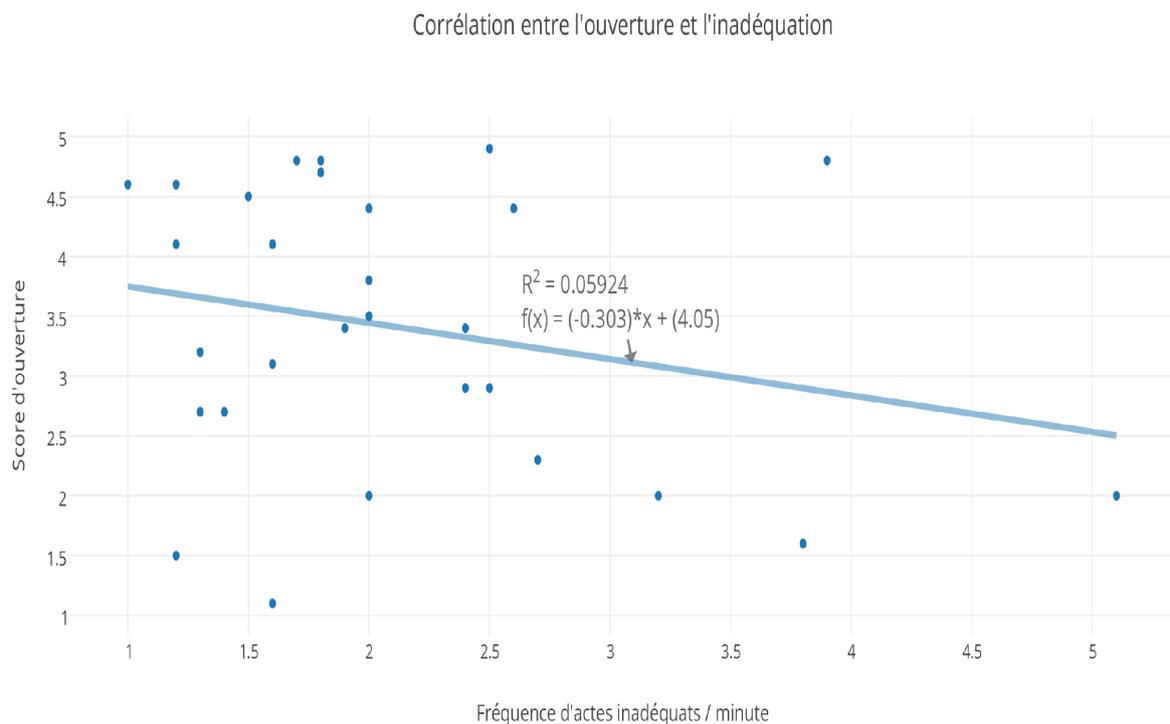
Le résultat obtenu au r de Pearson pour la corrélation entre le score d'agréabilité de nos patients et la fréquence d'actes inadéquats par minute de ces derniers étant $r = -0,226$, il semblerait que plus le score d'agréabilité diminue et plus les patients produisent d'actes inadéquats par minute.

Figure 10 : Corrélation entre le score de conscienciosité et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer



La corrélation entre le score obtenu en conscienciosité et la fréquence d'actes inadéquats par minute de nos patients étant $r = -0,374$, il est possible de l'interpréter comme ceci: plus le score en conscienciosité augmente, moins les patients produisent d'actes inadéquats par minute.

Figure 11 : Corrélation entre le score d'ouverture et le score GECCO d'inadéquation des patients Alzheimer



Il en va de même pour la corrélation entre l'ouverture et le score d'inadéquation obtenu à la GECCO qui rend compte d'une augmentation de la production d'actes inadéquats faiblement corrélée à une ouverture plus marquée ($r=-0,243$).

D'après les différents scores de Pearson obtenus au cours de notre étude (cf tableau 1), il semblerait qu'il n'existe pas de corrélation significativement marquée entre le nombre d'actes total par minute produit par les patients et les quatre autres dimensions ouverture, conscienciosité, agréabilité et extraversion.

Les dimensions extraversion et névrosisme ne présentent pas non plus de corrélation mathématique avec le nombre d'actes inadéquats par minute produit par les patients de notre recherche.

Il est important de souligner que seule la corrélation entre la conscienciosité et le nombre d'actes inadéquats par minute de notre échantillon est statistiquement significative ($p < 0,05$).

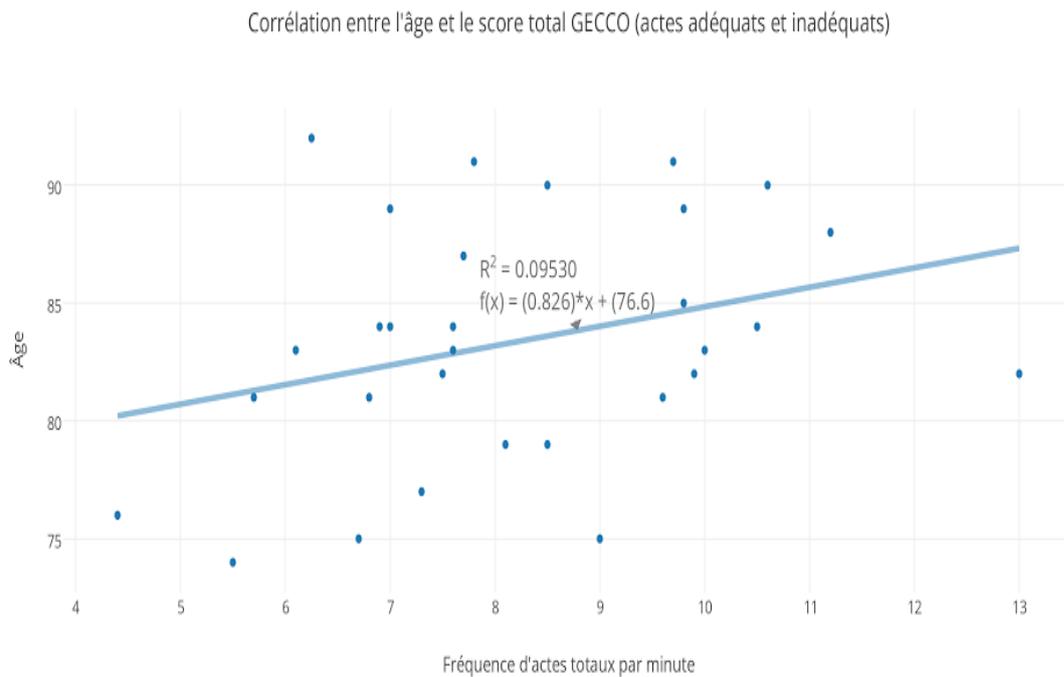
4.2 Analyse du score GECCO en fonction des variables contextuelles

4.2.1 Recherche d'un lien entre le score total obtenu à la GECCO et les variables contextuelles

Nous avons voulu observer si d'autres facteurs que la personnalité avaient une influence sur le score total obtenu par notre population à la GECCO. Pour cela nous avons réalisé des études statistiques pour chacune des différentes variables que nous avons définies : l'âge, le sexe, le niveau socio-culturel et le lieu de vie.

