Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine
ECOLE D'ORTHOPHONIE

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

SAMPER Marion
Née le 29 janvier 1992 à Nice

DE LA COULEUR AUX MOTS… :

Expérience d'atelier

avec un groupe de patients Alzheimer

Directeur de Mémoire : **Dr Philippe BARRES,**
Neurologue
Co-directeur de Mémoire : **Mme Martine PUCCINI-EMPORTES,**
Orthophoniste

Nice

Année 2014

© Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Ecole d'Orthophonie

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d'orthophonie

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

SAMPER Marion

Née le 29 janvier 1992 à Nice

DE LA COULEUR AUX MOTS… :

Expérience d'atelier

avec un groupe de patients Alzheimer

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

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

Membres du jury : **Valérie LAFONT**, Orthophoniste

Mathilde MAUVILLY, Psychologue

Gilbert ZANGHELLINI, Orthophoniste

Nice

Année 2014

CC BY NC ND

REMERCIEMENTS

J’adresse mes sincères remerciements au Dr Philippe BARRES, directeur de ce mémoire, pour son aide et son suivi tout au long de ce travail.

Je remercie chaleureusement Mme Martine PUCCINI-EMPORTES, co-directrice de ce mémoire, pour m’avoir accueillie en stage tout au long de l’année et m’avoir apporté conseils et soutien tout en m’encourageant et me transmettant sa passion.

Merci à Mme Valérie LAFONT, Mme Mathilde MAUVILLY ainsi que M. Gilbert ZANGHELLINI, membres de mon jury, pour leurs remarques précieuses et l’intérêt porté à ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier tous les patients qui ont participé à l’atelier et qui m’ont accueillie chaleureusement au sein de leur groupe tout au long de l’année.

Un grand merci à toute l’équipe de l’accueil de jour France Alzheimer 06 pour leur accueil bienveillant, leur bonne humeur à toute épreuve, et pour m’avoir transmis leur expérience et leurs observations.

Un merci tout particulier à Eva et Laëtitia pour leur soutien, leurs conseils et pour tous ces moments partagés au cours de ces quatre années.

Enfin, je remercie profondément mes parents, pour leurs encouragements, leur aide et leur soutien indéfectibles.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS ... **3**

SOMMAIRE ... **4**

INTRODUCTION ... **6**

DONNEES THEORIQUES ... **9**

LA COULEUR ... **10**

I. HISTORIQUE ET SIGNIFICATION ... 11
1. Le bleu ... *12*
2. Le rouge ... *14*
3. Le jaune ... *16*
4. Le vert ... *17*
5. Le blanc ... *19*
6. Le noir ... *22*
II. POINT DE VUE NEUROPSYCHOLOGIQUE DE LA COULEUR ... 25
1. Définition des fonctions exécutives ... *25*
2. Différents domaines d'action ... *26*
III. LA COULEUR DU LANGAGE ... 33
IV. LA COULEUR ET LES MAUX ... 35
1. Soigner par l'art ... *35*
2. La chromatothérapie ... *36*
3. Les mandalas ... *38*

LIEN ENTRE COULEUR ET MALADIE D'ALZHEIMER ... **40**

I. RAPPELS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER ... 41
1. Définitions et historique ... *41*
2. Description clinique ... *49*
3. Diagnostic ... *53*
4. Evolution ... *55*
II. LA COULEUR AU SERVICE DE PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ... 60
1. Le code couleur : une aide au repérage spatial ... *60*
2. Couleurs et art : une thérapie d'expression des sens ... *61*
3. La créativité artistique dans la pathologie ... *64*

DONNEES PRATIQUES ... **74**

I. HYPOTHESE DE TRAVAIL ET PROTOCOLE DE RECHERCHE ... 75
1. Présentation de l'accueil de jour France Alzheimer ... *77*
2. Tests utilisés ... *83*
3. Présentation des patients ... *90*
4. Un atelier autour de la couleur ... *95*
II. DEROULEMENT DES SEANCES ... 103
1. Productions des patients ... *103*
2. Analyse de trois patients en particulier ... *116*
III. DISCUSSION ... 131

CONCLUSION ... **138**

BIBLIOGRAPHIE ... **141**

ANNEXES ... **143**

ANNEXE I : EVOCATION SUR LES DIFFERENTES COULEURS ... 144
1. Le bleu ... *144*
2. Le jaune ... *145*
3. Le blanc ... *146*
4. L'orange ... *148*
5. Le rose ... *149*

6. Le noir ... *150*
ANNEXE II : COLLAGES DES PATIENTS ... 152
1. Le rouge ... *152*
2. Le vert ... *153*
3. Le bleu ... *154*
4. Le jaune ... *155*
5. Le blanc ... *156*
6. L'orange ... *157*
7. Le noir ... *158*
ANNEXE III : MENUS COLORES ... 159
1. Un repas vert ... *159*
2. Un repas bleu ... *159*
3. Un repas jaune ... *159*
4. Un repas blanc ... *160*
5. Un repas orange ... *160*
6. Un repas rose ... *160*
7. Un repas noir ... *161*
ANNEXE IV : GRILLE D'EVALUATION DES CAPACITES DE COMMUNICATION DE THIERRY ROUSSEAU (GECCO) ... 162
1. Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA ... *162*
2. Méthode d'analyse des actes de langage ... *163*
3. Méthode d'analyse des actes non-verbaux ... *164*
4. Méthode d'analyse de l'adéquation/inadéquation ... *165*
ANNEXE V : IMAGE UTILISEE POUR L'EPREUVE DE DESCRIPTION D'IMAGE DE L'EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES LINGUISTIQUES (EFCL, B. ORELLANA) ... 166
ANNEXE VI : LE DO 80 (G. DELOCHE, D.HANNEQUIN, 1997) ... 166
ANNEXE VII : TEST DE FLUENCE VERBALE (D.CARDEBAT ET AL., 1990) ... 169

TABLE DES ILLUSTRATIONS ... 171

TABLE DES MATIERES ... 172

INTRODUCTION

Le mot « couleur » vient du latin « color » qui a donné son nom à la couleur en français, en italien, en anglais, en espagnol et en portugais. Ce mot se rattache à la famille du verbe « celare » qui signifie cacher, dissimuler. Les couleurs sont donc ce qui cache, ce qui habille, ce qui enveloppe. Elles se définissent comme un fait de société, elles évoluent en même temps que les mœurs, les idées, les croyances… Sans que l'on s'en rende vraiment compte, elles déterminent notre société, partagent ses codes et ses valeurs et font partie de notre environnement quotidien.

Possédant une symbolique propre, qui est à la fois culturelle et changeante selon les époques, les couleurs ne sont jamais neutres et évoquent chez chacun de nous des ressentis particuliers. Nos souvenirs en sont gorgés et c'est d'ailleurs souvent grâce à elles que nous nous rappelons plus aisément certains moments. Evoquer les couleurs, penser les couleurs, cela ne peut se faire que par les mots. Michel PASTOUREAU dit d'ailleurs que *« les mots ont des pouvoirs chromatiques infinis. N'importe quel adjectif associé à n'importe quel terme de couleur donne à cette couleur une nuance particulière et l'inscrit dans une palette bien plus onirique que tous les nuanciers produits par la science ou l'industrie »*.[1]

Les mots, la plupart des patients Alzheimer les ont perdus ou les perdent peu à peu. Avec plus de 850 000 personnes atteintes aujourd'hui, et alors que ce chiffre ne cesse d'augmenter, cette maladie apparaît donc comme un véritable enjeu de société et de santé publique. Même si les connaissances sur la maladie progressent, aucun traitement n'a encore pu être élaboré. Il est cependant indispensable de continuer à communiquer avec le patient et de le soutenir, lui et ses proches.

Diverses stratégies existent aujourd'hui pour ralentir la progression de la maladie et c'est ici qu'entre en jeu l'orthophonie. Officiellement reconnue dans notre nomenclature, la prise en charge orthophonique permet *« le maintien et l'adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives ».*

[1] M. Pastoureau, « *Les couleurs de nos souvenirs* », Editions du Seuil, 2010.

Les couleurs faisant partie de notre vie quotidienne et pouvant faire naître le débat, nous voulions étudier l'impact de celles-ci sur des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et voir de quelle manière nous pouvions les utiliser en orthophonie. En effet, chez ces individus souffrant de troubles du langage, troubles mnésiques, troubles des fonctions exécutives ou du comportement, il nous semblait intéressant d'observer leurs ressentis vis-à-vis de ces couleurs, mais aussi ce que celles-ci pouvaient leur évoquer. Nous voulions nous servir des couleurs comme d'un intermédiaire afin de faire émerger des souvenirs ou des mots, tout cela dans le but de stimuler les capacités cognitives des patients et de les maintenir dans la communication.

Dans ce but, les couleurs mais aussi la peinture peuvent être utilisées. Des expériences sont d'ailleurs déjà mises en place sur Nice grâce au Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) du CHU, proposant aux malades d'Alzheimer et à leur famille une série de visites dans les musées niçois. Cela permet de participer à l'insertion des malades et de favoriser le dialogue, tout en véhiculant une image positive permettant de déstigmatiser la maladie.

C'est dans cette même optique que fonctionne l'atelier à l'accueil de jour France Alzheimer 06, afin de permettre à chaque patient de s'exprimer, de retrouver sa place d'individu à part entière tout en faisant naître le débat autour du thème des couleurs.

Les fondements théoriques de ce mémoire aborderont tout d'abord l'Histoire de la couleur, sa symbolique, ses évolutions, ses changements. Nous parlerons également de son utilité et de sa place dans notre vie quotidienne et au sein même de notre langage, mais également de ses bienfaits pour apaiser nos maux.

Puis nous évoquerons le lien entre couleurs et Maladie d'Alzheimer : nous définirons tout d'abord la maladie, avant de nous intéresser aux différentes façons d'utiliser les couleurs auprès de ce type de patients. Nous évoquerons également le lien entre pathologie et créativité artistique, en prenant l'exemple de quelques artistes.

Ensuite, nous détaillerons les bases de notre atelier, sa description, son fonctionnement ainsi que ses participants et leurs productions. Les résultats obtenus au fil de ces séances de groupe seront détaillés et nous nous intéresserons également à trois patients de manière plus individuelle.

Les données recueillies seront exposées et feront l'objet d'une analyse qualitative. Celle-ci sera ensuite discutée afin de conclure notre travail.

DONNEES THEORIQUES

Chapitre I

LA COULEUR

I. Historique et signification

Depuis toujours, les couleurs nous entourent et font partie de notre environnement. Elles transmettent des codes, peuvent être sources de tabous ou de préjugés et influent sur nos comportements, nos croyances, notre langage ou notre imaginaire.

La couleur est la perception que nous avons de différentes longueurs d'onde qui constituent la lumière visible. Ce spectre de lumière s'étend du violet (longueur d'onde de 400 nanomètres) au rouge (longueur d'onde de 700 nanomètres). Au-delà, la lumière devient invisible et on parle alors d'ultraviolets ou d'infrarouges. Certaines couleurs existent d'ailleurs pour certaines espèces et pas pour d'autres, comme nous le montre la figure ci-dessous.

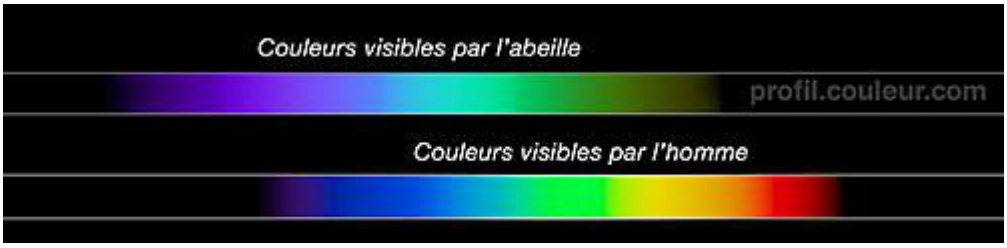


Figure 1 – Longueurs d'ondes

Les couleurs sont perçues différemment selon l'âge, le sexe ou l'environnement propre. Elles nous offrent un ressenti personnel et sont donc très subjectives.

Elles se divisent en deux groupes principaux : les couleurs dites « primaires » et les couleurs dites « secondaires ». Une couleur est dite primaire si elle est à la base d'un mélange afin d'obtenir d'autres couleurs, les « secondaires ». Ainsi, le bleu, le rouge et le jaune appartiennent au groupe des couleurs primaires.

Il y a longtemps eu un débat concernant le nombre de couleurs admis. Michel Pastoureau, auteur du « Petit livre des couleurs » en admet six : le bleu, le rouge, le jaune, le vert, le blanc et le noir. Ce sont les couleurs les plus connues et les plus utilisées dans notre environnement.

Au niveau inférieur, on trouve le violet, le rose, l'orangé, le gris et le marron.

Les couleurs sont matières, lumières, perceptions, sensations. Ce sont des concepts, des idées mais qui véhiculent chacune un fait de société : elles lui donnent un sens, transmettent des codes et des valeurs. Chaque couleur possède une signification propre qui a connu une évolution au fil des siècles et des mœurs…

1. Le bleu

1.1. Le bleu rejeté

Couleur favorite de la plupart des Européens, le bleu est une couleur sage, tranquille, calme, qui ne se fait pas remarquer.

Longtemps méprisé dans l'Antiquité car difficile à fabriquer, le bleu est relégué au second plan et est même mal vu : chez une femme, avoir les yeux bleus est considéré comme un signe de mauvaise vie et, chez un homme, cela est considéré comme ridicule.

Dans la Bible notamment, on retrouve peu de bleu. Il faudra attendre les XII et XIIIe siècles pour observer une évolution.

1.2. Le bleu réhabilité

Au XIIe et XIIIe siècles, les idées religieuses se modifient. Dans le christianisme, le dieu devient lumière et on commence à représenter le ciel en bleu. Or, la Vierge Marie est au ciel : on la pare donc d'une robe ou d'un vêtement bleus. Le bleu change de signification grâce à elle…

Au même moment, la société est prise d'un désir de classification. Les blasons, les armoiries font leur apparition et obligent donc à utiliser davantage de couleurs pour davantage de diversité.

Le bleu se répand donc dans les vitraux, les œuvres d'art, la société à part entière : le bleu représentant le divin, le Roi décide de s'en couvrir. L'aristocratie l'imite et, en peu de temps, le bleu devient à la mode. Cela incite les teinturiers à chercher, créer de nouvelles techniques pour fabriquer ce bleu, à présent si prisé.

De fil en aiguille, cela stimule l'économie : la culture de guède (plante utilisée comme colorant) augmente en flèche et fait la fortune de certaines régions.

Dès le XVIIIe siècle, le bleu est déjà considéré comme la couleur favorite des Européens. Il s'enrichit de différentes nuances et continue à créer la mode. Des auteurs en font la couleur de prédilection de leur héros, comme le célèbre Werther de Goethe, ou mettent en avant le romantisme de cette couleur. Romantisme et mélancolie que l'on retrouve peut-être encore dans notre vocabulaire avec le « blues »…

Au XIXe siècle, le jean le glorifie un peu plus : d'abord tenue de travail (le fameux bleu de travail), il devient tenue décontractée puis de révolte pour les groupes de jeunes. Et aujourd'hui encore, le jean bleu, même s'il se décline dans plusieurs autres teintes, se retrouve très facilement à chaque coin de rue…

1.3. Le bleu, une couleur froide

Le bleu est considéré comme la couleur la plus froide. Rappelant la couleur de notre peau par temps froid, elle est aussi utilisée dans le domaine commercial, se retrouvant sur les emballages de produits frais ou congelés.

En symbolique, c'est également le bleu que l'on utilise pour signaler le froid : le robinet d'eau fraîche se remarque par sa pastille bleue, le thermomètre est souvent représenté par cette couleur.

En plus d'être froide, le bleu est une couleur calme, relaxante. Elle est dite passive et apaisante. On la retrouve d'ailleurs fréquemment sur les emballages d'anxiolytiques et de somnifères. Dans les hôpitaux psychiatriques, les chambres d'isolement peuvent d'ailleurs être bleues en raison de l'effet apaisant de cette couleur.

1.4. Le bleu politique

Dans la pensée populaire, le bleu est souvent opposé au rouge. Et cela se retrouve évidemment en politique !

Autrefois couleur des républicains, il s'oppose aujourd'hui au rouge socialiste au sein de l'hémicycle. Il s'agit d'un bleu dit conservateur, qui apparaît dès la fin de la Première Guerre mondiale.

Le bleu se retrouve également adopté par l'ONU (avec les célèbres « casques bleus »), l'Unesco, l'Union Européenne…comme symbole de paix. Reconnue comme étant une couleur qui fait l'unanimité, c'est elle que l'on choisit pour marquer une sorte de cohésion sociale. Le bleu est dit discret et raisonnable ; voilà sans doute pourquoi il recueille tant de suffrages auprès de la population européenne.

1.5. Le bleu infini

Représentant le rêve, l'imaginaire, l'irréel, le bleu symbolise aussi le divin. Associée à d'autres, cette couleur semble la plus éloignée : en effet, une couleur chaude nous paraît proche tandis qu'une couleur froide nous apparaît lointaine.

L'air et l'eau y sont souvent associés bien qu'ils ne soient pas réellement bleus. Cette couleur est donc considérée comme la couleur de l'infini, de l'immensité… Et comment ne pas citer le célèbre « International Klein Blue » créé par Yves Klein qui caractérisait d'ailleurs cette couleur de « couleur des possibilités infinies »…

2. Le rouge

2.1. Le rouge, couleur de l'autorité et de la suprématie

En Occident et dans l'Antiquité, le rouge faisait partie des trois couleurs phares avec le noir et le blanc. Elle était considérée comme la seule couleur digne de ce nom, pour la simple raison que l'on a rapidement su la fabriquer. En effet, le rouge se retrouve très tôt dans notre Histoire, dès le Paléolithique, avec de la terre ocre que l'on peut apercevoir dans les grottes sur certaines symbolisations de l'époque.

Le rouge symbolise le pouvoir, la force et représente le feu et le sang. On remarque donc la puissance de cette couleur que l'on observe sans équivoque à travers ces termes ; mais également une certaine ambivalence. Couleur de la passion et de l'énergie, elle représente aussi l'enfer et le diable, ce qui montre le contraste évident du rouge.

2.2. Le rouge religieux

Le rouge se retrouve de manière très forte dans le christianisme : symbole du sang versé par le Christ mais aussi de l'Esprit Saint et de Satan, cette couleur y représente une symbolique puissante. Dès les XIIIe et XIVe siècles, l'habit papal passe du blanc au rouge, de même pour celui des cardinaux.

Lors de la réforme, le rouge considéré comme « papiste » est chassé par les protestants. Cela se répercute sur les tenues vestimentaires : les hommes ne s'habillent plus en rouge et on observe un sacré changement. Alors que les femmes s'habillaient plutôt en bleu, elles s'approprient désormais le rouge et le bleu devient une couleur masculine. Sans doute avons-nous gardé cela dans nos traditions, notamment chez les nouveau-nés : du rose pour les filles et du bleu pour les garçons…

2.3. Le rouge de l'amour

Jusqu'au XIXe siècle, il n'était pas rare d'apercevoir une mariée vêtue de rouge. En effet, lors d'un mariage, on portait ses plus beaux habits et des vêtements d'un rouge vif étaient signe de richesse et de beauté.

Mais ce rouge, habitué à la dualité, renvoie aussi au rouge des robes des prostituées et des lanternes des maisons closes. On trouve donc ici le rouge de l'amour, mais aussi le rouge de l'interdit ; ce dernier se retrouvant dans la tenue des juges ou dans les gants du bourreau.

En Chine, cette couleur symbolise le bonheur, la vie, les flammes ou la chaleur. Mais elle représente également la mort, puisque celle-ci est considérée comme une renaissance en Asie. D'ailleurs, les processions funéraires sont aujourd'hui encore colorées de rouge.

2.4. Le rouge révolutionnaire

En 1789, l'Assemblée Nationale décrète qu'un drapeau rouge sera hissé afin d'interdire les attroupements et de montrer que les forces de l'ordre pourraient intervenir. Le 17 juillet 1791, les Parisiens se rassemblent pour demander la destitution de Louis XVI qui vient d'être arrêté à Varennes. Le drapeau rouge est hissé, les gardes tirent et on

dénombre une cinquantaine de morts qui deviendront martyrs. Depuis, ce fameux drapeau rouge devient le symbole de la révolution du peuple.

Le drapeau rouge est également repris par la Russie soviétique en 1918 et par la Chine communiste en 1949.

Une étrange tradition veut d'ailleurs que lorsque l'on plie le drapeau tricolore, on s'arrange pour cacher la fameuse bande rouge, comme si l'on souhaitait oublier ce passé tumultueux.

3. Le jaune

3.1. Le jaune mal-aimé

Le jaune est la couleur la moins appréciée en Occident. Cela peut s'expliquer par sa concurrence avec l'or : toutes les qualités du jaune (lumière, soleil, chaleur, joie) semblent en effet avoir été spoliées par l'or. Le jaune semble terne à côté de l'or, qui lui brille et attire l'œil.

De plus, le jaune est aujourd'hui considéré comme la couleur de la trahison, de l'infamie, de l'infidélité… N'allez surtout pas offrir des roses jaunes à une femme !

Le jaune s'est forgé cette réputation par la représentation de certains personnages négatifs de l'Histoire : le plus connu est sans doute Judas, qui est souvent représenté vêtu d'une robe jaune. Alors que les autres couleurs possèdent toutes une certaine dualité, le jaune lui ne semble montrer que des aspects négatifs.

3.2. Le jaune des opprimés

Dès le Moyen-Âge, le jaune, en plus d'être la couleur des tricheurs, devient également la couleur de ceux que l'on veut condamner ou exclure, comme les Juifs. En effet, l'antisémitisme remonte loin : c'est justement Judas qui transmet cette couleur aux populations juives. Au XIIIe siècle, le mariage entre chrétiens et juifs est interdit, et on demande à ces derniers de porter un signe distinctif jaune !

Plus tard, dans les années 1930, les nazis reprennent cette symbolique et cela est d'autant plus marquant que la plupart des vêtements de l'époque étaient noirs ou gris : l'étoile jaune s'y remarquait donc énormément.

3.3. La renaissance du jaune

Il faut attendre le XIXe siècle et les impressionnistes pour que le jaune prenne une autre signification. Le fauvisme, mais aussi Van Gogh et ses fameux champs de blé et autres tournesols, revalorisent cette couleur. C'est aussi à ce moment-là que l'électricité fait son apparition. Peut-être cela a-t-il aidé à redorer le blason du jaune ?

Le changement de statut du jaune intervient donc au XIXe siècle, moment de grands bouleversements dans notre société. Les couleurs évoluent donc en même temps qu'évoluent nos idées, nos religions, nos mœurs.

Le maillot jaune du Tour de France contribuera un peu plus à réconcilier les français avec cette couleur.

Cependant, les traditions restent ancrées : les expressions contenant le mot « jaune » sont souvent péjoratives (« rire jaune », « avoir le teint jaune », « être un jaune »…) et même dans notre vie quotidienne, nous adoptons difficilement cette couleur : on la retrouve seulement par petites touches dans nos logements, et les voitures jaunes se font rares.

4. Le vert

4.1. Une couleur ordinaire et pourtant…

Le vert est souvent considéré comme une couleur calme, paisible, sans histoire. Il était recommandé pour habiller les murs des appartements du XVIIIe siècle car il est dit apaisant. Vassily Kandinsky (1866-1944) dit de lui que *« le vert absolu est la couleur la plus reposante qui soit ; elle ne se meut vers aucune direction et n'a aucune consonance de joie, de tristesse ou de passion, elle ne réclame rien, n'attire vers rien. Cette absence*

permanente de mouvement est une propriété bienfaisante pour des âmes et des hommes fatigués, mais peut, après un certain temps de repos, devenir fastidieuse… ». 2

Et pourtant, jusqu'au XVIIe, le vert était considéré comme une couleur excentrique, surtout dans les tenues vestimentaires. C'était une couleur dure à stabiliser : facile à fabriquer (grâce à de nombreux végétaux), elle s'accrochait difficilement aux fibres des tissus. Idem pour la peinture ou la photographie, le vert est une couleur instable, difficile à maîtriser.

La symbolique du vert se base donc autour de cette instabilité : variabilité, chance, hasard, destin sont autant de significations du vert. Ainsi, on remarque que dès le XVIe siècle, c'est sur des tapis verts que les joueurs de casino misent leur argent. Dans les entreprises aussi, les tables des conseils d'administration, où les décisions importantes sont prises, sont vertes.

4.2. Les deux facettes du vert

Comme toutes les couleurs, le vert possède une dualité certaine. Couleur de la chance, de l'espérance, de la vigueur, mais aussi couleur complémentaire du rouge, le vert est synonyme de malchance, d'infortune et d'immaturité.

Peu à peu, c'est surtout le côté négatif de cette couleur qui a pris le dessus : les créatures du Mal, les démons et autres esprits sont souvent représentés en vert. Les extra-terrestres, venus pour envahir notre planète, sont appelés les petits hommes verts. Au théâtre aussi, une croyance veut qu'un comédien ne s'habille jamais de vert. En effet, cela porterait malheur, Molière étant décédé sur scène dans un habit vert.

Déjà associée aux jeux d'argent, comme cité ci-dessus, cette couleur est donc tout naturellement choisie pour figurer sur les billets de dollar. Le vert devient alors la symbolique de la banque, des finances.

---

[2] V. Kandinsky – « Psychologie de la couleur, effets et symbolique », Eva Heller, p101

Le vert est également considéré comme la couleur complémentaire du rouge : s'opposant à celle-ci, il devient la couleur de l'autorisation, de la permission. Cela est resté depuis les années 1800 jusqu'à nos jours, pour les bateaux, les trains ou les voitures.

4.3. Le naturel du vert

Aujourd'hui, notre société prône le vert comme symbole de naturel, de santé… Cela débute vers le XIXe siècle, quand les apothicaires choisissent ce vert comme symbole pour leurs croix. Cela renvoyait aux végétaux utilisés pour concocter leurs produits.

De nos jours, le vert renvoie à l'écologie, la propreté. Nos poubelles sont de couleur verte et cela se retrouve dans nos expressions avec nos fameux « espaces verts » ou « se mettre au vert ». Le vert semble aussi signifier la gratuité notamment grâce aux « numéros verts ».

Le parti politique des Verts renvoie au vert de la nature, à un désir de protection de notre planète, à un monde plus en lien avec l'écologie. De grandes firmes adoptent cette couleur et modifient leur logo, comme MacDonald's qui changea, d'abord en France, son logo « M » en vert.

Notre société actuelle tend donc à revaloriser cette couleur, qui était pourtant mal aimée il y a quelques siècles.

5. Le blanc

5.1. Le blanc… une couleur ?

De nos jours, lorsque l'on parle des couleurs, il arrive que l'on hésite quant au statut du blanc. Le blanc, est-ce vraiment une couleur ? Autrefois, la question ne se posait même pas. Faisant partie du système de base des couleurs antiques (avec le rouge et le noir), le blanc était souvent utilisé et possédait donc un statut à part entière. L'incolore était ce qui ne possédait pas de pigments ou la couleur du support avant qu'il ne soit peint. Avec l'apparition du papier blanc, l'ambiguïté est donc mieux comprise : on considère le blanc comme une absence de couleur.

Dans un prisme, la lumière incolore se décompose en lumière rouge, orange, jaune, verte, bleue et violette. Le blanc n'y apparaît pas. Les peintres impressionnistes considéraient donc que le blanc n'était pas une couleur, mais pas de la même manière que le noir. En effet, en peinture, le blanc ne peut être obtenu par mélange de toutes les autres couleurs, contrairement au noir. Le blanc serait presque comme une quatrième couleur primaire, puisqu'aucun mélange ne permet de le créer.

Aujourd'hui, nous sommes revenus à un mode de pensée tel que celui de l'Antiquité et nous considérons le blanc comme une véritable couleur, possédant d'ailleurs des émotions et des propriétés particulières.

Mais ce rapport au manque, à l'absence, se retrouve encore dans notre langage : en effet, on parle de page blanche, d'une nuit blanche, d'un chèque en blanc… Et pourtant, notre imaginaire concernant le blanc est tout autre…

5.2. Blanc et origine

Le blanc est la couleur par excellence de la divinité et des anges. Cela se retrouve dès la mythologie : Zeus apparaît en effet à Europe sous la forme d'un taureau blanc, et à Léda sous la forme d'un cygne blanc.

En 1854, on parle de l'Immaculée Conception : le blanc devient la seconde couleur de la Vierge Marie. Dans le christianisme, le Saint Esprit est représenté par une colombe blanche et le Christ comme un agneau blanc. Les oiseaux blancs symbolisent des messagers du bonheur envoyés par le ciel, ce qui est à l'origine de la croyance selon laquelle les bébés seraient apportés par des cigognes.

Cette vision des choses se retrouve également chez les scientifiques : le big-bang, qui permet la création du monde, est représenté par un éclair de couleur blanche. Le blanc représenterait donc l'origine du monde, le commencement, mais aussi les fantômes et les revenants : dès l'Antiquité, les spectres sont représentés de cette couleur… et cela n'a pas changé dans nos bandes-dessinées actuelles.

5.3. Le blanc de la pureté

La signification la plus forte et la plus répandue concernant le blanc, est bien sûr celle de la pureté et de l'innocence. Dans certains endroits du monde, la neige a contribué à cette symbolique. C'est la couleur la plus unie, qui rappelle la virginité ou la paix… Le drapeau blanc en est d'ailleurs l'exemple le plus frappant !

La robe des mariées, autrefois rouge comme nous l'avons déjà dit, devient blanche vers le XIIIe siècle, pour des raisons d'héritage : les enfants à naître doivent réellement être de leur père et on demande aux mariées d'afficher leur virginité par une robe blanche ; tradition qui perdure aujourd'hui, même si le sens n'est plus le même.

Symbole de propreté et d'hygiène, le blanc était autrefois utilisé pour tous les tissus qui touchaient le corps. Il s'agissait aussi d'une notion pratique : les étoffes étant bouillies pour les laver, elles avaient tendance à perdre leurs couleurs. De plus, se montrer en chemise d'une autre couleur que le blanc, était considéré comme indécent ; de même que dormir dans des draps colorés.

Aujourd'hui, nous n'en sommes plus là, pourtant il reste la couleur de la propreté et de l'hygiène : les douches, les baignoires ou les frigos sont généralement de cette couleur.

5.4. Le blanc, couleur de tous les âges

Le blanc de l'innocence, de la pureté, renvoie bien évidemment aux nourrissons, aux berceaux des nouveau-nés. Mais cela reflète aussi le grand âge, les cheveux des personnes âgées, leur sagesse, leurs connaissances. Le blanc semble donc regrouper tous les âges de la vie, représenter une boucle qui s'achève par le décès. Dans certaines régions du monde, comme l'Asie ou quelques pays d'Afrique, la couleur du deuil est d'ailleurs la couleur blanche.

La symbolique du blanc semble donc universelle et perdure depuis de nombreux siècles. Depuis l'Antiquité, nous vivons toujours avec cette symbolique du blanc et, la signification des couleurs étant très ancrée dans notre société, cela risque de perdurer encore de nombreuses années…

6. Le noir

6.1. Un noir double face

Si l'on parle du noir, il est possible que ce que l'on évoque en premier soit son côté négatif : couleur de la peur, des ténèbres, du deuil, le noir est associé aux malheurs, aux morts, à l'enfer…

Cependant, le noir ne possède pas qu'un côté négatif. Il est la représentation de l'austérité, que l'on retrouve sur l'habit des moines, ou de l'autorité : le noir étant la couleur des juges ou des arbitres. De plus, cette couleur symbolise le chic et l'élégance. En effet, les petites robes noires sont de mise pour avoir une tenue élégante lors d'un gala ou d'une soirée mondaine.

Bien que le noir soit la couleur du deuil dans notre société, cela n'est pas vrai partout. En Asie, le deuil se porte en blanc car le défunt est imaginé comme un être de lumière s'élevant vers l'innocence.

6.2. Noir et blanc, un couple fidèle

L'opposition blanc-noir apparaît à la Renaissance avec le célèbre jeu d'échecs. Autrefois rouges et noires, les Européens ont ensuite modifié la couleur des pièces pour les rendre rouges et blanches, pour enfin les transformer en noires et blanches à la Renaissance.

Ces deux couleurs se sont retrouvées toutes les deux dans le même débat : le noir, le blanc, sont-ce vraiment des couleurs ?

Pour les impressionnistes, la réponse est non. Leur thème de prédilection est la couleur. Les couleurs du spectre, mises ensemble, donnent du blanc tandis que le noir est considéré comme une absence de couleur, une non-couleur. Cependant Vincent Van Gogh (1853-1890), à qui son frère conseille de ne pas utiliser de noir, décrète : *« Non, le*

noir et le blanc ont leur raison d'être et leur signification, et quiconque s'y soustrait n'arrive à rien ». [3]

Le noir et le blanc sont malgré tout considérés comme s'opposant au monde des couleurs. Cela se retrouve en photographie puis plus tard avec le cinéma et la télévision, où les films en noir et blanc sont peu à peu abandonnés au profit des couleurs. Cependant, le noir et blanc est aujourd'hui plus coûteux à réaliser et donc considéré comme plus chic. Il semble même que le public fasse preuve d'un regain d'intérêt pour les films en noir et blanc, comme nous l'a montré le succès du film de Michel Hazanavicius « The Artist » (2011).

6.3. Le noir du deuil et de la fin

En symbolique, il semble que le blanc représente le commencement et le noir la fin. Tout se termine par du noir, que ce soit une viande qui se périme, une fleur qui fane, une dent cariée. On retrouve même cela dans notre langage, avec le « black-out » où la personne concernée ne se souvient alors plus de rien.

Lorsque la mort touche une famille, la tradition veut que ses membres renoncent aux vêtements de couleurs gaies et aux bijoux. Il est donc de mise de porter des habits noirs. La Faucheuse, symbolisant la mort, est également vêtue d'une pèlerine noire.

Les traditions concernant la couleur du deuil évoluent et sont différentes en fonction des régions du monde et des religions. Aujourd'hui, il semble que le noir soit réservé à la famille et aux amis proches. Les autres convives sont habillés de bleu foncé, de gris foncé ou de toute autre couleur similaire.

Comme cité précédemment, le big-bang, à l'origine de la création du Monde, est associé à la couleur blanche. Dans l'espace, le noir renvoie plutôt aux trous noirs, qui sont des objets célestes avec un champ gravitationnel si fort qu'ils empêchent toute forme de rayonnement. Ici encore, on retrouve l'opposition blanc-noir, création et fin du monde…

---

[3] V. Van Gogh – « Psychologie de la couleur, effets et symbolique » Eva Heller, p107

6.4. Le noir, couleur du malheur

Lorsqu'un malheur s'abat, on parle de jour noir. Le 24 septembre 1869, le marché américain de l'or chute, et on nomme ce jour le vendredi noir. Soixante ans plus tard, le 24 octobre 1929, toutes les actions s'effondrent et on parle alors de jeudi noir.

De même, les personnes superstitieuses détestent croiser sur leur chemin un chat noir, surtout s'ils apparaissent du côté gauche de la route. Les corbeaux noirs et les corneilles symbolisent également le malheur ; et lorsque plusieurs malheurs se succèdent on parle de série noire.

6.5. Le noir de la mode et de l'élégance

« Le noir est la quintessence de la simplicité et de l'élégance » Gianni Versace.[4]

« Le noir est la couleur qui va à tous. Avec le noir, on est en terrain sûr » Karl Lagerfeld.[5]

Le noir est la couleur de l'élégance par excellence. Se retrouvant surtout dans la mode masculine, grâce aux smokings et aux nœuds papillons ainsi qu'aux costumes de James Bond, elle a touché la mode féminine au XXe siècle, avec la célèbre Coco Chanel. En 1930, celle-ci invente la petite robe noire qui représente, aujourd'hui encore, le chic en toutes circonstances. Cette robe vient remplacer les longues robes noires traditionnelles et donne donc aux femmes la possibilité de faire un choix.

Coco Chanel dira d'ailleurs : *« la femme a besoin de trois choses : une robe noire, un pull-over noir et, à son bras, un homme qu'elle aime »*.[6]

---

[4] « Psychologie de la couleur, effets et symbolique », Eva Heller, p119.
[5] Id. Eva Heller, p119.
[6] Id. Eva Heller, p120.

II. Point de vue neuropsychologique de la couleur

Comme nous venons de le voir, les couleurs possèdent un sens et une symbolique propre, nous évoquant des sentiments mais permettant également de faire passer des messages.

Nous souhaitons maintenant mettre en avant le rôle et l'intérêt des couleurs pour tout ce qui touche aux fonctions exécutives. En effet, attention, mémoire, planification, repérage, orientation peuvent être aidés et soutenus par les couleurs. Nous présenterons donc ces différentes fonctions et le rôle que les couleurs peuvent y jouer.

1. Définition des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives, fonctions d'adaptation dynamique à l'environnement et de contrôle de l'action sont nécessaires à une vie autonome, indépendante et réussie.

Ces fonctions permettent d'élaborer un plan d'action entre besoins et environnement, de mettre en place les différentes actions, de les maintenir, les adapter, les contrôler.

