



**“ Et vous trouvez ça drôle ? ” La perméabilité à
l’humour du patient atteint de la maladie d’Alzheimer
au stade modéré à modérément sévère**

Hélène Chaussumier

► To cite this version:

Hélène Chaussumier. “ Et vous trouvez ça drôle ? ” La perméabilité à l’humour du patient atteint de la maladie d’Alzheimer au stade modéré à modérément sévère. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01497078

HAL Id: dumas-01497078

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01497078>

Submitted on 28 Mar 2017

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.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

CHAUSSUMIER Hélène
Née le 11 février 1990 à Nice

« ET VOUS TROUVEZ ÇA DRÔLE ? »

*La perméabilité à l'humour du patient atteint de la maladie
d'Alzheimer au stade modéré à modérément sévère*

Directeur de Mémoire : **Docteur Philippe BARRES,**

Neurologue

Co-directrice de Mémoire : **Martine PUCCINI-EMPORTES,**

Orthophoniste

Nice

2015

MEMOIRE présenté pour l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

CHAUSSUMIER Hélène
Née le 11 février 1990 à Nice

« ET VOUS TROUVEZ ÇA DRÔLE ? »

*La perméabilité à l’humour du patient atteint de la maladie
d’Alzheimer au stade modéré à modérément sévère*

Directeur de Mémoire : **Docteur Philippe BARRES**, Neurologue

Co-directrice de Mémoire : **Martine PUCCINI-EMPORTES**, Orthophoniste

Lecteurs et Rapporteurs : **Docteur Philippe BARRES**, Neurologue

Valérie RESCA, Orthophoniste

Nice

2015

REMERCIEMENTS

Martine, c'est avec beaucoup d'émotion que je tiens à vous remercier. Votre vision profondément humaniste du métier d'orthophoniste, notamment dans la prise en charge de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, a fait émerger chez moi la volonté de réaliser un mémoire fondamentalement positif sur ces sujets, et la nécessité de toujours considérer l'individu avant de considérer sa pathologie. D'un soutien et d'un optimisme à toute épreuve, vous avez répondu, chaque semaine, à mes nombreuses sollicitations, questions et inquiétudes. Et ce n'était pas chose aisée ! Je suis très heureuse d'avoir eu la chance de réaliser ce mémoire avec vous.

Je vous adresse, Docteur Philippe BARRES, mes sincères remerciements pour vos conseils éclairés, votre disponibilité et, reflet de la passion pour votre métier : votre souci du détail, ce qui est loin d'en être un !

Je vous remercie, Madame Valérie Resca, d'avoir accepté d'être le rapporteur neutre de ce mémoire et pour cela de l'avoir lu dans son intégralité.

Je remercie chaleureusement les membres de l'accueil de jour de France Alzheimer 06 pour leur bonne humeur, leur accueil, et leur coopération.

Un grand merci à la Maison des Séniors Pasteur qui m'a très gentiment reçue et à toutes ces personnes qui ont bien voulu constituer la population témoin de mon protocole, et cela, toujours avec le sourire. J'ai pris beaucoup de plaisir à ces différentes rencontres.

Je tiens à remercier tout particulièrement les personnes accueillies à l'accueil de jour et à la plateforme de répit de France Alzheimer 06, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour, pour la richesse de ces moments partagés, émouvants, surprenants et souvent très drôles.

Enfin, je remercie ma famille, ainsi que toi, Ludo. Vous m'avez toujours conseillée, supportée, encouragée malgré mes doutes et mes (toutes petites) crises existentielles. Merci à votre soutien indéfectible.

SOMMAIRE

Remerciements	3
SOMMAIRE	4
Introduction	8
 LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	10
I. Généralités	11
1. Historique.....	11
1.1. <i>Du cas princeps</i>	11
1.2. <i>A la modélisation du concept de maladie d'Alzheimer</i>	11
2. Epidémiologie	14
2.1. <i>Prévalence et incidence</i>	14
2.2. <i>Les facteurs de risque et de prévention</i>	15
3. Installation et progression de la maladie	18
3.1. <i>Neuropathologie</i>	18
3.2. <i>Evolution clinique de la maladie</i>	20
3.3. <i>Traitements</i>	23
II. La maladie d'Alzheimer : des compétences altérées.....	29
1. Les troubles mnésiques.....	29
1.1. <i>La mémoire à court terme (MCT)</i>	29
1.2. <i>La mémoire à long terme (MLT)</i>	31
2. Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives	34
2.1. <i>Définitions</i>	34
2.2. <i>Les impacts de la maladie d'Alzheimer</i>	36
3. Les troubles du langage et de la communication verbale	37
3.1. <i>Le langage oral</i>	38
3.2. <i>L'impact de la qualité relationnelle sur la communication du patient</i>	42
3.3. <i>Le langage écrit</i>	44
4. Les troubles praxo-gnosiques	44
4.1. <i>Les apraxies</i>	44
4.2. <i>Les agnosies</i>	45
5. Les troubles psycho-comportementaux	45
5.1. <i>Les troubles affectifs et émotionnels</i>	46
5.2. <i>Les troubles comportementaux</i>	47
5.3. <i>Les troubles psychotiques</i>	47

5.4.	<i>Les troubles des conduites élémentaires</i>	47
III.	La maladie d'Alzheimer : des compétences préservées	48
1.	La survivance de la personnalité	48
1.1.	<i>Les auteurs défendant une continuité de la personnalité</i>	48
1.2.	<i>Les auteurs évoquant plutôt une modification de la personnalité</i>	49
2.	La persistance d'une conscience de soi	50
3.	Le maintien des aptitudes à la communication non verbale	52
3.1.	<i>La communication analogique</i>	52
3.2.	<i>La communication implicite</i>	56
4.	Les épisodes de lucidité et les faits d'humour	57
L'HUMOUR		60
I.	Une ébauche du concept	61
1.	Etymologie : des humeurs à l'humour	61
2.	L'absence d'une définition unique	61
2.1.	<i>Un consensus autour des difficultés de définition</i>	62
2.2.	<i>Une pluralité de définitions mais quelques points communs</i>	62
3.	Les réactions généralement apparentées à l'humour : le rire et le sourire	68
3.1.	<i>Définitions</i>	68
3.2.	<i>Elles sont très souvent congruentes à l'humour</i>	68
3.3.	<i>Mais pas toujours</i>	70
II.	Les mécanismes de l'humour	72
1.	Compréhension et appréciation de l'humour : une approche cognitivo émotionnelle	72
1.1.	<i>Etape 1 : construction d'un modèle transitoire A</i>	73
1.2.	<i>Etape 2 : construction d'un modèle transitoire B</i>	73
1.3.	<i>Etape 3 : mise en correspondance des modèles transitoires A et B</i>	74
1.4.	<i>Etape 4 : élaboration d'un modèle intégratif C</i>	74
1.5.	<i>Etape 5 : évaluation du modèle intégratif C</i>	74
2.	Les substrats neurologiques	75
2.1.	<i>De l'humour</i>	75
2.2.	<i>Du rire et du sourire</i>	76
3.	Les styles d'humour, leurs paramètres psychosociaux et émotionnels	77
3.1.	<i>Les styles d'humour appropriés</i>	77
3.2.	<i>Les styles d'humour inadaptés</i>	78
3.3.	<i>Une opposition à nuancer</i>	78
3.4.	<i>Une autre classification possible</i>	79

III. Humour et santé	79
1. Les bénéfices de l'humour et du rire	79
1.1. Les bienfaits de l'humour	79
1.2. Les bienfaits du rire	85
2. L'utilisation de l'humour et du rire en thérapie	86
2.1. L'humour dans le processus de soin	87
2.2. Le rire en thérapie	90
2.3. Quelques études et leurs résultats parmi les personnes âgées	91
3. Humour et maladie d'Alzheimer	93
3.1. Pour les aidants	93
3.2. Pour les patients	97
PRATIQUE ET ANALYSE	99
I. Problématique	100
II. Méthodologie de notre étude	100
1. Protocole	100
1.1. Description	100
1.2. Populations concernées	108
1.3. Modalités de passation du protocole	109
2. L'Atelier Humour	111
2.1. Le lieu : accueil de jour de France Alzheimer 06	111
2.2. Les participants à l'atelier	111
2.3. Le déroulement de l'atelier	115
3. Questionnaire réalisé auprès des « aidants formels »	117
3.1. Présentation des aidants de FA 06	117
3.2. Présentation du questionnaire	119
III. Résultats des analyses	121
1. Dans le cadre du protocole	121
1.1. Sur le versant cognitif	121
1.2. Sur le versant émotionnel	128
2. Dans le cadre de l'atelier	138
2.1. Les réflexions philosophiques autour de l'humour et du rire	138
2.2. Quelques exemples de séances autour de supports humoristiques	143
2.3. Quelques traits humoristiques de patients	148
3. Dans le cadre du questionnaire	150
3.1. Les types de situation dans lesquelles s'exerce l'humour de l'aidant	150
3.2. Les facteurs d'utilisation ou de refus de l'humour	151

3.3. <i>Les anecdotes humoristiques</i>	152
IV. Discussion	153
1. Compréhension et appréciation de l'humour au sein du protocole.....	153
1.1. <i>Les biais du protocole</i>	153
1.2. <i>Les résultats croisés</i>	154
2. Le vecteur émotionnel dans l'échange sur le mode humoristique	156
3. L'humour thérapeutique	158
Conclusion	160
Bibliographie	161

INTRODUCTION

« Alzheimer et humour semblent deux mots indécents à accoler, à la limite de l'oxymore. Et pourtant... Parler de la maladie d'Alzheimer se résume souvent à énumérer la litanie des difficultés que les patients vivent et font subir à leur entourage. Une consultation devient vite déprimante. Sauf, que, parfois, surgissent quelques étincelles reflétant la vivacité d'une intelligence qui n'est pas complètement éteinte. Ces patients ont parfois un jugement intact qui leur permet d'exprimer de l'humour. Plutôt que de s'effondrer devant les situations terrifiantes de la maladie, nous devrions nous émerveiller des moments d'humour qui filtrent. »¹ Bernard Croisile

Si « Alzheimer » et « humour » constituent un oxymore, c'est qu'« Alzheimer » est souvent synonyme de « pertes » dans l'esprit collectif. Ainsi, pour beaucoup, la maladie évoque un long étiolement mental, psychique et physique. Or, au-delà de ces multiples pertes, cotées par une infinitude de tests, il y a un individu qui résiste et surtout qui s'adapte aux dommages causés par la maladie. Considérer un individu atteint par la maladie d'Alzheimer comme une addition successive de failles, c'est nier son intégrité, oublier, mépriser toutes ses facultés préservées. C'est voir le verre à moitié vide plutôt qu'à moitié plein ! L'objectif de ce mémoire est donc de faire un autre récit de cette maladie, au travers de l'humour.

Phénomène cognitif complexe, nous serions tentés de penser que l'humour est rapidement hors de portée de l'individu malade. Et pourtant, nombre de thérapeutes rapportent des échanges humoristiques avec leurs patients. Ainsi, Thierry Rousseau évoque : *« Une patiente à qui je demande son âge me répond : « J'ai 125 ans et vous ? » A ce moment, sans savoir pourquoi, juste pour être sur la même longueur d'onde, je lui réponds : « Et bien moi j'ai 192 ans ... » Elle me regarde alors avec un petit sourire, dont ensuite je me suis longtemps interrogé sur la signification, et elle me dit : « Vous ne les faites pas ! » /.../ nous avons ri tous les deux, peut-être pas pour la même raison mais peu importe, l'important est que nous avons échangé sur le mode du plaisir. »* Cette anecdote soulève un point très important de l'humour : s'il nécessite des aptitudes cognitives, il est aussi un phénomène affectif. Or, sur ce plan, tous les soignants sont unanimes : la communication affective n'est pas altérée dans la maladie d'Alzheimer, elle est même très investie par ces patients.

¹ TOUCHON Jacques, GABELLE Audrey, BRUN Vincent. *Maladie d'Alzheimer et Communication*. p.18

Les fondements théoriques de ce mémoire aborderont donc dans un premier temps la maladie d'Alzheimer avec quelques données générales puis un état des lieux des capacités altérées et surtout préservées du sujet malade. Dans un second temps, nous nous intéresserons à l'humour sous un angle global puis à ses mécanismes cognitivo-émotionnels, neurologiques et psychosociaux avant d'analyser ses impacts sur la santé.

Dans la partie pratique, nous présenterons les divers éléments humoristiques de notre protocole, sa passation et les résultats obtenus, sur le plan de la compréhension et de l'appréciation, par comparaison d'un groupe de sujets atteints de la maladie d'Alzheimer aux stades modéré et modérément sévère à un groupe témoin de sujets sains de la même tranche d'âge. Puis, nous ferons l'analyse d'un atelier sur l'humour au sein de l'accueil de jour de l'association France Alzheimer 06, ainsi que d'un questionnaire réalisé auprès des membres du personnel soignant pour évaluer la place qu'ils accordent à l'humour dans leur pratique quotidienne.

Dès lors, si au lieu d'additionner les brèches, nous ajoutons les étincelles d'une intelligence encore vivace à des capacités émotionnelles toujours en éveil, nous espérons pouvoir conclure que loin de constituer un oxymore, « Alzheimer » et « humour » forment en réalité une heureuse association.

CHAPITRE I

LA MALADIE D'ALZHEIMER

I. Généralités

1. Historique

1.1. Du cas princeps

En 1901, à l'asile municipal de Francfort-sur-le-Main, le psychiatre et neuropathologiste Aloïs Alzheimer, disciple d'Emil Kraepelin, fait la rencontre d'Auguste Deter, une femme de 51 ans souffrant de troubles de la mémoire et du comportement, avec notamment une manie de persécution, une insomnie et une agitation. Son état se détériore rapidement et elle meurt en 1906. Alzheimer entreprend alors l'examen de son cerveau et découvre une importante atrophie cérébrale au niveau du cortex, des plaques séniles extracellulaires, habituellement observées chez les personnes âgées, et des dégénérescences neurofibrillaires intraneuronales. Pour la première fois, des lésions cérébrales sont identifiées comme responsables d'un état démentiel chez un individu de moins de 65 ans.

1.2. A la modélisation du concept de maladie d'Alzheimer

Trois étapes sont à identifier dans la connaissance et l'approche de cette pathologie : une période descriptive (du début du XIXe siècle aux années 1970), une période analytique (de la fin des années 1970 jusqu'en 2004) et une période tournée vers l'avenir (à partir des années 2000).

1.2.1. Etape 1 : la période descriptive

En 1910, Kraepelin caractérise la maladie d'Alzheimer comme une démence présénile (distincte des démences séniles), dégénérative, rare et incurable. Elle est présentée comme le pendant postérieur de la maladie de Pick, démence présénile antérieure. Les deux types de lésions cérébrales, plaques amyloïdes et dégénérescences neurofibrillaires, découvertes par Aloïs Alzheimer, sont toujours d'actualité aujourd'hui.

1.2.2. Etape 2 : la période analytique

A partir de la fin des années 1970, sous l'influence de la psychiatrie américaine et grâce aux travaux des neuropathologistes, la maladie d'Alzheimer présénile et la forme dégénérative habituelle de la démence sénile sont réunis en une seule entité. Le diagnostic s'élabore en deux temps : le diagnostic de démence puis celui de maladie d'Alzheimer.

En 1999, le concept de Mild Cognitive Impairment (MCI), développé par la Mayo Clinic sous l'égide de Ronald Petersen, fait son apparition² : il sert à identifier la plainte mnésique des sujets en apparence normaux et d'analyser leur devenir. Il a une valeur syndromique non spécifique d'état pré-démence. Toutefois, ses limites étant très floues, le concept est démembré en 2004 par son auteur lui-même.

1.2.3. Etape 3 : la nouvelle ère

Au début des années 2000, de nouveaux progrès conceptuels ont été accomplis, grâce à de nouvelles données fondamentales sur la maladie (histologiques, biochimiques, génétiques...), aux perfectionnements de l'imagerie (IRM, PET-SCAN au FDG, PET-SCAN de visualisation des plaques in vivo...), à l'émergence de la biologie du LCR (dosages du Aβ 1-42, des protéines Tau et Phospho-Tau) et à la mise en œuvre de grandes études prospectives comme PAQUID et PRE-AL en France.

Bruno Dubois propose alors en 2004³ de considérer la maladie d'Alzheimer, non plus sous l'angle de la démence qui est en quelques sortes son terme ultime, mais dans sa globalité : la maladie d'Alzheimer se prépare (phase de latence clinique), débute cliniquement à bas bruit (phase prodromale) avant de conduire progressivement à la perte d'autonomie (phase démentielle). En 2007⁴, sous sa férule et celle de Philip Scheltens, l'International Working Group redéfinit à destination des chercheurs la maladie d'Alzheimer en intégrant dans son cours la phase prodromale. Puis, les critères de diagnostic de la maladie sont étoffés et adaptés aux formes cliniques atypiques à destination des chercheurs et des cliniciens en 2010⁵ pour être révisés en 2014⁶.

Pendant ce temps, aux Etats-Unis, sous la direction de Petersen, le National Institute of Aging et l'Alzheimer's Association établissent en 2011⁷ de nouvelles recommandations prenant en compte

² PETERSEN Ronald, SMITH George, WARING Steve et al.. *Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome*. pp. 303-308

³ DUBOIS Bruno, ALBERT Martin. *Amnesic MCI or prodromal Alzheimer's disease?* pp. 246-248

⁴ DUBOIS Bruno, FELDMAN Howard, JACOVA Claudia et al.. *Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: Revising the NINCDS-ADRDA criteria*. pp. 734-746

⁵ DUBOIS Bruno, FELDMAN Howard, JACOVA Claudia et al.. *Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon*. pp. 1118 – 1127

⁶ DUBOIS Bruno, FELDMAN Howard, JACOVA Claudia et al.. *Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria*. pp. 614-629

⁷ CROISILE Bernard, AURIACOMBE Sophie, ETCHARRY-BOUYX Frédérique et al... *The new 2011 recommendations of the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease: Preclinical stages, mild cognitive impairment, and dementia*. pp. 471-482

des données cliniques (la notion de phase prédéméntielle et de variabilité phénotypique), biologiques (les nouveaux biomarqueurs) et génétiques (les gènes mutés des formes familiales ainsi que les gènes de susceptibilité).

Critériologie de la maladie d'Alzheimer

EUROPE	ETATS-UNIS
STADES	
<ul style="list-style-type: none"> Le stade préclinique : 2 possibilités ➤ Cliniquement asymptomatique ➤ Présymptomatique dans les formes familiales 	<ul style="list-style-type: none"> Les stades précliniques : <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Stade 1</u> : amyloïdose cérébrale asymptomatique ➤ <u>Stade 2</u> : amyloïdose cérébrale asymptomatique + neurodégénérescence ➤ <u>Stade 3</u> : amyloïdose cérébrale + neurodégénérescence + déclin cognitif minime
<ul style="list-style-type: none"> Le stade prodromal : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Phénotype clinique typique ou atypique de la maladie ➤ Biomarqueur physiopathologique témoignant de la présence de la pathologie 	<ul style="list-style-type: none"> Le stade MCI dû à la maladie d'Alzheimer : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eliminer les autres étiologies possibles ➤ Confirmer le déclin cognitif ➤ Prendre en compte les éléments génétiques
<ul style="list-style-type: none"> Le stade démentiel : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les symptômes cliniques sont suffisants pour altérer les activités de la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> La démence due à la maladie d'Alzheimer : <ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 critères cardinaux concernant les troubles cognitifs et comportementaux ➤ 4 niveaux de diagnostic : 2 pour la clinique (démence de la MA probable/ démence de la

	MA possible), 2 pour la recherche (DMA probable ou possible avec preuve physiopathologique/ MA avec preuve anatomopathologique)
FORMES	
<ul style="list-style-type: none"> La maladie d'Alzheimer typique : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Installation d'un déficit progressif précoce et significatif de la mémoire épisodique dominant, associé à des troubles cognitifs et psychiatriques ➤ Présence de biomarqueurs 	<ul style="list-style-type: none"> La démence de la maladie d'Alzheimer probable : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Critères cardinaux de la démence validée ➤ Début insidieux et évolution nette ➤ Déficit cognitif initial et prévalent ➤ Absence d'une autre cause
<ul style="list-style-type: none"> Les maladies d'Alzheimer atypiques : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autre phénotype clinique (<i>aphasie primaire progressive non fluente, aphasie logopénique, variant frontal et atrophie corticale postérieure</i>) ➤ Présence de biomarqueurs 	<ul style="list-style-type: none"> La démence de la maladie d'Alzheimer possible : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Critères cardinaux cliniques de la DMA validés ➤ Avec soit une évolution atypique, soit des présentations étiologiques mixtes
<ul style="list-style-type: none"> Les maladies d'Alzheimer mixtes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Présence de tous les critères diagnostic de la MA typique ➤ Présence de signes cliniques et de biomarqueurs témoins d'une comorbidité 	

2. Epidémiologie

2.1. Prévalence et incidence

Avant toute chose, précisons que démence et maladie d'Alzheimer sont très souvent confondues. Il est donc impossible de connaître les chiffres respectifs de chaque type de démence. C'est pourquoi, les estimations que nous rapporterons ici seront très imprécises, les chiffres extrapolés.

Selon les données européennes Eurodem⁸, les travaux de l'étude PAQUID (Personnes Agées QUID) et grâce à l'extrapolation de ces données aux chiffres de l'Insee pour 2004⁹, il y aurait environ 850 000 cas de maladies d'Alzheimer et de syndromes apparentés en France métropolitaine avec 220 000 nouveaux cas chaque année.

2.2. Les facteurs de risque et de prévention

Il existe des facteurs de risque et de prévention de la maladie d'Alzheimer et de la démence en général. Certains facteurs sont indiscutables tandis que d'autres ne sont que probables. Les facteurs de risque favorisent l'émergence de la maladie sans en être directement responsables c'est-à-dire que leur présence ne garantit pas la survenue de la maladie et leur absence ne l'empêche pas. Bernard Croisile résume cela par la métaphore suivante: *"Un fumeur a plus de risque de développer un cancer du poumon, mais les fumeurs n'auront pas tous un cancer du poumon et on peut avoir un cancer du poumon sans être fumeur."*¹⁰ A contrario, il existe aussi des facteurs de prévention qui, sans empêcher l'éclosion de la maladie, permettent une expression clinique des symptômes moindre. L'ensemble de ces facteurs sont individuels et environnementaux.

2.2.1. Les facteurs individuels

Le premier facteur de risque de la maladie et le plus important est, sans aucun doute, l'âge. Plus l'individu vieillit plus il a de risque de développer la maladie d'Alzheimer car l'avancée en âge multiplie les facteurs de risque. Ainsi, l'incidence de la maladie double tous les 5 ans après 65 ans et aboutit à un pourcentage de 40% de personnes touchées à plus de 85 ans.

Le second facteur de risque individuel est le sexe féminin. Selon le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) en 2005 cité ci-dessus, les femmes constituent 72 % des cas de démences et sont majoritaires dès 65 ans. Cela s'expliquerait par une plus grande espérance de vie des femmes et une carence en œstrogène, dès la ménopause (quand elles n'ont pas de traitement hormonal substitutif), qui pourrait favoriser l'apparition de la maladie. Etre un homme est donc un facteur de prévention !

⁸ HOFMAN Albert, ROCCA Walter, BRAYNE Carol et al.. *The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group.* pp. 736-748

⁹ Site internet de l'Assemblée Nationale. *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés*

¹⁰ CROISILE, Bernard. *Alzheimer: Que savoir? Que craindre? Qu'espérer?* p. 85

On sait que le risque vasculaire est important dans le développement d'une démence vasculaire, notamment lorsqu'il est présent en milieu de vie, entre 40 et 50 ans. Il est favorisé par les troubles lipidiques comme un taux de cholestérol élevé, l'obésité, le diabète (notamment celui de type 2), l'hypertension artérielle et le tabagisme. Or, il semblerait que la présence de lésions vasculaires emballerait aussi le processus clinique de maladie d'Alzheimer car il faut moins de lésions de maladie d'Alzheimer en présence de dommages vasculaires pour déclencher une démence clinique¹¹. Ainsi, avoir une activité physique régulière, manger sain et équilibré en privilégiant notamment le régime Méditerranéen avec une consommation modérée de vin, abondante de fruits, de légumes, de céréales, de poissons et d'huile d'olives, faible de viande et de produits laitiers diminueraient le risque de maladies cardio-vasculaires et favoriseraient un vieillissement cognitif normal. Parmi les arguments nutritionnels, le thé et le café qui ont un impact sur les performances attentionnelles et mnésiques seraient à favoriser.

Le stress chronique, les antécédents de dépression et la répétition d'épisodes dépressifs seraient aussi associés à un risque important de développer quelques années plus tard une maladie d'Alzheimer ou une démence de type vasculaire. En cause, la sécrétion d'hormones du stress comme le cortisol, toxiques pour les hippocampes et le mode de vie souvent sédentaire des personnes dépressives. A l'inverse, savoir gérer son stress réduirait les risques pour la santé.

Les traumatismes crâniens accroissent le risque de démence précoce, d'autant plus s'ils sont suivis d'un coma, marqueur de lésions cérébrales certaines. Ils peuvent également être à l'origine d'une cascade de réactions inflammatoires perdurant pendant des années, ce qui faciliterait plus tard l'émergence d'un Alzheimer¹².

Qu'en est-il du risque génétique? Il est évidemment le seul en cause dans la forme héréditaire autosomique dominante de la maladie d'Alzheimer. Trois gènes ont été identifiés comme responsables de ces formes précoces (débutant avant 65 ans voire 50 ans) et familiales: le gène APP et les gènes préséniline 1 et 2 lorsqu'ils sont porteurs d'une mutation. Un individu porteur de cette anomalie génétique aura une chance sur deux de la transmettre à ses enfants. Si cette transmission a lieu, la maladie se développera systématiquement chez le descendant à l'âge à laquelle elle est apparue chez le parent touché. Dans les formes dites sporadiques ou non héréditaires de la maladie, 21 gènes de susceptibilité ont été identifiés et parmi eux, le plus important est celui de l'apolipoprotéine E (APO E4). *"Le fait que le gène commandant la synthèse*

¹¹ SNOWDOWN David, GREINER Lydia, MORTIMER James et al.. *Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study*. pp.813-817

¹² CROISILE, Bernard. *Alzheimer: Que savoir? Que craindre? Qu'espérer?* p.99

de l'apolipoprotéine E, une protéine dont la fonction est de transporter les lipides à l'intérieur du corps, constitue l'un des facteurs de risque les plus importants de la maladie conduit à penser que le métabolisme des lipides joue un rôle important dans l'apparition de la maladie", explique Philippe Amouyel¹³. L'existence d'une agrégation familiale de la maladie d'Alzheimer a donc été mise en évidence : le risque relatif pour les sujets ayant un seul apparenté de degré 1 est de 2,6 et de 7,5 chez les sujets ayant au moins deux apparentés de degré 1 malades. Quant aux facteurs génétiques de prévention, une mutation génétique protectrice a été retrouvée chez un groupe d'Islandais qui divise par 5 le risque d'Alzheimer en diminuant de 40 % la production de protéine amyloïde¹⁴.

2.2.2. Les facteurs environnementaux

Le principal facteur de risque environnemental serait attribué à un style de vie cognitif pauvre, délétère pour la plasticité cérébrale qui permet normalement au cerveau de modifier l'organisation de ses réseaux de neurones en fonction des expériences vécues par l'organisme. Ainsi, un faible niveau éducatif semble influencer le déclenchement de la maladie d'Alzheimer mais "*n'oublions pas qu'une éducation ne se résume ni à un nombre d'années d'études ni à un diplôme, et qu'une profession ne se réduit pas à un titre.*"¹⁵. Dans la même veine, une retraite brutale dans le cadre d'un métier épanouissant et stimulant, l'absence de loisirs, l'inactivité seraient positivement corrélés à l'émergence d'une démence. Ainsi, une vie épanouissante et stimulante même après la retraite, un niveau éducatif élevé, un réseau social qualitativement riche entraînent la plasticité cérébrale et permettraient de maintenir un fonctionnement cognitif optimal en dépit des lésions cérébrales. Il ne s'agit donc pas d'une protection contre les lésions mais d'une compensation des conséquences de ces lésions.

Enfin, on sait que l'aluminium, certains agents physiques et chimiques comme le cuivre, le zinc, le plomb et le mercure, les radiations dans l'espace pour les astronautes sont neurotoxiques. Certains chercheurs soupçonnent qu'une exposition massive à ces produits faciliterait l'émergence d'une maladie d'Alzheimer.

¹³ HANCOK, Coralie. *Alzheimer : le défi à la médecine*. p 85

¹⁴ JONSSON Thorlakur, ATWAL Jasvinder, STEINBERG Susanne et al.. *A mutation in APP protects against Alzheimer's disease and age-related cognitive decline*. pp. 96-99

¹⁵ CROISILE, Bernard. *Alzheimer: Que savoir? Que craindre? Qu'espérer?* p.103

3. Installation et progression de la maladie

3.1. Neuropathologie

L'association de plaques amyloïdes corticales et de dégénérescences neurofibrillaires dans la région hippocampique, le cortex temporal et les aires corticales associatives permet un diagnostic certain de maladie d'Alzheimer. A l'origine de ces deux types de lésions neuropathologiques, il y a deux processus dégénératifs distincts : l'amyloïdogénèse et la dégénérescence neurofibrillaire.

L'amyloïdogénèse est liée à la dégradation enzymatique de la protéine APP qui donne naissance à un excès de peptide A β insoluble. Les monomères de ce peptide vont s'agréger sous forme d'oligomères et constituer des dépôts extracellulaires, soit diffus, soit périvasculaires (angiopathie amyloïde), soit sous forme de plaques séniles composées d'un cœur de protéine bêta-amyloïde et entourées d'une couronne de neurites dégénérées.

La dégénérescence neurofibrillaire résulte de l'accumulation intraneuronale de fibrilles formées de paires de filaments appariées en hélice et qui se constituent par l'assemblage de protéines microtubulaires tau. En temps normal, la protéine tau stabilise les microtubules, rails du transport intraneuronale et structures de soutien de l'espace tridimensionnel du neurone. Or, une phosphorylation anormale de tau va provoquer une perturbation des microtubules et enclencher le processus de dégénérescence neurofibrillaire.

La découverte de mutations affectant le métabolisme de l'APP dans les formes familiales de la maladie a focalisé l'attention de la communauté scientifique et médicale sur la pathologie amyloïde. Or, pour André Delacourte, Jean-Philippe David, Nicolas Sergeant et al.¹⁶, la maladie d'Alzheimer est d'abord une tauopathie car la dégénérescence neurofibrillaire est la lésion neuropathologique la mieux liée aux symptômes cliniques dans la maladie d'Alzheimer. Elle affecte d'abord la région temporale interne puis envahit progressivement le cortex associatif :

- **Le vieillissement pathologique** (stades 1 à 3) correspond à l'envahissement des régions sous hippocampique puis hippocampique. Il s'agit de personnes non démentes âgées de plus de 75 ans. A ce stade, des dépôts amyloïdes s'observent fréquemment.
- **La phase infraclinique** (stades 4 à 6) correspond à l'envahissement du cortex temporal et correspond au concept de MCI dû à une maladie d'Alzheimer (cf. tableau ci-dessus).

¹⁶ DELACOURTE André, DAVID Jean-Philippe, SERGEANT Nicolas et al.. *The biochemical pathway of neurofibrillary degeneration in aging and Alzheimer's disease*. pp.1158-1165

- **La phase clinique** (stades 7 à 10), où se manifestent les signes cliniques de la maladie d'Alzheimer, correspond à l'envahissement des régions polymodales associatives puis des régions primaires sensibles et motrices, ainsi que de nombreux noyaux sous-corticaux. Parallèlement, les dépôts amyloïdes s'intensifient.

Ainsi, selon Delacourte, « *la charge qui pousse la pathologie tau vers les régions associatives résulte de la neurotoxicité du peptide Aβ et/ou d'une perte de fonction de l'APP /.../. Le processus dégénératif va monter en puissance et consommer au fur et à mesure les réseaux neuronaux impliqués dans la mémoire récente (hippocampe) puis la mémoire sémantique (temporal), le langage (frontal), les praxies et les gnosies (pariétal). La perte des fonctions des neurones sera compensée pendant un certain temps par la plasticité des neurones non encore atteints. La démence apparaîtra lorsque ces forces de compensation seront débordées par l'ampleur de la destruction du réseau de communication.* »¹⁷

Parallèlement, du fait de ces lésions, on observe un effondrement de la neurotransmission intéressant tout particulièrement certains neuromédiateurs¹⁸ comme:

- Le système cholinergique (l'acétylcholine) impliqué dans l'attention, la mémoire, le raisonnement,
- Le système glutamatergique (le glutamate) impliqué dans la mémoire,
- Le système noradrénergique (la noradrénaline) impliqué dans l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage,
- Le système sérotoninergique (la sérotonine) impliqué dans la régulation de la température, le sommeil, l'humeur, l'appétit et la douleur,
- Le système GABAergique (le GABA) impliqué dans le contrôle moteur, la vision, plusieurs autres fonctions corticales et l'anxiété.

Le développement de l'ensemble de ces anomalies aboutit à une atrophie corticale, bien visible sur un IRM ou un scanner du cerveau. Si elle est un processus élémentaire du vieillissement normal, elle est beaucoup plus importante et rapide dans le processus pathologique de la maladie d'Alzheimer: entre 8 à 10% de perte neuronale et synaptique par an contre 1 à 2% dans le vieillissement normal, le poids du cerveau étant réduit de 30 à 40%! Les ventricules, des espaces

¹⁷ DELACOURTE André, CAMPION Dominique, DAVOUS Patrick. *Maladie d'Alzheimer*

¹⁸ Site internet lecerveau.mcgill. *Les neurotransmetteurs*

remplis de fluide à l'intérieur du cerveau, vont également se dilater à mesure que la maladie d'Alzheimer progresse, et les sillons s'élargir¹⁹.

3.2. Evolution clinique de la maladie

3.2.1. Formes héréditaires et sporadiques

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe sur les facteurs génétiques de risque, il y a deux grandes formes de la maladie d'Alzheimer: les formes héréditaires et les formes sporadiques. Les formes héréditaires, maintenant assez connues du grand public notamment grâce au magnifique film de Zabou Breitman sorti en 2002, "Se souvenir des belles choses", sont liées à la mutation ou duplication d'un gène localisé sur le chromosome 21, le chromosome 14 ou le chromosome 1. Très précoce, la maladie peut se déclencher dès 35 ou 40 ans : les mutations chromosomiques augmentent la quantité de protéine amyloïde qui s'agrège en plaques entre les neurones et déclenche la phosphorylation de la protéine tau dans les neurones, selon le principe de la "cascade amyloïde". L'hippocampe s'atrophie, la mémoire se délite et le sujet devient vite dépendant. Heureusement, elles sont très rares: on dénombre environ un millier de cas en France. Pour l'anecdote, l'analyse des coupes du cerveau d'Auguste Deter, cas princeps de la maladie, a permis en 2013 de découvrir que cette patiente était en réalité atteinte d'une forme héréditaire de la maladie d'Alzheimer, ce qui est d'ailleurs en concordance avec l'âge d'apparition de ses troubles, à 51 ans²⁰.

Les formes sporadiques de la maladie correspondent aux formes non familiales de la maladie et se classent en fonction des symptômes inauguraux de la démence:

- **La forme la plus répandue, la plus classique est la démence amnésique**, dont parle notre mémoire et qui sera développée par la suite,
- **La forme aphasique ou syndrome de Mesulam** dans laquelle les troubles ne sont pendant longtemps que langagiers, avec une atteinte de l'hémisphère gauche dans l'aire frontale pour les aphasies non fluentes, l'aire pariétale pour les aphasies logopéniques, l'aire temporale pour les aphasies sémantiques, avant d'évoluer vers des troubles cognitifs et un tableau démentiel global (en réalité, seules les aphasies logopéniques sont

¹⁹ Site internet lecerveau.mcgill. *Les neurotransmetteurs*

²⁰ MULLER Ulrich, WINTER Pia, GRAEBER Manuel. *A presenilin 1 mutation in the first case of Alzheimer's disease*. pp. 129-130

régulièrement en rapport avec une maladie d'Alzheimer, les formes frontales et temporales étant beaucoup plus souvent en rapport avec une atrophie fronto-temporale),

- **La forme visuo-spatiale ou syndrome de Benson** caractérisée par une atrophie corticale postérieure responsable de troubles visuels et gestuels sévères, et altérant grandement l'autonomie du sujet,
- **La forme comportementale** dont les troubles, concernent, sans surprise, de manière sévère le comportement, les fonctions de raisonnement et de jugement par l'atteinte des lobes frontaux.

3.2.2. La maladie d'Alzheimer sous sa forme amnésique

A l'IRM, la maladie d'Alzheimer se caractérise par une atrophie précoce des régions temporales internes où siègent les hippocampes et à la scintigraphie cérébrale ou au PET-scan par un hypométabolisme ou une hypoperfusion du carrefour temporo-pariétal et du gyrus cingulaire postérieur avant d'aboutir, à un stade plus évolué, à un dysfonctionnement frontal. La ponction lombaire a pour but, quant à elle, de mettre en évidence à partir du liquide céphalo-rachidien les trois marqueurs de la maladie: une baisse du taux de protéine bêta-amyloïde, une augmentation de la protéine tau et de la protéine tau phosphorylée. Ces résultats doivent bien entendu être mis en relation avec ceux du bilan cognitif pour pouvoir diagnostiquer de manière fiable une maladie d'Alzheimer.

Lorsque le diagnostic est posé, la sévérité de la maladie est cotée au moyen du Mini-Mental State (MMS) de Folstein qui, sur trente points, évalue l'orientation temporo-spatiale, la répétition immédiate de trois mots, l'attention et le calcul mental via diverses soustractions, le rappel différé des trois mots précédents, le langage via la dénomination d'objets, la répétition de phrases, l'exécution d'un ordre entendu puis lu, l'écriture d'une phrase et enfin la reproduction d'un dessin. Quatre degrés de sévérité de la démence peuvent alors être dégagés:

- La démence est légère pour un MMS entre 20 et 24,
- La démence est modérée pour un MMS entre 15 et 19,
- La démence est modérément sévère pour un MMS entre 10 et 14,
- La démence est sévère pour un MMS entre 0 et 9.

Quant au processus biologique et à ses conséquences cliniques, trois phases de sévérité progressive sont analysées comme nous l'avons vu précédemment: la phase clinique asymptomatique, prodromale et démentielle.

- **La phase clinique asymptomatique** débute dix ou vingt avant l'expression des symptômes amnésiques ou démentiels.
- **La phase clinique prodromale**, sans démence, est le moment idéal pour le diagnostic. L'autonomie est conservée pendant quelques années et les troubles, encore minimes, concernent particulièrement la mémoire dont les difficultés sont discrètes mais révélatrices et les premières à survenir. Elles sont d'abord mises sur le compte de l'âge, sont variables d'un jour à l'autre et concernent le plus souvent les événements récents. Le sujet a également des difficultés à retenir de nouvelles informations, ce qui peut l'amener à répéter ses questions. Sur le plan langagier, le sujet a du mal à trouver certains mots. Les activités sociales complexes sont limitées. Une apathie précoce, c'est-à-dire une perte de motivation et un état émotionnel caractérisé par un manque d'intérêt à l'égard de situations et/ou de l'entourage, ou une anosodiaphorie, perte de la tonalité affective normale relative à la maladie, est fréquente. On peut également retrouver au niveau affectif, de l'anxiété, de l'irritabilité, un état dépressif voire de l'hypocondrie lorsque l'individu perçoit ses difficultés. Ces dernières peuvent alors être niées. A l'inverse, le sujet peut être anosognosique, c'est-à-dire ne pas être conscient de ses troubles.
- **La phase clinique démentielle** est malheureusement celle à laquelle le diagnostic est encore aujourd'hui le plus souvent établi. Une perte d'autonomie à des degrés divers est constatée avec : des troubles de la mémoire, dans ses différents composantes, une désorientation temporo-spatiale, des troubles du langage aussi bien sur le versant linguistique que pragmatique, une apraxie, des agnosies diverses, des visages, des objets, des espaces, de l'état de santé, des désordres psychotiques délirants ou interprétatifs, une apathie pouvant alterner avec des états d'agitation et d'agressivité, la réduction des activités. Au stade sévère, l'atteinte cognitive est généralisée, le sujet est apathique, ses activités sont très réduites, inadaptées, stéréotypées et stériles. Les troubles psycho-comportementaux sont fréquents. La marche est altérée, les chutes ne sont pas rares et le sujet atteint à terme un état grabataire. Il décèdera de complications infectieuses, thromboemboliques, trophiques, métaboliques ...

3.3. Traitements

3.3.1. Les traitements médicamenteux²¹

La maladie d'Alzheimer ne se guérit pas, ce n'est un secret pour personne. Mais cela ne signifie pas que l'on ne dispose pas de traitement pour améliorer le quotidien des patients et, par là même, de leurs aidants. Ces traitements sont dits symptomatiques parce qu'ils jouent, à des degrés différents suivant les individus, sur certains symptômes, sans empêcher la progression des lésions dans le cerveau. Ainsi, trois types de médicaments peuvent être administrés aux patients : des anticholinestérasiques, un antiglutamate et des psychotropes, qui ont tous une action sur les neurotransmetteurs atteints par la maladie.

Les anticholinestérasiques agissent sur les synapses à acétylcholine dont la production est diminuée dans la maladie d'Alzheimer. Trois médicaments ont été mis au point pour augmenter le taux d'acétylcholine synaptique en bloquant l'enzyme responsable de sa dégradation: le donépézil (Aricept®), la galantamine (Reminyl®) et la rivastigmine (Exelon®). Leur efficacité, bien que modeste, a été mise en évidence dans les domaines de la cognition, de l'impression clinique globale, des activités de la vie quotidienne et des troubles psychocomportementaux. Il est conseillé de les prescrire dès le stade léger de la maladie, jusqu'au stade modéré. Quant aux effets indésirables, ils sont limités et principalement digestifs. Il faut cependant faire attention au risque cardiaque de bradycardie et aux interactions médicamenteuses.

La mémantine (Ebixa®) est un antagoniste des récepteurs glutamatergiques. Il réduit les effets neurotoxiques du glutamate, hyperstimulé dans la maladie d'Alzheimer. Il peut être prescrit dès le stade modéré et est le seul indiqué au stade sévère. Ses effets bénéfiques, bien que limités, sont visibles dans les domaines de la cognition et des activités de la vie quotidienne, un degré moindre d'agitation est également observé. Quant à sa tolérance, elle est très bonne avec des effets secondaires rares et sans gravité.

Les psychotropes, c'est-à-dire les antipsychotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et autres somnifères, ciblent les troubles psychiatriques et comportementaux, qui s'expriment chez certains patients. Ces troubles accélèrent souvent leur placement en institution par une famille qui se trouve démunie face à un individu qui ne dort plus, qui fugue, qui délire, qui déprime... Le recours

²¹ Site internet de la Haute Autorité de Santé. *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne*

aux psychotropes peut donc être très utile mais n'oublions pas que ces patients « *ont le droit à une vie émotionnelle, ils ont le droit d'être agités et d'avoir peur, il n'est pas nécessaire de traiter toutes les manifestations psychologiques, affectives et comportementales. Il faut peser le pour et le contre de l'utilisation d'un médicament.* »²²

La majorité des recherches dans l'élaboration de nouveaux traitements vise à développer de nouvelles molécules pour bloquer l'accumulation de peptides amyloïdes ou lutter contre l'agrégation des protéines tau. Contre la substance amyloïde, des études s'orientent notamment vers l'immunothérapie active, via l'invention d'un vaccin, ou passive, par l'injection d'anticorps hautement spécifiques dirigés contre la molécule. D'autres approches se fondent sur l'injection d'un peptide de structure proche pour stimuler le système immunitaire contre la prolifération de cette protéine. Enfin, contre la protéine tau hyperphosphorylée, des anticorps et des vaccins immunisants sont à l'essai.

3.3.2. Les prises en charge non médicamenteuses

*"./.../ il semble que, dès qu'on s'occupe des malades et de leurs aidants, avec un niveau d'investissement suffisant, il y a une part de plus-value thérapeutique par rapport au seul traitement médical."*²³ Toutes aussi importantes que les traitements pharmacologiques, les prises en charge non médicamenteuses visent le maintien et l'adaptation des capacités résiduelles du malade, la réduction des troubles du comportement ainsi qu'une amélioration de son confort et de son cadre de vie, qu'il soit à domicile ou en institution. Elles n'interviennent pas aux mêmes stades de la maladie, c'est pourquoi l'ensemble des intervenants doit se coordonner pour former un réseau interdisciplinaire efficace. Ces actions concernent la cognition, le langage et la communication, l'activité motrice, le bien-être et les troubles du comportement.

a. Les interventions cognitives

Il s'agit de mettre en place des interventions de stimulation et de revalidation cognitives.

La stimulation cognitive a un but écologique, c'est-à-dire qu'elle est en rapport avec les situations de la vie quotidienne afin de préserver le plus longtemps possible l'autonomie du patient. Ainsi, les activités proposées sont des mises en situation ou des simulations de situations vécues comme

²² CROISILE, Bernard. *Alzheimer: Que savoir? Que craindre? Qu'espérer?* p. 209

²³ PLOTON, Louis, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution.* p. 36

sortir pour aller d'un point A à un point B, préparer une recette, faire sa toilette, s'habiller seul, faire le ménage, gérer sa prise de médicaments, recevoir un coup de téléphone ou en donner... La stimulation cognitive dépend de plusieurs intervenants : l'orthophoniste, l'ergothérapeute, le psychologue, le psychomotricien et doit être prolongée par les aidants. Pour Mitra Khosravi²⁴, il est nécessaire de stimuler ces individus pour réparer leur narcissisme, améliorer leur humeur et revaloriser leurs capacités affectives, car s'ils gagnent en estime d'eux-mêmes, ils pourront plus facilement manifester de l'affection à leur entourage. Il s'agit aussi, par la stimulation, de leur offrir du plaisir, de maintenir leur indépendance et leur dignité. *"Quel que soit l'acte des stimulations et leur programme, il faut en profiter pour faire plaisir, et encore mieux, pour faire plaisir et rire avec le patient. Arriver à faire rire un patient dément est déjà un pas de géant dans sa thérapie : on ne peut pas oublier quelqu'un qui nous fait rire."*²⁵.

La stimulation concerne aussi, à un moindre degré, l'animation et la distraction. Moins pédagogique et nécessitant moins de ressources cognitives, l'animation a pour objectif le bien-être physique, mental et psychique du patient en lui permettant d'effectuer des activités qu'il est encore capable d'accomplir. La distraction, quant à elle, nécessite encore moins de ressources cognitives et est à visée des patients très dépressifs ou très avancés dans la maladie. Elle s'organise autour d'occupations diverses et de loisirs afin de briser la monotonie du quotidien en créant une relation active avec l'extérieur.

La revalidation cognitive est organisée par un neuropsychologue et vise à compenser un processus cognitif déficient en acceptant certaines incapacités, en adaptant certaines activités et en s'appuyant sur les aspects du fonctionnement cognitif préservés. Elle peut être proposée aux stades léger à sévère et est toujours individuelle. Elle est basée sur deux principes, la compréhension du trouble pour mettre en évidence les capacités altérées mais surtout les capacités préservées, et le contrat thérapeutique qui place le patient au centre de sa rééducation. Pour agir sur le trouble, des stratégies de facilitation, des techniques d'apprentissage et l'utilisation d'aides externes et/ou l'aménagement de l'environnement sont mis en place.²⁶

Pour Louis Ploton, il faut renoncer à la stimulation et à la revalidation cognitives jugées « persécutoires » et « pathogènes » et s'orienter vers des activités groupales, sur le modèle de la sociothérapie, fondées sur l'existence d'un cadre thérapeutique, l'investissement et la

²⁴ KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. p. 407

²⁵ Ibid. p. 472

²⁶ JACQUEMIN, Anne. *Stratégies et méthodes de prise en charge cognitive chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autre démence*. pp. 265-273

renarcissisation. S'il n'y a rien à attendre sur le plan cognitif, ces activités auraient de réels impacts sur la thymie, le bien-être du patient et ses conduites²⁷.

b. L'intervention orthophonique

Selon la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO): « *L'enjeu de la thérapeutique orthophonique va être d'agir sur les troubles du langage et de la communication, pour ralentir la dégradation, et apporter un confort de vie au malade et à son entourage : le malade atteint de ces troubles peut être confronté à un renoncement à la communication de son entourage, avec pour conséquence un isolement accru, la perte de son statut d'individu communiquant, et l'apparition de troubles psychologiques. Ce qui conduit in fine, à un accroissement des troubles du malade, et à une détérioration augmentée de ses capacités et de son environnement.* »²⁸

En pratique, l'intervention orthophonique va même au-delà des soins du langage et de la communication, puisqu'elle va aussi s'intéresser aux soins cognitifs.