4.2.1.1 Influence de l'âge

Figure 12 : Corrélation entre la fréquence d'actes totaux émis par minute et l'âge



Dans le but d'évaluer l'influence de la variable âge sur les scores obtenus par les MA à la GECCO, nous avons procédé à une étude de corrélation, les variables étant l'âge et le score total moyen obtenu à la GECCO calculé en fréquence d'actes par minute. Nous obtenons une corrélation de 0,31 ($p=0,308$) sur l'ensemble de la population (composée exclusivement de patients d'atteinte légère à modérée).

Nous observons donc une légère corrélation qui n'est pas pour autant assez importante pour nous permettre d'affirmer avec certitude que l'âge influence les performances quantitatives de communication de nos MA .

4.2.1.2 Influence du sexe

Tableau 4 : Score total moyen obtenu à la GECCO en fonction du sexe

| | Effectif | Moyenne | Ecart-type |
|---------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Hommes | 11 | 7,327 | 1,3814 |
| Femmes | 19 | 8,445 | 2,0333 |

Les femmes obtiennent un score total moyen à la GECCO supérieur à celui des hommes. Nous avons utilisé le test paramétrique de Student afin de comparer nos deux moyennes. la p-value que nous avons obtenue est de **p=0,035**. Cela signifierait que le sexe a une influence significative sur les scores totaux réalisés à la GECCO. Les femmes auraient une communication significativement meilleure que celle des hommes d'un point de vue quantitatif : elles seraient plus prolixes au cours d'une discussion (ce qui se traduirait pas une fréquence d'actes totaux émis par minute plus importante).

Cependant, nous ne pouvons ignorer le biais qui persiste : en effet notre effectif est composé d'une majorité de femmes, nous ne pouvons donc pas affirmer que le sexe influence effectivement les performances quantitatives des patients Alzheimer à la GECCO.

4.2.1.3 Influence du niveau socio-culturel

Tableau 5 : Score total moyen obtenu à la GECCO en fonction du NSC

| Niveau d'études | Effectif | Moyenne | Ecart-type |
|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 2 | 5 | 8,34 | 2,598 |
| 3 | 4 | 7,73 | 1,637 |
| 4 | 7 | 8,38 | 1,965 |
| 5 | 1 | | |
| 6 | 6 | 9,28 | 2,399 |
| 7 | 7 | 7,42 | 0,994 |

Nous avons procédé à une analyse de variance qui a donné une probabilité de 0,53. Il n'y aurait donc pas de lien significatif entre le NSC et la fréquence d'actes totaux émis par minute. Il faut cependant rappeler que notre population n'est pas homogène en terme de NSC ce qui constitue un biais dans l'étude.

4.2.1.4 Influence du lieu de vie

Tableau 6 : Score total moyen obtenu à la GECCO en fonction du lieu de vie

| | <u>Effectif</u> | <u>Moyenne</u> | <u>Ecart-type</u> |
|--------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Institution | 12 | 8,67 | 1,688 |
| Domicile | 18 | 7,88 | 2,042 |

La probabilité obtenue suite à l'analyse de l'influence du lieu de vie (institution vs domicile) est de 0,25. Les études précédemment menées sur l'influence du lieu de vie sur le score total obtenu à la GECCO ont montré que les malades résidant toujours à leur domicile obtiennent de meilleurs résultats à la GECCO que les malades institutionnalisés.

Cependant, au cours du recrutement de nos sujets, nous avons constaté que les malades institutionnalisés à des stades légers ou modérés de la MA sont heureusement, assez rares.

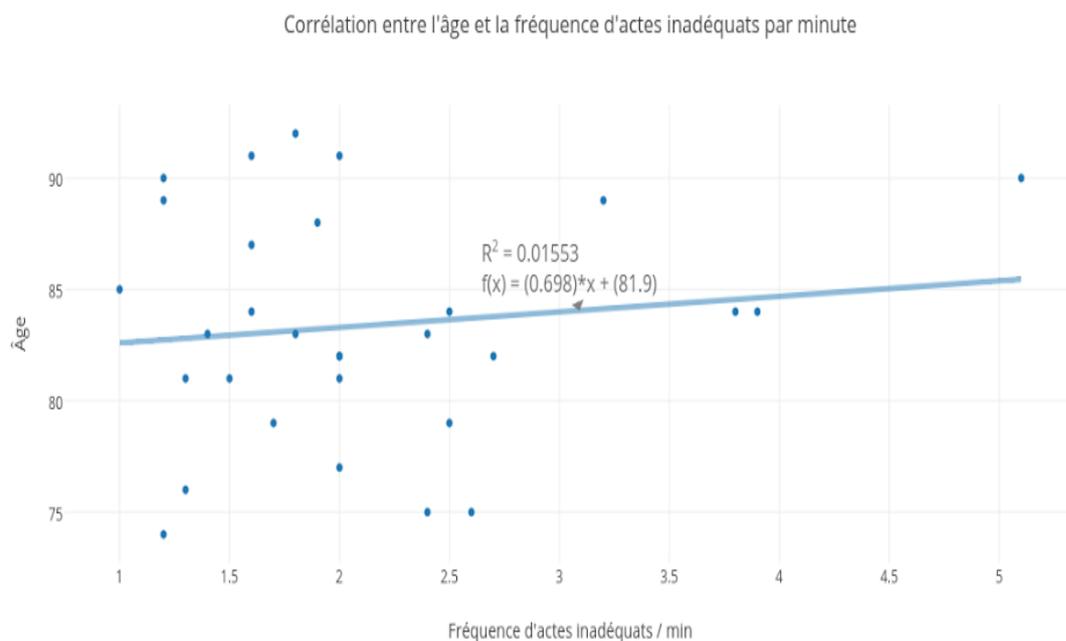
Or, notre étude portait sur les patients DTA aux stades léger et modéré, donc sur une population homogène. Nos résultats semblent donc être fiables mais un biais persiste tout de même puisque notre échantillon de sujets vivant à domicile est plus important. Nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude la véracité de nos résultats.

4.2.2 Recherche d'un lien entre le score d'inadéquation obtenu à la GECCO et les variables contextuelles

Nous avons aussi souhaité analyser si les variables contextuelles que nous avons déterminées avaient une influence sur la qualité de la communication de notre population. Dans cette perspective, nous avons effectué des analyses statistiques pour chacune des variables énoncées précédemment.

4.2.2.1 Influence de l'âge

Figure 13: Corrélation entre la fréquence d'actes inadéquats émis par minute et l'âge



L'étude de corrélation effectuée pour observer le lien entre l'âge des patients et la fréquence d'actes inadéquats par minute à la GECCO donne une corrélation de 0,511 ($p=0,12$) sur l'ensemble de la population. Il y'aurait donc une corrélation moyenne entre l'inadéquation des patients et leur âge. Il faut quand même nuancer ces résultats puisque la p-value est de 0,12 : cette relation ne serait donc pas significativement marquée au niveau

de la puissance statistique.