En attirant notre attention, ou en permettant une meilleure mémorisation, les couleurs peuvent être d'une certaine façon comme nous le verrons une aide, un soutien pour ces fonctions exécutives.

En 1994, LEZAK et al., mettent en avant quatre grandes classes de fonctions exécutives :

× **la volition** est la capacité d'initiative et de formulation de projets. Elle permet aussi la prise de conscience de soi et de l'environnement,

× **la planification** concerne la possibilité de concevoir des alternatives afin de faire des choix, d'évaluer la cohérence d'une action et de maintenir son attention,

× **l'action dirigée vers un but** concerne la programmation, la productivité et la maîtrise de soi-même,

× **l'efficacité des actes** renvoie au contrôle de la qualité des réponses.

De son côté, en 2000, MIYAKE étudie de façon systématique l'ensemble de ces fonctions afin de mettre en évidence les variables indépendantes qui s'en dégagent.

Il détermine ainsi trois fonctions indépendantes à travers lesquelles on peut rendre compte de la plupart des capacités que l'on qualifie d'exécutives :

• **l'alternance (ou shifting) :** c'est la capacité de passer d'une activité à l'autre ou de changer de stratégie mentale,

• **l'inhibition :** elle permet au sujet d'inhiber une réponse automatique, routinière, mais qui n'est pas pertinente pour la tâche en cours de réalisation,

• **la mise à jour :** c'est la capacité d'effacer ce qui vient de se passer pour tenir compte de ce qui se passe en ce moment. Les informations sont en fait mises à jour au sein de la mémoire de travail.

Secondairement, MIYAKE ajoutera une quatrième fonction indépendante, **l'attention divisée.**

2. Différents domaines d'action

2.1. L'attention

L'attention correspond à la sélection et au maintien dans la conscience d'un évènement extérieur ou d'une pensée. L'information sera alors traitée d'une manière plus élaborée, moins routinière.

En 1994, VAN ZOMEREN et BROUWER montrent qu'il existe différents types d'attention :

- l'attention soutenue (ou vigilance) est la capacité à maintenir un certain niveau d'éveil suite à un effort mental,

- l'attention focalisée ou sélective, est un processus qui permet à l'organisme de sélectionner certains signaux, ou certains de leurs aspects, par rapport à d'autres. (par exemple, écouter une conversation parmi d'autres),

- l'attention divisée permet de traiter simultanément deux ou plusieurs catégories d'informations en fonction de la vigilance et des processus cognitifs. Cela permet le raisonnement et la résolution de problèmes.

Dans notre société, les entreprises cherchent à « attirer l'attention » des consommateurs sur leurs produits ou leurs marques par le biais, entre autres, des couleurs. Depuis plusieurs années, le coût de l'impression en couleurs a considérablement diminué. Les entreprises utilisent donc davantage la couleur, et pas seulement pour les seuls documents envoyés. Les enveloppes se parent également de couleurs, des illustrations sont ajoutées, les marques choisissent des couleurs de prédilection… de quoi attirer toujours plus l'attention de leurs clients. Une étude a d'ailleurs montré que 69% de consommateurs américains étaient plus enclins à ouvrir une enveloppe contenant du texte et des illustrations en couleurs, plutôt qu'une enveloppe toute blanche.[7]

Dans certaines pathologies, comme le polyhandicap où la communication verbale n'est pas possible, des codes de communication OUI/NON peuvent être mis en place dans lesquels les couleurs sont grandement utilisées. Le vert, souvent utilisé pour le « oui », et le rouge, correspondant au « non », sont les deux couleurs les plus retrouvées mais cela peut varier d'un individu à l'autre ; le code couleur devant plaire au patient pour être réellement efficace.

Les couleurs peuvent aussi attirer l'attention lorsque notre mécanisme d'alerte se met en place. En effet, certains objets ou certaines directions sont colorés de telle manière que l'on doit pouvoir les repérer tout de suite en cas de danger : les extincteurs utilisent le rouge, les issues de secours sont souvent représentées en vert et les panneaux « danger de mort » sont écrits en jaune sur fond noir car il est prouvé que cela ressort davantage que sur du blanc. On peut aussi penser à certains médicaments, où les couleurs sont utilisées pour signaler un danger (ne pas conduire en ayant pris ce traitement, par exemple).

2.2. La mémoire

La mémoire est une structure complexe dépendant principalement du système limbique, comprenant le néocortex et l'hippocampe, mais aussi des structures sous-corticales comme par exemple l'amygdale. Elle se divise en différentes catégories :

[7] Leflein Associates, 2010.

× **la mémoire iconique** (Sperling, 1960) fait immédiatement suite à la perception sensorielle. Il s'agit d'une mémoire visuelle immédiate et volatile, non structurée, qui dure de 250 à 300ms,

× **la mémoire à court terme** (Posner, 1969) est caractérisée par une capacité limitée, une sensibilité à l'interférence et une durée d'environ 30 secondes. Il s'agit en fait de la capacité à répéter immédiatement une information donnée. Elle sous-tend la mémoire de travail,

× **la mémoire de travail** (Baddeley, 1974) est un système à capacité limitée destiné au maintien temporaire et à la manipulation d'informations pendant la réalisation de tâches cognitives diverses. Elle se compose d'un administrateur central qui gère les différents sous-systèmes esclaves, d'une boucle phonologique qui stocke temporairement les informations verbales et d'un calepin visuo-spatial qui permet le stockage à court terme de l'information visuo-spatiale ainsi que la manipulation d'images mentales,

× **la mémoire à long terme** (Tulving, 1983) regroupe à la fois la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. La mémoire épisodique recense les évènements relatifs au Moi, autobiographiques, nos souvenirs. Ceux-ci sont intégrés dans une histoire, un contexte personnel et l'affect y est très important. La mémoire sémantique regroupe les faits, les concepts et les idées en référence à l'univers, les connaissances dues aux apprentissages scolaires par exemple. Il s'agit en fait de notre savoir, de nos connaissances, où l'affect n'a que peu d'importance mais où l'intelligence est liée et l'utilité sociale élevée.

On retrouve différentes étapes dans le processus de mémorisation et la première, et sûrement l'une des plus importantes, est l'encodage. Quand on perçoit une information, notre cerveau met en relation forme, couleur, odeur, son… et quand on cherche à se le rappeler, il faut refaire toute cette construction pour parvenir à se souvenir. On comprend donc que les informations isolées se mémorisent moins bien que les informations associées à des connaissances ou des détails. Ainsi, le fonctionnement mnésique peut être influencé par différents facteurs :

- le degré de vigilance, d'attention, d'éveil et de concentration : des troubles de l'attention diminuent les performances mnésiques alors qu'un effort conscient de répétition ou d'intégration de l'information les améliore,

- la force de motivation, le besoin ou la nécessité : apprendre quelque chose est beaucoup plus facile lorsque le sujet nous intéresse. La motivation à encoder une information est donc primordiale pour une bonne mémorisation,

- l'humeur, les valeurs affectives, le degré d'émotion de l'individu : l'affect attribué aux données à encoder, l'état émotionnel lors d'un évènement influencent la mémorisation. Par exemple, la plupart des gens se souviennent précisément de l'endroit où ils étaient lorsqu'ils ont appris les attentats du 11 Septembre 2001. Les moments chargés d'émotion font intervenir la noradrénaline, qui est libérée en plus grande quantité lorsque nous sommes excités ou tendus. Voilà pourquoi certains évènements restent plus gravés dans notre mémoire que d'autres,

- le lieu, l'odeur, les bruits, le contexte lors de la mémorisation : nos systèmes mnésiques sont dits contextuels. Lorsque l'on a un trou de mémoire, se rappeler le lieu de l'apprentissage ou de l'endroit du livre où était notée cette information, par exemple, peut aider au souvenir. On se sert en fait « d'indices de rappel » pour aider notre mémoire à remonter jusqu'à l'information pertinente.

Ainsi, notre mémoire a besoin d'indices, de petites astuces pour retenir les informations importantes. Les couleurs ont donc une très grande importance. Des psychologues ont d'ailleurs découvert que celles-ci nous aidaient à traiter et retenir des images plus efficacement que le noir et blanc. Les couleurs représentent une information supplémentaire associée à chaque image, ce qui nous aide à les mémoriser plus facilement.[8] D'ailleurs, quel étudiant n'a pas utilisé de multiples couleurs sur ses fiches afin de s'aider à les mémoriser ?

Dans « Les couleurs de nos souvenirs », Michel PASTOUREAU montre également que nos souvenirs sont souvent achromes. Pourtant, lorsque l'on y fait appel, notre imagination les met en couleurs, alors que parfois ils n'en ont jamais eues. La mémoire semble parfois trompeuse en augmentant la couleur de certains souvenirs. Il est possible dans la mémoire de réduire le souvenir à une simple couleur : il s'agit de prendre la partie

[8] Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, publié par American Psychological Association (APA), numéro de Mai 2002.

pour le tout. Par exemple, M. PASTOUREAU se réfère à l'un de ses souvenirs personnels et explique qu'il a fini par croire que le distributeur de confiseries était orange, par le simple fait qu'il y achetait toujours des bonbons orange.[9] Il a donc généralisé cette couleur à l'ensemble de son souvenir. *« Ce n'est pas la première fois que je la [la mémoire] prends en défaut sur une question chromatique. Dans ce cas précis, ai-je pris la partie pour le tout ? Ai-je projeté sur les distributeurs de bonbons la couleur des bonbons eux-mêmes ? De fait, je ne me souviens pas d'avoir retiré de ces appareils d'autres bonbons que ceux à la mandarine, bien ronds, bien sucrés et violemment orangés. Ai-je donc, dans mes souvenirs, habillé de couleur orange les appareils eux-mêmes ? En matière de couleurs, nous le verrons, prendre la partie pour le tout est un acte de mémoire relativement fréquent. »*.

Les couleurs font donc partie intégrante de notre processus de mémorisation. Elles aident à fixer l'information dans notre mémoire, mais aident aussi à s'en souvenir.

2.3. La planification

La planification est la capacité de concevoir des alternatives pour faire des choix, d'évaluer la cohérence d'un plan et le maintien de l'attention. Il s'agit également de sélectionner, d'organiser, de hiérarchiser différentes étapes dans le but d'atteindre un objectif précis. Elle implique l'idée d'évaluation de la situation. Une mémoire intacte ainsi qu'un contrôle efficace sont nécessaires.

La planification permet l'organisation, la structuration et est donc nécessaire au quotidien. Elle permet en fait de lister dans le temps la réalisation d'objectifs dans un domaine précis, avec différents moyens et sur une durée déterminée.

Souvent représentée par une liste de choses à faire, la planification permet d'élaborer un plan détaillé répondant le plus souvent à ces différentes questions : qui, quoi, où, quand, comment, combien. Il s'agit en fait de stratégies permettant le découpage en différentes tâches afin de réaliser au mieux un objectif.

---

[9] Michel Pastoureau, « Les couleurs de nos souvenirs », p60.

Dans cette optique, l'utilisation des couleurs peut donc être bénéfique. Evidemment, la planification entre en jeu dans chacune de nos actions. Mais lorsqu'il s'agit d'activités plus complexes, nécessitant par exemple la mise par écrit des différentes étapes à réaliser, les couleurs peuvent permettre de mieux se retrouver et de mieux organiser sa progression.

En termes plus pratiques, les couleurs se retrouvent dans les codes que l'on peut mettre en place dans différents planning, agendas ou autres calendriers. Elles permettent donc une visualisation plus claire des étapes et des évènements importants à ne pas manquer.

2.4. Le repérage et l'orientation

Repérage et orientation font partie des fonctions cognitives dites visuo-spatiales. Ces fonctions permettent de s'orienter dans l'espace, de percevoir les objets faisant partie de notre environnement, d'en établir une scène visuelle cohérente et d'avoir accès à notre imagerie mentale.

L'environnement intérieur et extérieur est utile pour nous aider à nous repérer dans l'espace : les objets faisant partie de cet environnement constituent des indices facilitant notre orientation. Evidemment, s'orienter dépend aussi des informations véhiculées par notre corps.

Dans tous les trajets que nous réalisons, des cartes mentales sont créées par notre cerveau. Celles-ci nous permettent, grâce aux indices de repérage que nous avons pris, de refaire un même trajet sans aucun problème.

Le cerveau doit donc prendre en compte les caractéristiques essentielles des objets afin de créer des repères. Cela passe par la forme, l'orientation de l'objet, sa place dans la pièce ou sur le trajet et également par la couleur qui peut attirer l'œil et permettre une meilleure mémorisation.

On peut donc penser, dans le domaine spatial, aux codes couleurs utilisés de manière différente dans plusieurs situations :

- en mer, un code couleur est utilisé dans le balisage afin d'aider les bateaux à se repérer plus aisément et à visualiser les limites d'un chenal : la balise de couleur verte indique

donc les limites latérales à tribord, alors qu'une balise de couleur rouge indique les limites latérales à bâbord,

- toujours concernant l'orientation, les couleurs peuvent être utiles pour permettre à certains patients d'avoir des astuces ou des indices : chez les enfants dyspraxiques par exemple, l'espace est difficile à structurer et le recours à un code couleur (toujours le même) peut être bénéfique pour les aider, que ce soit lors d'une séance individuelle, en classe, en dessin ou même en graphisme. L'aide au repérage spatial grâce aux couleurs est également utile pour les patients atteints de Maladie d'Alzheimer, comme nous le développerons un peu plus loin dans ce mémoire *(Cf chapitre II, II.1.),*

- enfin, l'utilisation de couleurs symboliques, souvent les mêmes, dans des lieux publics permet d'aider les visiteurs à trouver les endroits stratégiques beaucoup plus facilement : les issues de secours sont souvent représentées en vert ou en rouge, et le bleu est généralement utilisé pour indiquer les toilettes.

III. La couleur du langage

Expressions et couleurs

Lorsque quelqu'un nous fait une *peur bleue*, on peut ensuite *être rouge de colère*, ou *vert de rage*. Cela peut tout aussi bien nous faire *rire jaune*, ou nous donner des *idées noires*. On peut faire une *nuit blanche*, ou boire *un petit coup de rouge* pour se remettre d'aplomb, et ne plus *broyer du noir*. Si l'on a la *main verte*, le contact avec la nature peut nous faire *voir la vie en rose* et ne plus *faire grise mine* ; de quoi *en voir de toutes les couleurs*… !

La langue française regorge d'expressions colorées comme celles-ci. Les couleurs font partie de notre patrimoine, de notre histoire. Comme nous l'avons montré plus haut, elles évoluent en même temps que notre société, ont une signification propre, sont des symboles et elles se retrouvent également dans notre langage. Issues pour la plupart de l'argot et du langage populaire, ces expressions sont maintenant tout à fait admises dans notre langage courant.

Certaines d'entre elles contenant des noms de couleurs peuvent aussi être expliquées historiquement.

Ainsi **« passer une nuit blanche »** renvoie au Moyen-Âge, où les chevaliers qui devaient se faire adouber, passaient une nuit de veillée à prier dans une église, tout de blanc vêtus.

« Avoir une peur bleue » se retrouve dans le roman d'Emile Zola, la Bête Humaine, et semble venir de l'ancien français. Dans certains jurons, le mot Dieu est remplacé par « bleu » comme parbleu, sacrebleu et on peut imaginer qu'il s'agit de la même chose pour « peur de Dieu », devenu peur bleue.

« Travailler au noir » serait apparu vers la fin de la guerre de 14-18 en Allemagne, quand le pays connaissait des moments de grosses difficultés. « Noir » serait lié au fait de dissimuler quelque chose et plusieurs expressions seraient nées de cette origine : « schwarzarbeit » (travail au noir), « schwarzmarkt » (marché noir), « schwarzhören » (écouter la radio illégalement, sans en payer la taxe). Pour d'autres, cette expression renverrait au Moyen-Âge, lorsque certains maîtres n'hésitaient pas à faire travailler leurs employés illégalement, de nuit, à la lumière de la bougie.

« Être marqué au fer rouge » renvoie à l'Antiquité Romaine, où les condamnés étaient marqués avec un fer rougi pour laisser une trace de leur crime à vie et qu'elle puisse être visible par tous. Sous l'Empire, le marquage s'effectuait en public et offrait donc aux badauds un véritable « spectacle ». Ce marquage fut aboli en 1791, puis rétabli en 1806 et de nouveau aboli définitivement en 1832. Cela valait également pour les animaux qui connaissaient le même sort avant l'apparition des étiquettes placées sur leurs oreilles. Cette expression est aujourd'hui utilisée pour signifier que l'on est traumatisé par un évènement, référence évidente à la souffrance subie lors de ces fameux marquages…

« Rire jaune » renvoie aux personnes hépatiques qui sont souvent de mauvaise humeur et qui, lorsqu'elles se forcent à rire, voient la bile teinter leur visage de cette couleur. Plus globalement, cette expression s'applique aujourd'hui aux personnes qui se forcent à rire, ou qui cherchent à dissimuler leur vexation.

« Avoir la main verte » vient d'une expression courante « avoir la main » qui désigne quelqu'un doué dans un domaine particulier. Puisque cela concerne les plantes, et que la plupart de celles-ci sont vertes, il n'est pas étonnant d'obtenir cette expression. Celle-ci est assez récente et date du milieu du XXe siècle.

« Découvrir le pot aux roses » est une expression dont l'origine est controversée. Elle daterait du XIIIe siècle et le pot aux roses désignerait une boîte contenant le fard à joues des femmes fortunées, utilisée au Moyen-Âge. D'après les croyances, les femmes y glissaient souvent des petits mots doux pour que personne ne les trouve.

Notre langage coloré peut donc nous faire *passer par toutes les couleurs* ou nous en faire *voir de toutes les couleurs*. On peut *prendre des couleurs*, *changer de couleur*, *mettre de la couleur dans notre vie* et voir, finalement, que *le monde est fait de toutes les couleurs* !

IV. La couleur et les maux

Parce que les pigments de couleurs étaient également utilisés dans la fabrication de médicaments, certains peintres appartenaient à la branche des médecins et des apothicaires. C'est le cas des peintres florentins à partir de 1378. Leurs pigments, d'origine minérale, possédaient les vertus thérapeutiques des pierres précieuses : le saphir soulageait les yeux, le pigment rouge d'hématite guérissait les maladies de sang… Les médecins étaient donc d'abord des peintres. D'où peut-être cette constatation : comme les musiques peuvent soulager, les images aussi peuvent soigner.[10]

1. Soigner par l'art

« Soigner par l'art » évoque immanquablement l'art-thérapie et nous la décrirons plus loin dans ce mémoire, de ses origines à son utilisation actuelle.

Mais l'art peut être utilisé différemment pour soigner :

Henri MATISSE (1869-1954) est le chef de file du fauvisme. C'est à la suite d'une hospitalisation pour une crise d'appendicite à l'âge de 20 ans qu'il découvre son goût pour la peinture, sa mère lui ayant offert de quoi peindre afin d'occuper ses journées. En 1890, il abandonne définitivement ses études de droit pour se consacrer entièrement à la peinture. En 1941, il est à nouveau hospitalisé suite à un cancer et les médecins lui annoncent qu'il n'a plus que quelques mois à vivre. Alité et invalide, MATISSE continuait pourtant à peindre sur les murs de sa chambre grâce à un fusain fixé sur une perche. Il prêtait également ses toiles à des amis malades et allait jusqu'à comparer sa peinture à *« un bon fauteuil qui délasse de ses fatigues »*. Malgré les quelques mois annoncés par les médecins, il vivra pourtant encore 13 ans… MATISSE assignait à la couleur des vertus thérapeutiques et parlait d'une de ses amies malades : *« J'ai fait une grande peinture, un grand espace de jaune et d'orange avec un carré blanc au milieu, le jaune et l'orange très brillants. Et je la lui ai portée et je l'ai mise dans sa chambre et je lui ai dit : je t'en prie, regarde ce tableau tous les jours et médite sur la couleur. Et son état s'est amélioré merveilleusement »*.

[10] P. LEMARQUIS, « *Portrait du cerveau en artiste* », p126.

Fernand LEGER (1881-1955) mettra en avant le bénéfice des couleurs sur notre état de santé, notre psychisme. Selon lui, *« la couleur est une nécessité vitale »*, rejoignant là BAUDELAIRE pour qui la couleur *« est la sève même de la vie ».* Inspiré par GOETHE et son « Traité des couleurs », LEGER montre que les couleurs ont des répercussions sur le psychisme humain. Pour lui, il est certain que les couleurs de la ville peuvent améliorer la vie des habitants. La couleur provoque un sentiment de joie et d'enthousiasme, particulièrement le jaune, et LEGER s'investit avec motivation dans un projet de décoration d'un hôpital à Saint-Lô et proposera des salles *« reposantes, vertes et bleues pour les nerveux, d'autres salles jaunes et rouges pour les déprimés et les anémiés ».*[11]

Sam FRANCIS (1923-1994), peintre américain, est hospitalisé pendant deux ans, à la suite d'un accident d'avion en 1944. C'est à cette période que naît sa passion pour la peinture. Il restera alors convaincu des bénéfices thérapeutiques de l'art et dira d'ailleurs *« c'est parce que je fus capable de peindre que je pus me guérir »*.

Même si leurs affirmations concernant les bienfaits thérapeutiques d'une toile peuvent laisser perplexes, on voit cependant que la peinture (et plus précisément l'usage de couleurs vives), peut permettre un certain mieux être. C'est cette idée qui est à la base du travail en art-thérapie.

2. La chromatothérapie

La chromatothérapie ou « cure par les couleurs » est une médecine non conventionnelle mettant en avant le traitement de maux et de maladies grâce aux couleurs. Elle utilise des lumières colorées projetées sur le corps de façon globale ou localisée, réunissant parfois des techniques de médecine chinoise, hindouiste ou de l'acupuncture.

L'efficacité de ces techniques chez l'humain n'a jamais été prouvée scientifiquement mais elle l'a été sur les animaux. L'expérience a été effectuée sur des souris carencées en magnésium qui faisaient des crises d'épilepsie lors d'un stimulus sonore. On a ensuite montré que :

---

[11] P. LEMARQUIS, « *Portrait du cerveau en artiste* », p154.

- l'utilisation de 50 secondes d'une longueur d'onde précise de la lumière visible a un effet comparable aux meilleurs anti-épileptiques

- l'utilisation de 50 secondes d'une longueur d'onde de la lumière visible qui a un effet inverse, provoque la mort de toutes les souris[12]

La projection d'une lumière colorée aurait donc des bénéfices non négligeables sur l'état de santé des rongeurs, et son utilisation a été étendue aux humains malgré l'absence d'études scientifiques.

Il s'agit en fait d'une thérapie douce, utilisant le principe de régulation des énergies circulant dans le corps ; énergies dont le déséquilibre provoque maladies, douleurs et troubles divers.

La chromatothérapie serait utile pour certaines allergies (pollen par exemple), les migraines, les insomnies (ne dit-on pas d'ailleurs qu'il vaut mieux éviter le rouge dans une chambre et préférer des couleurs plus froides ?), les brûlures, l'arthrite, les problèmes dermatologiques comme l'acné ou le zona, l'anxiété ou la fatigue…



Figure 2 - Les couleurs du spectre

Chaque couleur du spectre est une onde ayant un effet sur notre organisme. La chromatothérapie utilise donc ces ondes pour agir sur les déséquilibres énergétiques : le rouge renvoie au froid, l'orange à la chaleur, le jaune au vent yang (s'inspirant de la

[12] Expérimentations effectuées à la faculté de Chatenay Malabry (en) Pages N., Bac P., Maurois P., Agrapart C., *« Effect of different wavelenghts of the visible spectrum for a short period on audiogenic seizures in mice »* Magnes Res. 2003 ;16,1,29-34, 2003.

médecine chinoise), le vert à l'humidité, le bleu à la sécheresse et le violet au vent yin. Bien que rien n'ait été réellement prouvé, ces médecines parallèles tendent à se développer et des études plus poussées pourraient donc être réalisées dans les années à venir.

3. Les mandalas

Issu des traditions tibétaines et hindouistes, le mandala est une image organisée autour d'un point central, contenant plusieurs formes géométriques ou symboliques. Il est en quelque sorte l'expression symbolique de la vie, sa forme se retrouvant dans le monde minéral (cristaux), animal (araignées, papillons…), dans le microcosme (cellule), le macrocosme (galaxie) et dans la culture à la fois orientale (mandalas tibétains) et occidentale (rosaces de nos églises).

Repris en art-thérapie, il constitue un support de méditation et un espace d'expression personnelle.

Michèle RODE dans la revue *Art-thérapie* – « Mandala ouverture et enfermement » - décrit neuf fonctions du mandala :

- une *fonction de maintenance* du psychisme, avec identification à l'objet-mandala,

- une *fonction d'enveloppement* de l'appareil psychique permettant de lutter contre la dissolution de l'attention et contre l'excitation,

- une *fonction de protection* contre les phénomènes perturbants, extérieurs ou bien intérieurs,

- une *fonction d'individualisation*,

- une *fonction d'aide à la prise de conscience* de l'interdépendance,

- une *fonction de soutien à la libido*, maintien de l'éveil au niveau de la posture et du corps,

- une *fonction de soutien à l'état d'éveil*, au niveau psychologique et mental,

- une *fonction de projection* de son propre schéma corporel,

- une *fonction de dissolution* de la psyché dans le vide.

Le mandala peut être fait de formes simples ou complexes et c'est en coloriant ces différentes formes que l'individu peut calmer son inconscient, stimuler son imagination, renforcer sa concentration et faciliter l'expression de son monde intérieur. Le mandala développe la créativité et incite à l'introspection.

Dominique LE MOUEL, psychothérapeute se consacrant beaucoup à des activités artistiques telles que la peinture et la photographie, montre l'utilité que peuvent avoir les mandalas auprès de patients Alzheimer.[13] En effet, elle a mis en place avec eux un « atelier mandalas » permettant à chacun de laisser parler sa créativité. Certains patients ont eu besoin d'aide pour tenir leur crayon, d'autres pour choisir leurs couleurs ou suivre les formes, mais tous ont été stimulés concernant la réalisation de leur œuvre propre (« *j'aime bien, je n'aime pas* »), le titre qu'ils souhaitaient donner, la signature qu'ils devaient apposer au bas de la réalisation… A la fin de cet atelier, une exposition a eu lieu dans une galerie. Certains participants à l'atelier ont reconnu leur œuvre ; une dame, après avoir longuement observé un mandala, a pu dire à un soignant « *C'est moi qui ai fait ça !* ». Le regard des familles a également changé, redécouvrant les capacités de leur proche, qu'elles pensaient totalement perdues, et les patients se sont donc sentis revalorisés.



Figure 3 - Un exemple de mandala

[13] D. LE MOUEL, *Le Mandala et la personne âgée atteinte de la Maladie d'Alzheimer*, dans « *La personne âgée en art-thérapie* » de J-L. SUDRES, G. ROUX, F. FOURNIERE, p175.

Chapitre II

LIEN ENTRE COULEUR ET MALADIE D'ALZHEIMER

I. Rappels sur la Maladie d'Alzheimer

1. Définitions et historique

1.1. Définitions

La Maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative du cerveau évoluant vers la démence avec perte neuronale progressive et irréversible. Elle se distingue des autres groupes de démences dites non dégénératives, regroupant des étiologies vasculaires, infectieuses, éthyliques ou inflammatoires. Selon J.L. Signoret, *« la démence est le résultat d'une affection cérébrale qui détériore progressivement le fonctionnement cognitif compromettant l'adaptation familiale et sociale ; qui altère la personnalité du sujet et induit très souvent des troubles du comportement ».*[14]

Une démence se définit par l'altération de plusieurs fonctions cognitives évoluant depuis au moins six mois. Mémoire, langage, attention, calcul, gestes, reconnaissances, jugement, raisonnement, pensée abstraite, idéation, humeur et personnalité sont les fonctions le plus souvent altérées en cas de démence. Tout cela conduit le patient à un état de dépendance totale vis-à-vis de son entourage.

La Maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies dégénératives d'évolution démentielle. Les régions permettant la mémorisation des nouvelles informations sont celles qui sont touchées en premier dans la maladie, ce qui explique que celle-ci débute par des plaintes mnésiques. Progressivement, d'autres troubles apparaissent, avec des conséquences évidentes sur l'autonomie du patient.

Autrefois, le terme de « Maladie d'Alzheimer » désignait les démences préséniles, qui touchaient des personnes âgées de moins de 65 ans. Les démences dites séniles affectaient des personnes plus âgées. Mais, mis à part le critère de l'âge, ces personnes souffraient des mêmes symptômes.

[14] « Les démences : classification, clinique, physiopathologie et traitements » B. Défontaines, p15.

En France, la Maladie d'Alzheimer toucherait aujourd'hui plus de 850 000 personnes et 1 adulte sur 20 serait concerné, passé 60 ans.[15] Avec plus de 225 000 nouveaux cas chaque année, la France devrait compter 1 275 000 malades d'Alzheimer au stade de la démence dans environ 8 ans.

Cependant, seul un malade sur trois serait diagnostiqué à un stade initial et beaucoup de patients âgés, de plus de 85 ans, sont considérés comme « séniles » par manque de diagnostic clair et précis.

1.2. Historique

C'est en 1906, qu'un neuropathologiste allemand, Aloïs ALZHEIMER, présente l'étude anatomoclinique d'une patiente de 51 ans, Augusta D., ayant présenté des troubles majeurs de mémoire puis une désintégration de l'ensemble des fonctions cognitives et qui décède après une évolution progressive d'environ 4 ans.

Description de la maladie par A. ALZHEIMER :

En observant le cerveau de cette patiente, Alzheimer rapporte la présence de « plaques séniles » entre les neurones, rapportées bien plus tard à des dépôts de protéines bêta-amyloïdes. Il en conclut que cette substance serait très nocive pour les neurones. Il découvre également la présence de dépôts intracellulaires, que l'on qualifiera ensuite de « dégénérescences neurofibrillaires » et qui se révéleront principalement constitués d'une protéine appelée protéine Tau hyperphosphorylée. Cette dernière serait à l'origine de l'altération du fonctionnement du neurone, et donc plus généralement à l'origine de sa mort.

Peu après la découverte de la maladie, elle est définie par KRAEPELIN comme une maladie présénile s'opposant à la maladie de Pick, autre démence présénile de siège antérieur, fronto-temporal.

[15] Hubert Aupetit, « La Maladie d'Alzheimer ».

En 1978, grâce aux travaux de TERRY, on observe une unification de la maladie d'Alzheimer : la forme présénile et la forme dégénérative habituelle de la démence sénile sont réunies en une seule entité.

Au début du XXIème siècle, sous l'influence des auteurs européens, et en particulier de Bruno DUBOIS, on prend en compte la phase pré-démentielle de la maladie avec une nouvelle critériologie en Europe et aux Etats-Unis, qui donnent naissance à deux définitions récentes de la maladie d'Alzheimer, que nous allons développer ci-dessous.

1.2.1. Définition européenne de la Maladie d'Alzheimer selon B. DUBOIS

La définition dite « européenne » de la maladie d'Alzheimer est issue des travaux de 2010 du groupe de Bruno DUBOIS et de Philip SCHELTENS[16]. Ils proposent à l'attention des chercheurs et des cliniciens de nouveaux critères de la maladie, beaucoup plus adaptés à ses différents stades et à ses formes cliniques atypiques.

Le *stade prodromal* se définit à partir de symptômes cliniques et de biomarqueurs. Les symptômes cliniques comprennent obligatoirement une atteinte de la mémoire épisodique de type hippocampique, et ne sont pas suffisants pour altérer les activités de la vie quotidienne. La mémoire épisodique est testée grâce à un test de mémoire de type rappel libre/rappel indicé, dans lequel le rappel n'est pas suffisamment amélioré par l'indiçage. Concernant les biomarqueurs, le diagnostic nécessite soit une diminution du peptide bêta-amyloïde, une augmentation de la protéine Tau et de Phospho-Tau dans le liquide céphalo-rachidien, soit une atrophie de l'hippocampe en IRM, soit enfin un hypo-métabolisme au PETSCAN au FDG ou des plaques séniles au PETSCAN utilisant les marqueurs spécifiques.

Le *stade démentiel* de la maladie est la phase où les symptômes cliniques (mémoire et autres domaines) commencent à altérer les activités de la vie quotidienne et donc à être gênants dans la vie du patient.

[16] B. DUBOIS, P. SCHELTENS*, Lancet Neurology*, Novembre 2010.

Le groupe de travail de DUBOIS fait également la distinction entre les formes typiques et atypiques de maladie d'Alzheimer et en donne une définition :

La *maladie d'Alzheimer typique* se caractérise par l'installation progressive d'un déficit précoce et significatif de la mémoire épisodique. Celui-ci sera toujours majeur et s'associera au cours de l'évolution à d'autres troubles psychiatriques ou cognitifs : de type dysexécutifs, apraxiques, aphasiques ou agnosiques visuels.

Les *maladies d'Alzheimer atypiques* se caractérisent par d'autres phénotypes cliniques avec une aphasie progressive primaire non fluente, une aphasie logopénique et une atrophie corticale postérieure, ainsi que des biomarqueurs présents (au moins un) dans le liquide céphalo-rachidien ou en imagerie, accompagnés de plaques séniles.

Les *maladies d'Alzheimer mixtes* présentent tous les critères diagnostic de la maladie d'Alzheimer typique ainsi que des signes cliniques et des biomarqueurs témoignant d'une comorbidité.

Les *maladies d'Alzheimer de stade préclinique* regroupent deux cas : le stade cliniquement asymptomatique avec présence isolée de biomarqueurs dans le liquide céphalo-rachidien et/ou en imagerie ; et le stade présymptomatique qui concerne les porteurs du gène des formes familiales.

Les *M.C.I (ou Mild Cognitive Impairment)* ne présentent pas d'altération des activités de la vie quotidienne et sont un diagnostic réservé à l'absence de maladie caractérisée et de validation des critères de maladie d'Alzheimer définis ci-dessus.

L'intérêt de cette étude et de cette nouvelle définition est donc d'avoir une approche longitudinale de la maladie mais aussi d'effectuer un diagnostic neuropsychologique recentré sur la mémoire. Il est également important de noter que les formes atypiques sont prises en compte et qu'une vraie place est donnée aux marqueurs biologiques dans le diagnostic.

1.2.2. Définition américaine de la Maladie d'Alzheimer selon MCKHANN

En 2011, MCKHANN et al., qui ont défini la maladie d'Alzheimer en 1984, proposent une nouvelle définition de la démence. L'importance n'est plus seulement donnée au

trouble mnésique : on doit trouver des troubles cognitifs (au moins deux) ou l'association d'un trouble cognitif et d'un trouble comportemental. Ces troubles doivent représenter un changement par rapport à l'état antérieur du patient et avoir des conséquences sur les activités de la vie quotidienne.

Dans cette nouvelle définition, on trouve une double approche : une approche clinique (il s'agit d'une maladie d'évolution démentielle) et une neuropathologique avec la présence de dégénérescences neuro-fibrillaires et d'amylose. Enfin, trois stades y sont présentés : le stade préclinique, les MCI et la démence associés à des critères mixtes.

On remarque donc que ces deux définitions ont en commun de faire intervenir les phases pré-démentielles de la maladie d'Alzheimer, le stade préclinique et prodromal. Elles se distinguent surtout par l'implication très importante des biomarqueurs chez DUBOIS alors que celle-ci est absente en clinique pour le groupe de travail américain.

1.3. Maladie d'Alzheimer et génétique

La Maladie d'Alzheimer peut être divisée en deux catégories. On peut trouver des formes familiales ou des formes sporadiques.

1.3.1. Les formes familiales

Ces formes de déterminisme génétique sont très rares en France et représentent environ 2000 à 3000 patients. Dans ces familles touchées par cette forme de la maladie, 50% des membres sont porteurs d'une mutation d'un gène apparaissant sur les chromosomes 1, 14 ou 21.

Les personnes concernées par cette mutation développeront la maladie et la transmettront à la moitié de leur descendance. Selon le chromosome touché, l'âge de début de la maladie varie : on constate pour le chromosome 21 un âge de début compris entre 45 à 60 ans ; 35 à 60 ans concernant le chromosome 14 et 40 à 85 ans pour le chromosome 1.

Les individus dont un membre de la famille est touché par cette forme familiale, peuvent demander une consultation génétique afin d'effectuer un prélèvement sanguin, envoyé auprès de laboratoires spécialisés. Tout cela dans le but de savoir s'ils développeront eux aussi la maladie, ce qui, bien sûr, peut soulever par la suite quelques questions éthiques.

1.3.2. Les formes sporadiques

Ce sont les formes qui ne sont pas de déterminisme génétique. Elles apparaissent chez n'importe quel individu mais on a pu mettre en évidence quelques facteurs susceptibles de faciliter ou de retarder sa survenue. Bien que l'on ne connaisse pas encore les causes exactes de l'apparition de la Maladie d'Alzheimer, les scientifiques pensent qu'il s'agit surtout d'une sorte de déséquilibre entre des facteurs protecteurs et des facteurs amplificateurs.[17]

1.4. Facteurs de risques

Bien que les facteurs de risques soient surtout génétiques, il en existe d'autres qui peuvent avoir une influence sur l'installation et le développement de la maladie d'Alzheimer.