Ainsi, l'orthophoniste va travailler, de façon individuelle ou groupale (en atelier), le langage en ciblant notamment l'accès au lexique puisque le manque du mot ou anomie, est un trouble langagier majeur dans la maladie d'Alzheimer. Des ateliers-mémoire, des jeux de société, des activités de la vie quotidienne seront alors organisés car le contexte familial et concret de l'activité, le caractère fortement autobiographique des situations, tendent à faciliter la dénomination verbale et la fluence du discours. Il faudra aussi mettre l'accent sur la pragmatique du langage en aidant le sujet à gérer les tours de parole, à focaliser son attention sur les propos de son interlocuteur pour en sélectionner les informations pertinentes. Si le langage est très altéré, l'orthophoniste mettra en place avec le patient et ses aidants, des moyens palliatifs de communication.

Concernant l'orientation temporo-spatiale, la ritualisation des activités est importante pour la stabilité des repères. On portera l'attention du patient sur le rythme du temps qui passe, les semaines, les mois, les saisons, on planifiera avec lui les menus de la semaine et l'organisation des repas de la journée, des tâches ménagères... au moyen d'un éphéméride, d'un agenda, d'un carnet de vie par exemple.

²⁷ PLOTON, Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. p.15

²⁸ Site internet de la Fédération Nationale des Orthophonistes. *Les orthophonistes, les malades d'Alzheimer et les aidants*

On travaillera les praxies et la mémoire procédurale par la réalisation d'actes complexes comme éplucher un légume, rempoter une plante pour les férus de jardinage, jouer aux cartes... Les gnosies feront aussi l'objet de séances par un travail de reconnaissance des objets, des visages, des lieux.

On organisera des activités qui mettront en œuvre la mémoire autobiographique au moyen de stimulations sensorielles qui vont aider à la réminiscence des souvenirs anciens et renforcer l'image identitaire via des odeurs, des mots, des bruits, des voix, de la musique, des matières...

La mise en place de tous les moyens de suppléance devra se faire selon les besoins et les goûts du sujet, si possible, dans les premiers temps de la maladie car le sujet est encore capable de mettre en mémoire des apprentissages. Parmi ces moyens de suppléance, on pourra trouver : un agenda, un cahier de vie avec toutes les données essentielles sur le patient, sa vie passée, présente et future, des carnets de souvenirs, composés de photos ou d'autres documents, permettant à la fois le souvenir et les affects positifs qui entourent les moments agréables de sa vie; des fiches «bibliothèques de mots», pour retrouver tel ou tel terme selon la catégorie, lorsqu'un mot précis viendra à manquer; des notices explicites et simplifiées pour les activités de la vie : comment utiliser la télévision ou un autre appareil, comment retrouver ses outils dans le garage, comment faire une liste de courses...

On insistera surtout sur le rôle social de la communication car rester une personne communicante est le principal objectif de la prise en charge orthophonique. Ces patients doivent être les acteurs principaux des événements quotidiens qui les touchent et les concernent. En institution, il est important de souligner que chacun a un rôle à jouer pour lequel il est reconnu et valorisé. L'entraide et les interactions doivent être largement sollicitées pour que les patients adoptent un comportement social plus adapté. On assistera alors à l'émergence de relations d'amitié, voire même de couple! Selon Véronique Weber, orthophoniste dans un CANTOUS en Belgique: *«L'approche logopédique des personnes démentes devrait sortir du cadre étroit d'un bureau ou d'une chambre pour aller à la rencontre des patients sur leur « terrain de jeu ». C'est en stimulant leurs domaines d'expertise que nous leur rendrons confiance en eux-mêmes, et en allant à la rencontre de leur histoire que nous gagnerons leur confiance. De là, toute situation de vie peut devenir un support de communication, un espace où inscrire sa démarche professionnelle.»*²⁹

²⁹ ROUSSEAU, Thierry. *Démences : orthophonie et autres interventions*. p.170

Enfin, l'orthophoniste aura un rôle important à jouer auprès de l'entourage, pour l'aider à communiquer avec le patient bien sûr, mais aussi pour lui assurer une écoute et un soutien, car lorsqu'un individu est atteint de la maladie d'Alzheimer, c'est le système familial entier qui est bouleversé. C'est à nous donc, en coordination avec l'ensemble du personnel soignant, médical et paramédical, d'aider cette famille à construire un équilibre nouveau.

c. La prise en charge psychologique et psychiatrique

Selon les recommandations de 2011 de la Haute Autorité de Santé (HAS): *"Les principaux objectifs sont, pour le psychologue et/ou le psychiatre, d'aider le patient à faire face aux bouleversements intrapsychiques et au traumatisme que constitue l'annonce de la maladie, de l'aider à maintenir une stabilité et une continuité de sa vie psychique, en dépit des troubles qui, par leur évolution, désorganisent de plus en plus ses processus de pensée. L'accompagnement psychologique des patients dans l'annonce de la maladie leur permet d'exprimer leurs ressentis, représentations, craintes en lien avec la pathologie, de révéler les mécanismes défensifs mis en œuvre et de prévenir et/ou détecter les problématiques psychopathologiques souvent associées aux maladies neurodégénératives ; le suivi psychologique a également pour objet de travailler au maintien d'une image de soi satisfaisante à mesure que la dépendance psychique et physique s'installe et s'aggrave."* Elle peut être de plusieurs types : psychothérapies individuelles ou thérapies de groupe, psychothérapies brèves, soutien psychothérapeutique, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies dites de réminiscence et de validation...

La prise en charge psychothérapeutique est également fondamentale pour les aidants naturels du patient qui en éprouvent le besoin, notamment lorsqu'ils ont organisé leur vie autour du malade afin d'empêcher son placement en institution : les enfants qui s'occupent de leur père ou de leur mère malade, en plus d'une vie familiale et professionnelle souvent bien remplie, le conjoint du patient, souvent aussi âgé que lui et parfois même malade, qui doit gérer à temps plein un individu de moins en moins autonome, tout en organisant le bal de ses rendez-vous pour les différents prises en charge et suivis... Ces aidants doivent eux-aussi pouvoir disposer d'un espace de parole, individuel et/ou groupal bien à eux où ils pourront exprimer leurs angoisses, leurs frustrations, leurs doutes, leurs difficultés, leurs déceptions, leurs espoirs afin d'éviter l'épuisement mental qui touche bien des familles. C'est dans ce but que l'association France Alzheimer 06 a, depuis janvier 2014, mis en place une plateforme de répit et d'accompagnement des aidants. Composée d'une psychologue, d'une assistance en gériatrie et d'une secrétaire, la plateforme offre aux aidants des temps d'échange pour faire le point sur les besoins de répit et proposer des solutions adaptées à ceux-ci. Enfin, pour maintenir une vie sociale, des activités variées sont aussi organisées chaque semaine pour l'aidant et son proche malade.

d. Les autres types d'intervention

Elles s'axeront sur l'activité motrice du patient avec le kinésithérapeute, le psychomotricien, l'ergothérapeute pour entretenir ses capacités physiques et prévenir les risques de chutes notamment, en travaillant sur la prise de conscience du corps, l'équilibre, les capacités praxiques dans les situations de la vie quotidienne, la motricité globale et le bien-être corporel.

On relève également des thérapies complémentaires qui vont jouer sur le bien-être du patient afin de diminuer les troubles comportementaux et activer ses ressources sensorielles comme la musicothérapie, l'art-thérapie, la luminothérapie, l'aromathérapie, les massages, la thérapie assistée d'animaux...

II. La maladie d'Alzheimer : des compétences altérées

1. Les troubles mnésiques

1.1. La mémoire à court terme (MCT)

1.1.1. Définition

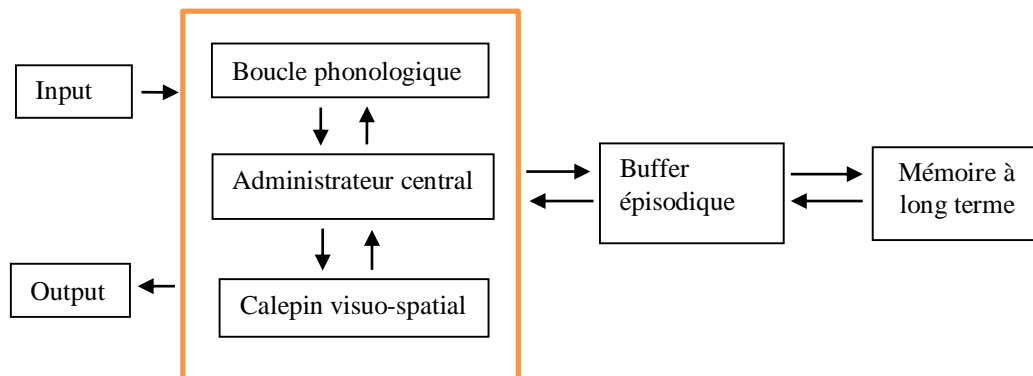
La mémoire à court terme utilise le cortex préfrontal, elle est composée de la mémoire de travail et du buffer épisodique selon Alan Baddeley.

- **La mémoire de travail** est une forme de mémoire spécifique, nécessaire à l'apprentissage ou au raisonnement. Elle a été définie par Baddeley en 1986 et 1992 « *comme un système de capacité limitée, destiné au maintien temporaire et à la manipulation de l'information pendant la réalisation de tâches cognitives diverses de compréhension, de raisonnement ou de résolution de problèmes. Elle comprend un administrateur central, de capacité limitée aidé par un certain nombre de systèmes esclaves responsables du maintien temporaire de l'information.* »³⁰ Ces systèmes esclaves sont composés de la boucle phonologique et du calepin visuo-spatial. L'administrateur central peut sélectionner les stratégies cognitives et coordonner l'information en provenance de différentes sources, affecter une partie de sa capacité limitée de traitement afin d'augmenter la quantité d'informations maintenue dans les systèmes esclaves, être impliqué dans les processus de

³⁰ VAN DER LINDEN Martial, HUPET Michel. *Le vieillissement cognitif*. pp. 39-40

mise à jour de la mémoire (modification de statut d'une représentation en mémoire en fonction d'un nouveau stimulus), avoir des fonctions de stockage propre. Selon George Miller³¹, l'empan mnésique de cette mémoire de travail est de sept à plus ou moins deux items c'est-à-dire que sept serait le nombre maximal d'éléments qu'une personne est capable de percevoir simultanément ou de mémoriser à court terme.

- **Le buffer épisodique** : intégré en 2000 par Baddeley dans sa modélisation de la mémoire à court terme, le buffer épisodique est un système intermédiaire entre la mémoire à court terme et la mémoire à long terme. Il témoigne de la capacité que nous avons à stocker temporairement des informations multimodales.



1.1.2. Les impacts de la maladie d'Alzheimer sur la MCT

Les troubles de la mémoire à court terme sont mis en évidence par certains tests cognitifs neuropsychologiques lors du diagnostic d'une démence comme le MMS de Folstein, l'épreuve des cinq mots et la Batterie d'Efficiency Frontale (BREF) de Dubois, le test de la figure complexe de Rey, les empan auditifs et visuels endroit et envers, le test de rappel libre et indicé de Gröber et Buschke...

Ainsi, quand la mémoire à court terme est altérée : le malade ne se souvient plus de ce qu'il vient tout juste de faire, de dire, de voir ou d'entendre. Elle est testée dans le MMS par le rappel immédiat de trois mots, d'une phrase et l'exécution d'un ordre en trois temps. Elle est aussi évaluée par le test des cinq mots de Dubois lorsque le patient doit répéter, juste après l'avoir lue, une liste de cinq mots.

³¹ MILLER, George. *The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information*. pp. 343-352

La maladie d'Alzheimer provoque surtout un déficit de l'administrateur central, ce qui se manifeste notamment par une difficulté en situation de double tâche : les patients ont du mal à coordonner les traitements cognitifs nécessaires pour entreprendre deux tâches simultanées.

Les patients Alzheimer auront également des difficultés à répartir leurs ressources attentionnelles lors de tâches complexes, d'où l'impression d'une faible concentration ou d'une distraction accrue. Les tâches complexes vont être testées dans le MMS par une opération de calcul mental ou l'épellation de « MONDE » à l'envers si l'épreuve du calcul mental est échouée. La BREF analyse aussi, dans certains de ses aspects, la mémoire de travail via deux épreuves : l'épreuve de consignes contradictoires qui évalue la sensibilité aux interférences et le GO-NO GO évaluant le contrôle inhibiteur.

1.2. La mémoire à long terme (MLT)

1.2.1. Ses composantes

La mémoire à long terme se décompose en plusieurs systèmes de mémoire, selon la nature de l'information à mémoriser. Ainsi elle est constituée d'une mémoire explicite (ou déclarative) composée par les mémoires sémantique et épisodique et d'une mémoire implicite (ou non déclarative) que composent la mémoire procédurale, la mémoire perceptive (ou amorçage), la mémoire des conditionnements classiques et la mémoire des apprentissages non-associatifs. Cette mémoire à long terme a une capacité illimitée et chaque souvenir peut avoir une durée d'existence allant de quelques jours à toute une vie, selon la profondeur de l'empreinte qu'il a laissé.

- **La mémoire déclarative ou explicite** concerne toutes les choses dont on a conscience de se souvenir et que l'on peut décrire verbalement. Elle contient:
 - **La mémoire épisodique** : elle concerne le stockage des situations vécues c'est-à-dire les faits autobiographiques et les événements personnels. Elle est reliée au contexte, on dit qu'elle est auto-noétique.
 - **La mémoire sémantique** : elle sert à emmagasiner les mots, les idées, les concepts en lien avec la connaissance du monde et du langage. Elle est située hors du contexte c'est-à-dire qu'il n'y a pas de référence nécessaire aux conditions d'acquisition, on dit alors qu'elle est noétique.
- **La mémoire non déclarative ou implicite** fait référence à des apprentissages qui ne peuvent être rappelés par des processus conscients, on dit qu'elle est anoétique. A l'intérieur de celle-ci, il y a notamment la mémoire procédurale qui concerne des savoir-

faire par apprentissages inconscients d'habiletés motrices, perceptives et cognitives. Au début de l'apprentissage, tous ces savoir-faire font intervenir la mémoire explicite jusqu'à ce qu'ils s'automatisent et rendent plus faciles un certain nombre de tâches du quotidien.

1.2.2. Les étapes d'intégration du souvenir dans la MLT et les structures cérébrales impliquées

La mémoire à long terme fait intervenir trois processus de base pour l'intégration d'un souvenir : l'apprentissage ou l'encodage, le stockage et le rappel ou la restitution d'informations.

- **L'encodage** vise à donner un sens et un poids à l'information et fait intervenir des processus de catégorisation. Ainsi pour encoder le mot "tomate", le sujet l'associera aux concepts de "fruit", de "forme ronde", de "couleur rouge". De la profondeur de l'encodage dépendra l'efficacité de la récupération. La motivation et le contexte jouent également un rôle important dans l'ancrage de l'information.
- **Le stockage** est le processus actif de consolidation rendant les souvenirs moins vulnérables à l'oubli, c'est le maintien dans le temps des informations apprises.
- **Le rappel** volontaire ou non, fait appel à des mécanismes actifs utilisant les indices de l'encodage (dans notre exemple du mot « tomate », ce sont les indices « fruit, rond, rouge »). L'information est copiée temporairement de la mémoire à long terme dans la mémoire de travail pour être utilisée. Plus un souvenir sera codé, élaboré, organisé, structuré, plus il sera facile à retrouver.

Les structures les plus impliquées dans le fonctionnement de la mémoire sont : **le lobe frontal** qui régit l'encodage et la récupération de l'information, **l'hippocampe** qui est responsable de la consolidation des souvenirs c'est-à-dire de leur passage de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme, **le lobe temporal** qui sert au stockage de l'information et **l'amygdale** qui a un rôle majeur dans la consolidation des souvenirs émotionnels.³² Elle associe le souvenir à l'affect approprié, ce qui peut faciliter ultérieurement la restitution de ce souvenir.

³² Site internet du Laboratoire d'étude de la santé cognitive des Aînés. *Comment fonctionne la mémoire et quelles régions du cerveau jouent un rôle clé pour la mémoire ?*

1.2.3. Les impacts de la maladie d'Alzheimer sur la MLT

Les souvenirs récents de la mémoire épisodique sont beaucoup moins bien conservés que les souvenirs anciens chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, un patient se rappellera longtemps, par exemple, qu'il a eu 3 enfants, qu'il s'est marié en 1975 ou qu'il a habité plusieurs années 3, rue de la Grange Colombe à Rambouillet. Mais le souvenir d'avoir pris le matin même le train vers Chartres pour aller visiter sa sœur cadette sera beaucoup plus fragile. En effet, les souvenirs anciens marquants, ont fait l'objet d'un encodage efficace permettant une consolidation renforcée au fil des années. A l'inverse, les souvenirs récents, sont plus facilement victimes d'un encodage affaibli par la maladie et donc d'une absence de stockage, nécessaire à la restitution de l'événement. Au fur et à mesure, *" la recherche volontaire de souvenirs spécifiques est bloquée au profit d'une évocation plus globale et plus imprécise des événements. Confronté au vide de ses souvenirs, le patient fait parfois des fabulations de remplissage en rapportant des éléments incohérents. On observe également des distorsions sous la forme de patchworks au cours desquels les patients confondent les lieux, les faits, les personnages qu'ils assemblent de manière incongrue. Ces distorsions affectent des souvenirs personnels, des faits d'actualité, leur généalogie. Les patients confondent leurs enfants avec leurs frères et sœurs, le mari avec le père, la nièce pour sa mère. Très cruellement pour la famille, ils ne reconnaissent plus leurs petits-enfants, puis leurs enfants, puis leur conjoint, délitant progressivement les strates généalogiques."*³³ C'est aussi de l'atteinte de la mémoire épisodique que naît la désorientation temporo-spatiale: le malade va se perdre dans son quartier ou oublier une date importante par exemple. Ce type de mémoire va être testé par le rappel différé des trois mots du MMS, des cinq mots de Dubois, de la liste de mots du Gröber et Buschke de façon libre ou indicée, après une épreuve interférente destinée à détourner l'attention du sujet. La reproduction différée de la figure complexe de Rey est aussi une façon d'analyser la mémoire récente mais sous l'angle visuel et non plus phonologique comme précédemment. L'indigage ne sera pas un élément facilitateur.

La mémoire sémantique du langage et des savoirs culturels est elle aussi affectée. Les patients ont du mal à trouver les mots justes, notamment pour les mots abstraits ou les substantifs. Ils perdent la notion d'attributs spécifiques en oubliant, par exemple, qu'un chat a des moustaches, que la girafe a un long cou, que l'anse différencie la tasse du bol... Les mots sont alors remplacés par un mot valise, "truc", "machin", "bidule", un cohyponyme : le chat devient un chien, la girafe devient une vache, une tasse devient un bol...ou un hyperonyme : le chat et la girafe ne sont plus que de

³³ CROISILE, Bernard. *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?* p. 121

simples animaux et la tasse n'est plus qu'un récipient. L'appréciation de l'intégrité de la mémoire sémantique se fait au moyen d'épreuves comme la dénomination d'objets réels ou imagés, la définition d'éléments par rapport à leur nom écrit ou imagé, l'énumération d'exemplaires d'une catégorie sémantique, le jugement de synonymes, l'appariement d'items en fonction d'un critère donné, la réponse à des questions de culture générale... Les patients Alzheimer sont déficitaires dans ce type de tâche dès le début de la maladie.

Enfin, la mémoire implicite est préservée, sauf dans les tous derniers stades de la maladie. Seule la mémoire procédurale, quand il s'agit d'apprentissages nouveaux est affectée par atteinte des processus d'encodage, de stockage et de rappel. Les patients continuent à enregistrer toutes nos attitudes, nos mimiques, l'ambiance qui les entoure, le ton de notre voix et cela module leur comportement. Ils ne peuvent pas nous restituer par la parole ce que nous avons fait ou dit mais ils en gardent une trace. De plus, comme nous le verrons plus tard, ils sont très sensibles à la qualité de la relation et de l'environnement, c'est pourquoi il faut veiller à ce qu'elle soit la meilleure possible.

2. Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives

2.1. Définitions

« L'attention peut être considérée comme la « porte d'entrée » ouvrant vers le fonctionnement de l'ensemble des fonctions cognitives. Si la porte est « entrebâillée » ou « fermée », les fonctions intellectuelles qui en dépendent sont perturbées, entraînant une désorganisation majeure et globale de la pensée cohérente. »³⁴ Ainsi, l'attention est le corollaire des fonctions cognitives donc des fonctions exécutives qui en font partie. Elle fonctionne en étroite collaboration avec la mémoire de travail.

2.1.1. L'attention

L'attention est la mobilisation des ressources cognitives orientée vers un but et entraînant un accroissement d'efficacité des processus de perception, de prise de décision et d'action. On considère généralement qu'il y a quatre grandes fonctions attentionnelles : l'alerte, l'attention sélective, l'attention divisée et l'attention soutenue.

³⁴ Site internet du Collège des Enseignants en Neurologie. *Confusion et démences chez le sujet âgé*

- **L'alerte** : elle correspond à la mobilisation énergétique de l'organisme et permet une meilleure réceptivité non spécifique du système nerveux aux informations externes et internes. Elle peut se modifier de manière tonique (selon les rythmes circadiens biologiques) ou de manière phasique (suite à la présentation d'un signal avertisseur).
- **L'attention sélective** : elle permet de focaliser son attention sur une information parmi un ensemble d'informations qui se présentent simultanément à la conscience, et éventuellement de traiter la réponse à donner.
- **L'attention divisée** : elle réfère au processus permettant de coordonner deux activités concurrentes. La notion d'intensité de l'effort est très importante car moins coûteuses sont les tâches en termes de ressources attentionnelles, plus elles sont routinières (ou automatisées), et plus aisée sera la réalisation coordonnée des deux activités concurrentes.
- **L'attention soutenue** : elle relève de la faculté à réagir à ce qui se passe dans l'environnement au cours d'une tâche longue et monotone.

Les régions cérébrales impliquées dans l'attention sont multiples. **Les cortex préfrontaux** sont au sommet de la hiérarchie et interviendraient dans le contrôle de l'attention sélective et dans le maintien des représentations en mémoire de travail via l'administrateur central de Baddeley. **Les cortex postérieurs**, notamment **pariétaux**, serviraient à la représentation spatiale pour diriger l'attention. Parmi **les noyaux gris centraux**, **le pulvinar** (noyau postérieur du thalamus), en association avec **le cortex postérieur**, **le colliculus**, en lien avec **les cortex postérieur et frontal** permettraient la sélection ou le filtrage attentionnel. **Le noyau dorsomédian du thalamus**, connecté au **cortex antérieur et noyaux de la base** influencerait, avec **le gyrus cingulaire** dans le système limbique sur les aspects motivationnels de l'attention. Enfin, **la formation réticulée** ascendante interviendrait dans la modulation de l'éveil et les mécanismes d'alerte, tout comme certains systèmes neurochimiques ascendants, noradrénergiques, cholinergiques et dopaminergiques.³⁵

2.1.2. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus permettant à un individu de réguler de façon intentionnelle sa pensée et ses actions afin d'atteindre ses buts lorsque la tâche est nouvelle

³⁵ LECHEVALIER Bernard, EUSTACHE Francis, VIADER Fausto. *Traité de neuropsychologie clinique : neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. pp. 275-276

ou complexe. Elles regroupent des fonctions cognitives de haut niveau car non automatisées et concernent les fonctions de motivation, de planification, d'exécution et de contrôle.



36

Les réseaux neuronaux qui les supportent sont **les régions préfrontales** notamment **la face latérale** pour les processus cognitifs, **la face orbito-ventrale** pour les processus affectifs et la motivation et **la face médiane** pour l'auto-génération des comportements sans oublier **les régions sous-corticales**.

Selon Akira Miyake³⁷, il y a quatre fonctions exécutives indépendantes : l'inhibition, la mise à jour de la mémoire de travail, le shifting ou la flexibilité cognitive et l'attention divisée.

- **L'inhibition de la réponse** : il s'agit de l'inhibition de la réponse non pertinente relativement à l'objectif de la tâche, de l'arrêt d'une réponse déjà initiée et de l'inhibition d'une réponse automatisée.
- **La mise à jour de la mémoire de travail** : elle recouvre la modification du contenu de la mémoire de travail en fonction des nouvelles entrées et de leur pertinence.
- **La flexibilité cognitive** : il s'agit de la capacité à déplacer volontairement le foyer attentionnel d'une catégorie de stimuli à une autre, d'un processus cognitif à un autre ou d'une stratégie à une autre. Elle se limite aux changements contrôlés et conscients.
- **L'attention divisée** : voir la définition p. 35

2.2. Les impacts de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer a des répercussions sur l'attention et les fonctions exécutives.

³⁶ Site internet de CALERO Sandrine. *Caractéristiques de l'autisme*

³⁷ MIYAKE Akira, FRIEDMAN Naomi, EMERSON Michael et al. *The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis*. pp. 49-100

Sur le plan attentionnel, l'attention sélective et l'attention divisée sont sensiblement plus touchées dès les premiers stades de la maladie que l'attention soutenue³⁸. On constate également des troubles de l'alerte tonique : la dégénérescence neurofibrillaire atteint les réseaux de neurotransmetteurs, notamment les systèmes cholinergique, glutamatergique, noradrénergique, GABAergique et sérotoninergique qui agissent sur le cycle veille/sommeil. Ainsi, logiquement, si ces neurotransmetteurs fonctionnent anormalement, le cycle veille/sommeil en pâtit, ce qui se traduit chez le patient Alzheimer par des fluctuations beaucoup plus importantes de son niveau attentionnel au cours de la journée.

Sur le plan exécutif, toutes les fonctions sont altérées: la fluidité mentale est atteinte et tous les tests de fluence sont perturbés. Cette altération peut s'expliquer par la difficulté de ce type de patients à élaborer des images mentales³⁹ et par ses difficultés mnésiques, notamment dans le cadre de la mémoire sémantique. Les lésions frontales altèrent les compétences de planification: le sujet a du mal à initier une action et à l'accomplir jusqu'à son but, abandonnant les activités en cours parce qu'il ne sait plus faire face aux difficultés qu'il rencontre. La flexibilité cognitive est aussi très perturbée : les patients ont du mal à passer d'un critère de classement à un autre dans l'épreuve du Wisconsin, produisant alors un nombre élevé de réponses persévératives et leurs performances sont significativement inférieures à celles des sujets âgés sains au TMT-B⁴⁰. De plus, la mémoire de travail est également atteinte, comme nous avons pu le voir au niveau de l'administrateur central dans le maintien et le traitement simultanés de l'information en mémoire. Enfin, un déficit marqué de l'inhibition peut s'observer avec un effet accru de l'interférence dans les tâches de type Stroop.

3. Les troubles du langage et de la communication verbale

Les troubles du langage et de la communication *"varient selon la gravité des lésions cérébrales, des capacités intellectuelles, cognitives, de langage et de communication du patient avant sa maladie. Bien sûr, le milieu dans lequel il vit joue un rôle important selon qu'il est affectivement riche et stimulant ou, au contraire, propice à l'isolement et au rejet."*(Khosravi)⁴¹ Il s'observe autant sur le plan linguistique que pragmatique et autant sur le plan productif que réceptif.

³⁸ PASQUIER Florence, DUYCKAERTS Charles. *Démences*. p.308

³⁹ KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. p.85

⁴⁰ GODEFROY, Olivier. *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*. p.97

⁴¹ Op.cit. p.24

Ces troubles sont liés à la progression des lésions dans l'hémisphère gauche pour les fonctions phonologique, syntaxique et lexicale, le langage impliquant principalement l'aire de Broca dans le lobe frontal, l'aire de Wernicke dans le lobe temporal, toutes deux reliées par le faisceau arqué, ainsi que le lobule pariétal inférieur, également appelé "territoire de Geschwind" comprenant les gyrus angulaire et supramarginal. Les lésions de l'hémisphère droit impactent aussi le langage puisque celui-ci est impliqué dans la pragmatique du langage chez les droitiers (chez les gauchers, on ne sait pas où se situe la fonction pragmatique). La graphie dépend quant à elle, chez les droitiers, d'une petite zone du cortex frontal gauche découverte récemment par Jean-François Démonet alors que chez les gauchers, l'aire graphique se déplace.⁴²

3.1. Le langage oral

3.1.1. Au stade léger

On constate chez les patients Alzheimer au stade léger plusieurs altérations du langage oral qui appartiennent, avec les altérations mnésiques, aux premiers signes cliniques cognitifs de la maladie.

a. Sur le versant lexico-sémantique

L'expression est fluente, la morphosyntaxe est correcte mais on observe une fuite des mots (ou anomie) c'est-à-dire une difficulté à trouver le mot juste, que l'on peut mettre en évidence dans les épreuves d'évocation de mots dans un champ sémantique donné et dans les épreuves de dénomination. Le manque du mot est fluctuant à ce stade et correspond à un déficit d'accès au lexique⁴³ ou à une perte des représentations en mémoire sémantique⁴⁴. Pour combler ses difficultés, le patient va utiliser des moyens de compensation comme des mots valises, des cohyponymes, des surextensions des étiquettes verbales, des périphrases et des paraphrases verbales sémantiques. Ce trouble atteint d'abord les noms propres, les dates puis les mots les moins fréquents de son vocabulaire pour enfin atteindre les mots familiers. Si ces parades font illusion au début de la maladie, leur emploi de plus en plus fréquent rendra progressivement son discours incohérent. Quant à la compréhension, elle est légèrement perturbée.

⁴² Site internet de Sciences et Avenir. *Du cerveau à la pointe du crayon*

⁴³ GEWIRTH Letitia, SCHINDLER Antonio, HIER Daniel. *Altered patterns of words associations in dementia and aphasia*. pp. 307-317

⁴⁴ HODGES John, PATTERSON Karalyn. *Is semantic memory consistently impaired early in the course of Alzheimer's disease? Neuroanatomical and diagnostic implications*. pp. 441-459

Le patient va donc employer des termes très génériques comme "truc", "bidule", "machin", "chose", "ça"... que l'on appelle des mots valises. Il utilisera aussi des paraphrasies verbales sémantiques pour remplir le vide du mot adéquat suggérant une désagrégation des frontières référentielles des mots.

Les paraphrasies verbales sémantiques sont le terme technique orthophonique pour ce que l'on nomme en linguistique les cohyponymes. *"La cohyponymie est une relation sémantique triangulaire, car elle implique un hyperonyme."*⁴⁵ Ainsi, les cohyponymes sont liés sur un mode horizontal, ce sont les éléments d'une classe donnée alors que l'hyperonyme est l'élément classificateur, selon un mode de relation verticale. Prenons par exemple, les termes "rose" et "pivoine", ce sont deux cohyponymes du terme "fleur": "J'ai cueilli des roses et des pivoines de mon jardin." ou bien deux cohyponymes du terme "couleur": " Il devint rouge pivoine lorsqu'il s'aperçut que la jeune fille au ruban rose le regardait." Ainsi, l'indisponibilité des mots oblige le patient à utiliser des termes de sens proche ou appartenant à la même catégorie: le patient pourra dire "Ce matin j'ai promené les chats." car le mot "chiens" manquera momentanément à son discours. Il pourra aussi utiliser des surextensions des étiquettes verbales c'est-à-dire qu'un même cohyponyme se substituera à tous les autres cohyponymes de la catégorie et dire "cheval" pour tous les animaux par exemple.

Selon le dictionnaire universel des synonymes de la langue française de François Guizot " *La périphrase et de même la circonlocution, consiste à dire en plus de paroles, ce qu'on aurait pu dire en moins, selon la définition de Quintilien. /.../ La périphrase est proprement un terme rhétorique: la périphrase est une figure par laquelle, à l'expression simple d'une idée, vous substituez une description ou une expression plus développée, pour rendre le discours plus agréable, plus noble, plus sensible, plus frappant, plus intéressant, plus pittoresque.*"⁴⁶ Ainsi, Molière qui évoque "les commodités de la conversation" fait une périphrase ou circonlocution: il désigne en plusieurs mots, ce qu'il pourrait dire en un seul : "fauteuils", de façon à imaginer son propos de manière plus éloquente. Il est bien évident que le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer ne cherche en aucune façon à imaginer son discours de manière "noble", "sensible", "frappante", "intéressante" ou "pittoresque", mais simplement à meubler les trous de son discours, même si malgré lui il peut être à l'origine de phrases très poétiques. Si dans un test de dénomination, on lui

⁴⁵ REY-DEBOVE, Josette. La synonymie ou les échanges de signes comme fondement de la sémantique. pp. 91-104

⁴⁶ GUIZOT, François. *Dictionnaire universel des synonymes de la langue Française*. p.540

demande le mot "verre", il peut répondre par exemple "C'est pour boire." ou "On doit pouvoir mettre de l'eau dedans."...

Sur le plan de la compréhension, les messages longs et complexes sont plus difficiles pour le patient, parce qu'il a de plus en plus de mal à repérer les éléments significatifs du discours qui lui est adressé. Il peut alors demander à son interlocuteur de reprendre certains éléments de son discours. Ce type de difficulté est néanmoins minime à ce stade de la maladie et est surtout présent lors de situations stressantes et non familières pour le patient, comme les situations de test par exemple.

b. Sur le versant pragmatique

Au stade initial de la maladie, on peut déjà constater chez certains patients des troubles de la pragmatique du discours. Ainsi, le patient peut avoir du mal à initier la conversation, au cours de laquelle ses digressions peuvent être fréquentes sans qu'il n'ait toutefois de difficulté pour revenir au sujet initial. On peut également constater une tendance à faire des commentaires subjectifs intempestifs. Il faut noter qu'à ce stade, le patient n'est pas anosognosique et a donc conscience de ses difficultés. Il met alors tout en œuvre pour s'autocorriger.

3.1.2. Au stade modéré

*"A ce stade, on décrit une forte diminution de la communication spontanée. En effet, les difficultés croissantes de décodage du message conjuguées à des difficultés d'expression des besoins les plus essentiels conduisent le patient à moins s'exprimer et échanger. Alors, les interlocuteurs se trouvent dans l'obligation de poser des questions au patient pour comprendre d'une part ce qu'il veut dire mais également pour initier une prise de parole et ainsi solliciter la communication."*⁴⁷

a. Sur le versant lexico-sémantique

L'anomie est de plus en plus fréquente, ce qui conduit à l'utilisation immodérée de paraphrases verbales sémantiques, notamment à l'emploi d'hyperonymes, beaucoup moins proches du mot cible que les cohyponymes. On observe également l'apparition de persévérations c'est-à-dire des mots, des phrases ou des expressions qui viennent d'être utilisés, et qui reviennent hors de propos

⁴⁷ AMBROSELLI, Marie. *Pragmatique du langage et maladie d'Alzheimer: études de deux projets autour de la poésie*. p. 24

perturber le discours présent. Au stade modérément sévère, le discours est de plus en plus inintelligible : il est jargonné car il laisse place à une production linguistique présentant un nombre important de paraphasies et de néologismes et écholalie avec un nombre croissant de persévérations et une réduction massive du vocabulaire. Quant à la compréhension, elle est largement atteinte puisque les difficultés de décodage s'étendent dès lors aux mots usuels.

b. Sur le versant pragmatique

L'expression est de plus en plus altérée par une diminution des outils de cohésion et une incohérence de la macrostructure narrative : le discours est allusif, de moins en moins informatif tout en conservant longtemps sa structure phonologique et syntaxique. La compréhension se dégrade car le patient a du mal à utiliser le contexte pour décoder les intentions de l'autre. Le langage s'appauvrit quantitativement et qualitativement sans que le patient ait conscience de ses troubles et puisse se corriger.

Les digressions produites par le sujet sont de plus en plus nombreuses et il ne peut revenir au thème de la conversation sans aide. Les éléments conversationnels de second plan prennent le pas sur les éléments de premier plan. Le récit est parfois personnalisé et la communication peut s'arrêter subitement tout comme elle peut se clôturer difficilement. Le trouble de l'initiation du discours est de plus en plus marqué, le sujet a du mal à gérer les tours de parole bien qu'il ait conscience de son interlocuteur. Il a du mal à prendre la parole et, lorsqu'il le fait, cela se produit sur des temps de plus en plus courts, avec des pauses de plus en plus longues. Au stade modérément sévère, les phrases sont plaquées, automatisées et il utilise des mots-phrases pour exprimer ses besoins.

La morphosyntaxe est touchée car le nombre de mots utilisés est largement supérieur au nombre de mots requis et les pronoms n'ont parfois pas de référents. Les réponses oui/non deviennent incertaines. L'interlocuteur a donc régulièrement des difficultés à cerner les thèmes de conversation.

Enfin, il semblerait que le patient éprouve des difficultés à traiter le langage non littéral : l'implicite, les jeux de mots, les expressions idiomatiques ("il fait un froid de canard" par exemple). Aurait-il aussi des difficultés pour traiter l'humour ?

3.1.3. Au stade sévère

L'expression et la compréhension sont très diminuées, le tableau langagier est semblable à celui d'une aphasie globale. Ainsi, les interlocuteurs ne sont plus différenciés, les mots ont perdu leur

signification bien que certains automatismes subsistent. Quelques mots peuvent être employés isolément, tout comme certains mots et quelques sons.

Les patients communiquent de moins en moins, de façon de moins en moins efficiente et de plus en plus inadéquate mais il faut tout de même garder à l'esprit que le pourcentage total des actes adéquats de langage reste très nettement supérieur au pourcentage total des actes inadéquats. Donc la communication du patient Alzheimer, même profondément atteint, est plus souvent efficiente qu'incohérente⁴⁸. De plus, la communication des émotions est préservée, le patient conserve jusqu'au bout sa capacité à résonner avec le milieu.

3.2. L'impact de la qualité relationnelle sur la communication du patient

"Etre en interaction avec une personne âgée c'est d'abord accepter les différences dans la façon d'aborder les réalités, de percevoir les choses et c'est s'adapter à elle en se plaçant à côté ou en face mais en aucune manière à sa place." ⁴⁹

La communication du patient n'est pas le seul reflet de ses compétences langagières et infra-langagières, elle est étroitement liée à son interlocuteur et à l'attitude de celui-ci vis-à-vis du sujet. Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer en quoi une attitude négative de l'interlocuteur pouvait impacter de manière néfaste la communication du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, tant dans ses aspects langagiers que comportementaux.

Alain Devevey évoque l'importance de la subjectivité de l'interlocuteur en ces termes: *"Cette notion de subjectivité de l'interlocuteur renvoie à la question de l'identité fondamentale en ce qui concerne la communication. En effet, l'image que nous donnons doit être confirmée par autrui. Le fait que le rôle, le statut, la place des acteurs soient bien identifiés permet aux interlocuteurs de se reconnaître dans une position sociale, d'éviter les malentendus, les conflits, et d'assurer la crédibilité. L'identité situationnelle du locuteur est repérable dans l'énonciation. Or, le simple fait d'être en relation avec une personne âgée, va générer un certain nombre de croyances positives ou négatives qui vont influencer de fait, et de manière inéluctable, les comportements énonciatifs de l'interlocuteur."* ⁵⁰ Ainsi, les croyances et les stéréotypes vont être renforcés par la maladie, et cela, d'autant plus qu'il s'agit d'une démence.

⁴⁸ ROUSSEAU, Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication : évaluation et prise en charge thérapeutique*. p.37

⁴⁹ Ibid. p.7

⁵⁰ ROUSSEAU, Thierry. *Démences : Orthophonie et autres interventions*. p. 150

C'est ce que reprennent Catherine Ollivet et Armelle Debru: la vision négative de la maladie ou du handicap fausse le jugement sur la personne qui en est atteinte: *"...si, par exemple, un handicapé moteur trébuche ou qu'un malade d'Alzheimer se met en colère, cette difficulté n'est pas considérée comme partagée par tout le monde, mais caractéristique de son état. Tout l'ensemble de la personne, la moindre réaction aux émotions, est rapporté aux effets négatifs de la maladie ou du handicap."* ⁵¹

Malheureusement, même les professionnels de santé qui sont formés à ce type d'interactions ne sont pas une garantie d'objectivité. C'est ce que démontre l'étude de Guylaine Le Dorze, Marie Julien, Suzanne Genereux et al. en 2000⁵² évaluant par un questionnaire la communication entre 30 soignants et 15 résidents d'un établissement de soins de longue durée pour personnes dépendantes. Le groupe était composé de 5 individus aphasiques, 5 individus atteints de démence et 5 individus sans trouble de la communication. Les résultats de cette étude ont montré que les soignants s'adaptaient davantage aux patients aphasiques parce qu'ils souffraient de troubles plus sévères de la communication. Quant aux patients de pathologies démentielles, ils parlaient, mais c'est à eux que l'on parlait le moins et avec lesquels on prenait moins soin de vérifier que le message qu'on leur avait adressé avait été compris, et cela, à cause du caractère irrémédiable de leur maladie. A terme, ce sont donc des personnes à qui on ne parle plus!

Ainsi pour Rousseau, on peut s'interroger sur la diminution globale des capacités de communication en lien avec l'atteinte cognitive : si le patient se renferme, est-ce pour éviter la mise en échec parce qu'il sent ses capacités diminuer ou est-ce parce que l'entourage le destitue peu à peu de son rôle d'adulte communicant? De cette étroite relation entre l'individu et son environnement, il explique: *"Le sujet dément est ainsi sensible au contexte. Il élabore des comportements différents en fonction des caractéristiques physiques et sociales des situations et de sa propre subjectivité. Cette réactivité du sujet âgé dément permet d'émettre l'hypothèse que les comportements observés ne sont pas le seul fait de la détérioration cognitive, mais peuvent être liés à l'environnement direct."* ⁵³

⁵¹ HIRSH Emmanuel, OLLIVET Catherine. *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société*. p.139

⁵² LE DORZE Guylaine, JULIEN Marie, GENEUREUX Suzanne et al.. *The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers*. pp.17-51

⁵³ ROUSSEAU, Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication : Evaluation et prise en charge thérapeutique*. p.35

3.3. Le langage écrit

Le langage écrit est souvent rapidement perturbé dès les premiers stades de la maladie d'Alzheimer avec en premier lieu une dysorthographe par atteinte de la voie lexico-sémantique : le patient a des difficultés pour écrire les mots irréguliers ou d'orthographe ambiguë et les monèmes grammaticaux.

Plus tard, apparaît une altération de la voie phonologique, les mots d'orthographe usuelle sont atteints. Parallèlement peuvent apparaître des perturbations allographiques et une dysgraphie spatiale : le patient confond les lettres, les sons, les majuscules et les minuscules, l'écriture liée ou en caractères d'imprimerie, les lignes et les marges ne sont plus respectées.

La lecture est, elle, longtemps préservée.

Il faut néanmoins relativiser ces données en rappelant que l'évolution des dégradations de la maladie est corrélée au niveau d'investissement du langage écrit par le patient avant sa maladie. Ainsi, le langage écrit de quelqu'un qui a eu toute sa vie l'habitude d'écrire beaucoup, dans le cadre de son travail, de sa vie personnelle, s'altérera plus lentement que le langage écrit de celui qui n'a jamais beaucoup investi ce domaine, du fait d'un faible niveau socio-éducatif, par manque d'intérêt ou tout simplement parce qu'il n'en avait pas la nécessité dans sa vie quotidienne.

4. Les troubles praxo-gnosiques

4.1. Les apraxies

*"La signification des gestes s'oublie aussi au fur et à mesure que la maladie avance. Le patient peut ne pas comprendre un geste ou le comprendre tout à fait autrement surtout si ce dernier est rapide et brusque: un bon exemple est ce patient qui, sortant enchanté du bureau de la psychologue et voulant dire "bye-bye" avec sa main, a mis l'index sur son nez comme s'il voulait dire "chut." Ses propres gestes seront aussi parfois inadaptés et ne correspondront pas à ce qu'il voulait faire."*⁵⁴

Plusieurs types d'apraxie peuvent apparaître au cours de la maladie et sont souvent mises en relation avec une perturbation de l'organisation de l'espace et une désorganisation du schéma corporel.

⁵⁴ KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. p.11

- **L'apraxie gestuelle** est, contrairement à ce qui se passe dans les pathologies vasculaires, un facteur majeur de la perte d'autonomie de l'individu puisqu'elle se traduit dans l'ensemble des gestes du quotidien (alimentation, toilette, habillage, conduite automobile ...).
- **L'apraxie constructive** se traduit par la dégradation des capacités mises en jeu dans l'exécution sur ordre oral ou la copie de dessins. On observe chez le patient un phénomène de "closing-in" c'est-à-dire d'accolement au modèle dans la copie de figures géométriques : le patient dessine directement sur le modèle ou en continuité avec celui-ci. Elle relève de lésions pariétales.

4.2. Les agnosies

Les informations sensorielles sont perçues correctement par le patient mais leurs significations ne sont pas reconnues. Les lésions portent sur les régions associatives du cortex cérébral au sein desquelles se fait la synthèse des diverses informations. Comme pour les apraxies, les agnosies liées à la maladie d'Alzheimer sont de plusieurs types:

- **La prosopagnosie** est l'incapacité à reconnaître des visages familiers, à se reconnaître sur une photo ou dans un miroir.
- **L'agnosie d'objets** est la difficulté à reconnaître des objets usuels. Elle participe, avec l'apraxie gestuelle, à la perte d'autonomie de l'individu.
- **L'anosognosie** est très fréquente à partir du stade modéré de la maladie. Elle est totale, le patient n'a absolument pas conscience de ses troubles, ou partielle, le patient sent qu'il éprouve des difficultés sur plusieurs plans mais les minimise. Des réactions d'irritabilité émergent alors lorsque l'on propose de les aider.

5. Les troubles psycho-comportementaux

Ces troubles contribuent à l'isolement des patients et à leur placement en institution, c'est pourquoi il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour prévenir ces troubles par la mise en place d'un environnement sûr et stable, le maintien de la communication et de sa place d'adulte communiquant au sein de la société. Ces troubles sont aussi la conséquence des lésions frontales et des désordres biochimiques (cholinergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques), voire parfois des effets secondaires des psychotropes.

5.1. Les troubles affectifs et émotionnels

Les troubles affectifs et émotionnels se cristallisent autour de trois pôles : l'apathie, les troubles de l'humeur et les troubles émotionnels.

- **L'apathie** : elle est souvent confondue avec une dépression et se manifeste souvent au début de la maladie. Elle se caractérise par un émoussement affectif, la perte d'initiative et la perte d'intérêt. Le patient est comme replié sur lui-même.
- **Les troubles de l'humeur** :
 - **La dépression** : elle ne fait pas forcément partie des troubles de la maladie d'Alzheimer mais elle est fréquente. *"Dans cet état, les malades nous donnent l'impression d'être dégoutés de tout. Rien ne peut les contenter, tout leur paraît morbide et vain; tout ce qui les rendait contents leur devient indifférent. Leurs yeux sont sombres et sans émotion, leur regard est lointain, comme celui d'un être mécanique; ils sont las, n'ont plus d'attention ou ne montrent plus la moindre faculté d'intelligence."*⁵⁵ Lorsqu'elle ne se manifeste pas sous son versant émoussé, la dépression se traduit par des états d'agitation, d'angoisse, de boulimie, de logorrhée et d'insomnie.
 - **L'exaltation de l'humeur** : elle correspond à un état d'euphorie du patient et une désinhibition l'accompagne parfois : le patient dit et fait des choses embarrassantes comme parler à des inconnus avec familiarité ou faire des allusions déplacées par exemple.
- **Les troubles émotionnels** :
 - **La labilité émotionnelle** : elle correspond à la variabilité et à l'instabilité des manifestations émotionnelles, qui peuvent osciller rapidement entre des débordements de joie, la tranquillité et des décharges spectaculaires de colère ou de larmes. L'humeur du patient peut passer par toute la palette des couleurs en un laps de temps très court et est disproportionnée par rapport à l'élément déclencheur.
 - **L'anxiété** : C'est un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. Les sensations psychologiques que l'individu ressent constituent

⁵⁵ KHOSRAVI, Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer : Guide pratique*. p.77

l'anxiété en soi alors que les sensations physiques qui accompagnent l'anxiété ou qui se présentent parfois sans les sensations psychologiques sont nommées angoisse.

- **L'irritabilité** : c'est une hyperesthésie à des stimulations extérieures négatives vécues péniblement, avec une tendance à des réactions agressives contre autrui ou contre soi-même. Ce faible seuil de tolérance s'accommode souvent à l'anxiété. A forte intensité, l'irritabilité se transforme en colère.

5.2. Les troubles comportementaux

On peut constater des comportements d'agitation verbale, vocale ou motrice inadaptés.

