



HAL
open science

Maladie d'Alzheimer et émotions : de la perception à l'expression des émotions à travers deux ateliers

Géraldine Duval

► **To cite this version:**

Géraldine Duval. Maladie d'Alzheimer et émotions : de la perception à l'expression des émotions à travers deux ateliers. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01503758

HAL Id: dumas-01503758

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01503758>

Submitted on 7 Apr 2017

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

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

MEMOIRE présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

DUVAL Géraldine

Née le 08 août 1989 à Château-Thierry

MALADIE D'ALZHEIMER ET EMOTIONS :
*De la perception à l'expression des émotions à travers
deux ateliers*

Directeur de Mémoire : **BAUDU Claude,**
neuropsychologue

Co-directrice de Mémoire : **PUCINI-EMPORTES Martine,**
orthophoniste

Nice

2013

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

MEMOIRE présenté en vue de l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

DUVAL Géraldine

Née le 08 août 1989 à Château-Thierry

MALADIE D'ALZHEIMER ET EMOTIONS :

*De la perception à l'expression des émotions à travers
deux ateliers*

Directeur de Mémoire : **BAUDU Claude,**
neuropsychologue

Co-directrice de Mémoire : **PUCINI-EMPORTES Martine,**
orthophoniste

Nice

2013



REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements les plus sincères à Monsieur Baudu, directeur de ce mémoire, qui a pris le temps de me recevoir pour me faire découvrir des pistes à chaque fois plus intéressantes, pour son aide et sa disponibilité.

Je remercie chaleureusement Madame Puccini-Emportès, co-directrice de ce mémoire, pour m'avoir accueillie tout au long de l'année au sein de ses ateliers, pour m'avoir conseillée mais également soutenue et encouragée tout au long de ce travail tout en me transmettant sa passion.

Je tiens à remercier Madame Mauvilly, membre de mon jury, pour m'avoir apporté son regard et ses réflexions, et Monsieur le Dr Barrès, membre du jury, pour l'intérêt qu'il a porté à mon étude et pour ses conseils.

Je remercie également tous les membres de l'équipe de l'accueil de jour France Alzheimer 06, qui m'ont accueillie chaleureusement et qui ont eu la gentillesse de me faire part de leurs observations.

Je tiens aussi à exprimer un grand merci aux patients de l'accueil, qui m'ont également accueillie avec bienveillance, et qui ont bien voulu répondre à mes nombreuses questions.

Je remercie profondément ceux qui m'ont aidée dans la réalisation de mon mémoire, par leurs lectures, leurs corrections et leurs suggestions, qui m'ont apporté leur soutien sans jamais fléchir.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	10
I.QUELQUES EXPLICATIONS... ..	11
1.DE QUELQUES GÉNÉRALITÉS À UN BREF HISTORIQUE	11
1.1.Données épidémiologiques.....	12
1.2.Découverte de la maladie.....	13
2.DIAGNOSTIC.....	14
3.DONNÉES PHYSIOPATHOLOGIQUES.....	15
4.SÉMILOGIE NEUROPSYCHOLOGIQUE.....	16
4.1.Atteinte mnésique.....	17
4.2.Atteinte linguistique.....	19
4.3.Atteinte perceptivo-motrice.....	19
4.4.Atteinte des fonctions exécutives.....	20
4.5.Atteinte comportementale et psychologique.....	22
II.LA COMMUNICATION DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER 25	
1.ASPECTS GÉNÉRAUX DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION.....	25
2.UNE COMMUNICATION VERBALE S'ALTÉRANT AU FIL DE LA DÉGÉNÉRESCENCE.....	27
2.1.Au stade léger de la maladie.....	27
2.2.Au stade moyen de la maladie.....	28
2.3.Au stade sévère de la maladie.....	29
3.LA COMMUNICATION NON-VERBALE.....	30
III.LES THÉRAPIES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	32
1.LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX.....	32
2.LES THÉRAPIES NON-MÉDICAMENTEUSES.....	33
2.1.Diverses interventions non-médicamenteuses.....	33
2.2.Quelques interventions spécifiques aux troubles cognitifs et aux troubles de la communication. .	34
LES ÉMOTIONS.....	36
I.QU'EST-CE QU'UNE ÉMOTION ?.....	37
1.DÉFINITIONS.....	37
2.ÉMOTION ET NOTIONS CONNEXES	39
2.1.Le sentiment.....	39
2.2.L'humeur.....	40
II.DIFFÉRENTES APPROCHES THÉORIQUES.....	42
1.LES PHILOSOPHES ET L'ÉMOTION.....	42
2.THÉORIES PHYSIOLOGIQUES.....	43
3.THÉORIES ÉVOLUTIONNISTES.....	47
3.1.Darwin.....	47
3.2.Ekman, Izard et Plutchik.....	47
4.THÉORIES COGNITIVES.....	49
5.THÉORIE DES MARQUEURS SOMATIQUES.....	50
III.NEURO-ANATOMIE DES ÉMOTIONS.....	51

1. LES PREMIÈRES RECHERCHES.....	51
1.1. <i>Le circuit de Papez</i>	51
1.2. <i>Le cerveau tri-unique de MacLean</i>	51
2. LES THÉORIES ACTUELLES.....	52
IV. ÉMOTIONS ET MALADIE D'ALZHEIMER.....	55
1. IDENTIFICATION ET RECONNAISSANCE ÉMOTIONNELLES DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	55
1.1. <i>Préservation des capacités</i>	55
1.2. <i>Déficit des capacités</i>	57
2. ÉMOTION, COMMUNICATION ET MALADIE D'ALZHEIMER.....	59
LE CONTE.....	61
I. DÉFINITIONS ET ORIGINES DES CONTES.....	62
1. QU'EST-CE QU'UN CONTE ?.....	62
1.1. <i>Le conte, une composante de la littérature orale</i>	62
1.2. <i>Le conte, un récit à différencier</i>	63
1.3. <i>Le conte et son conteur</i>	64
1.4. <i>Rôle des contes</i>	65
1.5. <i>Un style oral</i>	66
2. DE L'ORIGINE DES CONTES À AUJOURD'HUI.....	67
2.1. <i>D'où vient le conte ?</i>	67
2.2. <i>Son chemin jusqu'à nous</i>	68
II. APPROCHES THÉORIQUES DES CONTES.....	70
1. CLASSIFICATION INTERNATIONALE.....	70
2. PROPP ET L'ANALYSE MORPHOLOGIQUE.....	71
3. GREIMAS ET LE SCHÉMA ACTANTIEL.....	72
4. LES RÉFLEXIONS DE L. FÈVRE.....	73
III. APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DES CONTES.....	76
1. LE CONTE THÉRAPEUTIQUE.....	76
2. BETTLEHEIM.....	79
3. LAFFORGUE.....	79
4. ÉSTIENNE ET LE CONTE EN ORTHOPHONIE.....	80
IV. SA PERTINENCE AUPRÈS DE PATIENTS ALZHEIMER.....	82
1. UN ATELIER-CONTES DANS UNE INSTITUTION POUR PERSONNES ÂGÉES, DU POURQUOI AU COMMENT.....	82
2. UNE EXPÉRIENCE D'ATELIER-CONTES EN ACCUEIL DE JOUR AVEC LES PATIENTS ALZHEIMER : RENDEZ-VOUS « CONTE »	82
3. ÉVALUATION DES EFFETS DE L'ATELIER-CONTES AUPRÈS DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE D'ALZHEIMER ÉVOLUÉE OU APPARENTÉE.....	84
L'ATELIER D'EXPRESSION THÉÂTRALE.....	86
I. UN ATELIER ISSU D'UN GENRE LITTÉRAIRE VASTE : LE THÉÂTRE.....	87
1. QU'EST-CE QUE LE THÉÂTRE ?.....	87
2. UN BREF HISTORIQUE DU THÉÂTRE FRANÇAIS.....	88
2.1. <i>Les origines du théâtre : l'Antiquité</i>	88
2.2. <i>Le théâtre médiéval</i>	89
2.3. <i>Le théâtre à la Renaissance</i>	90
2.4. <i>Le théâtre au XVIIIe siècle</i>	90
2.5. <i>Le théâtre au XIXe siècle</i>	90
2.6. <i>Le théâtre du XXe siècle</i>	91

II. THÉÂTRE ET THÉRAPIE.....	92
1. ARISTOTE ET LA CATHARSIS.....	92
2. UNE PREMIÈRE EXPÉRIENCE DU THÉÂTRE DANS UN LIEU DE SOIN.....	93
3. THÉRAPIE PAR LA MISE EN SCÈNE : LE PSYCHODRAME.....	93
III. TECHNIQUES THÉÂTRALES : LES BASES DE L'ATELIER D'EXPRESSION THÉÂTRALE	
.....	94
1. LE CADRE DE LA SÉANCE.....	95
2. PREMIER TEMPS DE LA SÉANCE.....	96
2.1. <i>La relaxation</i>	96
2.2. <i>La respiration et le travail vocal</i>	97
2.3. <i>Le travail du corps</i>	97
2.4. <i>Travail des émotions</i>	98
3. DEUXIÈME TEMPS DE LA SÉANCE : L'IMPROVISATION THÉÂTRALE.....	98
3.1. <i>Historique</i>	98
3.1.1. <i>La Commedia dell'arte</i>	98
3.1.2. <i>Le renouveau de l'improvisation</i>	99
3.2. <i>Principes de l'improvisation</i>	100
IV. THÉÂTRE ET MALADIE D'ALZHEIMER.....	103
1. LE THÉÂTRE COMME MÉTHODE DE COMMUNICATION DANS LES SOINS PSYCHO-GÉRIATRIQUES : LA MÉTHODE VEDER... 103	
2. « UTILISER L'IMPROVISATION THÉÂTRALE POUR STIMULER LA COMMUNICATION VERBALE ET NON-VERBALE DE PATIENTES ATTEINTES D'UNE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER ».....	104
PRATIQUE ET ANALYSE.....	105
I. PROBLÉMATIQUE.....	106
II. MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ÉTUDE.....	107
1. DESCRIPTION DES TESTS UTILISÉS.....	107
1.1. <i>Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication, d'Y. Joannette, B. Ska, H. Coté</i>	107
1.2. <i>Le Token Test</i>	109
1.3. <i>Épreuves issues de l'échelle Adas-cog</i>	110
1.4. <i>Passation du protocole</i>	112
2. LIEU DES ATELIERS : UN ACCUEIL DE JOUR.....	113
3. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE NOTRE ÉTUDE.....	115
3.1. <i>Les groupes</i>	115
3.1.1. <i>Dans le cadre de l'atelier-conte</i>	115
3.1.2. <i>Dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale</i>	116
3.2. <i>Les patients choisis</i>	118
3.2.1. <i>Madame T</i>	119
3.2.2. <i>Madame G</i>	120
3.2.3. <i>Madame F</i>	121
4. DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE-TYPE POUR CHAQUE ATELIER.....	122
4.1. <i>Séance-type de l'atelier-conte</i>	123
4.2. <i>Séance-type de l'atelier d'expression théâtrale</i>	124
III. RÉSULTATS DES ANALYSES.....	126
1. D'UN POINT DE VUE COLLECTIF.....	126
1.1. <i>Dans le cadre de l'atelier-conte</i>	126
1.2. <i>Dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale</i>	130
2. D'UN POINT DE VUE INDIVIDUEL.....	139
2.1. <i>Madame T</i>	139
2.1.1. <i>Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T1 réalisé le 21 janvier 2013</i>	139