1.4.1. Facteurs génétiques

Comme nous venons de le voir, des facteurs de risques génétiques existent. Dans les formes sporadiques de maladie d'Alzheimer, cela s'explique surtout par la présence du gène de l'apolipoprotéine E (ApoE) qui se trouve sur le chromosome 19. Cette protéine permet le transport des graisses dans la régénération synaptique. Le gène de cette protéine prend trois formes : epsilon 2, 3 et 4. La forme epsilon 4 multiplie par 4 à 18 le risque de maladie d'Alzheimer et celui de la déclencher plus tôt. Cependant, la présence de ce gène ne veut pas dire que la personne développera forcément la maladie. Au contraire, on peut très bien développer la maladie alors même que le gène epsilon 4 est absent.

Cette prédisposition génétique se traduit en pratique par un risque relatif augmenté de développer soi-même la maladie lorsque des apparentés sont touchés.

1.4.2. L'âge et le sexe

Le premier facteur de risque est bien sûr l'âge : plus on avance en âge, plus les cas de Maladie d'Alzheimer augmentent. Les femmes sont également plus exposées que les

[17] Bernard Croisile, « La maladie d'Alzheimer », Larousse, Paris 2010, p25.

hommes : à 75 ans, le risque de développer une maladie d'Alzheimer chez une femme est multiplié par 1,5 voire 2. Les scientifiques ont avancé l'hypothèse d'un déficit en œstrogènes ou d'un rôle protecteur des androgènes. Bien sûr, l'espérance de vie plus élevée des femmes favorise également l'apparition de la maladie.

1.4.3. Le niveau socio-culturel

Chez des personnes avec un niveau socio-culturel élevé, le risque de développer la maladie serait plus faible que chez des personnes avec un petit niveau. Cependant, le plus important reste de stimuler au maximum ses capacités cognitives tout au long de sa vie : travailler, voyager, jardiner, faire des exercices sur l'ordinateur, lire, sortir, voir du monde ou faire des jeux de société… L'important est la variété des activités, ce qui permet de conserver un travail neuronal efficient.

Un exercice physique régulier et un environnement affectif favorable permettraient aussi de réduire le risque d'apparition de la maladie, facteurs qui ne sont donc pas négligeables.

1.4.4. Les facteurs vasculaires

Différents facteurs vasculaires sont considérés comme facteur de risques dans la maladie d'Alzheimer : le diabète, l'hypertension artérielle ou encore un taux de cholestérol trop élevé peuvent favoriser l'émergence de la maladie. Plus le patient vieillit, plus on constate l'apparition de petites lésions vasculaires dans le cerveau. Cela accélèrerait donc la survenue de la maladie d'Alzheimer ; alors qu'indépendamment, ces lésions ne sont pas à l'origine même de la démence. C'est la survenue brutale, ou même progressive, de ces lésions qui jouerait sur le déclenchement de la maladie.

1.4.5. La dépression

La dépression que l'on trouve dans la maladie d'Alzheimer est à différencier de la véritable dépression, maladie à part entière se caractérisant par des perturbations de l'humeur multiples et bien caractérisées qui se manifestent de façon quasi permanente pendant une période d'environ deux semaines. Ces perturbations entraînent une gêne importante dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (incapacité de se lever, d'aller au travail, de sortir…). Cette maladie peut toucher chacun d'entre nous,

indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau social. Les personnes dépressives présentent un profond changement par rapport à leur état antérieur. On trouve trois éléments fondamentaux :

- une tristesse inhabituelle et intense, sans vraiment de cause, que l'on ne peut soulager et qui génère beaucoup d'anxiété ; on note également une vision pessimiste de soi et du monde, un émoussement affectif, une instabilité des affects et des idéations suicidaires,

- une diminution d'intérêts pour les activités de la vie quotidienne avec un ralentissement moteur et intellectuel,

- différents types de symptômes provoqués par la maladie et gênant le patient dans son quotidien : troubles du sommeil, de l'alimentation, de la sexualité et troubles physiques divers…

Chez les personnes âgées, des périodes de dépression durables ou répétées auraient un effet néfaste sur l'hippocampe, provoquant son atrophie. Cela pourrait donc représenter un facteur de risque de développer la maladie d'Alzheimer. La personne peut avoir tendance à se renfermer sur elle-même et donc à couper tout contact avec l'environnement extérieur et ses activités. L'individu peut parfois être totalement apathique, ce qui peut d'ailleurs souvent faire penser à une réelle dépression avant de se rendre compte qu'il s'agit en fait d'une maladie d'Alzheimer.

Parallèlement, la maladie d'Alzheimer s'accompagne souvent d'un état dépressif, à différencier de ce que nous venons de citer. Ici, c'est la maladie elle-même qui engendre cet état.

1.4.6. Autres facteurs

D'autres facteurs pourraient entrer en jeu dans la survenue de la maladie. L'alimentation a, bien évidemment, un rôle important : il semblerait qu'un régime méditerranéen ait un effet protecteur contre la maladie ; la consommation régulière et modérée d'alcool également grâce à certains éléments contenus dans le vin. En revanche, la présence d'aluminium dans l'eau ou les antécédents de traumatismes crâniens graves sont considérés comme des facteurs de risques.

2. Description clinique

2.1. La mémoire

Les difficultés mnésiques sont souvent la première plainte évoquée par les patients. Mais des troubles de mémoire peuvent également survenir dans le vieillissement normal. Cependant, ces pertes mnésiques n'ont pas les mêmes caractéristiques qu'il s'agisse de vieillissement normal ou de maladie d'Alzheimer.

Dans les cas de vieillissement normal, l'individu se plaint lui-même de ses oublis : il ne parvient plus à retrouver un numéro de téléphone, perd ses clés ou ses lunettes ou oublie certaines informations. Il se rend donc compte de ses difficultés mais peut y pallier en mettant en place certaines stratégies d'aide : pense-bêtes, agenda… etc.

Dans la maladie d'Alzheimer, ce n'est pas le patient mais plutôt son entourage qui se plaint de ces oublis répétés, fréquents et surtout très rapides : au bout de quelques minutes, le patient est déjà dans l'impossibilité de se rappeler ce qu'on vient de lui dire ou ce qu'il vient de faire. Même si ces oublis sont, au début, sporadiques, ils deviennent par la suite réguliers, réduisant de fait l'autonomie du patient. Les aides apportées par sa famille ne lui servent pas et il devient peu à peu désorienté dans le temps et dans l'espace. Il oublie les jours, les mois, se trompe d'année et peut même confondre des moments de la journée car il ne se repère plus grâce aux différents horaires. De plus, une différence majeure entre un sujet âgé et un malade d'Alzheimer est que le sujet âgé a des difficultés à retrouver certaines informations (qu'elles soient anciennes ou récentes), alors que le malade d'Alzheimer est également dans l'impossibilité d'apprendre des informations nouvelles.

Les oublis concernent généralement des informations récentes ; les souvenirs anciens restant ancrés plus longtemps dans la mémoire du patient, surtout ceux faisant appel à l'affectif. Peu à peu, même les souvenirs anciens disparaissent et le patient a également du mal à reconnaître les membres de sa famille, en commençant par les plus jeunes. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, ce sont les petits-enfants, les enfants puis le conjoint qui ne sont plus reconnus. Les connaissances générales ainsi que les gestes praxiques à effectuer sont également oubliés peu à peu.

Le plus souvent, ces patients sont dits anosognosiques : ils ne se rendent pas compte de leur état et ne comprennent donc pas pourquoi ils sont chez le médecin, par exemple. Parfois, lorsque la maladie en est à ses débuts à un stade plutôt léger, certains patients se rendent compte de leurs oublis et cela peut provoquer chez eux un syndrome dépressif réactionnel. L'anosognosie apparaît par la suite, avec l'évolution de la maladie.

2.2. Le langage

Dès le début de la maladie, les patients ont tendance à se mettre en retrait lors des conversations et à moins parler. Cela s'explique peut-être par leurs difficultés à trouver les mots. On observe un véritable manque du mot, voire une anomie. Il faut donc faire la différence entre les deux :

- un trouble de l'évocation verbale (manque du mot) peut être pallié par un indiçage qui permet de trouver le mot. Ce trouble est présent dans la maladie d'Alzheimer mais n'en est pas une spécificité.

- un trouble du stock verbal (anomie) ne permet aucun accès au mot, même grâce à certains indices.

A cause de ces troubles, les patients ont souvent tendance à remplacer les mots par des mots de même catégorie sémantique (ex : gomme pour crayon), des mots indéfinis (ex : machin, truc), des mots génériques (ex : animal pour chat), ou encore des définitions par l'usage (ex : « c'est pour manger » pour fourchette). Au départ, cela ne concerne que des mots rares, peu utilisés mais cela s'étend peu à peu aux mots usuels.

Ces troubles expliquent les évolutions des discours et les troubles de compréhension sous-jacents. Cependant, ces derniers ne sont pas obligatoires et il est toujours nécessaire de faire attention à ses propos devant des patients Alzheimer, qui peuvent la plupart du temps en comprendre le sens. On observe également des troubles sémantiques et phonémiques : la syntaxe est simplifiée, et plus tardivement apparaît une dégradation quantitative et qualitative de la structure phonologique du langage.

A l'oral, le patient peut devenir mutique ou adopter des conduites verbales stéréotypées. Dans tous les cas, la communication orale devient souvent difficile par manque de cohérence du discours.

A l'écrit, l'installation d'une dysorthographie précoce s'observe souvent : le patient présente des difficultés de surface et profondes. Il écrit les mots comme il les entend, avant de les déformer totalement, les rendant ainsi incompréhensibles. De plus, la forme des lettres ainsi que l'organisation sur la page s'altèrent. Avec le temps s'installent des troubles syntaxiques, praxiques et allographiques.

La compétence pragmatique est altérée dès les stades léger et modéré de la maladie. Les patients transmettent moins d'informations, la cohérence globale n'est pas respectée, il y a des erreurs séquentielles, des autocorrections inappropriées et pas de respect du temps de parole. Ces patients ont souvent du mal à commencer et terminer leur propos.

Enfin, concernant les autres aspects de la communication, l'utilisation du symbole est altérée dans le verbe comme dans le geste mais le regard et les gestes non symboliques sont bien employés.

2.3. Capacités praxiques et gnosiques

Les difficultés gestuelles de la vie quotidienne sont souvent repérées assez tardivement par la famille du patient, car ce dernier évite certains gestes qu'il a du mal à effectuer. L'apraxie dont la plupart des patients font preuve est d'apparition variable dans le temps. Cela se traduit par une difficulté à utiliser des objets complexes tout d'abord (comme des appareils électroménagers) puis plus simples (comme des couverts). Le patient présente également une apraxie de l'habillage, ce qui agit nettement sur son autonomie.

Les patients présentent aussi des apraxognosies visuo-spatiales se caractérisant par des apraxies constructives précoces, une désorientation spatiale et des difficultés à intégrer son propre corps dans l'espace (marcher, s'asseoir, se tourner…) ainsi que des troubles du regard.

Concernant les troubles gnosiques, ceux-ci s'installent assez tardivement. On retrouve une agnosie visuelle des objets ainsi qu'une prosopagnosie : les personnes de son entourage peuvent ne pas être reconnues, de même que le propre visage du patient dans le miroir. En plus de cette prosopagnosie, les patients peuvent présenter un syndrome de Capgras : ils pensent que des sosies ont pris la place de leurs proches. De plus, on observe une désorientation spatiale du fait d'une mauvaise analyse de l'espace. Les lieux, même familiers, ne sont plus reconnus et le patient peut se perdre dans son propre appartement.

On remarque également une agnosie auditive : les sons sont confondus entre eux. Par exemple, la sonnerie de la porte est prise pour la sonnerie du téléphone. Tout ceci provoque inquiétude et agressivité chez ces patients qui se retrouvent perdus.

2.4. Comportement

La maladie d'Alzheimer touche l'amygdale, le cingulum et les régions préfrontales qui jouent un rôle dans notre vie affective. Le comportement du patient est également changé car le patient réagit aux troubles cognitifs, et à l'évolution de sa relation avec le monde environnant.

Les troubles du comportement sont au début modérés mais évoluent en même temps que la maladie d'Alzheimer progresse. Ce sont souvent eux qui déclenchent le placement du patient en institution spécialisée. On trouve différentes manifestations affectives et comportementales.

L'anxiété et les troubles émotionnels sont fréquents au début de la maladie, souvent en réaction aux troubles de mémoire. Il y a souvent des troubles du caractère et une émotivité exacerbée : il s'agit en fait d'un cercle vicieux entre une décompensation cognitive et une décompensation anxieuse. La dépression et l'apathie dont font souvent preuve les patients peuvent retarder le diagnostic de maladie d'Alzheimer, en faisant penser à une dépression isolée. Il y a un défaut de motivation chez ces patients qui sont contrits et dépressifs : ils ressentent une douleur morale tout au long de la maladie. En parallèle, ils sont apathiques. Selon MARIN, l'apathie regroupe la diminution des activités, des intérêts et un désinvestissement affectif. Elle est constante dans la maladie et présente dès le début dans 50% des cas. Les patients sont ralentis, on observe un repli social et familial, une perte de plaisir et d'intérêts pour des activités autrefois appréciées, voire une clinophilie (les patients restent allongés toute la journée).

Des troubles psychotiques peuvent également apparaître avec une distorsion du vécu et de la réalité : on observe des idées délirantes de persécution, des illusions et des hallucinations surtout au stade sévère et des troubles de l'identification, comme le syndrome de Capgras. Ces troubles psychotiques sont le plus souvent d'origine iatrogène.

Le comportement agressif est favorisé par l'anxiété et les modifications environnementales. L'agitation des patients peut également marquer une décompensation

psychique. Une modification des comportements moteurs peut également survenir : le patient déambule sans cesse, présente un syndrome de Godot (il suit son compagnon dans tous ses déplacements), a des gestes stéréotypés…

Que le patient soit replié sur lui-même ou agité et agressif, tout cela agit sur les aidants qui ont souvent du mal à vivre cette situation.

2.5. Fonctions primaires et sphinctériennes

On peut observer des troubles de l'alimentation (de type anorexie), mais aussi des changements de goûts (préférence pour le sucré), des troubles du comportement sexuel (désinhibition, exhibitionnisme et le plus souvent défaut de libido), ainsi qu'un trouble du rythme veille-sommeil avec une inversion de ce rythme. On remarque aussi une angoisse dite « crépusculaire » : le patient présente une anxiété, une angoisse, une confusion en fin de journée au moment où la nuit tombe. Enfin, une incontinence urinaire s'installe au fur et à mesure de la progression de la maladie.

3. Diagnostic

Il repose surtout sur un examen clinique constitué d'un interrogatoire du patient et de sa famille, ainsi qu'un examen neuropsychologique comportant différentes épreuves pour évaluer le langage, la mémoire, l'attention, le raisonnement… On aura aussi le soin d'écarter un syndrome confusionnel ou des troubles affectifs générant des troubles cognitifs.

3.1. Tests neuropsychologiques utilisés

L'évaluation des fonctions cognitives peut avoir lieu dès la consultation initiale. Il faudra bien prendre en compte également la fatigabilité excessive du patient et ses réactions vis-à-vis de ses performances.

Cette évaluation se fait surtout grâce à des tests standardisés, d'exécution rapide comme le *Mini-Mental State de Folstein* (MMS) dont la passation dure une dizaine de minutes environ. Ce test ne pose pas le diagnostic de maladie d'Alzheimer mais permet cependant de constater le niveau d'altération cognitive du patient. Il s'agit d'un outil d'appoint, utilisé au début, lors des premiers contacts avec le patient. Le score maximum pouvant

être obtenu est de 30 points. L'analyse du résultat se fait au cas par cas, le résultat dépendant également du niveau scolaire du patient. Globalement, un score entre 20 et 26 caractérise une maladie d'Alzheimer légère ; un score entre 15 et 19 correspond à un stade modéré ; un score entre 10 et 14 représente un stade modérément sévère et un score en-deçà de 10 marque une maladie d'Alzheimer au stade sévère. Il est utile de faire passer ce test régulièrement aux patients afin de voir leur évolution et la rapidité de celle-ci.

L'évaluation neuropsychologique repose sur un certain nombre d'épreuves intéressant les fonctions cognitives et surtout la mémoire. Intéressons-nous plus particulièrement au test de *Grober & Buschke* qui évalue la mémoire épisodique. Il est composé de 16 mots de 16 catégories sémantiques différentes. Cette tâche comprend :

- une phase de contrôle de l'encodage et un rappel indicé immédiat

- une phase de trois rappels libres et de trois rappels indicés avec une tâche interférente de 20 secondes (on fournit l'indice catégoriel utilisé lors de l'encodage si les items ne sont pas évoqués en rappel libre)

- une phase de reconnaissance

- une phase de rappel libre/indicé différé, après 20 minutes

Dans les cas de maladie d'Alzheimer, on remarque une difficulté d'organisation de l'encodage et de récupération de l'information avec des résultats mauvais concernant les rappels libres, indicés, la reconnaissance et le total.

On propose également des *tests de langage* afin d'évaluer la fluence (catégorielle et lexicale) et la dénomination (DO80), mais aussi des *tests de gnosies visuelles* (Test de Poppelreuter) et des *tests exécutifs* comme le Trail Making Test (TMT) ou le Wisconsin Card Sorting Test.

3.2. Autres examens

Depuis quelques années, l'étude des biomarqueurs permet de confirmer ou non la présence d'une maladie d'Alzheimer. Certains vont objectiver la présence d'amylose, d'autres la neurodégénérescence avec la protéine Tau.

• La ponction lombaire : elle permet de mettre en évidence à la fois la présence d'amylose et la neurodégénérescence.

• L'IRM : elle objective la neurodégénérescence à travers l'atrophie des hippocampes.

• Le PET-scan au FDG[18] : il permet d'objectiver souvent plus précocement que l'IRM la neurodégénérescence à travers l'hypométabolisme cortical.

• Le PET-scan aux marqueurs d'amyloïde : on utilise soit du PIB soit de l'AV 45, cela met en avant la présence d'amylose.

Tous ces tests contribuent donc au diagnostic de maladie d'Alzheimer en association avec la clinique et la neuropsychologie.

Parallèlement, l'IRM cérébrale permet d'accentuer le diagnostic différentiel. En effet, ces examens permettent de mettre en avant des tumeurs, des infarctus ou des hématomes.

4. Evolution

Une fois parvenu au stade de la démence, on observe une évolution de la maladie d'Alzheimer sur environ 8 à 12 ans, avant d'aboutir au décès du patient. Les mêmes stades sont vécus par tous les patients mais l'évolution et sa rapidité sont variables d'un patient à un autre.

4.1. Stade prodromal

Cette phase est extrêmement longue et peut durer jusqu'à 10 ans, selon la récente étude PAQUID *(Personnes Âgées QUID ?)* qui est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible. Démarrée en 1988, cette étude a été réalisée auprès de 4 134 personnes âgées en Dordogne et en Gironde, jusqu'en 2003. Les principaux objectifs étaient l'étude du

[18] Fluoro-desoxy-glucose, traceur rendu légèrement radioactif par un émetteur de positons, injecté par voie intraveineuse afin d'observer les sites de fixation anormale de ce produit.

vieillissement cérébral et pathologique, ainsi que l'étude de la perte d'autonomie du sujet âgé. Différents points ont été analysés :

Etude du vieillissement cérébral et pathologique :

- analyse de l'évolution du fonctionnement cérébral après 65 ans grâce à des tests neuropsychologiques évaluant la mémoire et les fonctions cognitives,

- estimation de la prévalence, de l'incidence et des facteurs de risque d'une démence sénile, et plus particulièrement de la maladie d'Alzheimer,

- identification, au moyen de tests neuropsychologiques, des individus susceptibles de développer une démence, afin de pouvoir ultérieurement évaluer des stratégies préventives ou thérapeutiques chez ces sujets,

- étude de la symptomatologie dépressive du sujet âgé, et sa liaison avec la survenue d'une démence,

- étude de l'évolution des démences incidentes en termes de dépendance, de mortalité et d'entrée en institution.

Etude de la perte d'autonomie du sujet âgé :

- description de l'état fonctionnel des personnes âgées en termes de déficiences, incapacités et handicaps, et étude des liaisons entre ces trois concepts, ainsi qu'avec la mortalité,

- estimation de l'incidence de l'entrée en incapacité, mais aussi du retour à l'autonomie, et identification des facteurs favorables ou péjoratifs qui y sont associés,

- étude des liaisons entre incapacité et détérioration intellectuelle,

- détermination des facteurs propres au sujet ou à son environnement qui entraînent un risque élevé d'entrée en institution à court-terme, chez des sujets vivant auparavant à leur domicile.

L'étude PAQUID a donc montré que le stade prodromal pouvait durer assez longtemps : on trouve à ce stade des dégénérescences neuro-fibrillaires qui commencent à se

développer anormalement mais les troubles restant très légers, ils ne retentissent pas sur la vie quotidienne. Grâce aux progrès de l'imagerie et de la génétique, on espère pouvoir déceler les lésions avant leurs manifestations cliniques et donc pouvoir traiter les patients plus précocement.

4.2. Stade léger

Cette phase dure généralement entre 2 et 4 ans, et se caractérise par un résultat au MMS inférieur à 25. On remarque des troubles de mémoire qui ont des conséquences sur la vie quotidienne du patient (à la différence d'oublis dans le vieillissement naturel). Progressivement, le patient perd de son autonomie et devient de plus en plus dépendant de son entourage. Un manque du mot apparaît, de même que l'utilisation de périphrases et de circonlocutions. A ce stade, le sujet fait des digressions dans son discours, mais peut revenir au sujet initial sans aide. C'est le début des troubles de compréhension, même s'ils sont minimes. Le patient est souvent inattentif, mais il peut continuer à vivre à son domicile, entouré d'un aidant.

La conscience des troubles est encore présente ce qui peut provoquer un état dépressif réactionnel et fausser le diagnostic. Peu à peu, le patient perd le goût de ses activités habituelles et peut présenter des troubles du langage : on remarque une certaine tendance à la personnalisation des faits, des paraphasies sémantiques, des difficultés à commencer la conversation… Les difficultés de compréhension augmentent progressivement et le patient a souvent besoin qu'on lui répète certains éléments d'un message. L'expression écrite s'altère au fil du temps (par exemple, il lui devient difficile de remplir un chèque) mais la lecture reste préservée.

4.3. Stade modéré

Cette phase dure environ de 2 à 6 ans. On a une atteinte modérée avec un MMS inférieur à 15. Ici, la maladie d'Alzheimer est installée : le patient présente des troubles intellectuels et comportementaux et son autonomie est très réduite. Il oublie les évènements récents ainsi que les conversations, et commence à être désorienté dans le temps et l'espace.

L'anosognosie apparaît : le patient a tendance à nier ses difficultés. Le maintien à domicile n'est possible que par la présence des aidants, car son niveau d'autonomie ne lui permettrait plus de rester seul chez lui. Le langage s'appauvrit avec un manque du mot important et des paraphasies sémantiques fréquentes. La communication en relation duelle est plus facile et préservée, sinon le patient a du mal à comprendre ce qu'il entend. Les conversations courtes sont à privilégier ; le patient perdant le fil si celles-ci sont trop longues. Le stock lexical se réduit, avec l'apparition possible de néologismes, et on remarque des troubles de la cohérence du discours. L'écriture spontanée a disparu et le patient présente une dysorthographie de surface.

Concernant le domaine gnosique, les objets ont du mal à être reconnus et donc à être utilisés. Une prosopagnosie apparaît aussi progressivement. Sommeil, alimentation et fonctions sphinctériennes sont touchés et le patient présente des troubles psychiques tels que des hallucinations ou des idées délirantes.

4.4. Stade sévère

Cette phase dure de 2 à 4 ans et se caractérise par un MMS inférieur à 5. Aucune mémorisation n'est désormais possible et le patient oublie tous ses souvenirs, qu'ils soient personnels ou culturels. La phase démentielle s'installe progressivement, les troubles deviennent plus importants et ont des conséquences les uns sur les autres.

Le langage qu'il soit oral ou écrit est fortement altéré, de même que ses capacités de compréhension. L'articulation est perturbée, on peut observer des jargons, des écholalies ou des persévérations. Globalement, le patient ne parle que très peu, il est quasi mutique. Il peut toutefois formuler des phrases automatisées pour exprimer ses besoins. Ses réponses oui/non sont incertaines, et il n'y a plus de respect des tours de parole dans la conversation.

En ce qui concerne le comportement, le patient peut se mettre à déambuler ou au contraire rester prostré. Ce comportement de déambulation peut parfois apparaître dès le stade modéré ; ces phénomènes étant différents selon les malades. L'apathie est de plus en plus importante : oubli de se nourrir, réduction des activités… Ces patients mettent en place des conduites stériles de substitution : déambulation, lavage, balancement, rangement/dérangement, aller aux toilettes très souvent… Ce sont des comportements

stéréotypés. L'agressivité est fréquente à ce stade. Tout cela pousse l'entourage à placer le patient en institution spécialisée, si cela n'est pas déjà fait, car le maintien à domicile n'est plus possible.

4.5. Phase terminale

La phase terminale dure environ 2 ans. Il n'y a plus d'autonomie ni de communication. Toutes les fonctions verbales sont perdues sur les deux versants expression et compréhension. Les troubles comportementaux prennent le dessus.

A ce stade, pour communiquer avec ce type de patient, il est nécessaire de passer par de la communication non-verbale, à savoir : le regard, le ton de la voix, le sourire et bien sûr le toucher. Cette communication est d'autant plus efficace qu'elle a été prévue et travaillée en amont.

Le patient est en fait en état grabataire : il ne marche plus, ne parle plus, reste allongé dans son lit et présente une incontinence totale.

Le décès du patient n'est pas entraîné par la maladie d'Alzheimer elle-même mais par toutes les conséquences que celle-ci engendre : affaiblissement, perte de poids liée à une alimentation de plus en plus difficile, infections bronchiques… etc.

On observe donc une évolution moyenne de la démence entre 8 et 12 ans. Cette durée est variable et dépend de la présence d'autres maladies, qui peuvent en accélérer l'évolution.

II. La couleur au service de patients atteints de la Maladie d'Alzheimer

1. Le code couleur : une aide au repérage spatial

Comme nous l'avons vu précédemment, les couleurs peuvent être une aide au repérage. Certaines maisons de retraites ou institutions spécialisées dans la maladie d'Alzheimer, se servent d'ailleurs des couleurs pour donner des repères, des indices à leurs patients.

L'usage des couleurs et leur signification ne semblent pas être très différents pour des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer ou pour des sujets sains. L'essentiel est d'attirer l'attention des patients vers des points stratégiques ou, au contraire, essayer de les détourner de certains endroits, en utilisant différentes couleurs. En effet, les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer présentent souvent une désorientation temporo-spatiale et l'usage des couleurs peut les aider à se repérer dans cet environnement qui ne leur est pas, ou plus, familier.

Ainsi, pour une porte, l'utilisation d'une couleur tranchée par rapport aux murs va permettre de la mettre en avant et d'aider les résidents à la repérer. Cela est surtout utile concernant la porte de la chambre au sein d'un couloir. Le jeu des couleurs peut permettre d'attirer les patients vers certaines portes (chambres, salle commune…) et de les éloigner de certaines (pièces de service). On recommande ainsi, pour attirer les patients, une couleur saturée afin de capter leur attention. Au contraire, pour éviter l'accès à certaines pièces, les portes doivent se fondre dans le coloris du mur afin de ne pas être remarquées.

Pour éviter les fugues, les couloirs menant aux sorties peuvent être laissés dans l'obscurité afin de dissuader les patients de les emprunter. Pour lutter contre l'incontinence, les patients doivent pouvoir repérer facilement et rapidement les toilettes. La couleur des portes doit donc bien être différenciée de celle des murs et, pour une meilleure compréhension, cette couleur doit rester la même dans tout l'établissement. On pourra proposer, par exemple, des portes de couleur vive, tranchant avec les couleurs pastel des murs.

On pourra également utiliser des sigles ou des symboles afin d'aider à l'orientation, qui doivent être suffisamment grands pour parer à la baisse de l'acuité visuelle et

suffisamment visibles pour attirer l'attention. L'usage des couleurs est donc ici aussi fondamental : le jaune sur fond bleu est un bon moyen pour rendre le sigle bien visible.

Les couleurs peuvent aussi servir pour organiser la vie au quotidien : des étiquettes colorées peuvent être placées dans les pièces pour aider au repérage. Cependant, il ne faut pas surcharger les pièces en indications diverses, sous peine de désorienter encore plus le malade. On pourra néanmoins choisir une couleur pour les « habits de jour » et les « habits de nuit » ou bien encore utiliser des étiquettes colorées pour désigner les différents tiroirs et leur contenu…. Cela vaut surtout lorsque le patient est maintenu à domicile, celui-ci nécessitant des aménagements divers afin que la vie du patient et des aidants se passe au mieux.

2. Couleurs et art : une thérapie d'expression des sens

Depuis plusieurs années, les thérapies non-médicamenteuses se développent de plus en plus auprès des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer. Regroupant la musicothérapie, les ateliers d'écriture, le théâtre, la sculpture, les contes, les marionnettes, la danse, la photographie ou la peinture, l'art-thérapie est un domaine pluridisciplinaire offrant de multiples possibilités artistiques aux patients.

2.1. Origine de l'art-thérapie

Pratique très peu répandue dans les années 1980, l'art-thérapie est aujourd'hui de plus en plus présente. D'ailleurs, nombre de congrès ou de thèses s'y intéressent et les ateliers se multiplient au sein des institutions.

Le début de l'art-thérapie remonterait aux années 1800, avec le célèbre Marquis de SADE. Entre 1803 et 1813, SADE dirige des spectacles mensuels à la maison de santé de Charenton à la demande du directeur de la maison. Il met en place des pièces de théâtre, jouées à la fois par les malades, les infirmiers mais aussi par des comédiens professionnels. Les représentations sont ouvertes au public et bien sûr, elles deviennent des moments de grande moquerie ; les Parisiens riant des tics des patients… En 1813, le ministre de l'Intérieur interdira alors ces spectacles.

En 1834, François LEURET, psychiatre, prescrit du théâtre aux patients afin de les sortir de leur apathie et de leur repli sur eux-mêmes. A l'époque, l'art n'importe pas vraiment.

On cherche seulement à sortir la personne de la folie qui la ronge : le piano est proposé, au même titre que la broderie, le billard ou les jeux de dominos.

A la fin du XIXe siècle, on commence à analyser les œuvres artistiques grâce à une grille psychiatrique. Le précurseur est sans nul doute Jean-Martin CHARCOT qui, avec ses élèves RICHER, MEIGE, GILLES DE LA TOURETTE ou encore ROGUES DE FURSAC, écrivit une étude princeps *Les démoniaques dans l'art* ou *Les difformes et les malades dans l'art*.[19]

En 1967, C. WIART expose une codification des œuvres afin de créer une classification « scientifique » en termes de psychopathologie. Différentes données sur l'œuvre et sur l'auteur sont donc analysées : format, matière, surfaces limitées ou non, couleurs, formes, détails, lieux, temps… On analyse également le créateur : psychobiographie, famille, habitat, religion, profession, loisirs, symptômes, hospitalisations…[20]

Pour le professeur Vittorino ANDREOLI[21], président de la section de psychopathologie de l'expression de l'Association mondiale de psychiatrie, l'art-thérapie est *« une activité liée d'une manière indissoluble au rapport entre patient et thérapeute, rapport qui a toujours quelque chose d'insaisissable et d'unique »*. L'art-thérapie dépendrait donc uniquement de la rencontre thérapeutique.

En fait, l'art-thérapie se différencie du décryptage psychologique de l'expression artistique. On ne cherche pas vraiment à donner du sens aux œuvres : l'objectif principal est surtout la création en elle-même, la poursuite d'un travail avec une certaine évolution. Elle permet la production d'œuvres ambiguës, ce qui peut justement en être un intérêt.

Une autre origine de l'art-thérapie est aussi la psychiatrie infanto-juvénile : en effet, le langage verbal introspectif est souvent difficile avec des enfants ou adolescents autistes, toxicomanes, dyslexiques ou anorexiques. Il est donc nécessaire de passer par d'autres moyens comme la fiction (avec les contes) ou le langage non-verbal (de l'art, des sons ou du corps…). On a donc travaillé sur le dessin de l'enfant : notons surtout les travaux de

[19] J-M. Charcot, P. Richer, « Les démoniaques dans l'art », Paris, Delahaye & Lecrosnier, 1887.
[20] J-P. Klein, « L'art-thérapie », Paris, Que sais-je ?, 2010.
[21] V. Andreoli, « Art des fous, psychopathologie de l'expression, art-thérapie », *International Journal of Art Therapy*, 1998.

LUQUET qui a travaillé sur les dessins de sa propre fille et a pu mettre en évidence plusieurs stades dans le dessin de l'enfant : stade du réalisme fortuit, du réalisme manqué, du réalisme intellectuel, mélange de vision et de savoir sur l'objet.

2.2. L'art-thérapie au travers de la peinture

La peinture permet d'exprimer à la fois une idée du monde qui nous entoure mais également la relation du créateur avec ce monde. Les arts plastiques peuvent aider des personnes en souffrance à mettre à distance ce qui les habite en créant différentes formes de couleurs sur lesquelles elles peuvent travailler par la suite. La peinture, le dessin ou encore le collage sont très souvent utilisés en art-thérapie.

Le travail sur la couleur est également important. On travaille sur le trajet de la subjectivité à l'objectivité de la sensation, sur la recherche des accords de couleurs, leurs contrastes ou leurs qualités. Dans les ateliers d'art-thérapie auprès de personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer, les laisser choisir leurs couleurs est primordial car cela les place dans un statut d'individu à part entière, capables de faire un choix ; place qu'ils ont pour la plupart perdue avec la maladie… *« Choisir c'est affirmer son existence et son identité ».* [22]

Les images expriment et décrivent les expériences bien mieux que les mots et c'est à travers elles que le patient pourra exprimer ses émotions, ses sentiments, ceux-là mêmes qu'il ne peut pas ou plus verbaliser. Dans la Maladie d'Alzheimer, les mots échappent au sujet, le langage s'appauvrit. Pour éviter l'installation d'un mutisme ou d'un état dépressif, des supports de communication non-verbale sont utiles : par le biais de l'art-thérapie, le patient peut retrouver des gestes, des attitudes que l'on pensait perdus.

Les ateliers d'art-thérapie se font généralement en groupe. Celui-ci peut provoquer une émulation, une motivation supplémentaire que l'on ne retrouverait pas en travail à deux, patient-thérapeute. De même que lors de nos ateliers couleurs, sujet de ce mémoire, le groupe peut permettre dans certains cas de réduire le stress et la crainte, peut motiver les patients, peut libérer la créativité, favoriser un échange verbal plus riche et augmenter

[22] C. Hof, « Art-thérapie et Maladie d'Alzheimer : quand les couleurs remplacent les mots qui peinent à venir », Chronique Sociale, 120p, 2008.

l'estime de soi. Ces personnes dépendantes redeviennent alors des personnes libres, capables de s'exprimer, de donner leur point de vue, de faire des choix. Ils redeviennent actifs. L'atelier renforce la relation : on parle de l'œuvre, de ce que cela évoque en nous, de nos envies propres, de nos questionnements…

Selon Christine HOF, l'atelier devient en fait *« un lieu de parole, une liberté au sein de l'institution, un cadre de confiance, un choix et des décisions à prendre, un plaisir et un émerveillement à la création ».*[23]

En somme, l'objectif de l'art-thérapie, que cela passe par le biais de la peinture ou par tout autre moyen artistique, est de retrouver l'estime de soi, d'apprivoiser un nouveau lieu de vie, de donner un certain sens à la vie, d'exprimer des sentiments et des émotions et de favoriser les relations sociales. Tout cela peut permettre de réduire l'agressivité et l'anxiété des patients Alzheimer et de leur apporter un certain mieux-être et un peu plus de confiance en eux.

3. La créativité artistique dans la pathologie

Les problèmes de santé peuvent parfois avoir un effet positif dans le domaine artistique, sinon marquer une évolution certaine de l'artiste. Au XXe siècle, Hans PRINZHORN, psychiatre, montre que la psychose de certains malades permet de libérer leur expression artistique.

En fait, on observe chez des artistes accomplis, une influence de la maladie sur la créativité artistique. La maladie affecte parfois la technique de l'artiste mais l'intention créatrice reste présente et s'exprime alors sous des formes différentes. Même touché par la souffrance, l'artiste peut persister dans son œuvre, qui garde malgré tout une qualité expressive certaine.

La maladie agit sur l'état mental, elle change les points de vue, les pensées. Des éléments sans doute banals en temps normal deviennent fascinants, les affects évoluent, le temps passe plus lentement. NIETZSCHE, dans *Ecce Homo*, disait d'ailleurs : *« La maladie me conféra […] le droit à un bouleversement complet de toutes mes habitudes ; elle me*

[23] Op. cit. page 63.

permit, elle m'ordonna l'oubli, elle me fit le cadeau de l'obligation de la position allongée, au loisir, à l'attente et à la patience. […] Mais c'est cela justement qui s'appelle penser ! ».[24]

De plus, les symptômes d'un artiste que l'on retrouve dans ses œuvres permettent une meilleure compréhension de la pathologie chez des patients similaires n'ayant pas la même possibilité artistique. Analyser les peintures d'artistes migraineux ou parkinsoniens, par exemple, est utile pour les chercheurs qui peuvent mieux comprendre les effets de ces maladies sur le système visuel.