4.2.2.2 Influence du sexe

Tableau 7 : Score moyen d'inadéquation obtenu à la GECCO en fonction du sexe

| | Effectif | Moyenne | Ecart-type |
|---------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Hommes | 11 | 2,14 | 0,746 |
| Femmes | 19 | 2,08 | 1,022 |

Les hommes obtiennent un score d'inadéquation à la GECCO supérieur à celui des femmes. Les hommes produiraient plus d'actes inadéquats au cours de la discussion et communiqueraient moins bien. L'utilisation du test paramétrique de Student donne une probabilité $p=0,85$. Cela signifierait l'indépendance de relation entre le sexe et le score d'inadéquation obtenu à la GECCO.

4.2.2.3 Influence du niveau socio-culturel

Tableau 8 : Score moyen d'inadéquation obtenu à la GECCO en fonction du niveau socio-culturel

| Niveau d'études | Effectif | Moyenne | Ecart-type |
|------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| 2 | 5 | 3,22 | 1,399 |
| 3 | 4 | 1,7 | 0,258 |
| 4 | 7 | 1,7 | 0,589 |
| 5 | 1 | | |
| 6 | 6 | 2,06 | 0,418 |
| 7 | 7 | 2,11 | 0,872 |

Nous avons mené une analyse de variance qui a montré une probabilité de $p=0,034$. D'après nos résultats, le NSC entretiendrait un lien significatif avec le score d'inadéquation obtenu par nos patients à la GECCO. Il faut tout de même rappeler que

notre population reste hétérogène en terme de NSC ce qui constitue un biais.

4.2.2.4 Influence du lieu de vie

Tableau 9 : Score moyen d'inadéquation obtenu à la GECCO en fonction du lieu de vie

| | <u>Effectif</u> | <u>Moyenne</u> | <u>Ecart-type</u> |
|--------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Institution | 12 | 2,26 | 1,245 |
| Domicile | 18 | 2 | 0,633 |

Les patients institutionnalisés produisent en moyenne plus d'actes inadéquats que les patients résidant à domicile. Le test de Student donne une probabilité de 0,50. Il n'y aurait pas de lien entre le lieu de vie et la qualité de la communication (calculée en fréquence d'actes inadéquats par minute) des MA.

5. Discussion

5.1 Confrontation des résultats aux hypothèses de départ

Ce travail avait pour but de déterminer si la personnalité prémorbide des patients Alzheimer aux stades léger et modéré influait sur les capacités de communication de ceux-ci. D'après Rousseau (2011) [65], l'influence des facteurs âge, sexe, niveau socio-culturel et lieu de vie ne suffisait pas à expliquer l'hétérogénéité des capacités de communication chez le MA. Nous avons donc cherché à explorer l'hypothèse d'un lien entre la communication du MA et les différences individuelles et personnelles qui caractérisent chaque malade tout en contrôlant l'influence de ces facteurs multiples.

Hypothèse 2: le score d'ouverture obtenu au BFI-Fr est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre le score total obtenu à la GECCO (fréquence d'actes totaux émis par minute) et le score dans la dimension ouverture dans notre population. En ce qui concerne le lien entre le score d'inadéquation obtenu à la GECCO et

le score obtenu en ouverture, il semblerait que plus le score d'ouverture est bas, plus les patients produisent d'actes inadéquats lors de la passation de la GECCO ($r = -0,243$). Les sujets moins « ouverts » seraient les sujets qui communiquent le moins bien. Nous observons des résultats encourageants bien que pas assez significatifs pour nous permettre de valider notre hypothèse dans le cadre de ce mémoire.

Hypothèse 3 : le score de conscienciosité obtenu au BFI-Fr est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Les études menées entre le score de conscienciosité et le score total obtenu à la GECCO n'ont démontré aucune corrélation. Nous avons pu observer une corrélation négative qui commence à être significative entre le score de conscience et le score d'inadéquation à la GECCO ($r = -0,374$). Les MA qui ont des scores peu élevés émettraient plus d'actes rompant l'échange ou empêchant sa progression. Ces résultats sont encourageants mais pas assez marqués pour autoriser la validation totale de l'hypothèse que nous avons émise.

Hypothèse 4 : le score d'extraversion obtenu au BFI-Fr est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Notre étude n'a objectivé aucune relation entre le score d'extraversion et la fréquence d'actes totaux émis par minute. Il en va de même pour l'étude de corrélation réalisée entre le score d'extraversion et la fréquence d'actes inadéquats émis par minute. Le fait qu'un MA ait un score plus ou moins élevé en extraversion n'influerait pas sur ses capacités de communication.

Hypothèse 5 : le score d'agréabilité obtenu au BFI-Fr est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

Dans le cadre de cette étude, aucune corrélation entre le score d'agréabilité et le score total à la GECCO n'a été démontrée. L'ouverture semble être corrélée négativement avec le score d'inadéquation obtenu à la GECCO. Les sujets qui émettent plus d'actes inadéquats obtiendraient des scores peu élevés en agréabilité. La relation négative ($r = -0,226$) reste pour autant pas assez significative pour nous permettre de valider notre hypothèse.

Hypothèse 6 : le score de névrosisme obtenu au BFI-Fr est corrélé aux capacités de communication des patients évaluées par la GECCO (score total/ score d'inadéquation).

La dimension névrosisme est la seule qui fait ressortir une légère corrélation positive ($r= 0,270$) avec la fréquence d'actes totaux émis par minute. Bien qu'encourageants, nous ne pouvons affirmer que plus le score en névrosisme est élevé, plus le patient émet d'actes au cours de la discussion. Pour l'étude de corrélation réalisée entre le score de névrosisme et le score d'inadéquation GECCO, aucune relation n'a été trouvée. Il semblerait que le fait que le patient ait un score élevé ou bas en névrosisme n'influence pas ses capacités de communication.

Hypothèse 7 : les variables âge, sexe, NSC et lieu de vie ont une influence sur le score total et le score d'inadéquation obtenus à la GECCO.

Il ressort des résultats obtenus une corrélation positive entre l'âge et la fréquence d'actes totale par minute – c'est-à-dire que plus l'âge serait avancé, plus on produirait d'actes. Cependant, la corrélation est faible, ce qui ne nous permet pas d'affirmer ce résultat comme vrai. Pour l'inadéquation, le constat est plus marqué ($r = 0,51$) : plus le patient est âgé, plus il produit d'actes inadéquats. Mais la puissance statistique de notre échantillon étant insuffisante, il faut interpréter cette donnée avec prudence.

Concernant la variable sexe, notre étude montre que les femmes ont une communication à la fois plus adéquate et plus productive en termes de nombre d'actes que les hommes. Si la moyenne qualitative est non biaisée, ce n'est pas le cas de la moyenne quantitative, car le nombre de femmes dans notre échantillon est bien supérieur au nombre d'hommes. Il faut donc en tenir compte.