- **Les comportements d'agitation agressifs** : dans le cadre de situations de contrariété violente, le patient crie, injurie, attaque physiquement ceux qui s'occupent de lui.
- **Les comportements d'agitation non agressifs** : le patient adopte des comportements sociaux inadaptés telle que la désinhibition ou stéréotypées comme la déambulation ou les attitudes de compulsion. Si ceux-ci sont inoffensifs pour ceux qui l'entourent, ils peuvent toutefois le mettre en danger : plusieurs dizaines de patients errent chaque jour en France selon l'association France Alzheimer.

5.3. Les troubles psychotiques

Les délires sont fréquents dans la maladie d'Alzheimer, ils se caractérisent par la conviction absolue en une croyance fausse ou impossible. Les thèmes sont généralement la persécution (le vol, le préjudice), l'abandon par la famille, la jalousie vis-à-vis du conjoint ... Parmi ces délires, on peut observer le syndrome de Capgras dans lequel le malade perçoit le proche comme un sosie usurpateur, et le syndrome de Fregoli dans lequel le patient a la certitude que des étrangers sont des connaissances déguisées.

Les hallucinations sont plus rares, elles correspondent à une perception sensorielle sans stimulus détectable à laquelle le patient adhère. Elles peuvent être visuelles, auditives, olfactives, tactiles.

5.4. Les troubles des conduites élémentaires

Certaines conduites élémentaires sont perturbées dans la maladie d'Alzheimer. Ainsi, sur le plan du sommeil, différentes situations s'observent : le jour, le patient peut somnoler de manière excessive, le soir il peut avoir du mal à s'endormir, la nuit il dort trop ou pas assez, s'agite, crie et fait des cauchemars, se lève de manière répétée, erre, démarre des activités inappropriées comme s'habiller, sortir faire des courses, prendre son petit déjeuner et se recoucher au matin. Ces rythmes épuisent l'entourage.

Du point de vue de l'appétit, comme dans les autres conduites, le patient est dans l'excès : il adopte soit un comportement boulimique de gloutonnerie, d'hyperoralité ou un comportement anorexique.

Dans le domaine de la sexualité, le patient est le plus souvent dans l'indifférence totale, mais quelques patients font preuve d'une libido exacerbée.

Enfin, on peut également observer des troubles du contrôle sphinctérien.

III. La maladie d'Alzheimer : des compétences préservées

1. La survivance de la personnalité

1.1. Les auteurs défendant une continuité de la personnalité

Pour Khosravi, la démence ne provoque pas de changement profond de la personnalité: *"La vieillesse et la maladie modifient le comportement et la conduite des gens, mais leur fond et leur nature restent tels qu'ils ont toujours été. /.../ il existe des gens d'une nature gaie, qui malgré leurs problèmes et leur maladie, arrivent à être gais, à rire et à faire des blagues. Ils acceptent les divertissements et sont faciles à contenter; ils prennent encore plaisir à la vie: un morceau de chocolat ou une sortie en voiture peuvent les ravir."*⁵⁶. Elle le réaffirme une quinzaine d'années plus tard, dans un autre ouvrage: *"On vieillit comme on a vécu. Ni la maladie d'Alzheimer ni aucune autre démence (sauf la maladie de Pick) ne changent la personnalité du patient. Une personnalité égoïste, égocentrique, pathologiquement narcissique, dépendante, morose, inquiète et introvertie ne s'améliore pas avec la démence. Une personne communicative, extravertie, équilibrée, généreuse, même sous l'empire des troubles du comportement que sa démence provoque reste la même."*⁵⁷

Il s'avère donc important de connaître réellement le patient afin de pouvoir dissocier ses comportements momentanés de sa vraie personnalité. La Charte du Conseil de l'Europe de 1992, énonçant que la méconnaissance de la biographie d'un malade d'Alzheimer est une maltraitance, a d'ailleurs mis en place un dossier psycho-biographique, dont une rubrique intitulée "Personnalité", qu'il faut remplir lorsqu'un nouveau patient intègre une institution. L'objectif est de fournir un

⁵⁶ KHOSRAVI, Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer : Guide pratique*. pp.201-205

⁵⁷ KHOSRAVI, Mitra. *Communication lors de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés*. p. 351

maximum d'informations aux membres du personnel qui seront en contact direct et permanent avec le résident, pour une meilleure prise en charge.

Croisile explique que la survivance de la personnalité se produit chez certains patients sous une forme accentuée: *"Les traits de la personnalité sont parfois amplifiés: une personne vive et irritable subira une maladie d'Alzheimer rebelle et agressive alors qu'une personne douce et tranquille vivra une maladie docile et sereine. Pour l'épouse de Jean-Pierre, au stade modérément sévère de la maladie: "Il est toujours délicieux à vivre." Le neveu de Marie-Thérèse, 83 ans, considère que "ses défauts, c'est un peu l'exacerbation de ses qualités.""*⁵⁸

1.2. Les auteurs évoquant plutôt une modification de la personnalité

Ploton dénonce les effets délétères de la perte du discours verbal sur la personnalité du malade : la perte de la fonction cathartique de la parole empêche la décharge émotionnelle libératrice de la parole ainsi que l'association aux émotions de constructions psychiques inconscientes. Cela aboutit pour le sujet à la perte progressive de ses fonctions de subjectivation et à la modification de la structure de sa personnalité.⁵⁹

Masatoshi Takeda, Ryota Hashimoto, Takashi Kudo et al. mettent en avant une certaine perte de contrôle de la personnalité : chez certaines personnes, les traits de leur personnalité bien contrôlés dans le passé sont accentués tandis que d'autres patients subissent une "perte de personnalité" c'est-à-dire qu'il n'y a plus d'unicité de la personnalité.⁶⁰

Croisile évoque aussi "le poids de la personnalité" dans les symptômes de la maladie: *"Des troubles prennent de la valeur parce qu'ils diffèrent du caractère habituel : des personnes bavardes deviennent silencieuses et renfermées, d'autres peu prolixes deviennent disertes. Des patients sont plus affectueux, plus dociles, au grand étonnement d'une famille habituée aux aspérités d'un caractère dominateur. Ernestina, 79 ans, que son mari surnommait autrefois le Duce, est "un commandant de gendarmerie qui est devenu un agneau." A l'inverse, d'autres deviennent impatients, brusques, péremptaires, tel ce patient autrefois placide qui veut se coucher à 18h et lance à son épouse abasourdie : "Je fais ce que je veux!"*⁶¹

⁵⁸ CROISILE, Bernard. *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?* pp.132-133

⁵⁹ PLOTON, Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution.* p.60

⁶⁰ TAKEDA Masatochi, HASHIMOTO Ryota, KUDO Takashi et al.. *Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients.* pp. 10-28

⁶¹ Op.cit.p.132

Ainsi y a-t-il ou non survivance de la personnalité chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Deux hypothèses sont envisageables :

- La personnalité profonde du patient subsiste et il faut différencier sa véritable nature des troubles comportementaux passagers qui laissent à penser que sa personnalité s'est modifiée ou est exacerbée.
- La personnalité profonde du patient est altérée par la maladie, les troubles de la communication provoquent un morcellement de la personnalité ouvrant la voie aux troubles psycho-comportementaux.

2. La persistance d'une conscience de soi

Si nous réduisons la conscience de Soi à la conscience de ses troubles, altérée dans la démence, Jamal Aloucy et Michel Roudier⁶² montrent par le biais d'un questionnaire sur la vie en institution, les fonctions cognitives et les troubles psycho-comportementaux destinés aux patients et aux soignants, que les malades peuvent rester conscients de leurs troubles, même à un stade avancé de la maladie.

Ruth Tappen, Christine Williams, Suzanne Fishman et al.⁶³ définissent, elles, la conscience de Soi comme la capacité à se contrôler en fonction des circonstances, à réagir aux changements perçus et à se concevoir comme une entité distincte. Cette étude a pour fondement le questionnaire suivant : peut-on attester de l'existence d'un sentiment de Soi, d'une identité personnelle chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer aux stades modéré et sévère ? La reconnaissance d'une identité personnelle a été mise en évidence, lors d'entretiens verbaux, par l'utilisation libre et cohérente d'autoréférences comme la première personne du singulier et autres marqueurs d'identité comme la réponse au prénom ou la perception des changements cognitifs provoqués par la maladie indiquant qu'ils ont continué à se surveiller et à réagir aux modifications qu'ils ont perçues. Les sujets de conversation ont été centrés sur des activités récentes de l'individu, son environnement immédiat, sa famille, sa santé et ses expériences passées. Les résultats de l'étude montrent de fréquentes références à Soi dans le discours des patients et la prise de conscience de leurs altérations cognitives. Outre la perplexité, les interprétations données à ces modifications

⁶² AL ALOUCY Jamal, ROUDIER Michel. *Conscience de Soi et démence sévère*. pp. 38-42

⁶³ TAPPEN Ruth, WILLIAMS Christine, FISHMAN Suzanne et al.. *Persistence of Self in Advanced Alzheimer's Disease*. pp. 121-125

sont les médicaments ou la folie. Aucun n'a mentionné la maladie d'Alzheimer ou la démence comme cause possible de ces dégradations, ce qui a amené les auteurs à se demander si ceux-ci avaient été informés du diagnostic qui avait été posé. Tappen conclut à l'affirmation d'une conscience de Soi, même chez les patients à un stade avancé. L'endommagement voire la perte de la conscience de Soi du malade serait la conséquence directe du comportement des soignants qui, par leur connaissance du diagnostic et des conséquences de la maladie, désinvestiraient leur relation au patient. C'est pourquoi, selon ces auteurs, les soignants devraient davantage s'attacher à la personnalité de l'individu plutôt que de le réduire à "un être cognitivement défaillant". Notre sentiment d'exister nous est propre mais nous existons aussi par le biais du regard de l'autre.

Pour Benoît Fromage, le concept de Soi est *"la perception que le sujet a de lui-même et peut être décrit comme un ensemble de caractéristiques, de traits personnels, de rôles, de valeurs, etc. que la personne reconnaît comme faisant partie d'elle-même."*⁶⁴ Dans cet article, il explore la conscience de soi au travers de l'étude de cas de Claudie, porteuse d'un syndrome démentiel sévère, soumise à une méthode auto-descriptive consistant à lui demander de se décrire telle qu'elle se perçoit. Ses conclusions sont en faveur de la persistance d'une conscience de Soi, même si elle est lacunaire, Claudie étant capable *"de percevoir des contrastes, de les qualifier affectivement et d'établir les contours d'une organisation historique de son identité autour de pôles saillants."*

Roger Gil, Marie-Noëlle Fargeau et Nemat Jafaari⁶⁵ reprennent cette idée de conscience de soi lacunaire tout en approfondissant le concept. Ainsi, la mémoire n'est pas l'unique condition du Self même si elle en est le socle puisque la parole naît de l'expérience vécue. Ainsi, la maladie d'Alzheimer comporte *"des troubles précoces de la mémoire autobiographique entraînant une fragmentation de la continuité identitaire et un affaiblissement du sentiment d'identité en rapport avec une atteinte élective des souvenirs épisodiques, alors que la plus grande résistance de la mémoire sémantique permet aux sujets de conserver des connaissances générales sur eux-mêmes, même s'ils ne peuvent pas se rappeler de souvenirs vécus. L'étude des diverses facettes de la conscience de Soi a ainsi montré la robustesse des connaissances générales sur l'identité (nom, prénom, métier exercé, prénom de l'époux ou de l'épouse...).* Ces repères, qui constituent l'ultime rempart identitaire, concernent les éléments les plus sémantisés de la mémoire autobiographique puisqu'ils intéressent non pas des événements mais des connaissances du sujet sur ce qui a constitué l'histoire de sa vie.» Toutefois, l'identité humaine se construit aussi autour d'un savoir-

⁶⁴ FROMAGE, Benoît. *La démence dans l'espace de la conscience*. pp. 645–651

⁶⁵ GIL Roger, FARGEAU Marie-Noëlle, JAJAARI Nemat. *Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer*. pp. 416–419

dire, d'un savoir-faire et d'un savoir-appréhender. Or, dans la maladie d'Alzheimer, les troubles du langage atteignent l'identité narrative, les troubles praxiques empêchent le sujet de témoigner de lui-même au travers de son activité gestuelle et les troubles gnosiques vont limiter le sujet dans sa perception du monde qui l'entoure. *"Le déficit de la connaissance de soi interagit avec le déficit de la reconnaissance de l'autre et du monde. Ainsi, au fur et à mesure que la maladie progresse, le "maintien de soi" est mis à rude épreuve, ce qui montre l'écart entre la perception du "Qui suis-je" et les réponses aux questions explorant sommairement quelques connaissances générales sur l'identité."*

Ainsi, le concept de conscience de Soi est complexe car il se compose de plusieurs facettes : certaines facettes sont préservées tandis que d'autres sont altérées par la maladie. Quel que soit le stade de la maladie, il existe chez le sujet Alzheimer, une certaine conscience de Soi, parcellaire certes, mais qui subsiste jusqu'au bout.

3. Le maintien des aptitudes à la communication non verbale

3.1. La communication analogique

La communication analogique concerne le langage non verbal c'est-à-dire le langage infra-verbal, affectif et émotionnel comme la gestuelle, la posture, les attitudes, le regard, les modalités vocales avec la prosodie, le ton de la voix ou les accents. Elle complète la communication digitale, verbale, basée sur le thesaurus des conventions et des codes arbitraires spécifiques à une communauté langagière donnée.

L'intégration de la communication analogique fait intervenir les systèmes sensori-moteurs, les structures sous-corticales et cérébelleuses, et sur ce point, pour une fois, tous les auteurs sont unanimes ou presque pour affirmer que ces structures sont préservées dans la maladie et que le sujet Alzheimer garde donc des compétences non négligeables en la matière.

3.1.1. Le rôle des neurones-miroirs

« L'intervention des « neurones miroirs » est certainement à retenir dans la création et l'interprétation du « lexique » non verbal. Ces neurones, situés dans le cortex pré-moteur ventral et dans la partie rostrale du lobule pariétal inférieur, s'activent quand le sujet réalise une action, mais aussi quand il observe quelqu'un la réaliser. Ces neurones-miroirs pourraient ainsi jouer un

rôle non négligeable dans la vie sociale en permettant de deviner chez l'autre les sentiments, les intentions et d'interpréter les modalités non verbales de la communication. »⁶⁶

Cécile Huguenin reprend cette notion pour expliquer que cette voie fut l'un des moyens utilisé pour communiquer son amour à son époux malade : « *J'appris que nos neurones sont sans arrêt en résonance avec les émotions d'autrui, qu'ils en ont besoin et se nourrissent de l'amour de l'autre. Leur capacité mimétique est sans limite. Voilà, je tenais le fil, l'évidence de ce qu'il me restait à faire. Puisque les émotions s'attrapent comme un virus, je vais le contaminer d'amour et d'attentions pour animer les neurones qui peuvent l'être encore, à défaut de ressusciter les autres. »⁶⁷*

3.1.2. Les expressions faciales

Identifier et comprendre les expressions faciales permet de faire des inférences sur autrui, sur ses intentions et son état émotionnel, de se préparer à l'action. C'est un facteur d'adaptation.

Selon Khosravi, le patient atteint de la maladie d'Alzheimer communique beaucoup avec ses yeux, son sourire, ses sourcils pour se faire comprendre. C'est aussi nos expressions faciales qui lui permettraient de nous comprendre.⁶⁸

Sur ce point, pourtant, certaines études évoquent une détérioration de la faculté de reconnaissance des expressions faciales : les patients seraient très pénalisés dans la reconnaissance de visages neutres⁶⁹, la peur et la tristesse seraient difficilement identifiables mais la reconnaissance du dégoût serait préservée⁷⁰. Le déficit de reconnaissance de la peur apparaîtrait très précocement et pourrait constituer un facteur prédictif de la maladie⁷¹. Ces difficultés pourraient être en partie associées à l'atrophie et aux lésions neuropathologiques affectant les régions limbiques ainsi que le cortex temporal et frontal⁷². La préservation sélective du dégoût pourrait quant à elle

⁶⁶ TOUCHON Jacques, GABELLE Audrey, BRUN Vincent. *Maladie d'Alzheimer et Communication*. p.49

⁶⁷ HUGUENIN, Cécile. *Alzheimer mon amour*. p. 57

⁶⁸ KHOSRAVI, Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. pp. 199-213

⁶⁹ YSSAAD-FESSELIER Rosa, COMBE-KUZDZAL Dominique, HENRY Perrine et al.. *Reconnaissance des émotions faciales et fonctions exécutives chez le patient Alzheimer*

⁷⁰ HENRY Julie, RUFFMAN Ted, MCDONALD Skye et al.. *Recognition of disgust is selectively preserved in Alzheimer's disease*. pp. 1363-1370

⁷¹ SPOLETINI Ilaria, MARRA Camillo, DI IULIO Fulvia et al.. *Facial emotion recognition deficit in amnesic cognitive impairment and Alzheimer Disease*. pp. 389-98

⁷² BUEE Luc, DELACOURTE André. *Tauopathie et maladie d'Alzheimer, un processus dégénératif à part entière*. pp. 261-73

s'expliquer par l'atteinte tardive de structures comme les ganglions de la base. D'autres auteurs semblent plutôt indiquer un lien entre ces difficultés et les troubles cognitifs, notamment dans les tâches de mémoire à long terme⁷³.

3.1.3. Les émotions

Les émotions font intervenir plusieurs structures neuro-anatomiques⁷⁴ :

- **L'amygdale** qui a un rôle majeur dans l'expression de la peur, soit par un circuit court qui passe directement du thalamus à l'amygdale, soit par un circuit long qui interpose le cortex entre le thalamus et l'amygdale,
- **La voie dopaminergique mésocorticolimbique** qui s'étend du tronc cérébral au cortex frontal et à l'accumbens pour les sensations de plaisir,
- **Le cortex préfrontal** dont notamment :
 - Le cortex cingulaire antérieur responsable de la motivation,
 - Le cortex orbito-frontal responsable de la régulation des comportements et des expressions émotionnelles en société,
 - Le cortex préfrontal latéral qui est le siège de plusieurs fonctions cognitives comme l'anticipation, la planification, la capacité d'abstraction, la mémoire de travail...

Ainsi, concernant les émotions, les affects, Ploton évoque la notion « d'intelligence affective » : *« En résumé, il apparaît qu'il y a chez les malades d'Alzheimer une forme de primauté du registre affectif, registre dans lequel ils semblent encore fonctionner du point de vue relationnel. /.../ Il est de ce point de vue possible au malade d'intégrer des informations et d'avoir des réactions logiques, même si la pertinence de celles-ci est sujette à caution du fait de la non-régulation des affects par des compétences cognitives amoindries. A la réflexion, le fait que des capacités d'adaptation affectives puissent perdurer au-delà de la perte des capacités cognitives (intellectuelles) et des compétences psychodynamiques subjectives (le travail associatif) invite à individualiser un registre de fonctionnement psychique « affectif » préexistant à la maladie et*

⁷³ LUZZI Simona, PICCIRILLI Massimo, PROVINCIALI Leandro. *Perception of emotions on happy/sad chimeric faces in Alzheimer disease: relationship with cognitive functions*. pp. 130-135

⁷⁴ LOTSTRA, Françoise. *Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions*. pp. 73-86

*ayant sa propre dynamique. Celui-ci se caractériserait par sa permanence, même aux stades les plus avancés de la maladie. »*⁷⁵ Ce registre prédominant servirait de canevas pour l'ensemble du fonctionnement psychique. C'est pourquoi, pour Ploton, il faut s'interroger sur la validité des approches cliniques basées sur la stimulation, qui font l'impasse sur les motivations et les déterminants affectifs du patient. Le choix de la remotivation mérite d'être privilégié car il mise sur des leviers affectifs en prenant en compte ce qu'on supposera exprimé par les conduites des patients. *« Et mieux vaut à ce propos, risquer de se tromper sur les sentiments exprimés par le malade et sur ses motivations que de ne pas lui en reconnaître. Le regard en tout cas sera réhumanisant par la simple considération qu'il y a chez lui des mécanismes adaptatifs à l'œuvre, du point de vue affectif. Et ce, même si son affectivité n'est pas régulée par des processus complémentaires, subjectifs, cognitifs. C'est là une façon de faire le parti du sens, qui est aussi celui du moindre mal. »*⁷⁶

Dans cette optique, le rôle de l'accordage affectif prend tout son sens. Ce terme introduit par Daniel Stern dans le cadre des relations entre la mère et son nourrisson évoque dès les premiers moments de vie, une relation fondée sur le partage des émotions et des sensations. Or, le patient Alzheimer agit beaucoup par mimétisme avec son entourage, il se met au "diapason émotionnel" de ceux qui l'entourent, ainsi s'il est agressif, c'est qu'il ne trouve pas d'issue à sa situation actuelle. L'accordage cognitivo-affectif vise une meilleure relation entre les deux partenaires de l'échange et une meilleure compréhension de la situation vécue par le malade. Ce n'est pas un "maternage à sens unique" mais un réel échange, au sens où l'entendait Henri Wallon et Lev Vigotsky.

C'est à partir de l'accordage affectif que Rousseau met en avant les intérêts de la méthode de rebouclage sensoriel. Il s'agit de s'appuyer sur la persistance de la mémoire émotionnelle pour apaiser le patient. *« Car, si les empreintes de sensations négatives subsistent, alors les empreintes positives aussi, et ce sont celles qui permettront de ressentir comme bienveillant le soignant ayant acquis de manière professionnelles de regarder, de toucher et de parler. »*⁷⁷

Enfin, le mémoire de Géraldine Duval⁷⁸ témoigne sur un plan pratique de la survivance des émotions chez les patients Alzheimer à la lumière d'un atelier conte et d'un atelier théâtre : *« Tel*

⁷⁵ PLOTON, Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. p.42

⁷⁶ Ibid. p.48

⁷⁷ ROUSSEAU, Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication : Evaluation, prise en charge thérapeutique*. p.105

⁷⁸ DUVAL, Géraldine. *Maladie d'Alzheimer et émotions : De la perception à l'expression des émotions à travers deux ateliers*. pp.196-197

un enquêteur, nous avons alors remonté la trace de leurs émotions : d'un sourire, nous avons vu leur joie ; d'un souvenir, nous avons pu toucher leur colère. »

3.1.4. La prosodie

Dans leur mémoire orthophonique, « Etude de la compréhension de la prosodie dans la maladie d'Alzheimer », Marion Nerva et Enora Ninon concluent à *« l'aide incontestable de la prosodie sur la compréhension des messages, même à un stade avancé de la maladie. En effet, certains messages à fort contenu émotionnel, comme la colère ou la tristesse ou encore les modalités intonatives prégnantes comme les interrogations, peuvent stimuler la compréhension du patient sévèrement atteint. De plus, pour ces patients, il est essentiel d'utiliser au maximum ces informations prosodiques et de les accompagner d'un contexte sémantique et syntaxique clair, en accord avec la prosodie. »*⁷⁹

3.2. La communication implicite

Au-delà de la communication analogique, la communication implicite concerne les échanges dont nous ne pouvons identifier le registre d'émission. Freud en 1900 parle de communication d'inconscient à inconscient. Il s'agit là de s'attacher non pas au sens mais à la fonction de ce qui se produit dans les échanges relationnels. Ploton émet l'hypothèse *«de la nature affective globale de la communication implicite qui renvoie à la notion de pensée matricielle, relevant du registre affectif à même de constituer la trame (ou le socle opérant) de la pensée. A ce stade il y a des mécanismes, non régulés par la cognition et ne donnant pas lieu à des représentations mentales ou à des mises en mots. C'est leur mobilisation qui pourrait expliquer des retours imprévisibles de réactions adaptées, d'expression verbale pertinente ou d'évocation inattendue de souvenirs chez des sujets gravement atteints.»*⁸⁰ Ainsi, la communication implicite relèverait d'une connexion s'opérant entre les individus présents lors d'un échange relationnel et fondée, encore une fois sur le registre affectif.

Les fonctions cognitives résiduelles, les compétences préservées de la communication analogique et implicite constituent une piste tout à fait valable pour expliquer les épisodes de lucidité et les faits d'humour que nous allons à présent développer chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer.

⁷⁹ NERVA Marion, ENORA Ninon. *Etude de la compréhension de la prosodie dans la maladie d'Alzheimer*. p. 95

⁸⁰ PLOTON, Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. p. 59

4. Les épisodes de lucidité et les faits d'humour

Ainsi Benoît Fromage utilise l'expression « épisode de lucidité » chez les patients Alzheimer pour définir les moments au cours desquels ils font preuve d'une conscience beaucoup plus aiguë de leur situation que d'habitude. La composante émotionnelle jouerait alors un rôle important. En effet, une étude suédoise de Hans Normann, Kenneth Asplund, Stefan Karlsson et al. démontrait que sur 92 résidents atteints d'un syndrome démentiel sévère et de troubles de la communication verbale, 57% des patients, bénéficiant par ailleurs de sorties extérieures et de davantage de sollicitations sensorielles, présentaient des épisodes de lucidité avec un meilleur score d'orientation spatio-temporelle et d'expression émotionnelle.⁸¹

Khosravi témoigne aussi d'une compréhension parfois imprévue du malade : *« J'ai tellement de souvenirs surprenants de ces années d'expérience, que je peux insister sur le fait que, malgré les apparences, leur compréhension est très grande. Ils ont même parfois des réactions et des réponses tout à fait normales et intelligentes. /.../ Etant donné que la maladie d'Alzheimer est très changeante et que les malades peuvent devenir mystérieusement lucides, nous ne perdons rien à penser qu'ils comprennent tout, sans, bien sûr, oublier qu'ils sont malades, et sans jamais prendre leurs crises et leurs réactions inattendues pour des caprices volontaires. J'ai souvent été surprise de leurs réactions intelligentes, de leur parfaite présence et participation aux conversations, et même de leurs plaisanteries et blagues.*

- *Un jour, j'ai dit à une de mes malades : « Venez, on va aller faire pipi ! » Se moquant de moi, elle m'a répondu : « Toutes les deux ? » Elle avait à ce moment, 12 ans de diagnostic de la maladie.*
- *Un autre jour, j'ai dit à une malade : « Mettez les pieds sur le lit. » Elle m'a répondu : « Les pieds de qui ? » et a ri avec un air malin. Elle avait 13 ans de diagnostic. »⁸²*

Les épisodes de lucidité sont donc le tremplin des faits d'humour. C'est d'ailleurs ce que Laure Parcé énonce dans le préambule de son mémoire d'orthophonie : *« Les réactions des patients DTA sont parfois inattendues. Ils sont capables de sélectionner des éléments pertinents d'une situation et de les utiliser pour tenir des propos humoristiques. »⁸³* Or, selon Gerardo Alvarez *« /.../ en réagissant par le rire devant un fait langagier donné, ou en cherchant volontairement à produire*

⁸¹ NORMANN Hans, ASPLUND Kenneth, KARLSSON Stefan et al.. *People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population based study.* pp. 1413-1417

⁸² KHOSRAVI, Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer : Guide pratique.* p.85

⁸³ PARCE, Laure. *La compréhension d'histoires humoristiques chez 15 sujets atteints de démence type Alzheimer.* p. 2

un effet comique par un agencement particulier des éléments linguistiques, le sujet parlant/interprétant révèle une connaissance achevée de la structure interne du langage. »⁸⁴

C'est pourquoi Croisile conseille souvent aux familles de s'émerveiller des moments de tendresse et d'humour qui filtrent afin de pouvoir relativiser les moments d'effondrement. *« J'ai souvent de drôles de patients mais mes patients sont parfois très drôles. »* déclare-t-il dans son dernier livre avant de nous livrer les perles de son journal de bord dont nous ne résisterons pas à vous en rapporter quelques-unes :

- *« Giovanna, ancienne anesthésiste, me disait : « Pour une anesthésiste, c'est un comble, j'ai des insomnies ! » Une autre, lorsque son époux lui a annoncé : « Tu feras de vieux os, ma femme ! », lui a répondu du tac au tac : « Je suis désolée pour toi ! » C'est la même qui quelques années plus tard, me disait avec tristesse : « J'ai été gâtée par mon mari, et maintenant je suis devenue gâteuse. » »*
- *« Après trente minute de consultation, je désespérais de parvenir à faire parler Olympia, 82 ans, à un stade modéré de la maladie, je lui dis en partant : « Vous avez deux ambulanciers qui adorent s'occuper des vieilles dames », ce qui m'attira, j'aurais dû y penser, un cinglant : « Je ne suis pas vieille ! » »*
- *« Lorsqu'on annonça à Sophie que son auxiliaire de vie était martiniquaise, elle s'exclama : « Une Noire, oh, oh, ça va me donner des idées encore plus noires ! », puis, comme pour s'excuser de sa remarque : « L'humour, ça vous aide à vivre. » »*
- *« Boris, 84 ans, au sujet de son épouse : « Si vous lui faites confiance, on est perdus ! » Et lorsque je lui ai proposé d'aller en accueil de jour, il m'a répondu : « Il y a trop de femmes, j'en ai déjà une, ça me suffit ! » »*
- *« Comme son époux regrettait qu'elle ne pensât pas à prendre des notes, Laura, 78 ans, lui répondit du tac au tac : « Tu veux que je note quoi ? Que j'ai fait la vaisselle ? » »*
- *« Beaucoup de personnes croient que mon nom est « Croisille » au lieu de « Croisile ». Comme je le faisais remarquer à Gilda, 77 ans, ayant une forme modérée de la maladie, elle répliqua : « Mais on va plus vite avec deux L ! » Je lui ai répondu que je n'étais pas aviateur. »*

⁸⁴ ALVAREZ, Gerardo. *Les mécanismes linguistiques de l'humour*. pp. 24-27

- « *Alors que je ne savais plus le nom d'un médicament, Rose-Marie, 82 ans, me déclara doucement : « Ca flanche un peu chez tout le monde, hein ? »* »⁸⁵

Il précise que beaucoup de ces patients étaient au stade modéré à modérément sévère de la maladie, et qu'ils étaient tout à fait conscients de l'humour qu'ils produisaient. Il envisage alors trois hypothèses à ces faits d'humour :

- Les patients s'autoriseraient à être moins sérieux que lorsqu'ils étaient plus jeunes.
- La maladie progressant, l'hémisphère gauche cesserait d'inhiber les capacités humoristiques de l'hémisphère droit.
- L'humour serait une aptitude cognitive plus résistante aux effets de la maladie et témoignerait d'une meilleure résilience face à elle.

C'est dans cette association humour-résilience qu'Antoine Lejeune et Claire Maury-Rouan expliquent : « *Contrairement à un discours de plainte, l'humour marque la prise de recul à l'égard des moments douloureux et crée une image de courage ; mais l'humour constitue aussi une prise en compte de l'interlocuteur en le protégeant de la dramatisation ; il ménage ainsi sa subjectivité tout en établissant avec lui un climat de complicité.* »⁸⁶

Ainsi, et cela est le fondement même de notre mémoire, il est possible de raconter cette maladie sous un autre angle : un angle plus positif, moins catastrophique car s'il n'existe pas encore de médicament miracle pour l'éradiquer, nous pouvons toutefois améliorer certains troubles en changeant simplement le regard que nous posons sur ces patients. « *Même dément, une personne est une personne. Le regard que « je » lui porte lui confère une identité. Il y a perte de communication lorsqu'il y a perte de reconnaissance de l'homme chez le dément qui nous propose de découvrir et d'expérimenter d'autres vecteurs de communication, même déconcertants. Se questionner sur les limites jusqu'où l'on peut communiquer, c'est se questionner sur les limites de notre humanité. Croire en la mort comme seule et totale rupture de lien social (environnemental, affectif), c'est croire en la vie humaine et son expression en multiples métamorphoses.* »⁸⁷ Nous proposons l'humour comme un vecteur différent de communication, comme l'une des « métamorphoses » de l'expression de la vie humaine chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

⁸⁵ CROISILE, Bernard. *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?* pp. 163-169

⁸⁶ LEJEUNE Antoine, MAURY-ROUAN Claire. *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer.* p.72

⁸⁷ LE NOUVEL, Bernadette. *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : Ethique, soin et société.* p.231

CHAPITRE II

L'HUMOUR

I. Une ébauche du concept

1. Etymologie : des humeurs à l'humour

Le terme « humour » est issu du grec ancien puis du latin « umor » qui signifie liquide. Il a été repris par la langue anglaise « humour » ou « humor » que l'on traduit en français par « humeurs », fluides contenus dans l'organisme.

Ben Jonson, poète et dramaturge anglais de la Renaissance, fut le premier à emprunter ce terme au vocabulaire médical pour lui donner le sens de « traits de caractère », définissant ainsi les personnages de ses pièces de théâtre : le Fanfaron, l'Avare, le Jaloux, le Menteur... « *Ainsi, dans tout corps humain la bile, l'atrabile, le phlegme et le sang, coulant tous continuellement dans un certain sens et ne pouvant être contenus, reçoivent le nom d'humeurs. Cela étant, ce nom peut par métaphore s'appliquer à la disposition générale du caractère : par exemple lorsqu'une qualité particulièrement possède un homme à tel point qu'elle force ses sentiments, ses esprits, ses talents, leurs flux mélangés, à s'écouler tous dans le même sens, alors, oui, on peut dire qu'il y a là un humour.* »⁸⁸ (tiré de *Every Man Out His Humour*, 1600).

Il apporte des nuances à la caractérologie médicale du sanguin, du bilieux, du flegmatique, du mélancolique, dont notamment la nuance comique : le personnage devient comique lorsqu'il est doté d'une double nature, d'une excentricité qui fait rire. Le rire naît quand l'anomalie caractérielle se détache sur fond de normalité ou sur fond d'une anomalie contradictoire : « *La seconde nature de l'excentrique donne la mesure de son excentricité et permet à cette dernière d'acquérir par décalage un caractère risible.* »⁸⁹

2. L'absence d'une définition unique

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) rapporte la définition de la neuvième édition du dictionnaire de l'Académie Française : l'humour est une « *forme originale d'esprit, à la fois plaisante et sérieuse, qui s'attache à souligner, avec détachement mais sans amertume, les aspects ridicules, absurdes ou insolites de la réalité.* »⁹⁰

⁸⁸ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. p.15

⁸⁹ Ibid. p.22

⁹⁰ Site internet du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. *Humour*

2.1. Un consensus autour des difficultés de définition

Il n'y a pas de définition unique de l'humour. Chacun a sa propre définition de l'humour parce que tous s'accordent à dire que c'est un concept très difficile à délimiter.

Paul Valéry énonce dans la revue *Aventure* de novembre 1921: « *Le mot humour est intraduisible. S'il ne l'était pas, les Français ne l'emploieraient pas. Mais ils l'emploient précisément à cause de l'indéterminé qu'ils y mettent, et qui en fait un mot très convenable à la dispute des mots et des couleurs. Chaque proposition qui le contient en modifie le sens : tellement que ce sens lui-même n'est rigoureusement que l'ensemble statistique de toutes les phrases qui le contiennent, et qui viendront à la contenir.* »

Ainsi, si Paul Valéry voit en « l'indéterminé » de la définition, la possibilité de s'approcher au plus juste du concept, Charles-Edouard Rengade le déplore : « (la) *définition demeure trop large et floue, vaste melting-pot dans lequel tout s'amalgame, selon son objet (humour noir, grivois, scatologique), son type (sarcasme, jeux de mots, ironie) ou ses effets (rire, plaisir intellectuel, mépris)* »⁹¹ sans toutefois se risquer à proposer une définition de l'humour.

Selon Gérard Cahen, ce serait le caractère trouble de l'humour, son humeur ambivalente, qui expliquerait ses difficultés de caractérisation: « *De quoi est-il fait ? D'un rien, d'un « presque-rien », dirait Jankélévitch, d'un clin d'œil ; d'un silence complice. Ici d'une polissonnerie ; là, d'une réplique cinglante, d'un ton de voix charmeur... Et selon les cas, il vous glace ou il vous ravit, il vous comble ou il vous transperce. C'est qu'il est tout miel et tout fiel, les deux, il rit et il pleure, il console et il rend les coups. A la vérité, c'est très compliqué l'humour. Tous les spécialistes vous le diront, il a ses humeurs...* »⁹²

Gil Greengross résume alors la situation en ces termes : « *L'humour est l'un de ses sujets pour lesquels chacun semble en avoir une compréhension intuitive, mais lorsque l'on cherche à le définir, personne n'arrive se mettre d'accord.* »⁹³

2.2. Une pluralité de définitions mais quelques points communs

Si nous ne pouvons pas livrer ici une définition unique et universelle de l'humour, au moins pouvons-nous essayer de mettre en évidence certains points saillants de cette notion.

⁹¹ RENGADE, Charles-Edouard. *L'humour en thérapie cognitive et comportementale*. pp. 1-4

⁹² CAHEN, Gérard. *L'humour, Un état d'esprit*. pp.16-17

⁹³ GREENGROSS, Gill. *Survival of the funniest*. pp. 90-95

2.2.1. La naissance d'une incongruité

Tout d'abord, selon la théorie de Jerry Suls, l'humour est issu d'une incongruité qui crée la surprise chez le destinataire du fait d'humour. Le psychologue Jean Château définit l'incongruité en ces termes : « *Tout se passe comme si nous nous trouvions en face de deux mondes différents, qui ne peuvent s'accorder l'un à l'autre : un monde sérieux, le monde ordinaire de notre travail, de notre vie de chaque jour et un monde non sérieux, parcellaire, en contradiction avec le premier.* »⁹⁴

D'autres termes similaires à celui de l'incongruité sont retrouvés : ainsi, par exemple, Koestler, dans son livre *The Act of Creation*, traduit l'incongruité par le phénomène de « pensée bisociative » c'est-à-dire la perception d'une situation comme deux ensembles autonomes et cohérents mais dont les cadres de référence sont totalement incompatibles. C'est ce que Victor Morin appelle « disjonction », soit référentielle (le comique de situation pur), soit sémantique (la polysémie d'un signe).

Toutefois, l'existence d'une incongruité seule n'est pas suffisante pour faire naître l'humour. Celle-ci doit se réaliser sous certaines conditions et notamment, selon Françoise Barriaud, se dérouler sous un climat propice à l'effet comique et faire sens pour son destinataire : « *L'humour en son état de conduite achevée, suppose, dans un contexte favorable (un contexte pour rire et une humeur propice), la conscience d'une « incongruité », c'est-à-dire d'une discordance par rapport aux normes du réel – qu'on la perçoive ou qu'on la crée : des éléments appartenant à un certain secteur de réalité entrent brusquement en coïncidence avec des éléments venus d'un autre secteur. Effet de surprise. Mais cette coïncidence « fait sens », elle n'est pas le fruit d'un hasard, elle signifie quelque chose.* »⁹⁵

2.2.2. La confrontation de deux interprétations

Selon Vinod Goel et Raymond Dolan⁹⁶, l'humour est la juxtaposition de deux interprétations : une première interprétation logique et cohérente, avant la chute de l'histoire humoristique, et une seconde interprétation, inattendue, car issue de l'incongruité introduite par la chute. Si cette juxtaposition est réussie, alors l'humour produit ses effets. La surprise vient souvent du fait que la

⁹⁴ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. p.84

⁹⁵ CAHEN, Gérard. *L'humour, Un état d'esprit*. p.42

⁹⁶ GOEL Vinod, DOLAN Ray. *Social regulation of affective experience of humor*. pp.1574-1580

seconde interprétation est physiquement impossible ou socialement interdite. En effet, l'humour adulte naît plus fréquemment de la transgression d'une règle sociale et concerne des thèmes relativement tabous comme le sexe, la religion, la politique, l'ethnie... Si ces normes sont excessivement bafouées, il y a un risque d'échec de l'humour. En revanche, dans l'humour enfantin, la seconde interprétation est souvent de l'ordre du physiquement impossible : dans le dessin animé « Bip-Bip et Coyote » par exemple, le coyote tombe régulièrement d'une falaise, reçoit un piano et une enclume sur la tête mais s'en sort toujours ! Il voit quelques étoiles, une bosse pousse et il repart immédiatement à la poursuite de Bip-Bip. Pour apprécier l'humour, l'enfant doit suspendre ses croyances sur ce qui est physiquement possible et impossible.

A ce propos, Béatrice Priego-Valverde⁹⁷ explique qu'il s'agit de mettre à distance volontairement et momentanément les normes de la réalité sérieuse pour que l'incongruité devienne comique et que l'individu accepte d'entrer dans un monde ludique. Cette acceptation dépendrait souvent de la connivence des deux interlocuteurs et permettrait d'identifier si l'humour est bienveillant ou pas.

La théorie du renversement de Michael Apter⁹⁸, issue de son livre *The experience of motivation: The theory of psychological reversals*, permet de préciser les mécanismes de l'interprétation et de la réinterprétation. Dans un premier temps, l'individu tente d'interpréter les informations qu'il reçoit afin de caractériser précisément les référents des faits humoristiques. Cette caractérisation permet d'opérer des inférences valides sur les attributs non mentionnés mais sous-entendus des référents (si A est avocat alors on va supposer, en l'absence de toute autre information, qu'il dispose de tous les attributs inhérents à cette profession) et de prévoir les événements qui sont susceptibles de se produire dans la suite de l'histoire. Les intentions apparentes du communicant sont également prises en compte. Dans un second temps, à la lumière des nouvelles informations qu'on lui communique et qui faussent son jugement initial, l'individu se trouve dans l'obligation de réinterpréter l'ensemble de l'histoire afin de la comprendre et d'en saisir le caractère comique. Pour cela, il va essayer de comprendre pourquoi les règles normatives régissant l'échange d'informations ont été violées et de déduire les intentions réelles du communicant. La résolution de l'incongruité n'est possible que si les deux interprétations coexistent dans la mémoire, la seconde ne supprimant pas la première mais se confrontant à elle.

⁹⁷ PRIEGO-VALVERDE, Béatrice. « *C'est du lard ou du cochon ?* »: *Lorsque l'humour opacifie la conversation familiale*. pp. 195-208

2.2.3. Une expérience cognitive et affective

L'humour dépend d'une double expérience : cognitive, qui permet l'accès à la compréhension du fait humoristique et affective, déterminante dans l'appréciation de celui-ci.

En effet, nous avons bien compris que la détection de l'incongruité ; l'élaboration d'une première interprétation et sa révision, est l'œuvre de processus cognitifs. Parallèlement à ceux-ci, Goel et Dolan ont mis en évidence que les normes sociales servent de régulateur à l'expérience affective de l'humour ; l'importance de la transgression à la règle définissant souvent le degré humoristique.

Barriaud énonce clairement ce double phénomène : « *L'humour est une expérience cognitive en ce sens qu'il nécessite évidemment des connaissances (engrangées en forme de représentations ou d'énoncés), des concepts, des aptitudes de pensée... L'enfant commence par réagir à ce qui contredit les catégories qu'il constitue dans sa découverte du monde ; et par créer ce type de discordances. D'où lui vient qu'elles sont drôles ? Peut-être qu'elles le sont intrinsèquement. Mais l'entourage aussi joue un rôle : en riant, il les marque de cette qualité. /.../ L'humour est aussi, et surtout, une expérience affective. Bon nombre des représentations qui sont intégrées au cours du développement ne sont pas neutres, mais chargées de valeurs, associées à des émotions plaisantes ou déplaisantes. Pour rire des distorsions qui leur sont infligées, ou les inventer soi-même, il faut pouvoir ne pas se laisser submerger par l'émotion.* »⁹⁹

Ces deux expériences doivent donc être réussies pour que l'humour triomphe.

2.2.4. Un rôle subversif

Il nous a souvent été donné à lire que l'humour avait un rôle anticonformiste, subversif, transgressif, protestataire, contestataire...

Ainsi, pour Robert Escarpit, les sociétés établissent des « systèmes d'évidence » (intellectuelles, affectives, morales, pratiques) qui définissent et qui cimentent la cohésion du corps social. Ce dernier en constitue une doctrine engendrant chez l'individu des réflexes conditionnés sous peine de sanctions. « *C'est l'humoriste qui brise l'étreinte des évidences, car il est, par vocation, non conformiste. C'est pour cela qu'il est né de l'excentrique, mais, naturel ou délibéré, feint ou réel,*

⁹⁹ CAHEN, Gérard. *L'humour, Un état d'esprit*. pp.46-47

essentiel ou accessoire, apparent ou dissimulé, son non-conformisme se traduit toujours par la suspension d'une ou plusieurs évidences dans un comportement par ailleurs normal, c'est-à-dire conforme aux règles du groupe. La modification d'éclairage qui en résulte entraîne une transposition de la réalité, comme par exemple la transposition chère au fabuliste des hommes en animaux. Cette transposition n'est perceptible que pour le groupe social dont elle viole les conventions _ c'est pourquoi les humours sont nationaux /.../. »¹⁰⁰

Pour René Louis, l'humour est une manifestation de liberté : *« On sait que la parole est inévitablement le lieu de la ruse, du malentendu et du sous-entendu. Qu'on le veuille ou non, c'est sur cette réalité que se fonde l'exercice de tous les pouvoirs. Or, est humoristique ce qui, précisément, rejette tout pouvoir et qui se sert du double sens afin de confondre cette mainmise sur nous de ce qui nous oppresse. Etant impouvoir consenti, l'humour reprend à son compte cette ruse et ce sous-entendu pour nous offrir l'espace de liberté dont, même en démocratie, nous avons tant besoin. »¹⁰¹*

Pour Jean-Pierre Marchand, l'humour est une critique du pouvoir, il correspond au désir des hommes de ne pas être aliénés par les sociétés bureaucratiques qui sont *« l'incompétence instituée du pouvoir /.../. Car il s'agit bien, comme je le suggère, de se protéger par l'humour contre ce qui, dans ce qui se répète, m'abêtit, alors ce qui m'abêtit se présente comme la (ou les) limite(s) que l'humour me permet de reconnaître, voire de transgresser. »¹⁰²*

Pour Philippe Meyer, l'humour est résistance *« avec un grand R dans certains cas /.../, un petit r plus prosaïquement dans notre vie quotidienne... Une manière d'affirmer en somme, envers et contre tout : les événements m'affectent, mais ils n'auront pas raison de moi. »¹⁰³*

Pour Judith Stora-Sandor, les fonctions de l'humour sont plaisir et révolte. C'est avant tout l'affirmation du triomphe du moi et du principe de plaisir selon la théorie freudienne, mais aussi dans certaines circonstances un moyen de révolte contre un état de société. Ce sont les exemples de l'humour minoritaire juif, franco-maghrébin, féministe... qui, en se posant en victimes, visent la société responsable de cette victimisation.

Enfin, pour Lubomir Martinek, *« L'humour, en tant que réponse au désespoir, ne doit se laisser abuser par rien. Toujours subversif, il n'est jamais récupérable par un pouvoir, quel qu'il soit. Ce*

¹⁰⁰ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. p. 94

¹⁰¹ CAHEN, Gérald. *L'humour, Un état d'esprit*. p.79

¹⁰² Ibid. p. 85

¹⁰³ Ibid. p. 161

*n'est pas un passe-temps, pas une distraction, mais la façon de vivre de ceux qui n'espèrent plus rien sans pour autant renoncer à l'essentiel. Et aussi un moyen d'oublier tout, y compris soi-même, pour attaquer sans ménagement ce qui, sous des prétextes divers, vous protège pour mieux vous étouffer. Car tourner en dérision exige un peu plus que de la bonne humeur. En allant jusqu'au fond, il est de plus en plus clair que l'humour se passe de tout. Y compris du rire. Il n'y a qu'une chose dont il ne peut se passer : la lucidité. Car tout savoir, même le plus douloureux et désagréable, est libérateur. »*¹⁰⁴

2.2.5. Une forme de communication généralement positive

L'humour est avant tout une forme de communication. Patricia Boverie, Jeffrey Hoffman, Diane Klein et al.¹⁰⁵ reprennent la définition, certes très réductrice de Richard Weaver et Howard Cotrell en 1987 énonçant que l'humour est une forme de communication qui mène au rire, au sourire ou à un sentiment d'amusement, pour conclure que ne pas utiliser l'humour revient à ne pas communiquer pleinement ! L'humour est donc un pan de la communication menant à une réaction joyeuse de la part de son destinataire.

Kaye Ann Herth affine cette notion dans son article « *Humor and the Older Adult* »¹⁰⁶ : l'humour est une forme de communication verbale ou non verbale. Il peut donc être langagier via la voix ou l'écriture, para-langagier via les moyens corporels (gestuelle, posture, expressions faciales...), le cadre situationnel (le décor, le dessin, la photo...)... mais bien souvent il est les deux, c'est-à-dire mêlant des éléments verbaux et non verbaux. Elle poursuit en écrivant que l'humour invite à une gamme de réponses significativement positives (le rire, le sourire, l'étincelle dans les yeux ou un sentiment général de bien-être), propres à chacun et souvent contagieuses.