Nombre d'artistes ont vu leurs œuvres évoluer à cause (ou grâce ?) à la maladie : l'écrivain F.M. DOSTOÏEVSKI (1821-1888) souffrait d'épilepsie ; M. PROUST (1871-1922) était asthmatique, neurasthénique et insomniaque ; A. DAUDET (1840-1897) présentait une syphilis ce qui détruisit son système nerveux ; C. MONET (1840-1926) développa une cataracte…

Mais intéressons-nous plus particulièrement à quelques individus :

3.1. Vladimir NABOKOV, le synesthète

Selon le « Nouveau Petit Robert 2010 », la synesthésie est un *« trouble de la perception sensorielle caractérisé par la perception d'une sensation supplémentaire à celle perçue normalement, dans une autre région du corps ou concernant un autre domaine sensoriel ».*

L'écrivain Vladimir NABOKOV (1899-1977) avait en fait la capacité de percevoir les mots en couleur, il nommait cela « l'audition colorée ». Il prétendait vraiment voir certaines couleurs en regardant telle ou telle lettre ; ce qui a favorisé son amour des anagrammes, des jeux de lettres, des énigmes. Le type de synesthésie le plus répandu est celui qui évoque une couleur à partir d'une unité linguistique : c'est ce que l'on appelle la synesthésie graphémo-chromatique.

[24] Nietzsche, Ecce Homo, « Maux d'artistes : ce que cachent les œuvres » - S. Dieguez, 175 pages, 2012.

Souvent, ce phénomène particulier se transmet au sein d'une même famille et remonte loin dans l'enfance. NABOKOV qualifiait cela de « don » et écrivait dans son autobiographie, un peu à la manière de Rimbaud dans son poème *Les Voyelles* : « La sensation de couleur paraît être déterminée, chez moi, par l'acte même de former avec la bouche une lettre donnée tout en m'en représentant le tracé écrit. Le *a* de l'alphabet anglais […] a pour moi la nuance du bois sec, mais un *a* français évoque l'ébène poli. Ce groupe noir comprend aussi *g* dur (caoutchouc vulcanisé) et *r* (un chiffon noir de suie qu'on déchire). *N* bouillie d'avoine, *l* nouille molle, et le miroir à main au dos d'ivoire de *o*, voilà pour les blancs. […] Si l'on passe maintenant au groupe des bleus, il y a *x* couleur d'acier, l'horizon indigo sombre de *z*, et le *k* myrtille. ».

Il semble également que ses synesthésies variaient en fonction de la langue utilisée, l'anglais étant chez NABOKOV, déterminé par le russe. Il utilisa également ce « don » pour semer des énigmes et des pistes au sein de ses œuvres. Dans son autobiographie, il classe les lettres russes, donc de l'alphabet cyrillique, en fonction de leur couleur et si le lecteur y fait bien attention, on peut remarquer que cet ordre donne les couleurs exactes de l'arc-en-ciel. Dans la traduction anglaise, réalisée par NABOKOV lui-même, l'ordre est inversé comme pour montrer la prédominance du russe sur l'anglais. L'auteur dira d'ailleurs, dans la postface de son célèbre roman *Lolita* : *« Ma tragédie personnelle […] c'est que j'ai dû abandonner mon idiome naturel, ma langue russe déliée, riche, infiniment docile, et adopter un anglais de seconde catégorie. »*

En somme, les capacités synesthésiques de NABOKOV lui auraient permis de développer une certaine créativité, un goût pour les énigmes mais aussi une mémoire plus accrue. En effet, nous savons que pour stimuler la mémoire, il est souvent utile d'associer les détails que nous voulons retenir à des lettres ou des couleurs. Le synesthète possède déjà cette faculté. Ainsi, son « don » pourrait être relié à son intelligence, à son amour des jeux de mots ou des problèmes, aux détails disséminés dans ses œuvres, bien qu'il ne soit pas vraiment possible d'établir une relation de cause à effet certaine…

3.2. La patiente de Bruce MILLER, souffrant de démence fronto-temporale

La démence fronto-temporale, décrite par le neurologue allemand Arnold PICK à la fin du XIXe siècle, touche les régions préfrontales et la partie antérieure des lobes

temporaux. Il s'agit d'un syndrome, correspondant à plusieurs entités neuropathologiques différentes, dont la classique maladie de Pick. D'un point de vue neuropathologique, ce syndrome peut être apparenté à une SLA ou à d'autres affections dégénératives comme la dégénérescence cortico-basale ou la paralysie supra-nucléaire progressive.

On observe des troubles du comportement et des changements de personnalité : le comportement social devient inadapté, il y a parfois des pertes d'intérêt pour l'environnement, des attitudes changeantes accompagnées d'un manque de conscience de ces changements.

Les fonctions exécutives de ces patients sont altérées en premier : le raisonnement, la planification, l'élaboration de stratégies, l'adaptation deviennent difficiles. Si l'atteinte touche l'hémisphère droit, on peut assister à des changements radicaux d'opinions, de comportements sexuels, de goûts alimentaires… A l'inverse, si l'atteinte se situe dans l'hémisphère gauche, qui est le centre du traitement du langage, les fonctions linguistiques s'altèrent et on parle alors « d'aphasie primaire progressive ».



Figure 4 - Tableau de la patiente de B. Miller, avant la maladie

Il y a quelques années, Bruce MILLER, neuropsychiatre à l'Université de Californie à San Francisco, a pu observer l'évolution du style artistique d'une patiente au fur et à mesure du développement de la démence fronto-temporale. La patiente a développé la maladie vers l'âge de 40 ans, sous forme d'une aphasie primaire progressive avec des troubles de l'élocution et des difficultés d'organisation telles que celles-ci l'ont obligée à quitter son poste d'enseignante en art.



Figure 5 - Oeuvres de la patiente de B. Miller au début de sa maladie

Après un an sans peindre, elle reprend ses pinceaux et on observe une évolution de son style, du classique vers des œuvres plus libérées. Les détails sont supprimés mais les décors davantage représentés. Sa personnalité évolue également, puisqu'elle devient plus extravertie et ose même aller peindre dehors des scènes de la vie quotidienne.

Ses dessins se modifient peu à peu : alors qu'au début, elle peignait des scènes réalistes, elle n'arrive par la suite plus à le faire et son art devient alors plus mystique, plus déstructuré. Les couleurs évoluent également : avant l'apparition de la maladie, les tons étaient plutôt clairs, presque fades alors qu'on retrouve des couleurs bien plus marquées et axées sur les corps une fois la démence installée.

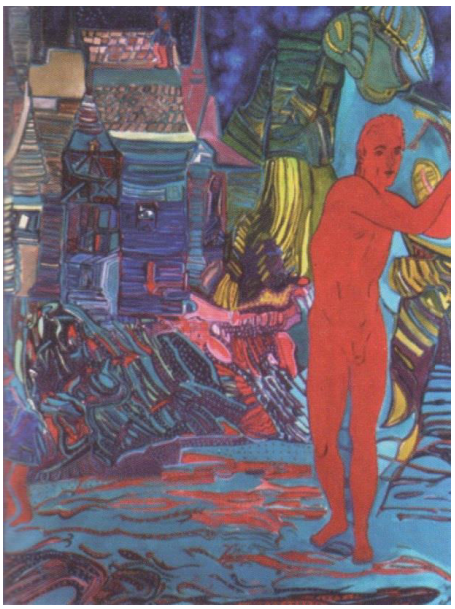


Figure 6 - Oeuvres de la patiente de B. Miller, une fois la DFT installée

MILLER et ses collègues ont soulevé l'hypothèse que la démence fronto-temporale avait en fait permis un relâchement des contraintes que la patiente avait acquis par son éducation classique et formelle. Ces contraintes se trouvaient dans les lobes frontaux, là où sont acquises et maintenues les normes sociales et culturelles ; mais une fois les lobes frontaux touchés, le poids des conventions semble s'être affaibli et l'artiste s'autorise davantage d'excentricité.

Même s'il est difficile de dire si les capacités de la patiente étaient déjà présentes ou si elles ont été créées par la démence elle-même, cet exemple nous prouve cependant que face à l'inévitable dégradation de son état, une personne peut continuer à créer et donc à donner un sens à sa vie. Ainsi, plutôt que d'essayer de conserver ou de retrouver des capacités qui diminuent, peut-être serait-il bénéfique d'exploiter les nouvelles compétences émergentes, liées à des zones du cerveau jusque-là silencieuses… ?

3.3. Les artistes et leur Maladie d'Alzheimer

L'évolution insidieuse et progressive de la maladie d'Alzheimer peut engendrer des stratégies compensatoires chez les patients. Il est intéressant de les observer, surtout concernant des artistes qui ont parfois vu leur art changer…

3.3.1. Willem DE KOONING (1904-1997)

Willem DE KOONING est un peintre expressionniste abstrait, diplômé de l'Académie royale des arts de Rotterdam. Il s'installe aux Etats-Unis en 1926 et expose pour la première fois à New-York en 1948. Il enchaîne alors portraits, dessins publicitaires et toiles abstraites où il exprime des émotions brutes et des états psychologiques.

On diagnostique sa maladie d'Alzheimer en 1989, celle-ci étant probablement aggravée par l'alcoolisme et la dénutrition et présente depuis au moins 10 ans.

Dans les années 1970, on observe de larges traits de pinceau, beaucoup de peinture, et l'utilisation de couleurs complexes. La toile est grattée, de la peinture y est ajoutée, l'œuvre est reprise plusieurs fois. Dans les années 1980, tout se simplifie : on trouve moins de formes superposées, une diminution de l'éventail des couleurs se limitant au bleu, au blanc et au rouge, et le besoin de réaliser ses œuvres avec l'aide d'assistants.

Le style pictural de l'artiste se voit donc modifié au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, tendant vers une simplification de l'œuvre et l'utilisation réduite de couleurs.



Figure 7 - Oeuvres de W. DE KOONING

3.3.2. Carolus HORN (1921-1992)

Carolus HORN est un dessinateur publicitaire allemand dont la maladie fut diagnostiquée à l'âge de 58 ans. Il se montrait passionné par Venise et plus particulièrement par le pont du Rialto qu'il peignit plusieurs fois dans sa vie, ce qui permet de suivre l'évolution de son art en même temps que celle de sa maladie.

La première œuvre réalisée est classique : en noir et blanc, les proportions et les détails sont respectés. En 1980, des erreurs de perspective apparaissent, les personnages sont davantage stylisés et des couleurs pastels, un peu tristes, sont ajoutées. Progressivement, les couleurs deviennent plus vives, plus gaies, les personnages sont à nouveau dessinés. A un stade avancé de la maladie, en 1988, on remarque que le dessin ressemble un peu à de l'art « naïf » : les couleurs semblent exploser au sein du tableau et les contraintes qui semblaient tenir le peintre tombent. Puis, des figures symboliques et irréalistes prendront place dans le tableau, ce qui peut laisser penser à des hallucinations visuelles. Les dernières œuvres réalisées ne représentent que des traits de crayons parallèles.



Figure 8 - Oeuvres de C. HORN

3.3.3. William UTERMOHLEN (1933-2007)

Le peintre William UTERMOHLEN, souffrant de la Maladie d'Alzheimer, a cependant continué à peindre jusqu'à la fin de sa vie et pendant les dix années où il a subi cette maladie, se consacrant principalement à la production d'autoportraits.

UTERMOHLEN est né en 1933 aux Etats-Unis où il suit une éducation artistique classique, avant d'émigrer en Europe pour s'installer à Londres. Ses toiles sont exposées dès 1963 et sont considérées comme appartenant au courant de l'école de Londres.

En 1995, on décèle chez lui une maladie d'Alzheimer. Les premiers troubles auraient été remarqués 4 ans plus tôt par sa femme et sa famille proche. Une fois le diagnostic posé, le peintre décide alors de ne pas baisser les bras et de continuer à peindre pour exposer sa maladie à travers ses toiles, qui nous montrent qu'il n'y a pas que la mémoire qui est altérée dans la maladie d'Alzheimer. En effet, les autres fonctions mentales ne sont pas épargnées et parmi les premiers symptômes d'UTERMOHLEN, on remarque une dissolution des représentations spatiales et des capacités visuoconstructives.

L'autoportrait est un genre à part dans la peinture : le peintre doit pouvoir recourir à sa mémoire visuelle, organiser des ordres moteurs, transmettre l'intention gestuelle au pinceau et appliquer la peinture sur sa toile en corrigeant au fur et à mesure de l'avancée de sa production. Il faut surtout avoir la capacité de changer son point de vue ainsi que d'ajouter une composante émotionnelle et psychologique à l'œuvre. C'est à travers cinq autoportraits, chacun réalisés à un an d'intervalle, que l'on remarque réellement l'évolution de la créativité et de la vision de lui-même de William UTERMOHLEN. *(Cf ci-après).*

L'envie du peintre de continuer à peindre, qui plus est quand il s'agit d'autoportraits, montre une volonté de laisser une trace dans le temps, de figer une identité présente comme pour essayer de résister à l'avancée inévitable de la maladie. Car ce n'est pas seulement la mémoire qui s'étiole, mais aussi l'identité elle-même qui s'envole peu à peu, la conscience de soi et d'être présent dans un temps et un espace définissant sa propre histoire. Le malade d'Alzheimer est piégé dans un présent instable et incompréhensible pour lui, sans passé ni avenir.

On peut alors parler de volonté de « résilience » en observant le travail réalisé par UTERMOHLEN. Son travail est d'ailleurs une mine d'informations certaine pour les chercheurs et une invitation à la réflexion pour les artistes, les amateurs d'art ou même les profanes : alors que sa connaissance de lui-même s'effaçait de plus en plus, William UTERMOHLEN, lui, la recherchait encore et encore…

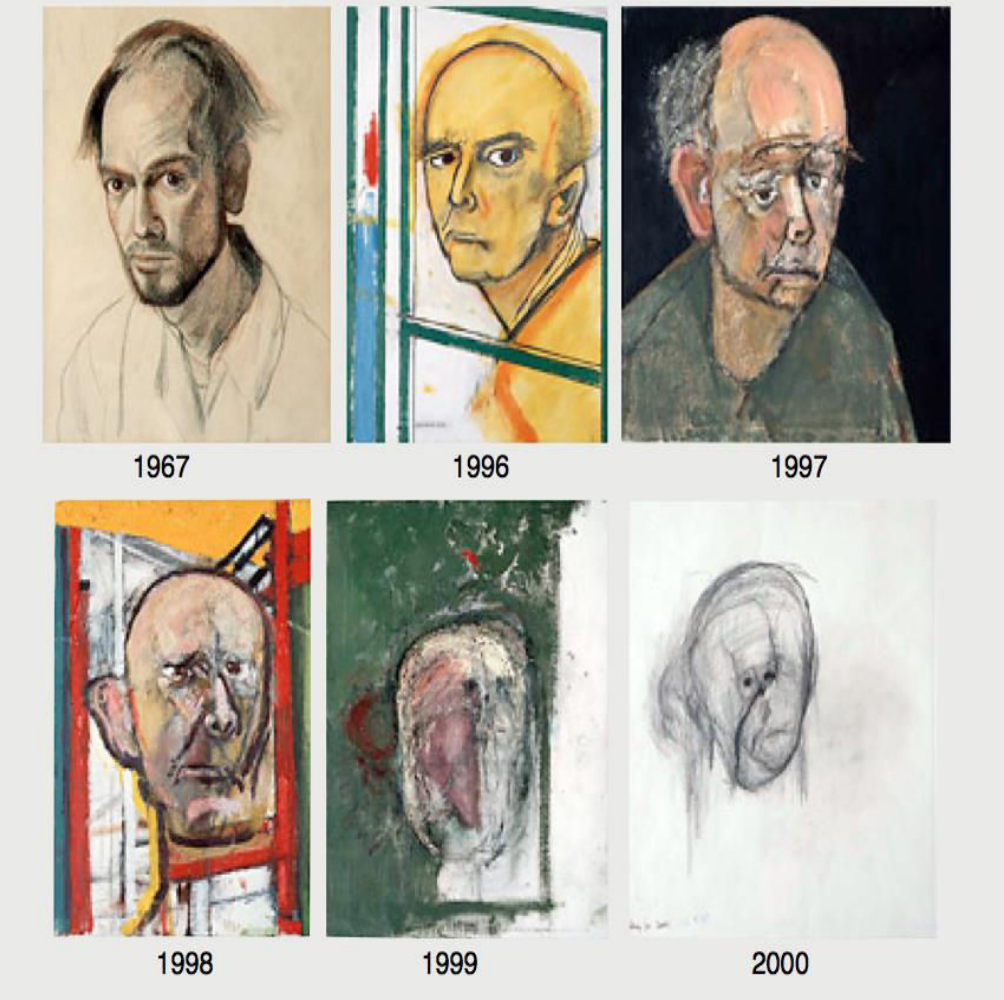


Figure 9 - Autoportraits de W. UTERMOHLEN

On observe dans ces autoportraits l'évolution de la maladie d'Alzheimer du peintre :

- en 1996, la structure est dans l'ensemble préservée même s'il y a quelques imprécisions : le visage commence à être légèrement distordu, les couleurs sont posées approximativement et on semble lire une certaine inquiétude dans le regard du peintre ; il se représente derrière une fenêtre ou un miroir, comme si son double « d'avant » la maladie lui échappait déjà,

- en 1997, les traits sont plus grossiers et les éléments du visage mal placés ; le fond totalement noir donne l'impression que le peintre se trouve dans un monde sans repères : on ressent une grande tristesse se dégageant de cette œuvre.

- en 1998, l'abstraction et la couleur réapparaissent mais le visage est plus difficile à reconnaître ; les traits se multiplient comme si le peintre essayait d'atteindre un objectif à plusieurs reprises, objectif probablement oublié au fur et à mesure de la production,

- en 1999, UTERMOHLEN réalise sa dernière production à l'huile : la toile est inachevée et la structure d'ensemble, ressemblant vaguement à un visage, a été effacée volontairement par l'artiste,

- en 2000, le peintre réalise sa dernière production au crayon : l'image est assez difficile à reconnaître et on remarque une certaine similitude avec ses anciennes œuvres comme si le peintre avait essayé de copier ses œuvres précédentes pour réaliser celle-ci ; malgré tout, tous les éléments se superposent et le résultat est totalement méconnaissable.

DONNEES PRATIQUES

I. Hypothèse de travail et protocole de recherche

Les couleurs nous entourent, représentent notre environnement et possèdent une symbolique propre qui s'est modifiée au fil des siècles. Elles attirent, intriguent, peuvent faire passer des messages et imprègnent la plupart de nos souvenirs. Comme nous l'avons déjà montré, elles peuvent soigner, apaiser, permettre l'expression et le ressenti de diverses émotions mais aussi représenter des repères.

Notre travail est basé sur l'idée qu'une réflexion sur ces couleurs peut être bénéfique pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. En effet, nous nous sommes demandé en quoi les couleurs pouvaient solliciter le langage (et en être son support), les souvenirs, les émotions et les sentiments, et si elles permettraient de diminuer l'anxiété et l'agressivité tout en améliorant la confiance en soi et la fierté personnelle.

Le langage et, d'une manière plus générale, la communication, sont en effet des domaines très importants à stimuler chez de tels patients. Par le biais des couleurs, nous souhaitions les amener à rechercher dans leur stock lexical et à évoquer différents éléments en lien avec la couleur travaillée.

Nous nous sommes aussi demandé si, en mettant en avant certaines couleurs, quelques souvenirs particuliers pouvaient remonter à la surface et être racontés par les patients. En effet, comme cela a été expliqué précédemment, notre mémoire a besoin d'indices pour encoder et restituer des souvenirs. Les couleurs jouent ici un grand rôle et nous pouvons nous souvenir bien des années plus tard du fameux vélo rouge de notre enfance ! Nous avons donc émis l'hypothèse qu'il en était de même pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et que le fait de voir et de réfléchir sur une couleur en particulier pouvait faire revenir quelques souvenirs personnels.

Concernant les émotions et les sentiments, il suffit de se promener quelques minutes dans les galeries d'un musée et d'observer les tableaux pour se rendre compte que chacun éveille en nous des ressentis différents. Cela passe bien sûr par la scène représentée, les formes utilisées, les détails mais aussi par l'utilisation de couleurs. Celles-ci résonnent en chacun de nous et peuvent provoquer une multitude de réactions. Chez ces patients, il nous semblait intéressant de les observer et de les étudier. Ont-ils le même ressenti face à

un rouge explosif ? Ressentent-ils de la joie en observant du jaune ou de la sérénité face au bleu ? Ou, au contraire, leurs interprétations sont-elles totalement différentes par rapport à la plupart des gens ?

Une autre question que nous nous sommes posée est celle de l'anxiété et de l'agressivité. Celles-ci se retrouvent très fréquemment chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et nous voulions voir si cet atelier couleurs pouvait aider à réduire ces manifestations. L'atelier étant un lieu de parole, d'échange, de confiance, il peut également apporter au patient un certain mieux-être et faire émerger davantage de motivation, de curiosité, de plaisir ainsi qu'une revalorisation de soi. La confiance en soi, la fierté personnelle sont d'autres domaines que nous voulions observer à travers cet atelier. Par la création d'une œuvre commune et par l'écoute et l'expression de soi, la valorisation du patient est possible. C'est également pour cela que le travail en groupe et la mise en place d'un atelier nous ont semblé intéressants, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont souvent des personnes ayant perdu leur monde, parfois une part de leur identité, et grâce à l'atelier elles peuvent retrouver un statut et une place d'individu à part entière. Le groupe permet aussi une émulation et une motivation plus importante de la part de chacun des participants.

Par le biais de l'atelier couleurs, ce sont vraiment les mots et les souvenirs que nous souhaitions faire réapparaître, le but étant que l'individu puisse s'exprimer, retrouver des mots perdus ou l'usage de la parole. Les couleurs représentent alors ici la base d'un véritable travail de communication et de réminiscence.

1. Présentation de l'accueil de jour France Alzheimer

1.1. Informations générales

L'accueil de jour dans lequel a été mis en place cet atelier et où nous avons effectué notre enquête fait partie de l'association France Alzheimer 06. Il permet d'accueillir les malades pendant la journée et soulage les aidants, représentant pour eux une sorte de répit. En effet, les familles sont souvent épuisées par la prise en charge de leur proche souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il est utile et bénéfique pour elles de trouver un lieu qui puisse accueillir le malade une ou plusieurs journées durant la semaine, et donc de prolonger le maintien à domicile. C'est également un endroit où les familles peuvent trouver des réponses à leurs questions et préparer de manière plus sereine l'entrée en institution spécialisée.

Il s'agit en fait d'une transition entre le maintien à domicile et le placement en institution.

Première structure existante dans les Alpes-Maritimes, cet accueil de jour créé en 1995 accueille 19 personnes par jour à raison d'une ou plusieurs journées par semaine.

Conditions d'accueil :

Les conditions pour bénéficier de cet accueil sont :

- souffrir de la maladie d'Alzheimer et/ou avoir des troubles apparentés

- ne pas présenter une agressivité trop importante risquant d'être dangereuse pour lui-même, pour le groupe ou pour le personnel soignant

- ne pas être en fauteuil roulant, car la structure n'est pas équipée pour les personnes handicapées

- ne pas nécessiter d'attention médicale constante, car l'accueil de jour n'est pas une structure médicalisée.

L'établissement se situe au 5 avenue Béatrix à Nice et ouvre ses portes du lundi au vendredi de 9h à 17h. Depuis avril 2014, l'accueil de jour est localisé dans le nouvel Institut Claude Pompidou, situé au 10 rue Molière à Nice.

Un protocole est mis en place en lien avec le patient et la famille afin de définir les modalités d'accueil. Il est souvent souhaitable, vu l'aspect thérapeutique, que la présence du patient soit régulière et d'au moins deux journées par semaine.

Le patient est tout d'abord accueilli pour une ou plusieurs journées d'essai à l'issue desquelles un accueil définitif pourra être décidé. Les transports domicile – accueil de jour peuvent aussi être assurés par un minibus mis en place par l'établissement mais les patients sont souvent accompagnés par leur famille, ce qui permet de créer un lien entre l'entourage et les soignants.

Une véritable équipe pluridisciplinaire intervient au sein de l'institution ; les membres ayant bénéficié d'une formation spécifique à la prise en charge de patients Alzheimer : directrice psycho-gérontologue, auxiliaires de vie, psychologue, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste et personnel administratif se côtoient pour assurer un accueil de la meilleure qualité possible à ces patients.

Pour chaque personne accueillie, on met en place un accompagnement social et thérapeutique personnalisé. On cherche en fait à préserver le plus longtemps possible l'autonomie de l'individu. On prend en compte ses besoins en santé, en soins et en stimulations grâce à différentes activités manuelles, physiques, cognitives ou culturelles.

L'accueil de jour représente un vrai bénéfice pour les malades et leur entourage. Les patients redécouvrent leur potentiel restant et le stimulent, leur estime de soi est revalorisée en même temps qu'ils existent pour d'autres personnes que l'aidant qui les entoure, et ils peuvent découvrir de nouvelles formes de communication et d'expression.

Les activités proposées au sein de l'établissement redonnent le goût de « faire soi-même » et la vie en communauté permet de renouer du lien social, de rompre l'isolement et de réduire l'agressivité de chacun.

Concernant les aidants, les temps d'accueil de leur proche permettent de s'octroyer des temps de repos personnels, souvent nécessaires au bien-être de ces personnes, trop souvent oubliées. Ils peuvent également rencontrer d'autres familles dans la même situation qu'eux et partager leur vécu et leurs expériences.

L'accueil de jour permet de mieux accepter la situation, de déculpabiliser l'aidant et d'envisager peu à peu la séparation avec le malade. Une aide non-médicamenteuse y est proposée et, à travers les activités réalisées par les patients, les aidants les redécouvrent et se rendent compte que certaines aptitudes sont encore préservées et ne demandent qu'à être exploitées. La communication avec le malade est aussi souvent améliorée lors du retour à domicile, l'aidant ayant pu s'accorder des temps de repos.

1.2. Divers ateliers proposés

Les ateliers mis en place autour de patients Alzheimer permettent de travailler avec eux tout en favorisant les relations sociales. En effet, la plupart d'entre eux se retirent progressivement de toute vie sociale et le groupe apporte alors un soutien et une motivation. Ils ne sont jamais mis en échec car si un mot ou une réponse leur échappe, il y aura toujours quelqu'un pour les aider à trouver la réponse qui leur manque.

L'atelier de groupe est une médiation à la relation, il permet d'être ensemble. La personne a le choix de s'exprimer, de participer, ou d'être simplement dans l'écoute. Cela permet à chacun de s'accorder des temps de repos, de souffler avant de reprendre part à la discussion.

L'objectif de l'atelier est de solliciter les fonctions cérébrales et les capacités résiduelles. On a donc une stimulation cognitive, une conservation du lien social, de l'écoute et de l'expression mais aussi une valorisation de la personne, qui est mise en avant et peut jouer un rôle d'aidant, tout ceci en toute liberté.

L'atelier n'est jamais imposé, mais proposé de diverses manières pour intéresser les patients. Le refus de participer à l'atelier est tout à fait respecté, la personne garde la possibilité de faire un choix, ce qui est très important.

Divers ateliers sont proposés au sein de l'accueil de jour France Alzheimer : qu'ils soient mis en place par une psychologue, une orthophoniste, des AMP ou un psychomotricien, ils proposent des activités variées aux patients, leur permettant de rester dans la communication et la relation à l'autre.

Ainsi, on peut trouver diverses activités comme les ateliers artistiques (peinture, terre…), les groupes de parole mis en place par la psychologue ou encore de la gymnastique, animée par un professeur de sport adapté (Siel Bleu).

Nous présenterons ci-après les ateliers mis en place par l'orthophoniste, sauf l'atelier « couleurs » qui sera présenté ci-après dans ce mémoire.

1.2.1. L'atelier contes

Cet atelier est proposé dans le but de faire émerger ou de réveiller des capacités de communication à travers différents échanges. Il s'agit de mettre en place une activité nouvelle qui va permettre d'installer une dynamique de groupe, permettant à chacun de s'investir dans cet atelier et de s'y exprimer. Cet atelier permet donc de :

- fortifier l'autonomie et responsabiliser l'auditeur qui va donner un sens personnel à l'histoire,
- faciliter l'identification au héros,
- établir une complicité narrateur/auditeur,
- soutenir la découverte et l'acceptation de soi,
- susciter une fonction contenante, le récit permettant un rêve commun menant à des associations et à un nouveau récit unificateur,
- stimuler l'inconscient et développer l'imaginaire.

En racontant des contes et en permettant ainsi à chacun de s'y identifier, tout en créant un débat, l'atelier est bénéfique aussi bien au praticien qu'au patient et à l'équipe.

Le patient se retrouve au cœur du groupe, partageant alors un but commun : éviter l'ennui, rencontrer les autres, appartenir au groupe et créer ensemble des moments d'expression. Pour l'équipe cela permet aussi de diminuer la notion d'inactivité du malade d'Alzheimer et de sortir du quotidien.

Le conte n'est pas une animation mais un moyen de faire émerger une réflexion commune et de mettre en place de la communication.

1.2.2. L'atelier poésie

Dans cet atelier, plutôt que de stimuler de manière directe les fonctions pragmatiques, il s'agit surtout de donner une impulsion de départ grâce à un thème ou une forme poétique. Créer des poèmes va constituer un support et être le contenant d'évocations de souvenirs, d'échanges sur un thème et de recherches de rimes.

On propose aux patients soit un thème spécifique sur lequel chacun est invité à donner des idées soit une forme poétique particulière à travailler. Celle-ci peut être :

- une anaphore : il s'agit d'une figure de répétition (même mot ou même proposition en début de vers) qui va permettre de rappeler au patient le thème du poème de manière rythmée et naturelle, en évitant les digressions.

- un acrostiche : il s'agit d'un mot écrit verticalement sur un tableau et qui constitue un moyen de facilitation de rappel du thème du poème tout au long de l'activité. Cela peut également faciliter l'évocation, le support permettant de trouver des mots plus aisément.

- une recherche de rimes : elle représente un exercice d'évocation et de découverte, les patients étant amenés à proposer des mots répondant aux exigences thématiques et phonologiques.

L'atelier poésie permet donc aux patients de laisser libre cours à leur créativité et leur imagination, tout en nécessitant une bonne gestion des tours de parole et une diminution des temps de pause dans le discours.

Grâce à cet atelier, les capacités d'initiation, de maintien et de clôture du discours de chaque patient sont largement sollicitées.

1.2.3. L'atelier d'expression théâtrale

L'atelier d'expression théâtrale propose d'utiliser le jeu théâtral en l'incluant dans le moment présent et l'expression spontanée, sans avoir recours à la mémorisation. Les techniques du jeu théâtral sont donc adaptées aux patients atteints de démence.

Deux temps apparaissent au cours de l'atelier : le premier concernant les compétences nécessaires au jeu théâtral et le second entièrement consacré à l'improvisation.

Le caractère fictionnel de l'atelier est important à souligner afin que les patients puissent se détacher de leur quotidien. Des rituels sont donc mis en place, comme l'instauration d'un vestiaire en échange d'un ticket virtuel, les trois coups frappés à chaque début d'atelier ou la présentation de chaque « acteur » sur scène.

Le premier temps de la séance est donc consacré aux compétences théâtrales. Divers domaines sont donc travaillés :

- la relaxation : elle est utile à la détente des muscles afin de maîtriser ses réflexes et d'exprimer une émotion plus juste.

- la respiration et le travail vocal : après avoir obtenu une détente du corps grâce à la relaxation, le travail de respiration va permettre la projection vocale mais aussi une meilleure expression des émotions (par exemple, la peur par le biais de la respiration saccadée).

- le rythme : il est travaillé afin d'améliorer les mouvements des comédiens, la déclamation des phrases, la succession des scènes et des répliques…

- le travail du corps : la posture et l'attitude corporelle sont ici mises en avant.

- le travail des émotions : elles sont très présentes au théâtre et nécessitent un travail spécifique.

Le deuxième temps de l'atelier se consacre à l'improvisation. Grâce à elle et aux différents exercices proposés, les fonctions de communication, la créativité et l'écoute de soi sont stimulées. Accepter, écouter, percuter, animer, construire, jouer le jeu, préparer, innover, s'amuser, oser sont autant de domaines qui font partie de l'improvisation et qui permettent à chaque patient de voir le regard des autres changer sur lui. En effet, en étant sur scène, le participant n'est plus ce patient en déambulation mais bien un acteur à part entière qui peut changer de peau et s'échapper de son quotidien comme bon lui semble…

Au cours des années, d'autres ateliers ont pu être mis en place par l'orthophoniste, comme la réalisation d'une fresque avec la psychologue et l'AMP, ou encore l'atelier

« Mes mots » permettant de collecter des phrases et des réflexions servant à une création finale.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents tests utilisés auprès des patients lors de ce travail de recherche :

2. Tests utilisés

Pour notre travail de recherche, nous avons décidé de nous intéresser à trois patientes en particulier et nous avons donc utilisé plusieurs tests afin d'évaluer leurs capacités de communication et leur niveau langagier.

2.1. Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO)

Cette grille d'évaluation ne fait pas partie des tests à proprement parler mais nous a permis d'étudier les capacités de communication de nos trois patientes, selon divers critères.

2.1.1. Présentation de la grille

En 1992, T. ROUSSEAU et son équipe montrent que les capacités communicationnelles des patients souffrant de maladie d'Alzheimer subissent des modifications aussi bien de manière qualitative que quantitative :

♦ une réduction globale et progressive des actes émis

♦ une diminution du nombre d'actes adéquats et une augmentation du nombre d'actes inadéquats

♦ une augmentation des actes non verbaux

♦ une modification qualitative des actes adéquats utilisés avec une simplification des actes et une utilisation d'actes « automatiques » ou automatisés

Ils ont alors montré qu'il était possible d'intervenir sur certains facteurs afin d'essayer d'améliorer et d'optimiser les capacités de communication encore préservées chez ces patients. Il s'agit d'une thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la

communication où l'objectif est de faire en sorte que le patient demeure un individu à part entière et que d'autres facteurs psychologiques n'aggravent pas le tableau clinique, cela dans le but de ralentir le processus de dégradation.

Les grands principes de cette thérapie sont les suivants :

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

Cette grille permet une analyse qualitative et quantitative des capacités de communication des patients.

L'analyse qualitative

Elle comprend deux aspects :

- tout d'abord une classification des actes de langage verbaux s'inspirant de la taxonomie[25] de DORE de 1977. Les actes non-verbaux regroupés dans cette grille correspondent à la classification de 1981 de LABOUREL.

- ensuite une détermination de l'adéquation du discours. Pour que la communication puisse se dérouler dans les meilleures conditions possibles, il faut que l'acte de langage soit adéquat et cela est déterminé par rapport :

[25] *« Etudes théoriques des bases, lois, règles, principes d'une classification » selon Le Nouveau Petit Robert de la langue française, 2010.*

× **aux règles sociolinguistiques :** le discours doit avoir une cohésion entre le lexique et la grammaire. Ce message produit par l'individu doit apporter un feed-back à l'interlocuteur et/ou à la situation de communication.

× **à l'échange d'informations :** le discours doit être cohérent dans son organisation. On doit retrouver une unité dans le thème du discours et une logique dans son déroulement. Sont retenues dans cette grille quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression rhématique, la relation et la non-contradiction.

Les actes non-verbaux retenus ici sont ceux qui, accompagnant un acte de langage, ont une valeur communicationnelle et donnent davantage de poids et d'impact au discours.

L'analyse quantitative

Elle regroupe simplement la fréquence des actes de langage, que ce soit pour les actes verbaux ou non-verbaux.

2.1.2. Principe d'utilisation de la grille

Il s'agit de remplir une grille comme celle présentée en Annexe IV. Celle-ci permet d'évaluer chaque acte de langage produit et se base sur quelques questions importantes :

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

- quels actes utilise-t-il de façon préférentielle de manière adéquate ?

- quels actes utilise-t-il de manière inadéquate ?

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

- quels thèmes de discussion favorisent la communication ? ou au contraire rendent cette communication inadéquate ?

Pour y répondre, nous nous réfèrerons aux exemples cités en annexe. Cependant, il est souvent difficile de classer un acte et on trouve donc une subjectivité importante dans cette analyse. L'adéquation ou l'inadéquation de l'acte peut aussi être difficile à évaluer mais l'importance est donnée au fait de savoir si l'acte produit rend possible une

poursuite normale de la discussion. L'important est en fait de tracer un profil de communication en recoupant un certain nombre de situations.

2.1.3. Faisabilité et critiques de cette grille

DELAROCHE et ROCHARD (1996), dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie, ont réalisé une étude auprès de 15 patients atteints de maladie d'Alzheimer à des degrés de sévérité divers. Ces patients ont été soumis à cette grille au cours de trois situations d'interlocution :

- un entretien dirigé concernant les données autobiographiques du patient,

- une tâche d'échange d'informations autour d'un support imagé,

- une discussion libre à propos de la situation présente ou de tout autre thème abordé par le sujet.