Pour le niveau socio-culturel, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre le niveau d'études et la fréquence d'actes totale par minute : tous les patients ont produit un nombre d'actes similaire, quel que soit le diplôme obtenu. On retrouve pourtant un lien entre le nombre d'actes inadéquats et le NSC. Les niveaux les plus hauts ont une moyenne d'actes inadéquats plus élevée que les niveaux 3 et 4, mais notre population n'étant pas homogène sur cette variable, il n'est pas possible de déclarer une quelconque influence.

Quant au lieu de vie, les patients institutionnalisés ont obtenu une fréquence d'actes totale par minute supérieure aux patients vivant à leur domicile, ce qui est contraire aux résultats de toutes les études menées jusqu'à présent. La raison principale de ce résultat est que notre échantillon est composé de plus de patients à domicile que de patients en institution. Pour l'inadéquation, la tendance est la même. Le malade institutionnalisé produirait donc certes

plus d'actes, mais aussi plus d'actes inadéquats, mais la probabilité obtenue avec le test de Student indique que ces résultats ne sont pas significatifs d'un point de vue statistique.

Hypothèse principale : la personnalité prémorbide a une influence sur les capacités de communication du patient Alzheimer.

Les résultats obtenus pour chaque trait de personnalité suite aux différentes études de corrélation réalisées ne nous permettent pas d'objectiver l'influence de la personnalité prémorbide sur les capacités de communication du MA. Nous constatons que certaines des dimensions évaluées ont une corrélation faible avec les capacités de communication de nos patients mais ces corrélations ne sont pas pour autant assez significatives pour nous permettre de valider cette hypothèse.

5.2 Critiques de l'étude et difficultés rencontrées

5.2.1 Contrôle des variables pour la constitution de la population

Avec la proposition systématique d'un MMSE avant de pouvoir inclure les patients dans notre étude ($10 < \text{MMSE} < 20$), nous nous sommes attachées à contrôler le degré d'atteinte cognitive de nos patients qui, selon Rousseau (2011) [65], est le principal facteur influençant les capacités de communication des MA.

En cherchant à respecter ce critère d'inclusion tout en contrôlant les variables âge, sexe, niveau socio-culturel et lieu de vie, la recherche des sujets a été rendue compliquée et a retardé le démarrage de l'étude. Nous n'avons pas été en mesure de constituer une population équilibrée en termes d'âge, sexe, NSC et lieu de vie. Mais il est important de rappeler qu'au vu de toutes les variables que contiennent notre étude, obtenir une population parfaitement homogène était assez complexe.

5.2.2 Importance et hétérogénéité de la population

Nous souhaitions réunir une population de 60 sujets afin de pouvoir réaliser une étude randomisée et avoir des résultats significatifs et fiables au niveau statistique. Après l'exclusion des sujets qui ne rentraient pas dans nos critères, nous avons pu réunir 30 sujets. L'étude aurait aussi mérité d'inclure une population de MA d'atteinte sévère afin de comparer les résultats entre les trois groupes d'atteinte.

5.2.3 Mise en relation avec les proches pour le questionnaire *BFI-Fr*

La proposition du questionnaire *BFI-Fr* en hétéro-évaluation aux proches des patients MA a aussi compliqué la recherche. Plusieurs des EHPAD et orthophonistes contactés regrettaient de ne pas avoir assez de contacts avec les proches des patients. Nous n'avons pas pu inclure plusieurs patients dans l'étude faute d'avoir pu joindre leurs proches. Certains des patients auxquels nous avons proposé la GECCO ont aussi dû être exclus de l'étude. En effet, nous n'avons pu récupérer les questionnaires *BFI-Fr* auprès de leurs proches malgré les moyens mis en place pour les récupérer (déplacement, courriel) ainsi que l'investissement des orthophonistes qui nous ont apporté leur aide.

5.2.4 Biais lié à la subjectivité de l'examineur lors de la cotation de la GECCO

Après recrutement des sujets, nous nous sommes toutes deux mises d'accord sur les critères pour le remplissage de la grille de passation GECCO. Après la passation de la GECCO nous avons analysé les vidéos de chaque patient ensemble pour avoir les scores les plus objectifs possibles. Mais nous ne pouvons ignorer notre propre subjectivité d'examinatrices quant à la cotation que nous avons réalisée de GECCO.

5.2.5 Biais lié à la subjectivité des proches lors de la cotation du *BFI-Fr*

Nous avons proposé le *BFI-Fr* à des proches qui connaissent bien la personnalité prémorbide du patient. Or, ces proches n'ont pas tous les mêmes liens de parenté avec les patients que nous avons inclus dans l'étude. De plus, ces proches n'ont pas le même âge, le même sexe et le même niveau socio-culturel. La diversité des caractéristiques des proches interrogés peut constituer un biais au remplissage du questionnaire. De plus, comme pour le remplissage de la grille GECCO, chaque personne qui a rempli le questionnaire *BFI-Fr* a dû faire parler sa propre subjectivité pour évaluer les MA de l'étude. Nous ne pouvons mettre de côté la notion d'affect qui est entrée en jeu lors du remplissage du questionnaire. En effet, après analyse des questionnaires *BFI-Fr*, nous nous sommes rendu compte que les proches avaient tendance à attribuer des scores élevés à leurs proches dans les items mettant en valeur leurs proches et des scores plus bas dans les items qu'ils jugeaient peu valorisants.

5.2.6 Biais lié à l'impact de la rééducation et la stimulation quotidienne

Au cours de notre recherche, la question de la prise en charge orthophonique des sujets inclus dans l'étude, en cours ou arrêtée, n'a pas été posée. Or, il est arrêté que la stimulation régulière du MA, notamment orthophonique, a un impact avéré sur le maintien de ses capacités de communication. De plus, les patients bien entourés bénéficient d'une stimulation plus importante ce qui influence forcément leur communication.

5.3 Perspectives

Même si notre étude n'a pas donné de résultats probants, il serait vraiment intéressant de poursuivre la recherche de liens entre personnalité et communication. Afin d'obtenir plus de données, une étude pourrait être menée sur les différents types d'actes employés par les malades (questions/réponses/affirmations...) , ce qui donnerait davantage de détails sur la façon de communiquer. En effet, une précédente étude de Rousseau de 2011 [64] a montré l'influence des émotions sur les capacités de communication du MA quel que soit le degré d'atteinte. Ainsi en fonction de l'état psychologique et de la personnalité du patient, le discours pourrait exprimer une émotion différente. La constitution d'un groupe témoin serait également pertinente, car cela pourrait donner une base à laquelle comparer les résultats obtenus chez les déments, et permettrait de voir si une corrélation existe déjà chez des sujets sains entre un trait de personnalité et une fréquence plus ou moins haute d'actes totaux ou inadéquats. Une étude à plus grande échelle et randomisée donnerait probablement des résultats plus fiables et pertinents. Enfin, si le questionnaire de personnalité était rempli par le même aidant (conjoint, enfant) pour tous les patients inclus dans l'étude, cela homogénéiserait d'autant plus l'étude.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour but d'objectiver l'influence de la personnalité prémorbide des patients Alzheimer sur leurs capacités de communication.

A l'issue de cette étude, nous avons constaté que d'un point de vue statistique, nous n'étions pas en mesure d'apporter de réponses objectives à cette question bien que nous ayons observé des corrélations commençant à être significatives entre la communication de nos patients et certains des traits de personnalité prémorbide évalués.