2.1.2. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier-conte.....	141
2.1.3. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale.....	142
a) Analyse de séances	142
b) Synthèse des informations extraites au cours de l'atelier d'expression théâtrale.....	151
2.1.4. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T2 réalisé le 11 avril 2013.....	152
2.1.5. Mise en évidence d'un profil émotionnel global.....	154
a) A partir de la mise en parallèle des résultats des temps T1 et T2.....	154
b) A partir des informations issues des ateliers	155
2.2. Madame G.....	156
2.2.1. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T1 réalisé le 14 janvier 2013.....	156
2.2.2. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier-conte.....	158
2.2.3. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale.....	159
a) Analyse de séances.....	159
b) Synthèse des informations extraites au cours de l'atelier d'expression théâtrale.....	166
2.2.4. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T2 réalisé 8 avril 2013.....	167
2.2.5. Mise en évidence d'un profil émotionnel global.....	169
a) A partir des résultats issus des tests.....	169
b) A partir des informations issues des ateliers	170
2.3. Madame F.....	171
2.3.1. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T1 réalisé le 18 février 2013.....	171
2.3.2. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier-conte.....	173
2.3.3. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale.....	175
a) Analyse de séances	175
b) Synthèse des informations extraites au cours de l'atelier d'expression théâtrale.....	184
2.3.4. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T2 réalisé le 18 avril 2013.....	185
2.3.5. Mise en évidence d'un profil émotionnel global.....	186
a) A partir des informations issues des tests.....	186
b) A partir des informations issues des ateliers.....	187
IV. DISCUSSION.....	189
CONCLUSION.....	196
BIBLIOGRAPHIE.....	199
ANNEXES.....	204
ANNEXE I : TESTS UTILISÉS.....	205
ANNEXE II : DIALOGUES EXTRAITS DES SÉANCES DE L'ATELIER D'EXPRESSION THÉÂTRALE.....	208

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer questionne chacun de nous : que l'on ait eu un proche atteint ou non, nous ne pouvons échapper au tapage médiatique qui entoure cette pathologie. Les personnes âgées n'ont plus une fin de vie tranquille. On les regarde, on les observe. A la moindre faiblesse, on leur jette la pierre de la démence.

Qu'en est-il vraiment ? 850 000 personnes atteintes en 2004, sachant que ce nombre n'a de cesse d'augmenter. Les chiffres ne sont pas récents, mais ils témoignent d'une réalité : cette maladie est un véritable problème de santé publique, qui mérite l'attention qu'on lui porte.

Qu'est-ce que cela provoque ? Chacun pensera tout d'abord aux troubles de la mémoire, puis aux troubles du langage... Et encore ? La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est souvent décrite comme apathique, c'est-à-dire « *une perte de la motivation qui se manifeste par une diminution de l'initiation, un manque d'intérêt, de l'indifférence, un faible engagement social et un émoussement émotionnel* »¹.

Pourtant en poussant la porte de l'accueil de jour, nous ne sommes pas tombée sur ce constat, du moins pas seulement. En effet, il y a des rires, des disputes, des conversations, des chants spontanés, des danses improvisées... Puis lorsque les ateliers commencent, qu'ils soient conte, expression théâtrale ou autre, ils laissent place à l'individu afin qu'il s'exprime, afin qu'il dise ce qu'il a sur le cœur. Les ateliers sont alors le déversoir de paroles, d'émotions...

D'année en année, les recherches portant sur la maladie d'Alzheimer se sont multipliées, permettant à notre savoir concernant cette maladie de progresser, mais « *si l'on ne peut contester l'importance de la recherche de facteurs pathogènes organiques, si l'on ne peut nier que sans neurones, il est impossible de penser, on doit aussi s'imposer un questionnement approfondi sur le psychisme du dément, sur ses relations affectives avec les siens et les troubles éventuels de communication qui se développent entre lui et les autres.* »²

1 Basse C, Perrin M « Prise en charge de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer par le maintien d'un domaine d'expertise : étude de cas » in *Actualités en rééducation neuropsychologique : étude de cas*, Adam S, Allain P, Aubin C, Coyette F. Solal : Marseille , 2009

2 Maisondieu J *Le crépuscule de la raison* Bayard édition : Paris, 1989

C'est ce questionnement que nous avons choisi d'emprunter dans ce travail de recherche : nous avons souhaité nous pencher sur le lien entre émotion et maladie d'Alzheimer. Au cours de ces ateliers, notre intérêt s'est porté sur la perception et l'expression des émotions des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les fondements théoriques de ce mémoire aborderont en premier lieu la maladie d'Alzheimer : tout d'abord d'un point de vue général, pour ensuite évoquer la communication de ces personnes atteintes, avant d'observer les différentes thérapies proposées.

Puis nous nous intéresserons aux émotions : nous chercherons à définir cette notion, à expliquer les différentes approches théoriques et les données neuro-anatomiques et nous ferons un état des lieux des émotions dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer.

Ensuite nous détaillerons les ateliers, sans lesquels notre étude n'aurait pu avoir lieu. D'une part, la partie concernant l'atelier-conte permettra de définir le conte et d'évoquer ses origines, d'aborder les différentes approches théoriques et thérapeutiques des contes, puis de mettre en exergue, à l'aide d'études déjà réalisées, la pertinence d'un atelier-contes auprès de patients Alzheimer. D'autre part, la partie évoquant l'atelier d'expression théâtrale abordera le genre littéraire du théâtre, puis le lien unissant cet art à la thérapie. Nous expliquerons les diverses techniques théâtrales utilisées au sein de l'atelier, avant de faire un état des lieux des études concernant le théâtre pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Afin de répondre aux questions qui seront soulevées, nous présenterons les divers éléments de notre protocole, sa passation, les résultats obtenus aux tests ainsi que l'analyse des ateliers d'un point de vue du groupe mais également centrée sur trois patientes.

Les données recueillies au cours des ateliers seront exposées et feront l'objet d'une analyse qualitative. Ces analyses seront ensuite discutées afin d'aboutir à la conclusion de notre travail de recherche.

Partie I

LA MALADIE D'ALZHEIMER

I. Quelques explications...

De nos jours, on entend souvent parler de la maladie d'Alzheimer... Mais que se cache-t-il derrière cette expression ? Pourquoi n'en entendait-on pas parler avant ?

Pourtant, dès les premiers siècles de notre ère, nous retrouvons dans des écrits, comme ceux de Juvénal, poète satirique du I-II^{ème} siècle, des descriptions proches de la vision que nous avons de cette maladie.

« Mais la démence vient combler des maux si graves:

Le vieillard oubliera le nom de ses esclaves;

Son ami qui la veille à ses côtés dînait,

Ses fils, ses propres fils, vois, il les méconnaît! »

Juvénal³

1. De quelques généralités à un bref historique

Au XX^{ème} siècle, la baisse de mortalité des enfants ainsi que des adultes a eu pour conséquence une augmentation du nombre de personnes âgées. Ainsi la société a été confrontée à une nouvelle population, qui avait des besoins spécifiques dont il fallait s'occuper.

Avec cette population de plus en plus importante, le nombre de personnes âgées « perdant la tête » a augmenté et c'est ainsi que s'est installée une confusion entre maladie et vieillesse, laissant penser que la démence accompagne fréquemment la vieillesse. C'est en 1906 que la maladie d'Alzheimer est pour la première fois décrite. Aujourd'hui, pour le grand public, la plupart des personnes âgées sont considérées comme étant atteintes par cette maladie. Pourtant de nombreuses démences existent, la maladie d'Alzheimer n'en étant qu'une variante. Mais aujourd'hui, elle est devenue synonyme de syndrome démentiel dans le langage courant. Les démences peuvent s'organiser selon une classification prenant en compte leur localisation (démences corticales, démences sous-

3 Lacroix J. *Satires de Juvénal et De Perse* (1846), Libraires de Firmin Didot Frère, Paris

corticales, démences cortico-sous-corticales....) ou leur étiologie (démences dégénératives primaires, démences vasculaires, démences mixtes, ...).

Cette confusion dans le langage courant a eu comme avantage de permettre aux familles, mais également aux pouvoirs publics, de reconnaître la maladie comme telle, et non pas l'évolution d'un vieillissement normal. Le fait que ce soit une maladie ouvre sur la possibilité d'une guérison – même si ce n'est pas encore le cas –, sur son accompagnement, sur la possibilité éventuelle de la prévenir.

1.1. Données épidémiologiques

En 2010, on estimait à 35,6 millions⁴ le nombre de personnes vivant avec une démence dans le monde. Ce chiffre devrait atteindre les 65,7 millions en 2030 et 115,4 millions en 2050⁴.

En France, le nombre de personnes de plus de 65 ans atteintes de démence de type Alzheimer en France métropolitaine en 2004 a été estimé à 850 000 et celui de nouveaux cas annuels à 225 000, avec une projection à 1,15 millions de cas en 2020 sous l'hypothèse d'une prévalence constante⁵.

La principale source de données, en France, sur la prévalence des démences vient de l'étude PAQUID (Personnes Âgées QUID). Cette étude épidémiologique a eu pour objectif général 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. La prévalence a été évaluée une première fois en 1989⁶, puis réévaluée en 1999⁷ sur les plus de 75 ans survivant à la cohorte initiale. La prévalence de la démence augmente avec l'âge dans les deux sexes. Avant 80 ans, elle est plus faible chez les femmes, mais la tendance est inversée après 80 ans, comme le montre ce tableau :

4 World Alzheimer report 2010-Alzheimer's disease international - <http://www.alz.co.uk/research/worldreport/>

5 Inserm *Maladie d'Alzheimer – Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux* Paris : Inserm, 2007

6 Letenneur L, Dequae L, Jacqmin H, Nuissier J, Decamps A, Barberger-Gateau P, et al. « Prévalence de la démence en Gironde (France) ». *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993 ;41 :139-145.

7 Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid. » *Rev Neurol* (Paris) 2003 ; 159 : 405-411.

Âge	Hommes	Femmes	Ensemble
75 à 79 ans	7,7	5,7	6,5
80 à 84 ans	12,5	16,6	15,1
85 à 89 ans	22,9	29,9	27,6
90 à 94 ans	27	52,8	47
Total	13,2	20,5	17,8

*Prévalence de la démence en fonction de l'âge et du sexe.
Étude Paquid – suivi à 10 ans (1998-1999)*

Néanmoins, un grand nombre de cas ne sont pas diagnostiqués malgré les efforts importants en matière de dépistage précoce.

Début 2008, a été lancé en France un plan Alzheimer, dont les objectifs étaient d'encourager la recherche afin de mieux connaître cette maladie, d'améliorer la qualité de vie des malades et des aidants dans le respect de leur dignité, et faire de la maladie d'Alzheimer un véritable enjeu de société.