Robert Wyer et James Collins¹⁰⁷ nuancent toutefois ces propos : l'humour se compose d'un stimulus intentionnel ou non intentionnel, verbal, non verbal ou contextuel et d'une réaction subjective qui est souvent le rire ou le sourire. Toutefois, ces réactions ne sont pas nécessairement les indices que l'humour a été expérimenté par son destinataire ! Le rire et le sourire peuvent être des témoins de l'embarras, de la libération de tensions produites par la colère, de la flatterie, de la politesse ou de la conformité de son opinion à celle du groupe.

¹⁰⁴ CAHEN, Gérald. *L'humour, Un état d'esprit*. pp. 190-191

¹⁰⁵ BOVERIE Patricia, HOFFMAN Jeffrey, KLEIN Diane et al.. *Humor in human resource development*. pp. 75-91

¹⁰⁶ HERTH, Kaye Ann. *Humor and the Older Adult*. pp.146-153

¹⁰⁷ WYER Robert, COLLINS James. *A theory of humor elicitation*. pp. 663-688

3. Les réactions généralement apparentées à l'humour : le rire et le sourire

3.1. Définitions

Selon Eric Smadja¹⁰⁸ le rire est un « programme moteur central génétiquement déterminé » donc instinctif. C'est un pattern moteur de base, universel, faisant l'objet de variations individuelles stables (le style de chaque rieur), fluctuantes (en fonction des situations stimulatrices, de l'état psychoaffectif et du contexte social) et de variations culturelles. Il se compose d'une mimique faciale, de vocalisations sur le temps expiratoire de la respiration, de différentes postures et d'une gestualité corporelle variant selon les paramètres individuels, contextuels et socioculturels. Le rire est soumis à un double déterminisme provenant de facteurs internes (les éléments neurologiques, cognitifs et psychoaffectifs) et externes (les stimuli déclencheurs du rire). Il est à l'origine, pour René Spitz¹⁰⁹, une réponse à une excitation psychique plutôt positive issue de stimuli externes existant dans le dialogue ludique entre la mère et l'enfant et se déchargeant par cette voie motrice facio-respiratoire. Cela engendre une diminution de la tension et une détente psychique et corporelle dans un vécu de quiétude et de plaisir. De plus, le rire concerne la cavité orale, siège de la perception et de la fonction d'incorporation, essentielles pour la survie de l'espèce.

Quant au sourire, il est littéralement, une atténuation du rire. Selon le CNRTL, c'est une *« expression discrètement rieuse du visage qui se traduit par un léger mouvement des lèvres (relèvement des commissures) et des yeux, laissant apparaître des sentiments divers, notamment de joie, de satisfaction, de sympathie »*¹¹⁰.

3.2. Elles sont très souvent congruentes à l'humour

Le rire et le sourire sont très souvent des réactions à l'humour. C'est pourquoi on les trouve très souvent dans la définition de ce concept. D'ailleurs, la plupart des articles auxquels nous avons ou ferons référence font l'amalgame entre l'humour et le rire, ces deux termes étant très fréquemment employés l'un pour l'autre.

Ainsi, Joseph Addison dans le numéro 35 du Spectator au début du XVIII^e siècle écrit : *« La Vérité fut fondatrice de la famille et engendra le Bon Sens. Le Bon Sens engendra l'Esprit, qui épousa une dame d'une branche collatérale, nommée Gaîté, dont il eut un fils : l'Humour. L'Humour est*

¹⁰⁸ SMADJA, Eric. *Le Rire*. pp. 39-55

¹⁰⁹ SPITZ, René. *De la naissance à la parole*.

¹¹⁰ Site internet du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. *Sourire*

donc le plus jeune de cette illustre famille, et, descendant de parents aux dispositions si différentes, il est de tempérament ondoyant et divers. /.../ Mais il tient beaucoup de sa mère, et quel que soit son état d'âme, il ne manque jamais de faire rire la compagnie. » Pour Addison, l'humour est rieur : faire rire est une de ses caractéristiques.

A la même époque, Emmanuel Kant explique dans *Critique de la faculté de juger* que la plaisanterie et le jeu des représentations de l'esprit déclenchent une « dynamogénie corporelle » (ou intensification du sentiment de santé) aboutissants à un plaisir psychique et corporel. La plaisanterie agit sur le corps grâce à « *l'existence d'une harmonie et d'une synergie entre l'esprit et le corps. Le jeu corporel mimerait le jeu de l'esprit.* » Le jeu des idées ou plaisanterie naît « *d'un changement brusque des représentations de l'esprit par la perception de quelque chose d'absurde et de soudainement inattendu. L'esprit attendait quelque chose de bien particulier avec la tension psychique que cela comporte et on lui présente subitement autre chose, une incongruité, une absurdité décevant son attente. La détente brutale succède alors à la tension. Ce mouvement se répercute alors sur le corps.* »¹¹¹ Pour Kant, donc, le rire est lié à la détente brutale du corps suite à la tension intense que provoque l'incongruité humoristique. Il y a pour le philosophe un lien très fort entre l'humour et le rire puisque l'un est la composante psychique tandis que l'autre est la composante physique d'une même entité. Si l'on poursuit cette théorie, on peut avancer l'idée que le sourire serait la détente corporelle d'une tension psychique moindre, c'est-à-dire créée par une absurdité ou une incongruité qui déçoit les attentes du sujet, certes, mais à un degré moins élevé puisque la surprise n'est pas totale. Jean Guillaumin¹¹² s'inscrit d'ailleurs dans la même lignée : pour lui le rire est l'étayage corporel du comique, il procure le plaisir de la décharge associée à une sensation de détente générale, au plaisir de l'emploi de cette voie motrice facio-vocale et au plaisir de contrôle de l'objet comique expulsé par saccades.

Enfin, Escarpit, propose une typologie du rire induit par l'humour: il y a le rire de la sécurité par domination et le rire de la sécurité par alliance. Le rire de la sécurité par domination s'explique par l'excentricité de l'humoriste : « */.../ un personnage excentrique ne devient comique que si son « anomalie caractérielle se détache sur un fond de normalité », s'il se trouve en « porte-à-faux par rapport à lui-même ou à son rôle. C'est ainsi que le public, prenant la mesure de l'excentricité, se sent différent du personnage, et donc supérieur à lui, et donc non menacé par ce qui lui arrive.* »¹¹³ En revanche, le rire de la sécurité par alliance est le rire de la complicité, il suppose sacrifice et enrichissement, il corrige l'ironie destructrice par un clin d'œil complice, il

¹¹¹ SMADJA, Eric. *Le Rire*. p.22

¹¹² GUILLAUMIN, Jean. *Freud, entre les deux topiques, le comique après l'humour*.

¹¹³ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. p.113

crée la solidarité en se racontant soi-même ou en racontant le personnage « *de telle sorte que soient surtout mis en lumière ces traits de caractère ou ces pensées secrètes que les conventions empêchent d'avouer, mais à l'affût desquels on est toujours chez les autres, avec l'espoir de les justifier en les partageant.* »¹¹⁴

3.3. Mais pas toujours...

Le rire et le sourire ne sont pas toujours des réactions suscitées par l'humour.

Il existe ce que l'on appelle le rire pathologique^{115 116}. Celui-ci est caractérisé par une intensité et une durée immodérées, disproportionnées par rapport au stimulus déclencheur et son incoercibilité. Il est inapproprié car en désaccord avec le contexte, immotivé car dissocié d'un stimulus déclencheur et dépourvu de tonalité affective, ce qui le réduit à une simple mimique. Parmi les rires pathologiques, il y a les rires neurologiques, psychiatriques et toxiques. Les rires neurologiques peuvent être liés à la désinhibition de lésions frontales et à certaines crises épileptiques exceptionnelles (ou crises gélastiques). Les rires psychiatriques (ou rires immotivés) se retrouvent particulièrement dans la schizophrénie et éventuellement dans la déficience mentale congénitale. Enfin, les rires toxiques sont liés à la prise de drogues.

Le rire ou le sourire peut être un signe de politesse. C'est ce que démontrent Wyer et Collins¹¹⁷ en reprenant l'expérience de Göran Nerhardt en 1976¹¹⁸ qui consistait en une tâche de comparaison de poids visuellement identiques avec des variations très faibles de poids sauf pour l'un des éléments qui était soit beaucoup plus lourd, soit beaucoup plus léger. La simple détection de cet important différentiel de poids provoquait le rire chez le sujet testé. Selon Nerhardt, cela supposait que l'effet comique pouvait se déclencher indépendamment de la résolution de l'incongruité. Pour Wyer et Collins qui réinterprètent ces résultats, les participants ont procédé à une distanciation par rapport à la situation expérimentale de jugement de poids, déduisant que l'objectif initial de comparaison n'était qu'un leurre et que c'était l'effet de surprise en réalité qui était recherché par les organisateurs du test : s'ils rient, c'est parce qu'ils décident, par convention sociale, de s'amuser du « tour » qu'on leur a joué.

¹¹⁴ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. p.116

¹¹⁵ BLACK, Donald. *Pathologic laughter, a review of the literature*. pp. 67-71

¹¹⁶ ASKENASY, Jean-Jacques. *The functions and dysfunctions of laughter*. pp. 317-334

¹¹⁷ WYER Robert, COLLINS James. *A theory of humor elicitation*. pp. 663-688

¹¹⁸ CHAPMAN Anthony, FOOT Hugh. *It's a funny thing, humour*. pp. 47-51

Ils peuvent aussi être la marque du mépris. Les philosophes grecs, latins puis Descartes, Hobbes et Bain s'inscrivent dans la théorie du sentiment de supériorité et de dégradation de l'objet risible : la dégradation risible est en réalité une délivrance de contrainte à l'égard de la personne ou de la chose respectable. Cette pensée est à rapprocher de la théorie sociale de Bergson pour qui le rire est la sanction sociale symbolique de celui dont le comportement est hors normes. Ainsi, sont risibles « *toutes manifestations de raideurs, automatismes et inadaptations observables chez un sujet et menaçant la vie sociale sans compromettre la survie. Le rire, sanction sociale symbolique aurait pour fonction de les réprimer puis de prévenir leurs réapparitions. Il participe au système de contrôle social de toute société /.../* »¹¹⁹

Le rire ou le sourire peut également marquer l'embarras, l'appartenance à un groupe ... Takeda, Hashimoto, Kudo et al.¹²⁰ listent les types de rire ou de sourire selon trois catégories :

- Les rires/sourires causés par un relâchement des tensions accumulées par le stress,
- Les rires-sourires causés ou accompagnés d'un sentiment agréable (la satisfaction des besoins instinctifs, le respect de nos attentes, un sentiment de supériorité, la constatation d'une confusion, d'une erreur de compréhension liée à un désaccord soudain mais inoffensif),
- Les rires-sourires outils de communication dans les interactions sociales (la coopération comme la salutation par exemple, la défense pour masquer ses sentiments réels, l'agressivité et la dévaluation de quelqu'un ou de quelque chose).

Ainsi, comme nous venons de l'observer, le rire et le sourire ne peuvent être automatiquement associés à l'humour. Toutefois, nous avons choisi, dans le cadre de ce mémoire de ne les considérer que comme des manifestations de l'humour, notamment dans notre protocole expérimentale présenté ultérieurement.

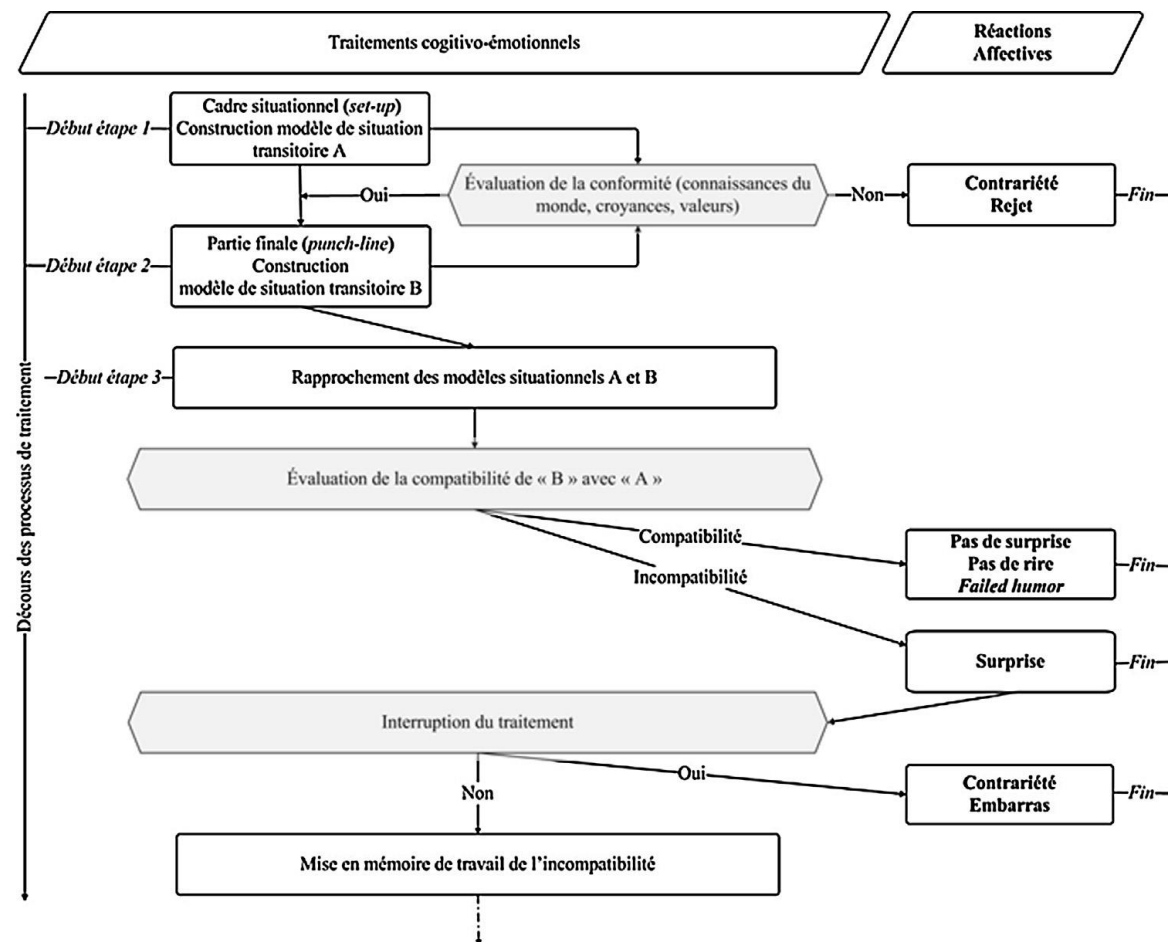
¹¹⁹ SMADJA, Eric. *Le Rire*. pp.26-27

¹²⁰ TAKEDA Masatoshi, HASHIMOTO Ryota, KUDO Takashi et al.. *Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients*. pp. 1-7

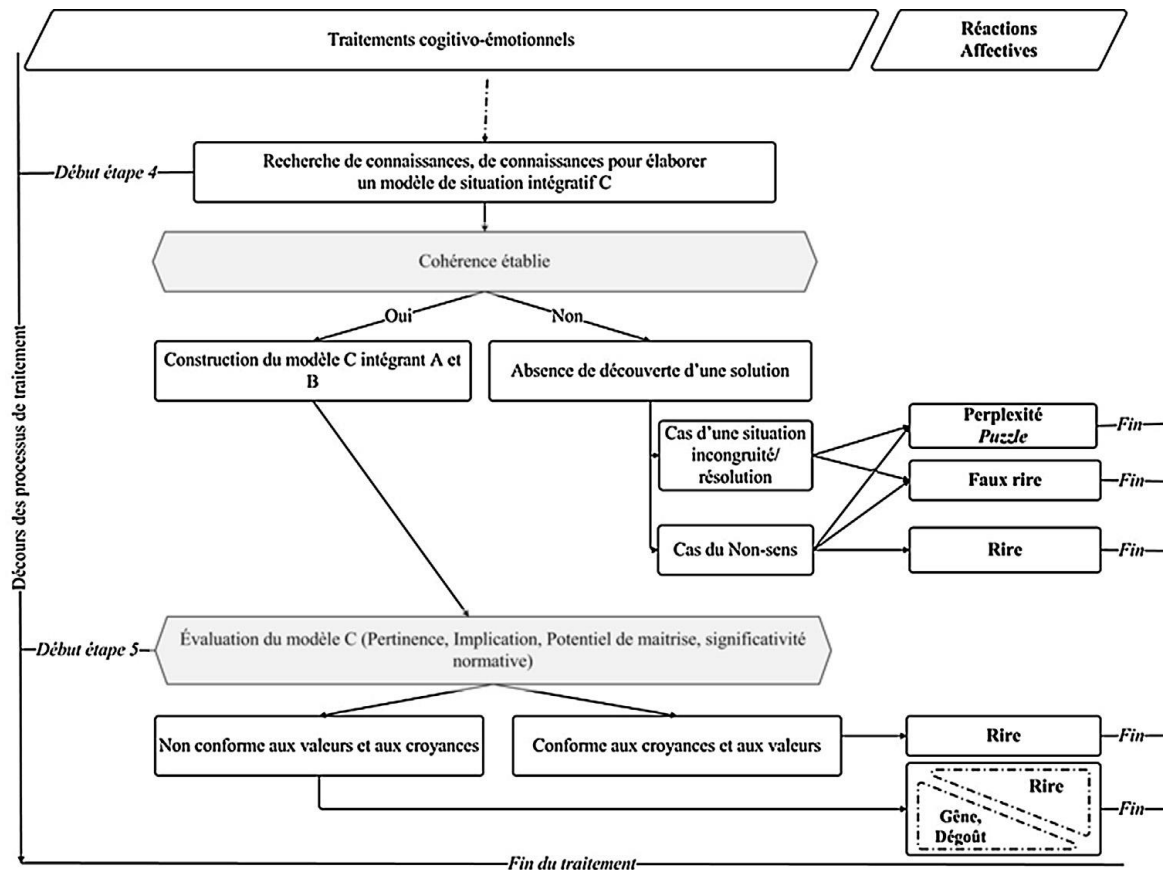
II. Les mécanismes de l'humour

1. Compréhension et appréciation de l'humour : une approche cognitivo émotionnelle¹²¹

Comme il n'y a pas de consensus sur ce qu'est exactement l'humour, nous avons choisi un modèle cognitivo-émotionnel de l'humour, celui de Marlène Aillot et Annie Piolat. Il complète le modèle très simple de Suls en deux étapes : la détection d'une incongruité puis sa résolution permet d'accéder au rire. Chez Aillot et Piolat chaque étape détaille les processus cognitifs et affectifs à l'œuvre pour que l'humour soit compris et apprécié de son ou ses destinataire(s). Si l'un de ces mécanismes est défaillant, alors l'humour échoue. Nous allons vous présenter le schéma de cette approche puis revenir successivement sur ces cinq étapes.



¹²¹ AILLOT Marlène, PIOLAT Annie. *Compréhension et appréciation de l'humour : Approche cognitivo-émotionnelle*. pp. 255-275



1.1. Etape 1 : construction d'un modèle transitoire A

L'instauration du cadre situationnel d'une blague engendre pour le destinataire la construction d'un modèle situationnel provisoire sur la base de ses caractéristiques personnelles propres (son genre et ses traits de personnalité) et de ses connaissances (déclaratives, procédurales, ses stéréotypes et ses croyances). Il élabore les attentes et hypothèses probables concernant le contenu des informations à venir et enclenche une série d'évaluations cognitives sur le respect de ses valeurs et de ses croyances. L'individu peut alors, dès cette étape, refuser d'écouter et d'analyser la suite de l'histoire car le contenu déjà dévoilé est en désaccord avec ses croyances ou ses valeurs.

1.2. Etape 2 : construction d'un modèle transitoire B

L'émetteur dévoile la chute de la blague (ou punchline) ce qui engendre pour son récepteur la construction d'un deuxième modèle transitoire, toujours par activation de ses connaissances mais qui sont souvent de nature très différente de celles mobilisées pour la construction du modèle transitoire A. Comme précédemment, une absence de conformité à ses propres valeurs ou croyances peut déboucher sur de la contrariété et mettre un terme aux processus cognitifs enclenchés. A cette étape, l'analyse de la thématique de l'histoire jouera beaucoup sur son degré d'appréciation.

1.3. Etape 3 : mise en correspondance des modèles transitoires A et B

Il s'agit pour l'individu de comparer les deux premiers modèles transitoires au travers d'une série d'évaluations cognitives afin d'évaluer leur concordance. Ainsi deux issues sont envisageables :

- Soit les modèles A et B sont compatibles et l'effet humoristique tombe à plat (en anglais, on parle de « failed humor ») provoquant une dépréciation de la blague,
- Soit les deux modèles sont incompatibles, ce qui provoque un surcoût cognitif sur le plan attentionnel et donc un effet de surprise, qui, bien dosé (ni trop faible, ni trop fort) aboutit à la construction d'un troisième modèle C dit intégratif car il intègre les modèles A et B.

1.4. Etape 4 : élaboration d'un modèle intégratif C

Il s'agit pour l'interlocuteur d'interpréter la situation humoristique par une recherche au sein de la mémoire à long terme et d'un rafraîchissement en mémoire de travail de certains éléments de la blague. Ainsi, une règle cognitive peut être élaborée qui réorganise les informations rassemblées. Plusieurs cas de figure sont possibles selon que l'individu trouve ou non cette règle :

- Dans le cas d'une situation d'incongruité-résolution :
 - S'il n'y a pas de règle cognitive trouvée, la blague est dépréciée, il n'y a pas de rire ou bien, celui-ci est faux par pression sociale ou politesse,
 - Si la règle cognitive est trouvée, A et B sont intégrés dans un troisième modèle : le modèle intégratif C.
- Dans le cas, plus particulier, d'une situation de non-sens (d'absurde), il n'y a pas de règle cognitive trouvée car il n'en existe pas et :
 - Soit la blague n'est pas appréciée, le rire est donc absent ou feinté,
 - Soit la blague est appréciée car le sujet accepte la survivance de l'incongruité dans un cadre ludique.

1.5. Etape 5 : évaluation du modèle intégratif C

Dans cette dernière étape, le sujet évalue les impacts émotionnels qui découlent de C et qui dépendent de la nature de l'humour. Trois cas de figure peuvent donc se présenter :

- Les informations traitées sont conformes à ses croyances et ses valeurs, le rire est présent,
- Les informations traitées ne sont pas conformes à ses croyances et ses valeurs engendrant chez le sujet un sentiment de dégoût, de gêne, d'indignation, de colère...

- Les informations traitées ne sont pas conformes à ses croyances et à ses valeurs mais il accepte tout de même de transgresser ses propres normes et de rire de ce genre d'humour, sans que cela soit feint.

2. Les substrats neurologiques

« Cette capacité (à faire et à percevoir l'humour) réside dans le cerveau, car même sans preuve je pense que l'on peut dédouaner le rein droit, le gros orteil gauche et même la rate lorsqu'elle se dilate. »¹²²

2.1. De l'humour

Comme nous venons de le démontrer, l'humour est le produit d'une double expérience : cognitive et affective. C'est pourquoi sur le plan cérébral, certaines zones ont été identifiées dans les processus cognitifs de l'humour alors que d'autres ont été associées à ses mécanismes affectifs. Rappelons toutefois que toutes les études sur le sujet ne sont pas unanimes car ces circuits sont encore mal connus. Nous avons toutefois essayé d'en faire une synthèse.

2.1.1. Dans sa part cognitive

On lit régulièrement que **la jonction temporo-pariéto-occipitale** est activée dans les processus cognitifs de l'humour. Pour certains, comme Bernard Croisile¹²³, Barbara Wild, Franck Rodden, Alexander Rapp et al.¹²⁴, Dean Mobbs, Michael Greicius, Eiman Abdel-Azim et al.¹²⁵ il s'agit de celle située à gauche, pour d'autres, comme Andrea Samson, Christian Hempelmann, Oswald Huber et al.¹²⁶, c'est la jonction temporo-pariéto-occipitale bilatérale qui est activée.

¹²² CROISILE, Bernard. *Alzheimer : Que savoir ? Que craindre ? Qu'espérer ?* p. 172

¹²³ TOUCHON Jacques, GABELLE Audrey, BRUN Vincent. *Maladie d'Alzheimer et communication, échanges en réadaptation*. p. 20

¹²⁴ WILD Barbara, RODDEN Franck, RAPP Alexander et al.. *Humor and smiling: Cortical regions selective for cognitive, affective, and volitional components*. pp. 887-893

¹²⁵ MOBBS Dean, GREICIUS Michael, ABDEL-AZIM Eiman et al.. *Humor modulates the mesolimbic reward centers*. pp. 1041-1048

¹²⁶ SAMSON Andrea, HEMPELMANN Christian, HUBER Oswald et al.. *Neural substrates of incongruity-resolution and nonsense humor*. pp.1023-1033

Quelques études, comme Goel et Dolan¹²⁷, Joseph Moran, Gagan Wig, Reginald Adams et al.¹²⁸ considèrent également que **les régions temporo-frontales gauches** sont stimulées.

2.1.2. Dans sa part affective

Le cortex préfrontal ventro-médian bilatéral semble avoir un rôle important dans l'appréciation de l'humour selon Goel, Samson et Croisile.

Le rôle du **lobe frontal droit** est controversé : pour Wild, il n'y a pas de participation du lobe frontal droit dans l'humour alors qu'elle est indiquée dans la plupart des études sur les réactions émotionnelles ou sur l'humour notamment chez Prathiba Shammi, Ronald Stuss¹²⁹ ou Moran.

Les noyaux gris centraux, de droite ou de gauche selon les études, seraient activés notamment le putamen et le pallidum (Wild, Philippe Goldin, Cendri Hutcherson, Kevin Ochsner et al.¹³⁰) ou le noyau caudé (Goldin, Mobbs). Le noyau accumbens, annexe aux noyaux gris centraux, est également mis en évidence dans certains articles (Samson ou Croisile).

Les deux amygdales seraient également en jeu dans l'expérience affective de l'humour (Goel, Croisile, Moran, Mobbs).

2.2. Du rire et du sourire

Selon Takeda, **le cortex frontal, l'hypothalamus, le noyau accumbens** ainsi que **la région temporelle interne** (hippocampe, gyrus parahippocampique et amygdale) interviennent dans le rire et le sourire.

Pour Smadja, le rire aurait aussi pour conséquence la libération d'hormones par le cerveau, notamment des endorphines, qui ont des propriétés antalgiques.

¹²⁷ GOEL Vinod, DOLAN Raymond. *The functional anatomy of humor: segregating cognitive and affective components*. pp. 237–238

¹²⁸ MORAN Joseph, WIG Gagan, ADAMS Reginald et al.. *Neural correlates of humor detection and appreciation*. pp.1055-1060

¹²⁹ SHAMMI Prathiba, STUSS Donald. *Humour appreciation : a role of the right frontal lobe*. pp. 657-666

¹³⁰ GOLDIN Philippe, HUTCHERSON Cendri, OCHSNER Kevin et al.. *The neural bases of amusement and sadness: a comparison of block contrast and subject specific emotion intensity regression approaches*. pp.26-36

3. Les styles d'humour, leurs paramètres psychosociaux et émotionnels

Rod Martin, Patricia Puhlik-Doris, Gwen Larsen et al. ont établi dans un article de 2003¹³¹ qu'il y avait quatre styles d'humour différents : l'humour mobilisateur (« *affiliative* »), l'humour auto-apaisant (« *self-enhancing* »), l'humour agressif (« *agressive* ») et l'humour autodestructeur (« *self-defeating* »). Les deux premiers sont dits positifs ou appropriés, alors que les deux autres sont dits négatifs ou inadéquats. Ils sont chacun associés à des paramètres psychosociaux et émotionnels¹³².

3.1. Les styles d'humour appropriés

Selon Rod Martin, les styles d'humour appropriés sont les humours mobilisateur et auto-apaisant parce qu'ils sont bénéfiques pour le bien-être.

Ainsi, celui qui produit de l'humour mobilisateur fait des commentaires humoristiques spontanés, des anecdotes, des blagues comiques afin d'amuser les autres, faciliter les relations et minimiser les tensions interpersonnelles. Ce type d'humour est associé à des relations positives, y compris dans l'intimité, à la satisfaction de la relation, au soutien social, aux compétences relationnelles, à des liens sécurisants et à l'extraversion. En revanche, il est négativement corrélé à la solitude et à l'anxiété relationnelle.

L'humour auto-apaisant sert quant à lui à réguler ses émotions et à faire face au stress grâce au maintien d'une perspective humoristique et joyeuse de la vie. Il est positivement corrélé au bien-être émotionnel, à l'estime de soi, à l'optimisme et à la bonne humeur. En revanche, il est négativement relié à l'anxiété, la rumination, le stress et la névrose.

Cette notion d'humour approprié ou inapproprié est confirmée par certaines études. Ainsi l'étude de Kaye Ann Herth¹³³ visant à explorer la définition et les utilisations de l'humour chez les personnes âgées (de 65 à 101 ans), permet de dégager de manière globale que l'humour qualifié de « gentil » est approprié, à l'inverse de celui qui est utilisé pour ridiculiser ou exclure autrui.

¹³¹ MARTIN Rod, PUHLIK-DORIS Patricia, LARSEN Gwen et al.. *Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the Humor Styles Questionnaire*. pp. 48-75

¹³² DOZOIS David, MARTIN Rod, BIELING Peter. *Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor*. pp. 585-596

¹³³ HERTH, Kaye Ann. *Humor and the older adults*. pp. 146-153

3.2. Les styles d'humour inadaptés

Les styles d'humour inadaptés sont décrits par Rod Martin comme préjudiciables au bien-être. Ils sont caractérisés d'agressif et d'autodestructeur.

L'humour agressif sert à humilier, ridiculiser, manipuler autrui via le sarcasme ou les moqueries par exemple. Selon la théorie de Steven Pinker¹³⁴ cet humour est utilisé pour saper l'autorité des autres de manière subtile, sans avoir à subir les coûts de l'usage de la force physique. C'est une façon de lutter dans un environnement sécurisé. Il est positivement associé à l'hostilité et à la névrose et négativement corrélé à la satisfaction de la relation, les compétences relationnelles, l'amabilité et les scrupules. C'est en fait le pendant inverse de l'humour mobilisateur. Dans l'article de Nahid Dehghan-Nayeri, Fatemeh Gaffari et Mahboubeh Shali¹³⁵, les infirmières interrogées rejettent l'utilisation dans leur pratique de l'humour à des fins agressives. Pour elles, il faut éviter la ridiculisation d'autrui (tourner en ridicule quelqu'un parce qu'il ignore le vocabulaire médical, s'amuser d'un accent, du physique, d'une manière d'être par exemple) que l'on justifie bien souvent sous le vocable d'humour mais qui est en réalité très destructeur pour celui visé. De la même façon, il faut éviter la critique acerbe déguisée.

Enfin, l'humour autodestructeur se manifeste par la tentative d'amuser les autres à ses dépens afin d'éviter de se confronter de manière constructive à ses propres problèmes. Il est positivement associé à l'anxiété personnelle et relationnelle, la dépression, certains symptômes psychiatriques et la névrose. A contrario, il est négativement associé à l'estime de soi et à l'optimisme. Il est donc à l'opposé de l'humour auto-apaisant.

3.3. Une opposition à nuancer

Cette dichotomie entre humour positif et humour négatif est toutefois à relativiser. En effet, selon Arnie Cann et Chelsea Matson¹³⁶, l'humour joue des rôles multiples dans les interactions sociales. Il faut analyser le contexte social d'un humour dit « inapproprié » car il a parfois une valeur tactique, qui pourrait donc le rendre approprié.

¹³⁴ PINKER, Steven. *How the mind works*.

¹³⁵ DEHGHAN-NAYERI Nahid, GHAFARI Fatemeh, SHALI Mahboubeh. *Nurses'experiences of humour in clinical settings*.

¹³⁶ CANN Arnie, MATSON Chelsea. *Sense of humor and social desirability: Understanding how humor styles are perceived*. pp.176-180

En effet, selon Greengross et Miller¹³⁷, l'humour autodestructeur permet d'humaniser un individu perçu comme intimidant par ses congénères. Quant à l'humour agressif, Edward Wilson¹³⁸ explique qu'il peut être un moyen de « mise à niveau » pour rabaisser l'individu trop ambitieux du groupe.

3.4. Une autre classification possible

Robert Escarpit¹³⁹ envisage une autre façon de catégoriser l'humour. Pour lui, celui-ci peut être affectif ou intellectuel.

L'humour est affectif si c'est un mouvement du cœur, une manière d'être de l'humoriste et « *son effet sur les autres hommes n'a d'importance que dans la mesure où il établit entre les autres hommes et l'humoriste un certain type de relation /.../*. » Nous pourrions les rapprocher de l'humour auto-apaisant et de l'humour autodestructeur qui sont intrinsèques au caractère de l'individu car ils mettent en scène son personnage intérieur.

A l'inverse, l'humour est intellectuel par un mécanisme de pensée consciente. Pour l'humoriste c'est « *une manière d'agir qui ne met pas plus en cause son personnage intérieur que le drame ne met en cause le personnage intérieur du comédien de Diderot, mais lui donne un pouvoir sur les autres hommes, celui de les forcer au rire et même, dans le cas de certains humours particulièrement ambitieux, de les instruire par le rire*. » Nous pourrions le mettre en lien avec l'humour mobilisateur et l'humour agressif qui sont une manière plus distanciée de faire de l'humour. Le but est d'agir sur autrui, que ce soit pour faciliter les relations, ou pour les envenimer.

III. Humour et santé

1. Les bénéfices de l'humour et du rire

1.1. Les bienfaits de l'humour

L'humour a des bienfaits physiologiques, psychologiques, sociaux et cognitifs.

¹³⁷ GREENGROSS Gill, MILLER Geoffrey. *Dissing oneself versus dissing rivals: Effects of status, personality, and sex on the short-term and long-term attractiveness of self-deprecating and other-deprecating humor*. pp. 393-408

¹³⁸ WILSON, Edward. *The social conquest of earth*.

¹³⁹ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. pp. 73-74

1.1.1. Les bienfaits physiologiques

Selon Cheryl Tatano Beck¹⁴⁰, l'humour provoque une stimulation des systèmes circulatoires, la relaxation des muscles et une augmentation de la production d'endorphines. Il semble toutefois qu'elle fasse l'amalgame entre le rire et l'humour. C'est pourquoi, il serait plus juste de formuler les choses ainsi : l'humour entraîne des changements corporels grâce au rire, c'est ce que nous passerons en revue lorsque nous examinerons les bienfaits du rire.

Soulignons tout de même que l'humour a des bienfaits sur la santé car il intervient comme un mécanisme d'adaptation face aux épreuves de la vie, comme la maladie par exemple, on parle en anglais de « coping humor », « coping » ayant la valeur de résilience. En effet, l'humour permet de diminuer le stress produit par les aléas de la vie^{141 142}. Or, le stress est néfaste pour l'organisme¹⁴³ : il augmente la production de certaines hormones comme l'ACTH, le cortisol, l'adrénaline et la noradrénaline et en libère d'autres comme la prolactine, l'hormone de croissance, l'insuline, le glucagon, l'hormone thyroïdienne et la gonadotrophine. Enfin, il agit sur les neurotransmetteurs, les neurohormones, les cytokines et les cellules immunitaires. Ainsi, l'humour est un mécanisme de défense positif, indice de notre maîtrise, de notre capacité à gérer une crise.

Herth¹⁴⁴ reprend d'ailleurs ces notions dans son étude sur l'humour et les personnes âgées : pour celles qui ont été interrogées, l'humour a pour fonction le lien à l'autre, la relaxation physique et l'apaisement psychologique, la remise en forme par la manifestation d'un éclat de vie et la restauration de la combativité, l'évasion du présent et des tracasseries du quotidien, la joie et la perspective c'est-à-dire la prise de recul sur les choses afin de pouvoir les regarder d'un œil neuf.

Rolan Topor résume assez bien cet état d'esprit : « *Pour moi, l'humour, c'est d'abord de reconnaître sa propre situation comme nulle, et, à partir de là, de se moquer de soi-même et des*

¹⁴⁰ TATANO-BECK, Cheryl. *Humor in nursing practice: a phenomenological study*. pp. 346-352

¹⁴¹ LEFCOURT Herbert, DAVIDSON Karina, PRKACHIN Kenneth et al.. *Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks*. pp.523-542

¹⁴² PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. *Humor and laughter may influence health: II. Complementary therapies and humor in a clinical population*. pp.187-190

¹⁴³ PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. *Humor and laughter may influence health. I. History and background*. pp. 61–63

¹⁴⁴ HERTH, Kaye Ann. *Humor and the older adult*. pp. 146-153

*autres au regard de cette prétention incroyable que nous avons tous de survivre jusqu'au lendemain. »*¹⁴⁵

Dans le cadre particulier du travail, Jessica Mesmer-Magnus, David Glew et Chockalingam Wiwesvaran¹⁴⁶ énoncent les avantages de l'humour sur la santé : il diminue les effets délétères du stress en réduisant l'épuisement professionnel et par là même les arrêts de travail parmi le personnel.

1.1.2. Les bienfaits psychologiques

Pour Tatano-Beck¹⁴⁷, l'humour permet une diminution du stress et de l'anxiété en donnant une prise sûre et acceptable aux émotions.

Selon la théorie freudienne, l'humour permet une épargne de déplaisir et d'affect négatif, aussi bien chez soi que chez l'autre : *« Je pense avoir montré /.../ que le gain de plaisir humoristique émane d'une économie de dépense affective. »* Il (Freud) précise : *on voit un homme dans une situation où il va produire « les indices d'un affect ; il va se mettre en colère, se plaindre, extérioriser de la douleur, s'effrayer, s'épouvanter... », on est « disposé à le suivre sur cette voie et à laisser naître (en nous) les mêmes motions affectives. Et cette disponibilité affective est déçue, l'autre n'extériorise aucun affect, mais fait une plaisanterie ; or, c'est cette économie de dépense affective qui donne lieu chez l'auditeur (chez nous) au plaisir humoristique. »*¹⁴⁸ Le plaisir humoristique est une forme de régression vers le plaisir d'enfance. C'est un remède contre la déception chronique infligée à la présomption narcissique de toute-puissance par la réalité extérieure : en clair, l'humour est engendré par une menace de l'intégrité narcissique. Il est l'antidote contre la mélancolie car dans l'humour, le Surmoi (siège des mécanismes de renoncement aux pulsions) n'est plus tortionnaire mais pacifiant et condescendant envers le Moi (instance dont le rôle est d'établir un système défensif et adaptatif entre la réalité externe et les exigences pulsionnelles). De plus, l'humour fonctionne comme un filtre de l'angoisse de mort. En effet, il travaille à même l'angoisse et se confronte à cet objet de l'angoisse qu'il reproduit en l'exorcisant. A ce propos, André Comte-Sponville écrit : *« Il y a du tragique dans l'humour ; mais c'est un tragique qui refuse de se prendre au sérieux. Il travaille sur nos espérances, pour en*

¹⁴⁵ ESCARPIT, Robert. *L'humour*. p.90

¹⁴⁶ MESMER-MAGNUS Jessica, GLEW David, WISWESVARAN Chockalingam. *A meta-analysis of positive humor in the workplace*. pp. 155-190

¹⁴⁷ TATANO BECK, Cheryl. *Humor in nursing practice: a phenomenological study*. pp. 346-352

¹⁴⁸ SIBONY, Daniel. *Les sens de l'humour*. pp. 30-35

marquer la limite ; sur nos déceptions, pour en rire ; sur nos angoisses, pour les surmonter. « Ce n'est pas que j'aie peur de la mort, explique par exemple Woody Allen, mais je préférerais être ailleurs quand cela se produira. » Défense dérisoire ? Sans doute. Mais qui s'avoue telle et qui indique assez, contre la mort, qu'elles le sont toutes. »¹⁴⁹

Nicholas Kuiper et Melanie Borowics-Sibenick¹⁵⁰ mettent d'ailleurs en évidence que les individus ayant un sens de l'humour élevé sont moins sujets à la dépression et ont un meilleur niveau d'estime de soi. C'est aussi ce que soulignaient Rod Martin et ses collègues pour les paramètres psychosociaux et émotionnels associés aux types d'humour mobilisateur et auto-apaisant décrits précédemment.

Vera Robinson¹⁵¹ ajoute que l'humour est également une façon de soulager l'anxiété et la colère par des moyens socialement acceptables. C'est aussi la marque de l'évitement ou du refus de la blessure.

1.1.3. Les bienfaits sociaux

Selon Rengade, l'humour « assure une connexion authentique entre les personnes » : il permet d'augmenter le niveau de soutien social en apaisant les conflits et en émoissant les tensions interrelationnelles. Il renforce aussi le sentiment d'auto-efficacité de l'individu, donc son estime de lui, grâce à son rôle de catalyseur social : la personne dotée d'un sens de l'humour développé est populaire et appréciée des autres, son pouvoir de séduction est élevé.

Sur le plan professionnel, l'humour dit « positif » améliore aussi les performances de travail selon Mesmer-Magnus, Glew et Wiswesvaran¹⁵². En effet, l'utilisation de l'humour par le supérieur hiérarchique est associée à une amélioration de l'efficacité de ses subordonnés, la reconnaissance de sa qualité de chef, la satisfaction des relations de travail et la cohésion du groupe grâce à une meilleure implication de ses membres.

¹⁴⁹ COMTE-SPONVILLE, André. Site internet de Philosophie magazine. *Humour*

¹⁵⁰ KUIPER Nicholas, BOROWICS-SIBENICK Melanie. *A good sense of humour doesn't always help: Agency and communion as moderators of psychological well-being*. pp. 365-377

¹⁵¹ ROBINSON, Vera. *Humor and the Health Professions: The Therapeutic Use of Humor in Health*.

¹⁵² MESMER-MAGNUS Jessica, GLEW David, WISWESVARAN Chockalingam. *A meta-analysis of positive humor in the workplace*. pp. 155-190

Si l'on se déplace de la sphère professionnelle à la sphère scolaire, Ann Mastens¹⁵³ expliquent que les enfants qui expriment leurs capacités humoristiques sont considérés par leurs professeurs comme plus investis dans la classe, attentifs, coopérants, responsables et productifs. Ces aptitudes seraient en lien avec un niveau d'intelligence globale élevé. Du point de vue de leurs pairs, les enfants qui font preuve d'humour sont considérés comme plus populaires, sociables et joyeux, en somme, ce sont des leaders naturels.

1.1.4. Les bienfaits cognitifs

L'humour faciliterait le phénomène d'apprentissage. En effet, nous remarquons que de plus en plus de publicités utilisent l'humour dans le but d'augmenter l'attention des consommateurs potentiels¹⁵⁴. De même, dans l'enseignement, Robert Kaplan et Gregory Pascoe¹⁵⁵ ou Jason Powel et Luke Andressen¹⁵⁶ associent l'humour du professeur à une participation et un intérêt accrus des élèves. Les bienfaits cognitifs de l'humour seraient toutefois bien plus larges.

a. Sur la mémoire

L'humour fait appel à la mémoire à long et à court terme.

En effet, en ce qui concerne la mémoire à long terme, lorsque le sujet est face à un stimulus, il doit l'interpréter en termes de concepts et de schémas préalablement stockés en mémoire. Plusieurs sont applicables mais il va choisir celui qui est le plus accessible dans sa mémoire, souvent le plus évident. Mais, la punchline va révéler des informations qui ne concordent pas avec le domaine de connaissances préalablement sélectionné : c'est la perception d'une incongruité. De fait, l'individu doit alors activer d'autres schémas et concepts d'un autre domaine de connaissances afin de saisir l'humour.

Concernant la mémoire à court terme, il est essentiel que le sujet stocke au fur et à mesure dans sa mémoire de travail, les éléments significatifs successifs de la plaisanterie afin de pouvoir élaborer une première hypothèse sur la chute probable de l'histoire puis une seconde, issue de la punchline, qu'il doit confronter à la première afin de résoudre l'incongruité. L'étude de Tunku Saraa-Zawyah

¹⁵³ MASTEN, Ann. *Humor and competence in school-aged children*. *Child Development*. pp. 461-473

¹⁵⁴ GELB Betsy, PICKETT Charles. *Attitude-toward-the-ad: Links to humor and to advertising effectiveness*. pp. 34-42

¹⁵⁵ KAPLAN Robert, PASCOE Gregory. *Humorous lectures and humorous examples: Some effects upon comprehension and retention*. pp.61-65

¹⁵⁶ POWELL Jason, ANDRESEN Luke. *Humour and Teaching in Higher Education*. pp. 79-90

Tunku Badli et Mariam Adawiah Dzulkifli¹⁵⁷ souligne l'association positive entre humour et mémoire de rappel. Ainsi, le matériel verbal humoristique est mieux rappelé que le matériel verbal non humoristique et cela, quelle que soit l'humeur de l'individu.

Dans la littérature, reprise par Hannah Summerfelt, Louis Lippman et Ira Hyman¹⁵⁸, plusieurs causes sont dégagées pour expliquer les effets bénéfiques de l'humour sur la mémoire :

- **Le nécessaire respect des contraintes imposées par l'humour** : un élément ne sera pas ou très peu modifiable si l'on veut conserver le sens et l'humour de la plaisanterie initiale. C'est pourquoi l'individu mettra en place des moyens mnémotechniques s'il désire s'en rappeler.
- **La répétition** : elle se réfère au fait que l'individu se répète la plaisanterie dans sa tête pour pouvoir la mémoriser et la raconter à son tour.
- **Les émotions** : lorsque la plaisanterie convoque des émotions très positives ou très négatives chez l'auditeur, celle-ci sera plus facilement rappelée.
- **L'incongruité elle-même** : elle fait ressortir un conflit que l'individu cherche à résoudre. La surprise focalise donc l'attention qui facilite l'encodage.
- **L'état de vigilance** : il est provoqué par la volonté du destinataire de la plaisanterie de comprendre l'humour une fois l'incongruité détectée et favorise la mise en mémoire.

b. Sur les fonctions exécutives

L'humour entraîne également beaucoup de fonctions exécutives. En effet, pour comprendre l'humour, il faut être capable:

- **De planification** : l'individu doit pouvoir anticiper ce qui suit la pose du cadre situationnel de l'histoire humoristique,
- **De flexibilité cognitive** : il doit pouvoir déplacer volontairement son foyer attentionnel d'une catégorie de stimuli à une autre, une fois la punchline dévoilée,

¹⁵⁷ SARAA-ZAWYAH TUNKU BADLI Tunku, ADAWIAH DZULKIFLI Mariam. *The effect of humor and mood on memory recall*. pp. 252-257

¹⁵⁸ SUMMERFELT Hannah, LIPPMAN Louis, HYMAN Ira. *The effect of humour on memory: Constrained by the pun*. pp. 376-394

- **De rafraîchissement de la mémoire de travail** en fonction des nouvelles entrées et de leur pertinence,
- **D'inhibition de la réponse** non pertinente au regard de la punchline.

Ainsi, on peut déduire de ces données que le sujet qui est habitué à des échanges humoristiques entraîne ces fonctions exécutives, donc que l'humour a des effets bénéfiques sur ces aptitudes.

1.2. Les bienfaits du rire¹⁵⁹

Dès le XVI^e siècle, les Humanistes dont Rabelais, attribuaient une fonction hygiénique et thérapeutique au rire.

1.2.1. Les bénéfices physiologiques^{160 161}

Le rire met en contraction différents groupes musculaires du visage, thoraciques et abdominaux pendant quelques secondes avant d'aboutir à une relaxation générale des muscles.

Il agit sur les systèmes immunitaire et circulatoire qui fonctionnent d'ailleurs de concert : il stimule la circulation sanguine grâce à l'augmentation de la fréquence cardiaque et la diffusion à densité élevée de lipoprotéines, ce qui, à terme, diminue le taux de maladies cardiaques. Il renforce le système immunitaire par la diminution des supresseurs immunitaires.

Il joue sur le système respiratoire : il débarrasse les poumons de l'air résiduel, diminue la sensibilité des poumons et des voies respiratoires à la colonisation de micro-organismes et nettoie les voies respiratoires par l'accélération rapide de l'expulsion de l'air.

Enfin, le rire a un impact sur le cerveau. Sur le plan hormonal, il diminue les hormones du stress, notamment l'adrénaline, la noradrénaline et le cortisol et libère des endorphines qui sont des analgésiques naturels. Ces endorphines permettent alors la suppression des influx douloureux

¹⁵⁹ MORA-RIPOL Ramon, QUINTANA-CASADO Isabel. *Laughter and Positive Therapies: Modern approach and practical use in medicine*. pp. 27-34

¹⁶⁰ BOVERIE Patricia, HOFFMAN Jeffrey, KLEIN Diane et al.. *Humor in human resource development*. pp. 75-91

¹⁶¹ PAYNE BENETT Mary, LENGACHER Cecile. *Humor and laughter may influence health: III. Laughter and health outcomes*. pp.37-40

envoyés au cerveau, ce qui a pour conséquence une diminution de la douleur et une augmentation du seuil de tolérance à celle-ci.