Nous sommes tout de même convaincues qu'au travers de cette étude, nous nous sommes placées dans la continuité des objectifs que se donne la thérapie éco-systémique de la communication. Nous avons mis un point d'honneur à prendre en compte le système dans lequel évoluent nos patients. C'est pourquoi nous avons cherché à inclure l'entourage de ces derniers dans notre étude afin d'explorer la personnalité des malades. Nous nous sommes rendu compte que les proches avec lesquels nous sommes entrées en contact prenaient plaisir à remplir le questionnaire, notamment, parce que d'après eux, nous attachions de l'importance à leur vision du malade.

Nous avons aussi reçu des échos positifs de la part des orthophonistes et des personnels soignants. Plusieurs d'entre eux ont souhaité récupérer les résultats des questionnaires de personnalité et de la GECCO. En effet, ils considéraient que connaître la personnalité antérieure ainsi que les situations de communication qui favorisent la communication des patients pourrait leur permettre de mieux les prendre en charge.

Quelques critères mériteraient d'être révisés dans l'éventualité d'études sur le même sujet. Il serait notamment intéressant de réaliser une étude sur une population plus importante afin d'avoir une puissance statistique et de valider l'hypothèse d'un lien entre personnalité prémorbide et communication dans la maladie d'Alzheimer. Il faudrait aussi envisager d'inclure dans l'étude des patients Alzheimer à un stade sévère de la maladie afin de valider notre hypothèse à tous les degrés d'atteinte cognitive.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ahmed, S., Haigh, A.-M. F., de Jager, C. A., Garrard, P. (2013). Connected speech as a marker of disease progression in autopsy-proven Alzheimer's disease. *Brain*, 136(12), 3727-3737.
2. Barkat-Defradas, M., Sophie, M., Rico-Duarte, L., Brouillet, D. (2008). Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer. In *27^o journée d'études sur la Parole*. Avignon, France.
3. Bosco, F. M., Gabbatore, I., Gastaldo, L., Sacco, K. (2016). Communicative-Pragmatic Treatment in Schizophrenia: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 7, 166.
4. Bracops, M. (2010). *Introduction à la pragmatique: les théories fondatrices: actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée* (2e éd). Bruxelles: De Boeck, Duculot.
5. Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., Floyd, K. (2010). *Nonverbal communication*. Boston: Allyn & Bacon.
6. Cabin, P., Dortier, J.-F. (2008). *La communication*. Auxerre: Éditions Sciences humaines.
7. Cataix-Negre, É. (2011). *Communiquer autrement: accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage: les communications alternatives*. Marseille: Solal.
8. Colletta, J.-M., Batista, A. (2010). Premières verbalisations, gestualité et conduites bimodales: données et questions actuelles. *Rééducation orthophonique*, 241, 21-34.
9. Daly, J. A. (2011). Personality and interpersonal communication. In M. L. Knapp, J. A. Daly (Eds.), *The SAGE handbook of interpersonal communication*. London: SAGE.
10. Delamarre, C. (2011). *Alzheimer et communication non verbale*. Paris: Dunod.
11. Denissen, J. J. A., van Aken, M. A. G., Roberts, B. W. (2011). Personality Development across the Life span. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, A. Furnham (Eds.), *Handbook of Individual Differences* (p. 75-100). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

12. Denissen, J. J. A., van Aken, M. A. G., Roberts, B. W. (2013). Personality Development across the Life Span. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences* (p. 75-100). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
13. Dupuy, L. E., Van der Henst, J.-B., Cheylus, A., Reboul, A. C. (2016). Context in Generalized Conversational Implicatures: The Case of Some. *Frontiers in Psychology*, 7.
14. Fraser, K. C., Meltzer, J. A., Rudzicz, F. (2015). Linguistic Features Identify Alzheimer's Disease in Narrative Speech. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49(2), 407-422.
15. Giffard, B., Desgranges, B., Eustache, F. (2008). Intelligence et démence. In B. Lechevalier, F. Eustache, F. Viader, *Traité de neuropsychologie clinique : neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte* (pp.763-851). Bruxelles : De Boeck.
16. Gil, R. (2003). *Abrégé de Neuropsychologie*. Paris : Masson.
17. Gordon, J. (2013). Significance of past statements: speech act theory. *Journal of Medical Ethics*, 39(9), 570-572.
18. Gutiérrez-Rexach, J., Schatz, S. (2016). Cognitive impairment and pragmatics. *SpringerPlus*, 5, 127.
19. Hanley, A. W. (2016). The mindful personality: Associations between dispositional mindfulness and the Five Factor Model of personality. *Personality and Individual Differences*, 91, 154-158.
20. Hansenne, M. (2006). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles: De Boeck.
21. HAS. (2011). Recommandation de bonne pratique : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Saint Denis : HAS,. www.has-sante.fr.

22. Herrmann, M., Padovan, C., Dorey, J.-M. (2016). Effets de la personnalité sur les troubles neurocognitifs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 16(93), 139-145.
23. Ionescu, I. A., Raicu, I. L. (2010). Le rôle de la cohésion et de la cohérence dans la construction du sens de l'énoncé. *Sibiu Alma Mater University Journals - Series C. Social Sciences*, 3(3).
24. Jakobson, R. (1966). *Essais de linguistique générale*. Paris: Éd. de Minuit.
25. Jensen, M. (2016). Personality traits and nonverbal communication patterns. *International Journal of Social Science Studies*, 4(5), 57-70.
26. Joanette, Y., Kahlaoui, K., Champagne-Lavau, M., Ska, B. (2006). Troubles du langage et de la communication dans la maladie d'Alzheimer: description clinique et prise en charge. In C. Belin, A.-M. Ergis, O. Moreaud (Eds.), *Actualités sur les démences: Aspects cliniques et neuropsychologiques* (p.223-245). Marseille: Solal.
27. John, O. P., Donahue, E. M., Kentle, R. L. (1991). The Big Five Inventory-Versions 4a and 54. Berkeley, CA : University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
28. John, O. P., Naumann, L. P., Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. W. Robins, L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research (3rd ed.)* (p. 114-158). New York, NY, US: Guilford Press.
29. John, O. P., Robins, R. W., Pervin, L. A. (2008). *Handbook of Personality, Third Edition: Theory and Research*. Guilford Press.
30. Joly, A. (2014). *Communication verbale et non-verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : Etude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste*. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste de l'Université de Lorraine, Nancy.
31. Jourdy, R., Petot, J.-M. (2016). Relations entre traits de personnalité et dépression au niveau des cinq grands facteurs et de leurs facettes. *L'Évolution Psychiatrique*.