Ce plan n'est pas le premier à être instauré en France. En effet, le premier plan s'est déroulé de 2001 à 2004, tandis qu'un second plan prenait le relais jusque 2007. Il découlait de ces deux premiers plans des progrès insuffisants.

1.2. Découverte de la maladie

En 1906, lors d'une conférence, Aloïs Alzheimer décrit pour la première fois « la maladie particulière du cortex cérébral » de sa patiente Auguste D., âgée de 51 ans.

Il rapporte à propos de cette femme : « *une baisse de la mémoire qui s'aggrava rapidement. La patiente ne se retrouvait plus dans la maison, déplaçait des objets de-ci de-là, les cachait, (...) Elle était totalement désorientée dans le temps et dans l'espace (...) Par moment, elle était complètement délirante, traînait çà et là des bouts de sa literie (...) Manifestement elle ne comprenait pas certaines questions. Elle ne semblait pas connaître l'usage de certains objets (...) Elle est devenue à la fin totalement aphasique, couchée dans son lit, les jambes fléchies sous elle.* »

A la mort de cette femme, Alzheimer pratique une autopsie. S'intéressant au cerveau, il remarque deux types de dépôts anormaux – les plaques amyloïdes et la dégénérescence

neurofibrillaire – qui sont encore aujourd'hui les marqueurs histologiques de cette maladie.

2. Diagnostic

La réalisation d'études épidémiologiques de maladies et l'élaboration d'essais thérapeutiques nécessitent une population de malades relativement homogènes. Ainsi un diagnostic doit pouvoir être donné.

Pendant plusieurs décennies, les critères permettant le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer ont été figés par le NINCDS-ADRDA⁸, critères dits de McKhann et *al.* (NINCDS : *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke*, ADRDA : *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*), et par les différentes versions des critères internationaux du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*).

En 2007, de nouveaux critères ont été publiés par un groupe d'experts, sous l'égide de B. Dubois, dans lesquels ils intègrent dans le cours de la maladie la phase « prodromale ». Ils sont exclusivement à destination de la recherche.

En 2010, le travail de ce même groupe aboutit à de nouveaux critères, étoffés et adaptés aux formes cliniques atypiques. Ils sont « *plus ambitieux puisqu'ils proposent une redéfinition de la maladie d'Alzheimer assortie d'un nouveau lexique des différentes étapes cliniques et physiopathologiques de la maladie d'Alzheimer tout au long d'un continuum allant des aspects précliniques asymptomatiques et présymptomatiques jusqu'au stade de la démence avérée, en passant par la phase de la maladie d'Alzheimer prodromale* »⁹. Ils sont cette fois-ci à destination des chercheurs et des cliniciens.

En 2011, émergeant sous la demande du National Institute of Aging et de l'Alzheimer Association, de nouveaux critères internationaux paraissent, prenant en compte les nouvelles données issues de la recherche et de la clinique.

8 McKhann G., Frachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan EM. « Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. » *Neurology* 1984 ; 34 : 939-44

9 Croisile B, Auriacombe A, Etcharry-Bouyx F, Vercelletto M. « Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : stades précliniques, mild cognitive impairment et démence » *Revue neurologique* 2012 ; 168 : p. 471-482

Les principaux facteurs de risque de MA actuellement retenus sont l'âge, l'existence d'antécédents familiaux de MA et les facteurs cardiovasculaires.

La maladie d'Alzheimer est une maladie complexe, que la recherche explore toujours. Son début est insidieux, son évolution progressive, se caractérisant par des lésions histologiques typiques, mais non spécifiques.

3. Données physiopathologiques

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, dont le diagnostic peut être confirmé par la présence de deux types de lésions histologiques : les dégénérescences neurofibrillaires et les plaques amyloïdes. Bien avant les premiers signes observables, ces lésions sont déjà présentes. Réussir à les repérer permettrait un dépistage des plus précoces.

Décrites par Aloïs Alzheimer, les plaques amyloïdes sont des amas fibreux, se situant entre les cellules. Elles sont constituées d'une substance insoluble, composée de peptides bêta-amyloïdes enchevêtrés. Ce peptide est produit par la scission anormale d'une plus grosse molécule, l'APP (*amyloid precursor protein*). Ces dépôts peuvent être, soit constitutifs des plaques séniles, soit diffus, soit vasculaires. Ils vont envahir l'ensemble du cortex associatif de façon non-systématisée.

La dégénérescence neurofibrillaire correspond à l'accumulation intracellulaire des protéines tau (*tubulin associated unit*) sous forme de filaments pathologiques. Ces filaments déstabilisent certaines fonctions neuronales, ce qui a pour conséquence la dégénérescence et la mort du neurone. Ce dysfonctionnement a pour conséquence un déséquilibre chimique au niveau de la communication neuronale, et par la suite, il entraînera une détérioration cognitive, notamment mnésique.

Les dégénérescences neurofibrillaires suivent une progression plus systématique : du cortex temporal interne vers les zones associatives temporales, puis vers le carrefour temporo-pariéto-occipital avant de gagner les zones frontales. Par la suite, les zones primaires (sensorielles et motrices) seront également atteintes.

Ces deux marqueurs biologiques se rencontrent fréquemment au cours du vieillissement normal. Dans la maladie d'Alzheimer, différents facteurs vont influencer la multiplication des dépôts amyloïdes dans le cortex, ce qui a pour conséquence l'accélération de l'envahissement progressif par les dégénérescences neurofibrillaires. Plus le dépôt amyloïde se répandra, plus la vitesse de l'envahissement du cortex par les dégénérescences neurofibrillaires sera accélérée, mécanique ayant un impact direct sur l'âge d'apparition de la maladie.

4. Sémiologie neuropsychologique

D'un sujet à l'autre, les désordres cliniques observés sont variables. Divers facteurs ont leur influence : l'âge de début, la rapidité de l'évolution, l'hétérogénéité des troubles cognitifs et comportementaux.

Dans la forme typique, les déficits apparaissent de façon insidieuse, imprécise, et l'évolution est le plus souvent lente et progressive, sans à-coups.

Depuis quelques années, la terminologie classique a été revisitée, notamment par le groupe d'experts à l'origine des nouveaux critères diagnostiques. La maladie est alors ainsi décrite :

- la phase préclinique, qui est indécélable aujourd'hui.
- la phase prodromale, marquée par des signes aspécifiques ayant peu de retentissement. Il s'agit du moment idéal pour poser un diagnostic.
- la phase démentielle, dans laquelle le malade perd progressivement son autonomie. Celle-ci se divise en trois stades, définis par le score obtenu au Mini Mental State Examination (MMSE) :
 - le stade léger (MMSE compris entre 20 et 30)
 - le stade modéré (MMSE compris entre 10 et 19)
 - le stade sévère (MMSE compris entre 0 et 9)

La maladie d'Alzheimer va entraîner une atteinte instrumentale (langage, gnosies, praxies...), un syndrome dysexécutif, une atteinte mnésique et des troubles du comportement. Nous allons maintenant explorer ces différents troubles, qui coexistent à différents stades de la maladie.

4.1. Atteinte mnésique

« Te souviens-tu du prénom d'Alzheimer ? »

Comme en témoigne cette plaisanterie, le symbole de la maladie d'Alzheimer est l'atteinte mnésique. En effet, celle-ci est souvent le premier symptôme et marque le plus souvent le patient et son entourage. Très vite, les oublis vont avoir une répercussion sur la vie quotidienne : la personne va oublier des rendez-vous, des nouvelles informations...

Cette atteinte va être progressive : d'abord légère, proche de ce que l'on observe dans le vieillissement normal, puis progressivement, elle se généralise à toutes les composantes de la mémoire.

Les troubles de la mémoire à long terme sont révélateurs de la maladie d'Alzheimer ; ils font partie des symptômes les plus précoces.

- Tout d'abord, la mémoire explicite est atteinte. Celle-ci se compose de la mémoire sémantique et de la mémoire épisodique.

- ✓ La mémoire épisodique est un système à capacité illimitée, destiné au stockage d'informations vécues. Elle s'organise sur la base de relations temporelles et spatiales pour retrouver l'information. Son accès est délibéré et volontaire. Elle permet l'encodage, le stockage et la récupération d'informations personnelles vécues.

Cette mémoire est prioritairement touchée. Au stade précoce, les souvenirs anciens sont plus préservés que les faits récents, puis la maladie évoluant, l'atteinte concerne les processus d'encodage, de récupération et de stockage. Ce sont donc toutes les étapes de la mémorisation qui seront altérées pouvant aboutir à une désorientation spatio-temporelle.

- ✓ La mémoire sémantique est un système à capacité illimitée, destiné au stockage des informations détachées de leur contexte d'apprentissage pour former l'ensemble des connaissances du sujet, de tous les faits culturels appris.

Ce système mnésique, atteint plus tardivement, ne permettra plus au patient d'avoir accès au sens des mots, à son stock lexical et à ses connaissances encyclopédiques. Le sujet sera peu à peu vidé de sa culture.

- La mémoire de travail est un système à capacité limitée (7 éléments en moyenne), qui a pour but le maintien temporaire et la manipulation d'informations pendant la réalisation de tâches cognitives dans un laps de temps assez court (moins de 3 minutes).

Elle est altérée¹⁰ assez précocement. L'atteinte se situe principalement au niveau de l'administrateur central, dont le rôle est de superviser, de distribuer l'énergie attentionnelle et de coordonner les deux systèmes esclaves (boucle phonologique et calepin visuo-spatial).

Ce déficit au niveau de la mémoire de travail entraîne une difficulté à se concentrer, à suivre un raisonnement en plusieurs étapes, à comprendre et à exécuter une consigne.

La vie quotidienne est fortement perturbée par cette atteinte de la mémoire de travail.

- La mémoire procédurale correspond aux tâches acquises par apprentissage implicite et faisant intervenir l'utilisation d'outils et le schéma corporel, comme par exemple faire du vélo.

Dans la maladie d'Alzheimer, elle peut être préservée, jusqu'à un stade d'évolution avancée. En effet, les malades peuvent réaliser et mémoriser des apprentissages et des programmes moteurs dans des conditions semblables aux sujets contrôles jusqu'à un stade avancé de la maladie. L'acquisition de nouvelles procédures reste donc possible même si elle nécessite plus de temps et est plus difficile. Cette mémoire utilise l'ensemble du cerveau, ce qui lui permet de résister plus longtemps. Son atteinte entraîne des troubles praxiques (incapacité à utiliser des outils, à exécuter une tâche comme enfiler un pantalon...)

L'évolution des troubles de la mémoire correspond à la localisation des dégénérescence neurofibrillaires. En effet, ces lésions gagnent d'abord les hippocampes, structure très impliquée dans l'apprentissage d'informations épisodiques nouvelles, puis

10 Belleville S, Peretz I, Malenfant D. « Examination of the working memory components in normal aging and in dementia of the Alzheimer type » *Neuropsychologia* 1996 ; 34 : 195-207

les lobes temporaux et frontaux ; et elles s'étendent aux régions néocorticales, qui sont primordiales pour le stockage des informations anciennes. Les structures de la mémoire procédurale sont le cervelet et les noyaux gris, qui ne sont que très tardivement envahis par ces lésions.