L'étude met en avant que l'utilisation de cette grille semble possible quel que soit le degré de sévérité de la démence. Cette grille permet également une certaine souplesse à l'examinateur, celui-ci pouvant adapter les situations afin de se mettre au niveau de chaque patient. Elle apporte en fait une analyse de la communication dans sa globalité, et pas seulement une analyse du langage. La grille pourrait également être intéressante pour une prise en charge ultérieure comme une guidance de l'entourage par exemple.

Les difficultés rencontrées par les auteurs de la grille sont surtout :

- la longueur de la procédure totale d'utilisation de la grille, estimée à 40-45 minutes pour le travail de remplissage de la grille et à 30-40 minutes pour l'analyse,

- la délimitation des actes, leur classification et l'appréciation de l'inadéquation nécessitant une connaissance approfondie de la grille, une maîtrise de notions subtiles qui laissent souvent beaucoup de place à la subjectivité.

2.1.4. Fiabilité

Les résultats obtenus avec cette grille auprès des 15 patients ont été comparé à ceux obtenus lors d'une étude précédente menée par T. ROUSSEAU en 1992. DELAROCHE

et ROCHARD ont alors pu constater que les données recueillies coïncidaient avec celles de 1992. Les caractéristiques relevées consistent surtout en l'apparition de tendances parallèles à la progression de la détérioration cognitive globale. La concordance des deux études permet de valider la grille en tant qu'outil assez fiable puisque des résultats plutôt comparables ont été obtenus.

2.2. Le récit à partir d'une image tiré de l'Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques (EFCL)

L'EFCL est un test des fonctions cognitives linguistiques conçu par Blandine ORELLANA, orthophoniste. Il permet d'effectuer un bilan de dépistage de la maladie d'Alzheimer en distinguant les processus cognitifs linguistiques déficitaires, qu'ils soient liés aux capacités verbales, aux fonctions mnésiques ou aux processus exécutifs.

Pour notre travail de recherche, nous ne nous intéresserons qu'à l'épreuve de description d'image.

Dans cette épreuve, le patient est invité à décrire une scène de la vie courante. La cotation tient compte de la capacité du patient à évoquer le lieu dans lequel se déroule l'action, les personnages, les actions qu'ils exécutent ainsi que l'expression de détails de l'image.

L'évaluation de l'analyse globale permet alors de considérer la cohérence du discours du patient ainsi que la diversité et la précision lexicale.

2.3. Le DO 80

Le DO 80 est un test de dénomination standardisé en langue française, crée par G. DELOCHE et D. HANNEQUIN en 1997. D'abord utilisé dans le cadre de recherches auprès de patients aphasiques, il a ensuite été adapté afin d'étendre son utilisation pour toutes les personnes ayant des lésions cérébrales ou atteintes de pathologies dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer.

Il permet de quantifier un déficit d'accès au stock lexico-sémantique, ou bien un déficit du stock lui-même. Grâce à une grille spécifique, il permet aussi d'établir de manière qualitative la nature des erreurs.

Diverses variables ont été prises en compte pour la réalisation de ce test :

- des variables liées aux mots : fréquence d'usage, longueur, âge d'acquisition,

- des variables liées aux images : complexité visuelle, familiarité,

- des variables liées aux sujets eux-mêmes : âge, niveau de scolarité.

Matériel :

Le test se compose de 80 images en noir et blanc pour lesquelles le sujet doit donner le nom exact. Seule la réponse correcte, correspondant à « la réponse dominante » de la population témoin (soit plus de 70% des réponses données) est comptabilisée dans la note finale.

Les seuils de normalité ont pu être définis en considérant quatre groupes, tenant compte de la tranche d'âge et de la durée de la scolarité. La note obtenue permet alors de pouvoir effectuer une comparaison en fonction du seuil limite de normalité du groupe de référence, défini par l'âge et le niveau scolaire du patient.

2.4. Le test de fluence verbale

Le test de fluence verbale catégorielle et lexicale de D. CARDEBAT et al. a été créé en 1990 et permet l'évaluation de plusieurs fonctions cognitives : langage, fluence verbale, mémoire de travail et mémoire sémantique.

La fluence verbale est un test simple de production de langage.

L'ordre de passation est aléatoire. Trois critères sémantiques ont été retenus dans ce test : « animaux » qui est un critère considéré comme riche en items, « meubles » considéré comme pauvre en items et « fruits » considéré comme intermédiaire. La fluence lexicale est évaluée en demandant des mots commençant par les lettres P, R ou V.

Dans notre cas, nous avons décidé de ne prendre en compte que le thème « animaux » pour la fluence catégorielle et les lettres « P » et « R » pour la fluence lexicale.

Pour la **fluence lexicale**, la consigne est la suivante :

« Vous allez devoir me dire le plus de mots français possibles, soit des noms, soit des verbes, soit des adjectifs, etc… commençant par la lettre que je vais vous donner et ceci en deux minutes. Ne dites pas des mots de la même famille, des noms propres et ne vous répétez pas. Par exemple, avec la lettre L, vous pouvez dire Lune, Laver, Laborieuse… Avez-vous bien compris ? ».

Pour la **fluence catégorielle**, la consigne est la suivante :

« Vous allez devoir me dire le plus de noms que vous connaissez, dans la catégorie que je vais vous donner et ceci en deux minutes ; sans noms de la même famille, et sans répétitions. Par exemple, pour la catégorie des Fleurs, vous pouvez me dire Rose, Dahlia, Violette… Avez-vous bien compris ? ».

Le test est chronométré et les différentes réponses sont notées à la première et à la deuxième minute. Il est important de noter le nombre total de mots produits, le nombre de répétitions ainsi que le nombre d'erreurs (non-respect de la consigne ci-dessus).

Le score total est le nombre total de mots produits moins les erreurs ou répétitions. L'étalonnage du test tient compte du sexe, de l'âge et du niveau socio-culturel.

2.5. Le test des couleurs

Ce test, non coté, a été mis en place par nos soins afin d'évaluer si les patients participant à notre atelier souffraient d'agnosie visuelle concernant les couleurs.

Nous leur avons donc proposé plusieurs planches de différentes couleurs : rouge, vert, bleu, jaune, blanc, orange, rose et noir.

Le test s'effectuait en deux temps :

- un premier temps de dénomination des couleurs

- et un deuxième temps de désignation

Contrairement aux tests présentés précédemment et qui ne concernaient que trois patientes en particulier, le test des couleurs a été proposé à l'ensemble des participants à l'atelier *(Cf ci-après)*.

3. Présentation des patients

Comme nous l'avons expliqué plus haut, le groupe de notre atelier couleurs comprend donc 7 patients. Intéressons-nous plus particulièrement à chacun d'eux…

3.1. Mme S.

Mme S. est née le 21/10/1924, elle a donc 89 ans. Veuve depuis 1973, elle est présente dans la structure depuis juillet 2011.

Couturière de métier, elle est allée jusqu'au certificat d'études. Elle aime regarder la télévision ou lire les journaux et ses sorties se limitent à quelques promenades avec son auxiliaire de vie ou aux invitations dominicales chez ses enfants. Elle est en effet mère de 3 enfants, grand-mère de 4 petits-enfants et 5 fois arrière-grand-mère.

Ses troubles apparaissent en 2008 et elle est diagnostiquée la même année. En janvier 2010, son score au *Mini-Mental State* était de 17/30. En 2011, elle obtient un score de 19/30 puis chute à 13/30 en août 2013.

Elle est décrite comme angoissée par la situation de test, recherchant sans cesse une solution détournée. Lorsqu'elle comprend qu'elle peut trouver la réponse par déduction, cela la rassure sur ses capacités mnésiques. Elle a souvent besoin de plusieurs essais-erreurs avant de trouver la bonne réponse. Consciencieuse et cherchant à « bien faire », elle présente peu de problèmes pour la compréhension de consignes.

Mme S. se déplace aidée d'une béquille et a souvent besoin de donner le bras à une tierce personne. Elle présente des problèmes d'incontinence et a souvent besoin de se rendre aux toilettes, à raison de 3 ou 4 fois dans la matinée.

3.2. Mme V.

Mme V. est née le 11/05/1925 et a donc 88 ans. Elle est veuve depuis 1969 mais a un compagnon d'environ 90 ans.

Ancienne institutrice, elle a travaillé tout au long de sa vie.

Ses troubles démarrent aux alentours de 2006 et elle est diagnostiquée en 2007. Présente depuis février 2012, son score au MMS en mars 2012 était de 19/30.

Elle est présentée comme exécutant volontiers les consignes, participant, adorant les sorties et les contacts sociaux, mais a besoin d'être régulièrement sollicitée pour participer aux activités proposées.

Cependant, son comportement a évolué entre le dernier MMS et cette année. Parfois difficile à convaincre pour venir aux différents ateliers, elle a aussi tendance à se renfermer, tant dans son comportement verbal que physique.

En effet, on la retrouve souvent recroquevillée sur elle-même et ne participant pas beaucoup aux activités. Elle peut cependant faire preuve d'agressivité verbale, lançant des injures sans raisons apparentes. Malgré tout, elle est capable de se reprendre et de se calmer grâce aux explications des soignants. Il arrive aussi qu'elle puisse évoquer d'elle-même des mots ou des souvenirs.

On remarque donc que, comme la plupart des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, Mme V. présente un comportement très fluctuant.

3.3. M. H.

M. H. est né le 13/02/1926. Il a donc 87 ans et est marié depuis 56 ans.

Originaire d'Italie, il était ouvrier-couturier. Présenté comme étant rapide et travailleur, M. H. est aussi timide et réservé, restant souvent seul dans son coin.

Il arrive à l'accueil de jour en novembre 2009. Son score au MMS en 2011 était de 10/30. Il obtient en août 2013 un score de 12, étant attentif aux consignes et ne se sentant pas en échec. Il présente des difficultés auditives et visuelles, peu de repères de temps et s'en remet complètement à sa femme pour les activités du quotidien.

Il adore d'ailleurs parler d'elle, racontant avec plaisir quelques souvenirs, souvent les mêmes. M. H. aime que l'on fasse attention à lui, et peut se mettre en colère si une personne oublie de lui dire bonjour, voulant immédiatement rentrer chez lui rejoindre sa femme.

Il participe néanmoins toujours aux diverses activités même si sa participation orale reste assez variable d'un jour à l'autre. En effet, il peut parfois être actif et s'exprimer lors des ateliers, ou bien rester complètement en retrait malgré diverses sollicitations.

Il a aussi tendance à se lever inopinément et à vouloir sans cesse quitter l'atelier ou l'accueil de jour. Il faut donc souvent le rassurer et le recadrer.

3.4. Mme D.

Mme D. est née le 03/05/1935 et a 78 ans. Elle est mariée depuis 1958 et a deux filles.

Ayant un niveau d'études comparable au brevet, elle travaillait à la préfecture de Nice au service de l'enfance, ainsi qu'avec des jeunes délinquants.

Le début des troubles est daté de 2008 : cela touche surtout la mémoire à court terme, elle présente une désorientation temporo-spatiale, une nette apathie et beaucoup d'anxiété.

De nature très calme, elle reste souvent silencieuse mais attentive. Elle adore surtout chanter, ou fredonner, pouvant parfois donner envie aux autres patients de se joindre à elle.

Etant toujours présente lors des ateliers proposés, il semble cependant que la compréhension des consignes soit assez difficile pour elle. Il est donc nécessaire de réadapter nos questions, de les reformuler et de les simplifier afin d'obtenir des réponses efficientes.

De nature très sensible, Mme D. peut avoir des réactions très fortes comme des pleurs lors de l'écoute d'une musique poignante ou de grands sourires lorsque quelque chose lui plaît. Il semble en fait que la communication de Mme D. passe surtout par ce canal émotionnel, extra-verbal.

3.5. Mme E.

Mme E. est née le 28/02/1928 et a 85 ans. Elle était sage-femme dans son pays d'origine, l'Italie.

Présente à l'accueil de jour depuis novembre 2011, elle obtient en août 2013 un score de 16/30 au MMS.

Souvent en retrait, elle dit ne pas se mélanger au groupe car elle a peur de déranger et de se tromper.

Sa compréhension est bonne mais elle s'inquiète quand elle ne retrouve pas certaines informations comme le métier de son mari par exemple.

Restant encore plutôt autonome, Mme E. n'a besoin d'aide ni pour ses déplacements ni pour ses besoins personnels. Elle garde très souvent ses sacs sur les genoux et il lui est difficile de s'en séparer pendant le temps des activités.

Assez silencieuse, elle est pourtant capable d'étonner et d'impressionner par ses capacités verbales lorsqu'elle les utilise. Il semblerait qu'elle fasse preuve d'une grande timidité, n'osant pas vraiment participer lors des diverses activités proposées.

Il est nécessaire de la solliciter souvent afin qu'elle puisse s'exprimer davantage. Elle semble d'ailleurs très flattée lorsqu'elle se rend compte de ses capacités à donner des réponses correctes aux questions.

3.6. Mme J.

Mme J. est née le 06/07/1939 et a 74 ans. Elle est veuve et a deux filles.

Elle travaillait comme fille de salle dans un hospice et aime donc beaucoup aider les autres. Présentée comme étant hypersensible, elle aime la socialisation et les promenades mais jamais seule.

Mme J. présente les premiers troubles de maladie d'Alzheimer en 2000 et arrive à l'accueil de jour en novembre 2008. Son score au MMS était alors de 20/30. Le dernier en date de 2011 et était de 21/30. Elle présente une difficulté à manipuler du matériel abstrait mais sa mémoire sémantique semble préservée.

Adorant chanter et discuter, on la trouve souvent assise au milieu des autres patients tenant avec eux de vraies conversations. Elle interpelle également les soignants, parlant du temps de sa jeunesse ou de sa fille.

Se sentant si bien au salon de l'accueil de jour où elle discute avec les autres patients, il est souvent très difficile de la motiver à venir participer aux ateliers, même en revenant régulièrement et en essayant de trouver diverses astuces pour l'intéresser.

Possédant un caractère fort et têtu, il est difficile de la faire changer d'avis.

Malgré tout, lorsqu'elle est présente, elle participe activement pouvant même évoquer divers souvenirs qu'il est souvent nécessaire de limiter afin qu'elle ne s'y enferme pas.

3.7. Mme G.

Mme G. est née le 11/03/1937, elle a donc 76 ans. Elle travaillait au secrétariat de la SNCF.

On diagnostique chez elle en décembre 2010 une démence mixte et elle arrive dans l'institution en octobre 2011.

Elle est présentée comme ayant du mal à supporter les endroits rempli de monde et ferait preuve d'un syndrome dépressif. Concernant ses loisirs, elle aime le tricot, le crochet et la lecture.

Elle obtient un score de 23/30 au MMS en août 2013 : ses résultats sont plutôt bons, sauf concernant la date du jour, mais elle est peu persévérante alors-même qu'elle a les moyens de trouver les réponses. Etant quand même impliquée dans ce bilan, elle dit vouloir écrire un journal pour restructurer le temps et faire une introspection.

Présentant des difficultés motrices, il lui est compliqué de se déplacer seule et elle a souvent besoin que quelqu'un lui donne le bras afin de l'aider dans ses déplacements.

Motivée pour participer aux ateliers, elle vient toujours d'elle-même dans la salle et participe activement au groupe. Ses capacités langagières semblent relativement préservées et elle s'exprime facilement et de manière spontanée.

Concernant le test des couleurs, présenté ci-dessus, tous les patients furent capables de dénommer et désigner correctement chacune des couleurs, sauf Mme D. qui eut beaucoup

de difficultés. On peut se demander s'il s'agit d'un manque du mot, d'un problème de compréhension de la consigne ou bien d'une véritable agnosie des couleurs :

Dénomination :

	Mme S.	Mme V.	M. H.	Mme D.	Mme E.	Mme J.	Mme G.
Rouge	+	+	+	+	+	+	+
Vert	+	+	+	+*	+	+	+
Bleu	+	+	+	Rouge…+	+	+	+
Blanc	+	+	+	Bleu…+	+	+	+
Noir	+	+	+	/	+	+	+
Jaune	+	+	+	Rouge	+	+	+
Orange	+	+	+	/	+	+	+
Rose	+	+	+	+	+	+	+

**avec ébauche orale*

Désignation :

	Mme S.	Mme V.	M. H.	Mme D.	Mme E.	Mme J.	Mme G.
Rouge	+	+	+	Blanc	+	+	+
Vert	+	+	+	Orange	+	+	+
Bleu	+	+	+	Blanc	+	+	+
Blanc	+	+	+	Orange	+	+	+
Noir	+	+	+	Blanc	+	+	+
Jaune	+	+	+	+	+	+	+
Orange	+	+	+	Rose	+	+	+
Rose	+	+	+	Blanc… Noir	+	+	+

4. Un atelier autour de la couleur

4.1. Constitution du groupe

La création d'un atelier quel qu'il soit peut amener de multiples bénéfices au patient atteint de la maladie d'Alzheimer : il lui apporte une nouvelle expérience personnelle

mais aussi une expérience de groupe qui favorise l'échange, surtout pour des patients communiquant peu.

Le groupe constitué pour notre atelier a été créé avec une volonté de mixité : il s'agit de réunir des patients avec des capacités, des atteintes et des stades différents afin que le groupe puisse avancer grâce à l'aide de chacun. Cela représente un double avantage :

- les personnes les plus atteintes ne sont pas mises en échec et peuvent s'accorder des moments de repos attentionnel puisqu'il y aura toujours quelqu'un pour trouver le mot qui leur manque ou pour les mettre sur la piste.

- à l'inverse, les patients ayant encore de bonnes capacités se sentiront valorisés par leur rôle d'aidant et permettront de « tirer le groupe vers le haut ». Chaque participant à l'atelier est important et apporte sa contribution, la maladie d'Alzheimer se présentant différemment selon les patients.

Le groupe permet des rencontres, de l'échange. Alors qu'en séance individuelle les capacités attentionnelles sont difficilement canalisables, en groupe il existe des temps où le patient peut relâcher son attention, se reposer avant de replonger dans l'activité. Il peut décider de se retirer pendant quelques minutes pour n'être plus que dans l'écoute. L'atelier de groupe favorise la conservation ou la réappropriation d'une place entière du patient.

Notre groupe est donc composé de 7 patients de 74 à 89 ans présentant des stades différents de maladie d'Alzheimer. S'ajoutent également trois soignants qui guident le groupe : orthophoniste, stagiaire et un autre membre de l'équipe soignante s'y côtoient.

A tour de rôle et à la demande de l'équipe, les différents soignants participent pendant un mois à l'atelier avant de laisser leur place à une autre personne de l'équipe, et ainsi de suite. Cela permet de :

- inclure le personnel soignant aux activités

- faire connaître le travail de l'orthophoniste

- leur permettre d'avoir un regard plus précis sur les patients.

En effet, les réactions et les réponses des patients ne sont parfois pas les mêmes dans un contexte d'atelier : les soignants peuvent parfois être surpris et peuvent alors réajuster leurs propres actions par rapport à ces patients en dehors des temps d'activités.

4.2. Description de l'atelier

4.2.1. Le cadre

L'atelier couleurs a lieu tous les jeudis matins de 9h45 à 11h30. Il est cependant nécessaire et indispensable de s'adapter au rythme de chaque patient. A l'arrivée de chacun dans l'établissement, un café ainsi qu'un biscuit leur sont servis. Même si l'heure de début de l'atelier n'est pas toujours respectée (en raison des retards des patients et de leur arrivée par petits groupes), il est important de préserver ce temps d'accueil et de ne pas presser les patients. C'est à l'institution de s'adapter au rythme de chaque patient et non l'inverse.

L'atelier a lieu dans une petite pièce attenante à la salle commune. Le fait de ne pas utiliser une pièce trop spacieuse a un effet contenant et empêche les déambulations ou les allées et venues de chacun.

Il est important de poser un cadre afin de délimiter l'atelier. Trois unités doivent être respectées :

- l'unité de lieu : l'atelier a toujours lieu dans la même pièce afin d'apporter un repère spatial. La lumière doit être diffuse, pas trop forte pour ne pas éblouir ou gêner, apporter un aspect chaleureux mais calme où chacun se sente bien ;

- l'unité de temps : l'atelier a lieu une fois par semaine, toujours le même jour et ne dure pas plus d'1h30. Cela apporte un repère temporel, et ne doit pas modifier le quotidien de l'institution. Cette unité est d'ailleurs travaillée à chaque début de séance avec le rappel de la date du jour et des activités réalisées lors des séances précédentes ;

- l'unité de personnes : la présence de l'équipe soignante peut fluctuer mais celle de l'orthophoniste et d'un autre référent (que ce soit un psychologue, un aide médico-psychologique ou dans notre cas, une stagiaire) est indispensable de façon régulière.

4.2.2. Travail d'évocation

L'atelier couleurs se divise en trois temps : évocation, recherche d'images et création d'une œuvre commune.

Selon le *Dictionnaire d'Orthophonie*, l'évocation est *« une épreuve ou un exercice consistant à donner oralement ou par écrit plusieurs mots se rapportant par exemple à un champ lexical déterminé ou consistant à trouver un synonyme ou un antonyme. L'évocation permet de tester ou de travailler l'accès au stock lexical et sa constitution. »*

Après avoir choisi ensemble la couleur à étudier, les patients sont invités à effectuer un véritable travail d'évocation, composé de différentes étapes :

- évocation de divers éléments avec un critère de couleur,

- évocation des différentes nuances de cette même couleur,

- et enfin évocation d'expressions avec le nom de la couleur, qui se retrouvent dans notre langage.

Nous présenterons ci-dessous de manière plus précise ces différents temps.

4.2.3. Evocation avec un critère de couleur

Il s'agit de la première étape du travail sur la couleur. Chaque personne s'installe d'abord confortablement, à une place qui lui convient. Il est intéressant de noter que les places choisies par les patients sont souvent les mêmes. Au départ attribuées par nos soins, ces places furent ensuite reprises inconsciemment par les patients, selon leurs besoins respectifs. Ce choix prouve donc une certaine familiarisation des malades au groupe et au lieu de l'atelier.

Avant d'aborder les couleurs en elles-mêmes, nous avons introduit l'atelier en travaillant sur le mot « COULEUR » et sur ce qu'il pouvait leur évoquer en souvenirs et en expressions langagières *(Cf II. Déroulement des séances, 1. Production des patients)*.

A chaque séance, nous rappelons le nom de la couleur choisie ensemble et nous leur demandons ce que cela leur évoque. Il peut s'agir d'objets du quotidien, de plantes, d'animaux, d'aliments et même de logos d'entreprises ou de marques.

Il est à préciser que nous ne montrons pas les couleurs travaillées aux patients. Au commencement de l'atelier, nous leur avons montré du rouge, du vert et du bleu mais le reste du travail a été fait en se référant uniquement à l'image mentale de la couleur.

Indiçage :

Il est souvent nécessaire de guider les patients lorsque le groupe ne trouve plus d'idées. On peut alors proposer un contexte inducteur ou une petite définition afin de les mettre sur la piste. Il est également utile de préciser que nous cherchons des choses qui sont *toujours* de la couleur travaillée : par exemple, si nous travaillons le rouge, dire « un pantalon rouge » n'est pas faux mais les pantalons ne sont pas toujours de cette couleur. On l'expliquera donc au patient avant de continuer notre travail de recherche.

Le rôle de l'orthophoniste est ici très important : il s'agit d'amener les patients vers les réponses mais sans jamais les leur donner. C'est par nos indices seulement qu'ils peuvent trouver la réponse recherchée. Cela est aussi valorisant pour les patients qui ont fait le chemin seuls et qui ont pu mettre en relation toutes les informations données.

4.2.4. Différentes nuances

Le deuxième travail d'évocation consiste à énumérer toutes les nuances connues de la couleur travaillée. Il s'agit sans doute de la partie la moins simple et nécessitant le plus d'indiçage. Ainsi, pour trouver « rouge cramoisi » ou « rouge ferrari », il a fallu guider les patients en leur disant par exemple « c'est une nuance de rouge que l'on trouve lorsque l'on rougit de honte » ou « c'est une nuance de rouge d'une célèbre voiture de course ».

Néanmoins, les patients sont parfois étonnants et capables de donner des réponses auxquelles nous n'avions pas forcément pensé.

Là aussi, le rôle de l'orthophoniste est de donner des indices afin d'amener les patients vers les réponses. Divers moyens de facilitation peuvent être utilisés : le contexte inducteur, la définition, l'ébauche orale, la complétion de phrases…

4.2.5. Les expressions contenant des noms de couleur

Il s'agit ici de rechercher dans notre langage les expressions avec des noms de couleur que l'on peut utiliser. A chaque expression citée (par exemple, « être rouge de colère »), les patients sont amenés à expliquer brièvement ce qu'elle veut dire. Tous les participants à l'atelier sont mis à contribution : si la définition donnée n'est pas correcte, on cherche à inciter un autre patient à donner sa propre explication.

Sont également compris dans cette rubrique tous les noms de films, de livres ou de chansons contenant la fameuse couleur. Citer des titres de chansons entraîne souvent les patients à fredonner ou à chanter les paroles, et cela permet aussi de sortir de leur mutisme certains autres…

4.2.6. Un repas en couleur

A la fin de tout ce travail d'évocation, et à la manière de certains grands restaurants, nous invitons les patients à inventer un repas entièrement composé d'aliments de la couleur travaillée. *(Cf Annexe III)*

L'apéritif, l'entrée, le plat, le fromage et le dessert sont composés et cela permet aussi de mettre en relation les éléments déjà trouvés lors de l'évocation avec le critère de couleur. Les patients peuvent ainsi laisser libre cours à leur imagination, même s'il est parfois nécessaire de leur rappeler la consigne et ce critère particulier d'aliments de telle ou telle couleur.

C'est aussi l'occasion pour certaines de faire part de leurs recettes de cuisine personnelles et de leurs petites astuces, ce qu'elles semblent apprécier particulièrement. La création de ce menu se fait en commun et chaque patient peut donner son avis ou faire partager ses goûts. De plus, l'élaboration de ce repas pourra à terme être véritablement réalisée lors d'une autre activité.

4.2.7. Recherche d'images

Une fois l'évocation terminée, nous proposons aux patients de chercher dans divers magazines des images en lien avec la couleur étudiée.

On donne donc à chacun un magazine en précisant plusieurs fois la consigne et l'objectif de cette recherche. En effet, la plupart des patients ont souvent tendance à oublier la consigne et à lire les articles ou à regarder les publicités. Il faut donc les recentrer et les aider.

Une fois qu'une image a été trouvée, on demande aux patients de détacher la page et de la placer au centre de la table. Il est parfois difficile pour ces personnes d'accepter de déchirer un magazine, de par leur éducation et leur passé. Il est aussi nécessaire de vérifier que les patients détachent bien les bonnes pages, avec le bon critère.

Comme il est difficile de trouver tout ce qui a pu être cité dans les magazines, les images non trouvées sont imprimées directement grâce à Internet.

4.2.8. Réalisation d'une œuvre commune

Une fois toutes ces étapes accomplies, nous proposons aux patients de réaliser un collage. Il s'agit de l'étape ultime. Chaque participant à l'atelier a un rôle bien précis, selon ses capacités et ses possibilités.

Les personnes dont la motricité fine est préservée peuvent découper de manière plus précise les éléments trouvés dans les magazines, d'autres peuvent réfléchir avec l'aide d'un soignant sur la disposition à donner au collage, d'autres encore sont chargés de coller ou de jeter les papiers usagés dans des sacs poubelle.

On demande l'avis des patients pour chaque collage, avant de les plastifier. Pour chaque couleur, trois ou quatre collages ont été réalisés *(Cf Annexe II)*. Le travail sur une couleur aura ainsi duré environ trois ou quatre semaines, à raison d'une séance par semaine.

4.2.9. « Voyelles colorées » inspirées d'Arthur Rimbaud

En 1872, Arthur RIMBAUD (1854-1891) écrit « Voyelles », son plus célèbre poème où il associe une couleur à chaque voyelle. Le poète joue ici avec les mots, les lettres, les couleurs et les sons. Les voyelles deviennent des objets avec lesquels il est possible de s'amuser et permettant de laisser libre cours à son imagination.

*« **A** noir, **E** blanc, **I** rouge, **U** vert, **O** bleu : voyelles,*
Je dirai quelque jour vos naissances latentes :
***A**, noir corset velu des mouches éclatantes*
Qui bombinent autour des puanteurs cruelles,

*Golfes d'ombre ; **E**, candeur des vapeurs et des tentes,*
Lances des glaciers fiers, rois blancs, frissons d'ombelles ;
***I,** pourpres, sang craché, rire des lèvres belles*
Dans la colère ou les ivresses pénitentes ;

***U**, cycles, vibrements divins des mers virides,*
Paix des pâtis semés d'animaux, paix des rides
Que l'alchimie imprime aux grands fronts studieux ;

***O**, suprême Clairon plein des strideurs étranges,*
Silences traversés des Mondes et des Anges :
- O l'Oméga, rayon violet de Ses Yeux ! »

A la manière de ce poète, nous avons donc proposé à chaque patient de donner la couleur qui représentait le mieux chaque voyelle afin de voir si ces lettres évoquaient la même chose pour chaque membre du groupe.

Nous présenterons ces résultats dans le chapitre suivant *(Cf II. Déroulement des séances, 1. Productions des patients, 1.3. Voyelles à la manière d'A. Rimbaud).*

II. Déroulement des séances

1. Productions des patients

Pour introduire l'atelier auprès des patients, les premières séances ont été consacrées au mot « COULEUR » en lui-même et à ce qu'il pouvait faire ressentir chez les différents participants de l'atelier.

Nous leur avons demandé tout d'abord ce qu'ils pensaient des couleurs et quelle était leur couleur favorite. Mme G. dit que *« ça agit sur le caractère, sur l'humeur »* et qu'elle préfère *« le rouge, l'orange et le jaune car ce sont des couleurs joyeuses »*. Pour Mme E., *« elles indiquent où on est. Par exemple, le vert ça indique les saisons »* et elle dit aimer *« le jaune car ce n'est pas une couleur trop forte et ça passe partout »*. Mme S. pense que les couleurs *« nous rendent aimables »* et apprécie particulièrement *« le bleu parce que c'est la couleur du ciel »*. Pour M. H., c'est *« le vert, pour s'habiller »* et il ajoute également *« ma femme, je l'ai connue dans la couleur. J'ai connu la couleur dans mes bras »*.

Nous leur avons ensuite demandé où nous pouvions trouver des couleurs. Les patients nous ont alors répondu que les couleurs étaient dans les jardins, sur la mer, au ciel, en montagne mais aussi à l'intérieur des habitations (tapisseries, tableaux, peintures, télévision…), en ville dans les vitrines des magasins ou chez les fleuristes ainsi que dans les musées.

Expressions avec le mot « couleur » :

Par la suite, nous leur avons proposé de chercher au sein de notre langage, des expressions contenant le mot « couleur ». Voici toutes les expressions que le groupe a pu trouver :

- Un personnage haut en couleurs
- Ne pas en voir la couleur
- Les couleurs de la patrie
- Servir sous les couleurs
- Annoncer la couleur
- Les couleurs de l'arc-en-ciel
- Les couleurs de la vie
- Avoir un langage coloré

- « La couleur pourpre »
- « Couleur café » de Gainsbourg
- Passer par toutes les couleurs
- Il a changé de couleur
- En voir de toutes les couleurs
- Porter les couleurs
- Hisser les couleurs
- Prendre des couleurs
- Une palette de couleurs
- Les couleurs de peau
- Les gens de couleur
- Le monde est fait de toutes les couleurs
- Mettre de la couleur
- De la couleur aux joues
- Couleur du temps, de lune, du ciel
- Couleurs pastel, couleurs vives
- L'harmonie des couleurs
- La couleur du ciel

Proposition de reproductions de tableaux de maître et ressentis :

Enfin, des reproductions de tableaux de maître ont été apportées aux patients et nous leur avons demandé d'en choisir une, d'en faire une description et d'expliquer leurs ressentis vis-à-vis de cette œuvre.

Mme J. choisit une œuvre d'Alfred SISLEY « Le pont de Moret ». Elle en fit la description et nous parla également des couleurs : *« C'est un village avec un ruisseau. Y'a un cheval avec un chariot, un paysan, une église et une maison. Les couleurs sont bleu ciel, vert prairie, un toit rouge et de l'eau marron. La dominante est le bleu »*. Quand nous lui demandions de justifier ce choix, elle répondit *« C'est un paysage gentil, naturel et agréable. C'est familier, accueillant et fabuleux. Nous sommes en famille »*.

Mme D. opta pour un tableau de François CLOUET « Le bain de Diane ». Elle expliqua que la dominante du tableau était le vert mais ne mentionna pas les différents personnages. Elle ajouta *« c'est beau ! »*. Suite à nos sollicitations, elle put imaginer que la scène avait lieu vers seize heures, sur une rivière ou en mer et que cela constituait un moment de détente.

Mme E. choisit une œuvre de Mary CASSAT « Mère et enfant ». *« La mère et l'enfant ça me rappelle quand j'étais petite en Italie. La mère lui fait un bisou »*. Elle ajouta aussi que les couleurs dominantes étaient le blanc et le rose. Ce tableau permit d'établir une

vraie discussion entre les patients, M. H. disant *« Elle est mignonne la petite, j'aime bien »* ou Mme J. expliquant *« c'est un amour, un grand amour, on ne peut pas plus »*. Pour Mme S., cette peinture évoquait *« la mamie avec le beau poupon dans les bras. C'est la gentillesse, l'envie de prendre l'enfant dans ses bras et de lui faire des bisous »*.

Enfin, Mme S. prit une peinture de Berthe MORISOT « La chasse aux papillons ». *« La jeune fille est jaune passé. Elle a une canne pour jouer au golf. J'ai une impression de déjà-vu et j'aimerais retourner à cette période-là. On dirait les vêtements de l'arrière-pays »*. Mme E. intervint en expliquant que cela lui faisait penser à sa jeunesse en Italie, et Mme J. termina en disant *« je suis bien, c'est agréable. On ressent le calme, la détente et la quiétude »*.

Ces premières séances d'introduction à la couleur ont été ponctuées de rires et de bonne humeur. Il s'agissait d'un véritable jeu entre les patients : jeu de mots, jeu de langage, jeu de couleurs… mais aussi un temps plus individuel permettant à chacun de s'exprimer sur des œuvres qui les touchaient personnellement. Tout ceci a permis une bonne entrée en matière dans notre travail à l'atelier.

Présentons donc maintenant les productions de ces patients concernant chaque couleur travaillée :

1.1. Le rouge

Le rouge fut la première couleur étudiée, choisie pratiquement à l'unanimité par tous les patients. Voici ce que le groupe a pu produire sur cette couleur :

♦ **<u>Evocation avec un critère de couleur :</u>**

- du rouge à lèvres	- du vernis rouge
- du rouge aux joues	- des fraises
- des tomates	- des cerises
- de la betterave	- des framboises
- du sang	- de la viande
- du bon vin rouge	- de la grenadine, du sirop de fraises
- le feu, les feux rouges	- le camion de pompiers
- un extincteur	- un stop, un sens interdit
- un ruban rouge	- drapeau rouge
- des roses rouges	- un coquelicot
- des pivoines	- du houx
- le père Noël	- le petit chaperon rouge

- la muleta	- la Croix rouge
- le ruban rouge du Sida	- les coccinelles
- les gendarmes (insectes)	- les poissons rouges
- le rouget	- le grondin
- la poule, la crête du coq	- le perroquet
- le rouge-gorge	- le pull-over rouge
- la groseille	- l'intérieur de la pastèque
- les peaux rouges	- les communistes
- la harissa	- le poivre rouge
- le piment	- le chorizo, le saucisson
- les poivrons	- les oranges sanguines
- une pomme rouge	- le maillot rouge de l'OGCNice
- des tuiles rouges	- le Moulin Rouge
- un rubis	- des bonbons
- les pompons des marins	- un cœur rouge
- la place rouge de Moscou	- le nez rouge du clown
- les Ferrari	- cabines téléphoniques de Londres
- les bus de Londres	- la taillole rouge des militaires

♦ **Différentes nuances :**

- carmin	- flamboyant
- vif	- vermillon
- sang-de-bœuf	- rouge rubis
- rouge grenat	- rouge persan
- rouge andalou	- rouge bordeaux
- rouge corail	- rouge cramoisi
- rouge sang	- rouge lie-de-vin
- magenta	- rouge orangé
- rouge baiser	- rouge coquelicot
- rouge vermeil	- rouge ferrari
- rouge ocre	- rouge garance
- rouge écarlate	- rouge cardinal
- rouge brique	

♦ **Expressions contenant le nom de la couleur :**

- rouge comme un coquelicot	- le gros rouge qui tache
- rouge de colère	- y voir rouge
- être dans le rouge	- passer au rouge
- brûler un feu rouge	- marquer au fer rouge
- marcher au rouge	- le fil rouge
- avoir le nez rouge	- avoir les yeux rouges
- rouge comme une tomate	- mettre du rouge
- un ballon de rouge	- un verre de rouge
- le téléphone rouge	- l'alerte rouge
- le pull-over rouge	- le petit chaperon rouge
- le Rouge et le Noir	- les chœurs de l'armée rouge
- chanson « en rouge et noir »	- souligner en rouge
- les fesses rouges	- appuyer sur le bouton rouge

- être sur liste rouge	- rouge de honte / de plaisir
- rouge comme une écrevisse	- se fâcher tout rouge
- rouge de chaud	- avoir une angine rouge
- une lanterne rouge	- la planète rouge
- le rideau rouge	- un carton rouge
- le label rouge	- avoir les joues rouges
- être tout rouge	- film « Le ballon rouge »

♦ Un repas rouge… :

Voici le menu « rouge » inventé par les patients. Les menus des autres couleurs seront détaillés en annexe *(Cf Annexe III)*.