32. Joyal, M., Bonneau, A., Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 240, 88-95.
33. Karasik, V. I., Gillespie, D. (2014). Discourse Personality Types. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 154, 23-29.
34. Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). *Les interactions verbales: approche interactionnelle et structure des conversations* (3. éd). Paris: Armand Colin.
35. Kerhervé, H., Gay, M.-C., Vrignaud, P. (2008). Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(4), 251–259.
36. Khosravi, M. (2011). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés: parler, comprendre, stimuler, distraire*. Rueil-Malmaison: Doin.
37. Kissine, M. (2016). Pragmatics as Metacognitive Control. *Frontiers in Psychology*, 6.
38. Kitamura, S., Yasuno, F., Yamamoto, A., Kazui, H., Kudo, T., Matsuoka, K., Kiuchi, K., Kosaka, J., Nagatsuka, K., Iida, H., Kishimoto, T. (2016). A structural model of age, grey matter volumes, education, and personality traits. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 16(1), 46-53.
39. Klimova, B., Kuca, K. (2016). Speech and language impairments in dementia. *Journal of Applied Biomedicine*, 14(2), 97-103.
40. Klimova, B., Maresova, P., Valis, M., Hort, J., Kuca, K. (2015). Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1401-1408.
41. Larsen, R. J., Buss, D. M. (2010). *Personality psychology: domains of knowledge about human nature* (4th ed). New York: McGraw-Hill Higher Education.

42. Lefebvre, L., Arias Y Arenas, J. (2012). La compréhension de gestes pseudo-linguistiques dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 12(68), 62-73.
43. Leszko, M., Elleman, L. G., Bastarache, E. D., Graham, E. K., Mroczek, D. K. (2015). Future Directions in the Study of Personality in Adulthood and Older Age. *Gerontology*, 62(2), 210-215.
44. Lignier, B., Petot, J.-M., Plaisant, O., Zebdi, R. (2016). Validation du Big Five Inventory français (BFI-Fr) dans un contexte d'hétéro-évaluation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(6), 436-441.
45. Lykou, E., Rankin, K. P., Chatziantoniou, L., Boulas, C., Papatriantafyllou, O., Tsaousis, I., Neuhaus, J., Karageorgiou, C., Miller, B. L., Papatriantafyllou, J. D. (2013). Big 5 Personality changes in Greek bvFTD, AD, and MCI patients. *Alzheimer disease and associated disorders*, 27(3), 258-264.
46. Mayer, J. D. (2015). The personality systems framework: Current theory and development. *Journal of Research in Personality*, 56, 4-14.
47. Mayes, C., Lipworth, W., Kerridge, I. (2016). Declarations, accusations and judgement: examining conflict of interest discourses as performative speech-acts. *Medicine, Health Care, and Philosophy*.
48. Mendez Rubio, M., Antonietti, J. P., Donati, A., Rossier, J., von Gunten, A. (2013). Personality traits and behavioural and psychological symptoms in patients with mild cognitive impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 35(1-2), 87-97.
49. Okanda, M., Asada, K., Moriguchi, Y., Itakura, S. (2015). Understanding violations of Gricean maxims in preschoolers and adults. *Frontiers in Psychology*, 6.
50. Olry-Louis, I., Chabrol, C. (2007). *Interactions communicatives et psychologie: approches actuelles*. Paris, Presses de la Sorbonne nouvelle.
51. Pezzulo, G., Donnarumma, F., Dindo, H. (2013). Human Sensorimotor Communication: A Theory of Signaling in Online Social Interactions. *PLoS ONE*, 8(11).

52. Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(2), 97-106.
53. Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., John, O. P. (2010). Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(7), 481-486.
54. Pocnet, C., Rossier, J., Antonietti, J.-P., von Gunten, A. (2013). Personality traits and behavioral and psychological symptoms in patients at an early stage of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 276-283.
55. Riegel, M. (2006). Cohérence textuelle et grammaire phrastique. In *Cohérence et discours*. Paris: Presses Paris Sorbonne.
56. Roberts, B. W., Mroczek, D. (2008). Personality Trait Change in Adulthood. *Current directions in psychological science*, 17(1), 31-35.
57. Roberts, B. W., Walton, K. E., Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25.
58. Roberts, B. W., Wood, D., Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. In O. P. John (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed, p. 375-398). New York: NY: Guilford Press.
59. Rolland, J.-P. (2004). *L'évaluation de la personnalité: le modèle en cinq facteurs*. Sprimont: Mardaga
60. Rousseau, T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication chez les malades atteints de la maladie d'Alzheimer*. Thèse de doctorat de l'université de Caen.
61. Rousseau, T. (1998). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer*. Isbergue : Orthoédition.

62. Rousseau, T., Loyau, M. (2006). Influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(31), 43-49.
63. Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, 503(5), 429.
64. Rousseau, T. (2011a). Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11, 221-228.
65. Rousseau, T. (2011b). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication évaluation et prise en charge thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
66. Rousseaux, M., Sève, A., Vallet, M., Pasquier, F., Mackowiak-Cordoliani, M. A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884-3890.
67. Saussure, F. de. (1962). *Cours de linguistique générale* (Éd. crit. prép). Paris: Payot.
68. Schiaratura, L. T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 183–188.
69. Searle, J. R. (1979). *Sens et expression*. Paris: Minuit.
70. Shannon, C. E., Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.
71. Specht, J., Egloff, B., Schmukle, S. C. (2011). Stability and change of personality across the life course: the impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(4), 862-882.
72. 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.
73. Tillas, A., Trafford, J. (2015). Communicating content. *Language & Communication*, 40, 1–13.

74. Torrente, F., Pose, M., Gleichgerrcht, E., Torralva, T., López, P., Cetkovich-Bakmas, M., Manes, F. (2014). Personality changes in dementia: are they disease specific and universal? *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 28(3), 261-268.
75. Tran, T. M., Dasse, P., Letellier, L., Lubjinkowic, C., They, J., Mackowiak, M.-A. (2012). Les troubles du langage inauguraux et démence : étude des troubles lexicaux auprès de 28 patients au stade débutant de la maladie d'Alzheimer. *SHS Web of Conferences*, 1, 1659-1672.
76. Vigliocco, G., Perniss, P., Vinson, D. (2014). Language as a multimodal phenomenon: implications for language learning, processing and evolution. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1651).
77. von Gunten, A., Pocnet, C., Rossier, J. (2009). The impact of personality characteristics on the clinical expression in neurodegenerative disorders—A review. *Brain Research Bulletin*, 80(4-5), 179-191.
78. Wearing, C. J. (2015). Relevance theory: pragmatics and cognition. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 6(2), 87-95.
79. Wilcox, J., Davis, G. (1978). *Promoting Aphasia Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco : SLHA.
80. Ylieff, M., Squelard, G., Missotten, P. (2011). Maladie d'Alzheimer : vulnérabilité et adaptation du patient et de ses aidants. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 11(64), 166-172.
81. Yoneda, T., Rush, J., Berg, A. I., Johansson, B., Piccinin, A. M. (2016). Trajectories of Personality Traits Preceding Dementia Diagnosis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*.

ANNEXES

ANNEXE 1

Classification des patients selon leur niveau socio-culturel (NSC) inspirée de la grille des niveaux socioculturels proposée par Gil (2003)

Gil, R. (2003). *Abrégé de neuropsychologie*. Paris : Masson.