4.2. Atteinte linguistique

Dès 1907, Aloïs Alzheimer avait fait état de cette difficulté langagière.

Au début de la maladie, les troubles du langage ne sont pas ressentis par tous les malades, mais progressivement ils concerneront de plus en plus d'individus jusqu'à la quasi-totalité des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer au stade sévère. Avec l'évolution, la fréquence de ces troubles et leur sévérité ne vont qu'en s'accroissant.

Divers facteurs influent sur l'atteinte linguistique : le niveau cognitif, intellectuel, langagier et communicationnel du patient avant sa maladie. L'environnement dans lequel évolue le patient est également un facteur important. En effet, son influence est positive si l'environnement est affectivement riche et stimulant, tandis que s'il est propice à l'isolement et au rejet, l'atteinte linguistique aura tendance à se majorer.

Cette atteinte spécifique sera vue plus précisément dans notre partie sur la communication dans la maladie d'Alzheimer (cf chapitre II La communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)

4.3. Atteinte perceptivo-motrice

L'agnosie est un trouble de la reconnaissance ou de la signification des informations perceptives et ce, en l'absence de troubles sensitifs élémentaires suffisants pour expliquer les difficultés. Il s'agit donc plus de problèmes d'intégration des différentes informations perceptives. Cette atteinte n'est pas présente au début de la maladie. Progressivement le sujet malade va rencontrer des difficultés pour reconnaître ce qu'il voit, ce qu'il sent, ce qu'il entend ou ce qu'il touche.

On peut observer :

- la prosopagnosie : le patient ne reconnaît pas le visage de ses proches, de son propre visage.
- l'agnosie visuelle : le patient a des difficultés pour reconnaître des images d'objets, puis cela peut s'étendre aux objets eux-mêmes.
- l'anosognosie : le patient n'a pas conscience de ses propres troubles.

Les agnosies deviennent peu à peu majeures dans la maladie d'Alzheimer.

L'apraxie est un trouble du comportement gestuel volontaire, s'exprimant dans de nombreux gestes de la vie quotidienne (écriture, habillage, utilisation d'un objet de la vie courante, toilette, alimentation, tâches constructives). Elle est une manifestation de l'atteinte de la mémoire procédurale. Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, diverses formes d'apraxie peuvent être observées : réflexive, idéatoire (perturbation de notre représentation interne du geste), idéomotrice (trouble de l'organisation des actes moteurs élémentaires), de l'habillage (par exemple, difficulté à mettre une veste), constructive (trouble isolé de l'exécution de dessin ou de tâche constructive).

4.4. Atteinte des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives ont pour but de contrôler l'exécution des actions par le biais d'un ensemble de processus qui permettent la planification, l'organisation et la synchronisation.

Selon Miyake et al.¹¹, le contrôle exécutif est permis par trois processus qui sont le processus d'inhibition des réponses automatiques, le processus de mise à jour des informations en mémoire de travail et le processus de flexibilité mentale.

En 2006, selon Rodriguez-Aranda et Sundet¹², ces trois composantes partagent des relations fonctionnelles importantes et étroites, mais peuvent tout de même être altérées

11 Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ et al. « The Unity and diversity of executive functions and their contributions to complex « frontal lobe » tasks : a latent variable analysis. » *Cognit Psychol*, 2000, 41 : 49-100

12 Rodriguez-Aranda C, Sundet « The frontal hypothesis of cognitive aging : factor structure and age effects on four frontal test among healthy individuals. » *J. Genet Psychol*, 2006, 167 : 269-287

indépendamment les unes des autres. Cependant, si l'une des composantes est atteinte, des répercussions au niveau du fonctionnement des deux autres composantes auront lieu.

Ainsi l'atteinte des fonctions exécutives peut s'observer sous divers aspects tels que :

- des troubles de l'incitation verbale et motrice avec des troubles de la fluence verbale, de la réalisation de séquence gestuelle
- une atteinte de la pensée abstraite avec des difficultés au niveau de la résolution de problèmes simples, du jugement de similitudes, d'explications de proverbes, d'histoires absurdes, d'estimations cognitives ;
- des troubles des capacités d'inhibition et de flexibilité mentale avec des troubles des capacités à inhiber un comportement automatique au profit d'un comportement volontaire (« go no go »)

Les patients Alzheimer ont une sensibilité accrue à l'interférence. Lors du test de Stroop, consistant à nommer la couleur du mot tout en inhibant sa lecture, des études¹³ ont montré que cette sensibilité à l'interférence s'accroît avec l'âge.

Néanmoins, les patients Alzheimer, même à un stade précoce, sont plus sensibles à l'interférence que les sujets sains¹⁴. Cette sensibilité à l'interférence devient plus importante avec l'évolution.

13 Klein M, Ponds R, Houx PJ, Jolles J. « Effect of test duration on age-related differences in Stroop interference. » *J Clin Exp Neuropsychol* 1997 ; 19 : 77-82.

Milham MP, Erickson KI, Banich MT, Kramer AF, Webb A, Wszalek T, et al. « Attentional control in the aging brain : insights from an fMRI study of the Stroop task. » *Brain Cogn* 2002 ; 49 : 277-96.

Wecker NS, Kramer JH, Wisniewski A, Delis DC, Kaplan E. « Age effects on executive ability ». *Neuropsychology* 2000 ; 14 : 409-14.

Spieler D, Balota D, Faust M « Stroop performance in healthy younger and older adults and in individuals with dementia of the Alzheimer's type. » *J Exp Psychol Hum Percept Perform* 1996 ; 22 : 461-79

14 Amieva H, Phillips LH, Della Sala S, Henry JD. « Inhibitory functioning in Alzheimer's disease ». *Brain* 2004 ; 127 : 949-67

Levinoff EJ, Li KZH, Murtha S, Chertkow H. « Selective attention impairments in Alzheimer's disease : evidence for dissociable components. » *Neuropsychology* 2004 ; 18 : 580-8.

4.5. Atteinte comportementale et psychologique

La maladie d'Alzheimer est une pathologie globale qui, comme l'indique Ploton¹⁵, « concerne l'ensemble de la sphère psycho-relationnelle ».

Une étude de Burns, Jacoby et Levy¹⁶ portant sur 178 patients atteints de DTA a montré l'existence fréquente d'hallucinations auditives et visuelles, de délires, de symptômes dépressifs, de comportements agressifs, de désinhibition sexuelle, de comportement de déambulation, de boulimie. La moitié des sujets souffrait d'incontinence. Ainsi de nombreux troubles comportementaux et psychologiques sont retrouvés.

Ils sont regroupés sous le terme de Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD). Ils englobent plus précisément les troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence.

Les symptômes psychologiques incluent l'anxiété, la dépression, les idées délirantes, les hallucinations et les illusions. Les symptômes comportementaux comprennent l'agitation verbale ou physique, avec ou sans agressivité.

- **L'apathie** est très fréquente dans de nombreuses pathologies neuropsychiatriques et tout particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, dans laquelle elle peut apparaître précocement. Ce terme est défini comme un trouble de la motivation, se manifestant au niveau des comportements, cognitions et affects. L'apathie se manifeste par un repli sur soi, une absence de motivation, une perte d'intérêt. Ce manque de motivation ne peut être attribué à un trouble de conscience, à un déficit intellectuel ou à un choc émotionnel. Ce trouble est à distinguer de la dépression comme l'ont montré les travaux de Marin¹⁷. Tout patient Alzheimer est à un certain degré apathique. La fréquence de ce trouble croît avec la sévérité de la démence. Il est vécu douloureusement par les proches. En effet, nous vivons

15 Ploton L. *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute du langage*. Lyon : Chronique sociale ; 1996.

16 Burns A., Jacoby R., Levy R. « Anomalies comportementales et symptômes psychiatriques dans la maladie d'Alzheimer » *Int. Psychogeriatr* 1990; 2 : 25-36

17 Marin in Derouesné C. « Le concept d'apathie : intérêt et limite » *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*. Vol 2, n°1 : 19-28, mars 2004

dans un monde d'émotions. Ainsi se retrouver face à quelqu'un qui n'a plus d'émotion est difficilement accepté.

- **L'anxiété** est très souvent présente, parfois dès le début de la maladie. Elle peut se traduire par des troubles somatiques (estomac noué, souffle coupé...), mais également par des comportements spécifiques, tels que les demandes répétées, le fait de rester très proche d'une personne familière l'accompagnant dans tout déplacement...
- **La dépression** est très fréquente en début de maladie, puisque le patient a conscience de ses troubles. Avec l'évolution de la maladie, elle est moins présente et varie selon la personnalité, les difficultés de communication, des préoccupations et de la qualité de l'accompagnement. Elle apparaît sous la forme de pleurs, d'une tristesse, d'un sentiment d'impuissance, d'une faible estime de soi, d'un sentiment d'anxiété, voire de culpabilité.
- **L'agressivité** est un symptôme très fréquemment observé. La conscience des troubles favorise l'apparition de ce comportement en début de maladie. Par la suite, avec l'évolution, ces réactions anxieuses seront entraînées par la difficulté à trouver ses repères, l'impression d'être en permanence dans un lieu inconnu, de ne pas reconnaître les gens... Pour Hazif-Thomas et Thomas¹⁸, face à un événement frustrant, la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer peut devenir agressive ou agitée. La personnalité du patient joue un rôle majeur.
- **L'agitation** se manifeste par le fait que le patient est sans cesse actif : il déambule, fait les cent pas, marche sans but, refait toujours les mêmes gestes, souffre de troubles du sommeil... L'anxiété en est souvent la cause.
- **Les troubles psychotiques** apparaissent sous la forme d'illusions, d'hallucinations, de délires. Ces manifestations surviennent lorsque la maladie est très évoluée ou a déjà bien progressé et sont moins constants.

18 Hazif-Thomas C, Thomas P. « Reconnaître l'agressivité du sujet âgé » *Rev Généraliste Gériatol* 2002 ; 9 : 45-52

-
- x *Les hallucinations* seraient présentes dans 20 % des cas¹⁹, soit isolément, soit associées à des délires. Le patient a la sensation de voir, d'entendre, de ressentir quelque chose qui pour lui est réel mais qui n'a pourtant pas la moindre existence. Les hallucinations peuvent avoir lieu le jour ou la nuit. Lorsqu'elles sont nocturnes, elles peuvent perturber intensément la vie familiale ou institutionnelle. Elles peuvent augmenter les troubles du comportement. Diverses causes peuvent être à l'origine de ce trouble : une déshydratation, une constipation ou une infection.
 - x *Les illusions* peuvent être auditives, gustatives mais le plus souvent elles sont visuelles. Il s'agit de la déformation d'une perception. Ainsi des éléments figurés vont être perçus comme réels : par exemple, le patient va vouloir toucher la fleur de la nappe. Les illusions constituent une cause majeure d'opposition et d'agressivité des malades Alzheimer.
 - x *Les idées délirantes* sont présentes dans environ 40 % des cas²⁰. Il s'agit de convictions fausses et inébranlables. Elles sont souvent présentes à des stades débutants de la maladie. Par la suite, elles le sont moins, les capacités cognitives des personnes atteintes n'étant pas suffisamment préservées.