1.2.2. Les bénéfices psychologiques

« /.../ *laughter is a lethal weapon against negative thinking.* » (*Le rire est une arme mortelle contre les pensées négatives*) écrivent Ramon Mora-Ripol et Isabel Quintana-Casado¹⁶² et en effet, le rire a de multiples avantages psychologiques:

- Il diminue le stress, les symptômes dépressifs, l'anxiété et l'insomnie
- Il améliore l'humeur et l'estime de soi,
- Il augmente l'espoir et le dynamisme,
- Il optimise la mémoire, l'esprit créatif et la résolution de problèmes,
- Il encourage les interactions sociales par un effet d'attraction, les relations amicales, la cohésion et la solidarité,
- Il favorise le bien-être psychologique et améliore la qualité de vie,
- Il développe la relation entre le patient et son médecin.

Ainsi Strean énonce: « *Le rire et l'humour ne sont pas bénéfiques pour tous, mais puisqu'il n'y a aucun effet secondaire nuisible, ils devraient être utilisés pour aider à réduire le stress et la douleur, et pour améliorer la guérison.* »¹⁶³ Si nous ne pouvons pas nous attendre à la guérison de nos patients, peut-être peut-on, par le rire et l'humour, les aider à vivre la maladie d'Alzheimer de manière plus apaisée, et pourquoi pas, de tenter de leur procurer et de partager avec eux de la joie et du plaisir!

2. L'utilisation de l'humour et du rire en thérapie

Des thérapies pharmacologiques dans le traitement de la démence existent, nous l'avons vu, mais elles ne permettent ni d'enrayer ni de prévenir la maladie. La médecine complémentaire et alternative est un aspect important du traitement pour améliorer la qualité de vie des patients et

¹⁶² MORA-RIPOL Ramon, QUINTANA-CASADO Isabel. *Laughter and positive therapies: Modern approach and practical use in medicine.* pp. 27-34.

¹⁶³ STREAN, William. *Laughter prescription.* pp.965-967

pour diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, qui restent l'un des besoins insatisfaits de la psychogériatrie. Le rire et l'humour en font partie.

2.1. L'humour dans le processus de soin

Rengade¹⁶⁴ définit les règles à respecter pour utiliser l'humour en psychothérapie : au préalable, le conflit ne doit pas être trop sévère et une bonne alliance doit exister entre le thérapeute et son patient. Il faut aussi plutôt privilégier l'autodérision que le rire au détriment d'un tiers et miser sur la métacommunication tout en axant l'humour sur des thèmes peu chargés émotionnellement pour le patient. Il ne doit en aucun cas être humiliant ou blessant pour autrui.

L'humour a aussi sa place en médecine générale : selon Richard Wender¹⁶⁵, l'humour crée des interactions avec le patient car la seule politesse favorise intrinsèquement l'installation d'un ensemble de règles sociales et de restrictions. Il soulage aussi l'anxiété grâce à la possibilité pour le patient d'exprimer ses craintes profondes d'une manière acceptable, ce qui permettra alors à son médecin de pouvoir le rassurer. L'humour est une expression de la frustration et de la colère : le patient, chez qui la maladie avait suscité un sentiment d'impuissance et altéré son identité propre, peut ainsi reprendre le contrôle sur sa situation. Il passe alors du statut de victime à un rôle actif dans le processus de soin, ce qui marque la collaboration du patient avec l'équipe soignante.

Ainsi, l'un des questionnements du médecin est de savoir quand il peut ou non utiliser l'humour. Si l'événement ou la situation est source d'une angoisse trop importante, alors l'humour peut être vécu comme inapproprié par le patient, voire même nuire à la relation. Toutefois, il ne faut pas se heurter à l'impression qu'un patient est dépourvu de tout sens de l'humour. L'auteur cite l'exemple d'un médecin doté de beaucoup d'humour qui s'empêchait de l'utiliser avec une patiente dépressive chronique, pensant que ce mode de communication était inadéquat. Un jour, il envoya son externe visiter la patiente dans sa chambre. Quand il les retrouva, tous deux riaient aux éclats. C'est alors que ce médecin se rendit compte que son sentiment de frustration face à cette patiente avait sapé sa propre énergie et son investissement dans la relation. Il avait perdu sa capacité à puiser dans les ressources bénéfiques de l'humour, perte d'ailleurs, qu'il attribuait à la pathologie de sa patiente. Or, grâce à cet étudiant, la relation soignant-soigné a été redynamisée, l'utilisation de l'humour « doux » a permis à cette femme de se soulager temporairement du poids de la dépression et de lui signifier qu'elle n'était pas seule face à sa maladie.

¹⁶⁴ RENGADE, Charles-Edouard. *L'humour en thérapie cognitive et comportementale*. pp. 1-4

¹⁶⁵ WENDER, Richard. *Humor in medecine*. pp. 141-154

Wender ajoute qu'être réceptif à l'humour du patient, même s'il faut parfois un peu forcer son amusement, est le signe pour le patient de l'intérêt qu'on lui porte, de l'importance qu'il revêt aux yeux de son soignant. Il précise également que le sens de l'humour ne faiblit pas avec l'âge et qu'il peut même occuper une place importante dans la vie des personnes âgées. Face au vieillissement, l'humour peut devenir une philosophie de vie, une aide face à la perte. C'est d'ailleurs ce que confirmait l'étude de Herth¹⁶⁶, qui a évalué la place qu'un échantillon de personnes âgées réservait à l'humour. Elle est arrivée aux résultats suivants :

- Les participants les plus jeunes, en bonne santé, ayant un minimum de problèmes fonctionnels et résidant chez eux sont plus réceptifs à l'humour quand ils se sentent bien ou en convalescence après une maladie,
- Les participants les plus vieux, en moins bonne santé et résidant dans des établissements de soins de longue durée sont réceptifs à l'humour quel que soit leur état de santé, même s'ils y sont particulièrement sensibles au cours d'une maladie,
- Les participants les plus âgés ont tendance à considérer l'humour comme un état positif interne sans besoin réel de sources extérieures, ce qui peut s'expliquer par la diminution de leurs aptitudes sensorielles, de leur mobilité et de leur réseau social.

L'utilisation de l'humour par les personnes âgées dépend donc de trois critères : l'âge, le lieu de résidence et l'état de santé.

Pour Wender, les règles que le médecin doit respecter pour communiquer avec son patient sur le mode humoristique sont :

- **Evaluer la réceptivité de l'humour** en s'assurant notamment que la peur ne dépasse pas un certain seuil,
- **S'assurer que l'humour est partagé** c'est-à-dire compris du patient et que ce n'est pas un aparté entre collègues,
- **Etre réceptif** à l'humour du patient pour entendre, interpréter et répondre à ses messages.

Si l'on saisit les chances offertes par l'humour, les récompenses sont grandes.

¹⁶⁶ HERTH, Kaye Ann. *Humor and the older Adult*. pp. 146-153

L'utilisation de l'humour dans les soins infirmiers a également été questionnée. Dehghan-Nayeri, Ghaffari et Shali¹⁶⁷, comme Janet Hulse¹⁶⁸ vingt ans auparavant, expliquent qu'il faut évaluer la pertinence de l'humour. Pour cela, il faut :

- **Choisir le bon moment** : afin de faciliter l'émergence d'une confiance mutuelle entre l'infirmière et le patient, ainsi qu'entre les infirmières elles-mêmes, il faut évaluer l'état physique, mental et psychologique du patient, prendre en compte le diagnostic et la progression de la maladie. Si l'on ne choisit pas le moment opportun, on risque une réaction de colère, d'agressivité, voire la rupture de l'alliance thérapeutique.
- **S'intéresser à l'âge, au sexe, au statut, à l'humeur et à la personnalité de l'individu** : une personne âgée par exemple permettra plus facilement un lien étroit avec son soignant qu'un patient jeune ou un conjoint de patient.
- **Prendre en compte le contexte culturel** : la langue, le niveau d'éducation, la classe socio-économique, le statut marital, la religion...sont des données qui vont se répercuter sur l'appréciation de l'humour. Les infirmières iraniennes mariées de la présente étude par exemple, ne s'autorisaient pas à faire de l'humour avec le sexe opposé car il représentait une forme d'intimité qu'elles ne pouvaient s'autoriser avec un autre homme que leur époux.
- **Evaluer la place de l'humour dans la vie du patient**
- **Estimer le degré d'anxiété et de dépression** : un degré trop élevé ne permettra pas l'appréciation de l'humour.
- **S'interroger sur la place que le soignant accorde lui-même à l'humour** : il ne doit l'utiliser que si ce mode de communication est naturel pour lui.

L'humour a aussi sa place, selon Danielle Beck et Michelle Fontana au sein des soins palliatifs, à condition de s'en sentir capable et encore une fois, d'établir un climat sécurisé, de bien choisir les thèmes en fonction du style d'humour individuel et des capacités de distanciation du patient: *« Pour le grand public, travailler en soins palliatifs c'est sérieux... Et pourtant! Quand on travaille dans une unité de soins palliatifs, on s'occupe de la vie avant de s'occuper de la mort! Et dans la vie il y a de l'humour, alors on peut s'en servir dans un service de soins palliatifs. Ce*

¹⁶⁷ DEHGHAN-NAYERI Nahid, GHAFARI Fatemeh, SHALI Mahboubeh. *Nurses'experiences of humour in clinical settings.*

¹⁶⁸ HULSE, Janet. *Humor: A nursing intervention for the elderly: Used appropriately, humor can aid in education, reduce stress, and relieve the depersonalization many elderly people feel.* pp 88-90

*n'est pas non plus si simple. En effet, il doit y avoir une relation de confiance avant de pouvoir intégrer l'humour de manière sécurisante dans les soins. L'humour ne peut être bénéfique que si l'on tient compte du style d'humour individuel du patient. L'humour se doit d'être subtil, il est à doser ! On ne peut pas se permettre de faire une blague de nous-mêmes sur les symptômes en rapport avec la maladie sauf si c'est le patient qui commence. De plus on doit se sentir à l'aise pour pouvoir faire de l'humour, ce n'est pas donné à tout le monde. »*¹⁶⁹

Il semble que toutes ces règles soient valables pour l'utilisation de l'humour en thérapie, dans sa forme globale.

2.2. Le rire en thérapie

Il existe également des thérapies par le rire qui expérimentent le rire en groupe avec une multitude d'exercices portant sur la stimulation de sa propre capacité à rire, la relaxation et la libération de ses inhibitions. Le but est de prendre soin de sa santé, d'adopter une attitude plus ouverte et une perspective plus positive de la vie.

Des Clubs du rire, basés sur le modèle du Dr Madan Kataria¹⁷⁰, inventeur du « yoga du rire », émergent un peu partout dans le monde. Ils sont réalisés notamment au sein d'organismes communautaires comme les écoles, les entreprises, les maisons de retraite.... Les exercices pratiqués s'articulent autour du yoga avec un travail d'étirement et de respiration costo-abdominale profonde et de jeux divers servant à provoquer le rire et à le rendre contagieux. On peut ainsi former un cercle et taper des mains en vocalisant en rythme des « oh oh oh », des « ah ah ah », lancer un ballon imaginaire semeur de rire à un partenaire jusqu'à ce que tout le monde, un par un, s'esclaffe, faire jaillir le rire de son ventre... Au départ donc, le rire est feint même s'il peut devenir véritable : il nous est tous arrivé de rire en voyant une personne prise d'un fou-rire sans que nous en sachions la cause.

Ces thérapies du rire sont de plus en plus prisées chez les personnes âgées qui souffrent de solitude, d'isolement, d'anxiété, de dépression, de maladies cardio-respiratoires et de faiblesse musculaire. Elles sont plus accessibles que les thérapies par l'humour car elles ne nécessitent que très peu d'habiletés cognitives. En effet, rire sans raison est plus simple que de rire d'un fait humoristique. Une équipe de France 2¹⁷¹ a récemment filmé une de ces séances avec des malades d'Alzheimer au sein d'une maison de retraite de la Seine et Marne : « Ah ah ah, ils sont fous ! »

¹⁶⁹ BECK Danielle, FONTANA Michelle. *La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs*. p.150

¹⁷⁰ Site internet officiel du Dr Madan Kataria. *Le Yoga du Rire*

¹⁷¹ Site internet de francetvinfo. *Alzheimer : des thérapies par le rire et la musique*

s'exclame une vieille dame, riant de voir ses camarades rire, « *Je me sens légère, j'ai perdu 10 kilos !* » lance une autre dame, ravie.

Ainsi, échanger sur le mode de l'humour et du rire, simulé ou spontané, ne peut que redynamiser la relation entre soignant et soigné, ce qui est capital dans l'efficacité des soins et cela, d'autant plus qu'il s'agit de techniques complémentaires de soins non invasives !

2.3. Quelques études et leurs résultats parmi les personnes âgées

De nombreuses études se sont intéressées aux effets de l'humour et du rire dans le processus de soin.

Hae-Jin Ko et Chang-Ho Youn¹⁷² en Corée du Sud ont évalué un mois de traitement de thérapie par le rire à raison d'une session par semaine chez un échantillon de personnes âgées vivant dans une communauté d'habitations pour séniors. Au programme : le visionnage de vidéos sur la thérapie du rire, de la méditation sur le rire, le rire à gorge déployée en frappant des mains, en chantant et en dansant, des discussions sur les effets de la pensée positive... Les auteurs ont relevé des effets positifs sur la dépression, l'insomnie et la qualité du sommeil chez les participants.

Mimi Tse, Anna Lo, Tracy Cheng et al.¹⁷³ ont évalué les bienfaits de l'humour sur un échantillon de personnes âgées sud coréennes en maison de retraite. Il s'agissait de créer du matériel humoristique, de partager des blagues et des histoires, de lire des recherches sur l'humour, de faire des exercices sur le rire, des jeux, de réfléchir en conférences sur la place de l'humour dans sa vie..., cela une heure par semaine pendant deux mois. A l'issue de ces deux mois, il a été constaté, comme dans l'étude réalisée par Susan Mathieu¹⁷⁴ quelques années auparavant, une diminution de la douleur, une augmentation du confort de vie et du sentiment de bonheur.

Freda De Keyser Ganz et Jeremy Jacobs¹⁷⁵ ont examiné les effets d'une intervention centrée sur un atelier humoristique auprès d'une population âgée vivant dans un lotissement pour séniors en Israël. Sur une période de cinq mois, les ateliers se déroulaient une fois par semaine durant deux à trois heures et étaient menés par un professionnel de l'humour et un travailleur social. Les

¹⁷² KO Hae-Jin, YOUN Chang-Ho. *Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly*. pp. 267-274

¹⁷³ TSE Mimi, LO Anna, CHENG Tracy et al.. *Humor therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults*. pp. 1-10

¹⁷⁴ MATHIEU, Susan. *Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants*. pp. 134-148

¹⁷⁵ DEKEYSER GANZ Freda, JACOBS Jeremy. *The effect of humor on elder mental and physical health*. pp. 205-211

premières semaines ont eu pour visée de rendre prioritaire l'humour dans la vie quotidienne, les semaines suivantes avaient pour but de créer puis de repasser des enregistrements de vidéos comiques, d'histoires drôles et d'anecdotes personnelles amusantes. Au terme de cette étude, une amélioration significative de la santé mentale sur les plans du bien-être, de l'anxiété et de la dépression a été démontrée, ce qui pousse les auteurs à encourager ce type d'atelier dans les communautés de personnes âgées. En revanche, aucune amélioration physique n'a été relevée.

Brigitte Konradt, Rolf Hirsch, Markus Jonitz et al.¹⁷⁶, en Allemagne, comme Marc Walter, Beat Hanni, Myriam Haug et al.¹⁷⁷ en Suisse, ont testé les effets de la thérapie par l'humour et le rire chez un groupe de patients âgés dépressifs. Le groupe expérimental et le groupe de contrôle bénéficiaient d'un traitement personnalisé intégrant psychothérapie individuelle et groupale, ergothérapie, physiothérapie et médication. Seul le groupe expérimental a assisté à une thérapie groupale par l'humour de 8 sessions d'une heure et demie par semaine animées par des psychothérapeutes et des psychologues. Chaque individu du groupe a assisté au moins à quatre sessions. La thérapie par l'humour visait à renforcer et à retrouver le sens de l'humour que tout le monde possède à un degré différent. Les thèmes des sessions étaient divers : psychoéducation sur les effets du rire, exercices autour du rire, rappel d'anecdotes personnelles amusantes, compliments faits et reçus, manipulation de matériel de farces et attrapes, mimes de personnages et d'animaux, plaisanteries lues et racontées, réminiscences des événements heureux de vie, chants et danses... Les résultats de cette étude ont montré pour les deux groupes une diminution de la dépression, des tendances suicidaires, de la mauvaise humeur et une majoration de l'état de gaieté. Le groupe expérimental, ayant bénéficié de la thérapie par l'humour et le rire, a montré des changements positifs importants dans la gravité de l'état, ainsi que sur le plan de la résilience et de la santé physique.

Ainsi, d'après ces différentes études, il semblerait que les thérapies par l'humour et par le rire, aussi éclectiques soient-elles, agissent sur la qualité du sommeil, la dépression, l'anxiété, la tolérance à la douleur et la résilience sous l'angle du sentiment subjectif de bien-être et de confort de vie.

¹⁷⁶ KONRADT Brigitte, HIRSCH Rolf, JONITZ Markus et al.. *Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression*. pp. 850-857

¹⁷⁷ WALTER Marc, HANNI Beat, HAUG Myriam et al.. *Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study*. pp. 77-83

3. Humour et maladie d'Alzheimer

Peu d'études et d'articles ont été réalisés sur le sujet. Toutefois, l'inclusion de l'humour dans les soins aux personnes atteintes de démence est une question qui se pose de plus en plus au sein de la communauté scientifique, tout comme celle de la place dédiée à l'humour chez leurs aidants, qu'il s'agisse des aidants informels (l'époux, l'épouse, le fils ou la fille...) ou formels (le personnel soignant). Nous allons donc tenter de vous présenter une synthèse des différents travaux qui ont été réalisés jusqu'à présent.

3.1. Pour les aidants

3.1.1. Naturels

La grande majorité des soignants des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer sont des aidants naturels, le plus souvent des membres de la famille. Or, la maladie d'Alzheimer a un impact dévastateur sur ceux-ci : prendre soin d'un membre de sa famille malade d'Alzheimer est particulièrement épuisant car l'individu devient dépendant, imprévisible, ses comportements, ses états émotionnels sont souvent instables.

Les époux ou épouses sont la catégorie d'aidants la plus fragile puisqu'ils ont un risque accru de problèmes de santé lié à leur vieillissement. Leur rôle est complexe : ils doivent assumer le poids des soins et les troubles du comportement éventuels du conjoint malade, tout en essayant de vivre encore des satisfactions personnelles et de s'occuper de leur propre détresse.

Martha Buffum et Meryl Brod¹⁷⁸ se sont intéressées à l'utilisation de l'humour chez ces aidants et ont abouti aux résultats suivants :

- **Au stade modéré :**
 - Se produisent les événements les plus amusants du fait des troubles du comportement de l'individu,
 - Les aidants signalent que c'est à ce moment-là qu'ils ont le plus besoin de l'humour,

¹⁷⁸ BUFFUM Martha, BROD Meryl. *Humor and well-Being in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease*. pp. 12-18

- Le recours à l'humour n'est cependant pas systématique malgré ce besoin presque essentiel de légèreté car si l'humour apaise les tensions, il ne peut rien lorsque l'anxiété est trop importante,
 - La gravité des symptômes est négativement reliée au bien-être des conjoints, malgré l'usage de l'humour : le score le plus faible de bien-être a été relevé au stade modéré car à cette étape, les difficultés cognitives, physiques, psychologiques sont les plus difficiles à gérer. Cela est d'autant plus vrai que la santé du conjoint aidant se dégrade au fil du temps. Les auteurs émettent toutefois l'hypothèse que ce score de bien-être aurait peut-être été encore plus bas sans humour.
- **L'humour comme stratégie d'adaptation** a été relevé dans la plupart des observations écrites des conjoints aidants participants à l'étude : l'humour sert à traverser les épreuves quotidiennes de la maladie et à endiguer les dévastations émotionnelles qu'elle engendre.
 - **L'institutionnalisation est pour plusieurs familles la conséquence de la perte du sens de l'humour.**

Les enfants aidants se retrouvent aussi dans une situation délicate : en plus de gérer les impératifs inhérents à leur vie professionnelle, conjugale et parentale, ils s'occupent de leur(s) parent(s) malade(s). Tracy Tran et Margaret Schneider¹⁷⁹ ont étudié l'humour comme stratégie de compensation chez les enfants s'occupant de leur parent malade d'Alzheimer. Le but était de prévenir l'épuisement de ce type d'aidant et d'optimiser les soins du patient tout en améliorant la relation parent-enfant

Il s'agissait donc de répondre aux questions suivantes : utilisent-ils l'humour pour faire face à la maladie de leur parent ? Perçoivent-ils l'humour comme un moyen efficace dans le cadre de leur rôle d'aidant ? Peu d'aidants, seulement six, ont fait l'objet de ce sondage mais tous ont reconnu l'humour comme une stratégie utile d'adaptation dans le cadre de leur rôle d'aidant. Ils soulignent cependant quelques conditions pour que l'humour soit efficace : il doit être utilisé au moment opportun, ne pas s'axer sur n'importe quel thème, et ne pas se produire en présence de n'importe qui. Nous retrouvons là, globalement, les conditions que nous avons préalablement établies dans l'utilisation de l'humour dans le processus de soin en général.

¹⁷⁹ TAN Tracy, SCHNEIDER Margaret. *Humor as a coping strategy for adult-child caregivers of individuals with Alzheimer's disease*. pp. 397-408

Les participants ont reconnu que l'utilisation de l'humour dans leur tâche d'aidant dépendait de plusieurs paramètres :

- **Une personnalité optimiste de l'aidant** permet d'éviter le risque de dépression,
- **La reconnaissance de l'humour comme stratégie d'adaptation,**
- **La capacité à parler ouvertement et franchement de la maladie** avec les amis, les autres membres de la famille et les professionnels de santé,
- **Et un contexte éducatif familial** ayant permis cette faculté à relativiser les aléas de la vie.

Les bénéfices dégagés de ce mode d'échange sont pour eux :

- **L'évasion ou la mise à distance du poids de leur tâche** pour rassembler les pensées et les émotions, retrouver son calme et éviter d'être plus stressé et déprimé,
- **Une augmentation du sentiment général de bonheur, la sublimation de l'expérience et une aide pour faire face à ses responsabilités,**
- **Et un changement de regard** sur la situation vécue par la diminution du stress lié aux responsabilités familiales.

Enfin, les participants à cette étude ont aussi estimé que l'humour est un instrument relationnel positif pour les professionnels de santé intervenant auprès du malade.

3.1.2. Les aidants formels : l'humour n'est pas un manque de sérieux

L'usage de l'humour par le personnel soignant peut constituer une aide à leur relation au patient. L'humour est aussi efficace dans les relations au sein de l'équipe médicale.

Ainsi, Dehghan-Nayeri, Ghaffari et Shali.¹⁸⁰ énoncent que la pénurie de personnel et de matériel, ainsi que les difficiles conditions de travail des infirmières les exposent à un stress plus important et un risque plus élevé d'épuisement au travail. L'humour est donc une méthode efficace pour préserver sa santé et améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. Le sondage d'une

¹⁸⁰ DEHGHAN-NAYERI Nahid, GHAFARI Fatemeh, SHALI Mahboubeh. *Nurses'experiences of humour in clinical settings.*

équipe d'infirmières a permis de dégager une liste d'avantages à l'utilisation de l'humour dans leur pratique :

- **C'est une « bouffée d'air » dans la lassitude du quotidien** : l'infirmière doit travailler sérieusement mais l'humour peut rendre son travail plus agréable et aider à relativiser les difficultés qu'elle peut rencontrer. Il est bénéfique pour aider contre le stress et l'épuisement et améliorer sa relation avec ses patients puisqu'il constitue un moyen efficace pour faire face à l'agressivité de certains malades, pour soulager leurs angoisses, leur peur de la solitude et leur ouvrir de nouvelles perspectives sur leur état de santé.
- **Il permet la création d'une véritable relation** : Avoir le sens de l'humour attire la sympathie de l'entourage, l'individu est perçu comme un être agréable à côtoyer. Les patients se sentent mieux accueillis, en confiance, soutenus car la communication est plus ouverte, plus sincère. Dès lors, ils sont plus coopératifs dans les soins et lorsqu'on les questionne. L'humour apporte une distraction à leur mal et met à l'aise les patients timides, embarrassés ou impatientes.
- **Un cadre sécurisant et agréable est installé** pour les patients comme pour les collègues de travail du fait de la création de ce lien véritable.

Les auteurs de ce sondage signalent donc l'intérêt de la promotion d'une culture de l'humour dans les établissements de soins, à la fois auprès des formateurs, mais aussi auprès des cadres de santé et des équipes soignantes.

Enfin, Takeda, Hashimoto, Kudo et al.¹⁸¹ vont dans ce sens en expliquant qu'il est toujours souhaitable d'instaurer un climat détendu et chaleureux dans les milieux cliniques pour alléger la pression qui pèse sur le patient Alzheimer et son entourage du fait de la gravité de la maladie, de l'inéluctabilité de sa progression et du poids des soins. Mais rappelons-nous que si le rire est toujours positif, l'humour peut provoquer des réactions émotionnelles mixtes, c'est pourquoi il doit être utilisé à bon escient comme nous l'avons montré précédemment.

¹⁸¹ TAKEDA Masatoshi, HASHIMOTO Ryota, KUDO Takashi et al.. *Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients*. pp. 1-7

3.2. Pour les patients

3.2.1. L'intérêt des thérapies par l'humour

Walter, Hanni, Haug et al.¹⁸² ont examiné l'impact de la thérapie par l'humour sur la qualité de vie des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Une augmentation du bien-être subjectif et un renforcement non significatif (que les auteurs attribuent à la très faible fréquence des séances) de la qualité de vie des patients Alzheimer ont été relevés. Ils concluent que la thérapie par l'humour est applicable en gériatrie psychiatrique, notamment avec les patients Alzheimer car stimuler très fréquemment des émotions positives chez eux permet de lutter contre le stress et les symptômes dépressifs.

Low Lee-Fay, Henry Brodaty, Belinda Goodenough et al.¹⁸³, s'ils n'ont pas étudié spécifiquement les effets de la thérapie par l'humour sur la maladie d'Alzheimer sont arrivés à la conclusion qu'elle permettait une réduction significative de l'agitation des sujets âgés institutionnalisés, similaire aux effets d'un antipsychotique comme la Risperidone. Dès lors, pourquoi nous priverions-nous de tels effets alors que nous avons vu que les antipsychotiques faisaient souvent partie de la médication des sujets Alzheimer ?

3.2.2. L'intérêt de l'humour dans la prise en charge orthophonique

Laure Parcé¹⁸⁴ a étudié la compréhension d'images et d'histoires humoristiques chez 15 sujets atteints de démence de type Alzheimer. Elle en conclut que les histoires et images humoristiques peuvent être intéressantes en prise en charge orthophonique pour travailler la mémorisation, la compréhension de langage élaboré, la compréhension de l'implicite, l'attention et la logique. En effet, elle observe que la démence de type Alzheimer a un effet incontestable sur la compréhension d'histoires et d'images humoristiques : les histoires humoristiques ont été particulièrement mal comprises, à cause des troubles linguistiques (à l'inverse des images humoristiques), des difficultés mnésiques et de la difficulté à se détacher de son propre vécu. De

¹⁸² WALTER Marc, HANNI Beat, HAUG Myriam et al.. *Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease : a pilot study*. pp. 77-83

¹⁸³ LOW Lee-Fay, BRODATY Henry, GOODENOUGH Belinda et al.. *The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and Elderclowns (SMILE) study : Cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes*. pp. 564-569

¹⁸⁴ PARCE, Laure. *La compréhension d'histoires et d'images humoristiques chez 15 sujets atteints de démence type Alzheimer*

plus, dès que l'humour devient complexe par appel à l'implicite, les patients ne peuvent accéder au sens intrinsèque du support.

L'appréciation du matériel présenté a aussi été évaluée : les échecs sont attribués à une difficulté pour le patient à se détacher du support. Notons toutefois que l'essentiel des images et histoires humoristiques, retenues dans le protocole, a été recueilli dans des ouvrages enfantins (comme Bécassine) pour leur simplicité. Or, non seulement ce choix est critiquable car très infantilisant pour l'adulte malade mais le comique pour enfant est souvent très peu comique pour l'adulte : comme nous l'avons vu précédemment avec Goel et Dolan, les enfants rient d'une transgression des normes physiques, matérielles alors que les adultes sont plus sensibles à l'humour découlant de la violation d'une norme sociale.

Pour conclure, utiliser l'humour en orthophonie avec des patients malades d'Alzheimer (car, comme l'écrit Wender, il ne faut se heurter ni aux a priori de l'âge, ni de la pathologie) nécessite d'établir d'abord un climat de confiance. Si les difficultés de compréhension du patient sont trop importantes, mieux vaut utiliser le sourire, les expressions de bienveillance plutôt que les traits d'humour. Il est également évident qu'il faut se cantonner à l'humour dit « positif » afin d'éviter que le patient, qui peut en plus avoir, du fait de sa maladie, un sentiment de persécution plus ou moins développé, se sente raillé, humilié, blessé. De la même façon, on évitera, en fonction des patients, les sujets qui pourraient favoriser une projection trop importante : la vieillesse ou la maladie par exemple. Enfin, il est primordial de privilégier la métacommunication car rappelons-nous que ce canal est préservé dans la maladie. Il s'agira donc d'enrichir l'humour de mimiques, de rires, de regards, bref, de tout ce qui facilitera la compréhension. En revanche, toute forme d'humour produite par le patient est, selon nous, bonne à prendre, car elle témoigne d'une personnalité solide et d'une communication encore performante.

CHAPITRE III

PRATIQUE ET ANALYSE

I. Problématique

Nous avons tenté, dans notre partie théorique, de faire un état des lieux des capacités altérées et préservées dans la maladie d'Alzheimer, de délimiter le concept de l'humour et de le mettre en lien avec ses différentes approches thérapeutiques. Nous avons pu constater que la croisée de ces domaines, humour et maladie d'Alzheimer, avait été peu explorée à ce jour, c'est pourquoi nous avons décidé de l'investiguer.

En effet, préserver le plus longtemps possible les capacités relationnelles des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer est un objectif essentiel pour tous ceux qui s'impliquent auprès de ces individus. Dans cette optique, nous nous sommes donc demandés si ces individus étaient encore capables de percevoir l'humour, de le comprendre et de l'apprécier. Notre postulat était le suivant : puisque le vecteur émotionnel est globalement préservé dans cette maladie, peut-être peut-on s'en servir pour véhiculer de l'humour dans nos rapports et partager avec eux des moments d'apaisement et de plaisir. Car, si l'humour est un processus hautement cognitif, il n'est pas toujours nécessaire de le comprendre pour l'apprécier : la simple perception d'une incongruité, même instinctive, peut suffire à susciter une réaction à la base d'un échange sincère.

Pour essayer de répondre à nos questionnements nous avons élaboré :

- Un protocole fondé sur un montage vidéo mêlant différents supports et types d'humour, dont les passations, individuelles, ont été menées auprès d'un groupe de sujets malades, par comparaison à un groupe de sujets sains témoins,
- Un atelier collectif à l'accueil de jour de France Alzheimer 06 abordant le thème général de l'humour par le biais de questions ouvertes pour définir le concept et du partage de situations humoristiques concrètes,
- Un questionnaire à l'intention des soignants de l'accueil de jour de F.A. 06 afin de connaître leur point de vue sur la nécessité, ou non, d'utiliser l'humour avec ce type de patients.

II. Méthodologie de notre étude

1. Protocole

1.1. Description

Notre protocole comporte sept items distincts mêlant différentes sortes d'humour à plusieurs vecteurs de communication : l'image, photographiée ou dessinée, la langue écrite et la langue

orale, avec ou sans support visuel. Il est évident que nous n'avons pas pu faire une liste exhaustive de tous les styles et formats comiques existants, la passation de ce protocole se devant d'être brève compte tenu de la population à qui il s'adressait, c'est-à-dire des individus aisément distractibles. Nous avons quand même essayé de rassembler des séquences très différentes les unes des autres, d'une part pour mieux analyser lesquelles seraient les mieux comprises et appréciées, d'autre part pour éviter d'éventuelles persévérations d'un item à l'autre.

Pour le dépouillement des résultats, nous avons choisi de les observer sous deux versants : celui de la compréhension et celui de l'appréciation. Pour le versant cognitif, nous avons élaboré une grille de cotation des divers éléments de compréhension à retenir, chacun d'eux correspondant à un pourcentage, arbitraire certes mais définis en fonction de leur importance dans la séquence. Nous avons volontairement préféré préciser certains éléments plutôt que de les envisager de manière globale car nous nous sommes aperçus que les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer pouvaient se fixer sur des détails, tout en laissant de côté les éléments primordiaux. Ainsi pour éviter qu'elles ne soient totalement lésées dans la cotation, nous avons attribué à ces éléments de détails de faibles pourcentages. Pour l'appréciation, nous avons choisi de la définir selon trois qualificatifs : totale, modérée ou nulle, établi en fonction des expressions faciales observées chez les participants et de leurs commentaires spontanés ou relevés à la demande de l'examineur. Enfin, nous avons complété ce versant par la récolte d'éventuelles anecdotes suscitées par les différents items.

1.1.1. Photographie : « *L'homme au violoncelle* »

C'est une photo de Maurice Baquet, violoncelliste, alpiniste et acteur français. Elle a été prise par Robert Doisneau en 1957 et figure dans l'ouvrage *Ballade pour violoncelle et chambre noire* publié aux éditions Herscher en 2005.

Pour la cotation des critères en compréhension, cinq éléments dont un, déterminant, ont été relevés et figurent dans le tableau ci-après.



ELEMENTS	POURCENTAGES
Temps pluvieux	10 %
Un homme regarde ou peint une toile.	10%
Un autre homme avec un parapluie se tient à côté d'un violoncelle (contrebasse ou guitare).	10% (5% si l'instrument n'est pas identifié)
Avec son parapluie, il protège son instrument au lieu de se protéger lui-même de la pluie.	60 %
Il se tient debout au bord du trottoir dans l'attente de quelqu'un ou de quelque chose.	10 %

1.1.2. Citation écrite de Pierre Dac

« Pour ceux qui vont chercher midi à quatorze heures, la minute de vérité risque de se faire attendre longtemps. » Pierre Dac, *Les Pensées*, Editions du Cherche Midi, 1972

Ici, l'humour réside donc dans l'énonciation d'une vérité générale par le rapprochement de deux expressions : « chercher midi à quatorze heures » et « la minute de vérité ». Ainsi, pour obtenir 100 % de compréhension à cet item, il faut pouvoir expliquer le postulat et sa conséquence logique : pour ceux qui font d'une chose simple quelque chose de compliqué, la vérité est inaccessible. Deux cas de figure sont envisageables :

- Soit la compréhension est totale,
 - Soit la compréhension est partielle car seul le premier élément est analysé correctement.
- En effet, le second élément découlant du premier, il ne peut être compris seul.

ELEMENTS	POURCENTAGES
Explication du postulat : « <i>Pour ceux qui vont chercher midi à quatorze heures... »</i>	50 %
Explication de la conséquence : « <i>... la minute de vérité risque de se faire attendre longtemps. »</i>	50%

1.1.3. Extrait de film parlant : « *La mauvaise bourrasque* »

Cette scène d'une minute et cinquante-huit secondes est extraite du film *Le Gendarme en balade* réalisé en 1970 par Jean Girault. Trois acteurs y sont réunis : Claude Gensac dans le rôle de la châtelaine, Louis de Funès dans celui du mari et Paul Mercey dans le rôle du curé. Le comique réside dans un double dialogue, verbal et gestuel, facilité par la mise en scène : les époux sont assis sur un sofa, le curé est installé dans un fauteuil, face à eux.

Dans cette scène, le curé rend visite aux châtelains dans l'espoir d'obtenir des subsides pour les rénovations du toit de la paroisse, abîmé par une mauvaise bourrasque. L'épouse est encline à donner de l'argent et vante les devoirs de la bonne chrétienne mais son mari, lui, n'est pas de cet avis. Cependant, comme il est soumis à son épouse, il le fait comprendre au curé par de multiples signes et grimaces, dès que sa femme détourne le regard. Le curé, d'abord interloqué, finit par répondre aux grimaces par d'autres grimaces, ce qui surprend tout à fait la châtelaine qui ne voit pas les manigances de son mari. A la fin de cet entretien, l'étrangeté de l'échange et la sortie inopinée de son mari semblent lui faire reconsidérer ses intentions premières.

Pour la cotation en compréhension, on considère qu'il y a huit éléments de valeur équivalente :

ELEMENTS	POURCENTAGES
Un curé	12,5 %
Un couple	12,5 %
La raison de l'entrevue : le curé vient demander de l'argent pour réparer le toit de la chapelle endommagé par une violente bourrasque	12, 5 % (6 % si la nature de l'aide demandée n'est pas spécifiée)
La position de l'épouse face à cette demande : elle semble vouloir apporter son aide	12,5 %
La position de l'époux face à cette demande : il ne le souhaite pas et le signifie gestuellement	12,5 %
La relation au sein du couple : elle domine son mari, puisque celui-ci se cache d'elle pour envoyer promener le curé	12,5 %
La réaction du curé face aux signaux dissimulés du châtelain : dialogue de grimaces	12,5 %
La réaction de la potentielle bienfaitrice : elle semble reconsidérer ses intentions	12,5 %

1.1.4. Dessin humoristique : « *Abolissons les privilèges des pauvres* »

Ce dessin humoristique a été réalisé par Deligne et publié par un webdo (un journal hebdomadaire sur le net) satirique nommé Urtikan.net dans son numéro 38 du 29 février 2012. Il mêle langage écrit et dessin.

Cet item est peut-être le moins évident à apprécier et à analyser parmi tous ceux proposés dans notre protocole car il se situe, d'une part, dans le registre de l'humour noir qui peut choquer, et qu'il nécessite, d'autre part, un certain niveau de vocabulaire. Pour Deligne, il s'agit de dénoncer d'une manière grinçante la misère en jouant sur les paradoxes. Ainsi, sous la bannière « *Abolissons les privilèges des pauvres* », que l'on peut qualifier d'oxymorique, plusieurs privilèges destinés aux personnes très aisées, sont détournés de leur usage habituel pour coller au cadre de vie d'un clochard.

ABOLISSONS LES PRIVILÈGES DES PAUVRES !



Concernant la grille des critères en compréhension, dix éléments de compréhension sont à prendre en compte. Toutefois, nous avons considéré que le sujet accédait à 51 % de compréhension si le titre, le personnage et une flèche au moins étaient analysés correctement.

ELEMENTS	POURCENTAGES
Le titre « <i>Abolissons les privilèges des pauvres</i> » : les pauvres n'ont pas de privilèges, on ne peut donc pas les abolir.	30 %
Le personnage est un sans-abri.	14 %
<ul style="list-style-type: none"> « <i>revenus non imposés</i> » : l'expression, ordinairement employée pour les niches fiscales permettant de contourner l'impôt, désigne ici les aumônes du sans-abri, qui sont évidemment tellement faibles qu'elles ne peuvent être imposées. 	7 %
<ul style="list-style-type: none"> « <i>pied-à-terre en centre-ville</i> » : logement, en centre-ville, où l'on ne vient qu'en passant et qui désigne ici le carton dans lequel dort le sans-abri 	7 %
<ul style="list-style-type: none"> « <i>parachute doré</i> » : prime de départ accordée à un dirigeant de société anonyme par l'entreprise qui l'emploie et qui désigne ici le vieux parapluie jaune 	7 %

déchiré que le sans-abri tient dans la main	
<ul style="list-style-type: none"> • « <i>retraite chapeau</i> » : complément de la retraite légale réservé à certains mandataires sociaux, cadres supérieurs ou catégories de salariés et qui désigne ici le chapeau miteux du sans-abri 	7 %
<ul style="list-style-type: none"> • « <i>résidence secondaire</i> » : logement de villégiature dans lequel son propriétaire ne séjourne que pour une courte durée et qui désigne ici un deuxième carton 	7 %
<ul style="list-style-type: none"> • « <i>sale air indécent</i> » : jeu de mots avec « salaire indécent », c'est-à-dire un salaire excessivement élevé, et l'air pollué sortant de la bouche d'égout 	14 % (7 % si le jeu de mots n'est pas identifié)
<ul style="list-style-type: none"> • « <i>restaurant réservé</i> » : grand restaurant étoilé réservé à ceux qui ont beaucoup de moyens et qui désigne ici un sac de provisions marqué du sigle des « Restaurants du Cœur », association organisant des collectes alimentaires pour les plus démunis 	7 %

1.1.5. Extrait de film muet : Charlot dans *Les Temps Modernes*

Cet extrait d'une minute et vingt-neuf secondes est tiré du film muet *Les Temps Modernes*, comédie dramatique américaine réalisée en 1936 par Charles Chaplin pour dénoncer les conditions de vie des ouvriers lors de la Grande Dépression (crise économique de 1873 à 1896) dans un monde industrialisé.

Dans cette séquence, Charlot travaille à visser des boulons à la chaîne dans une usine lorsque le contremaître lui demande d'accélérer la cadence. Pris dans un rythme infernal, Charlot glisse sur le tapis, rattrapé de justesse par son collègue. Mais celui-ci, qui le retient par les pieds, le lâche malencontreusement pour appeler des secours et Charlot est avalé par la machine, circulant entre d'énormes rouages dont il continue à visser les boulons. Heureusement, le contremaître, enfin alerté, fait fonctionner la machine en sens inverse pour ramener Charlot. Ce dernier n'est cependant plus du tout dans son état normal : il visse le nez de son camarade, se fait des antennes avec ses clefs à molette et effraye une jeune femme qui passe en lui courant après tel un clown. Cette scène est la métaphore d'une société de consommation aliénante, dominée par des machines et instrumentalisant ses hommes jusqu'à la folie afin de produire toujours plus.

Pour la grille de cotation en compréhension, il y a cinq éléments non équivalents :

ELEMENTS	POURCENTAGES
Travail à la chaîne dans une usine	15 %
Le contremaître ordonne à Charlot d'aller plus vite.	15 %
Charlot, dépassé, est avalé par la machine.	30 %
Le contremaître fait fonctionner la machine en sens inverse pour le ramener.	10 %
Charlot est devenu fou.	30 %

1.1.6. Citation écrite de Francis Blanche

« *La ville d'Antibes et la ville de Biot vont fusionner. Leurs habitants s'appelleront désormais les antibiotiques.* » Francis Blanche, *Les Pensées*, Editions du Cherche Midi, 2011

Le comique réside ici dans l'analyse du jeu de mots entre les villes d'Antibes et de Biot et les médicaments antibiotiques. L'identification du jeu de mots donne lieu à 100 % de compréhension. Dans le cas contraire, la compréhension est nulle.

ELEMENTS	POURCENTAGES
Jeu de mots	100 %

1.1.7. Extrait radiophonique : « *L'alcool oui, l'eau ferrugineuse non !* »

Le 24 novembre 1959, Bourvil interprète le sketch intitulé *La causerie du délégué de la ligue anti-alcoolique* écrit par Roger Pierre.

Pour notre protocole, cette séquence dure deux minutes et huit secondes et a été réduite à sa seule écoute, sans support visuel. Il y est question d'un homme, se présentant comme un délégué de la ligue anti-alcoolique, venu faire une allocution pour vanter les mérites de l'eau minérale ferrugineuse. Mais l'auditeur s'aperçoit vite que celui-ci est ivre : sa voix est pâteuse, il a le hoquet, bégaye, butte systématiquement sur « ferrugineuse », parle d'alcool au lieu de parler de l'eau et fait de multiples jeux de mots à base de « fer ».

Cinq éléments de compréhension non équivalents ont été dégagés :

ELEMENTS	POURCENTAGES
Un représentant de la ligue anti-alcoolique promeut les mérites de l'eau ferrugineuse.	35 %
Il est ivre.	35 %
La voix est pâteuse, il a le hoquet.	10 %
Il bégaye, buttant notamment sur « ferrugineuse ».	10 %
Il y a des jeux de mots multiples à partir de « fer » et de ses homonymes.	10 %

1.2. Populations concernées

Nous avons fait passer ce protocole à deux groupes de sujets : des individus atteints de la maladie d'Alzheimer et des individus témoins sains.

1.2.1. Groupe de sujets témoins

La population témoin devait répondre aux critères suivants :

- Avoir au moins 60 ans
- Absence de diagnostic concernant une pathologie neurologique
- Absence de diagnostic concernant une pathologie neurodégénérative
- Absence de diagnostic concernant une pathologie psychiatrique
- Absence de déficience mentale
- Absence de trouble auditif qui ne soit pas correctement appareillé
- Absence de déficience visuelle qui ne soit pas corrigée par le port de lunettes de vue

Ainsi, onze personnes, huit femmes et trois hommes, nées entre 1928 et 1951 et répondant à l'ensemble de ces critères ont bien voulu entrer dans notre protocole. Toutes fréquentent la Maison des Séniors Pasteur, située 2, rue Antonia Augusta à Nice. Issue de la politique du Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la ville de Nice qui a mis en place un réseau de six Maisons des Seniors, celle-ci a pour thème : « Nouveaux espaces et Nouvelles technologies » et propose l'accueil et l'information des séniors, des formations en informatique, un libre accès à

internet, des voyages à prix réduits, des activités de proximité et des temps de partage avec d'autres associations.

Les résultats de ce groupe nous ont servi d'étalon afin de pouvoir comparer les résultats de la population cible.

1.2.2. Groupe de sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

La population cible devrait répondre aux critères suivants :

- Etre âgé au minimum de 60 ans
- Présence d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés
- Etre à un stade modéré ou modérément sévère de la maladie
- Absence de déficience mentale
- Absence de trouble auditif qui ne soit pas correctement appareillé
- Absence de déficience visuelle qui ne soit pas corrigée par le port de lunettes de vue

Ainsi, quinze personnes, six femmes et huit hommes, nées entre 1926 et 1954 ont bien voulu entrer dans ce protocole. Tous fréquentent l'association France Alzheimer 06 : treize personnes ont été vues à l'accueil de jour à l'Institut Claude Pompidou, 10, rue Molière et deux personnes ont été vues à la Plateforme de Répit, 5, Avenue Béatrix, à Nice.

1.3. Modalités de passation du protocole

1.3.1. Matériel utilisé et temps de passation

Chaque passation s'est déroulée individuellement dans une pièce libre, autour d'un bureau, l'examineur étant assis à côté du sujet afin de favoriser un climat de confiance. En effet, il était primordial pour nous que le sujet ne se sente pas évalué ; nous étions là pour partager avec lui autour de différents supports.

Le montage vidéo a été projeté sur un ordinateur portable muni de deux enceintes. Les réponses et commentaires des participants ont été, avec leur accord, retranscrits simultanément sur une feuille de papier.

Le temps de passation a varié entre quarante-cinq minutes et une heure par participant.

1.3.2. Déroulement de la passation

L'examinatrice s'est présentée différemment en fonction du groupe auquel elle s'adressait. Pour le groupe témoin, elle s'est présentée comme une stagiaire en orthophonie devant réaliser, en vue de son diplôme de fin d'études, un mémoire (un travail rédigé, un dossier...) dont le sujet visait à évaluer les capacités d'appréciation et de compréhension de l'humour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré. Toutefois, pour que le test pratique soit accrédité, elle devait le faire passer à un groupe de personnes non malades afin de pouvoir comparer ses résultats.

Pour le groupe malade, elle n'a jamais dévoilé le sujet de son mémoire, ni même prononcé le mot « mémoire », préférant leur expliquer simplement qu'elle avait besoin d'eux pour pouvoir réaliser un travail lui permettant d'être diplômée à la fin de l'année. Elle leur a précisé qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses et qu'il s'agissait simplement de discuter autour de différentes séquences. Il s'agissait là pour nous, d'éviter autant que possible de les mettre en échec, en les mettant d'une part, face à leur maladie, et d'autre part, dans une situation de test, qu'ils ne connaissent que trop bien. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons souvent adopté des attitudes de renarcissisation et de réassurance avec ces sujets durant les passations.