NSC 1 : illettré

NSC 2 : sait lire, écrire, compter

NSC 3 : niveau fin d'études primaires

NSC 4 : niveau brevet d'études de premier cycle (9 années de scolarisation). Pour les métiers manuels : niveau CAP sans spécialisation

NSC 5 : niveau classe terminale. Pour les métiers manuels : niveau ouvrier ou artisan avec responsabilités techniques ou de gestion

NSC 6 : niveau baccalauréat. Pour les métiers manuels : métiers hautement qualifiés avec cursus prolongés comme les compagnons du tour de France

NSC 7 : niveau diplôme universitaire

ANNEXE 2

Exemplaire du Mini Mental State Examination de Folstein (1975)

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975) Mini Mental State : A practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-98.

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander: Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

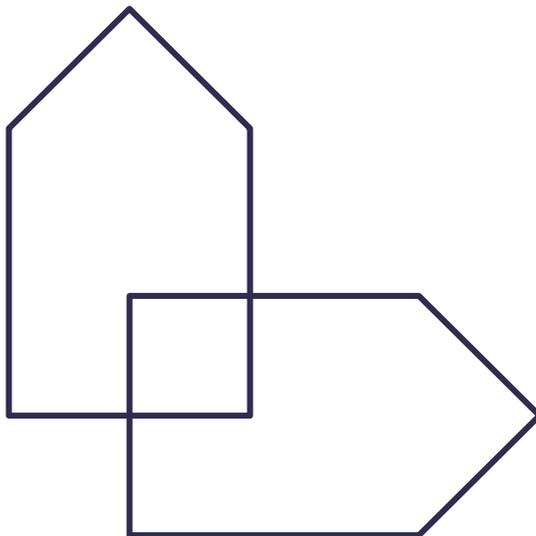
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

« FERMEZ LES YEUX »



ANNEXE 3

Big Five Inventory Français (BFI-Fr)

Instructions:

Vous allez trouver un certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous.

Par exemple, acceptez-vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres?

Ecrivez devant chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :

- 1 désapprouve fortement
- 2 désapprouve un peu
- 3 n'approuve ni ne désapprouve
- 4 approuve un peu
- 5 approuve fortement

Je me vois comme quelqu'un qui ...

1. ___ est bavard
2. ___ a tendance à critiquer les autres
3. ___ travaille consciencieusement
4. ___ est déprimé, cafardeux
5. ___ est créatif, plein d'idées originales
6. ___ est réservé
7. ___ est serviable et n'est pas égoïste avec les autres
8. ___ peut être parfois négligent
9. ___ est "relaxe", détendu, gère bien les stress
10. ___ s'intéresse à de nombreux sujets
11. ___ est plein d'énergie
12. ___ commence facilement à se disputer avec les autres
13. ___ est fiable dans son travail
14. ___ peut être angoissé
15. ___ est ingénieux, une grosse tête
16. ___ communique beaucoup d'enthousiasme
17. ___ est indulgent de nature
18. ___ a tendance à être désorganisé
19. ___ se tourmente beaucoup
20. ___ a une grande imagination
21. ___ a tendance à être silencieux
22. ___ fait généralement confiance aux autres
23. ___ a tendance à être paresseux
24. ___ est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé
25. ___ est inventif
26. ___ a une forte personnalité, s'exprime avec assurance
27. ___ est parfois dédaigneux, méprisant
28. ___ persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie
29. ___ peut être lunatique d'humeur changeante
30. ___ apprécie les activités artistiques et esthétiques
31. ___ est quelquefois timide, inhibé
32. ___ est prévenant et gentil avec presque tout le monde
33. ___ est efficace dans son travail
34. ___ reste calme dans les situations angoissantes
35. ___ préfère un travail simple et routinier
36. ___ est sociable, extraverti
37. ___ est parfois impoli avec les autres
38. ___ fait des projets et les poursuit
39. ___ est facilement anxieux

ANNEXE 3 (suite)

- 40. ___ aime réfléchir et jouer avec des idées
- 41. ___ est peu intéressé par tout ce qui est artistique
- 42. ___ aime coopérer avec les autres
- 43. ___ est facilement distrait
- 44. ___ a de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature
- 45. ___ cherche des histoires aux autres

Vérifier que vous avez bien répondu à toutes les questions. Merci

Score= moyenne des items dans la dimension

E (Extraversion, Energie, Enthousiasme)

8 items: 1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R, 36;

A (Agréabilité, Altruisme, Affection)

10 items: 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42, 45R;

C (Conscience, Contrôle, Contrainte)

9 items: 3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R;

N (émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité)

8 items: 4, 9R, 14, 19, 24R, 29, 34R, 39;

O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit)

10 items: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35R, 40, 41R, 44;

Chaque facteur correspond à la moyenne de la somme des items en inversant les items marqués d'un R « reverse » (5 devenant 1 ; 4 : 2 ; 3 : 3, 2 : 4 et 1 : 5).

Note. Copyright © 1991 by Oliver P. John.

Traduction et adaptation française par Odile Plaisant et al., 2005.

Reproduit avec permission.

ANNEXE 4

Exemplaire du Big Five Inventory français proposé aux proches des patients

Questionnaire destiné aux aidants

- Objectif:

Ce questionnaire a pour but de rendre compte de la personnalité de votre proche avant l'apparition des symptômes influant sur celle-ci. Essayez d'y répondre avec le plus d'objectivité possible.

- Instructions:

Vous allez trouver un certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à votre proche.

Par exemple, votre proche aimait-il passer du temps avec les autres ?

Ecrivez devant chaque affirmation le chiffre indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation:

1 désapprouve fortement

2 désapprouve un peu

3 n'approuve ni ne désapprouve

4 approuve un peu

5 approuve fortement

Vous voyez votre proche comme quelqu'un qui ...

1. __ était bavard

2. __ avait tendance à critiquer les autres

3. __ travaillait consciencieusement

4. __ était déprimé, cafardeux

5. __ était créatif, plein d'idées originales

6. __ était réservé

7. __ était serviable et n'était pas égoïste avec les autres

8. __ pouvait être parfois négligent

9. __ était « relaxe », détendu, gérait bien le stress

10. __ s'intéressait à de nombreux sujets

11. __ était plein d'énergie

12. __ commençait facilement à se disputer avec les autres

13. __ était fiable dans son travail

14. __ pouvait être angoissé

15. __ était ingénieux, une grosse tête

ANNEXE 4 (suite)