L'identification de ces différents symptômes permet d'orienter le diagnostic, de les prévenir et de les gérer de manière adaptée.

Aujourd'hui, les troubles du comportement d'un patient Alzheimer sont observés comme la conséquence de la détérioration cognitive, mais aussi comme ayant une signification propre. En effet, lorsque la communication verbale ne permet plus l'expression d'un ressenti désagréable (stress, anxiété...), le patient Alzheimer s'exprime par le canal corporel. Il utilise alors des moyens inhabituels pour essayer de se faire comprendre, et de ce fait, une réponse peut être attendue. Les difficultés du patient et de son entourage à rester en contact peuvent être envisagées comme l'origine de certains comportements perçus comme perturbateurs. Ces comportements peuvent perturber l'environnement social, familial ou institutionnel. Les troubles du comportement constituent un des défis les plus exigeants à relever pour les aidants.

19 Pancrazi P. *Délires et hallucinations dans la démence* In Medical Education Corpus. Juillet 2011

20 Sellal F., Kruczek E. , *Maladie d'Alzheimer*,(2007), Reuil Malmaison : Doin, Groupe liaison imprim.

II. La communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Quand nous pensons à la communication d'un malade Alzheimer, nous voyons toujours les aspects négatifs : une personne mutique, une personne répétant les mêmes questions... Il est pourtant important de retenir que les capacités de communication des patients Alzheimer restent toujours positives.

En effet, suite à une étude de 2009 sur la communication dans la maladie d'Alzheimer, Rousseau déclare : « *Dans tous les cas (quels que soient le degré d'atteinte, la situation de communication, la variable analysée...), le total des actes de langage adéquats (communication efficiente) est très nettement supérieur au total des actes inadéquats. Sur l'ensemble de la population, 81 % des actes émis sont adéquats et seulement 19 % ne le sont plus et même chez les patients d'atteinte profonde, il demeure 65 % d'actes adéquats.* »²¹

1. Aspects généraux des troubles de la communication

Au cours de la maladie d'Alzheimer, des perturbations langagières surviennent, influencées par divers facteurs, comme l'a montré Rousseau²². Il ne s'agit pas d'un simple trouble du langage, mais d'un véritable trouble de la communication.

Les troubles de la communication sont donc influencés par ces facteurs :

- le degré d'atteinte cognitive : L'atteinte cognitive entraîne la diminution globale des capacités de communication. Comme on l'observe pour les actes de langage adéquats, ce facteur a une influence considérable sur les capacités de communication puisqu'il les diminue. Néanmoins, ce facteur ne suffit pas à expliquer l'hétérogénéité interindividuelle des capacités de communication.

21 Rousseau T. « La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. » *Bull Psychol* 2009 ; 503 : 429-44

22 Rousseau T. « Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer » *Rev. Fr. Psychiatr Psychol Méd* 1994 ; 20 : 88-90

-
- les facteurs individuels et psychosociaux : Tentant d'expliquer cette hétérogénéité, d'autres variables ont fait l'objet de recherche, comme l'âge, le niveau socioculturel, le sexe ou encore le lieu de vie.

L'influence du **sexe** est minime : un léger écart entre les capacités de communication des hommes et des femmes est noté, la supériorité allant à ces dernières.

L'**âge** influe sur les capacités de communication, puisque plus le patient est âgé, plus les capacités de communication sont moins bonnes.

Plus le **niveau socioculturel** est élevé, plus les capacités de communication résistent à la dégradation cognitive.

Enfin le **lieu de vie** est aussi une variable à prendre en compte. Selon Rousseau et Loyau²³, « *le domicile permet au malade de préserver des capacités de communication supérieures aux malades vivant en institution* ».

Néanmoins ces diverses variables n'expliquent toujours pas l'hétérogénéité des capacités de communication. Il serait nécessaire de prendre en considération la personnalité du patient, son vécu, ses capacités de réaction et d'adaptation à la maladie, au changement, ainsi que le contexte environnemental (réactions de l'entourage, capacité d'adapter sa communication au malade, ...)

- les facteurs contextuels, qui varient selon le thème de la discussion et le type d'actes produits par l'interlocuteur. L'entrevue dirigée offre un contexte plus facile à la communication pour les malades Alzheimer, puisque cela sous-entend de répondre à des questions ce qui fait partie de la compétence des patients Alzheimer.

La discussion libre permet au patient de choisir le thème, ainsi que le type d'actes. La situation d'échange d'informations est difficile, puisqu'elle demande au patient de décrire, de questionner, d'affirmer, or ces différents actes représentent une tâche laborieuse pour le patient.

Selon la situation, le patient doit faire appel à plus ou moins de ressources cognitives ; celles-ci diffèrent selon le type d'actes de langage que le patient doit utiliser.

23 Rousseau T., Loyau M. « L'influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer. » *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2006 ; 31:43-9

2. Une communication verbale s'altérant au fil de la dégénérescence

Tout au long de la maladie, le profil de communication change. En effet, il est notable que certains actes de langage régressent au profit d'autres.

D'après Rousseau²⁴, « *les actes en régression sont les questions, les actes d'affirmation, les performatives* et les actes de description (sauf pour les patients d'atteinte moyenne chez qui ils augmentent par rapport à ceux d'atteinte légère). Les actes qui deviennent plus prévalents sont les réponses, les mécanismes conversationnels, les actes divers et les actes non verbaux.* » La régression touche les actes qui demandent le plus de compétences cognitives. En effet, ces actes nécessitent par exemple l'activation de la mémoire de travail, des fonctions exécutives, de raisonnement ou de la mémoire sémantique.

Au contraire, peu de ressources cognitives sont nécessaires pour les actes en progression, tel que pour formuler une réponse. Ils peuvent utiliser des compétences préservées. Ainsi le malade Alzheimer met en place des automatismes verbaux lors d'une conversation, ce qui fait appel à sa mémoire procédurale.

Au cours des différents stades de la maladie, les troubles du langage s'aggravent comme nous allons le voir.

2.1. Au stade léger de la maladie

A ce stade, les troubles du langage sont déjà très importants, bien que les perturbations mnésiques occupent tout le devant du premier acte de cette maladie. Leur importance naît de leur retentissement et de leur fréquence. Dès le début, la moitié des malades Alzheimer ont des troubles du langage.

Les capacités syntaxiques et phonologiques sont préservées tandis qu'un trouble lexico-sémantique existe. L'atteinte linguistique se révèle par ce trouble. Le patient va mettre en place diverses stratégies, notamment des périphrases ou des circonlocutions, des paraphrasies verbales sémantiques (substitution d'un mot à un autre, en rapport au niveau

24 Rousseau T. *Maladies d'Alzheimer et troubles de la communication* Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson 2011 p 38

* Énoncé qui constitue simultanément l'acte auquel il se réfère (ex. *Je vous autorise à partir*, qui est une autorisation)

sémantique). Ainsi il tente de pallier son manque du mot, c'est-à-dire son impossibilité de produire le mot au moment où il en a besoin. En général, les fluences lexicales et surtout les fluences catégorielles sont appauvries. Les aptitudes syntaxiques sont relativement préservées.

D'un point de vue pragmatique, les patients Alzheimer rencontrent des difficultés à transmettre de manière efficace des informations, ce qui affecte la cohérence de leur discours.

A ce stade, le malade Alzheimer a conscience de ses difficultés. Lorsque le déficit cognitif se majore, les situations qui ne sont pas habituelles créent des difficultés au niveau de l'expression et de la compréhension. Les paraphrasies sémantiques sont utilisées plus souvent et des difficultés en conversation apparaissent.

Le patient distingue toujours chaque interlocuteur. En fonction de chacun, il adapte sa communication, la personnalise avec plus ou moins d'amabilité, d'affectivité.

A l'écrit, les patients ayant une maladie d'Alzheimer présentent fréquemment des troubles d'orthographe, « *conséquence de lésions de la maladie au sein du lobule pariétal inférieur gauche dont on connaît le rôle primordial dans l'écriture* »²⁵. Selon B. Croisile²⁵, le langage écrit est souvent plus précocement touché que le langage oral.

2.2. Au stade moyen de la maladie

A ce stade, le patient réussit à communiquer en situation duelle et dans de petits groupes.

Le manque du mot est important. Les paraphrasies sémantiques sont de plus en plus fréquentes. Le discours est ponctué de persévérations. Le niveau de compréhension baisse. Le patient commence à avoir des difficultés pour comprendre des éléments de vocabulaire simple. L'articulation et la lecture à voix haute sont préservées. Le thème de la conversation n'est pas oublié, mais après une digression, une aide sera nécessaire pour revenir à la conversation.

²⁵ Croisile B. « Écriture, vieillissement, Alzheimer » *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* Vol. 3, n°3, 183-97, septembre 2005, synthèse.

Les habiletés pragmatiques sont également perturbées. En effet, d'après Rousseau²⁴, les patients Alzheimer vont rencontrer de plus en plus de difficultés :

- à amorcer une conversation. Lorsque c'est le cas, les thèmes sont récurrents.
- leurs prises de parole vont diminuer ainsi que le temps pendant lequel ils s'expriment.
- leurs discours vont manquer de cohésion et de cohérence. Des éléments nécessaires à la compréhension de leur interlocuteur peuvent être omis.
- leur récit est parfois personnalisé.

Les troubles du langage écrit se font plus importants qu'au stade précédent. Un profil d'agraphie lexicale est souvent retrouvé chez ces patients.

2.3. Au stade sévère de la maladie

A ce stade, les capacités de communication sont très diminuées, que ce soit au niveau de la compréhension ou de la production du langage.

Le patient ne semble plus distinguer les interlocuteurs. Il peut émettre des mots, mais ceux-ci ont perdu toute signification. Il peut tout aussi rester mutique ou n'émettre que des vocalisations. Ainsi la communication verbale est massivement atteinte. Certains automatismes peuvent subsister, mais ils ne sont pas toujours appropriés.

Les seuls éléments de communication qui subsistent sont l'expression des sentiments, des humeurs, c'est-à-dire le contenu émotionnel. Cette désintégration totale du langage oral et écrit tend à donner un tableau clinique semblable à une aphasie globale. Avec des difficultés majeures au niveau de l'oral, le malade Alzheimer utilise préférentiellement une communication non verbale. Néanmoins celle-ci se révèle souvent inadéquate et incontrôlée.

3. La communication non-verbale

Selon Corraze²⁶ (1980), « on entend par communications non-verbales l'ensemble des moyens de communication existant entre individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets...).[...] On applique le terme de communications non-verbales à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise. »

Cette communication non-verbale est acquise précocement, de manière spontanée. Selon Khosravi, elle se divise en deux composantes :

- Elle peut être active, ce qui signifie : « *communiquer volontairement et explicitement quelque chose à l'autre afin de mieux faire comprendre ses paroles ou de s'exprimer quand on ne peut pas parler* ». Elle peut alors s'illustrer par des attitudes (fuguer, agresser, se replier sur soi, ...) qui témoignent d'une gêne ou d'un sentiment de joie, par les expressions faciales (le sourire, le regard...).
- Elle peut être passive, c'est-à-dire qu'elle n'est pas intentionnelle. Il peut s'agir d'autres expressions faciales (position de la bouche, regard....) , de la respiration, des positions du corps ...