Avant chaque passation, elle a demandé à chacun des participants leur prénom, leur date de naissance, le niveau d'études et la profession qu'ils exerçaient avant d'être retraités. Ces deux derniers éléments nous ont permis, par la suite, de pouvoir affiner l'interprétation de nos résultats (notamment concernant le dessin humoristique) et distinguer ce qui n'était pas compris à cause des effets de la maladie ou en raison d'un niveau d'instruction ou d'une culture générale trop faible.

La passation en elle-même s'est déroulée dans des conditions identiques dans les deux groupes : après chaque item produit, l'examinatrice a mis le montage vidéo en mode pause pour récolter les commentaires spontanés et les réponses aux questions posées. En effet, il fallait prendre en compte les réactions immédiates puis demander au participant de nous expliquer ce qu'il avait compris. Si nous n'obtenions pas tous les éléments figurant dans la grille de cotation, nous posions alors des questions ciblées. S'il subsistait des incertitudes quant à la compréhension de la séquence, nous demandions au sujet d'explicitier sa pensée. Enfin, sur un versant subjectif, nous lui avons demandé ce qu'il pensait de chaque item proposé : le trouvait-il « drôle », « amusant », « comique », « humoristique » ? Le mettait-il en lien avec une anecdote, un souvenir, une réaction personnelle ?

Pour l'extrait radiophonique, nous leur avons expliqué que nous voulions seulement qu'ils puissent écouter ce qui allait suivre et que pour cette raison, nous allions cacher l'écran de l'ordinateur pour qu'ils n'aient pas de support visuel.

2. L'Atelier Humour

2.1. Le lieu : accueil de jour de France Alzheimer 06

L'accueil de jour de France Alzheimer peut recevoir, tous les jours (hors week-end) ou quelques jours par semaine, dix-neuf personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou de troubles apparentés ne présentant pas de troubles agressifs importants du comportement et ne nécessitant pas de surveillance médicale permanente. Créé en 1995, c'est une alternative non médicamenteuse, intermédiaire, entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation, qui va permettre de préserver voire de restaurer l'autonomie de la personne, mais aussi une prévention contre l'épuisement de l'aidant.

Un protocole fixant les modalités d'accueil de chaque nouvel arrivant est établi entre le patient, ses aidants naturels et la direction. Il y a toujours une période d'essai avant la signature du contrat de séjour permettant l'admission définitive du sujet. Le projet thérapeutique permet la mise en place d'un accompagnement thérapeutique et social personnalisé.

La structure fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire (aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie, psychologue et psycho-gérontologue, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricienne...) spécialisée dans la prise en charge des patients Alzheimer, complétée par des personnels administratifs et des services généraux.

Deux collations, à l'arrivée et en milieu d'après-midi, ainsi qu'un repas, sont assurés chaque jour pour faciliter l'émergence d'une convivialité. Pour maintenir le lien social, favoriser une cohésion du groupe, l'émulation et réduire l'agressivité, des activités diverses sont proposées comme par exemple de la gymnastique douce, des arts plastiques, des activités manuelles, du chant, des sorties en groupe, des thés littéraires, des débats et des discussions philosophiques, un atelier contes, un atelier théâtre, un atelier poésie... et un atelier sur l'humour ! Toutefois, le sujet garde sa liberté de choix et peut tout à fait refuser de participer à une activité à laquelle il est convié.

2.2. Les participants à l'atelier

Il y a huit personnes accueillies à l'accueil de jour, trois femmes et cinq hommes, qui ont participé à notre atelier. Parfois nous avons eu l'honneur d'accueillir une personne supplémentaire, nouvellement arrivée dans la structure et qui était en période d'essai.

2.2.1. Les dames

a. Madame R.

Madame R. a 72 ans, elle est mariée, a deux enfants, c'est son mari qui s'occupe principalement d'elle. Elle fréquente l'accueil de jour, deux fois par semaine, depuis plus de deux ans. Ses troubles ont commencé il y a huit ans avec notamment une désorientation temporo-spatiale, des troubles de la mémoire à court terme, des difficultés langagières ... Elle est à un stade modérément sévère de la maladie.

Madame R. est souriante et aimable mais elle est très anxieuse. Elle a conscience de ses difficultés, ce qui la peine beaucoup. Il faut donc très souvent la rassurer en associant le geste à la parole : lui prendre doucement le bras tout en lui signifiant qu'on comprend ses difficultés par exemple, la valoriser, la réconforter dans les moments de fatigue et de détresse. Elle a toutefois un caractère facile. Très sociable, elle s'amuse de beaucoup de choses. Si elle se tient souvent en retrait, elle est très attentive à la discussion et est toujours prête à saisir le moment opportun pour taquiner gentiment ses camarades.

b. Madame A.

Madame A. a 81 ans, elle est veuve et a trois enfants, ce sont eux qui s'occupent d'elle aujourd'hui. Elle a toujours beaucoup travaillé, avec des postes à responsabilités. Elle fréquente l'accueil de jour, une fois par semaine, depuis plus d'un an. Le début de ses troubles remonte à cinq ans auparavant et le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé. Elle a principalement des troubles de la mémoire à court terme et une désorientation temporo-spatiale. Elle est à un stade modéré de la maladie.

Madame A. est une femme vive et dynamique, qui s'est toujours battue pour défendre ses idées. C'est une féministe dans l'âme ! Au cours des séances en atelier, de ses anecdotes, nous avons pu imaginer la jeune fille rebelle et impertinente qu'elle avait dû être ! Dotée d'une grande culture, la prise de parole en groupe ne lui fait pas peur et elle a souvent le mot juste. Elle a toutefois des thèmes redondants, qu'elle peut évoquer plusieurs fois par séance, comme la guerre qui l'a beaucoup marquée ou la perte de son mari, sans que cela ait de rapport apparent avec la discussion en cours.

c. Madame J.

Madame J. a 75 ans. Elle est veuve et a eu quatre enfants. Son aidant naturel est l'une de ses filles. Elle fréquente l'accueil de jour depuis six ans et demi. Ses troubles ont commencé il y a quinze ans, le diagnostic est celui d'un syndrome de Korsakoff sans agnosie, les troubles neuropsychiatriques étant « *sensiblement les mêmes que dans la démence de type Alzheimer à forme presbyophrénique* » selon le neurologue qui la suit. La mémoire sémantique et l'organisation spatiale sont les plus touchées. Elle est à un stade modéré de la maladie.

Madame J. est très souriante et avenante. Rares sont ceux qui ne bénéficient pas de ses éloges. A l'accueil de jour, elle dit souvent qu'elle s'y sent bien, qu'elle y est comme en famille. Elle est très liante et s'implique dans l'atelier, commentant ce qui est proposé jusqu'à souvent monopoliser la parole avec des propos répétitifs. Elle aime plaisanter mais pas de tout. Elle craint la moquerie et refuse catégoriquement de s'y adonner, mais l'humour un peu grivois ne lui déplaît pas !

2.2.2. Les messieurs

a. Monsieur J.

Monsieur J. a 74 ans. Il est marié et a deux enfants. C'est son épouse qui s'occupe de lui. Il fréquente l'accueil de jour depuis un an au rythme de deux fois par semaine. Le début de ses troubles date d'il y a cinq ans avec des troubles des praxies, de l'idéation et du langage, un comportement d'opposition... Il est à un stade modérément sévère de la maladie.

Monsieur J. a été un militant syndicaliste très engagé. C'est un érudit, passionné de cinéma, de théâtre et d'opéra. Il suit l'actualité, notamment politique. Au sein de l'atelier, il est très impliqué lorsque quelque chose l'intéresse. Il aime d'ailleurs orienter le débat sur des aspects plus intellectuels, philosophiques malgré ses troubles de l'idéation qui lui font souvent perdre le fil de ses pensées et du langage qui font que les mots viennent à manquer. S'il est parfois grognon, il s'ouvre au fil de la séance et c'est même Monsieur J. qui arrondira les angles avec celui ou celle qui sera, ce jour-là, de mauvaise humeur voire de mauvaise humour !

b. Monsieur A.

Monsieur A. a 84 ans. Il est marié et a deux enfants. Son épouse est son aidant naturel. Il fréquente l'accueil de jour depuis presque cinq ans à raison de deux jours par semaine. Ses

troubles ont commencé il y a huit ans avec des troubles de la mémoire à court terme, une désorientation temporo-spatiale, des troubles du langage... Il est à un stade sévère de la maladie.

Monsieur A. est quasiment mutique mais ses yeux parlent pour lui. Sur forte incitation verbale, il peut nous répondre par des mots ou des phrases courtes, toujours à propos. Souvent en retrait, mais d'un caractère docile et conciliant (depuis qu'il est malade) il s'intègre bien au groupe. Lui, qui a pour habitude de déambuler dans le couloir de l'accueil de jour, est capable de rester assis et attentif tout au long de l'atelier. Et cela, même s'il est relativement difficile, mais pas impossible, de le faire rire ou sourire.

c. Monsieur T.

Monsieur T. a 77 ans. Il est marié et a trois enfants, son épouse s'occupe de lui. Il fréquente l'accueil de jour depuis huit mois à raison d'une fois par semaine. Ses troubles ont débuté il y a trois ans. Il est à un stade modéré de la maladie d'Alzheimer.

Monsieur T. est le charmeur de ces dames, proposant un dîner aux chandelles à l'une, une demande en mariage à l'autre... Il adore jouer sur son âge tout en étant tout à fait conscient de son âge réel : il demande à l'assemblée de deviner son âge, Madame R. et Madame J. entrent dans son jeu, le rajeunissent pour le flatter et il s'empresse alors de donner un âge encore plus juvénile. Toutefois, sous ses airs taquins, Monsieur J. est conscient de ses difficultés mnésiques qu'il justifie par un niveau d'instruction faible (par mécanisme de défense et/ou par véritable complexe d'infériorité). Au sein de l'atelier, il s'intéresse à ce qui est proposé et est plutôt bon public, avec un humour un peu pince sans-rire. En effet, s'il fait toujours mine d'être sur le point de se vexer ou de se mettre en colère, ce n'est que pour mieux surprendre son interlocuteur par une pirouette.

d. Monsieur C.

Monsieur C. a 81 ans. Il est marié et son épouse s'occupe de lui. Il fréquente l'accueil de jour depuis huit mois, une fois par semaine. Ses troubles ont commencé il y a cinq ans avec des difficultés de compréhension, des difficultés praxiques, une apathie importante, un manque d'initiative... Il est à un stade modéré de la maladie.

Monsieur C. est, depuis sa maladie, d'un naturel docile et conciliant. Toujours d'humeur égale, il est rare de voir s'inscrire une émotion sur son visage, bien qu'il soit capable, au sein de l'atelier, de sourire et même de rire de certaines choses. En retrait, Monsieur C. a pourtant toujours le mot juste, notamment dans le cadre de questions ciblées : lorsque l'on cherche un mot, le nom d'un personnage célèbre, la date... Il est cependant plus en difficulté dans les questions subjectives,

qu'il évite : lorsque l'on lui demande son avis, celui-ci est toujours neutre « *Oui, bien sûr* » ou différé « *Je réfléchis* ».

e. Monsieur R.

Monsieur R. a 86 ans. Marié, avec deux enfants, c'est sa femme qui s'occupe de lui au quotidien. Il vient à l'accueil de jour depuis le début de l'année 2015. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé il y a deux ans et demi, il est aujourd'hui à un stade modéré de la maladie.

Monsieur R. est un homme doux et calme. A l'atelier, où il a plaisir à venir, il a à cœur de s'exprimer avec honnêteté et justesse sur les différents thèmes abordés. Dans le groupe, il s'est intégré très facilement. Toujours très à l'écoute de ses camarades, il a rapidement su appréhender, avec finesse, leur personnalité et est toujours ouvert à la discussion.

2.3. Le déroulement de l'atelier

La mise en place d'un atelier ne doit pas se faire à la légère : il doit être adapté à la demande, au désir, à l'histoire de vie des patients, tout en respectant les contraintes posées par la structure d'accueil. Pour la solidité du cadre, il doit correspondre à une unité de lieu, de temps, d'équipe et de groupe : avoir lieu toujours à la même heure, le même jour, dans la même pièce avec les mêmes animateurs et, si possible, avec les mêmes participants.

Un atelier a pour fonction première de combler le temps vide, générateur d'angoisse pour ces personnes âgées en perte de repères. C'est un moyen de solliciter les fonctions cérébrales et les ressources résiduelles de chacun tout en permettant une médiation de la relation, une valorisation de la personne à qui l'on permet d'exister, de réintégrer sa place d'individu, avec son histoire, sa façon de penser et de dire. C'est le groupe qui permet à chacun de déployer ses richesses, de mettre en valeur son unicité par la confrontation ou l'alliance des diversités de points de vue, de sensibilités, de parcours de vie. Il est le moteur de l'atelier car il favorise l'émulation tout en autorisant momentanément le relâchement de l'attention.

Nous espérons, en mettant en place notre atelier sur l'humour, que nous trouverions des personnes désireuses de le vivre avec nous. Nous voulions explorer leur définition de l'humour, débattre, s'intéresser à plusieurs supports et formes d'humour pour connaître leurs goûts, approfondir leurs capacités de rétention et de compréhension et laisser émerger les souvenirs personnels et les anecdotes. Nous avons constaté que beaucoup ont envie de rire, de partager, de se raconter, souvent avec légèreté, malgré une conscience plus ou moins aiguë de leurs difficultés. Cela est d'ailleurs flagrant, dès leur arrivée le matin à l'accueil de jour, lorsqu'ils sont tous réunis

autour du café : ils ne sont pas moroses, grincheux ou angoissés, non, ils sont heureux de se retrouver, plaisantent, rient, se complimentent ou s'asticotent gentiment.

Tous les jeudis matins, nous nous sommes donc retrouvés après la collation, vers 10h15 jusqu'à 11h30 environ. Sept personnes étaient invitées à notre atelier. Nous les appelions une à une par leur prénom pour qu'elles nous suivent, si elles le désiraient, dans une grande salle, qui (par un heureux hasard) s'appelait « la Joïa ». Nous les placions en cercle ouvert autour de la table en fonction de leurs affinités et de leurs capacités à se stimuler les uns les autres. Nous, animateurs, nous trouvions de chaque côté de l'ouverture du cercle, à côté des personnes les plus en difficulté et en retrait (comme Madame R. ou Monsieur A.) pour encourager leurs prises de parole et les soutenir dans leurs faiblesses. Nous avons très régulièrement filmé les séances, avec l'accord de chacun de nos participants. Nous voulions ainsi pouvoir revenir sur ce qui nous avait échappé ; un mot, une phrase, une attitude, regarder avec recul les apports de chaque séance et réfléchir avec plus d'objectivité à la progression de l'atelier.

Chaque séance commençait invariablement par le rappel de la date du jour, la raison de notre présence ensemble et ce que nous avions fait précédemment. Nous progressions ensuite selon deux axes :

- Soit nous proposons divers supports humoristiques, en général trois par séances, appartenant aux catégories suivantes :
 - **Langage oral et mimogestualité** : extraits de films, de sketches, de numéros de spectacle
 - **Langage oral** : extraits de sketches radiophoniques, de chansons, d'histoires drôles, de citations
 - **Mimogestualité** : extraits de films muets, de numéros de spectacle, de vidéos d'amateurs
 - **Images et langage écrit** : photographies, dessins, affiches publicitaires, avec du texte, extraits de bandes dessinées
 - **Images** : photographies et dessins
 - **Langage écrit** : citations, histoires drôles
- Soit nous discutons ensemble de questions générales concernant l'humour, comme par exemple : Qu'est-ce que l'humour ? Est-ce qu'on peut rire de tout ? Si oui, dans quelles conditions ? Si non, de quoi ne peut-on pas rire et pourquoi ? Est-ce que l'on peut vivre sans humour ? A quoi sert le rire ? Ou nous conversons autour de thèmes plus précis et

de questions moins ouvertes : Que faut-il pour qu'une fête soit réussie ? Etes-vous plutôt optimiste ou pessimiste ? Sur une échelle de 1 à 10, quelle est l'importance que vous accordez à l'humour ? Quelles sont les expressions employant le mot « rire » ? ...

Quel que soit l'axe choisi, nous avons toujours tenté de susciter chez eux un avis, un commentaire, une réminiscence ... tout en prenant garde à ce que chacun s'exprime, respecte les tours de parole, considère les interventions de l'autre pour rebondir dessus, évite les digressions et les coqs à l'âne... En définitive, nous cherchions, par le biais de nos supports et de nos questions, à travailler la mémoire à long et à court terme sous ses aspects auditif et visuel, les capacités attentionnelles, la compréhension, le langage sur ses versants lexico-sémantique et pragmatique et la subjectivité de l'interlocuteur.

Enfin, à la fin de chaque séance, nous prenions le temps de nous dire au revoir, de saluer leurs interventions, de signifier notre plaisir à partager ces moments avec eux et de rappeler que nous nous reverrions la semaine suivante.

3. Questionnaire réalisé auprès des « aidants formels »

Un questionnaire sur la place que les aidants formels réservent à l'humour dans leur pratique a été distribué auprès des membres de l'association de France Alzheimer 06. Nous avons choisi de les désigner sous la terminologie d'« aidants formels » parce que leur métier est de s'occuper des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, par opposition aux aidants « informels », appartenant à l'entourage proche (notamment familial) de la personne malade et qui la prend en charge au quotidien.

3.1. Présentation des aidants de FA 06

Parmi tous les aidants de France Alzheimer 06, onze personnes travaillant à l'accueil de jour ont gentiment répondu à notre questionnaire :

- La directrice de F.A. 06,
- Un agent de restauration,
- Deux aides-soignantes,
- Une aide médico-psychologique,
- Une art-thérapeute,
- Une intervenante extérieure, chargée de prévention pour le groupe associatif Siel Bleu,
- Une orthophoniste,

- Une personne indépendante s'occupant de l'accompagnement des patients en accueil de jour,
- Un chauffeur et salarié de l'association,
- Une psychologue.

Nathalie est la directrice de F.A. 06 et travaille auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer depuis 25 ans. Elle s'occupe de la gestion de l'accueil de jour et reçoit notamment les nouveaux arrivants et leur famille pour établir avec eux le projet thérapeutique de chaque patient. Elle veille également au bon fonctionnement de la plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux.

Hélène est agent de restauration au sein de la structure depuis onze ans. Elle contribue à la qualité du service et de l'accueil de chaque patient. Elle a pour fonction d'entretenir les locaux, de préparer et de servir les collations et le déjeuner.

Arlette et Khadija sont aides-soignantes. Elles ont respectivement 5 ans et 1 an d'expérience avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Toutes deux s'occupent d'assumer les besoins primaires des accueillis afin de pallier leurs difficultés dans les gestes de la vie courante et assurer leur confort. A l'accueil de jour, elles les aident, par exemple, à se déplacer d'une pièce à l'autre, à manger, à aller aux toilettes, les accompagnent lors de sorties, participent aux différentes activités qui sont organisées...

Christiane est aide médico-psychologique et travaille avec les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer depuis 12 ans. Son rôle est d'accompagner les personnes âgées accueillies dans la structure dans tous les actes quotidiens pour éveiller et soutenir leur communication.

Hilde est aide médico-psychologique ainsi qu'art-thérapeute. Elle travaille auprès des personnes souffrant de démence de type Alzheimer depuis 5 ans. En tant qu'art-thérapeute, elle s'occupe de l'accompagnement thérapeutique des accueillis par le biais de la création artistique dans un but d'épanouissement personnel ou de « mieux être ».

Angélique est chargée de prévention pour le groupe associatif « Siel Bleu ». Elle organise l'activité « Gym autour de la table » *« destinée à limiter l'alitement, à poursuivre la stimulation cognitive et physique pour contrer le degré de dépendance installée, dans la finalité de maintenir*

l'ensemble des capacités résiduelles. Elle se déroule autour d'une table pour faciliter l'accessibilité aux différents exercices et diminuer la fatigabilité des participants. »¹⁸⁵

Martine est orthophoniste au sein de l'accueil de jour. Elle travaille auprès de cette population depuis 11 ans. Au sein de la structure elle organise des groupes divers comme l'atelier théâtre, le thé littéraire, l'atelier poésie, le groupe contes... afin de favoriser les capacités d'expression et de communication des participants. Elle peut aussi donner un avis sur les capacités communicationnelles des nouveaux arrivants et effectuer un test de déglutition aux patients rencontrant des difficultés d'alimentation lors du repas. Toutefois, comme l'accueil de jour n'est pas une structure de soins, elle ne fait pas de bilan traditionnel.

Cathy est une intervenante extérieure, elle s'occupe de l'accompagnement en voiture des patients à l'accueil de jour. Depuis 13 ans elle vient chercher à domicile les accueillis qui ne peuvent venir par leurs propres moyens et les ramène en fin d'après-midi chez eux.

Gérard est chauffeur et assure les mêmes fonctions que Cathy depuis 10 ans. Il est aussi salarié de F.A. 06.

Enfin, Mathilde est psychologue et travaille auprès des patients souffrant de démence de type Alzheimer depuis 15 ans. Elle effectue les bilans psychologiques des accueillis et évalue le degré d'épuisement de l'aidant naturel. Elle organise aussi, à l'accueil de jour, des groupes de paroles autour de thèmes variés, d'actualité et/ou philosophiques.

3.2. Présentation du questionnaire

Après avoir renseigné les catégories « *Prénom* », « *Profession au sein de l'accueil de jour de France Alzheimer 06* » et « *Nombre d'années d'expérience avec les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer* », il était demandé aux participants de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

1) Diriez-vous que vous avez, en général, de l'humour ?

- Oui
- Non

¹⁸⁵ Site internet du groupe associatif Siel Bleu. *Gym autour de la table*

2) Si oui, vous arrive-t-il d'utiliser l'humour dans le cadre de votre travail avec les personnes que vous prenez en charge à l'accueil de jour ?
3) Dans quelle(s) type(s) de situation ?
4) Quels sont les facteurs influençant votre choix d'utiliser l'humour avec telle ou telle personne ? <i>(Quelles sont les raisons qui vous poussent à utiliser l'humour avec cette personne plutôt qu'avec une autre ?)</i>
5) Quels sont les facteurs influençant votre choix de <u>ne pas</u> utiliser l'humour avec telle ou telle personne ?
6) Etes-vous témoin d'échanges humoristiques entre les personnes ? <i>(c'est-à-dire que vous décelez chez eux la volonté de faire de l'humour)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Jamais • Rarement • Quelquefois • Souvent
7) Pourriez-vous raconter une anecdote à ce propos ?

Ce questionnaire avait plusieurs buts :

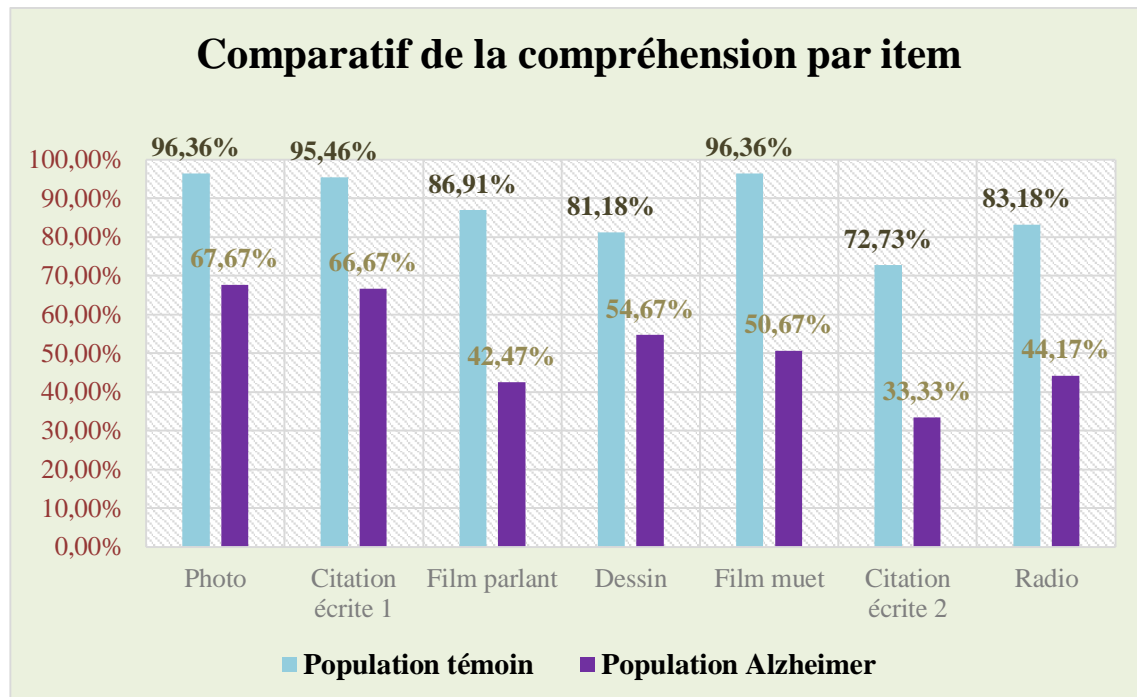
- Avoir le point de vue (extérieur au notre) des professionnels de santé en contact permanent, au sein d'un accueil de jour, avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, concernant leur capacité à percevoir l'humour,
- Connaître les utilisations concrètes de l'humour au sein de leur pratique ou les raisons de leur refus d'utiliser ce mode de communication,
- Savoir si, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer étaient encore capables de produire de l'humour,
- Compléter éventuellement l'analyse subjective des résultats obtenus dans notre protocole et les observations faites dans le cadre de notre atelier sur l'humour.

III. Résultats des analyses

1. Dans le cadre du protocole

1.1. Sur le versant cognitif

En comparant les résultats moyens obtenus à notre protocole auprès de la population témoin et de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés, nous sommes parvenus à élaborer l'histogramme suivant :



Etant donné que le barème de cotation que nous avons établi est différent pour chaque séquence humoristique, il ne nous semblait pas judicieux de comparer, entre eux, les résultats obtenus pour chaque item. Nous avons donc choisi de ne les interpréter que par rapport aux scores du groupe témoin en calculant les écarts de pourcentage entre les résultats moyens des deux populations :

ITEMS	POPULATION TEMOIN	POPULATION MALADE	ECARTS
Photographie	96,36%	67,67%	28,69%
Citation écrite 1	95,46%	66,67%	28,79%
Extrait de film parlant	86,91%	42,47%	44,44%

Dessin humoristique	81,18%	54,67%	26,51%
Extrait de film muet	96,36%	50,67%	45,69%
Citation écrite 2	72,73%	33,33%	39,40%
Extrait radiophonique	83,18%	44,17%	39,01%

Nous avons alors constaté, avec étonnement, que trois paliers de difficulté se dessinaient par rapport à la norme témoin pour la population malade :

- **Niveau de difficulté 1** : le dessin humoristique, la photographie et la citation écrite de Pierre Dac (entre 26,51% et 28,79% d'écart à la norme témoin),
- **Niveau de difficulté 2** : l'extrait radiophonique et la citation écrite de Francis Blanche (entre 39,01% et 39,40% d'écart à la norme témoin),
- **Niveau de difficulté 3** : l'extrait de film muet et l'extrait de film parlant (entre 44,44% et 45,69% d'écart à la norme témoin)

1.1.1. Interprétation des résultats obtenus aux items de niveau 1

En remarque préliminaire, nous pouvons observer que ce premier niveau de difficulté ne concerne que des items « fixes » : la photographie de Robert Doisneau, la citation écrite de Pierre Dac et le dessin humoristique de Deligne, pour lesquels il n'y a ni évolution de la scène ni contrainte temporelle. Le sujet a donc sous les yeux tous les éléments nécessaires à sa compréhension et ne fait pas appel à sa mémoire à court terme, qui est, rappelons-le, très atteinte dans la maladie d'Alzheimer.

a. Le dessin humoristique

Contrairement à nos prédictions, c'est l'item le mieux réussi par la population malade avec un écart à la norme témoin de 26,51%. En moyenne, 81,18% du dessin a été compris par la population témoin contre 54,67% par la population Alzheimer.

Pour cet item, il s'agit d'abord de repérer le paradoxe, ce « *copié-collé inversé des choses* » comme l'a évoqué un témoin, pour pouvoir l'analyser. Le titre et l'identité du personnage donnent le ton global du dessin et la clef pour comprendre cette contradiction : l'individu perçoit que « privilèges » n'appartient pas au champ sémantique de « pauvres », lui-même personnifié par le

clochard. Or, ces deux éléments ont peu posé problème : sur 15 personnes du groupe malade, 11 ont compris le titre et 12 ont pu identifier le personnage. Ces concepts sont donc préservés. Toutefois, pour les individus avec un faible niveau socio-éducatif, le terme « privilèges » n'a pas pu être décrypté car il n'appartenait pas, ou plus, à leur stock lexical.

Concernant les expressions fléchées, celles qui étaient moins ambiguës sur le plan lexical ont logiquement été mieux comprises que les expressions opaques. Ainsi, « revenus non imposés », « pied-à-terre en centre-ville » et « résidence secondaire » sont des expressions plus transparentes que « parachute doré » et « retraite chapeau », l'analyse littérale étant peu éloignée de l'interprétation figurée :

- « *revenus non imposés* » : 11 personnes sur 15 ont correctement identifié l'expression
- « *pied-à-terre en centre-ville* » : 8 personnes sur 15 ont compris l'expression
- « *résidence secondaire* » : 7 personnes sur 15 ont justement analysé l'expression
- « *parachute doré* » : 5 personnes sur 15 ont identifié correctement l'expression dans le dessin (contre 6 sur 11 dans la population témoin)
- « *retraite chapeau* » : 4 personnes sur 15 ont été en mesure de l'expliquer (contre 5 sur 11 dans la population témoin)

Pour le jeu de mots « *sale air indécent* », seules 3 personnes sur 15 l'ont perçu, contre 4 sur 11 dans la population témoin. L'hermétisme de ce jeu de mots, malgré notre demande de relire cette inscription à haute voix, a probablement rendu problématique, dans la population malade, sa contextualisation dans le dessin : la pollution émanant de la bouche d'égout n'a été identifiée que par 4 individus sur 15.

Pour l'inscription « *restaurant réservé* », seulement 5 personnes malades sur 15 ont identifié, avec aide pour décrypter le logo, qu'il s'agissait d'un paquet de provisions venant des Restaurants du Cœur. En effet, la difficulté de compréhension est posée par le dessin puisque le paquet n'a rien d'un restaurant. Le sujet peut donc être amené à des interprétations étranges comme « *C'est peut-être le nom du restaurant ou celui devant lequel il fait la manche.* »

b. La photographie

Cet item a été compris, en moyenne à 67,67% par la population Alzheimer, ce qui représente un écart de 28,69% par rapport au score du groupe témoin pour lequel l'item a été correctement analysé, en moyenne, à 96,36%.

Les individus malades ont pu, en majorité, décrire le cadre global de la photo, même si certains éléments pouvaient être omis : l'instrument a pu ne pas être cité ou nommé, le personnage au second plan oublié.

L'élément clef du cliché, à savoir que le musicien préfère abriter son violoncelle sous son parapluie plutôt que de s'y abriter lui-même, a été identifié par deux tiers des individus malades. Nous avons accepté certaines circonlocutions comme « *Ce qui est bizarre, c'est que le parapluie n'est pas assez grand pour protéger l'homme.* » ou, en désignant le parapluie puis la tête du musicien : « *Il y a un problème d'axe, le parapluie devrait être là* ». L'identification de cet élément suppose un raisonnement déductif : l'attitude du musicien est un tantinet déviante par rapport à la pratique usuelle de se servir d'un parapluie pour se protéger soi-même de la pluie.

En revanche, l'élément implicite supposant un raisonnement analogique, le musicien se tient au bord du trottoir le regard tourné vers sa gauche probablement dans l'attente de quelqu'un ou de quelque chose, a été très peu soulevé par la population Alzheimer. Malgré nos sollicitations, 9 individus sur 15 ne l'ont pas identifié, contre 3 témoins sur 11. Nous avons toutefois admis certaines réponses impliquant implicitement cette posture d'attente, comme « *Il semble se trouver sur un quai de gare.* », car sur un quai de gare, on ne peut qu'attendre l'arrivée ou le départ d'un train.

Enfin, l'homme au second plan a intrigué plusieurs participants au sein des deux groupes car s'il pleut, comment peut-il peindre ou regarder la toile qui n'est pas protégée de la pluie ?

c. La citation écrite de Pierre Dac

L'écart de compréhension entre les deux populations est de 28,79 % : l'item a été compris, en moyenne à 66,67 % par les individus Alzheimer contre 95,46 % en moyenne par les témoins.

Nous n'avons pas observé de difficultés majeures concernant la lecture chez ces individus. De plus, comme certaines expressions du dessin humoristique, il s'agit d'expressions très courantes, correctement interprétés par 9 individus sur 15. Cette phrase a même laissé certaines personnes sur leur faim : « *Il y a un truc qui m'interroge quand même... On ne sait pas quelle question il a posé pour que l'on parle de minute de vérité.* »

1.1.2. Interprétation des résultats obtenus aux items de niveau 2

a. L'extrait radiophonique

Ce sketch, pourtant très connu de cette génération, est chuté de 39,01% chez les sujets malades. L'item a été compris, en moyenne, à 83,18% par les témoins et à 44,17% par le groupe Alzheimer.

L'une des difficultés réside dans le fait que cette séquence est en mouvement : l'extrait se déroule, sans qu'il n'y ait de retour en arrière possible, égrenant petit à petit les indices de compréhension. Or, la mémoire à court terme, sollicitée, est défaillante chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Une différence fondamentale a été observée entre les deux groupes : chez les individus témoins qui ne connaissaient pas l'extrait ou ne s'en rappelaient plus, les indices de l'ivresse (les difficultés d'élocution, les jeux de mots, le hoquet, la voix pâteuse) ont facilité la compréhension. En revanche, chez les individus malades, ces indices ont parasité la compréhension : ils étaient souvent identifiés au premier plan et masquaient le message. Ainsi :

- 8 personnes sur 15 n'ont pas identifié le thème du discours, ce qui a pu donner lieu à des commentaires étonnants comme « *L'eau ferrugineuse y en a pas partout, puis il faut faire des analyses !* »,
- 8 personnes sur 15 ont pu relever tout ou partie de ces indices sans faire de lien avec l'état d'ébriété du personnage : « *C'est difficile à dire, donc c'est drôle. C'est comme si on donnait ça à un bègue !* », « *Il se mélange la langue* »,
- Que certains de ces indices aient pu être relevés ou non, 11 personnes sur 15 n'ont pas saisi que le personnage avait trop bu : « *Oui, il a l'air dans son état normal.* »,
- Au sein de ces indices, 11 individus sur 15 n'ont pas relevé les jeux de mots à partir des homonymes de « fer ».

b. La citation écrite de Francis Blanche

Pour cet item, l'écart à la norme témoin dans la population malade est de 39,40%. En moyenne, 72,73% de l'item a été correctement analysé par les témoins contre 33,33% chez les sujets Alzheimer.

Comme nous l'avons vu pour plusieurs items, les jeux de mots, qu'ils soient en modalité orale ou en modalité écrite, sont rarement identifiés par la population Alzheimer. Ainsi, deux tiers de ces individus n'ont pas identifié le jeu de mots entre les termes « Antibes », « Biot » et « Antibiotiques », comme en témoignent ces réactions :

- « *Je ne comprends pas pourquoi Antibes et Biot vont fusionner, je viens de l'apprendre !* »,
- « *Ça je le crois pas du tout !* »,
- « *C'est drôle mais un peu déplacé, ce n'est pas normal de changer comme ça le nom des villages !* »,
- « *J'aurais appelé ça les antibio, ça serait logique...* »

Notons toutefois que dans la population témoin, 3 personnes sur 11 ne l'ont pas non plus saisi, ce qui est relativement élevé compte tenu du degré très faible de complexité de cet item pour des individus supposés sains.

1.1.3. Interprétation des résultats obtenus aux items de niveau 3

Comme l'extrait radiophonique, ces items sont en mouvement et font donc appel à la mémoire à court terme. Nous supposons donc que le nombre d'éléments à retenir était trop important pour la population cible.

a. Extrait de film parlant

Cet item est chuté, en moyenne, de 44,44% chez les individus malades par rapport au groupe témoin. Il a été réussi, en moyenne, à 86,91% par la population témoin et à 42,47% par la population cible.

Cet extrait est la seule séquence qui se présente sous une double modalité sensorielle, à la fois auditive et visuelle. Cela a peut-être constitué un obstacle plutôt qu'un moyen de facilitation pour la population cible.

La rapidité du débit vocal a certainement été une difficulté supplémentaire à la compréhension de la séquence.

Parmi les éléments à identifier, il a été constaté, parmi les 15 sujets malades, que :

- Plus de la moitié des sujets malades, ont repéré le dialogue de grimaces sans en comprendre la cause: « *Mais pourquoi ils se font des simagrées ? Ils veulent faire une surprise à la dame ?* »,
- 4 personnes n'ont pas vu les grimaces,
- Le statut des personnages n'a pas été compris par 8 personnes,
- 7 personnes n'ont pas perçu l'objet de l'entretien.
- L'attitude des personnages a été, globalement, très peu analysée : peu de personnes (seulement 4) ont compris que le mari ne voulait pas contribuer aux travaux de rénovation de la chapelle, que l'épouse, au début très encline à apporter son soutien financier (analysé par 4 personnes) ne l'est plus à la fin de la scène (perçu par 1 personne).
- Étonnamment, 7 personnes sur 15 ont observé le caractère dirigiste de l'épouse, peut-être parce que notre échantillon comportait plus d'hommes que de femmes.

b. Extrait de film muet

Cet item présente un écart de 45,69% par rapport à la population témoin dans le groupe de sujets malades. Il a été compris, en moyenne, à 96,36% dans la population témoin et à 50,67% dans la population cible.

Comparativement aux sujets témoins, c'est l'item qui est le moins bien réussi. Pour autant, les éléments clefs sont globalement analysés par la majorité des 15 sujets malades :

- 10 personnes ont reconnu que la scène se passait dans une usine,
- 9 personnes ont identifié l'accident de Charlot,
- 10 personnes ont correctement interprété la crise de folie de Charlot,
- 7 personnes ont réussi à faire le lien entre les deux précédents éléments.

En revanche, les éléments plus subtils, plus furtifs, ont été très peu remarqués : 14 personnes n'ont pas compris les raisons de l'accident et 12 personnes n'ont pas remarqué comment Charlot avait pu sortir de la machine dans laquelle il était coincé.

1.1.4. Conclusions

Sur le plan du langage, plus celui-ci est abstrait et moins il est accessible. Les expressions transparentes et/ou très usuelles sont mieux comprises que les expressions opaques et moins

fréquentes, quelle que soit la population concernée, mais toutefois à un degré supérieur dans le groupe cible. De plus, bien que les jeux de mots ne soient pas évidents pour la population témoin, ils sont presque hermétiques pour les sujets malades, qu'ils soient transmis en modalité écrite ou orale.

Sur le plan mnésique, les items « fixes » sont mieux réussis que les items « mobiles » car ils ne font pas appel à la mémoire à court terme, très atteinte dans la maladie d'Alzheimer. En revanche, la mémoire à long terme sémantique, mémoire des mots et des concepts, est conservée.

Sur le versant pragmatique, les éléments implicites ont été moins bien perçus que les éléments explicites, à petite échelle dans le groupe témoin et à grande échelle dans le groupe malade. Les éléments para-verbaux, dans l'extrait de film parlant et l'extrait radiophonique ont plus entravé la compréhension qu'ils ne l'ont facilitée.

Enfin, ce que l'on constate surtout, c'est qu'il a été très compliqué pour la population cible d'accéder à une cohérence globale de l'item : certains indices, évidents ou de détails, sont repérés mais le sujet a beaucoup de mal à faire des liens entre eux pour saisir la trame de la séquence humoristique.

1.2. Sur le versant émotionnel

1.2.1. Les difficultés de compréhension, source de réactions

Lors du passage de notre protocole, nous avons remarqué que les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer mettaient en œuvre deux mécanismes différents pour justifier leurs difficultés : des réactions défensives ou des témoignages de leur lucidité concernant leur état de santé.

Les réactions défensives ont pu être classées en trois catégories : l'argument d'un item lacunaire, le dénigrement de l'item ou le manque de culture personnelle.

- L'argument d'un item lacunaire :
 - « *Il manque une suite qui développe la phrase.* » (pour la citation de Francis Blanche)
 - « *Comment voulez-vous que je vous réponde si je n'ai pas vu le film en entier !* » (pour l'extrait de film parlant)
 - « *L'extrait est trop court, je ne peux pas tout comprendre !* » (pour l'extrait de film muet)

- Le dénigrement de l'item :
 - « *Ça n'a aucun intérêt ; ça me passe au-dessus. C'est trop stupide, c'est trop con, pardon !* » (pour l'extrait de film parlant)
 - « *C'est un gag, c'est complètement ridicule !* » (pour l'extrait de film muet)
- Un manque de culture personnelle :
 - « *Je ne suis pas très musicienne donc je ne connais pas tous les instruments. Je crois que c'est une harpe.* » (pour la photographie)
 - « *Vous savez, j'ai pas fait beaucoup d'études moi.* » (pour le dessin humoristique)

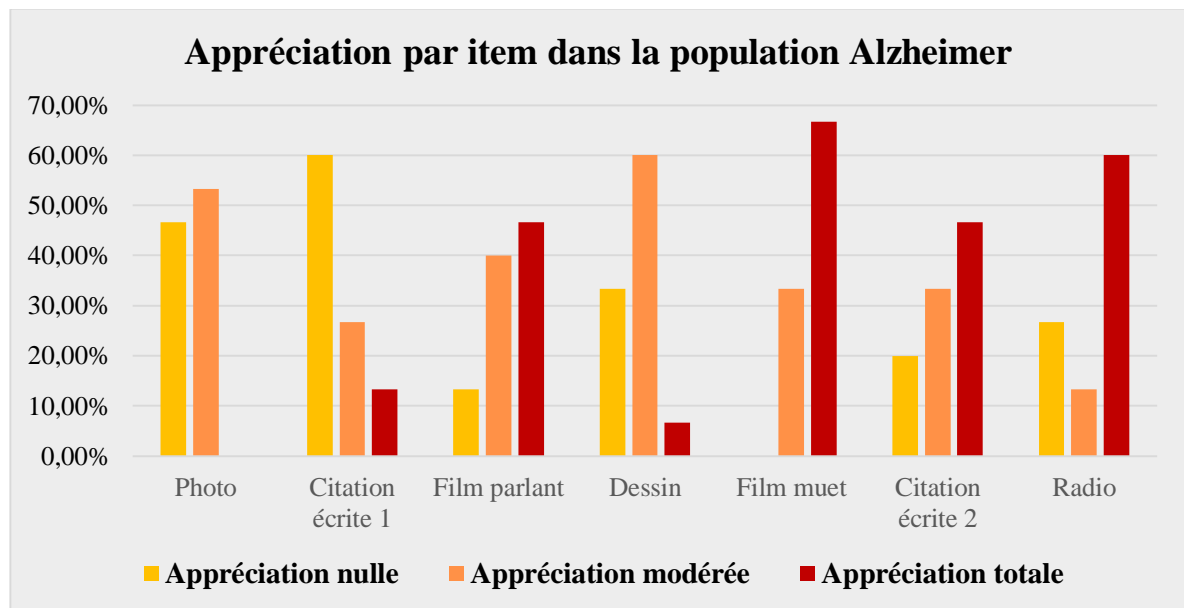
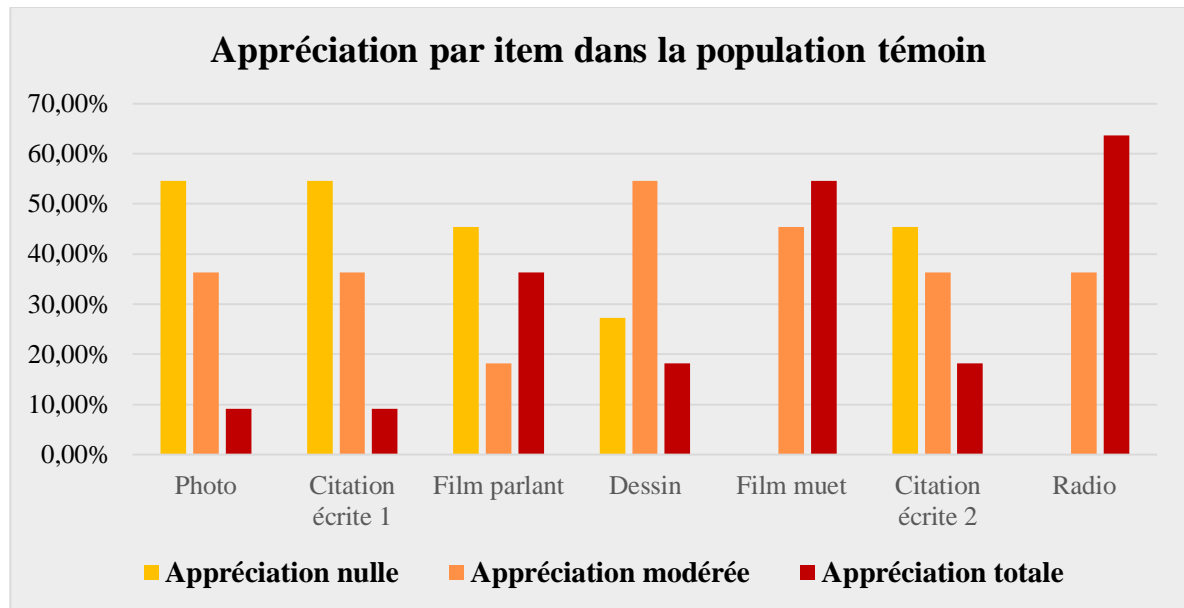
Qu'ils soient ou non au courant de leur diagnostic, beaucoup ont conscience que leur état de santé décline. Certains sujets ont même manifesté leur angoisse quant à leur devenir:

- Directement :
 - « *J'ai peur de mal faire, il faut que je vous dise pourquoi je suis comme ça : je suis malade.* »
 - « *Il est toqué, je vais peut-être le devenir aussi...* » (pour l'extrait de film muet)
 - « *Il bute sur les mots, comme moi !* » (pour l'extrait radiophonique)
- Indirectement :
 - « *La femme domine parce que le mari est diminué par sa maladie.* » (pour l'extrait de film parlant)
 - « *Ça réveille la conscience : on peut s'estimer comme lui ou mieux que lui mais il vaut mieux se satisfaire de qui on est. Peut-être que plus tard, il y aura des machines pour nous réparer. Alors, on sera tous sur le même plan : il n'y aura plus de champion, on se rapprochera de l'animal.* » (pour l'extrait de film muet)

1.2.2. Analyse de l'appréciation par item

Nous avons distingué trois formes d'adhésion à l'item proposé : une appréciation qualifiée de « totale » quand le sujet riait et/ou admettait ouvertement qu'il trouvait ça drôle, une appréciation qualifiée de « modérée » quand le sujet reconnaissait un intérêt pour l'item présenté et une appréciation qualifiée de « nulle » quand l'item proposé ne suscitait aucune réaction de la part du sujet ou bien une réaction de rejet. Deux histogrammes, un pour la population témoin et un pour la

population Alzheimer ont donc été élaborés. Pour chaque item correspond le pourcentage d'individus ayant apprécié totalement, modérément ou pas du tout la séquence humoristique proposée.



a. La photographie

Pour les deux groupes, cet item a été peu ou pas apprécié : « *Cette photo est inutile.* », « *Elle est jolie, sans plus* », « *Elle est belle mais pas drôle* », « *Ce n'est pas hilarant mais il y a un petit côté comique* »... Toutefois, l'appréciation est majoritairement modérée (53,33%) dans le groupe malade alors qu'elle est majoritairement nulle (54,55%) pour les témoins.

- La population cible a souvent, tout comme la population témoin, fait le rapprochement entre le cadre de la photo et la Promenade des Anglais de Nice :
 - « *On est au bord de mer, peut-être sur la Promenade des Anglais.* » (**sujet malade**)
 - « *Ça pourrait très bien être la Promenade des Anglais !* » (**sujet témoin**)

Une personne du groupe cible a, elle, plutôt pensé à Paris : « *On dirait la place du Sacré Cœur à Paris.* », tandis qu'une autre a fait un lien avec le peintre belge Magritte.

Globalement, cet item a suscité peu de commentaires.

b. La citation écrite de Pierre Dac

L'appréciation est majoritairement nulle et largement modérée dans les deux groupes.