Apéritif : tomates cerises, chorizo, saucisson. Vermouth, jus de tomates ou sirop de grenadine.

Entrée : poivrons grillés, betteraves, jambon de Bayonne et vin rouge.

Plat : viande rouge (steak tartare, rosbeef, carpaccio), haricots rouges et pates à la bolognaise.

Fromages : Hollande ou Babybel.

Dessert : framboises, cerises, pommes rouges ou fraisier

1.2. Le vert

• Evocation avec un critère de couleur :

- une bouteille de champagne	- de la salade
- du chou	- les arbres, les plantes
- de l'herbe	- les tiges des fleurs et les feuilles
- les trèfles	- les asperges
- les artichauts	- les petits pois
- les poireaux	- les citrons verts
- les haricots verts	- les bananes pas mûres (fruit vert)
- les pommes vertes	- les pastèques
- les courgettes	- les poivrons verts
- les kiwis	- les olives vertes
- les avocats	- les épinards
- le roquefort	- le basilic
- la menthe	- le pistou
- le persil	- la ciboulette
- le laurier	- le sirop de menthe
- le génépi	- l'émeraude
- le jade	- la croix de la pharmacie
- le feu vert	- l'anis
- la mousse	- les feuilles de houx
- les sapins	- le raisin

- les prunes vertes
- le tapis vert des casinos
- les sauterelles
- les crapauds
- les lézards
- les serpents
- Henri IV, le vert-galant
- les blettes
- les yeux verts
- les lacs
- les perroquets verts
- le thym
- les algues
- Babar
- le professeur Tournesol
- le bronze
- les tortues
- les diplodocus
- les caméléons
- les écologistes
- le drapeau vert de la baignade
- le vert-de-gris
- la piste verte au ski
- l'habit vert de l'Académie Française
- la verveine
- le bambou
- les prairies
- les cols verts
- les alpages
- les bouchons de lait écrémé
- les dollars
- une souris verte
- les criquets
- les grenouilles
- les crocodiles
- les petits hommes verts
- les pastilles Valda
- les tomates vertes
- le gazon
- les piverts
- les perruches vertes
- les herbes de Provence
- les bogues
- Peter Pan
- le cuivre oxydé
- la Coulée Verte
- les punaises
- les militaires de l'armée de terre
- la vignette automobile
- les bacs verts de recyclage
- l'espérance
- le Get 27
- le thé vert
- le tilleul
- la chlorophylle
- la verdure
- les prés
- les pâturages
- Palmolive

• Différentes nuances :

- vert prairie
- vert bouteille
- vert pistache
- vert menthe
- vert absinthe
- vert mousse
- vert tilleul
- vert anis
- vert kaki
- vert olive
- vert avocat
- vert chartreuse
- vert gazon
- vert empire
- vert épinard
- vert émeraude
- vert d'eau
- vert canard
- vert jade
- vert printemps
- vert sapin
- vert espérance
- vert pomme
- vert amande
- vert perroquet
- vert de gris
- vert malachite
- vert anglais
- verdâtre

• Expressions contenant le nom de la couleur :

- vert de peur / de rage / de jalousie	- faire voir des vertes et des pas mûres
- se mettre au vert	- les petits hommes verts
- le rayon vert	- avoir la main verte
- être encore vert	- donner le feu vert
- les verts pâturages	- « Qu'elle était verte ma vallée »
- « la Ligne Verte »	- « Un beignet de tomates vertes »
- un fruit vert	- une volée de bois vert
- une verte réprimande	- une coulée verte
- passer au vert	- « Allez les verts » de Saint-Etienne
- avoir un langage vert	- avoir le nombril vert
- les pousses vertes	- le green au golf
- la ceinture verte	- Feu Vert
- Gamme Vert	- Géant Vert
- les vertes années	- les yeux verts des vipères
- les espaces verts	- les déchets verts
- un numéro vert	- la maison verte

Les travaux d'évocation réalisés pour le bleu, le jaune, le blanc, l'orange, le rose et le noir sont détaillés en annexes. *(Cf Annexe I)*

Toute cette recherche autour des couleurs montre à quel point l'univers des patients Alzheimer reste riche et qu'il suffit de les solliciter pour qu'ils puissent le partager. Au fur et à mesure des séances, nous nous sommes souvent étonnée des réponses que pouvaient produire ces patients mais aussi des souvenirs que cela pouvait faire naître en eux. Nous avons donc voyagé au gré des mémoires, du Maroc de l'enfance de Mme G., à l'atelier de tailleur de M. H., en passant par les paysages verdoyants de Mmes J. et D. Grâce à ce thème, c'est un peu de leur vie passée que nous avons pu tous partager, tout ceci faisant naître la discussion au sein de l'atelier.

1.3. Voyelles à la manière d'A. Rimbaud

En lien avec l'explication présentée ci-dessus et à la manière d'Arthur RIMBAUD qui à chaque voyelle associait une couleur, nous avons demandé à chaque patient quelle était, selon eux, la couleur qui désignait le mieux chacune de nos voyelles.

Rappelons l'association établie par A. RIMBAUD :

- **A :** noir
- **E :** blanc
- **I :** rouge

- **U :** vert
- **O :** bleu

Pour nos patients, le choix diffère quelque peu.

Mme S. voit le A arc-en-ciel, le I indigo, le U orange, et ne se prononce pas pour le E et le O.
Pour Mme V., le A est bleu, le E et le I sont tous les deux rouges, le O est jaune et le U ne lui inspire aucune couleur.
M. H. trouve que le A et le U sont plutôt rouges, le E, le I et le O lui apparaissent tous les trois jaunes.
Mme D., elle, considère le A comme vert, le E rouge, le I et le U bleus et le O orange.
Pour Mme E., le A et le O sont verts, le E orange et le I et le U jaunes.
Mme J. associe le A et le U au bleu, le E au orange, le I à la couleur mandarine et le O à la couleur moutarde.
Quant à Mme G., elle considère que le A est blanc, le E orange, le I bleu, le U vert et le O prune.

Un tel exercice n'a pas forcément été facile à réaliser par ces patients. Il leur était parfois difficile d'évoquer certaines couleurs, d'associer la lettre à la couleur qui leur convenait le plus et de trouver une réponse différente. De plus, le manque du mot et le trouble d'évocation que l'on pouvait observer chez certains patients, provoquaient des réponses identiques d'un sujet à l'autre. Il était donc souvent nécessaire de reprendre les patients, afin qu'ils ne calquent pas leurs réponses sur celles des autres.

Malgré tout, on remarque que cet exercice est plus facile pour certains que pour d'autres. M. H., par exemple, pourtant tailleur de métier et pour lequel nous pouvons supposer une grande connaissance des couleurs, n'a pu citer que deux couleurs différentes pour caractériser les cinq voyelles.

A l'inverse, d'autres font preuve de davantage d'imagination notamment avec « le A arc-en-ciel » de Mme S. ou « le I mandarine » et « le O moutarde » de Mme J.

Cette activité aura cependant permis d'établir un débat, de provoquer un échange entre les patients (patients-soignants mais aussi patients-patients) et de discuter sur les couleurs et la vie en général.

1.4. Symbolique des couleurs et émotions

Lors d'une séance, nous avons demandé aux patients ce que différentes couleurs (jaune, rouge, vert, bleu et noir) évoquaient chez eux, afin d'observer si leur perception des couleurs et leurs ressentis vis-à-vis d'elles se rapprochaient de la pensée commune. Nous avons regroupé leurs réponses sous forme de tableau :

	Jaune	**Rouge**	**Vert**	**Bleu**	**Noir**
Mme S.	« la chaleur des flammes, le printemps »	« C'est tout ce qu'il y a autour du jaune, c'est la jeunesse »	« Mettre de l'ordre »	« La joie de vivre »	« Une couleur que tout le monde n'apprécie pas »
Mme V.	« Le soleil »	« La colère »	« L'espérance »	« La joie »	« J'aime pas le noir ! »
M. H.	« Rien du tout, je vois du jaune »	« Je vois rouge, c'est une belle couleur »	« On peut l'associer à d'autres couleurs, au bleu, au jaune… »	« La veste de ma femme, le travail… »	
Mme D.	« On est contents »	« C'est beau »	« C'est quelque chose qui est beau, c'est la campagne comme chez nous »	« Il est bien parce que nous l'aimons. Il fait beau. »	« Que c'est beau ! »
Mme E.	« La jeunesse. Quand on est jeune, on ne pense pas. »	« L'amour »	« L'espérance »	« Le ciel »	« La tristesse »
Mme G.	« C'est joyeux, c'est printanier. Pour moi c'est les nouvelles fleurs du printemps. C'est de la	« C'est la force, des émotions fortes comme un amour violent »	« C'est une couleur qui apaise, c'est la liberté, l'évasion. »	« La paix, le calme »	« Le noir ça me laisse perplexe. Le noir c'est attaché très souvent à la tristesse, à la dépression, mais c'est aussi

	gaieté, c'est le soleil. C'est une couleur agréable, apaisante et joyeuse en même temps. Rien qu'en regardant le soleil, on a l'impression que ça nous réchauffe. Ça donne de la chaleur au cœur. »				l'élégance. »

Il est à noter que nous n'avons pu recueillir les sentiments de Mme J. sur les couleurs, celle-ci ayant refusé de participer à la séance.

On remarque donc que, de manière générale, la symbolique des couleurs est la même pour ces patients et pour des individus lambda. Seuls Mme D. et M. H. ont présenté des difficultés pour réaliser cet exercice, ayant du mal à se projeter et à exprimer leurs ressentis personnels.

1.5. Discussion et ressentis autour de reproductions de tableaux de maîtres

Afin de compléter le travail présenté ci-dessus et en lien avec une séance réalisée au commencement de l'atelier, nous avons proposé aux patients diverses reproductions de tableaux de maîtres afin d'en discuter, de les décrire et d'évoquer les sentiments que ces œuvres pouvaient faire naître. Chaque patient devait en sélectionner une et nous expliquer son choix ainsi que ce qu'il ressentait en admirant ce tableau.

Choisir un tableau particulier fut pour certains difficile, et ce choix s'effectua après une observation minutieuse.

Mme D. choisit un tableau de Paul SIGNAC intitulé « Le palais des papes à Avignon ». Quand nous lui demandions pourquoi elle avait choisi cette peinture pointilliste et

composée de plusieurs couleurs, elle nous répondit simplement *« parce qu'elle est belle ».* L'évocation et le langage spontané étant difficile pour elle, elle eut besoin d'aide pour expliquer son choix. Ainsi, grâce à nos questions, elle réussit à nous dire qu'elle avait choisi ce tableau pour ses couleurs. Face à celui-ci, elle ressentait du calme et nous dit *« on est bien ».*

Mme G. choisit un tableau de Paul GAUGUIN, « Nature morte à la mandoline ». Très prolixe, Mme G. nous expliqua les raisons de ce choix : *« je pense que ce sont les teintes. Ce sont des teintes qui ne sont pas violentes et elles s'harmonisent bien entre elles. Quand j'étais adolescente, je faisais de la danse classique. Ça me rappelle l'amplitude des tutus et les tons, car les tulles ça ne vieillit pas bien. Ce sont des souvenirs bien précis. ».* A la question « que ressentez-vous face à ce tableau ? », elle répondit qu'elle éprouvait du calme et de la douceur.

Mme S. opta pour une peinture d'Armand GUILLAUMIN, « Un chemin creux, avec effets de neige ». Quand nous lui demandions pourquoi elle avait choisi ce tableau, elle commença par nous décrire la scène : *« c'est un tableau qui représente un lieu avec une personne au pied d'un arbre. Elle nous tourne le dos. Elle regarde le paysage qui est en-dessous. ».* Concernant son ressenti face à cette œuvre, elle nous dit : *« je me sens inférieure. Ce n'est pas bien de choisir ce tableau. »* et elle ajouta : *« j'ai l'impression de l'avoir vue ailleurs que là. ».* Après une petite discussion sur l'œuvre avec l'ensemble des patients afin d'avoir leurs avis, elle termina en disant *« en la regardant bien, je l'accepte. Je trouve des choses que je n'avais pas vues avant comme le ciel qui est de plusieurs couleurs. ».* La fiche explicative située au dos de la reproduction mettait en avant les volontés du peintre en réalisant ce tableau : il souhaitait peindre un véritable paysage de lamentation et de mélancolie, afin d'exprimer la solitude du personnage de dos qui semble errer sans but. On comprend donc bien le ressenti de Mme S. qui, sans forcément y mettre les mots, put cependant éprouver ce mal-être exprimé par le peintre et le dire par « ce n'est pas bien de choisir ce tableau ».

Mme J. sélectionna une œuvre de Paul CEZANNE, « Nature morte au rideau ». Tout comme Mme S., elle commença par nous faire une description : *« c'est une table, la présentation d'une table avec une nappe… avec des fruits dessus : des pommes rouges, des citrons. Y'a un pot, je ne sais pas si c'est de l'eau ou du lait. Là c'est un rideau, il y a des feuilles vertes, jaunes. La table est en couleurs, il y a un peu d'orange. ».* Expliquer

son ressenti fut plus difficile car elle se heurta à un manque du mot qui la bloqua, et il fallut plusieurs questions pour l'aider à le retrouver : *« je suis comme dans un théâtre… sur une scène… c'est une mise en scène. Je me sens bien, je trouve que c'est merveilleux, c'est beau à voir. »*. Elle ponctua sa phrase de gestes et de sourires donnant encore plus de poids à son explication.

Mme E. retint le tableau de Claude MONET, « La pie ». Elle d'habitude si discrète nous livra quand même son avis : *« Moi j'aime le bleu, le bleu ciel, le blanc et les nuages »*. Quand nous lui demandions ce qu'elle éprouvait face à cette œuvre, elle répéta son explication : *« j'aime beaucoup le bleu et là il y a beaucoup de bleu. Ça me fait du bien. »*. Suite à nos questions, elle ajouta qu'elle aimerait bien avoir ce tableau chez elle et nous dit qu'elle apprécierait de le placer dans son entrée. Ce à quoi Mme G. ajouta : *« avoir des tableaux chez soi, ça marque notre personnalité. Tout ce qui touche à la décoration, ça parle de vous, de votre vie. »*.

M. H. choisit une peinture d'Alfred SISLEY, « La barque pendant l'inondation ». Alors qu'il s'exprime peu souvent au sein de notre atelier, cette activité fit remonter chez lui quelques souvenirs : *« mon père était dans la marine. Il a fait la guerre et il a été blessé. Il y a des gens, là. C'est un type, il est chef. »*. A la question « comment trouvez-vous ce tableau ? », il répondit : *« Assez gai. C'est un beau tableau pour moi »*. Alors que le sujet premier était l'inondation d'un village, l'œuvre rappela à M. H. le travail de son père et donc changea son ressenti. D'un sujet plutôt triste, il passa à une émotion joyeuse car le tableau évoquait chez lui des souvenirs heureux. On remarque alors très bien la subjectivité et la richesse des émotions ressenties par chacun face à une œuvre.

Enfin, Mme V. prit un tableau de Camille COROT « Florence : une vue des jardins Boboli ». Lorsque nous lui demandions pourquoi, elle nous répondit : *« il représente tout ce que j'aime. On voit un bel arbre, là y'a un toit. C'est le toit d'un château non ? »*, tout en pointant les différents éléments du tableau. Elle expliqua aussi qu'elle ressentait de l'apaisement face à cette œuvre et que selon elle, la scène se déroulait aux alentours de midi.

On remarque à travers ces différents récits l'impact bénéfique que l'art peut avoir sur ces patients et la richesse de leurs réponses. Le choix d'un tableau n'est jamais anodin et renvoie à des souvenirs propres, des goûts personnels ou des ressentis particuliers.

Après avoir discuté autour de ces tableaux, nous leur avons demandé ce que représentait l'art pour eux, ce qu'ils en attendaient en allant visiter un musée. Mme G. nous dit que *« l'art c'est comme l'amour. On a des coups de foudre, des amours violents et des œuvres qui nous ramènent à la réalité de la vie. Quand un tableau arrive à faire sortir des choses internes, il a fait son boulot. On peut sentir les états d'âme du peintre. »*. Comment ne pas être étonné par une telle réponse et un tel constat ?

Mme V. ajouta cependant que *« tout ça n'est que subjectif »* et que *« chacun y trouve une propre image »*. Pour Mme J., ce sont *« des souvenirs qui reviennent »* et Mme S. déclare *« je pense que c'est merveilleux et qu'il faut savoir l'interpréter surtout. Il faut se pencher sur le passé et surtout sur la personne qui a réalisé le tableau »*.

Concernant les couleurs, Mme G. déclara qu'avec elles *« les mouvements, l'ambiance, s'imprègnent davantage. Pour moi ça me fait aimer ou détester un tableau. C'est ce qui attire »*. Mme J. termina la séance en concluant : *« la peinture nous fait parler »*.

On voit par cette séance toute la richesse des productions des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade modéré à sévère lorsqu'ils sont sollicités par ce thème de l'art et des couleurs. Comme une sorte de rituel, cette séance rappelant l'une des premières effectuées au début de notre atelier, a permis de clore notre travail de l'année.

Tous les patients sans exception ont pu participer, chacun donnant son avis et pouvant exprimer des souvenirs jusque-là occultés. En tant que témoins, cette séance a également été plus qu'intéressante. Nous sommes à chaque fois étonnés par ce que peut évoquer un patient d'une séance à l'autre. Nous ne pouvons jamais savoir comment ces individus vont réagir et souvent nous avons de belles surprises : entendre Mme E. donner son avis, écouter M. H. parler de son père et de son enfance, observer Mme G. philosophant sur l'art… Tout cela nous montre un peu plus que, malgré la maladie qui progresse de jour en jour, des capacités restent préservées et qu'elles ne demandent qu'à être sollicitées. C'est à nous, orthophonistes, d'aller chercher le malade où il se trouve et de lui permettre de réaliser certaines choses dans la mesure de ses capacités. Cela permet d'avoir une vision plus positive du patient et de se rappeler que, en dépit de la maladie, il reste avant tout un individu à part entière.

2. Analyse de trois patients en particulier

Nous venons donc de voir les productions communes des patients. Intéressons-nous maintenant à trois patients en particulier, afin d'étudier leur communication au sein de l'atelier. Nous avons choisi pour cela d'utiliser la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) établie par Thierry ROUSSEAU, docteur en psychologie et orthophoniste, permettant une analyse pragmatique, à la fois qualitative et quantitative, des actes de langage verbaux et non-verbaux. Nous avons également utilisé un récit à partir d'une image tirée de l'EFCL, le test de dénomination orale DO80 ainsi qu'un test de fluence verbale.

2.1. Analyse de trois patients

Nous avons choisi de nous intéresser à Mme G., Mme J. et Mme D., trois patientes bien différentes, afin d'évaluer leurs capacités de communication. Grâce au DO80, au récit d'une image tirée de l'EFCL, au test de fluence verbale et en nous inspirant de la grille de T. ROUSSEAU, voici ce que nous observons :

2.1.1. Mme G.

Mme G. était la patiente la plus prolixe de l'atelier. Bien que réservée au départ, elle s'est épanouie au sein du groupe et participait avec plaisir. Ayant toujours un commentaire à faire ou une anecdote à raconter, c'est elle qui trouva le plus d'éléments lors de nos travaux d'évocation et il était même parfois nécessaire de la freiner afin de laisser de la place aux autres patients du groupe.

Les couleurs furent un bon moyen pour elle d'évoquer sa vie passée et ses goûts personnels. Elle participait toujours activement aux différents débats que nos séances pouvaient amener. Elle nous raconta par exemple que dans sa jeunesse, elle ne portait que très peu de couleurs. Pour elle, le fait de mettre des couleurs dans sa garde-robe (et plus globalement dans sa vie), dépendait des humeurs, de l'ambiance, des différentes périodes de la vie.

Née au Maroc lorsque ce territoire était encore français, l'évocation de certains aliments lui permit de nous expliquer différentes recettes typiquement Pied-Noir. Ainsi, elle nous

mit l'eau à la bouche en nous parlant de la « frita », plat à base de poivrons et de tomates, mais aussi de « soubressade », saucisson venu des Baléares, ou encore de « tramoussos », petits lupins (graines) dégustés à l'apéritif. La création de menus colorés l'a d'ailleurs beaucoup inspirée et elle nous demanda à plusieurs reprises de les réaliser à l'accueil de jour.

Résultats au DO80 :

Mme G. obtient le score maximal au DO 80 ce qui montre que son stock lexical et l'accès à ce stock sont corrects. Il n'y a donc pas de manque du mot évident chez cette patiente.

Récit d'une image tirée de l'EFCL :

Lors du récit d'une scène imagée, Mme G. nous dit : *« Je vois une jeune dame blonde qui a fait des achats chez le charcutier, une dame brune avec un tailleur lavande qui achète des choses à la charcuterie et un enfant qui tient un panier de commission. La charcutière a un beau sourire et le charcutier coupe son rôti en tranches. Une dame sort avec son caddie ».*

En se référant à la cotation de l'EFCL, Mme G. obtient un score de 6/6 car son récit comporte tous les éléments attendus : lieu, personnages, actions, détails et analyse globale de la situation y sont bien retrouvés.

Lieu (boucherie, magasin…)	1**/1**
Personnages (refuser « gens », « ils »…)	1**/1**
Actions	1**/1**
Eléments de détails (énumérations, couleurs…)	1**/1**
Analyse globale de la situation	2**/2**
Total :	6**/6**

Test de fluence verbale :

Critère :	Score obtenu :	Moyenne :	Répétitions :
Lettre « P »	17	23,78 ± 8,35	5
Lettre « R »	14	21,14 ± 7,16	5
Animaux	15	32,64 ± 7,90	4

On remarque que Mme G. se situe dans la moyenne basse concernant les critères « P » et « R ». Le critère « animaux » est cependant moins bien réussi. On note également beaucoup de répétitions d'items, ce qui met en avant quelques oublis à mesure.

Grille d'Evaluation des Capacités de Communication :

Observons les capacités de communication de Mme G. à travers la grille de T. ROUSSEAU, et grâce aux méthodes d'analyse détaillées en annexe *(Cf Annexe IV)* :

- **Actes de langage verbaux :**

Questions :

Concernant les questions, on trouve dans le langage de Mme G. :

- des questions fermées

- des questions de permission comme *« je peux avoir un café ? »*

- des questions ouvertes, dites « Wh », servant souvent à demander des informations : *« quel jour sommes-nous ? »* ou à adresser une demande à l'interlocuteur afin qu'il répète ce qu'il vient de dire : *« qu'est-ce que tu as dit ? »*

- quelques questions dites rhétoriques, surtout lorsque Mme G. évoque des recettes personnelles de cuisine : *« tu comprends ? »*.

Réponses :

On trouve :

- des réponses oui/non

- des réponses « Wh »

Ces deux types de réponses servent à confirmer ou nier l'information donnée et à ajouter des détails supplémentaires.

Actes de description :

Mme G. évoquant souvent beaucoup de souvenirs, on trouve dans son récit

- des actes de description d'événements : ils servent à décrire un moment, une action ou une démarche *(« quand j'étais ado, je faisais de la danse classique, ça me rappelle l'amplitude des tutus et leurs tons… »).*

- des actes de description de propriété : ils permettent de décrire les traits observables d'objets ou de situations *(« les lupins ce sont de petites graines que l'on mange à l'apéritif, c'est de cette taille-là* [fait le geste] *et c'est un peu beige »).*

Actes d'affirmation :

- actes d'affirmations de règles : lorsqu'elle évoque des recettes de cuisine

- des actes d'affirmations sur son état interne : *« je suis fatiguée »*

- des actes d'affirmations d'explications : ils servent à rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action : *« avant je ne portais jamais de couleurs car cela dépend des moments de la vie. Maintenant je n'ai plus peur d'en mettre »*.

Mécanismes conversationnels :

- quelques mécanismes conversationnels d'appel de type : *« dis-moi… »* avant de commencer une phrase.

- humour et blagues : on citera ici l'exemple d'une séance où Mme V. fut prise de quintes de toux. Mme G. lui répéta à plusieurs reprises : *« c'est parce que tu fumes trop !!! »*. Elle peut être taquine et interpeller l'orthophoniste en lui disant : *« dis donc, tu es bien joyeuse aujourd'hui ! »*.

On ne note aucun acte inadéquat dans son langage verbal.

- **Actes de langage non-verbaux :**

Gestes :

On retrouve peu de gestes accompagnant le discours de Mme G :

- quelques gestes à fonction communicationnelle : ils font référence à la situation ou aux interlocuteurs. Dans notre exemple, ce geste avait une valeur conative c'est-à-dire qu'il s'adresse au récepteur en lui signifiant quelque chose : *« il faudra nous faire lire ton mémoire en premier »* accompagné d'un geste de l'index.

Expressions faciales :

- surtout des moues dubitatives ou des expressions de surprise

Regards :

Le regard est toujours bien adapté :

- bon contact visuel

- regard soutenu vers l'interlocuteur

- bonne expressivité

Silences :

Son discours est ponctué de silences afin de mieux préparer ce qu'elle a à dire, ainsi que de pauses signifiant l'interaction avec l'autre : elle donne en fait son tour de parole à l'interlocuteur.

- **Adéquation / Inadéquation :**

- bonne cohésion grammaticale et lexicale

- bon feed-back à l'interlocuteur et à la situation

- le thème général est toujours suivi

- progression rhématique possible : elle est capable de fournir de nouvelles informations dans son discours

Voici d'ailleurs ce qu'elle put fournir concernant les différentes couleurs travaillées lors de l'atelier :

Sur le jaune, Mme G. nous dit que *« c'est joyeux, c'est printanier. Pour moi c'est les nouvelles fleurs du printemps. C'est de la gaieté, c'est le soleil. C'est une couleur agréable, apaisante et joyeuse en même temps. Rien qu'en regardant le soleil, on a l'impression que ça nous réchauffe. Ça donne de la chaleur au cœur. »*. Le rouge était pour elle associé à des émotions fortes comme par exemple un amour violent. Elle nous dit également que le rouge *« c'est la force »*. Le vert était *« une couleur qui apaise, qui fait penser à la liberté et l'évasion »* et le bleu *« la paix et le calme »*. Le noir, quant à lui, la laissait perplexe : *« c'est attaché très souvent à la tristesse, à la dépression. Mais c'est aussi l'élégance »*. Elle attribua le bleu clair à la mélancolie ; l'orange vif à la joie ; le jaune clair à la douceur, le marron à l'énervement et, après que nous avons parlé de différents peintres et de leurs couleurs de prédilection, elle termina la séance en concluant *« on a palabré pictural ! »*.

On remarque donc que Mme G. fait preuve de bonnes capacités communicationnelles qui font d'elle le véritable leader du groupe et qui apportent une grande richesse à ses réponses.

2.1.2. Mme J.

Mme J. était la patiente la plus difficile à convaincre de participer à notre atelier. Arrivant toujours très tôt le matin, elle s'installait dans les fauteuils du salon en attendant que tous les patients arrivent et que les activités se mettent en place. Une fois assise dans ces fauteuils confortables, et entourée de ses amies avec qui discuter, il était alors pratiquement impossible de l'en déloger pour l'amener dans la salle d'atelier. A chaque proposition, et aux différents soignants venus la solliciter, elle répondait qu'elle « n'avait le goût de rien aujourd'hui » et qu'elle ne viendrait donc pas. Différentes stratégies furent mises en place pour essayer de la faire changer d'avis : laisser s'écouler quelques minutes

avant de la solliciter à nouveau, demander à un autre soignant de lui proposer l'activité, mettre en avant divers arguments, lui demander son aide pour l'atelier… mais aucune de ces stratégies ne fonctionnait vraiment. Il fallut souvent lui rappeler qu'elle était dans un accueil de jour où diverses activités étaient proposées, que celles-ci étaient utiles pour travailler la mémoire et qu'elle bénéficiait d'une grande chance de faire partie de cette institution. Cette réalité permit donc souvent la présence de Mme J. à l'atelier qui, quelques minutes plus tard, ne se souvenait plus de ce qui s'était passé auparavant, et prenait beaucoup de plaisir à participer à cette activité.

Etudions donc les capacités communicationnelles de Mme J.

Résultats au DO80 :

Mme J. obtient un score de 60/80 ce qui la situe en-dessous du seuil de normalité qui est de 73.

Dans ses erreurs, on trouve 6 réponses par l'usage : « c'est pour nettoyer » pour « aspirateur », « c'est pour faire la guerre » pour « bombe », « ça donne la direction » pour « flèche »… etc, mais aussi des co-hyponymes : « souris » pour « écureuil », « tigre » pour « lion », « limace » pour « escargot », « banc » pour « tabouret »...

On trouve aussi une paraphasie verbale : « casque » pour « masque » ainsi que de nombreux « je ne sais plus » tout au long de l'épreuve.

Récit d'une image tirée de l'EFCL :

Lors du récit d'une scène imagée, Mme J. nous dit : *« C'est un commerce, une boucherie, une charcuterie. Le boucher sert de la viande à une dame. La commerçante donne le total que la dame a acheté. Une dame a terminé son achat, elle s'en va. Une dame va payer avec le petit qui a les achats dans le panier »*.

Elle obtient donc un score de 5/6. Son récit est plutôt correct dans l'ensemble même s'il manque de détails et d'éléments descriptifs.

Lieu (boucherie, magasin…)	1**/1**
Personnages (refuser « gens », « ils »…)	1**/1**
Actions	1**/1**
Eléments de détails (énumérations, couleurs…)	0**/1**
Analyse globale de la situation	2**/2**
Total :	**5/6**

Test de fluence verbale :

Critère :	Score obtenu :	Moyenne :	Répétitions :
Lettre « P »	12	23,78 ± 8,35	0
Lettre « R »	7	21,14 ± 7,16	2
Animaux	8	32,64 ± 7,90	1 + 1 logatome

Ce test de fluence verbale met donc bien en évidence les difficultés langagières de Mme J. Faisant facilement illusion, ce test permet de voir qu'elle présente malgré tout un manque du mot mais aussi des difficultés concernant sa mémoire de travail et sa mémoire sémantique.

Grille d'Evaluation des Capacités de Communication :

- **Actes de langage verbaux :**

Questions :

Les questions posées par Mme J. sont souvent des questions concernant le comportement à adopter :

- des questions fermées du type : *« est-ce que je dois découper autour ? »*

- des questions ouvertes : *« qu'est-ce qu'elle a dit ? »* ou *« quel jour on est aujourd'hui ? »*

- quelques questions rhétoriques : par exemple, lorsqu'elle nous explique pourquoi elle ne veut pas venir à l'atelier : *« tu comprends, ma chérie ? »*.

Réponses :

- des réponses de type oui/non

- des réponses dites « Wh » : quand elle évoque des éléments d'une certaine couleur et qu'elle y ajoute des souvenirs. C'est ainsi que, lors de notre travail sur le vert, elle cita le « thym » et expliqua que son père en cultivait dans son jardin et que sa mère aimait en mettre dans les plats.

- des réponses de qualification : ce sont des énoncés clarifiant, qualifiant ou modifiant le contenu du message : *« je n'ai le goût de rien aujourd'hui. Je l'ai dit à ma fille ce matin et donc elle m'a dit de venir et de faire comme je pouvais »*.

Actes de description :

- actes de description d'événements, de propriété et de localisation : par exemple lorsqu'elle décrivait la reproduction de tableau de maître qu'elle avait choisie : *« c'est une table, la présentation d'une table avec une nappe… avec des fruits dessus : des pommes rouges, des citrons […] là c'est un rideau… »*.

Actes d'affirmation :

- actes d'affirmation d'un état interne : avec son fameux *« je n'ai le goût de rien aujourd'hui »*

- actes d'affirmation d'attribution : elle peut donner son avis sur les autres patients du groupe : *« ça ne l'intéresse pas »*, *« il n'est pas bien »*…

On remarque qu'elle n'utilise pas de mécanismes conversationnels et qu'il n'y a pas de néologismes ou de paraphasies sémantiques mais un manque du mot qui peut parfois la bloquer dans son discours.

❖ **Actes de langage non-verbaux :**

Gestes :

Beaucoup de gestes accompagnent le langage de Mme J. :

- des gestes à fonction référentielle : ils illustrent le discours verbal. La concernant, il s'agit de gestes mimétiques (« la pie a un long bec très fin » où elle mime le bec) et déictiques (elle pointe sur le tableau les différents éléments dont elle parle).

- des gestes à fonction communicationnelle : ils ont une valeur expressive ou émotive : elle serre ses mains contre elle lorsqu'elle parle de sa fille ou du fait qu'elle se sente bien à l'accueil de jour.

- des gestes à fonction métalinguistique avec une fonction de redondance : elle accompagne ses réponses oui/non d'un signe de tête.

Expressions faciales :

Mme J. fait preuve de nombreuses expressions faciales donnant plus de poids à son discours :

- des moues dubitatives lorsqu'elle n'est pas convaincue par certaines réponses

- des expressions de joie quand elle évoque sa fille

- des expressions de nostalgie lorsqu'elle parle de son mari

- des expressions de concentration quand elle doit faire un choix

Regard :

Elle peut adapter son regard pour établir un contact visuel et fait preuve de mobilité du regard, c'est-à-dire que celui-ci s'oriente vers une certaine direction pour synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale. Son regard est aussi très expressif, lui permettant de transmettre beaucoup d'émotions.

Silences :

Les pauses sont plutôt rares dans son discours mais elle est capable de faire des silences signifiant l'interaction afin d'inviter l'interlocuteur à prendre la parole.

- **Adéquation / Inadéquation :**

On note une bonne adéquation du discours de Mme J. avec :

- une bonne cohésion grammaticale et lexicale

- un bon feed-back à l'interlocuteur

- une continuité thématique possible

- une progression rhématique correcte

Cependant, le feed-back à la situation est parfois compliqué : elle a tendance à répéter plusieurs fois ses explications et à partir dans des monologues qui ne sont pas en lien avec le thème. Il est donc nécessaire dans ces moments-là de la recadrer. Mme J. est dans la relation et ne fait pas preuve de contradiction dans son langage.

2.1.3. Mme D.

Mme D. faisait partie des patients que l'on entendait le moins lors des séances. Toujours volontaire pour venir, il semblait cependant difficile pour elle de comprendre le fonctionnement de l'atelier et de pouvoir y participer activement.

Malgré tout, elle restait toujours dans l'écoute attentive et semblait parfois ne pas oser donner une réponse qu'elle possédait pourtant. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, nous l'avons entendue murmurer la réponse que tout le monde cherchait.

Lors des séances de réalisation de collages, il lui était impossible de découper les éléments trouvés à cause de l'importance de ses problèmes praxiques. Afin qu'elle ne reste pas inactive, nous lui avons proposé de s'occuper du tri des papiers à jeter. Munie d'un grand sac poubelle, c'est à elle que chaque patient donnait les morceaux à jeter afin de désencombrer la table d'objets inutiles. Même si cette activité peut sembler assez

ingrate, il était important de lui attribuer une tâche afin qu'elle soit incluse dans l'atelier et qu'elle puisse avoir son propre rôle à jouer.

Adorant chanter et fredonner, c'est souvent par ce biais là que l'on pouvait entendre Mme D. Par exemple, lorsque nous travaillions sur le bleu, c'est elle qui entama la mélodie de « La Java Bleue » reprise en chœur par tous les autres patients. D'une grande sensibilité, elle fut également émue aux larmes à l'écoute de la chanson de Nolwenn Leroy « Bleu ».

Malgré son peu de participation verbale à l'atelier, analysons ses capacités communicationnelles :

Résultats au DO80 :

L'épreuve de dénomination orale d'images fut impossible à réaliser, Mme D. ne dénommant correctement aucune image. Elle se prêta néanmoins au test, sans s'opposer. On note dans ses productions de nombreuses persévérations : « c'est un chat », « c'est un rond » revinrent souvent dans ses réponses. On remarque également la présence de nombreux néologismes : « soinon » pour « lit », « chuffe » pour « téléphone », « leu » pour « grillage »… etc.

Lors de la passation, Mme D. semble perdue, recherchant sans cesse le regard de l'autre pour approbation et soulignant davantage par cela ses difficultés de compréhension.

Récit d'une image tirée de l'EFCL :

Tout comme le DO 80, le récit d'une scène imagée fut très compliqué pour Mme D. Elle ne put décrire spontanément les actions représentées sur l'image et il fut nécessaire de la guider, en lui posant différentes questions, afin d'obtenir des réponses.

A la question « que voyez-vous sur cette image ? », elle répondit *« les sous, le jambon »* et à la question « que font-ils ? », elle nous dit *« un petit-déjeuner »*. Quand nous lui demandions où se passait cette scène, elle répondit rapidement et sans regarder l'image *« à Bonifacio »*, citant par-là la ville de son enfance. On remarque donc à quel point la compréhension peut être altérée mais également à quel point le manque du mot est important chez cette patiente. En effet, lors de ses réponses, elle semblait vouloir dire

quelque chose mais ne trouvait pas le mot approprié, soupirait, murmurait *« non ce n'est pas ça »* avant de se résigner et de dire *« je ne sais pas »*.