Les recherches portant sur ce langage non verbal sont rares, pourtant cette communication donne des indices sur les activités émotionnelles et cognitives et permet aux aidants de comprendre les besoins du patient. En effet, par le contact corporel, par l'orientation du corps, par les regards, par les postures mais également par la prosodie et les expressions faciales, l'homme communique.

Au cours de la maladie d'Alzheimer, d'après Feyereisen²⁷, les expressions faciales, les gestes, les postures et le contact visuel demeurent. Selon Rousseau (1995), la détérioration du langage s'accompagne d'une augmentation des manifestations non verbales. D'autres pensent que ces actes non-verbaux sont de moins en moins présents,

26 Corraze J, *Les communications non-verbales*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1980

27 Feyereisen P., « La communication non-verbale chez les sujets déments de type Alzheimer. » *Question de logopédie* 1993 ; 27:67-8

avec l'aggravation de la maladie : au stade sévère, les gestes des mains seraient ambigus et feraient référence à des contenus concrets²⁸.

Peu d'études se sont intéressées à la capacité de reconnaissance de ces actes non-verbaux des patients Alzheimer, mais elles suggèrent que ces patients seraient sensibles à cette communication et y répondraient de manière adaptée²⁹. D'autres recherches ont porté sur la reconnaissance des émotions. En effet, nos émotions peuvent se traduire par des gestes, des attitudes. Ainsi la colère peut s'illustrer par un froncement de nos sourcils.

Ainsi il semble primordial de prendre en considération ces actes non verbaux qui témoignent d'une volonté d'interaction sociale. Nous avons d'ailleurs tenu compte de cette communication lors notre étude des émotions, comme nous le verrons au cours de la partie pratique.

28 Glosser G, Wiley MJ, Barnoskir EJ. « Gestural Communication in Alzheimer's disease. » *J. Clin. Exp Neuropsychol* 1998 ; 20 : 1-13

29 Hubbard G, Cook A, Tester S, Downs T. « Beyond words : older people with dementia using and interpreting non-verbal behaviour » *J Aging Stud* 2002 ; 16 : 155-67

III. Les thérapies dans la maladie d'Alzheimer

Bien qu'il n'existe actuellement aucun traitement curatif de cette pathologie, il est essentiel de poser un diagnostic. En effet, différents traitements peuvent permettre de préserver les capacités cognitives le plus longtemps possible.

Mais au préalable, il s'agit de poser le diagnostic. Posé par une équipe pluridisciplinaire, le diagnostic nécessite un examen clinique complet, au cours duquel un entretien auprès du patient et des aidants sera réalisé, une recherche des troubles cognitifs sera effectuée à l'aide de la passation de plusieurs tests évaluant les capacités mnésiques, le langage, la compréhension, le raisonnement. Les structures cérébrales seront également observées grâce aux techniques d'imagerie cérébrale. En outre, un examen neurologique et un bilan médical global seront réalisés afin de déceler d'éventuels troubles neurologiques, d'éventuelles maladies organiques.

Premier temps du soin, le diagnostic constitue un moment douloureux, qui nécessite un accompagnement afin de répondre aux diverses questions suscitées par une telle annonce. S'ensuit la mise en place d'une prise en charge adaptée au plus près du patient.

1. Les traitements médicamenteux

Selon Sellal et Kruczek²⁰, il existe deux grandes catégories de médicaments dans la prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer : les traitements symptomatiques et les traitements à visée étiologiques.

Les traitements symptomatiques visent à améliorer les troubles cognitifs et psychocomportementaux. Les troubles du comportement sont souvent très gênants et représentent le premier facteur d'institutionnalisation. Le traitement médicamenteux est une possibilité de réponse à ces troubles, mais elle n'est pas la seule. Ainsi il est important de comprendre la genèse des troubles du comportement, pour pouvoir en première intention proposer un changement au niveau de l'environnement. Néanmoins il pourra être proposé par la suite une approche pharmacologique, si le patient présente des troubles du

comportement durables, tels que des troubles affectifs, une dépression, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des troubles psychotiques, de l'agressivité, de l'agitation ou encore de l'apathie.

L'objectif des traitements étiologiques est de ralentir l'évolution des lésions histologiques. Ils constituent les traitements d'avenir : de nombreuses recherches sont effectuées mais aucun médicament n'a encore fait la preuve de son efficacité.

2. Les thérapies non-médicamenteuses

Selon la Haute Autorité de Santé³⁰, « *Plusieurs interventions non pharmacologiques sont envisageables. Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément important de la prise en charge thérapeutique. Cependant, du fait de difficultés méthodologiques, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité. Elles doivent être dans tous les cas pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins, et le cas échéant d'un projet d'établissement.* »

2.1. Diverses interventions non-médicamenteuses

Diverses interventions non-médicamenteuses sont évoquées par la Haute Autorité de Santé, tel qu'agir sur la qualité de vie, sur la cognition, sur l'activité motrice, sur le comportement (aromathérapie, musicothérapie, luminothérapie, stimulation multi-sensorielle), ou encore sur le fardeau de vie et le soutien aux aidants (familiaux et professionnels).

Elles sont encadrées par des professionnels, formés à cette pathologie : le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychomotricien, le psychologue...

L'orthophoniste fait également partie de cette équipe pluridisciplinaire. Son intervention vise « *à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autre) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnel.* »

30 D'après la Haute Autorité de Santé, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dépistage et prise en charge », décembre 2011, <http://www.has-sante.fr>

2.2. Quelques interventions spécifiques aux troubles cognitifs et aux troubles de la communication

Une thérapie envisagée dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ne prend pas le même sens que dans le cadre d'une autre pathologie. En effet, face à cette dégénérescence, les thérapeutes ne vont pas chercher à récupérer des capacités perdues. Au contraire, l'objectif de la prise en charge va être de maintenir le plus longtemps possible les capacités résiduelles.

Face aux troubles cognitifs et aux troubles de la communication, diverses approches thérapeutiques peuvent être envisagées : la stimulation cognitive, l'approche cognitive, la thérapie de validation, la thérapie de réminiscence, les groupes de parole, la thérapie comportementale ou encore la thérapie écosystémique.

C'est cette dernière que nous avons choisie de développer ici.

Du terme « écologique » – utilisé pour signifier le devoir d'agir sur la communication fonctionnelle du patient dans son milieu de vie – et du terme « systémique » – utilisé pour signifier le devoir d'agir également sur les différents systèmes de vie dans lequel évolue le patient – est né ce terme d'« écosystémique ».

Cette thérapie a pour visée, d'après Rousseau, de « *prendre en charge la globalité du milieu dans lequel évolue l'individu souffrant de troubles de la communication pour que la thérapie soit complète et efficace, et ce quel que soit l'âge du patient et sa pathologie* »²⁴. Ainsi elle permet d'entretenir les capacités communicationnelles préservées d'un patient Alzheimer.

Les principes de base de cette thérapie écosystémique sont :

- proposer des situations de communication, des thèmes de discussion facilitant la communication du malade ;
- faciliter l'émission des actes de langage faisant toujours partie de la compétence du malade ;
- utiliser ces actes pour permettre au malade d'utiliser des actes avec lesquels il a plus de difficultés ;

-
- aider le patient à construire son discours en prenant appui sur le discours de son interlocuteur ;
 - utiliser des procédés facilitateurs ;
 - favoriser la communication sous toutes ses formes ;
 - chercher à se mettre sur le même plan que le patient.

Cette thérapie s'organise autour de deux niveaux :

- l'intervention auprès de l'entourage : il s'agit de faire prendre conscience à l'entourage de la nécessité qu'il a de s'adapter aux modifications des capacités de communication. Le soignant montre aux proches « *comment modifier son propre comportement de communication pour qu'il s'adapte à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne.* »
- les séances individuelles avec le malade Alzheimer : il s'agit d'utiliser des actes, des thèmes et des situations de langage facilitateurs avec pour but de les maintenir le plus longtemps possible. Ces séances ont pour visée d'introduire des éléments moins facilitateurs pour espérer que l'acte soit toujours émis.

Partie II
LES ÉMOTIONS

I. Qu'est-ce qu'une émotion ?

1. Définitions

« Chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. A ce moment-là, il semble que plus personne ne sache. »

Fehr & Russell³¹ (1984)

Portant notre intérêt sur les émotions, nous avons été confrontée à une première difficulté : l'absence de définition claire et unique. De nombreuses définitions des émotions existent, chacune mettant en évidence certains aspects par rapport à d'autres. Plusieurs hypothèses ont tenté d'expliquer ce manque de clarté, comme l'existence de multiples théories rendant impossible l'élaboration d'une définition unique³².

Étymologiquement, le terme d'émotion vient du latin « *ex* » et « *moveo* » ce qui signifie « *déplacer* », « *ébranler* », et par extension « *ce qui met en mouvement et nous jette au dehors* ».

Entre 1971 et 1981, Kleinginna et Kleinginna³³ ont recensé 91 définitions de l'émotion. La définition variait selon l'auteur, qui mettait plus ou moins en valeur certains aspects du processus émotionnel. Ces auteurs ont donc proposé une définition sur laquelle la majorité des auteurs s'appuie à ce jour :

« Les émotions sont le résultat de l'interaction de facteurs subjectifs et objectifs, réalisés par des systèmes neuronaux ou endocriniens, qui peuvent :

- a) induire des expériences telles que des sentiments d'éveil, de plaisir ou de déplaisir ;*
- b) générer des processus cognitifs tels que des réorientations pertinentes sur le plan perceptif, des évaluations, des étiquetages ;*
- c) activer des ajustements physiologiques globaux ;*
- d) induire des comportements qui sont le plus souvent, expressifs, dirigés vers un but et adaptatifs. »*

31 Fehr B., Russell J.A. « Concept of emotion viewed from a prototype perspective. » *Journal of experimental psychology, General* 113 : 464-486

32 Tcherkassof A. *Les émotions et leurs expressions* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2008

33 Kleinginna PR, Kleinginna AM. « A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. » *Motivation and emotion* 1981; 5: 345-379.

Cette définition met l'accent sur trois composantes de l'émotion :

- la composante physiologique fait référence à l'activation des différents systèmes biologiques (système nerveux central, système nerveux autonome, système endocrinien), qui accompagne une expérience émotionnelle et qui prépare l'individu à agir sur son environnement.
- la composante comportementale fait référence aux réactions comportementales et expressives, qui diffèrent d'un individu à l'autre. Elle peut s'exprimer par les biais de différentes modalités : les postures, la tonalité de la voix, ... L'expression faciale est le canal majeur de l'expression émotionnelle.
- la composante cognitive fait référence à l'évaluation que le sujet fait de son propre état émotionnel. Il s'agit de la part subjective de l'expérience émotionnelle. Elle s'exprime sous la forme des différents états mentaux et peut se traduire par des mots.