- Beaucoup ont reconnu qu'il s'agissait d'une sorte de vérité générale :
 - « *C'est une philosophie de vie.* » (**témoin**)
 - « *C'est drôle car l'on fait d'un cliché quelque chose que l'on a l'habitude d'utiliser. C'est typique de Pierre Dac ça, de jouer avec les clichés. Ça me fait penser au sketch du fakir.* » (**sujet malade**)
 - « *Ça c'est bien possible, il a raison dans le fond.* » (**sujet malade**)
 - « *C'est logique.* » (**sujet malade**)
- D'autres ont transposé la citation à une situation concrète ou à un âge de la vie:
 - « *C'est comme les clients dans les commerces qui ne sont jamais contents. Ce sont des rougnes !* » (**sujet malade**)
 - « *Les enfants prennent plus les choses à la rigolade, ils ne prennent pas tout au tragique comme le font beaucoup d'adultes.* » (**sujet malade**)
 - « *Dans la vie courante, on cherche souvent midi à quatorze heures. Quand on est âgé, on se dit souvent que si on avait fait les choses autrement, la vie aurait été différente.* » (**témoin**)
- Enfin, certains ont fait le parallèle avec leur vie personnelle :
 - « *Ma fille me dit souvent que je me complique la vie alors qu'elle est toute simple !* » (**témoin**)

- « *Des fois je cherche midi à quatorze heures, je cherche à savoir quoi.* » (**sujet malade**)

c. L'extrait de film parlant

Chez les témoins nous avons constaté que l'appréciation était très souvent totale (36,36%) pour les incondtionnels de de Funès ou nulle (45,45%), pour ceux qui le trouvaient insupportable. Seuls 18,18% de témoins ont manifesté une appréciation modérée pour cet item:

- « *J'aime la surenchère. De Funès est hilarant. Il est unique dans son genre.* »
- « *Je n'aime pas cet artiste car il fait trop de grimaces. Ça m'énerve.* »
- « *On est tellement habitué aux singeries de de Funès, qu'à la longue on est plus surpris.* »

Chez les sujets malades, très peu n'ont pas du tout apprécié l'extrait (13,33%) : la plupart ont apprécié totalement (46,67%) ou modérément (40%) l'item.

- Nous avons pu recueillir au sein de ce groupe quelques jugements moraux lorsque le prêtre se met à grimacer :
 - « *C'est un prêtre pourtant ! Il ne devrait pas faire ça !* »
 - « *Le curé qui se tire les oreilles, ça va pas ça !* »
 - « *Le plus fou des deux n'est pas celui qu'on croit.* »
- Dans les deux groupes, nous avons recueilli des commentaires sur le monde ecclésiastique :
 - « *Le monde ecclésiastique va toujours chercher des fonds à droite à gauche.* » (**témoin**)
 - « *Quand on était gosse, les curés faisaient souvent le tour des maisons du village pour la quête. Comme les fermiers n'étaient pas très riches, ils leur donnaient du lait, des œufs, du fromage ou du beurre. Ils les invitaient même à manger quand on tuait le cochon.* » (**sujet malade**)

d. Le dessin humoristique

Dans les deux groupes, l'appréciation a été assez majoritairement modérée voire nulle à cause de la gravité du sujet abordé. Peu de personnes ont complètement adhéré au dessin.

- Cet item a suscité des réactions sur la pauvreté :

➤ **D'ordre général:**

- « *C'est malheureux mais y en a beaucoup qui préfèrent vivre comme ça, en refusant l'aide qu'on leur propose.* » **(témoin)**
- « *C'est un pauvre hère typique qui n'a rien. Il représente toutes les misères.* » **(sujet malade)**
- « *Je pense à ces pauvres gens qui traînent dans les rues et qui sont obligés de s'abriter n'importe où.* » **(sujet malade)**
- « *C'est drôle mais véridique car il dénonce la pauvreté qui ne devrait plus exister aujourd'hui.* » **(sujet malade)**
- « *Il est plutôt humoristique car tout ça, ça n'a rien à faire là ! La mendicité se justifie quand on a un handicap. Les autres n'ont qu'à aller travailler.* » **(sujet malade)**

➤ **Mais surtout d'ordre personnel :**

- « *Ça me rappelle les pauvres gens qui étaient hospitalisés dans le service de psychiatrie où je travaillais.* » **(témoin)**
- « *Ça me fait penser au clochard sur l'avenue de la République, avec son chien Picsou. Il est propre, pas adepte de la bouteille et il dessine.* » **(témoin)**
- « *Je pense à ma jeunesse en roulotte, mon père était gitan. Je marchais pieds nus et j'avais souvent faim.* » **(témoin)**
- « *Je ne trouve pas ça drôle parce que c'est une personne qui vit dans la rue. Moi personnellement je donne toujours quelque chose, même si je ne suis pas riche.* » **(sujet malade)**
- « *Pourquoi ? Les pauvres n'ont pas vocation à rester pauvres ? Je m'inquiète car je ne suis pas assujetti à l'ISF. Quelqu'un qui touche le SMIC n'a pas les moyens.* » **(sujet malade)**
- « *Ma mère me disait : les riches seront toujours riches et les pauvres toujours pauvres.* » **(sujet malade)**

- Quelques réactions sur l'actualité, notamment de la part des témoins plus au fait de celle-ci, ont émergé :

- « *En ce moment, c'est le règne du pognon. C'est une satire du capitalisme dont on crève doucement mais sûrement.* » **(témoin)**

- « *Taxons les pauvres, ils sont plus nombreux !* » **(témoin avec de l'humour)**
- « *Ça me rappelle l'attentat contre Charlie Hebdo, les dessins de Cabu. Il faut accepter qu'on se moque des choses.* » **(témoin)**
- « *Dans le Monde vous avez des croquis de journalistes qui suivent l'actualité.* » **(sujet malade)**

e. L'extrait de film muet

Cet item a été apprécié par tous les participants au protocole, sans exception :

- « *C'est très drôle ! Ça vous enlève la « babarotte » comme on dit en niçois !* » **(témoin)**
- « *Charlie Chaplin c'est toujours amusant. Il faisait le clown avec des gestes pour faire rigoler les gens.* » **(sujet malade)**

L'appréciation est majoritairement totale dans les deux groupes, même si l'on constate un plus fort engouement de la population malade avec un pourcentage de 66,67% d'appréciations totales contre 54,55% dans la population témoin.

- Le contraste entre l'aspect superficiellement comique de la scène et le caractère tragique du message (la réalité de la société de consommation, l'aliénation des ouvriers, les accidents du travail...) a été remarqué dans les deux groupes.

➤ Dans le groupe témoin :

- « *C'est une tragédie.* »
- « *Ça a l'air drôle mais ça ne l'est pas tellement le travail à la chaîne. Ça me fait penser aux caissières de supermarché qui font toujours le même mouvement pour passer les articles sur le tapis.* »
- « *C'est pas drôle du tout en réalité. C'est la métaphore de la société de consommation, un peu caricaturée. Il faut toujours produire plus. Or, il arrive un moment où on ne peut plus donner. C'est pour ça qu'il y a beaucoup de suicides dans les entreprises. Charlot était en avance sur son temps, c'était les signes avant-coureurs de notre époque.* »
- « *C'est la mécanisation à outrance jusqu'à la folie. Ça rejoint aussi la thématique des accidents du travail.* »

➤ **Dans le groupe cible:**

- *« D'un côté il y a le travail à la chaîne, de l'autre la déclaration d'amour à l'un des personnages avec ses outils de travail. C'est de l'humour noir. »*
 - *« C'est drôle et tragique aussi. »*
 - *« Ça réveille la conscience : on peut s'estimer comme lui ou mieux que lui mais il vaut mieux se satisfaire de qui on est. Peut-être que plus tard, il y aura des machines pour nous réparer. Alors, on sera tous sur le même plan : il n'y aura plus de champion, on se rapprochera de l'animal. »*
 - *« Les ouvriers sont tellement poussés dans le travail que souvent ils en ressortent malades, bien abîmés. C'est drôle et véridique car dans les usines, c'est comme ça que ça se passe. »*
- Seuls les témoins ont fait part d'anecdotes personnelles :
 - *« Au pays basque, je faisais des espadrilles à la chaîne et j'étais obligée de courir après les chaussures ! »*
 - *« Ça me rappelle quand je faisais les trois huit dans une usine de sacs. Un jour j'ai failli me faire arracher un bras. »*
 - *« Dans la confection de vêtements, c'était un peu pareil : celle qui faisait les manches faisait toujours les manches, celle qui faisait le buste faisait toujours le buste... On était mono-tâche. »*

f. La citation écrite de Francis Blanche

L'appréciation est majoritairement nulle chez les sujets témoins (45,45%) et majoritairement totale chez les sujets malades (46,67%) mais le pourcentage d'appréciations modérées est proche dans les deux groupes (36,36% chez les témoins, 33,33% chez les sujets malades).

Cet item a suscité relativement peu de réactions :

- Les témoins ont évoqué Francis Blanche et Eze, la ville où il est enterré :
 - *« Je suis allée sur la tombe de Francis Blanche à Eze. J'ai eu mal au cœur parce que c'est une petite plaque de rien du tout. »*
 - *« Quand je travaillais aux finances publiques à Villefranche, Francis Blanche était un de nos contribuables, il habitait Eze. »*

- « *Il est enterré à Eze. Il a fait écrire sur sa tombe quelque chose comme « Ne me réveillez pas, je dors. ».* »
- Le groupe cible a manifesté son intérêt et fait des liens avec d'autres œuvres comiques :
 - « *Je pense à un feuilleton avec Francis Blanche qui s'appelait Furax.* »
 - « *Oui, oui, c'est typiquement la phrase qui me fait sourire, mais alors, un sourire franc !* »
 - « *Ah c'est pas mal ça ! c'est rigolo !* »
 - « *Fallait y penser !* »
 - « *Ça me rappelle une chanson de Bobby Lapointe, Avanie et Framboise, où l'on parle d'une femme « anti-baise » qui était antiboise.* »
 - « *C'est rigolo mais connaud.* »

g. L'extrait radiophonique

L'appréciation est majoritairement totale dans les deux groupes avec des pourcentages très proches (il y a 63,64% d'appréciation totale chez les témoins contre 60% chez les sujets malades). En revanche, aucun sujet témoin n'a rejeté l'item (il y a 36,36% d'appréciations modérées), contrairement au groupe cible (il y a 13,33% d'appréciations modérées et 26,67% d'appréciations nulles).

- Dans les deux groupes, beaucoup ont vanté les mérites de Bourvil et évoqué sa carrière :
 - « *Ce n'est pas son meilleur sketch, je le préfère dans le Corniaud quand il passe du sucre en poudre à la frontière italienne.* » **(témoin)**
 - « *Ah Bourvil, celui du bourg et de la ville ! Enfants, on allait écouter la radio chez les voisins et ma mère éclatait toujours de rire quand elle entendait Bourvil.* » **(témoin)**
 - « *C'était la grande époque Bourvil ! Ce sketch est entré dans le patrimoine français !* » **(témoin)**
 - « *Quand j'étais à Paris, Bourvil était à ses débuts. Je trouvais ses monologues un peu bébêtes. Puis, il a fait du cinéma et je l'ai trouvé très bien, avec Michèle Morgan notamment. On voyait que c'était un homme bon.* » **(témoin)**
 - « *Ah c'était quelqu'un quand même ! A cette époque-là, on a bien rigolé !* » **(sujet malade)**

- « *C'est l'eau ferrugineuse ! Je le trouve excellent ce sketch, c'est plein de culture et de références ! C'est de l'humour à l'état brut !* » (**sujet malade**)
 - « *C'est très très très drôle !* » (**sujet malade**)
 - « *C'est très bien. Des Bourvil on n'en fera pas cinquante. C'était un artiste quand même !* » (**sujet malade**)
- D'autres personnes, notamment chez les témoins, ont parlé de l'alcool et de ses méfaits, souvent en lien avec une anecdote personnelle :
 - « *Moi l'alcool, ça ne me plait pas. Je peux boire un peu d'alcool, à l'occasion, mais modérément. J'ai une amie alcoolique chronique, c'est triste à voir.* » (**témoin**)
 - « *L'alcool est un peu le fléau actuel. Surtout chez les jeunes.* » (**témoin**)
 - « *J'ai un voisin comme ça, qui fait souvent la tournée des bars. Le matin il est normal, mais le soir...* » (**témoin**)
 - « *Mon père et mon frère buvaient.* » (**sujet malade**)

h. Conclusions

« *L'eau ferrugineuse* » a été l'item le plus apprécié de la population témoin alors que la population cible a préféré l'extrait de Charlot. Ce dernier étant, chez les sujets malades, l'item le moins réussi en compréhension par rapport à la norme témoin, nous pouvons donc avancer que l'appréciation n'est pas dépendante de la compréhension.

La citation de Pierre Dac a été l'item le moins apprécié dans les deux groupes (tout comme la photo de Doisneau pour les témoins), bien qu'il fût l'un des éléments les plus accessibles pour la population Alzheimer sur le plan cognitif.

Le dessin de Deligne a suscité une appréciation modérée de la part de l'ensemble des participants à ce test. Nous avons été surpris de ce résultat. En effet, compte tenu de la thématique abordée, la pauvreté vue sous l'angle de l'humour noir, nous nous attendions à une prépondérance des réactions de rejet concernant cet item. Or, même chez les individus malades, qui auraient pu ne pas saisir ce contraste entre le caractère dramatique du sujet et le ton cruel du dessin, la volonté humoristique du dessinateur a été perçue.

Sans que nous puissions l'expliquer, « *L'eau ferrugineuse* », la citation de Francis Blanche et l'extrait des « *Temps Modernes* » ont peu suscité d'anecdotes personnelles dans le groupe malade.

Enfin, nous avons remarqué, que les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés étaient plus expansifs que les sujets témoins quand il s'agissait d'exprimer leur goût prononcé pour un item.

2. Dans le cadre de l'atelier

2.1. Les réflexions philosophiques autour de l'humour et du rire

Au sein de notre atelier, nous avons beaucoup sollicité les participants afin qu'ils commentent, donnent un avis sur des questions ouvertes concernant l'humour et le rire. D'abord pour connaître leur point de vue subjectif sur ce qui était abordé, mais aussi, implicitement, pour travailler leurs capacités mnésiques au sens large (mémoire à court terme, mémoire sémantique et épisodique). Très régulièrement, les séances ont été filmées afin de pouvoir retranscrire avec justesse les expressions et les dialogues qui suivront.

En préambule, revenons sur la philosophie de l'atelier humour, illustrée par le dialogue suivant :

- Monsieur J. : « *Parfois, il m'arrive d'intervenir sur quelque chose qui n'a pas de propos directs avec l'intervention. »*
- Monsieur R. : « *Oui, mais c'est pas pour ça que c'est pas intéressant ! Ce que vous dites, ça peut plaire ou déplaire à qui que ce soit ici mais bon...vous faites partie de la compagnie ! »*
- Monsieur J. : « *Il n'est pas question que je me mette en dehors ou en concurrence avec quelqu'un. »*
- Monsieur R. : « *Concurrence par rapport à quoi ? Y a pas d'être supérieur parmi nous. Tout le monde est au même plan. C'est ce que je suis venu chercher dans ce groupe. Qu'on soit au même niveau déjà. On est tous bien ensemble, c'est assez exceptionnel. Ça permet à tout le monde de s'exprimer comme il l'entend. »*
- Nous¹⁸⁶ : « *Monsieur R. résume l'esprit de notre atelier : nous sommes tous là, avec des personnalités différentes. On amène chacun quelque chose, on le met en commun et ça nous permet d'échanger. On ne juge personne. Chacun peut émettre des idées et on ne met rien à la poubelle. Tout est bon dans ce qui est dit même si ça ne nous paraît pas du tout en accord avec ce qu'on avait lancé comme idée de départ. En fait, depuis quelques mois, on met nos humours en commun ! »*

¹⁸⁶ Les deux intervenants

- Monsieur J. : « *Comme les transports, il y a l'humour en commun !* »

2.1.1. Qu'est-ce que l'humour ?

Pour Monsieur J., « *L'humour est une substance qui permet de nous alimenter et qui doit s'alimenter tous les jours.* » Il souligne donc par-là que l'humour est à la fois nécessaire mais aussi qu'il se cultive. Dans ce même esprit, Monsieur A. dit : « *C'est bon de rire, c'est nourrissant.* » et Monsieur C. ajoute : « *Ça fait du bien au moral.* » Madame J. nuance toutefois le propos. Pour elle, l'humour est bénéfique uniquement quand il est positif.

Madame A. reprend : « *L'humour c'est parler de choses de façon amusante.* », « *C'est savoir faire rire les autres* » dit Monsieur R.. Monsieur J. intervient : « *En les faisant rire d'eux-mêmes. Moi je trouve que les gens qui font beaucoup rire les autres sont méritants car c'est vaincre sa timidité en public.* »

Monsieur R. précise le propos : « *C'est aussi être de bonne humeur parce qu'avoir de l'humour ce n'est pas de rire en permanence, ce serait idiot !* » Ce que partage Monsieur M., invité à l'une de nos séances : « *On amortit le sérieux des choses avec l'humour.* »

Dans ce bref passage, les participants à l'atelier ont donc soulevé différents aspects de l'humour :

- C'est une forme de légèreté qui permet d'aborder et d'apprécier les choses de la vie,
- Qui se cultive au quotidien,
- Pour amuser les autres,
- Mais aussi pour être de bonne humeur et garder le moral,
- C'est important car c'est nourrissant.

2.1.2. Ont-ils de l'humour ?

Nous demandons au groupe de déterminer si chacun des participants a le sens de l'humour. Ce jour-là, Madame A., Madame R. et Monsieur T. étaient absents.

▪ Monsieur A. :

- Monsieur J. : « *Il a un humour pince-sans-rire. On le voit bien, il dit les choses sérieusement, mais il a toujours, après, un petit sourire, l'air de dire « Je vous ai bien eu ! ».* »
- Madame J. : « *Moi je regarde ses yeux, c'est suffisant, hein mon chéri ?* »

- Monsieur A. flatté : « *Oooooooooh !* » puis il lève les bras comme pour réclamer une ovation et s'exclame en souriant : « *Voilà, maintenant les autres, taisez-vous !* »
- Monsieur J. :
 - Monsieur C. : « *Oh oui alors, il a de l'humour ! Un humour piquant !* »
 - Monsieur R. avec un petit mouvement d'épaule : « *Oui...* »
 - Monsieur J., amusé par ce geste : « *Vous pouvez m'expliquer ce petit mouvement ?* »
- Monsieur C. :
 - Monsieur A. : « *Je ne sais pas.* »
 - Monsieur R. : « *C'est difficile à dire, il ne peut pas se dégager d'un rituel, de tout un tas de trucs dans l'immédiat. Il est réfléchi.* »
 - Madame J. : « *Il est très souriant. Il est toujours très agréable.* »
 - Nous : « *C'est vrai que vous vous exprimez peu mais on arrive parfois à apercevoir ce sourire qui illumine votre visage. On sent que rien ne vous échappe !* »
- Monsieur R. :
 - Monsieur J. : « *Il a tout à fait sa place dans l'atelier !* »
 - Nous : « *Tout à fait. Vous êtes un fin observateur et vous avez à cœur d'exprimer ce que vous ressentez avec justesse et authenticité. Vous vous êtes intégré naturellement à ce groupe.* »
- Madame J. :
 - Monsieur J. évoquant son rire : « *Elle me fait rire quand elle fait la poule !* »
 - Madame J. : « *Je suis la cocotte. Je ris toujours, je suis une cocotte-minute ! Si je ne suis pas là, qui me remplace pour rire ?* »
 - Monsieur J. : « *Nous ! Le problème c'est que vous ne vous en apercevez pas : vous n'êtes pas là !* »
 - Madame J. : « *Vous êtes bien tranquilles quand je ne suis pas là !* »
 - Monsieur R. : « *Pourquoi ? Vous n'êtes pas aussi désagréable que vous voulez bien le faire sentir à tout le monde !* »

2.1.3. Peut-on vivre sans humour ?

Cette question a été soulevée par Monsieur J. qui a un jour demandé au groupe : « *Est-ce qu'on peut rester longtemps sans humour ?* » Ce à quoi Madame A. s'est empressée de répondre : « *On*

ne peut pas toujours être sérieux comme si on avait avalé un balai! Je pense que les gens qui ne rient jamais sont drôlement ennuyeux ! Comme on dit en anglais, ils sont « boring ». Le rire c'est bon pour le moral ! »

Nous avons alors demandé à chacun s'ils pouvaient vivre sans humour, sans rire:

- Madame R. : *« Moi, j'ai besoin de rire. Il faut rire parce que... »*
- Monsieur T. : *« Sinon on pleure hein ! La vie est triste.»*
- Madame A. se souvient alors : *« Ma grand-mère était toujours en noir parce qu'elle était veuve mais elle nous faisait marrer ; elle était trop marrante ! Plus on vieillit, plus il faut rire. Comme disaient nos ancêtres les Gaulois, (elle se met à chanter) faut rigoler, faut rigoler, avant que le ciel ne nous tombe sur la tête ! »*
- Monsieur J. : *« L'humour c'est comme l'électricité ou le gaz : c'est nécessaire ! »*
- Madame F. (invitée au début de notre atelier) : *« Ça met du baume au cœur. »*
- Madame J. à qui l'on souligne qu'elle est toujours souriante : *« Moi le matin je me lève avec le sourire, je vais me coucher avec le sourire. »*
- Madame A., toujours très prolix et à qui le mot « sourire » a réveillé un autre souvenir chante : *« Elle a toujours le sourire, on dirait une femme en cire. Avec son chignon, qu'est toujours bien coiffée, la belle caissière du grand café ! »*

Quelques séances plus tard nous leur avons demandé, sur une échelle de 1 à 10, à combien ils estimaient l'importance de l'humour dans leur vie. Chaque participant a donné un chiffre en 6 et 9 sauf Monsieur A. qui a répondu 0. Mais, lorsque nous lui avons demandé s'il aimait rire, il s'est exclamé : *« Follement ! »*. Puis, nous avons fait un tour de table pour savoir qui était, dans la vie, optimiste ou pessimiste, tous nous ont répondu « voir la vie en rose » : Monsieur J. : *« Je la vois multicolore ! »* et Madame A. : *« Tant que y a de la vie, y a de l'espoir ! »*.

2.1.4. Peut-on rire de tout ?

« Ce qui est méchant n'est pas drôle. On ne doit jamais faire de l'humour aux dépens des gens. En anglais on dit : « They snigger », vous dites une plaisanterie mais c'est pas sympathique pour la personne à qui vous le dites » a un jour énoncé Madame A.. Nous lui avons donc demandé si la moquerie était assimilable à l'humour : *« Ça dépend comment c'est exprimé ! »* a-t-elle dit et Madame J. a ajouté : *« Ça dépend la moquerie, de quoi l'on rit. »*

La conversation a ensuite bifurqué sur la capacité de chacun à l'autodérision : « *Etes-vous capable de rire de vous ?* » Monsieur A., qui s'exprime toujours très peu et avec difficulté, a lancé : « *Obligé !* » et Madame R. a ajouté : « *Plus on rit, moins on se prend au sérieux.* »

Nous avons rebondis sur ce propos : « *Est-ce qu'il faut se prendre au sérieux dans la vie ?* »

- Monsieur A. : « *De temps en temps, oui !* »
- Nous : « *A quelles occasions ? Dans les grandes décisions de la vie ?* »
- Madame A. : « *Oui, ce qui concerne la famille et qui est important ! Moi les enfants, c'est sérieux.* »
- Nous : « *Et le reste du temps, est-ce qu'on peut mettre le sérieux de côté ?* »
- Monsieur T. : « *50% de sérieux et le reste, c'est tout du blabla...* »

2.1.5. Peut-on rire avec n'importe qui ?

« *On peut rire de tout mais pas avec n'importe qui !* », cette célèbre citation de Pierre Desproges a suscité les commentaires et les liens suivants :

- Monsieur M. (invité) : « *C'est difficile parce qu'il ne faut pas être ridicule...* »
- Monsieur J. parodiant Michel Audiard : « *Je parle pas aux cons, ça les instruit !* »

Quelques semaines plus tôt, nous avons déjà abordé cette question suite au commentaire de Madame A. : « *J'adore rigoler, avec les amis, les copains. On ne peut pas rire avec des étrangers sans les connaître un petit peu.* » Nous avons souligné que le rire permettait quand même parfois de créer du lien et Monsieur C. et Madame J. avaient acquiescé.

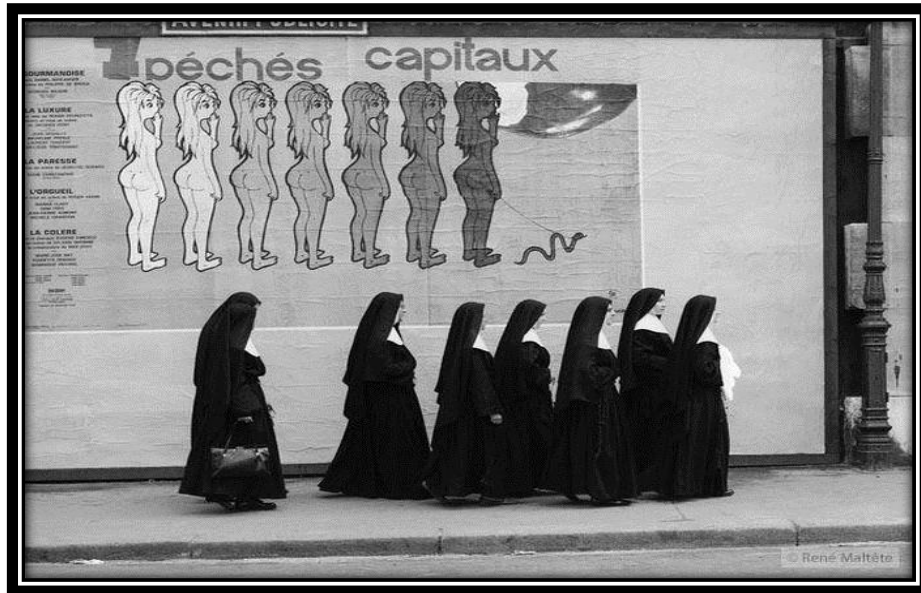
Nous nous étions ensuite interrogés sur les conditions à remplir pour rire avec quelqu'un :

- Monsieur C. : « *Il faut être en confiance, être à l'aise.* »
- Madame A. : « *Faut être détendu.* »
- Madame J. : « *« Moi, au début, je plaisantais avec tout le monde, même si je ne connaissais pas c'est comme si je connaissais ! C'est ma fille qui m'a dit d'être moins familière parce que je risquais de vexer certaines personnes.* »
- Nous : « *Est-ce qu'ici, vous êtes en confiance ?* »
- Monsieur T. : « *Moi personnellement oui !* »
- Nous : « *Oui, d'ailleurs, parfois, vous vous sentez tellement bien, que vous vous endormez avec nous !* »
- Monsieur T. avec humour : « *Des fois on pleure hein !* »
- Madame A. : « *On peut pleurer de rire, rire aux larmes, on le dit !* »

2.2. Quelques exemples de séances autour de supports humoristiques

Nous allons retracer ici les séances au cours desquels les supports humoristiques proposés ont le plus suscité de commentaires chez les participants.

2.2.1. La photographie de René Maltête : « Les sept péchés capitaux »



187

Ce cliché a été réalisé par le photographe René Maltête en 1960.

Lorsque nous projetons cette photographie en séance, il n'y a d'abord aucune réaction de la part de nos participants. Nous leur demandons alors s'ils trouvent cette image amusante :

- Madame J. : « *Non, c'est pas tellement amusant.* »
- Nous : « *Mais qu'est-ce qui pourrait être drôle ?* »
- Madame J. : « *Les femmes nues hein !* »
- Madame A. : « *Si je peux me permettre, pourquoi ils ont mis les bonnes sœurs en bas ? Moi ce que je trouve drôle c'est l'opposition entre les femmes nues et les religieuses.* »

Madame R. se met à rire et nous lui demandons pourquoi : Monsieur T., toujours très complice de Madame R., s'exclame : « *C'est les femmes nues.* » et Madame R., dans un demi sourire, répond : « *Voilà, et moi je ne sais pas ce que c'est une femme nue !* », ce qui fait rire l'assemblée.

¹⁸⁷ Site internet rene.maltete.fr. *Les 7 péchés capitaux*

Nous : « *Et vous, Monsieur A., est-ce qu'elle vous fait rire cette image ?* » Monsieur A. secoue la tête en signe de dénégation. Nous faisons donc un tour de table pour recueillir l'avis de chacun. A l'exception de Madame R., personne n'apprécie le cliché, même Madame A. qui prétendait quelques instants plus tôt, la trouver comique.

- Madame A. : « *Je trouve pas ça très drôle.* »
- Monsieur J. : « *Au maximum ça me fait sourire...* »
- Madame J. : « *Moi les femmes nues, ça me plait pas, ça me fait pas une bonne présentation !* »
- Nous : « *Ce qui peut prêter à rire c'est cette opposition entre religion avec habits « intégraux » disons, et la nudité. Mais vous avez raison, on touche là à des sujets moins consensuels, plus tabous avec la religion d'une part et la nudité d'autre part, qui renvoie au sexe. D'ailleurs dans les sept péchés capitaux, il y a la luxure. C'est peut-être cela qui vous gêne, Madame J.* »
- Madame J. : « *Ça ne me gêne pas mais moi les femmes nues, j'accepte pas !* »
- Monsieur T. : « *Moi j'accepte les femmes nues !* »
- Madame J., souriant : « *Ah bah bien sûr, c'est normal !* »
- Madame R. : « *Il est coquin !* »
- Nous : « *Ah bon, vous croyez qu'il est coquin Monsieur T. ?* »
- Madame R. : « *Il est coquin mais...comment on appelle ça...heu...gentil !* »

Avec cet exemple de séance, nous pouvons remarquer :

- Qu'une personne, comme Madame A. par exemple, peut aisément changer d'avis quant à l'appréciation d'un support humoristique, par mimétisme avec les autres participants.
- Qu'un support, qui a priori, a peu suscité de réactions positives, peut toutefois engendrer de nombreux traits d'humour spontanés.

2.2.2. L'extrait de *La Folie des Grandeurs* : la scène du bain

Nous passons un extrait de *La Folie des Grandeurs*, film réalisé par Gérard Oury en 1971. Dans cette scène, Don Salluste ministre du roi d'Espagne, joué par Louis de Funès, prend son bain. Son valet Blaze, interprété par Yves Montand, aide à sa toilette. Voici les commentaires durant le visionnage de la scène :

- Monsieur C. : « *C'est de Funès !* »

- Madame J. lorsqu'elle voit Blaze frotter vigoureusement les oreilles de Don Salluste et lui passer un torchon d'une oreille à l'autre pour les sécher : « *J'ai mal aux oreilles, va doucement ! Oh purée le malheureux ! Ce ne sont pas des caresses !* »
- Madame A. : « *Il y va pas avec le dos de la cuillère ! Je voudrais pas que ce soit lui qui me gratte les oreilles !* »

Il y a beaucoup de réactions positives, de rires et de sourires. Nous demandons ce qu'ils pensent de cet extrait :

- Monsieur J. : « *C'est la Folie des Grandeurs avec Yves Montand !* »
- Nous : « *Qu'est-ce qui a de différent par rapport à la semaine dernière ? Vous vous souvenez, quand on a regardé un extrait de Charlot ?* »
- Monsieur J. : « *C'est en technicolor.* »
- Nous : « *Oui mais pourquoi on rit ?* »
- Madame A. : « *Il y a les attitudes qui font rire.* »
- Nous : « *Seulement ?* »
- Madame J. : « *Et le dialogue.* »
- Nous : « *Voilà, là c'est du cinéma parlant alors que la semaine dernière c'était du cinéma muet. Qu'est-ce qui vous a fait rire dans cet extrait ?* »
- Madame A. : « *Quand il l'astique de partout !* »
- Tout le monde en cœur : « *Les oreilles !* »
- Nous : « *Est-ce que c'est possible ça, de glisser un torchon dans une oreille et de le faire ressortir par l'autre oreille ?* »
- L'assemblée : « *Non, absolument pas !* »
- Madame J. : « *Et heureusement !* »
- Nous : « *C'est bizarre et drôle en même temps alors !* »
- Monsieur T. parodiant Louis Jouvet dans *Drôle de Drame* de Marcel Carné: « *Bizarre, bizarre vous avez dit bizarre ?* »

A ce moment-là, Monsieur J. se lève pour jouer Blaze et va inspecter les oreilles puis les mains de Monsieur T., qui devient alors Don Salluste, pour voir s'il n'a pas d'argent caché. Cela fait beaucoup rire tout le monde.

La semaine suivante, nous repassons brièvement l'extrait, pour revenir sur la seconde partie de la scène dans laquelle Don Salluste ordonne à Blaze de le flatter. Celui-ci, ne sachant quoi dire, lâche : « *Monseigneur est...beau* ». Don Salluste se précipite alors devant le miroir pour se

regarder sous tous les angles et lui répond d'un air soupçonneux : « *Est-ce que vous pensez vraiment ce que vous dites ?* », « *Ben.... Je flatte !* » dit Blase, gêné. Nous demandons alors si Don Salluste est vraiment beau :

- Madame A. : « *Non, c'est un mensonge évident !* »
- Nous. : « *En effet, il n'est pas ce que l'on pourrait appeler « beau », c'est pour ça qu'il va vérifier devant sa glace !* »
- Madame A., doctement : « *Mais il aime peut-être croire qu'il est beau.* »

Avec ce support humoristique, nous remarquons que le rire a été au rendez-vous. Les acteurs et le film ont été reconnus et l'on remarque que d'une séance sur l'autre, les patients sont capable de se souvenir de certains éléments observés la semaine passée. Les réactions amusées lors du nettoyage des oreilles montrent bien que l'effet spécial est saisi, en plus de susciter une réminiscence chez Monsieur T. lorsqu'il énonce la fameuse phrase de Louis Jovet. Le second degré est également perçu, au moins par Madame A., lorsque le valet complimente son maître. Enfin, lorsque Monsieur J. se lève pour mimer la scène et regarder dans les mains de Monsieur T. s'il n'y a pas d'argent caché, on devine qu'il se souvient, au moins vaguement, du film et des personnages cupides que joue généralement de Funès.

2.2.3. L'extrait de cabaret : un numéro de jonglage insolite

Lors de notre séance sur le thème du cirque, nous avons projeté un numéro de jonglage insolite, paru sur France 2 dans l'émission *Le plus grand cabaret du monde*, présenté par Patrick Sébastien. Il s'agissait d'un duo de deux hommes, « Les beaux-frères », complètement nus et jonglant avec deux serviettes blanches pour masquer leurs corps. Il n'y a pas de paroles mais seulement, en fond sonore, un morceau de musique classique sur lequel les deux artistes s'improvisent danseurs de ballet.

Dès que les deux hommes apparaissent sur la scène, Madame J. s'écrie en riant : « *Ils se cachent parce que leurs oiseaux vont s'envoler !* ». Madame R., assise à son côté, lui tapote la cuisse en lui disant : « *Eh ben dis donc, hein !* »

Lorsque les deux hommes se contorsionnent tout en tenant la serviette pour se cacher, Madame J., admirative et levant ses deux pouces en l'air, s'exclame : « *Chapeau ! Il a fallu travailler ça !* ». Madame A. et Madame R. sont attentives et souriantes. Les hommes regardent mais ne disent rien, aucune expression ne transparaît sur leur visage. A chaque fois que l'un des deux manque de faire tomber la serviette, les femmes rient.

A la fin de l'extrait nous demandons ce qu'elles ont trouvé drôle : « *Il faut quand même le faire avec la serviette ! C'est pas évident !* » dit Madame J. Nous sollicitons Monsieur T. qui, d'habitude a souvent une remarque amusante mais il nous regarde, sans rien dire en secouant la tête. Monsieur J., lui, est amusé et constate en riant : « *On attend le raté qui fera tomber la serviette !* ». Nous soulignons qu'en effet il y a une véritable prise de risque dans ce numéro ; les deux hommes peuvent se retrouver totalement nus devant tout le public :

- Monsieur J. : « *Peu de moyens mais ils tiennent la scène !* »
- Madame J. : « *Heureusement que l'oiseau ne s'est pas envolé !* », ce qui fait rire Madame A.
- Madame R. : « *Il était bien... heu...* »
- Madame J. : « *Il était bien accroché !* », ce qui fait rire les femmes et sourire les hommes.
- Nous : « *Comment peut-on qualifier ce type d'humour ?* »
- Madame A. : « *Loufoque mais il faut avoir l'esprit « rigolard » pour apprécier ce genre d'humour.* »

Dans cet exemple de séance, nous assistons à une forme d'humour qui a plus sensibilisé les femmes que les hommes. Nous remarquons, là encore, que les traits d'humour des patients sont spontanés et parfaitement adaptés au support présenté.

2.2.4. Une blague : âge et coquetterie

Nous lisons à haute voix la plaisanterie suivante : « Impossible de vous dire mon âge ! Il change tout le temps ! »

- Madame A. : « *Ah bravo ! Ça c'est vrai ! Eh bah oui ! Aujourd'hui on est plus vieux qu'hier et demain on sera plus vieux qu'aujourd'hui !* »

Nous nous tournons vers Monsieur A. et nous lui demandons s'il peut nous dire son âge. Celui-ci, qui a souvent besoin de temps pour s'exprimer, nous répond du tac au tac « *Non* ». Nous lui demandons pourquoi et il répond en dodelinant du menton : « *Parce que...* », tout en paraissant faussement outré que quelqu'un ose lui poser la question. Nous demandons alors son âge à Madame R. qui s'écrie d'un air innocent : « *Moi ? Là je sais plus !* » et tout le monde se met à rire :

- Madame J. : « *Tu vois pas qu'elle a 20 ans !* »
- Madame R. : « *Je le dis pas comme ça moi !* »

Nous poursuivons le tour de table :

- Monsieur T. : « *J'ai 77 ans !* »
- Madame R., les yeux ronds : « *C'est vrai ?* » et elle éclate de rire.
- Nous : « *Vous ne le croyez pas ?* »
- Madame A. : « *Non, moi non plus, il fait beaucoup plus jeune !* »
- Monsieur T., flatté et amusé : « *Je me suis rasé ce matin, c'est pour ça !* »

Madame A. fait mine d'oublier son âge, comme Madame R. et Monsieur C. nous dévoile franchement le sien. Puis Martine, l'orthophoniste, demande à Monsieur A. de deviner son âge à elle :

- Monsieur A., plissant les yeux : « *Oh, il faut chercher... !* », ce qui fait rire tout le monde, même Monsieur C. qui d'ordinaire est très peu expressif.
- Madame R. s'exprimant sur la question : « *C'est encore bien !* » et nous rions encore.
- Martine : « *Je vais vous le dire, j'ai 93 ans !* »

Les femmes sont choquées et disent que c'est impossible. Madame R., décidément très en forme ce jour-là, ajoute : « *Elle fait « dgenre » !* » et c'est reparti pour un nouvel éclat de rire général. Martine avoue finalement son âge véritable et conclut en disant que l'on peut rire de choses sérieuses et que la jeunesse est en réalité dans la tête plutôt que dans le corps. Tout le monde acquiesce.

Dans ce court extrait de l'une de nos séances, nous constatons que les participants à l'atelier sont tout à fait capables de feindre, dans un but comique, un trouble de mémoire qui n'est en rien lié à leur maladie. Ils peuvent aussi jouer à faire semblant en prenant telle ou telle expression (l'atelier théâtre a certainement été un très bon entraînement) pour faire croire à leurs interlocuteurs qu'ils prennent au pied de la lettre ce qu'ils savent très bien être du second degré.

2.3. Quelques traits humoristiques de patients

2.3.1. Les jeux de mots

Nous avons été très surpris de constater que si les jeux de mots sont hermétiques en réception, ils sont beaucoup plus aisés en production chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

En voici quelques exemples :

- Monsieur J. suite à une discussion sur le rire : « *Vous savez pourquoi on rit jaune ? Parce qu'on a mangé de l'œuf au riz !* » (euphorie)

- Monsieur J. s'adressant à Monsieur T. sur le ton de la plaisanterie : « *Vous avez déjà tourné dans un film ?* », Monsieur T. : « *Je ne fais que ça, faire du cinéma !* », Monsieur J. : « *Moi j'ai déjà été metteur en scène !* »
- Monsieur A. est en train de chanter « Le chapeau de Zozo » de Maurice Chevalier, Monsieur T. le félicite : « *Alors là, chapeau !* »
- Dans une conversation sur les différentes sortes de chapeaux, nous évoquons le président Mitterrand qui avait remis au goût du jour le chapeau feutre chez les hommes. Madame A. s'exclame alors : « *Ah oui, le Mythe Errant !* » et elle explique qu'elle ne l'estimait pas beaucoup car elle le trouvait arrogant et prétentieux.
- Lors d'une discussion sur les éléments nécessaires à une fête réussie, Madame A. évoque le champagne. Quelqu'un glisse : « *Ça donne l'eau à la bouche !* » et Monsieur T. le corrige : « *Le champagne à la bouche !* »
- Monsieur T. le 4 décembre : « *A la Sainte Barbe, on se rase !* »
- Peu avant le week-end de Pâques nous évoquons les fritures au chocolat lorsque quelqu'un pense à « la poutine », spécialité niçoise à base d'alevins. Monsieur C., à qui l'on demande s'il aime cela, répond : « *Je préfère la poutine niçoise que le Poutine russe !* »

2.3.2. Les jolies phrases et les bonnes réparties

- Tous ensemble, notre petit groupe a composé le poème suivant : « *Il faut rire ensemble parce que c'est communicatif. On va donc amplifier le son, et ça aide à ne pas partir dans des élucubrations ! Parler de choses agréables pour faire rire et s'amuser, c'est important, ça fait du bien au moral pour toute la journée !* »
- Nous jouons à « poil au... » quand quelqu'un dit à propos de Monsieur T. : « *Il écoute, poil à la moumoute !* » et Madame J. réplique : « *Ça, c'est personnel, ça ne se dit pas !* »
- Nous nous amusons à chercher des expressions à base de noms d'animaux quand soudain quelqu'un évoque « la poule de luxe » et « être une grue » : Monsieur J. commente : « *Oui mais c'est pas le même prix !* » et Madame A. ajoute : « *Moi les poules, je les préfères cuites !* »
- A propos de l'humour et du rire :
 - Sur l'étymologie du mot « humour », Madame J. dit : « *L'humour c'est l'autre côté de la bonne humeur !* »
 - Madame X., ancienne accueillie de F.A.06 : « *Il faut rire avant d'en avoir envie, de peur de mourir sans avoir ri.* »

- Monsieur J. : « *Il faut 64 muscles pour faire la gueule et 22 muscles pour rire !* »
- Monsieur A. arrive un jour à l'une de nos séances en nous confiant son problème : il a gagné au loto et ne sait pas quoi faire de son argent. Monsieur T. lui lance alors : « *Nous on est preneur !* »

Nous concluons par la réflexion pleine de bon sens de Monsieur J. : « *Je voulais pas le dire, mais on est quand même les meilleurs !* »

3. Dans le cadre du questionnaire

Toutes les personnes qui ont répondu à ce questionnaire ont reconnu avoir de l'humour et s'en servir, dans le cadre de leur travail à l'accueil de jour de France Alzheimer 06, avec les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. L'humour serait, pour elles, le signe de cette ouverture d'esprit nécessaire aux métiers d'accompagnement de la personne âgée.

3.1. Les types de situation dans lesquelles s'exerce l'humour de l'aidant

D'un avis général, tout peut être prétexte à faire de l'humour. Le but est double : échanger avec bonne humeur et dédramatiser une situation difficile.

Pour Arlette, l'humour sert, par exemple, à motiver les accueillis. A ce propos, Martine souligne d'ailleurs l'importance de « *mettre de la gaieté dans un quotidien qui n'est pas toujours facile* ». C'est aussi ce que développe Cathy, lors de ses trajets quotidiens en voiture avec les patients qu'elle accompagne : « *J'étais avec Madame J. dans la voiture, lorsqu'au feu rouge je remarque des dizaines de pigeons postés sur des câbles électriques. « Oh regardez tous ces oiseaux ! Que font-ils d'après vous ? » lui demandais-je. Comme elle ne me répondait pas, je lui dis alors : « Ils comptent les voitures qui passent ! » et nous avons éclaté de rire toutes les deux.* » Hilde ajoute que commencer la journée avec une note d'humour permet de mettre en confiance, de détendre la personne accueillie, notamment lorsqu'elle est en période d'essai à l'accueil de jour et donc assez stressée par ce bouleversement dans sa vie quotidienne.

Christiane énonce que l'humour sert à « *faire une pirouette pour détourner l'attention de ce qui chagrine* ». Plusieurs personnes rejoignent cette idée en présentant les cas de figure suivants :

- Pour gérer, en douceur, un patient opposant,
- Pour mettre en exergue certains propos et souligner leur importance,
- Pour alléger l'atmosphère et rebondir sur autre chose quand un patient est conscient de ses troubles,
- Pour désamorcer un conflit,

- Pour apaiser un patient qui s'impatiente, notamment au moment de quitter l'accueil de jour,
- Pour surmonter un moment de découragement.

3.2. Les facteurs d'utilisation ou de refus de l'humour

Si tout est prétexte à faire de l'humour, celui-ci ne peut s'utiliser à bon escient sans conditions préalables. Chaque personne les a définies selon ses limites propres. Elles peuvent donc varier d'un individu à l'autre.

3.2.1. Le choix d'utiliser l'humour

Pour Arlette, il est d'abord important d'être soi-même dans de bonnes dispositions pour pouvoir faire de l'humour. De plus, il semble que « *la perméabilité* », « *la réceptivité* » à l'humour de la personne accueillie soit essentielle pour pouvoir échanger avec elle sur ce mode.

Comment peut-on la déceler ? Certaines personnes la déduiront d'une personne souriante, affable, capable de faire de l'humour et s'autoriseront alors à plaisanter avec elle. Elles auront besoin d'observer un moment le patient, de créer avec lui une relation de qualité, avant d'être certaines de ne pas le braquer. D'autres préféreront rapidement essayer un trait d'humour, quitte à ne plus recommencer si celui-ci est mal perçu par son destinataire.

Pour autant, doit-on s'interdire de faire de l'humour avec ceux que l'on a perçus, intuitivement ou non, comme moins perméables à l'humour ? Mathilde explique, qu'en groupe, elle sollicite les personnes les plus réceptives à son humour pour qu'elles puissent entraîner les autres, par mimétisme, dans un rire ou un sourire contagieux.

Enfin, d'autres facteurs complémentaires peuvent encourager le choix d'utiliser l'humour :

- La facilité de l'individu à s'exprimer,
- L'empathie que l'accueilli suscite chez l'aidant.

3.2.2. Le choix de ne pas utiliser l'humour

Une personne « imperméable à l'humour » est décrite comme une personne dépourvue d'humour ou qui ne partage pas le même humour que soi. Elle réagira alors avec colère, hypersensibilité, ne comprendra pas le second degré et pensera que l'on se moque d'elle. Par ailleurs, l'humour est inapproprié lorsque l'accueilli risque d'être exposé à l'autre de manière déplaisante.

Plusieurs personnes ont également mis en avant la fragilité, la souffrance physique ou la demande d'attention particulière du patient comme limite à faire de l'humour. Peut-être est-ce, parce que l'individu, très affaibli, suscite trop d'empathie pour échanger avec lui sur le mode de la légèreté.

Si l'humour est déstressant, une anxiété trop élevée, une souffrance morale aiguë, seront aussi des obstacles à l'utilisation de l'humour.

Enfin, des difficultés de communication trop importantes chez un patient ou une personnalité effacée peuvent faire barrage pour l'aidant à l'utilisation de l'humour : il doutera que son fait d'humour soit compris ou craindra qu'il soit mal interprété.

3.3. Les anecdotes humoristiques

Angélique rapporte qu'elle a rarement vu d'échanges humoristiques entre les patients et donc qu'elle ne peut en raconter.

Mathilde énonce qu'elle a quelquefois été le témoin d'échanges humoristiques spontanés entre les accueillis, notamment à propos de blagues de genre, caricaturales sur le statut des hommes et des femmes, mais sans que celles-ci ne soient jamais déplacées.