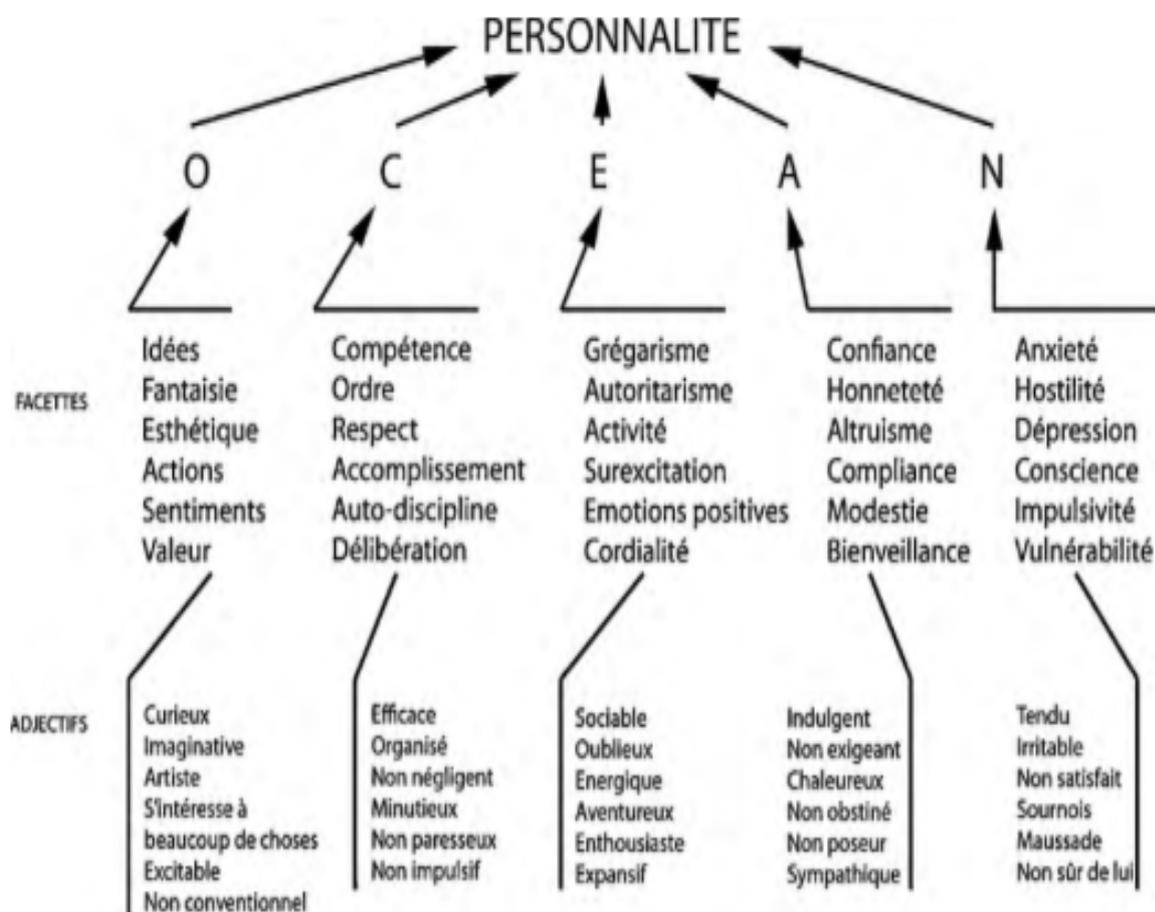
16. __ communiquait beaucoup d'enthousiasme
17. __ était indulgent de nature
18. __ avait tendance à être désorganisé
19. __ se tourmentait beaucoup
20. __ avait une grande imagination
21. __ avait tendance à être silencieux
22. __ faisait généralement confiance aux autres
23. __ avait tendance à être
24. __ était quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé
25. __ était inventif
26. __ avait une forte personnalité, s'exprimait avec assurance
27. __ était parfois dédaigneux, méprisant
28. __ persévérait jusqu'à ce que sa tâche soit finie
29. __ pouvait être lunatique, d'humeur changeante
30. __ appréciait les activités artistiques et esthétiques
31. __ était quelquefois timide, inhibé
32. __ était prévenant et gentil avec presque tout le monde
33. __ était efficace dans son travail
34. __ restait calme dans les situations angoissantes
35. __ préférait un travail simple et routinier
36. __ était sociable, extraverti
37. __ était parfois impoli avec les autres
38. __ faisait des projets et les poursuivait
39. __ était facilement anxieux
40. __ aimait réfléchir et jouer avec des idées
41. __ était peu intéressé par tout ce qui est artistique
42. __ aimait coopérer avec les autres
43. __ était facilement distrait
44. __ avait de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature
45. __ cherchait des histoires aux autres

Vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions en respectant les instructions. Merci beaucoup pour votre temps.

ANNEXE 6

Six facettes tirées du NEO-P-R (Inventaire de Personnalité Révisé) définissant chacun des cinq facteurs et adjectifs correspondant aux traits les plus corrélés à chacune des facettes

Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., John, O. P. (2010). Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(7), 481-486.



Maladie d'Alzheimer, personnalité, communication : liens et incidences

Alzheimer's disease, personality, communication: connexions and consequences

Résumé :

La communication dans la maladie d'Alzheimer est sous l'influence de multiples facteurs. Les facteurs individuels (âge, sexe, niveau socio-culturel, lieu de vie) ont été étudiés sans permettre d'éclaircir l'hétérogénéité des capacités de communication des malades. Ce projet a eu pour objectif d'explorer l'hypothèse de l'influence de la personnalité prémorbide sur la communication des patients Alzheimer en contrôlant les autres facteurs individuels. Le questionnaire du *Big Five Inventory* Français (*BFI-Fr*) a été soumis en hétéro-évaluation à 30 proches de patients Alzheimer pour évaluer la personnalité prémorbide des malades au travers de leur score dans chaque dimension du *BFI-Fr*. 30 patients se sont vu proposer la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) pour analyser leur communication. Les études de corrélation menées ont donné des corrélations positives faibles entre le névrosisme et le score quantitatif et des corrélations négatives faibles entre l'ouverture, la conscienciosité, l'agréabilité et le score d'inadéquation. Ces résultats, bien qu'encourageants, ne sont pour autant pas assez significatifs au niveau statistique au vu de la taille de l'échantillon pour permettre d'objectiver l'influence de la personnalité prémorbide sur les capacités de communication des patients Alzheimer.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, communication, personnalité, GECCO, *BFI-Fr*.

Abstract :

Communication in the Alzheimer's disease is influenced by many factors. The individual factors (age, gender, socio-cultural level, place of residence) have been studied without enabling to make any more light on the heterogeneity of the patients' communication abilities. The purpose of this project was to explore the hypothesis of the premorbid personality's influence on the communication of those affected by Alzheimer's while controlling the other individual factors. The French Big Five Inventory questionnaire (*BFI-Fr*) has been submitted in hetero-evaluation to 30 Alzheimer's patients' relatives to assess the premorbid personality through their score in each dimension of the *BFI-Fr*. 30 patients were offered the Communication Capacities Assessment Grid (GECCO) to analyse their communication. Correlation studies carried out have shown weak positive correlations between neuroticism and the quantitative score, and weak negative correlations between openness, conscientiousness, agreeableness and the score of inadequate acts. These results, although encouraging, are however not significant enough on a statistical level in light of the size of the sample to enable to objectify the influence of premorbid personality on the Alzheimer's patients' abilities of communication.

Keywords : Alzheimer's disease, communication, personality, Communication Capacities Assessment Grid, French Big Five Inventory

52 pages, (+ 6 annexes), 81 références bibliographiques