Test de fluence verbale :

Critère :	Score obtenu :	Moyenne :	Répétitions :
Lettre « P »	1	23,78 ± 8,35	0
Lettre « R »	1	21,14 ± 7,16	0
Animaux	6	32,64 ± 7,90	0

Compte tenu de cet important manque du mot, le test de fluence verbale fut bien sûr échoué surtout concernant la fluence verbale lexicale avec les critères « P » et « R », où elle ne donna qu'une seule bonne réponse à chaque fois. Le critère des animaux fut un peu mieux réussi, elle put donner six bonnes réponses différentes. Il était important de lui rappeler la consigne au fur et à mesure de l'épreuve. Nous lui avons aussi donné certains indices afin de voir si cela pouvait l'aider dans ses réponses (par exemple : « cherchez des animaux que l'on trouve à la maison, à la ferme… »). Il semblerait que l'indiçage soit bénéfique pour elle, puisque le nombre de réponses correctes est plus élevé dans ce domaine.

Grille d'Evaluation des Capacités de Communication :

- **Actes de langage verbaux :**

Questions :

On ne relève que peu de questions oui/non (du type : *« où on va ? »* ou *« je le mets dedans ? »* lorsqu'elle devait jeter un papier à la poubelle). Il n'y a pas de questions « Wh » ni de questions rhétoriques.

Réponses :

- elle est capable de répondre par oui ou par non, mais elle ne donne jamais plus d'informations

- les réponses « Wh » sont difficiles comme nous le montrent ses différentes productions à l'atelier : lorsque nous lui demandions ce que le jaune évoquait pour elle, elle nous dit *« on est contents »* ; le rouge *« c'est beau »* ; le vert *« c'est quelque chose qui est beau, c'est la campagne, comme chez nous »* et le bleu *« il est bien parce que nous l'aimons. Il fait beau »*. Seul le vert put faire émerger une réminiscence, cette couleur lui rappelant les paysages de son enfance.

Actes de description :

On ne note aucune description dans son discours.

Actes d'affirmation et mécanismes conversationnels :

Il n'y a pas non plus d'affirmations ou de mécanismes conversationnels. Elle reste cependant parfois capable de donner quelques ordres, comme ce jour où M. H. voulait quitter l'atelier et où Mme D. lui dit : *« restez avec nous ! »*.

- **Actes de langage non-verbaux :**

Gestes :

Les gestes retrouvés dans l'attitude de Mme D. sont :

- des gestes à fonction communicationnelle : ils ont une valeur expressive ou émotive (elle porte les mains à sa poitrine en entendant la chanson de N. Leroy) et une valeur phatique (elle peut poser la main sur le bras de l'interlocuteur en souriant).

Expressions faciales :

Quelques expressions faciales sont relevées, comme des sourires polis ou des froncements de sourcils quand elle ne comprend pas ou ne trouve pas ses mots.

Regards :

Le regard est cependant toujours bien adapté afin d'établir un contact visuel avec autrui, lorsqu'on s'adresse à elle ou lorsqu'elle cherche à nous répondre.

Silences :

On ne note aucune pause favorisant l'échange.

Elle utilise beaucoup les silences, peut-être parce qu'elle ne peut pas dire ce qu'elle veut, ou peut-être car elle évoque une situation, un souvenir bien précis pour elle.

- **Adéquation / Inadéquation :**

Il est difficile de juger de la cohésion grammaticale et lexicale de Mme D. car elle ne s'exprime que très peu. On trouve souvent :

- une inadéquation avec une absence de feed-back à l'interlocuteur et à la situation : lorsqu'on lui demande de faire quelque chose, ou lorsqu'on lui pose une question, elle répond simplement « oui ». Il est donc nécessaire d'adapter nos questions et de les lui reposer sous différentes formes pour obtenir une réponse efficiente.

- la progression rhématique est impossible : Mme D. n'apporte aucune nouvelle information dans son discours.

Cependant, on ne note pas de contradiction.

Mme D. présente donc un stade sévère de la maladie, et est quelqu'un d'assez réservé et replié sur soi-même, ne donnant pas souvent son avis ou son ressenti. Cependant, sa présence à l'atelier semble avoir été bénéfique pour elle : cela lui permettait d'être en relation avec d'autres patients et elle semblait s'y plaire ; les soignants la trouvant plus souriante qu'à l'accoutumée.

Grâce à ces trois exemples, on remarque bien l'utilité et le bénéfice de la mixité au sein du groupe. En effet, présentant des atteintes et des stades différents de la maladie, ces patientes ont cependant chacune quelque chose à apporter et un rôle à jouer dans l'atelier. Il est important d'attribuer une tâche à chaque participant car l'atelier est un vrai travail d'équipe. Réunir ces patients malgré les écarts d'atteinte permet donc de faire avancer le groupe et de le stimuler, tout en permettant à chacun de participer dans la mesure de ses capacités.

III. Discussion

La Maladie d'Alzheimer. Une maladie qui fait peur, qui angoisse, qui interroge. C'est pourtant ces patients que nous voulions côtoyer lors de notre travail de recherche. S'inspirant de l'art-thérapie, qui se développe de plus en plus auprès de cette population, nous voulions adapter certaines techniques à notre domaine orthophonique.

Rapprochons donc maintenant les différents résultats obtenus à nos questions de départ afin de voir si des réponses ont pu être apportées.

Nous nous sommes tout d'abord demandé si l'atelier couleurs pouvait solliciter le langage et les souvenirs des patients.

Grâce aux différentes séances de l'atelier et aux réponses obtenues de la part des patients, nous avons pu remarquer que les couleurs constituent un bon thème de départ afin de permettre l'évocation et de susciter la discussion, aussi bien patient-soignant que patient-patient. Grâce au travail sur les couleurs, ce sont de véritables souvenirs qui peuvent être évoqués et il est important de laisser de la place à chacun au sein du groupe afin qu'il puisse nous les expliquer.

Ainsi, Mme V. put nous parler de son ancien métier d'institutrice lorsque l'expression « souligner en rouge » fut citée, M. H. évoqua parfois son passé de tailleur et des souvenirs liés à son père émergèrent lors du travail sur différents tableaux : *« Mon père était dans la marine, il a fait la guerre et il a été blessé ! »*. Très attachée à la famille, Mme J. ne cita pratiquement que des souvenirs en lien avec sa fille ou ses parents. Souvent, lorsque nous parlions d'aliments ou de recettes de cuisine, elle ajoutait *« maman faisait souvent ça »*. Et Mme G., grande participante à l'atelier, nous fit voyager par ses souvenirs d'enfance au Maroc, ses recettes de cuisine méditerranéennes et ses petites phrases philosophiques sur la vie.

Le langage fut également sollicité au cours de notre travail à l'atelier. Basé sur l'évocation, il permit aux patients de rechercher dans leur stock lexical des mots d'ordinaire difficilement accessibles. Grâce à des définitions ou des ébauches orales lorsque les mots peinaient à venir, chaque participant finissait par trouver la réponse et pouvait ainsi se sentir valorisé. Par différents questionnements, il nous était aussi possible

de solliciter les patients. C'est ainsi que Mme S. put nous expliquer que les extincteurs sont rouges car *« c'est pour signaler qu'on peut s'en servir en cas de besoin, car le rouge saute aux yeux »*.

L'évocation pouvait aussi permettre de faire entrer un certain lyrisme dans le langage des patients. Ainsi, lorsque nous travaillions sur les différentes nuances de bleu, Mme V. nous parla de *« bleu abyssal »* et de *« bleu meurtrier »*. De même, Mme J. qualifia le vert de *« vert passionnant »*.

Et puis comment ne pas citer la séance réalisée sur les propositions de reproductions de tableaux de maître. Cette séance très riche permit à chaque patient de pouvoir s'exprimer selon ses capacités et même d'apporter un réel débat entre les patients, surtout lorsque nous parlions des bienfaits de l'art. Mme G. : *« L'art c'est comme l'amour. On a des coups de foudre, des amours violents et des œuvres qui nous ramènent à la réalité de la vie. »*, Mme V : *« Tout ça n'est que subjectif ! »*. On voit bien par cet exemple que Mme V. réagit aux propos de Mme G. et donne sa propre opinion sur le sujet. L'échange est donc très important et très présent dans nos travaux d'atelier, chaque patient pouvant exprimer son point de vue et réagir à celui des autres.

Nous avons aussi pu observer avec étonnement, que, lors d'une séance, Mme D. fut capable de répondre correctement lors d'un travail d'évocation. Elle qui ne participe quasiment jamais de manière orale, chuchota à plusieurs reprises les réponses, sans pouvoir ou sans oser les prononcer de manière plus forte. Même si cela n'est resté qu'à un stade de chuchotement, cette réaction positive est cependant à noter.

Nous pouvons également parler d'une anecdote liée à M. H. qui, comme nous l'avons dit, ne parlait pas beaucoup en atelier. Un jeudi matin, alors que l'atelier n'avait pas encore commencé et qu'aucun patient n'était installé, M. H. entra dans la salle et s'installa, simplement pour discuter. La discussion dura 15-20 minutes et M. H. sembla en être content, évoquant sa jeunesse ainsi que sa vie avec sa femme. Il répondit à mes questions et, même s'il répéta certains éléments, la conversation fut vraiment construite et il s'agissait d'un véritable échange et non d'un monologue. Il est réellement difficile de savoir si cette réaction est en lien ou non avec l'atelier. Il n'empêche que c'est vers cette salle qu'il s'est dirigé spontanément et y est resté avec plaisir, pendant cette discussion puis durant la séance.

En lien avec le langage, c'est l'imagination que nous avons parfois stimulée lors de nos séances. Créer un menu coloré ou discuter autour de tableaux de maître sont des activités où chaque patient pouvait laisser libre cours à sa créativité et son imagination. Nous n'avons imposé aucune contrainte, à part celle de respecter le thème de la couleur lorsque nous travaillions sur les menus. Voilà pourquoi nous nous retrouvons parfois avec quelques menus extravagants. Et la séance autour des reproductions de tableaux de maître a réellement pu permettre à chacun de s'exprimer et d'émettre des hypothèses personnelles sur les œuvres. Autour de ce travail sur la couleur, on remarque que la théorie de l'esprit, l'implicite, les inférences sont des domaines importants qui ont été utilisés au cours de nos séances avec les patients.

Puis, nous avons émis l'hypothèse que, par le biais de l'atelier, les patients pouvaient exprimer des émotions, et nous souhaitions également étudier leur perception personnelle des couleurs.

Comme nous l'avons déjà montré, l'interprétation des couleurs de la plupart des patients de notre groupe se rapproche de l'interprétation « commune ». Nous n'avons eu aucune réponse extravagante et, quand les réponses ne collaient pas avec la pensée commune, cela était surtout dû à un manque du mot et à des difficultés d'évocation.

Il semblerait donc que la maladie n'ait pas tellement d'impact sur la compréhension de la symbolique des couleurs. Il serait cependant intéressant de mener une enquête à plus grande échelle sur ce sujet.

L'atelier a aussi pu permettre aux patients de réfléchir sur leurs propres émotions et d'y attribuer une couleur de leur choix. Nous leur avons proposé quatre émotions à associer à une couleur. Voici ce que nous avons pu obtenir :

	La mélancolie	**La joie**	**La douceur**	**L'énervement**
Mme S.	Bleu nuit	Bleu	Rose clair	Beige
Mme V.	Vert	Rouge	Bleu	Jaune
M. H.	Rouge	Jaune	Jaune	Rouge
Mme D.	Rouge	/	Rouge	Rouge
Mme E.	Gris	Bleu ciel	Jaune	Noir

Mme G.	Bleu clair	Orange vif	Jaune clair	Marron

N.B : Mme J. ayant refusé de participer à cette séance, nous n'avons pu récolter ses réponses.

Encore une fois, M. H. et Mme D. éprouvent des difficultés à évoquer plusieurs couleurs et persévèrent sur la (les) même(s). Cet exercice, demandant quelques capacités d'abstraction afin de se détacher du concret, a donc été compliqué à réaliser pour eux mais ont permis aux autres de réfléchir sur leurs propres sentiments et de les associer à la symbolique des couleurs vue précédemment.

Les couleurs ont pu représenter un bon thème de départ pour inviter ces patients à fouiller dans leur mémoire, à la recherche de mots ou de souvenirs que l'on pensait perdus… Elles ont apporté de la gaieté au sein de nos ateliers et ont permis de favoriser le lien social entre les malades. *« Des couleurs, des mots et de la joie »*, voilà une phrase de Mme G. qui résume bien notre activité à l'atelier durant cette année.

Enfin, nous nous sommes demandé en quoi l'atelier pouvait améliorer le comportement de ces patients.

Comme nous l'avons montré à plusieurs reprises, le fait d'être en groupe est réellement bénéfique aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Non seulement il permet de recréer du lien social, alors même que ces patients ont tendance à se replier sur eux-mêmes, mais il est également valorisant pour tous les participants : à l'atelier, chacun possède ses propres compétences et chacun a son rôle à jouer. Malgré la perte de certaines capacités, le patient reste un individu à part entière, capable de faire des choix, de les exprimer et de les réaliser. Il est important et nécessaire de respecter ces choix ainsi que les états de chacun, au jour le jour. Même sans participer activement, le patient reste dans l'écoute et sait qu'il peut intervenir dès qu'il en a envie. Le fait d'être inclus dans un groupe crée de l'émulation et augmente la motivation à participer aux activités. Cela permet d'améliorer l'attitude et le comportement, les patients étant sollicités et se sentant utiles puisque chacun peut apporter quelque chose.

Nous pouvons d'ailleurs citer M. H. qui, se mettant en colère facilement, voulait souvent quitter l'atelier. Par nos sollicitations et celles des autres patients, il accepta toujours de rester et ses « crises » diminuèrent au fur et à mesure des séances. Mme G. changea également : timide et réservée au commencement de notre atelier, elle est

progressivement devenue l'élément dynamique du groupe, intervenant à chaque fois lors des séances. Le comportement de Mme D. évolua aussi : au fil de l'année, elle sembla s'épanouir au sein du groupe et les soignants présents lors de nos ateliers trouvaient même qu'elle souriait davantage.

L'atelier se passe toujours dans une ambiance chaleureuse et conviviale dans laquelle les patients se sentent bien. C'est un lieu de parole, une liberté au sein de l'institution apportant un cadre de confiance à chacun. De nombreux rires sont venus ponctuer nos séances et au fur et à mesure, les patients se sentaient de plus en plus à l'aise et pouvaient même faire des blagues. Notre travail en atelier apporte en fait une meilleure estime de soi puisque chacun se sent utile, valorisé, autonome et reconnu.

De plus, la création d'une œuvre commune à la fin de chaque période de travail sur une couleur donnée, permet de laisser une trace de cette recherche, d'inclure chaque patient dans cette réalisation et d'effectuer un véritable travail d'équipe. Cela peut être très valorisant, surtout lorsqu'on leur montre leurs œuvres et qu'ils s'étonnent eux-mêmes de les avoir réalisées. A terme, nous souhaiterions effectuer à la fin de l'année une exposition de tous les collages obtenus au fil des séances, afin de valoriser le travail de chacun et de montrer aux familles que certaines compétences restent préservées malgré la maladie.

Toujours dans l'optique d'améliorer le comportement des patients par le biais des couleurs et de l'art, nous pouvons citer un projet mis en place au centre Rainier III de Monaco et qui sera bientôt étendu au centre Claude Pompidou de Nice. Il s'agit du projet « La Démesure du Possible », matériel numérique proposé par l'artiste Fred PERIE afin de stimuler de manière originale les sens et les facultés cognitives. Grâce aux mouvements des patients, cette peinture numérique évolue, change de couleur ou de forme… Les malades deviennent actifs grâce à cette œuvre. Il serait sans doute intéressant d'étudier ce projet, de faire participer les patients et d'en discuter avec eux ensuite. Les peintures réalisées sont en effet des œuvres totalement abstraites, permettant aux individus de laisser libre cours à leur imagination, aussi bien dans la réalisation que dans l'analyse qui peut être faite ensuite.

Les limites de notre étude :

De par notre sujet, notre analyse est soumise à une grande part de subjectivité et d'interprétations. N'ayant pas de chiffres concrets, notre travail se base uniquement sur les observations d'une seule personne.

De plus, le travail à l'atelier peut parfois être difficile pour certains patients. Ils ont souvent besoin d'être sollicités et parfois indicés lors de leurs recherches. L'évocation sans indiçage est difficile du fait de leurs troubles mnésiques donc leur apporter un contexte inducteur, une définition ou une phrase à compléter permet de les aider sans leur donner la réponse.

Nous avons aussi remarqué qu'il était souvent compliqué pour eux d'exprimer un sentiment face à une couleur et ce que celle-ci pouvait leur évoquer. Il est en fait difficile pour eux de faire preuve d'abstraction et d'imagination, de se détacher du concret, d'obtenir une image mentale et de l'exprimer.

Les troubles mnésiques ont pour conséquence l'oubli de la consigne et il faut donc sans cesse rappeler à ces patients le thème de l'atelier, son fonctionnement, son but et l'activité qui y est proposée. Recentrer les patients quand ceux-ci font preuve de persévérations, qui parasitent l'activité, est également nécessaire.

Apports personnels de ce travail :

En tant que future orthophoniste, participer à un tel atelier a été une expérience plus qu'enrichissante.

Nous avons pu voir en pratique ce qu'était le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire. La complémentarité des différentes professions permet de proposer le meilleur accueil possible aux patients. L'observation du travail de l'orthophoniste au sein des ateliers nous a permis d'étendre notre champ de connaissances et de compétences pour la prise en soin de ce type de patients, cela représentant un plus pour notre future pratique.

Il a aussi fallu apprendre à s'adapter aux états de chacun, au jour le jour, et à les respecter ; à mettre en place des stratégies pour les guider dans leurs réflexions sans leur

donner la réponse ou encore à motiver certains patients pour participer à notre atelier. Le contact avec ces malades peut faire peur, peut intriguer, mais, à leur manière, ils nous apportent tous beaucoup. Ils étonnent par leurs commentaires, ils surprennent par de petites perles qu'il faut saisir au vol et ils nous prouvent chaque fois un peu plus à quel point il est nécessaire de continuer à les solliciter. Une sollicitation qui est d'ailleurs bénéfique à la fois pour eux : ils peuvent alors utiliser leurs capacités résiduelles, mais aussi pour nous : nous ne savons jamais à quoi nous attendre et nous devons sans cesse nous réinventer pour aller chercher le patient où il se trouve…

CONCLUSION

Dans ce mémoire, le travail effectué est parti d'un questionnement autour du thème des couleurs. Nous souhaitions en effet les étudier afin d'observer si elles pouvaient faire émerger des mots, des souvenirs, des sentiments chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Nous avons tout d'abord étudié l'Histoire et la symbolique des couleurs mais aussi les bénéfices de l'art, de manière plus générale. Nous avons montré que ces domaines artistiques, quels qu'ils soient, sont en pleine expansion auprès de ce type de patients et il nous semble important de savoir les intégrer à notre pratique orthophonique.

Nous avons ensuite présenté différents ateliers thérapeutiques. Qu'ils soient ateliers de parole, ateliers contes, ateliers poésie ou ateliers couleurs, ils constituent des prises en soin non-médicamenteuses intéressantes pour les patients. L'atelier-couleur auquel nous avons assisté dans le cadre de notre travail de recherche a ensuite été détaillé. Grâce aux différentes séances réalisées, ainsi qu'aux différentes couleurs travaillées, nous avons ainsi pu remarquer la richesse des réponses des patients, mais aussi leurs difficultés notamment lorsqu'il s'agit d'abstraction ou d'imagination. Nous avons alors dû développer des moyens d'aide en nous adaptant à chaque patient.

L'intérêt porté à trois patients en particulier dans le groupe a permis de mettre en évidence que, malgré des atteintes et des stades de la maladie différents, chaque patient était capable de participer et même, parfois, de nous surprendre. Egalement, on remarque que la mixité au sein du groupe est bénéfique pour chacun et permet de faire avancer l'ensemble du groupe.

La couleur a donc pu être un point de départ dans différents travaux d'évocation, elle a permis de solliciter ces patients concernant leur imagination, leurs goûts, leurs ressentis ou leurs émotions…

Ce travail étant purement qualitatif, il serait sans doute intéressant, dans la continuité de ce mémoire, d'élaborer un véritable protocole de recherche afin d'étudier de manière plus précise l'impact des couleurs sur ces patients. Nous pouvons imaginer, par exemple, faire

passer une épreuve d'évocation lexicale libre (par exemple, celle du protocole MEC) puis une épreuve d'évocation avec un critère de couleur à un groupe de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Tout cela afin de voir si ce critère de couleur peut représenter une aide, un moyen de facilitation dans la recherche des réponses. Ces épreuves pourraient ensuite être proposées à une population témoin afin d'observer si les résultats obtenus concordent ou non, et si les couleurs peuvent être un réel moyen d'indicer ces patients.

On peut aussi imaginer effectuer une étude longitudinale sur un patient en particulier au sein d'un atelier-couleurs. De plus, les couleurs faisant appel à la mémoire et aux souvenirs, il pourrait être intéressant de mettre en place un travail purement de mémoire en s'inspirant de ce thème.

Le travail auprès de ces malades est passionnant et doit sans cesse être renouvelé et approfondi, car il reste toujours des possibilités à exploiter chez chacun d'eux.

Terminons enfin ce mémoire sur une touche positive en lien avec le travail effectué :

« La couleur est un élément vital comme l'eau et le feu, c'est incontestablement un besoin essentiel » - Fernand LEGER

« Si la matière grise était plus rose, le monde aurait moins les idées noires » - Pierre Dac

« Je sens par la couleur » - Henri Matisse

« La couleur est tout. Quand la couleur est juste, la forme est juste. La couleur est chaque chose, la couleur est vibration comme la musique, chaque chose est vibration » - Marc Chagall

« La couleur est en nous » - Goethe

« Des goûts et des couleurs, on ne discute pas » - Proverbe romain

« La couleur me possède. Je n'ai plus besoin de la rechercher. Elle me possède à jamais, je le sais. Voici ce que signifie ce moment heureux : moi et la couleur, nous ne formons qu'un » - Paul Klee

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

BRIN-HENRY F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., *Dictionnaire d'Orthophonie*, Isbergues, 2004, Ortho Editions, 303p.

CHARCOT J-M., RICHER P., *Les démoniaques dans l'art*, Paris, Delahayes & Lecrosnier, 1887.

CROISILE B., *La Maladie d'Alzheimer*, Paris, 2010, Larousse, 191p.

DEFONTAINES B., *Les démences, classification, clinique, physiopathologie et traitements*, Paris, 2004, Med-Line Editions, 223p.

DELOCHE G., HANNEQUIN D., *Test de dénomination orale d'images – DO80*, Paris, 1997, ECPA.

DIEGUEZ S., *Maux d'artistes : ce que cachent les œuvres*, Paris, 2012, Belin Pour la Science, 175p.

HELLER E., *Psychologie de la couleur : effets et symboliques*, Italie, 2009, Pyramyd, 263p.

HOF C., *Art-thérapie et maladie d'Alzheimer : quand les couleurs remplacent les mots qui peinent à venir*, Lyon, 2008, Chronique Sociale, 120p.

KLEIN J-P., *L'art-thérapie*, Que sais-je ?, Paris, 2010, PUF, 127p.

LAIREZ-SOSIEWICZ N., *Peindre et communiquer avec des personnes âgées désorientées*, Lyon, 2010, Chronique Sociale, 88p.

LEMARQUIS P., *Portrait du cerveau en artiste*, Paris, 2012, Odile Jacob, 302p.

LESNIEWSKA H., *Alzheimer : Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*, 2003, L'Harmattan, 135p.

PASTOUREAU M., *Les couleurs de nos souvenirs*, Lonrai, 2010, Editions du Seuil, 257p.

PASTOUREAU M., *Le petit livre des couleurs*, Lonrai, 2005, Editions du Panama, 121p.

ROUSSEAU T., *Démences : Orthophonie et autres interventions*, Isbergues, 2007, Ortho Edition, 346p.

ROUSSEAU T., *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*, Issy-les-Moulineaux, 2011, Elsevier Masson, 143p.

SUDRES J-L., ROUX G., LAHARIE M., FOURNIERE F., *La personne âgée en art-thérapie*, Paris, 2004, L'Harmattan, 270p.

TOUCHON J., GABELLE A., BRUN V., *Maladie d'Alzheimer et communication*, Paris, 2013, Sauramps Medical, 103p.

Articles de revues :

ANDREOLI V., *Art des fous, psychopathologie de l'expression, art-thérapie*, in International Journal of Art therapy, 1998.

CAVEY M., *Quelle utilisation de la couleur pour les malades d'Alzheimer ?* [en ligne], 2004, http://alois.a.free.fr/temoignages/couleurs.htm

HUPE J-M., *Synesthésie : entendre ou lire en couleur*, in Ortho Magazine, Issy-les-Moulineaux, Juillet-Août 2012, n°101, pp. 23-27.

NINOSLAV M., DUBRAVKA K., *Art therapy may be benefitial for reducing stress – related behaviours in people with dementia – Case report*, Psychiatria Danubina, Zagreb, 2011 ; Vol. 23, No. 1, pp 125-128.

PITNEYBOWES, *Couleur et communication : analyse de l'impact et du rôle de la couleur dans les communications professionnelles* [en ligne], 2011, La Plaine Saint-Denis, http://actualites.pitneybowes.fr/download/1052/

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

SELLAL F., *Willem de Kooning : la métamorphose d'un style*, in « L'essentiel Cerveau & Psycho », Paris, Avril 2013, n°13, p.94-95.

SELLAL F., MARIANO M., *Créativité artistique et démence*, Psychol NeuroPsychiatr Vieil, 2008 ; 6 (1) : 57-66.

TOUBOUL J., *Comment aménager des repères spatio-temporels à son domicile ?* [en ligne], Février 2012, http://www.aidonslesnotres.fr/les-soins-au-quotidien/article?urlTitle=comment-amenager-des-reperes-spatio-temporels-a-son-domicile

Thèses et mémoires :

DUSSAILLY E., *L'agnosie auditive chez le malade d'Alzheimer : création d'un atelier autour des bruits de l'environnement et tentative d'élaboration d'un test*, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Nice, 2013.

DUVAL G., *Maladie d'Alzheimer et émotions : de la perception à l'expression des émotions à travers deux ateliers*, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Nice, 2013.

TEMPORAL E., *Métaphore et métonymie dans la maladie d'Alzheimer : étude de cas à différents stades*, Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Nice, 2013.

ANNEXES

Annexe I : Evocation sur les différentes couleurs

1. Le bleu

▪ Evocation avec un critère de couleur :

- le ciel	- la mer
- les bleuets	- les myosotis
- les yeux bleus	- un bleu
- un jean	- un hématome
- du bleu d'Espagne	- bleu de méthylène
- un bleu de travail / de chauffe	- les hôtesses de l'air
- les marins	- les gendarmes
- la nuit	- une aigue-marine
- un saphir	- un turquoise
- les mésanges	- les paons
- une marinière	- la Côte d'Azur
- un lapis-lazuli	- les gentianes
- les lavandes	- l'ardoise
- le danube Bleu	- les yeux bleus d'amoureux
- un renard bleu	- les requins bleus
- de l'encre bleue	- du sang bleu
- les veines	- les flammes du gaz
- du curaçao	- les Schtroumpfs
- les lacs	- la fumée bleue
- les pervenches	- les chardons bleus
- la Vierge Marie	

▪ Différentes nuances :

- bleu canard	- bleu de Provence
- bleu azur	- bleu turquoise
- bleu pétrole	- bleu électrique
- bleu nuit	- bleu marine
- bleu Pervenche	- bleu de Prusse
- bleu de Chine	- bleu Klein
- bleu Matisse	- bleu gris
- bleu roi	- bleu méthane
- bleu des mers du Sud	- bleu outre-mer
- bleu pastel	- bleu vert
- bleu acier	- bleu profond
- bleu indigo	- bleu ciel
- bleu cæruleum	- bleu Chagall
- bleu Picasso	- bleu layette
- bleu andalou	- bleu océan
- bleu des îles	- bleu pâle
- bleu Jersey	- bleuté

- bleu glacier	- bleu piscine
- camaïeu de bleu	- bleu gitane

▪ Expressions contenant le nom de la couleur :

- avoir le blues	- avoir le bleu à l'âme
- n'y voir que du bleu	- la période bleue de Picasso
- « Bleu le ciel de Provence »	- « Les mots bleus »
- « le beau Danube Bleu » de Strauss	- avoir une peur bleue
- être bleu de froid	- avoir les lèvres bleues de froid
- bleu, blanc, rouge	- les casques bleus de l'ONU
- « le Grand Bleu »	- la grande Bleue
- la planète bleue	- se faire un bleu
- avoir du sang bleu	- la viande bleue
- « Tintin et les oranges bleues »	- c'est un bleu
- un cordon bleu	- être fleur bleue
- prendre quelqu'un pour un bleu	- magasin « le Roi du bleu » à Nice
- « la Java bleue »	- passer au bleu
- faire des rêves en bleu	- « Mamy Blue »
- Le blues	- la maladie bleue
- la semaine bleue	- « Je suis né un jour bleu »
- EDF	- « Bleu pétrole » d'A. Bashung
- Morbleu ! Sacrebleu !	- les chaises bleues de la Promenade
- les bleus du désert	- les Bleus au football
- une truite au bleu	- la belle Bleue
- être un bas bleu	- « C'est une maison bleue adossée à la colline… »

2. Le jaune

× Evocation avec un critère de couleur :

- les rayons du soleil	- le mimosa
- les jonquilles	- les tournesols
- les pissenlits	- les genêts
- la jaunisse	- les boutons d'or
- les citrons	- les pamplemousses
- les melons d'Espagne	- les bananes
- les ananas	- les poires
- les coings	- les œufs
- les poussins	- les canaris
- les blés	- le maïs
- la paille	- le Marsupilami
- le miel	- les abeilles
- les taxis jaunes de New-York	- le safran
- le curry	- le curcuma
- la moutarde	- les poivrons jaunes

- l'huile	- La Poste
- les étoiles	- la lune
- le champagne	- le Pastis
- les moules	- le Gouda
- la paëlla	- les pièces jaunes
- la mayonnaise	- l'aïoli
- le vin jaune	- la topaze
- l'ambre	- les pages jaunes
- les jaunes d'œufs	- le beurre
- le ciré jaune des marins bretons	- le soufre
- l'ocre	- les papillons
- les frites	- les crêpes

× Différentes nuances :

- jaune d'or	- jaune poussin
- jaune citron	- jaune-vert
- jaune moutarde	- jaune canari
- jaune pâle	- jaune vif
- jaune pastel	- jaune pâte de coing
- jaune safran	- jaune paille
- jaune cocu	- jaune blond
- jaune crème	- jaune incandescent
- jaune soufre	- jaune pisseux
- jaune ocre	

× Expressions contenant le nom de la couleur :

- rire jaune	- être jaune comme un coing
- le péril jaune	- prendre un petit jaune
- la fièvre jaune	- franchir la ligne jaune
- le nain jaune	- « Le mystère de la chambre jaune »
- être peint en jaune	- être jaune de jalousie
- un jaune (= un briseur de grève)	

3. Le blanc

● Evocation avec un critère de couleur :

- la chantilly	- la meringue
- le céleri rave	- le poivre blanc
- la blanquette	- le blanc de poireau
- le pain blanc	- le blanc d'œuf
- la farine	- le sucre
- le lait	- le riz
- le sel	- l'hostie
- la pastille Vichy	- le blanc de poulet

- le vin blanc	- la noix de coco
- les blancs en neige	- le blanc manger coco
- l'endive	- l'oie blanche
- la neige	- le verglas
- les nuages	- l'écume
- les communiants	- la blanche (en musique)
- l'hermine	- la mouette
- le mouton	- le lapin
- le cygne	- la souris blanche
- l'ours polaire	- le coton
- la robe de mariée	- les draps
- les blouses blanches	- la craie
- la mousse	- les cornettes des religieuses
- les cheveux blancs	- les dents
- le blanc de l'œil	- la fumée
- la maison blanche	- un blanc-bec
- la colombe	- la cigogne
- la chaux	- le plafond
- le plâtre	- les voiles des bateaux
- les gants blancs	- la balle de golf
- le marbre	- le talc
- la cocaïne	- l'ivoire
- le kimono de judo	- la nacre

● Différentes nuances :

- blanc cassé	- blanc nacré
- blanc ivoire	- blanc coquille d'œuf
- blanc immaculé	- blanc crème

● Expressions contenant le nom de la couleur :

- blanc comme un linge	- bonnet blanc, blanc bonnet
- l'angoisse de la page blanche	- blanc comme neige
- le Mont Blanc	- faire chou blanc
- un Noël blanc	- blanc comme un cachet d'aspirine
- une oie blanche	- un mariage blanc
- un chèque en blanc	- les pages blanches
- Blanche-Neige	- faire une nuit blanche
- passer une nuit blanche	- se regarder dans le blanc des yeux
- de la blanche	- une marche blanche
- un livre blanc	- un bulletin blanc
- montrer patte blanche	- un jeu blanc
- le drapeau blanc	- le panache blanc
- un clown blanc	- un examen blanc
- le cheval blanc d'Henri IV	- plus blanc que blanc
- la lumière blanche	- la ceinture blanche
- laisser un blanc	- en gants blancs
- le blanc manteau	- une blanche vaut deux noires
- connu comme le loup blanc	- le chevalier blanc

4. L'orange

▫ **Evocation avec un critère de couleur :**

- les oranges	- les kakis
- les soucis	- les mandarines
- les clémentines	- les carottes
- le coucher de soleil	- le feu orange
- les flammes	- les plots de signalisation
- le cuivre	- les façades du Vieux Nice
- les courges	- les abricots
- les citrouilles	- les melons
- les potirons	- les mangues
- le saumon	- les roux
- les homards	- la bisque
- les renards	- le fard à joue
- les bonbons à l'orange	- le henné
- les sanguines	- le thé (boisson)
- les fauves	- le safran
- les écureuils	- le paprika
- le ras-el-hanout	- les crabes
- le curry	- les champignons
- l'oronge	- le sanguin
- l'ambre	- les feuilles mortes
- le corail	- l'automne
- les étoiles de mer	- le cuir
- les oursins	- la rouille
- les moules	- l'orangeade
- le whisky	- le drapeau orange de baignade
- le cognac	- la lampe mandarine
- la terre	- le miel

▫ **Différentes nuances :**

- rouge orangé	- orange vif
- ambré	- ocre
- cuivré	- orange potiron
- abricot	- carotte
- corail	- saumon
- aurore	- sanguine
- fauve	- cuir
- rouille	

▫ **Expressions contenant le nom de la couleur :**

- passer à l'orange	- la marque de téléphonie « Orange »
- la ville d'Orange	- porter des oranges à quelqu'un
- la peau d'orange	- l'orange maltaise
- Orange sanguine	- « Orange mécanique »

- L'orange de Jaffa

5. Le rose

▲ Evocation avec un critère de couleur :

- le crépuscule	- les roses
- la langue	- les joues
- les fesses	- les lèvres
- les bonbons	- les dragées
- le saumon	- les truites
- les buvards	- la barbe à papa
- les Malabar	- la glace à la fraise
- la layette	- les bébés
- la viande rosée	- le vin rosé
- le rose à joues	- le tarama
- les cochons	- le jambon
- la chair à saucisse	- la peau
- les crevettes	- les coussinets des chats
- les pis des vaches	- le bois de rose
- la rose des sables	- la rose des vents
- les roses pompons	- les boutons de roses
- la confiture de rose	- la guimauve

▲ Différentes nuances :

- rose bonbon	- rose dragée
- rose indien	- rose fuschia
- rose tyrien	- rose pâle
- rose fluo	- rose thé
- bois de rose	- vieux rose

▲ Expressions contenant le nom de la couleur :

- voir la vie en rose	- un film à l'eau de rose
- un teint de rose	- envoyer quelqu'un sur les roses
- ne pas sentir la rose	- être frais comme une rose
- la rose de Mai	- ce n'est pas rose
- voir tout en rose	- mettre/avoir du rose aux joues
- « Le nom de la rose »	- « Mignonne, allons voir si la rose… »
- Vive la rose et le lilas	- découvrir le pot aux roses
- le téléphone rose	- les ballets roses
- « Les palétuviers roses »	- être couché sur un lit de roses
- voir des éléphants roses	
- « L'important c'est la rose » de G. Bécaud	

6. Le noir

▫ **Evocation avec un critère de couleur :**

- le charbon	- les olives
- les corbeaux	- les pies
- les merles	- le café
- l'onyx	- le pétrole
- le caviar	- le zan, la réglisse
- les cachous	- le chocolat noir
- les nuages noirs	- la nuit
- l'encre de seiche	- l'encre
- le goudron	- la ceinture noire des judokas
- les otaries	- les panthères noires
- Zorro	- Batman
- Charlot	- Dark Vador
- Belphégor	- les chapeaux melon
- les hauts-de-forme	- les voilettes
- les mantilles	- le khôl
- le mascara	- le radis noir
- les moutons noirs	- le papier carbone
- le cirage	- les tulipes noires
- les scarabées	- les cafards
- les araignées	- les fourmis
- les mouches	- les cormorans
- les cygnes noirs	- les aigles noirs
- les loups noirs	- l'ébène
- le poivre	- les clous de girofle
- la laque	- le piano
- les touches noires du piano	- la note noire
- les nœuds papillon	- les smokings
- le raisin noir	- le pain noir
- le blé noir	- l'ardoise
- les films en noir et blanc	- les lunettes noires
- la soutane	- les taureaux
- la coiffe de l'Alsacienne	- les appareils photos