Ces trois composantes peuvent être illustrées en utilisant l'exemple du psychologue et philosophe américain W. James, dont nous expliquerons les travaux dans une prochaine partie (cf II Différentes approches théoriques). Si au cours d'une balade en forêt nous rencontrons un ours, nous allons ressentir une émotion. L'accélération des battements de notre cœur correspond à la composante physiologique de l'émotion. Notre fuite face à cet animal dangereux correspond à la composante comportementale. Nous allons analyser notre ressenti comme de la peur : il s'agit alors de la composante cognitive.

2. Émotion et notions connexes

A l'absence de définition unique s'ajoute l'utilisation indifférenciée de notions voisines, comme le sentiment, l'humeur et l'affect. Ainsi sans définition et avec cette confusion terminologique, il est légitime de se demander, lors de recherches, ce que l'on mesure. Nous allons donc chercher à distinguer ces termes de l'émotion.

2.1. Le sentiment

Le sentiment est à la fois l'acte et le résultat de sentir, résultat désignant la prise de conscience immédiate, sans intermédiaire, sans distance, des choses et de nous-même.

Selon Luminet³⁴, « le terme "sentiment" fait spécifiquement référence à la composante cognitive-expérientielle de l'émotion. Il n'implique donc pas de modifications des composantes comportementales expressive et physiologique. »

Damasio³⁵ insiste sur la distinction à établir entre l'émotion et le sentiment :

«Les émotions sont des actions. Certaines se traduisent par des mouvements des muscles du visage, comme des expressions faciales de joie, de colère, etc..., ou du corps, la fuite ou la posture agressive. D'autres se traduisent par des actions internes, comme celles des hormones, du cœur ou des poumons. Les émotions sont donc d'une certaine façon publiques, on peut les mesurer, les étudier. Les sentiments, par contre, sont privés, subjectifs. Ils sont ressentis par l'individu et lui seul. Il ne s'agit pas de comportements mais de pensées ».

34 Luminet O. *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, Bruxelles : De Boeck Université, 2008. 261p.

35 Damasio AR. *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*: Harcourt, 1999.

2.2. L'humeur

Du latin « *humor* », qui désigne ce qui est insaisissable, changeant, mouvant, l'humeur est un terme qui est en lien avec l'émotion. Dans l'ouvrage d'Ekman et Davidson³⁶, de nombreuses questions sur les émotions sont posées à des experts et certaines de leurs réponses nous permettent de distinguer l'émotion de l'humeur.

Nous présentons les différentes distinctions dans ce tableau avant de les approfondir :

	EMOTION	HUMEUR
Vitesse de déclenchement	Rapide (réponse d'urgence)	Lente
Fréquence d'apparition	Faible	Élevée
Intensité subjective	Forte	Faible à modérée (intensité diffuse)
Éléments déclencheurs	Facilement identifiables	Difficilement identifiables
Durée	Courte (secondes, minutes)	Longue (heures, jours)
Intentionnalité	Présente	Absente (je me sens déprimé en général)

Synthèse des caractéristiques de l'émotion et de l'humeur (d'après le tableau de synthèse de Luminet)

Selon Davidson, l'émotion a une vitesse de déclenchement rapide. Pour illustrer son propos, il donne l'exemple du conducteur d'une voiture, qui conduit sur une route de campagne, un matin ensoleillé d'hiver. Il est en compagnie d'amis et il règne une ambiance agréable dans le véhicule.

« Soudain, votre voiture glisse sur une plaque de verglas. Instantanément cet élément nouveau de l'environnement provoque un sentiment subjectif de peur, accompagné par des changements physiologiques importants et par un rapide changement des priorités afin de faire face au danger : vous étiez perdu dans vos discussions et dans une ambiance feutrée et détendue, aussitôt toute votre attention se concentre sur la manière la plus efficace d'immobiliser votre véhicule. La séquence de réponses produites en réaction à ce changement soudain et brusque des conditions de l'environnement est vaste (palpitations, sueurs, gorge nouée, cris, mouvements brusques, muscles crispés, sentiment de danger, de perte de contrôle, d'angoisse, de frayeur). Pourtant quelques fractions de secondes se sont à peine écoulées entre le moment où vous avez aperçu la plaque de verglas et l'activation de toutes ces composantes de l'émotion. »

36 Ekman P., Davidson *The nature of emotion : Fundamental questions*. New-York : Oxford University Press (question 1 : « Are there basic emotions ?, question 2 : »How are emotions distinguished from moods, temperament, and other related affective constructs ? »)

Pour Watson et Clark³⁷, au cours d'une journée, le nombre et la durée des états émotionnels ressentis sont réduits, tandis que l'humeur a une fréquence d'apparition plus élevée.

Pour Davidson, l'intensité subjective est plus importante pour les émotions que pour les humeurs, bien que ces dernières soient, en permanence, présentes en arrière-fond de notre fonctionnement cognitif : « *Un temps gris, froid, pluvieux peut produire un état d'humeur dépressif, un jour chaud, ensoleillé peut induire une humeur positive. Si notre enfant naît par un jour pluvieux, les émotions positives que ce type d'événement engendre prendront cependant le dessus sur l'humeur négative induite par le temps maussade.* »

Selon Ekman, identifier les éléments déclencheurs d'une émotion est possible, tandis que cela est plus difficile pour l'humeur. En effet, l'humeur peut être déclenchée par un changement biologique, notamment au niveau des hormones.

La durée est un élément mis très souvent en exergue par les experts pour différencier ces deux états. L'humeur est un état affectif qui dure relativement longtemps contrairement à l'émotion. Selon Ekman, les effets de l'émotion durent quelques secondes, tandis que ceux de l'humeur se prolongent de plusieurs heures à plusieurs jours.

Pour Fridja³⁸, l'humeur et l'émotion se distinguent par la notion d'intentionnalité. En effet, au contraire de l'humeur, une émotion est toujours en lien avec un objet précis : on a peur DE quelque chose, on est fâché AVEC quelqu'un, on est heureux POUR telle raison.

Outre ces distinctions, Ekman met en lien l'humeur et l'émotion. Tout d'abord, le seuil de déclenchement des émotions peut être influencé par l'humeur, si l'humeur et l'émotion ont un contenu proche. Ainsi quelqu'un qui est dans une humeur noire sera plus facilement irrité. De plus, le processus habituel de régulation émotionnelle est influencé par l'humeur, puisque si notre humeur est neutre, nous serons plus enclin à contrôler notre colère. Enfin, si un état émotionnel intense se reproduit de manière fréquente et dans un court laps de temps, un état d'humeur peut s'installer.

37 Watson D, Clark LA. « On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. » *Journal of Personality* 1992; 60: 441-476.

38 Frijda N. H. *The emotions*. Cambridge : Cambridge University Press, 1986

II. Différentes approches théoriques

Depuis des siècles, l'homme s'interroge sur la question des émotions. Les émotions peuvent être étudiées sous différents aspects. En effet, suivant l'approche théorique retenue, l'émotion n'est pas analysée de la même manière. Les théories évolutives soulignent le caractère adaptatif des émotions et leur fonction de signal. Les théories cognitives insistent sur la façon dont l'information est traitée et dont les plans d'action sont élaborés et mis en œuvre. Les théories physiologiques mettent l'accent sur les relations possibles entre l'émotion en tant qu'état mental ou cognitif et son expression somatique ou viscérale.

1. Les philosophes et l'émotion

Dans l'Antiquité grecque, dans son ouvrage *Les humeurs*, Hippocrate³⁹ définit les passions comme des émotions fortes et non contrôlées, pouvant entraîner des pathologies du corps ou du mental, voire la mort, mais susceptibles d'être régulées par la pensée et l'hygiène de la conduite. Dans cette approche dualiste, le corps affecte et détermine la pensée qui, à son tour, peut affecter le corps. Platon⁴⁰ (427-358 avant J.-C.) considère les émotions comme perturbatrices de la pensée, les émotions ne faisant que pervertir la raison et l'empêchant de se développer.

Pour Aristote (384-324 avant J.-C.), les émotions ont une dimension cognitive non négligeable. Nos connaissances personnelles et nos croyances agissent sur nos émotions, qui ne sont donc pas des manifestations biologiques face auxquelles l'homme est impuissant, mais nos émotions agissent également sur nos jugements, puisque les émotions ressenties face à une situation particulière vont affecter nos futurs jugements. En 1649, dans son ouvrage *Des passions de l'âme*⁴¹, Descartes affirme que les émotions ont lieu dans la partie pensante de notre être, c'est-à-dire dans notre âme : « *les émotions qu'on rapporte seulement à l'âme sont celles dont on sent les effets comme en l'âme même, et desquelles on ne connaît communément aucune cause prochaine à laquelle on*

39 Cité par E. Littré (1846) . In *Hippocrate : œuvres complètes* (Vol.5, pp. 470-503) Paris : J.-B. Baillières

40 Cité par O. Luminet *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, Bruxelles : De Boeck Université, 2008. 261p.

41 Descartes R. *Les passions de l'âme* (1644), édition Rodis-Lewis, Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques, Paris, 1967

puisse les rapporter ; tels sont les sentiments de joie, de colère, et autres semblables. »⁴¹

En contraste, les sensations corporelles se limitent à des états motivationnels : *« Les perceptions que nous rapportons à notre corps ou à quelques unes de ses parties sont celles que nous avons de la faim, de la soif et de nos autres appétits naturels : à quoi on peut joindre la douleur, la chaleur, et les autres affections que nous sentons comme dans nos membres et non pas comme les objets qui sont hors de nous. »*

L'idée de cette suprématie absolue de l'esprit sur le corps peut être reprochée à Descartes. Néanmoins, il offre de nombreuses pistes intéressantes par rapport aux conceptions contemporaines de l'émotion, notamment le lien entre émotion et mémoire, la possibilité de réguler les émotions ou encore que les émotions sont précédées d'une évaluation cognitive de la situation. D'autre part, il confère un pouvoir informatif aux émotions : grâce aux celles-ci, nous prenons conscience de ce à quoi nous portons de l'importance.

Sartre⁴² a lui aussi voulu théoriser les émotions. Il définit les émotions comme le moyen par lequel l'homme répond à une situation donnée lorsque les autres moyens habituellement efficaces lui sont interdits. L'évanouissement est le comble de l'émotion, puisqu'il supprime sinon le danger, du moins la conscience du danger. Il écrit en effet : *« Une émotion, c'est une transformation du monde [...]c'est le corps, qui dirigé par la conscience, change ses rapports au monde pour que le monde change ses qualités »* (*Esquisse d'une théorie des émotions.*)

2. Théories physiologiques

Si nous voyons quelqu'un invectiver une autre personne, nous nous disons qu'il est en colère. Si nous voyons quelqu'un qui pleure, nous pensons qu'il est triste. Si nous voyons quelqu'un trembler, nous en déduisons qu'il a peur. Ces quelques exemples mettent en évidence que pour le sens commun, les émotions entraînent des réactions physiologiques. Ayant à la fois des composantes physiologiques et des composantes cognitives, il a fallu réfléchir sur l'aspect qui était primaire au ressenti émotionnel. Jusqu'au XIX^e siècle, la réflexion était toute faite : l'émotion était considérée comme un trouble de la conscience, cause de désordres organiques. Mais cette conception va être

42 Sartre J-P *Esquisse d'une théorie des émotions*, Le livre de Poche, 2000

remise en cause et il va s'ensuivre un débat sur l'origine des émotions, ouvrant ainsi l'histoire moderne de l'émotion.