Cathy, qui a quelquefois perçu des faits d'humour chez les personnes qu'elle accompagne écrit : *« Messieurs X. et Y. étaient assis à l'arrière de la voiture. J'avais mis la station de radio Nostalgie quand une chanson a réveillé les souvenir de Monsieur X. qui a déclaré : « Cette chanson me rappelle l'époque où je draguais les filles ! » Monsieur Y. a alors demandé : « Qu'est-ce que tu faisais ? » Monsieur X. s'est mis à rire et a répondu : « Je leurs courais après ! » et le fou-rire les a pris. »*

Martine, qui a souvent assisté à des échanges humoristiques chez les patients raconte : *« Dans un groupe de parole, deux personnes racontaient leur parcours de vie. L'une a dit à l'autre : « J'ai fait le tour du monde. » et l'autre a répondu : « Et moi, j'ai fait le tour de la maison ! », tout le monde a ri ! »*

Hilde, qui observe souvent la volonté chez les accueillis de faire de l'humour, relate à propos de deux messieurs au stade sévère de la maladie et qui ne parlent quasiment plus :

- *« Avec Monsieur A., si nous lui demandons qui il est, il répond souvent : « L'homme invisible ! » et quand nous lui disons : « Nous vous ramenons chez vous, vous allez voir votre femme. », il répond du tac au tac : « Laquelle ? » ».*

- « *Quand Monsieur J., décèle une réponse pleine de bon sens de la part de quelqu'un du groupe, il ne peut s'empêcher de répondre : « Et toc ! » d'un air de dire « On sait répondre ! » ».*

Nathalie, qui elle aussi, assiste souvent à des échanges humoristiques de patients se souvient : « *Un patient peu loquace est passé devant l'un de ses camarades qui n'avait plus qu'une dent et s'est exclamé : « Oh just one ! » et a poursuivi son chemin comme si de rien n'était.* »

Khadija, très souvent témoin d'échanges humoristiques entre et avec les patients raconte que lorsqu'elle demande à Madame Z. si elle est en forme, celle-ci lui répond toujours : « *En forme et avec les formes !* »

Enfin Christiane, s'amuse souvent de voir deux personnes tenant une conversation totalement incohérente mais qui ont l'air de se comprendre et qui rient entre elles pendant plusieurs minutes.

IV. Discussion

1. Compréhension et appréciation de l'humour au sein du protocole

1.1. Les biais du protocole

Le protocole que nous avons élaboré présente plusieurs limites :

- Nos échantillons sont trop peu fournis (11 personnes témoins, 15 personnes malades) pour être représentatifs. Ainsi, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés avec certitude aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré à modérément sévère.
- La population témoin est supposée saine car aucun diagnostic de pathologie neurodégénérative n'a été posé. Il est toutefois possible que certaines personnes souffrent d'une telle pathologie mais que le diagnostic n'ait pas encore été posé.
- Comme toute situation de test, les performances de l'individu sont évaluées à un moment T. mais ne sont pas forcément représentatives de ses capacités réelles. Cela est d'autant plus vrai pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : leurs aptitudes sont labiles et peuvent donc varier significativement d'un jour à l'autre en fonction de leur humeur, de leur état de santé général, des événements qui ont rythmé leur journée...
- Enfin, nous avons élaboré ce protocole en essayant de rassembler des items variés de par leur style et de par leur forme sans toutefois pouvoir être exhaustifs. Cette hétérogénéité du protocole a rendu difficile l'interprétation commune des résultats. De plus, si ces items

ont été sélectionnés pour leur simplicité apparente et leur adéquation avec l'âge des populations concernées, ils ont aussi été choisis en fonction de nos goûts personnels.

1.2. Les résultats croisés

1.2.1. Les items de niveau 1

Ce sont les items qui ont été les mieux compris mais les moins appréciés de la population cible.

Beaucoup ont trouvé la photo de Robert Doisneau jolie mais pas drôle, c'est pourquoi l'appréciation est majoritairement modérée et largement nulle. Quant à la citation écrite de Pierre Dac, peu l'ont trouvée à leur goût. En effet, pour la population cible, cette phrase n'avait pas de potentiel comique puisqu'elle était évidente. Ces avis étant globalement partagés par la population témoin, nous pouvons remettre en cause la pertinence humoristique de ces items.

Les réactions au dessin humoristique de Deligne nous ont surpris. En effet, non seulement l'esprit du dessin a été saisi mais peu l'ont rejeté : s'il ne prêtait pas à rire, au moins prêtait-il à sourire, chez les individus malades comme chez les témoins. Si dans un premier temps, le personnage a pu susciter l'empathie des participants, ceux-ci ont pu, dans un second temps, s'en distancier pour saisir le second degré et éventuellement déceler la volonté humaniste du dessinateur. Beaucoup ont pu évoquer des souvenirs, des opinions, des inquiétudes à partir de cet item.

1.2.2. Les items de niveaux 2 et 3

Ce sont les items qui ont été les moins bien compris de notre population cible et pourtant les plus appréciés. C'est en cela que nous pouvons avancer que la compréhension de l'humour ne constitue pas le prérequis indispensable d'une réaction affective positive : l'individu peut avoir intuitivement saisi la volonté comique, s'en amuser, sans obligatoirement l'avoir réellement comprise. Pour autant, doit-on déduire des résultats recueillis pour la photo et la citation écrite de Pierre Dac que la compréhension du support est la condition préalable de son rejet ? Que l'on peut apprécier l'humour sans le comprendre mais qu'il faut le comprendre pour le rejeter ? Nous ne le pensons pas car un individu peut tout à fait rejeter l'humour justement parce qu'il ne l'a pas compris.

L'extrait de film parlant a été très atteint sur le plan de la compréhension. Nous pensions, à tort, que les mimiques, les grimaces, la gestuelle, la familiarité des acteurs voire du film constitueraient une aide importante à la compréhension du dialogue. De la même façon, nous avons supposé, sans succès, que la prosodie, le ton de la voix, la popularité du sketch de « l'eau ferrugineuse » et de

Bourvil faciliteraient la compréhension du message. Mais si tous ces éléments ont été un obstacle sur le plan cognitif, il y a fort à parier qu'ils soient à l'origine des réactions affectives positives : avec tous ces éléments, le sujet a perçu le comique des items et s'en est amusé.

L'extrait de film muet déroge cependant aux constatations précédentes sur le plan de la compréhension. En effet, les mimiques, la gestuelle ne semblent pas avoir été un frein à la compréhension. Au contraire, elles ont plutôt été correctement interprétées par la population malade (et ont certainement déterminé l'engouement pour cet item). Toutefois, contrairement à l'extrait de film parlant et à l'extrait radiophonique qui étaient aussi moins bien réussis par la population témoin, la scène de Charlot des *Temps Modernes* a été très bien analysée par les témoins ce qui aboutit à un écart de compréhension important entre les deux populations.

Il est important de souligner que les résultats de ces trois items que nous avons qualifiés de « mobiles », puisqu'ils sont en mouvement sans retour en arrière possible, sont évidemment moins bons en compréhension que les résultats des items de niveau 1 qui sont fixes, car ils font appel à la mémoire de travail, défaillante dans la maladie d'Alzheimer. De plus, la population cible a saisi certains éléments de compréhension mais a eu beaucoup de difficultés à opérer des liens logiques entre ceux-ci.

Enfin concernant la citation de Francis Blanche, nous avons cru que le jeu de mots, mis en évidence par sa présentation écrite, et ses références supposées familières puisqu'elles avaient trait à des villes proches de Nice, serait aisément identifiable. Ce fut un échec. Beaucoup n'ont pas du tout perçu ce jeu de langage, l'assimilant plutôt à un « canular typique de Francis Blanche » sans toutefois observer la cohérence graphique et phonique entre « Antibes », « Biot » et « antibiotiques ». Mais l'item a été apprécié parce que le second degré a été perçu et Francis Blanche, inscrit au bas de la citation, rappelé et reconnu.

Par comparaison avec l'atelier, il est apparu que l'humour issu d'échanges spontanés fonctionne beaucoup mieux que lorsqu'il est présenté sous la forme de supports imposés, tant au niveau de sa production que de sa réception. Cela est d'ailleurs assez flagrant si l'on prend l'exemple des jeux de mots. En effet, nous avons vu que tous les jeux de mots présentés dans le protocole étaient très largement échoués en réception par la population cible. En revanche, nous avons observé que les patients étaient plutôt loquaces pour les produire dans le cadre d'échanges informels. Cela nous renforce donc dans l'idée qu'il est indispensable de tenter d'utiliser l'humour dans nos rapports humains avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et cela, avant tout pour leur rendre une dignité, une humanité souvent effacée par leur statut de « dément ». Cela n'exclut pas d'utiliser aussi l'humour par la suite, dans la prise en charge technique orthophonique, pour

travailler les mécanismes cognitifs déficitaires du patient (mémoire à long terme, mémoire de travail, pragmatique du langage, fonctions exécutives, attention divisée).

2. Le vecteur émotionnel dans l'échange sur le mode humoristique

Nous avons posé le postulat suivant : comme l'humour est un phénomène cognitivo-émotionnel (cf. étude de Aillot et Piolat) et que le canal émotionnel est relativement préservé dans la maladie d'Alzheimer, échanger sur le mode humoristique avec ces personnes reste donc possible.

Comme nous le développons dans la partie théorique, la communication non verbale semble être performante chez ces individus grâce à la survivance de ces deux aspects: la communication analogique et la communication implicite.

- **La communication analogique :**

- Les structures cérébrales impliquées dans ce type de communication (système sensori-moteur, structures sous-corticales et cérébelleuses) ne sont pas ou très peu touchées par la maladie. Elles seraient même stimulées par les neurones-miroirs.
- Il y aurait, selon Ploton, la persistance d'une « intelligence affective » malgré une difficulté de régulation liée à des processus cognitifs et subjectifs défaillants.
- L'accordage affectif, qu'évoquent notamment Hirsch et Ollivet, permettrait au patient de réagir par mimétisme aux actions de son entourage. C'est pourquoi Rousseau mise sur la méthode de « rebouclage sensoriel » pour imprégner le soignant d'une « aura » positive qui facilitera ses relations avec le patient.
- Enfin, concernant les aspects pragmatiques du langage, Nerva et Ninon soulignent l'aide incontestable de la prosodie sur la compréhension du message verbal. Quant à la reconnaissance des expressions faciales, elle est controversée : Khosravi pense qu'elle est préservée alors que d'autres comme Henry, Ruffman et MacDonald prétendent que seul le dégoût est encore identifiable par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La difficulté d'identification des visages neutres, de la tristesse et de la peur serait un indice de la progression de la maladie.

- **La communication implicite :**

- Située au-delà de la communication, elle serait aussi conservée puisque non régulée par la cognition.

Si nous mettons en lien certains de ces éléments avec notre partie pratique, nous pouvons confirmer ou nuancer certains propos :

- **Concernant la communication analogique :**

- L'accordage affectif :

- Nous avons effectivement constaté, au sein de l'atelier, que les patients réagissaient beaucoup par mimétisme avec leur entourage : un éclat de rire pouvait entraîner le rire général. Aussi, lorsqu'une nouvelle personne, généralement en période d'essai dans la structure, était invitée à notre atelier et qu'elle ne partageait pas du tout la bonne humeur ambiante, ou lorsqu'un habitué arrivait déprimé, les autres tentaient tant bien que mal de le déridier :

🚦 Monsieur Y., invité, n'appréciait aucun des supports humoristiques proposés et manifestait vivement son désintérêt. Monsieur J. se risqua : *« Et si on vous chatouille les pieds ? Ça vous fait rire ? », « Ça me fait rien du tout ! »* répondit Monsieur Y., sans l'ombre d'un sourire. Monsieur J. lui dit alors : *« On ne désespère pas de vous faire venir jusqu'à obtenir de vous une franche rigolade ! »*

De même, les participants ont souvent fait bloc : si plusieurs personnes appréciaient ou rejetaient un support humoristique, celle qui avait un avis contraire pouvait finalement se ranger à l'avis général. Concernant les réflexions sur l'humour, nous avons été peu confrontés à des opinions radicalement différentes, celles-ci étant, au contraire, souvent harmonieuses.

- Nous nous sommes aussi servis de la technique de rebouclage sensoriel prônée par Rousseau. En effet, en nous retrouvant chaque semaine autour du café matinal pour prendre le temps de discuter personnellement avec les accueillis, en proposant divers supports humoristiques au sein de l'atelier pour les faire réagir, mais aussi pour rire avec eux et apprécier le plaisir d'être ensemble, nous avons très rapidement été perçus par les patients comme familiers et bienveillants. Si, d'une semaine sur l'autre, ils ne se souvenaient plus du thème de notre atelier, ils se rappelaient toutefois que nous partagions ensemble des moments agréables et cela même jusqu'à créer chez certaines personnes de faux mais bons souvenirs à notre égard. Nous avons même observé des changements d'attitude chez certains patients :

🚦 Madame J. qui refuse souvent de se déplacer une fois qu'elle est assise quelque part, a toujours voulu nous suivre dans la salle de l'atelier.

- ✚ Monsieur A., qui d'habitude déambule, ne s'est jamais levé de son fauteuil au cours des séances.
- ✚ Monsieur J., souvent très critique quant à l'institution, ses membres et son fonctionnement, a rarement été dans la revendication avec nous. De plus, alors qu'il se mettait souvent, dans un souci de supériorité, en marge des autres participants au début de l'atelier, s'est ensuite positionné en leader et a œuvré à la cohésion du groupe.

➤ les aspects pragmatiques du langage :

- Nous avons constaté qu'au lieu d'être une aide à la compréhension du message verbal, la prosodie marquée pouvait être un frein à celle-ci. En effet, au sein de notre protocole, la prosodie du texte de l'extrait radiophonique de « l'eau ferrugineuse » a parasité la compréhension du message plus qu'elle ne l'a facilitée : les indices de l'ivresse ont été repérés (puisque'ils étaient gênants) mais très rarement identifiés comme tels. De plus, le fait que le sketch émane d'une voix très connue, celle de Bourvil, n'a pas aidé la compréhension.
- Les expressions faciales n'ont pas non plus semblé faciliter la compréhension : l'extrait de film parlant du protocole, « La mauvaise bourrasque », en est la preuve. En effet, très peu de personnes du groupe cible ont compris pourquoi le curé et l'époux se faisaient des grimaces et identifié les attitudes du couple face à la demande du curé.

3. L'humour thérapeutique

Comme nous l'avons développé dans la partie théorique, l'humour est un mécanisme d'adaptation pour faire face aux aléas de la vie. On parle à ce propos de « coping-humor », d'« humour-résilience ». Cela est particulièrement vrai chez les personnes âgées qui considèrent l'humour, selon Wender et Herth, comme une philosophie de vie, une aide face à la perte. Dans notre atelier, tous les participants, âgés de 71 à 86 ans, ont reconnu avoir de l'humour et le cultiver : « *Nécessaire comme l'électricité ou le gaz* » (Monsieur J.), l'humour est « *bon pour le moral* » (Monsieur C.) car il permet « *d'amortir le sérieux des choses* » (Monsieur M.).

Sur le plan personnel, l'humour permet aussi, entre autres :

- De réduire le stress,
- De soutenir voire de créer le lien social,
- D'entraîner la mémoire à long terme, sémantique et épisodique,

- De travailler la mémoire à court terme via la mémoire de travail,
- De solliciter les fonctions exécutives (inhibition des éléments non pertinents, rafraîchissement de la mémoire de travail, flexibilité cognitive et attention divisée)...

Dans le cadre thérapeutique, les soignants sont globalement unanimes quant aux règles à respecter pour faire de l'humour avec un patient :

- Evaluer la place de l'humour dans la vie du patient et dans la sienne,
- Ne pas rire au détriment d'un tiers,
- Avoir une bonne alliance avec son patient,
- Eviter l'humour avec un patient trop angoissé,
- Etre réceptif à l'humour du patient comme marque de sa considération.

Ces règles, nous les avons d'ailleurs toutes retrouvées dans les réponses du questionnaire que nous avons présenté aux soignants de F.A. 06.

Ainsi, l'humour approprié est une façon de créer des interactions avec le patient, de redynamiser la relation, bref, d'améliorer la qualité relationnelle entre le patient et son soignant par la création d'un cadre sécurisant. Plus à l'aise, le patient pourra ouvertement exprimer ses inquiétudes et le soignant sera alors plus à même de le rassurer. Echanger sur le ton de l'humour, c'est aussi parler d'égal à égal : au sein de l'atelier, chacun a d'ailleurs perçu qu'il pouvait rire et faire de l'humour parce qu'il se sentait en confiance et sur un pied d'égalité avec les autres membres du groupe, intervenants inclus. Il était toutefois indispensable pour eux que l'humour soit positif, au sens de Rod Martin c'est-à-dire mobilisateur (« *Ceux qui font rire les autres* » comme l'explique Monsieur J.) ou auto-apaisant (« *Etre de bonne humeur* » comme l'évoque Monsieur R.) et non pas agressif (« *Sniggering* (ricanements) *comme on dit en anglais* » a développé Madame A.) ou auto-dévalorisant. Ainsi, utiliser l'humour semble essentiel afin de s'écarter de la position du soignant tout puissant et réhumaniser le patient malade.

CONCLUSION

« *L'humour, c'est la politesse du désespoir.* » a écrit Boris Vian dans *L'écume des jours*. Si l'humour a une valeur de résilience, alors il est un barrage au désespoir. Nous avons observé que beaucoup de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avaient, dans une certaine mesure, conscience de leurs troubles : ils percevaient que certaines idées leur échappaient aussitôt pensées, que les mots venaient à manquer, que leur mémoire s'émoussait. Tous ont mis en avant la nécessité d'une perspective humoristique de la vie pour se soulager du poids de ses événements douloureux. Pour autant, les personnes que nous avons rencontrées ne sont en rien désespérées, bien au contraire : si l'humour est une façon d'éviter la noirceur de leur horizon, il leur permet avant tout d'illuminer le moment présent, de « voir la vie en rose » ou en « multicolore ». Il témoigne d'une force incroyable, d'un désir de vivre et non de la perte de tout espoir.

Nous avons voulu souligner l'importance de réhabiliter la personne souffrant de démence de type Alzheimer dans son statut d'individu, d'être capable de penser, de ressentir et de partager même si certains processus sont désorganisés, déconnectés ou partiellement abolis. Dans cet objectif, nous souhaitons mettre en avant les capacités des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et non pas insister, une fois de plus, sur les dégâts causés par la maladie. A l'instar de la philosophie de vie des participants à notre atelier, nous désirions que ce mémoire soit fondamentalement positif. Bien que les mécanismes cognitifs de la compréhension soient déficitaires, nous pensons avoir démontré que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade modéré à modérément sévère sont perméables à l'humour, tant sur le plan de la réception que de la production, notamment lors d'échanges spontanés. C'est une perche dont l'orthophoniste peut se saisir pour améliorer l'alliance thérapeutique avec ces patients : l'humour peut être une manière de sécuriser le cadre relationnel de la prise en soin orthophonique, d'obtenir la confiance du patient, de le rassurer en valorisant son potentiel communicationnel. Rire avec un patient n'est pas un manque de sérieux mais bien la marque de la reconnaissance de celui-ci comme un être à part entière et non pas diminué par la maladie. Or, c'est en rééquilibrant la relation que l'on peut ouvrir le champ des possibles dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Dans des études ultérieures, il serait sans doute intéressant de poser les questions suivantes : Y a-t-il une réelle aisance, chez ces patients, à jouer avec les mots ? Si oui, pourquoi ont-ils tant de difficultés à les comprendre lorsqu'ils n'en sont pas l'auteur ? Si non, y a-t-il une forme d'humour (peut-être l'humour de genre) plus fréquemment employée et à laquelle ces patients sont plus réceptifs ? Quelle place les aidants naturels réservent-ils à l'humour dans la relation à leur conjoint ou parent malade ? Et bien d'autres questions encore car l'humour et la maladie d'Alzheimer est un territoire en friche qu'il faudrait, désormais, plus largement explorer.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CAHEN Gérard. *L'humour. Un état d'esprit*. Paris : Editions Autrement, 1992, 220 p. (coll. Mutations, n° 131)

CROISILE Bernard. *Alzheimer: Que savoir? Que craindre? Qu'espérer?* Paris : Odile Jacob, 2014, 304 p.

ESCARPIT Robert. *L'humour*. 10e édition corrigée. Paris : Presses universitaires de France, 1994, 128 p. (coll. Que sais-je ?, n° 877)

GODEFROY Olivier. *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*. Marseille : Solal, DL 2008, 312 p. (coll. Neuropsychologie)

GUILLAUMIN Jean. *Freud, entre les deux topiques, le comique après l'humour*. Paris : Presses universitaires de France, 1927, œuvre inachevée (Revue Française de Psychanalyse, n°4)

GUIZOT François Pierre Guillaume. *Dictionnaire universel des synonymes de la langue Française*. Paris : Didier et Company, 1861, (vol. 2)

HIRSCH Emmanuel, OLLIVET Catherine. *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société*. Paris : Vuibert, 2007, 255 p. (coll. Collection Espace éthique)

HUGUENIN Cécile. *Alzheimer mon amour*. Paris: Pocket, DL 2013, 130 p. (coll. Pocket)

KHOSRAVI Mitra. *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés : parler, comprendre, stimuler, distraire*. 3^e édition. Rueil-Malmaison : Doin, 2011, 484 p.

KHOSRAVI Mitra. *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer : guide pratique*. 4^e édition. Rueil-Malmaison : Doin, 2011, 362 p.

LECHEVALIER Bernard, EUSTACHE Francis, VIADER Fausto. *Traité de neuropsychologie clinique : neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles, Paris : De Boeck, DL 2008, 1016 p. (coll. Neurosciences & cognition)

LEJEUNE Antoine, MAURY-ROUAN Claire. *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Solal, 2007, 251 p. (coll. Collection Résiliences)

PASQUIER Florence, DUYCKAERTS Charles. *Démences*. Rueil-Malmaison : Doin, 2002, 512 p. (coll. Traité de neurologie)

PINKER Steven. *How the mind works*. New York: W. W. Norton and Company, 1997, 660 p.

PLOTON Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer sur la vie affective, la communication, l'institution*. 2^e édition. Lyon : Chroniques Sociales, DL 2011, 143 p.

ROBINSON Vera. *Humor and the health professions: The therapeutic use of humor in health*. 2e édition. Thorofare : SLACK Incorporated. 1991, 250 p.

ROUSSEAU Thierry. *Démences : orthophonie et autres interventions*. Isbergues : Ortho éditions, 2007, 346 p.

ROUSSEAU Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication : évaluation et prise en charge thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 143 p. (coll. Neuropsychologie)

SMADJA Eric. *Le rire*. Paris : Presses universitaires de France. 1993, 127 p. (coll. Que sais-je?, n° 2766)

SPITZ René. *De la naissance à la parole*. 10^e édition. Paris : Presses universitaires de France. 2002, 328 p. (coll. Bibliothèque de Psychanalyse)

TOUCHON Jacques, GABELLE Audrey, BRUN Vincent. *Maladie d'Alzheimer et Communication*. Montpellier : Sauramps Médical, DL 2013, 103 p. (coll. Echanges en réadaptation)

VAN DER LINDEN Martial, HUPET Michel. *Le vieillissement cognitif*. Paris : Presses universitaires de France, DL 1994, 367 p.

WILSON Edward Osborne. *The social conquest of earth*. New York, London: Liveright. 2012, 330 p.

CHAPITRE D'UN OUVRAGE

CHAPMAN Antony, FOOT Hugh. Nerhardt, G. (1976). Incongruity and funniness: Towards a new descriptive model. In: *It's a funny thing, humour*. Oxford: Pergamon Press, 1977, pp. 47-51

ARTICLE DE REVUE PAPIER

ASKENASY Jean-Jacques. The functions and dysfunctions of laughter. *Journal of General Psychology*, 1987, n° 114, pp. 317-334

BUFFUM Martha, BROD Meryl. Humor and well-being in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Applied Nursing Research*. 1998, vol.11, n° 1, pp. 12-18

HANCOK Coralie. Alzheimer: Le défi à la médecine. *Science & Vie H.S.*, 2014, n°268, pp. 78-89

ARTICLES DE REVUE ELECTRONIQUE

AILLOT Marlène, PIOLAT Annie. Compréhension et appréciation de l'humour : approche cognitivo-émotionnelle. *Psychologie française*, 2013, vol. 58, n°4, pp. 255-275. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/850003/figures/comprehension-et-appreciation-de-l-humour%C2%A0-approch> (consulté le 23/08/14)

AL ALOUCY Jamal, ROUDIER Michel. Conscience de Soi et démence sévère. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2006, vol. 6, n° 31, pp. 38-42. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/83946/figures/conscience-de-soi-et-demence-severe> (consulté le 14/09/14)

ALVAREZ Gerardo. Les mécanismes linguistiques de l'humour. *Québec Français*, 1982, n° 46, pp. 24-27. Disponible sur : <http://www.erudit.org/culture/qf1076656/qf1210785/56969ac.html?vue=resume> (consulté le 9/07/2014)

BECK Danièle, FONTANA Michelle. La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2008, vol.23, n° 4, p. 150. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-infokara-2008-4-page-150.htm> (consulté le 14/09/14)

BLACK Donald. Pathologic laughter, a review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1982, vol. 170, n°2, pp. 67-71. Disponible sur: http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1982/02000/Pathological_Laughter_A_Review_of_the_Literature.1.aspx (consulté le 22/09/14)

BOVERIE Patricia, HOFFMAN Jeffrey, KLEIN Diane et al.. Humor in human resource development. *Human Resource Development Quarterly*, 1994, vol. 5, n° 1, pp. 75-91. Disponible sur :

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hrdq.3920050108/abstract;jsessionid=2B7C47FAA53E895BD5725B064D985B76.f04t04> (consulté le 5/07/14)

BUEE Luc, DELACOURTE André. Tauopathie et maladie d'Alzheimer, un processus dégénératif à part entière. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 2006, vol. 4, n° 4, pp. 261-273.

Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/tauopathie_et_maladie_dalzheimer_un_processus_degeneratif_a_part_entiere_271908/article_e.phtml (consulté le 14/09/14)

CANN Arnie, MATSON Chelsea. Sense of humor and social desirability: understanding how humor styles are perceived. *Personality and Individual Differences*. 2014, vol. 66, pp. 176-180.

Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886914001974?np=y> (consulté le 23/08/14)

CROISILE Bernard, AURIACOMBE Sophie, ETCHARRY-BOUYX Frédérique et al.. The new 2011 recommendations of the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease: preclinical stages, mild cognitive impairment, and dementia. *Revue Neurologique*. 2012, vol. 168, n° 6-7, pp. 471-482. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22579080> (consulté le 5/07/14)

DEGHAN-NAYERI Nahid, GHAFARI Fatemeh, SHALI Mahboubeh. Nurses'experiences of humour in clinical settings. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2015, vol. 2, pp. 19-25. Disponible sur : [http://www.africanursingsciencesjournal.com/article/S2214-1391\(14\)00009-2/fulltext](http://www.africanursingsciencesjournal.com/article/S2214-1391(14)00009-2/fulltext) (consulté le 22/09/14)

DEKEYSER GANZ Freda, JACOBS Jeremy. The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*. 2014, vol. 35, n°3, pp. 205-211. Disponible sur : [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(14\)00046-9/fulltext](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(14)00046-9/fulltext) (consulté le 9/07/14)

DELACOURTE André, DAVID Jean-Philippe, SERGEANT Nicolas et al.. The biochemical pathway of neurofibrillary degeneration in aging and Alzheimer's disease. *Neurology*. 1999, vol. 52, n° 6, pp. 1158-1165. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10214737> (consulté le 22/09/14)

DELACOURTE André, CAMPION Dominique, DAVOUS Patrick. Maladie d'Alzheimer. *EMC Neurologie*. 2007, vol. 153, n° 17, pp. 1-26. Disponible sur : <http://www.emc-consulte.com/article/65156/maladie-d-alzheimer> (consulté le 14/09/14)

DOZOIS David, MARTIN Rod, BIELING Peter. Early Maladaptive Schemas and Adaptive/Maladaptive Styles of Humor. *Cognitive Therapy Research*. 2009, vol. 33, n° 6, pp. 585-596. Disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10608-008-9223-9> (consulté le 23/09/14)

DUBOIS Bruno, ALBERT Martin. Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *The Lancet Neurology*. 2004, vol. 3, n° 4, pp. 246-248. Disponible sur: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(04\)00710-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(04)00710-0/fulltext) (consulté le 23/09/14)

DUBOIS Bruno, FELDMAN Howard, JACOVA Claudia et al.. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet Neurology*. 2007, vol. 6, n° 8, pp. 734-46. Disponible sur: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(07\)70178-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(07)70178-3/fulltext) (consulté le 5/07/14)

DUBOIS Bruno, FELDMAN Howard, JACOVA Claudia. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *The Lancet Neurology*. 2010, vol. 9, n° 11, pp. 1118 – 1127. Disponible sur: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(10\)70223-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(10)70223-4/fulltext) (consulté le 5/07/14)

DUBOIS Bruno, FELDMAN Howard, JACOVA Claudia al.. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *The Lancet Neurology*. 2014, vol. 13, n° 6, pp. 614-629. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(14\)70090-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(14)70090-0/fulltext) (consulté le 9/07/14)

FROMAGE Benoît. La démence dans l'espace de la conscience. *Annales Médico-Psychologiques*. 2003, vol. 161, n° 9, pp. 645-641. Disponible sur : <http://www.emc-consulte.com/article/18914/article/la-demence-dans-l-espace-de-la-conscience> (consulté le 22/09/14)

GELB Betsy, PICKETT Charles. Attitude-toward-the-ad: Links to humor and to advertising effectiveness. *Journal of Advertising*. 1983, vol. 12, n° 2, pp. 34-42. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1984-08239-001> (consulté le 23/08/14)

GEWIRTH Letitia, SCHINDLER Antonio, HIER Daniel. Altered patterns of words associations in dementia and aphasia. *Brain and Language*, 1984, vol. 21, n° 2, pp. 307-317. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0093934X84900543> (consulté le 22/09/14)

GIL Roger, FARGEAU Marie-Noëlle, JAFARI Nemat. Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer. *Annales Médico-Psychologiques*. 2011, vol. 169, n° 7, pp. 416–419. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/430590/article/conscience-de-soi-maintien-du-soi-et-identite-huma> (consulté le 23/08/14)

GOEL Vinod, DOLAN Ray. Social Regulation of Affective Experience of Humor. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2007, vol. 19, n° 9, pp. 1574-1580. Disponible sur : http://www.mitpressjournals.org/doi/abs/10.1162/jocn.2007.19.9.1574#.VR_T7fmsXXU (consulté le 5/07/14)

GOEL Vinod, DOLAN Ray. The functional anatomy of humor: segregating cognitive and affective components. *Nature Neuroscience*. 2001, vol. 4, n° 3, pp. 237-238. Disponible sur : <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-14734-001> (consulté le 5/07/14)

GOLDIN Philippe, HUTCHERSON Cendri, OCHSNER Kevin et al.. The neural bases of amusement and sadness: a comparison of block contrast and subject specific emotion intensity regression approaches. *NeuroImage*. 2005, vol. 27, n° 1, pp. 26-36. Disponible sur : <http://spl.stanford.edu/pdfs/2005/Goldin.pdf> (consulté le 14/09/14)

GREENGROSS Gil. Survival of the funniest. *Evolutionary Psychology*. 2008, vol. 6, n° 1, pp. 90-95. Disponible sur : <http://www.epjournal.net/wp-content/uploads/ep069095.pdf> (consulté le 14/09/14)

GREENGROSS Gill, MILLER Geoffrey. Dissing Oneself versus Dissing Rivals: Effects of Status, Personality, and Sex on the Short-Term and Long-Term Attractiveness of Self-Deprecating and Other-Deprecating Humor. *Evolutionary Psychology*. 2008, vol. 6, n° 3, pp. 393-408. Disponible sur : <http://www.epjournal.net/wp-content/uploads/EP06393408.pdf> (consulté le 5/07/14)

HENRY Julie, RUFFMAN Ted, MCDONALD Skye et al.. Recognition of disgust is selectively preserved in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*. 2008, vol. 46, n° 5, pp. 1363-1370. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028393207004459> (consulté le 23/08/14)

HERTH Kaye Ann. Humor and the older adult. *Applied Nursing Research*. 1993, vol. 6, n° 4, pp. 146-143. Disponible sur : [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(05\)80112-0/abstract](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(05)80112-0/abstract) (consulté le 23/08/14)

HODGES John, PATTERSON Karalyn. Is semantic memory consistently impaired early in the course of Alzheimer's disease? Neuroanatomical and diagnostic implications. *Neuropsychologia*. 1995, vol. 33, n° 4, pp. 441-459. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7617154> (consulté le 14/09/14)

HOFMAN Albert, ROCCA Walter, BRAYNE Carol et al.. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *International Journal Epidemiology*. 1991, vol. 20, n° 3, pp. 736-748. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1955260> (consulté le 5/07/14)

HULSE Janet. Humor: A nursing intervention for the elderly: Used appropriately, humor can aid in education, reduce stress, and relieve the depersonalization many elderly people feel. *Geriatric Nursing*. 1994, vol. 15, n° 2, pp. 88-90. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457209900234> (consulté le 23/08/14)

JACQUEMIN Anne. Stratégies et méthodes de prise en charge cognitive chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autre démence. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2009, vol. 7, n° 4, pp. 265-273. Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/strategies_et_methodes_de_prise_en_charge_cognitive_chez_des_patients_atteints_de_la_maladie_dalzheimer_ou_autre_demence_283231/article.phtml?tab=texte (consulté le 22/09/14)

JONSSON Thorlakur, ATWAL Jasvinder, STEINBERG Susanne et al. A mutation in APP protects against Alzheimer's disease and age-related cognitive decline. *Nature*. 2012, vol. 488, n° 7409, pp. 96-99. Disponible sur : <http://www.nature.com/nature/journal/v488/n7409/full/nature11283.html> (consulté le 5/07/14)

KAPLAN Robert, PASCOE Gregory. Humorous lectures and humorous examples: some effects upon comprehension and retention. *Journal of Educational Psychology*. 1977, vol. 69, n° 1, pp. 61-65. Disponible sur : http://rmkaplan.bol.ucla.edu/Robert_M._Kaplan/1977_Publications_files/0043.pdf (consulté le 5/07/14)

KONRADT Brigitte, HIRSCH Rolf, JONITZ Markus et al.. Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: a feasibility study for older patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013, vol. 28, n° 8, pp. 850-857. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.3893/full> (consulté le 22/09/14)

KO Hae-Jin, YOUN Chang-Ho. Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology International*. 2011, vol. 11, n° 3, pp. 267-274. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21241447> (consulté le 14/09/14)

KUIPER Nicholas, BOROWICS-SIBENICK Melanie. A good sense of humour doesn't always help: agency and communion as moderators of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 2005, vol. 38, n° 2, pp. 365-377. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886904001187> (consulté le 22/09/14)

LE DORZE Guylaine, JULIEN Marie, GENEREUX Suzanne et al.. The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers. *Aphasiology*. 2000, vol. 14, n° 1, pp.17-51. Disponible sur : http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026870300401586#.VR_qXfmsXXU (consulté le 5/07/14)

LEFCOURT Herbert, DAVIDSON Karina, PRKACHIN Kenneth et al.. Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks. *Journal of Research in Personality*. 1997, vol. 31, n° 4, pp. 523-542. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092656697921917> (consulté le 9/07/14)

LOSTRA Françoise. Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*. 2002, vol. 2, n° 29, pp. 73-86. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-73.htm> (consulté le 22/09/14)

LOW Lee-Fay, BRODATY Henry, GOODENOUGH Belinda et al.. The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and Elderclowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open*. 2013, vol. 3, n° 1, pp. 564-569. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23315520> (consulté le 23/08/14)

LUZZI Simona, PICCIRILLI Massimo, PROVINCIALI Leandro. Perception of emotions on happy/sad chimeric faces in Alzheimer disease: relationship with cognitive functions. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2007, vol. 21, n° 2, pp. 130-135. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17545738> (consulté le 23/08/14)

MARTIN Rod, PUHLIK-DORIS Patricia, LARSEN Gwen et al.. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*. 2003, vol. 37, n° 1, pp. 48-75. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092656602005342> (consulté le 14/09/14)

MATHIEU Susan. Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities, Adaptation & Aging*. 2008, vol. 32, n°2, pp. 134-148. Disponible sur : http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01924780802143089?journalCode=waaa20#.VR_2XPmsXXU (consulté le 14/09/14)

MASTEN Ann. Humor and competence in school-aged children. *Child Development*. 1986, vol. 57, n° 2, pp. 461-473. Disponible sur : http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01924780802143089?journalCode=waaa20#.VR_2XPmsXXU (consulté le 9/07/14)

MESMER-MAGNUS Jessica, GLEW David, WISWESVARAN Chockalingam. A meta-analysis of positive humor in the workplace. *Journal of Managerial Psychology*. 2012, vol. 27, n° 2, pp. 155-190. Disponible sur : <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/02683941211199554> (consulté le 22/09/14)

MILLER George. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*. 1956, vol. 101, n° 2, pp. 343-352. Disponible sur : <http://www.psych.utoronto.ca/users/peterson/psy430s2001/Miller%20GA%20Magical%20Seven%20Psych%20Review%201955.pdf> (consulté le 23/08/14)

MIYAKE Akira, FRIEDMAN Naomi, EMERSON Michael et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*. 2000, vol. 41, n° 1, pp. 49-100. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10945922> (consulté le 5/07/14)

MOBBS Dean, GREICIUS Michael, ABDEL-AZIM Eiman et al.. Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*. 2003, vol. 40, n° 5, pp. 1041-1048. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14659102> (consulté le 9/07/14)

MORAN Joseph, WIG Gagan, ADAMS Reginald et al.. Neural correlates of humor detection and appreciation. *NeuroImage*. 2004, vol. 21, n° 3, pp. 1055-1060. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811903006633> (consulté le 14/09/14)

MORA-RIPOL Ramon, QUINTANA-CASADO Isabel. Laughter and positive therapies: Modern approach and practical use in medicine. *Psiquiatría Y Salud Mental*. 2010, vol. 3, n° 1, pp. 27-34. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173505010700066> (consulté le 5/07/14)

MULLER Ulrich, WINTER Pia, GRAEBER Manuel. A presenilin 1 mutation in the first case of Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*. 2013, vol. 12, n° 2, pp. 129-130. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(12\)70307-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(12)70307-1/fulltext) (consulté le 23/08/14)

NORMANN Hans, ASPLUND Kenneth, KARLSSON Stefan et al.. People with severe dementia exhibit episodes of lucidity. A population based study. *Journal of Clinical Nursing*. 2006, vol. 15, n° 11, pp. 1413-1417. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17038102> (consulté le 5/07/14)

PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. Humor and Laughter may Influence Health. I. History and Background. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2006, vol. 3, n° 1, pp. 61–63. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16550224> (consulté le 14/09/14)

PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. Humor and Laughter May Influence Health: II. Complementary Therapies and Humor in a Clinical Population. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2006, vol. 3, n° 2, pp. 187-190. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1475938/> (consulté le 9/07/14)

PAYNE BENNETT Mary, LENGACHER Cécile. Humor and Laughter May Influence Health: III. Laughter and Health Outcomes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008, vol. 5, n° 1, p.37-40. Disponible sur : <http://www.medscape.com/viewarticle/574688> (consulté le 22/09/14)

PETERSEN Ronald, SMITH George, WARING Steve et al.. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*. 1999, vol. 56, n° 6, pp. 303-308. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10190820> (consulté le 9/07/14)

POWELL Jason, ANDRESEN Luke. Humour and Teaching in Higher Education. *Studies in Higher Education*. 1985, vol. 10, n° 1, pp. 79-90. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03075078512331378726#.VSAE-fmsXXU> (consulté le 9/07/14)

PRIEGO-VALVERDE Béatrice. « C'est du lard ou du cochon ? » : Lorsque l'humour opacifie la conversation familière. *Marges Linguistiques*. 2001, n° 2, pp. 195-208. Disponible sur : <http://www.lpl-aix.fr/~fulltext/1266.pdf> (consulté le 5/07/14)

RENGADE Charles-Edouard. L'humour en thérapie cognitive et comportementale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2014, vol. 24, n°1, pp. 1-4. Disponible sur : http://lib.gen.in/next/MTAuMTAxNi9qLmp0Y2MuMjAxNC4wMS4wMDI=/10.1016_j.jtcc.2014.01.002.pdf (consulté le 23/08/14)

REY-DEBOVE Josette. La synonymie ou les échanges de signes comme fondement de la sémantique. *Langages*. 1997, vol. 31, n° 128, pp. 91-104. Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/lgge_0458-726x_1997_num_31_128_2135 (consulté le 22/09/14)

SAMSON Andrea, HEMPELMANN Christian, HUBER Oswald et al.. Neural substrates of incongruity-resolution and nonsense humor. *Neuropsychologia*. 2009, vol. 47, n° 4, pp. 1023-1033. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19046978> (consulté le 9/07/14)

SARAA-ZAWYAH TUNKU BADLI Tunku, ADAWIAH DZULKIFLI Mariam. The effect of humor and mood on memory recall. *Procedia - Social and Behavioral Science*. 2013, vol. 97, pp. 252-257. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813036756> (consulté le 22/09/14)

SHAMMI Prathiba, STUSS Donald. Humour appreciation : a role of the right frontal lobe. *NeuroImage*. 1999, vol. 122, n° 4, pp. 657-666. Disponible sur : <http://brain.oxfordjournals.org/content/122/4/657> (consulté le 5/07/14)

SIBONY Daniel. Les sens de l'humour. *Le Journal des Psychologues*. 2009, vol. 6, n° 269, pp. 30-35. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-6.htm> (consulté le 22/09/14)

SNOWDOWN David, GREINER Lydia, MORTIMER James et al.. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease: The nun study. *The Journal of the American Medical Association*. 1997, vol. 277, n° 10, pp. 813-817. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414570> (consulté le 9/07/14)

SPOLETINI Ilaria, MARRA Camillo, DI IULIO Fulvia et al.. Facial emotion recognition deficit in amnesic cognitive impairment and Alzheimer Disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008, vol. 16, n°5, pp. 389-98. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S106474811260606X> (consulté le 22/09/14)

STREAN William. Laughter prescription. *Canadian Family Physician*. 2009, vol. 55, n° 10, pp.965-967. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762283/> (consulté le 5/07/14)

SUMMERFELT Hannah, LIPPMAN Louis, HYMAN Ira. The effect of humour on memory: Constrained by the pun. *The Journal of General Psychology*. 2010, vol. 137, n° 4, pp. 376-394. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21086859> (consulté le 5/07/14)

TAKEDA Masatoshi, HASHIMOTO Ryota, KUDO Takashi et al.. Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2010, vol. 10, n° 28, pp. 1-7. Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/10/28> (consulté le 5/07/14)

TAN Tracy, SCHNEIDER Margaret. Humor as a coping strategy for adult-child caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*. 2009, vol. 30, n° 6, pp. 397-408. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19963149> (consulté le 23/0814)

TAPPEN Ruth, WILLIAMS Christine, FISHMAN Suzanne et al.. Persistence of Self in Advanced Alzheimer's Disease. *The Journal of Nursing Scholarship*. 1999, vol. 31, n° 2, pp. 121-125. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958994/> (consulté le 23/08/14)

TATANO-BECK Cheryl. Humor in nursing practice: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*. 1997, vol. 34, n° 5, pp. 346-52. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9559383> (consulté le 23/08/14)

TSE Mimi, LO Anna, CHENG Tracy et al.. Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*. 2010, vol. 2010, pp. 1-10. Disponible sur : http://repository.lib.polyu.edu.hk/jspui/bitstream/10397/6839/1/Tse_Humor_Therapy_Older.pdf (consulté le 9/07/14)

WALTER Marc, HANNI Beat, HAUG Myriam et al. . Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007, vol. 22, n°1, pp. 77-83. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977676> (consulté le 9/07/14)

WENDER Richard. Humor in Medecine. *Primary Care*. 1996, vol. 23, n° 1, pp. 141-154. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8900512> (consulté le 22/09/14)

WILD Barbara, RODDEN Franck, RAPP Alexander et al.. Humor and smiling: cortical regions selective for cognitive, affective, and volitional components. *Neurology*. 2006, vol. 66, n°6, pp. 887-893. Disponible sur : <http://www.neurology.org/content/66/6/887.full.pdf> (consulté le 22/09/14)

WYER Robert, COLLINS James. A theory of humor elicitation. *Psychological Review*. 1992, vol. 99, n° 4, pp. 663-688. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1454903> (consulté le 5/07/14)

THESES OU MEMOIRES PAPIER

DUVAL Géraldine. *Maladie d'Alzheimer et émotions : de la perception à l'expression des émotions à travers deux ateliers*. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis, 2013, 198 p.

PARCE Laure. *La compréhension d'histoires humoristiques chez 15 sujets atteints de démence type Alzheimer*. Paris : Université de Paris VI - UFR Pitié-Salpêtrière, 2001, 100 p.

THESES OU MEMOIRES ELECTRONIQUES

AMBROSELLI Marie. *Pragmatique du langage et maladie d'Alzheimer: études de deux projets autour de la poésie* [en ligne]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis, 2012, 121 p.. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2012_AMBROSELLI_MARIE.pdf (consulté le 3/10/14)

NERVA Marion, ENORA Ninon. *Etude de la compréhension de la prosodie dans la maladie d'Alzheimer* [en ligne]. Paris : Université de Paris VI Pierre et Marie Curie, 2013, 96 p.. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00868941/document> (consulté le 16/10/14)

COMMUNICATION D'UN CONGRES

YSSAAD-FESSELIER Rosa, COMBE-KUZDZAL Dominique, HENRY Perrine et al.. *Reconnaissance des émotions faciales et fonctions exécutives chez le patient Alzheimer*. In : Journées de Neurologie de Langue Française, 2010. Disponible sur : <http://www.jnlf.fr/data/ModuleProgramme/PageSite/2010-1/Resume/7053.asp>

SITES INTERNET

ACADEMIE 9^e EDITION. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/> (consulté le 15/10/14)

BOUQUILLAT F., SCAPIRA R., MARQUE G., NOEL J.M., MARINI M.. *francetvinfo* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.francetvinfo.fr/> (consulté le 17/10/14)

CALERO S.. *Intervention psycho-éducative spécialisée dans l'autisme et troubles apparentés* [en ligne]. Disponible sur : <http://interventionted.e-monsite.com/> (consulté le 29/12/14)

COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE NEUROLOGIE. *cen-neurologie* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cen-neurologie.fr> (consulté le 10/10/14)

COMTE-SPONVILLE A.. *Philosophie magazine* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.philomag.com/home> (consulté le 3/04/15)

DR KATARIA. *Yoga du Rire* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.laughteryoga.org/>

FEDERATION NATIONALE DES ORTHOPHONISTES. *FNO* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.orthophonistes.fr/> (consulté le 17/10/14)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *has-sante* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249588/fr/accueil> (consulté le 15/10/14)

LABORATOIRE D'ETUDE DE LA SANTE COGNITIVE DES AISNES. *lesca* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lesca.ca/> (consulté le 15/10/14)

LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX. *lecerveau.mcgill.ca* [en ligne]. Disponible sur : <http://lecerveau.mcgill.ca/> (consulté le 29/12/14)

MALTETE R. *René Maltête photography* [en ligne]. Disponible sur : <http://rene.maltete.com/index.php/> (consulté le 3/03/15)

OFFICE PARLEMENTAIRE D'EVALUATION DES POLITIQUES DE SANTE. *Assemblée Nationale* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/index.asp> (consulté le 15/10/14)

SCIENCES ET AVENIR. *Sciences et Avenir* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sciencesetavenir.fr/> (consulté le 15/10/14)

SIEL BLEU. *Siel Bleu Groupe Associatif* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sielbleu.org/> (consulté le 1/02/15)

Hélène CHAUSSUMIER

« ET VOUS TROUVEZ ÇA DRÔLE ? » La perméabilité à l'humour du patient atteint de la maladie d'Alzheimer au stade modéré à modérément sévère

175 pages, 125 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2015

RESUME

La maladie d'Alzheimer, ainsi que l'humour, ont, séparément, fait l'objet de nombreux travaux. Toutefois, peu de recherches existent quant à la croisée de ces deux domaines. Pour cette raison et dans un souci de réhabilitation des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, nous avons voulu évaluer la perméabilité à l'humour de ces patients au stade modéré à modérément sévère via l'élaboration d'un protocole, d'un atelier sur l'humour et d'un questionnaire à destination des soignants de l'accueil de jour de France Alzheimer 06. Nous avons constaté que si la compréhension d'un support humoristique imposé est déficitaire, elle n'impacte pas son appréciation. De plus, la perméabilité à l'humour de ces patients est bien meilleure lors d'échanges spontanés.

Alzheimer's disease and humor, have separately been the subject of numerous studies. However, little research exists regarding the intersection of these two fields. For this reason and for the sake of rehabilitation of patients with Alzheimer's disease, we wanted to assess humor permeability of patients with moderate to moderately severe stage through the development of a protocol, a humor workshop and a questionnaire to the caregivers of the France Alzheimer 06 day center. We found that if the understanding of an imposed humorous support is negative, it does not impact the appreciation. In addition, the humor permeability of these patients is much better at spontaneous exchanges.

MOTS-CLES

DEMENCE – COMPREHENSION – EXPRESSION – EVALUATION – PERSONNE AGÉE – PERMEABILITE – HUMOUR – APPRECIATION

Directeur DE MEMOIRE

Docteur Philippe BARRES

Co-Directrice DE MEMOIRE

Martine PUCCINI-EMPORTES