▫ **Différentes nuances :**

- noir profond	- noir brillant
- noir mat	- noir corbeau

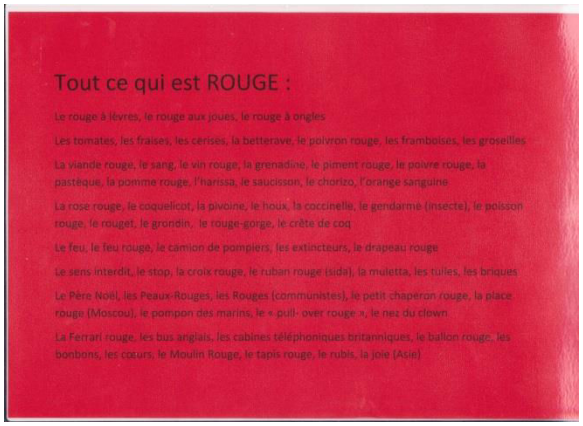
▫ **Expressions contenant le nom de la couleur :**

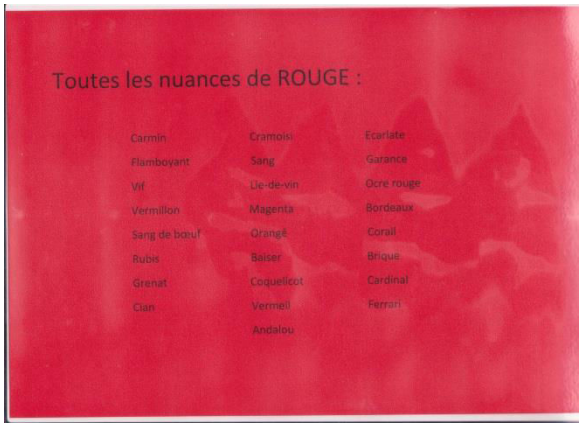
- une âme noire	- « Noir c'est noir » de Johnny
- des idées noires	- un regard noir
- « un œil noir te regarde »	- broyer du noir
- voir tout en noir	- voir un chat noir
- noir comme du charbon	- le noir et le blanc (yin et yang)
- noir comme un corbeau	- être complètement noir

- la petite robe noire	- le trou noir
- le jeudi noir	- le masque noir
- le fleuve noir	- la forêt noire
- les chemises noires	- les chaussettes noires
- les Pieds Noirs	- Noir Désir
- « L'aigle Noir » de Barbara	- la couleur noire aux cartes
- le roman noir	- la lumière noire
- la chambre noire	- le noir de Soulages
- faire le noir, au théâtre	- porter le noir
- un œil au beurre noir	- le cadre noir de Saumur
- les photos en noir et blanc	- l'humour noir
- le tableau noir	- écrire noir sur blanc
- noir, impair et passe	- les cerises noires
- « Le Rouge et le Noir » de Stendhal	

Annexe II : Collages des patients

1. Le rouge













2. Le vert

Tout ce qui est VERT :

Une bouteille de champagne, la salade, les plantes, les arbres, l'herbe, les tiges des fleurs, le jet 27, les feuilles, le trèfle, les asperges, les artichauts, les petits pois, le citron vert, le poireau, le tilleul, le col-vert les haricots verts, une pomme verte, la pastèque, la courgette, la blette, le poivron, le chou, la verveine, le kiwi, l'olive, l'avocat, les épinards, le roquefort, le basilic, la menthe, le pistou, le persil, la prairie, la ciboulette, le laurier, le sirop de menthe, le génépi, l'émeraude, le jade, le feu vert, le stylo vert, la croix de la pharmacie, l'anis, la mousse, la feuille de houx, le sapin, la raisin, le tapis vert, les prés, la prune, le dollar, le tapis vert, la souris verte, la sauterelle, le criquet, le crapaud, la grenouille, la pistache, le lézard, le crocodile, le serpent, les petits hommes verts, une pastille Valda, les tomates , l'alpage, les yeux verts, les lacs, le gazon, le pivert, le perroquet, la perruche, les herbes de Provence, l'habit vert, les algues, le thym, Babar, Peter Pan, Le Pr.Tournesol, le cuivre oxydé, le bronze, la tortue, la piste verte, les punaises, les dinosaures, l'uniforme de l'armée de terre, le caméléon, les écologistes, le bambou, le drapeau de la Tunisie, la couleur de l'espérance, la chlorophylle, le vert-de-gris, le pivert, le vert galant

Toutes les nuances de VERT :

Prairie	Olive	Canard
Emeraude	Perroquet	Menthe
Boute	Anis	Avocat
Pomme	Jade	Vert-de-gris
Kaki	Absinthe	Chartreuse
Amande	Printemps	Malachite
Pistache	Mousse	Epinard
Gazon	Sapin	Anglais
Tilleul	Empire	Espérance
	Verdâtre	

Toutes les expressions avec VERT :

Etre vert de peur	Etre vert de rage	Etre vert de jalousie	Se mettre au vert
Des vertes et des pas mûres	Le rayon vert	Avoir la main verte	Etre encore vert
Les petits hommes verts	La ligne verte	Un fruit vert	Le thé vert
Les verts pâturages	Passer au vert	Une coulée verte	Le « green » vert
Donner le feu vert	Les pousses vertes	Allez les verts !	Les déchets verts
Une volée de bois vert	Les vertes années	Les espaces verts	Manger du vert
Une verte réprimande	Un numéro vert	Un langage vert	Ceinture verte
Géant vert	Gamm vert	Beignets de tomates vertes	







3. Le bleu

Tout ce qui est BLEU :

Le ciel, la mer, le bleuet, le myosotis, les yeux, les jeans, un hématome, du bleu de méthylène, un bleu de travail, un bleu de chauffe, les uniformes (hôtesse, marin, gendarme), la nuit, l'aigue marine, le saphir, la turquoise, la mésange, la paon, la marinière, la Côte d'Azur, un lapis-lazuli, un œil au beurre noir, la gentiane bleue, la lavande, l'ardoise, le Danube bleu, les yeux d'amoureux, le renard bleu, le requin bleu, l'encre bleue, les veines, le curaçao, les Schtroumpfs, les lacs, la fumée bleue, la Vierge Marie, les chardons bleus, la pervenche, une flamme bleue, les veines

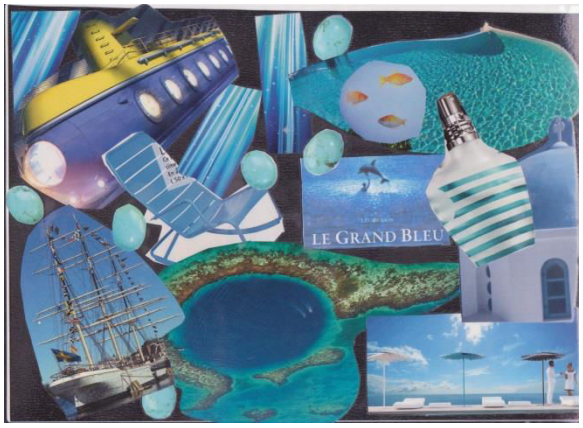
Toutes les nuances de BLEU :

Azur	Canard	Pétrole	Turquoise
Electrique	Nuit	Marine	de Prusse
Ciel	Céruleum	Gris	de Chine
Klein	Chagall	Matisse	Andalou
Layette	Roi	Porcelaine	Pastel
Pervenche	Océan	Outremer	des mers du Sud
Pâle	Jersey	Vert	des îles
Glacier	Acier	Piscine	Profond
Bleuté	Indigo	Cyan	Gitane

Toutes les expressions avec BLEU :

Avoir le blues	Avoir des bleus à l'âme	N'y voir que du bleu	La carte bleue
La période bleue	L'oiseau bleu	Les mots bleus	Les Bleus
Bleu le ciel de Provence	Avoir une peur bleue	Etre bleu de froid	La belle bleue
Le beau Danube bleu	Bleu, blanc, rouge	Les casques bleus	Bleu de l'EDF
Les chaises bleues	Le grand bleu	La grande bleue	Bleu de France
La planète bleue	Se faire un bleu	Avoir du sang bleu	La mosquée bleue
De la viande bleue	C'est un bleu	Un cordon bleu	L'Heure Bleue
Etre fleur bleu	Le Roi du bleu	Passer au bleu	La truite au bleu
Faire des rêves bleus	Etre un bas bleu	La java bleue	La semaine bleue
Mamy blue	La maladie bleue	Jouer du blues	Le drapeau bleu
Prendre pour un bleu	Chanter le blues	Morbleu ! Sacrebleu !	Le bleu de Bresse
Je suis né un jour bleu	Les papillons bleus	Les hommes bleus du désert	Le bleu d'Auvergne







4. Le jaune

Tout ce qui est JAUNE :

Les rayons du soleil, le mimosa, le tournesol, le genêt, le bouton d'or, la jonquille, la marguerite, le cœur des fleurs, le pissenlit, le citron, le pamplemousse, le melon d'Espagne, la banane, l'ananas, la poire, le coing, l'œuf, le poussin, le canari, le serin, la paille, le maïs, le safran, le curry, les taxis de New York, le marsupilami, les papillons, la paëlla, la moule, le gouda, le miel, l'abeille, la moutarde, le poivron jaune, l'huile, les voitures de la poste, le vin jaune, le Pastis, le Champagne, les pièces jaunes, la mayonnaise, l'aïoli, la topaze, l'ambre, les pages jaunes, le jaune d'œuf, le beurre, le ciré breton, le masque jaune, le Fleuve Jaune, le maillot jaune, l'or jaune, les crêpes, les frites

Toutes les nuances de JAUNE :

Jaune d'or
Jaune citron
Jaune poussin
Jaune moutarde
Jaune canari
Jaune pâle
Jaune blond
Jaune safran
Jaune soufre
Jaune cocu
Jaune crème
Jaune pisseux
Jaune fluo
Jaune chamois
Jaune pastel
Jaune paille
Jaune ocre
Jaune vif

Toutes les expressions avec JAUNE :

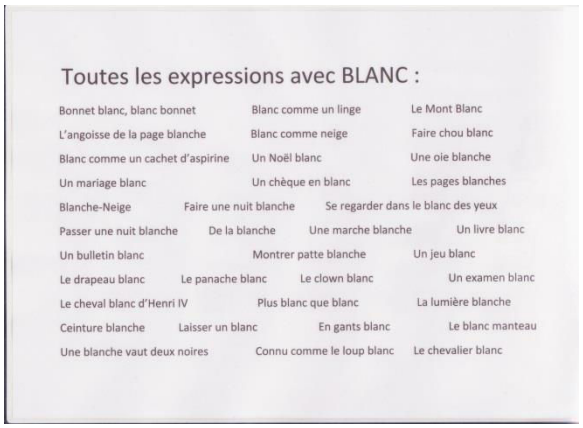
Rire jaune
Etre jaune comme un coing
Le péril jaune
Prendre un p'tit jaune
La fièvre jaune
Franchir la ligne jaune
Etre peint en jaune
Etre jaune de jalousie
Un jaune (briseur de grève)
Le mystère de la chambre jaune
Le Nain Jaune

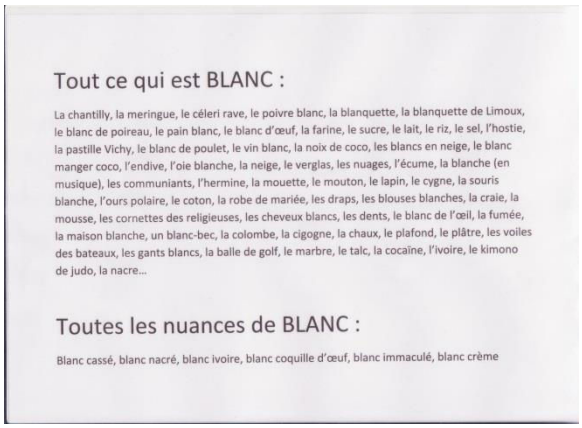






5. Le blanc


Toutes les expressions avec BLANC :
Bonnet blanc, blanc bonnet
Blanc comme un linge
Le Mont Blanc
L'angoisse de la page blanche
Blanc comme neige
Faire chou blanc
Blanc comme un cachet d'aspirine
Un Noël blanc
Une oie blanche
Un mariage blanc
Un chèque en blanc
Les pages blanches
Blanche-Neige
Faire une nuit blanche
Se regarder dans le blanc des yeux
Passer une nuit blanche
De la blanche
Une marche blanche
Un livre blanc
Un bulletin blanc
Montrer patte blanche
Un jeu blanc
Le drapeau blanc
Le panache blanc
Le clown blanc
Un examen blanc
Le cheval blanc d'Henri IV
Plus blanc que blanc
La lumière blanche
Ceinture blanche
Laisser un blanc
En gants blanc
Le blanc manteau
Une blanche vaut deux noires
Connu comme le loup blanc
Le chevalier blanc

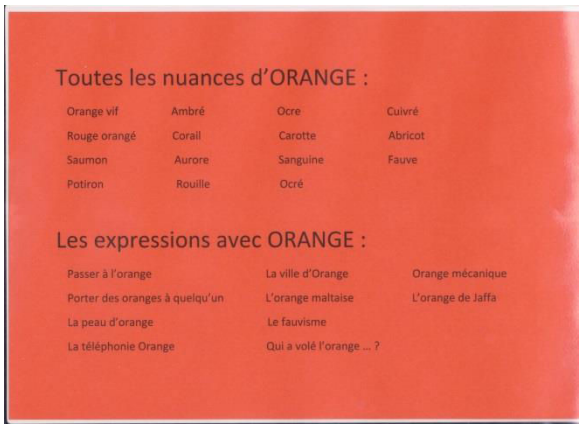

Tout ce qui est BLANC :
La chantilly, la meringue, le céleri rave, le poivre blanc, la blanquette, la blanquette de Limoux, le blanc de poireau, le pain blanc, le blanc d'œuf, la farine, le sucre, le lait, le riz, le sel, l'hostie, la pastille Vichy, le blanc de poulet, le vin blanc, la noix de coco, les blancs en neige, le blanc manger coco, l'endive, l'oie blanche, la neige, le verglas, les nuages, l'écume, la blanche (en musique), les communiants, l'hermine, la mouette, le mouton, le lapin, le cygne, la souris blanche, l'ours polaire, le coton, la robe de mariée, les draps, les blouses blanches, la craie, la mousse, les cornettes des religieuses, les cheveux blancs, les dents, le blanc de l'œil, la fumée, la maison blanche, un blanc-bec, la colombe, la cigogne, la chaux, le plafond, le plâtre, les voiles des bateaux, les gants blancs, la balle de golf, le marbre, le talc, la cocaïne, l'ivoire, le kimono de judo, la nacre...
Toutes les nuances de BLANC :
Blanc cassé, blanc nacré, blanc ivoire, blanc coquille d'œuf, blanc immaculé, blanc crème

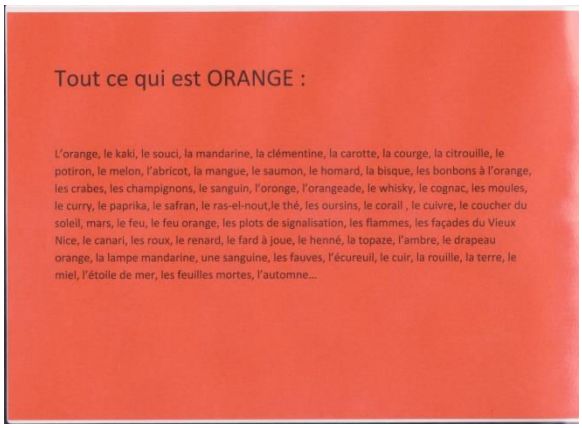

LE JOUR DE CHANEL
CHANEL

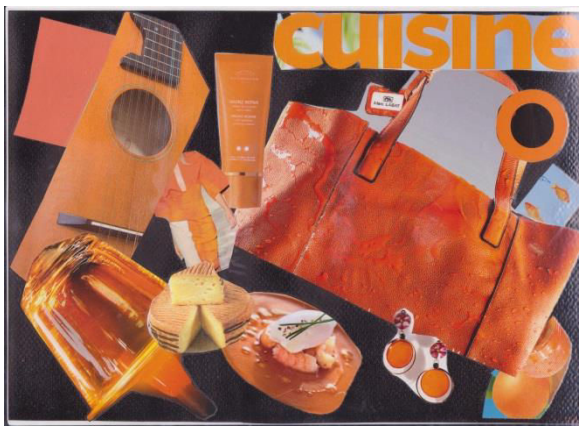




6. L’orange


Toutes les nuances d’ORANGE :
Orange vif
Ambré
Ocre
Cuivré
Rouge orangé
Corail
Carotte
Abricot
Saumon
Aurore
Sanguine
Fauve
Potiron
Rouille
Ocré
Les expressions avec ORANGE :
Passer à l’orange
La ville d’Orange
Orange mécanique
Porter des oranges à quelqu’un
L’orange maltaise
L’orange de Jaffa
La peau d’orange
Le fauvisme
La téléphonie Orange
Qui a volé l’orange … ?


Tout ce qui est ORANGE :
L’orange, le kaki, le souci, la mandarine, la clémentine, la carotte, la courge, la citrouille, le potiron, le melon, l’abricot, la mangue, le saumon, le homard, la bisque, les bonbons à l’orange, les crabes, les champignons, le sanguin, l’oronge, l’orangeade, le whisky, le cognac, les moules, le curry, le paprika, le safran, le ras-el-nout,le thé, les oursins, le corail , le cuivre, le coucher du soleil, mars, le feu, le feu orange, les plots de signalisation, les flammes, les façades du Vieux Nice, le canari, les roux, le renard, le fard à joue, le henné, la topaze, l’ambre, le drapeau orange, la lampe mandarine, une sanguine, les fauves, l’écureuil, le cuir, la rouille, la terre, le miel, l’étoile de mer, les feuilles mortes, l’automne…


cuisine





7. Le noir







Annexe III : Menus colorés

A la fin de chaque période de travail sur une couleur donnée, nous proposions aux patients d'élaborer un menu composé uniquement d'aliments de la couleur étudiée. Cela leur a permis d'exercer leur imagination et d'avoir recours à leur stock lexical pour réaliser efficacement cette consigne. Voici ce qu'ils ont pu produire :

1. Un repas vert

Apéritif : olives, pistaches. Get 27, Perroquet ou menthe à l'eau.

Entrée : salade verte, haricots verts et avocats.

Plat : chou vert farci, épinards, asperges ou escargots farcis.

Fromage : Roquefort

Dessert : glace à la pistache ou kiwi, prune verte, pomme verte, poire verte.

2. Un repas bleu

Apéritif : toasts au Bleu, cubes bleus de « la Vache qui rit », curaçao.

Plat : de la viande bleue avec des pâtes à l'encre de seiche.

Fromage : bleu de Bresse ou d'Auvergne.

Dessert : un gâteau aux smarties bleus ou des îles flottantes au curaçao.

3. Un repas jaune

Apéritif : petits cubes de fromage, pop-corn salé, cacahuètes, chips. Pastis, jus de citron ou jus d'ananas.

Entrée : œufs mimosas, maïs.

Plat : paëlla aux fruits de mer ou omelettes aux pommes de terre ou frites et poulet.

Fromage : gruyère ou emmental.

Dessert : tarte au citron ou glace vanille ou flan ou omelette norvégienne ou ananas.

Digestif : limoncello ou génépi

4. Un repas blanc

Apéritif : chips de crevettes et billes de mozzarellas accompagnées d'un petit blanc limé ou d'une Piña Colada ou d'une anisette.

Entrée : endives, céleri rave, chou-fleur et blancs de poireaux avec un verre de vin blanc.

Plat : blanquette de veau et riz blanc, ou blancs de poulets et gratin de pommes de terre ou de chou-fleur, avec quelques haricots blancs.

Fromage : fromage blanc ou vache qui rit.

Dessert : îles flottantes, crème à la vanille, noix de coco, yaourt nature, riz au lait, litchis, meringue, glace vanille ou noix de coco.

5. Un repas orange

Apéritif : bâtonnets de carottes, noix de cajou, lupins, amandes grillées, toasts aux œufs de lumps. Whisky ou vodka orange ou jus d'orange ou punch ou rhum brun.

Entrée : carottes râpées, saumon fumé, oursins ou crabes ou encore soupe de poissons.

Plat : bisque de homard avec riz au safran ; sanguins à la persillade ou canard à l'orange.

Fromage : mimolette, gouda, munster.

Dessert : orange givrée, gâteaux au miel (zlabia) ou oranges, kakis, mandarines, clémentines.

Digestif : Cointreau ou mandarine Napoléon.

6. Un repas rose

Apéritif : toasts de tarama, radis. Vin rosé, martini rosé, kir, lait fraise.

Entrée : crevettes, jambon, rosette de Lyon, salami et saumon fumé.

Plat : pavé de saumon ou truite saumonée ou rosbeef rosé, accompagnés de pommes de terre Roseval et d'une compotée d'oignons roses.

Dessert : glace à la rose ou à la fraise, pâte d'amandes, tarte à la rhubarbe. Champagne rosé avec quelques biscuits de Reims.

Digestif : liqueur de rose.

7. Un repas noir

Apéritif : toasts aux œufs de lump, anneaux d'encornets à l'encre de seiche, toasts de tapenade, olives noires. Pinot noir.

Entrée : moules à l'encre de seiche, salade de tomates noires.

Plat : boudin noir, riz noir.

Fromage : tomme des Pyrénées

Dessert : tarte aux mûres ou opéra ou Forêt Noire + café.

Annexe IV : Grille d'Evaluation des Capacités de Communication de Thierry ROUSSEAU (GECCO)

1. Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA

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

2. Méthode d'analyse des actes de langage

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

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

3. Méthode d'analyse des actes non-verbaux

ACTES NON VERBAUX	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Geste à fonction référentielle	Geste à fonction illustratrice quand il accompagne ou remplace le discours verbal. Il peut être : -mimétique : relation d'analogie au référent -déictique : relation spatiale précise ou vague au référent -symbolique : renvoie au code culturel ou personnel; relation arbitraire et conventionnelle au référent.	-mettre ses mains en forme de rond pour parler d'un ballon -montrer du doigt la direction à suivre -mettre en pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire
Geste à fonction communicationnelle	Le geste fait référence à la situation et aux interlocuteurs. Il est plus ou moins volontaire. Il peut avoir une valeur : -expressive ou émotive : se rapporte à l'émetteur -conative : se rapporte ou s'adresse au récepteur lui signifiant quelque chose -phatique ou régulatrice : se rapporte ou s'adresse au récepteur assurant la bonne	-poser sa main sur sa poitrine pour exprimer que l'on est vraiment impliqué dans ce que l'on dit -pointer son index vers l'interlocuteur en signe de mise en garde -tendre la main à plat vers l'interlocuteur pour l'inviter à parler ou à poursuivre

	continuité de l'échange	
Geste à fonction métalinguistique	Ce type de geste peut avoir comme fonction: -fonction prosodique : fait partie du discours comme élément prosodique -fonction de redondance : le geste est redondant par rapport au discours -fonction de commentaire : le geste sert de commentaire sur le contenu ou la forme de l'énoncé	 -taper sur la table avec la main au rythme des syllabes pour marquer l'importance de ce que l'on dit -accompagner un " non " verbal d'un mouvement négatif de la tête et de l'index -mouvement oscillatoire de la main exprimant le doute par rapport à ce qu'y est dit
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	moue dubitative
Regard	Ne sont pris en compte que les aspects du regard en tant que comportement de communication : -contact visuel -mobilité du regard -expressivité du regard	 -un regard soutenu qui, témoignant d'un intérêt de l'interlocuteur, apporte un feed-back au locuteur -le regard s'oriente vers une certaine direction permettant de synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale -les yeux s'ouvrant largement expriment la surprise
Silence	Pauses survenant au cours de l'échange signifiant : -la réflexion : permet les opérations mentales -l'interaction : pause à caractère social où l'interlocuteur manifeste se reconnaissance du degré et du type de participation attendue	 -le sujet s'arrête de parler pour mieux préparer ce qu'il va dire ensuite -tout en marquant son attention (par le regard) l'interlocuteur se tait parce qu'il juge que c'est à l'examinateur de prendre la parole et de mener la discussion

4. Méthode d'analyse de l'adéquation/inadéquation

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

Annexe V : Image utilisée pour l'épreuve de description d'image de l'Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques (EFCL, B. ORELLANA)



Annexe VI : Le DO 80 (G. DELOCHE, D.HANNEQUIN, 1997)

Items	Réponses	Note 0 ou 1
1. Eléphant		
2. Citron		
3. Drapeau		
4. Canard		
5. Lit		
6. Aspirateur		
7. Chien		
8. Poire		
9. Accordéon		
10. Bougie		
11. Sapin		
12. Cheval		
13. Marteau		

14. Etoile		
15. Canon		
16. Serpent		
17. Brouette		
18. Pied		
19. Rhinocéros		
20. Fraise		
21. Chapeau		
22. Tambour		
23. Paon		
24. Téléphone		
25. Cloche		
26. Train		
27. Ours		
28. Corde à sauter		
29. Peigne		
30. Casserole		
31. Rose		
32. Vache		
33. Cœur		
34. Bouteille		
35. Pipe		
36. Sabot		
37. Ecureuil		
38. Chaise		
39. Brosse		
40. Papillon		
41. Main		
42. Ciseaux		
43. Kangourou		
44. Grillage		
45. Arrosoir		
46. Chat		
47. Père Noël		
48. Balai		
49. Couteau		
50. Lapin		
51. Fauteuil		
52. Avion		
53. Louche		

54. Zèbre		
55. Cadenas		
56. Seau		
57. Masque		
58. Hélicoptère		
59. Poule		
60. Banc		
61. Commode		
62. Lion		
63. Parapluie		
64. Tabouret		
65. Croix		
66. Balance		
67. Coq		
68. Flèche		
69. Botte		
70. Cendrier		
71. Escargot		
72. Hache		
73. Soleil		
74. Tortue		
75. Champignon		
76. Bureau		
77. Girafe		
78. Canne		
79. Fourchette		
80. Poisson		
	Note totale :	

Annexe VII : Test de fluence verbale (D.CARDEBAT et al., 1990)

TEST DE FLUENCE VERBALE (Cardebat 1990)

1) Fluence verbale formelle :

Consigne : "Pouvez-vous me dire en 2 minutes le plus possible de mots français, soit des noms, soit des verbes, soit des adjectifs, etc ... commençant par la lettre "p". Ne dites pas de mots de la même famille, de noms propres et ne vous répétez pas.... Par exemple avec la lettre L vous pouvez dire : Lune, Laver, ... Avez-vous bien compris ?".

0 à 30 secondes	30 à 60 secondes	60 à 90 secondes	90 à 120 secondes

Nombre de bonnes réponses : Normes
Intrusions : Oublis à mesure : Erreurs :

Consigne : "Pouvez-vous me dire en 2 minutes le plus possible de mots français, soit des noms, soit des verbes, soit des adjectifs, etc ... commençant par la lettre "r". Ne dites pas de mots de la même famille, de noms propres et ne vous répétez pas....

0 à 30 secondes	30 à 60 secondes	60 à 90 secondes	90 à 120 secondes

Nombre de bonnes réponses : Normes
Intrusions : Oublis à mesure : Erreurs :

ECPA 13211/24 XP

2) Fluence verbale catégorielle :

Consigne : "Pouvez-vous me dire en 2 minutes le plus possible de noms que vous connaissez dans la catégorie des noms d'animaux sans utiliser des noms de la même famille et sans répétition ...."

0 à 30 secondes	30 à 60 secondes	60 à 90 secondes	90 à 120 secondes

Nombre de bonnes réponses : Normes
Intrusions : Oublis à mesure : Erreurs :

Consigne : "Pouvez-vous me dire en 2 minutes le plus possible de noms que vous connaissez dans la catégorie des noms de fruits sans utiliser des noms de la même famille et sans répétition ...."

0 à 30 secondes	30 à 60 secondes	60 à 90 secondes	90 à 120 secondes

Nombre de bonnes réponses : Normes
Intrusions : Oublis à mesure : Erreurs :

etim 13211/25 XP

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 – Longueurs d'ondes..... 11

Figure 2 - Les couleurs du spectre 37

Figure 3 - Un exemple de mandala 39

Figure 4 - Tableau de la patiente de B. Miller, avant la maladie 67

Figure 5 - Oeuvres de la patiente de B. Miller au début de sa maladie..... 67

Figure 6 - Oeuvres de la patiente de B. Miller, une fois la DFT installée..... 68

Figure 7 - Oeuvres de W. DE KOONING 69

Figure 8 - Oeuvres de C. HORN..... 70

Figure 9 - Autoportraits de W. UTERMOHLEN..... 72

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **3**

SOMMAIRE **4**

INTRODUCTION **6**

DONNEES THEORIQUES **9**

LA COULEUR **10**

I. HISTORIQUE ET SIGNIFICATION 11
1. Le bleu *12*
1.1. Le bleu rejeté 12
1.2. Le bleu réhabilité 12
1.3. Le bleu, une couleur froide 13
1.4. Le bleu politique 13
1.5. Le bleu infini 14
2. Le rouge *14*
2.1. Le rouge, couleur de l'autorité et de la suprématie 14
2.2. Le rouge religieux 15
2.3. Le rouge de l'amour 15
2.4. Le rouge révolutionnaire 15
3. Le jaune *16*
3.1. Le jaune mal-aimé 16
3.2. Le jaune des opprimés 16
3.3. La renaissance du jaune 17
4. Le vert *17*
4.1. Une couleur ordinaire et pourtant… 17
4.2. Les deux facettes du vert 18
4.3. Le naturel du vert 19
5. Le blanc *19*
5.1. Le blanc… une couleur ? 19
5.2. Blanc et origine 20
5.3. Le blanc de la pureté 21
5.4. Le blanc, couleur de tous les âges 21
6. Le noir *22*
6.1. Un noir double face 22
6.2. Noir et blanc, un couple fidèle 22
6.3. Le noir du deuil et de la fin 23
6.4. Le noir, couleur du malheur 24
6.5. Le noir de la mode et de l'élégance 24
II. POINT DE VUE NEUROPSYCHOLOGIQUE DE LA COULEUR 25
1. Définition des fonctions exécutives *25*
2. Différents domaines d'action *26*
2.1. L'attention 26
2.2. La mémoire 27
2.3. La planification 30
2.4. Le repérage et l'orientation 31
III. LA COULEUR DU LANGAGE 33
IV. LA COULEUR ET LES MAUX 35
1. Soigner par l'art *35*
2. La chromatothérapie *36*
3. Les mandalas *38*

LIEN ENTRE COULEUR ET MALADIE D'ALZHEIMER **40**

I. RAPPELS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER 41
1. Définitions et historique *41*
1.1. Définitions 41
1.2. Historique 42
1.3. Maladie d'Alzheimer et génétique 45

1.4. Facteurs de risques ... 46
2. Description clinique ... 49
2.1. La mémoire ... 49
2.2. Le langage ... 50
2.3. Capacités praxiques et gnosiques ... 51
2.4. Comportement ... 52
2.5. Fonctions primaires et sphinctériennes ... 53
3. Diagnostic ... 53
3.1. Tests neuropsychologiques utilisés ... 53
3.2. Autres examens ... 54
4. Evolution ... 55
4.1. Stade prodromal ... 55
4.2. Stade léger ... 57
4.3. Stade modéré ... 57
4.4. Stade sévère ... 58
4.5. Phase terminale ... 59
II. LA COULEUR AU SERVICE DE PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ... 60
1. Le code couleur : une aide au repérage spatial ... 60
2. Couleurs et art : une thérapie d'expression des sens ... 61
2.1. Origine de l'art-thérapie ... 61
2.2. L'art-thérapie au travers de la peinture ... 63
3. La créativité artistique dans la pathologie ... 64
3.1. Vladimir NABOKOV, le synesthète ... 65
3.2. La patiente de Bruce MILLER, souffrant de démence fronto-temporale ... 66
3.3. Les artistes et leur Maladie d'Alzheimer ... 68

DONNEES PRATIQUES ... 74

I. HYPOTHESE DE TRAVAIL ET PROTOCOLE DE RECHERCHE ... 75
1. Présentation de l'accueil de jour France Alzheimer ... 77
1.1. Informations générales ... 77
1.2. Divers ateliers proposés ... 79
2. Tests utilisés ... 83
2.1. Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) ... 83
2.2. Le récit à partir d'une image tiré de l'Evaluation des Fonctions Cognitives Linguistiques (EFCL) 87
2.3. Le DO 80 ... 87
2.4. Le test de fluence verbale ... 88
2.5. Le test des couleurs ... 89
3. Présentation des patients ... 90
3.1. Mme S. ... 90
3.2. Mme V. ... 90
3.3. M. H. ... 91
3.4. Mme D. ... 92
3.5. Mme E. ... 92
3.6. Mme J. ... 93
3.7. Mme G. ... 94
4. Un atelier autour de la couleur ... 95
4.1. Constitution du groupe ... 95
4.2. Description de l'atelier ... 97
II. DEROULEMENT DES SEANCES ... 103
1. Productions des patients ... 103
1.1. Le rouge ... 105
1.2. Le vert ... 107
1.3. Voyelles à la manière d'A. Rimbaud ... 109
1.4. Symbolique des couleurs et émotions ... 111
1.5. Discussion et ressentis autour de reproductions de tableaux de maîtres ... 112
2. Analyse de trois patients en particulier ... 116
2.1. Analyse de trois patients ... 116
III. DISCUSSION ... 131

CONCLUSION ... 138

BIBLIOGRAPHIE ... 141

ANNEXES ... 143

ANNEXE I : EVOCATION SUR LES DIFFERENTES COULEURS ... 144

1. Le bleu ... *144*
2. Le jaune ... *145*
3. Le blanc ... *146*
4. L'orange ... *148*
5. Le rose ... *149*
6. Le noir ... *150*
ANNEXE II : COLLAGES DES PATIENTS ... 152
1. Le rouge ... *152*
2. Le vert ... *153*
3. Le bleu ... *154*
4. Le jaune ... *155*
5. Le blanc ... *156*
6. L'orange ... *157*
7. Le noir ... *158*
ANNEXE III : MENUS COLORES ... 159
1. Un repas vert ... *159*
2. Un repas bleu ... *159*
3. Un repas jaune ... *159*
4. Un repas blanc ... *160*
5. Un repas orange ... *160*
6. Un repas rose ... *160*
7. Un repas noir ... *161*
ANNEXE IV : GRILLE D'EVALUATION DES CAPACITES DE COMMUNICATION DE THIERRY ROUSSEAU (GECCO) ... 162
1. Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA ... *162*
2. Méthode d'analyse des actes de langage ... *163*
3. Méthode d'analyse des actes non-verbaux ... *164*
4. Méthode d'analyse de l'adéquation/inadéquation ... *165*
ANNEXE V : IMAGE UTILISEE POUR L'EPREUVE DE DESCRIPTION D'IMAGE DE L'EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES LINGUISTIQUES (EFCL, B. ORELLANA) ... 166
ANNEXE VI : LE DO 80 (G. DELOCHE, D.HANNEQUIN, 1997) ... 166
ANNEXE VII : TEST DE FLUENCE VERBALE (D.CARDEBAT ET AL., 1990) ... 169

TABLE DES ILLUSTRATIONS ... 171

TABLE DES MATIERES ... 172

Marion Samper

DE LA COULEUR AUX MOTS… : Expérience d'atelier avec un groupe de patients Alzheimer

140 pages, 30 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – **UNS / Faculté de Médecine** - Nice 2014

RESUME

Nous avons souhaité étudier l'impact des couleurs sur une population atteinte de la maladie d'Alzheimer. Nous avons donc participé pendant plusieurs mois à l'atelier « Couleur » proposé au sein d'un accueil de jour. Lors de cette recherche, nous nous demandions si le travail sur les couleurs pouvait permettre de solliciter le langage de ces patients, de faire émerger quelques souvenirs et d'améliorer leur attitude générale.

A travers différents travaux réalisés lors de l'atelier, nous avons pu mettre en évidence que les couleurs constituaient un thème riche, permettant à chaque patient de donner son point de vue ou d'évoquer des mots et des événements passés que l'on pensait perdus. L'atelier et la création d'œuvres communes permettent de revaloriser ces malades et de leur redonner un statut d'individu à part entière.

Cette étude, strictement qualitative, nous a permis de mettre en évidence à quel point il est important de continuer à solliciter ces patients, dont certaines capacités communicationnelles restent préservées, et de montrer que les couleurs peuvent représenter un bon sujet de départ pour stimuler ces capacités.

MOTS-CLES

Démence – Expression – Recherche – Etude de cas – Personne âgée – Perception – Couleurs – Atelier thérapeutique

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Philippe Barrès

CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE

Martine Puccini-Emportes