En 1884, dans son article « What is an emotion ? », James⁴³ renverse la conception de l'origine des émotions en proposant la théorie périphérique. A partir de la thèse de Descartes sur la fonction adaptative des émotions, James concentre son étude des émotions sur leurs manifestations corporelles. Selon lui, les émotions sont d'origine physiologique, c'est-à-dire que les modifications viscérales et les réponses neurovégétatives sont la cause et non pas la conséquence de l'émotion. A la suite d'un stimulus sensoriel, des réactions réflexes se déclenchent inconsciemment. Ces réactions provoquent ensuite des changements physiologiques, dont la personne peut avoir conscience et qui pourront être interprétées de manière émotionnelle en fonction de la situation.

« Ma théorie [...] est que les changements corporels suivent immédiatement la perception du fait excitant, et que le sentiment que nous avons de ces changements à mesure qu'ils se produisent c'est l'émotion... L'assertion la plus rationnelle est que nous sommes affligés parce que nous pleurons, irrités parce que nous frappons, effrayés parce que nous tremblons et non pas que nous pleurons, frappons ou tremblons parce que nous sommes affligés, irrités ou effrayés... Sans les états corporels qui la suivent la perception aurait une forme purement cognitive, pâle, décolorée, elle serait sans chaleur émotionnelle. »

Pour illustrer son propos, James prend l'exemple d'un promeneur tombant nez à nez avec un ours. Ainsi, pour James, il ne faut plus dire « *Je vois un ours, j'ai peur et je tremble* », mais : « *je vois un ours, je tremble et j'ai peur.* »

En 1885, Lange⁴⁴ propose un modèle proche de celui de James. Comme ce dernier, il présente les différentes émotions comme dépendantes de changements périphériques spécifiques : à chaque émotion, son pattern physiologique. Ainsi la théorie de James-Lange est considérée comme « périphéraliste » dans la mesure où la source des émotions provient de la périphérie (les récepteurs des modifications corporelles).

43 James W., « What is an Emotion », *Mind*, 19, 1884, pp. 188-204

44 Lange C. (1855/1922) *The emotions* Baltimore : Williams and Wilkins

On peut la représenter succinctement de la façon suivante :

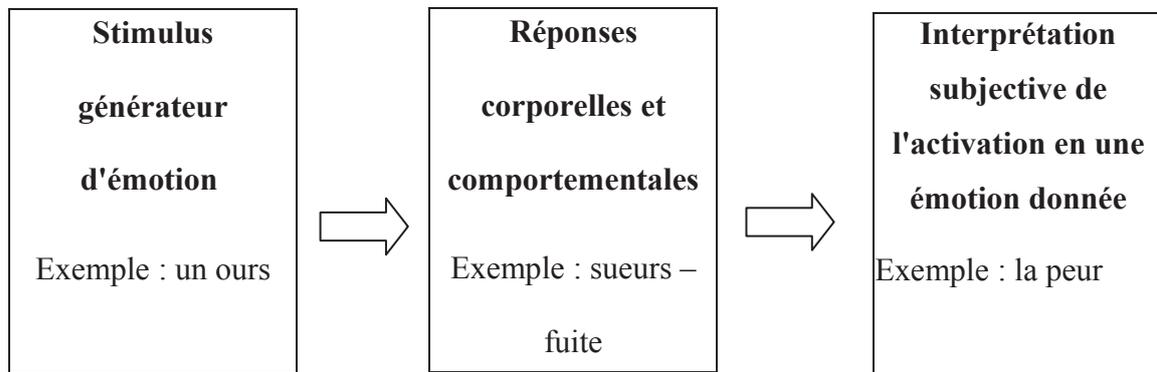


Figure : Processus émotionnel d'après la théorie de James-Lange (1884)

Néanmoins, ces deux théories diffèrent sur un point : l'existence d'un centre émotionnel spécifique dans le cerveau. Pour James, les systèmes moteurs et sensoriels suffisent, mais pour Lange, les émotions ont un centre qui leur est propre, le centre vasomoteur, qui commande le système vasculaire. Les facteurs à l'origine d'émotion excitent ce centre, qui produit alors une modification vasculaire spécifique. Celle-ci aurait en retour un impact sur les muscles et les viscères. Ainsi les changements vasculaires seraient les premiers processus physiologiques des émotions, avant que d'autres changements secondaires n'opèrent.

Ce modèle est rejeté par Walter Cannon⁴⁵ en 1927. Celui-ci perçoit la théorie de James-Lange comme peu vraisemblable. En effet, notre rythme cardiaque peut s'accélérer si nous avons peur, mais également si nous voyons quelqu'un qui nous est cher, ou encore si nous sommes énervés. De plus, les modifications du rythme cardiaque, de la transpiration et de la température corporelle semblent se produire trop lentement pour déclencher les émotions soudaines.

Il publie, en 1932, *The wisdom of the body* dans lequel il adresse quatre critiques majeures au modèle de James :

a) il montre que la production artificielle de changements viscéraux n'induit pas de sentiments subjectifs ;

45 Cannon W. B. « The James-Lange theory of emotions. A critical examination and alternative theory. *American Journal of Psychology*, 1927 ; 39 : 106-124

b) il prouve que l'organisation viscérale est peu sensible et peu spécifique et ne permet pas une différenciation des émotions ;

c) il montre que la déconnexion entre le système viscéral et le système nerveux central n'empêche pas l'apparition de réactions émotionnelles, même si aucune réponse viscérale ne peut plus être produite ;

d) il met en évidence que le système viscéral réagit lentement par rapport à la vitesse de déclenchement de certaines émotions subjectives.

En 1929, un autre physiologiste aboutit à la même conclusion que Cannon. Il s'agit de Philip Bard. Tandis que la théorie de James-Lange est dite périphérique, celle de Cannon-Bard est dite centrale. Pour eux, l'évaluation cognitive est un préalable de l'émotion et cette évaluation détermine les différentes réactions physiologiques ou expressives de ces différentes émotions. Ainsi l'origine de l'émotion serait cognitive. On peut schématiser cette théorie de la façon suivante :

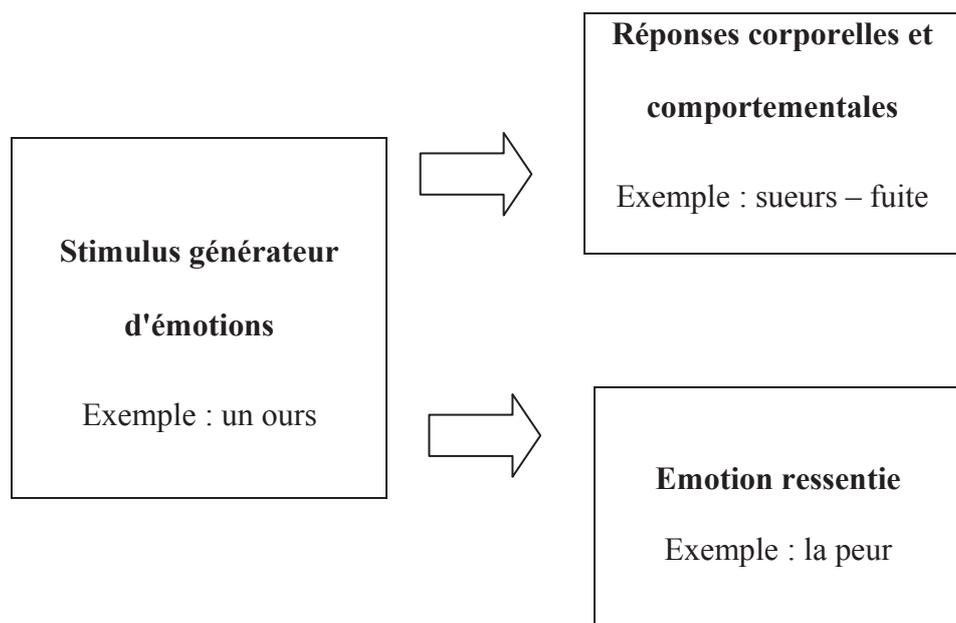


Figure : Processus émotionnel d'après la théorie de Cannon

Ces deux théories eurent pour conséquence le développement de nombreux travaux sur les émotions dans des perspectives physiologiques mais aussi cognitives. Ces modèles sont en accord avec le fait que toute émotion connaît une composante physiologique, et également avec l'importance de l'interprétation des situations. En effet, nous avons besoin de prendre conscience de la valeur émotionnelle d'une situation pour qu'il y ait émotion,

même si cette prise de conscience est antérieure ou postérieure à des manifestations physiologiques périphériques.

3. Théories évolutionnistes

3.1. Darwin

Dans son ouvrage *The expression of the emotion in Man and Animals* (1872), Darwin⁴⁶ pose les premiers postulats qui influenceront les recherches sur les émotions. Tout d'abord, Darwin considère que les émotions ont un rôle adaptatif. En effet, depuis que les émotions se sont développées chez des espèces de vertébrés évolués, elles n'ont cessé de se développer chez l'homme. Or, suivant sa théorie de la sélection naturelle, si les émotions n'avaient pas apporté d'avantages à l'être humain, elles ne se seraient pas autant développées, elles auraient disparu, à la limite, stagné. C'est pourquoi Darwin intègre les émotions dans la théorie évolutionniste en leur conférant ce rôle adaptatif. Nous pouvons donc dire que les émotions jouent un rôle dans la survie des individus et des espèces.

Il expose dans son ouvrage une autre idée : celle qu'un certain nombre d'émotions sont innées. En effet, les mêmes émotions se développeraient chez des individus ayant les mêmes capacités, vivant dans un même environnement, donc soumis aux mêmes contraintes. Certaines émotions sont donc universelles : elles sont appelées les émotions de base ou émotions primaires.

3.2. Ekman, Izard et Plutchik

Dans la lignée de la perspective darwinienne, plusieurs théories ont vu le jour.

Ekman (1992)⁴⁷ propose la théorie des émotions discrètes. Il définit six émotions primaires, qui correspondent chacune à une expression faciale prototypique constituée de programmes neuromoteurs innés. Indispensables à l'évolution de notre espèce, ces émotions permettraient de créer l'ensemble des émotions (Ekman & Friesen, 1976)⁴⁸.

46 Darwin Ch. *The expression of the emotions in man and animals* (1872), trad S. Pozzi et R. Benoît : « L'expression des émotions chez l'homme et les animaux », Editions du C.T.H.S., Paris, 1998

47 Ekman, P. « An argument for basic emotions. » *Cognition and Emotion*, 1992 ; 6 : 169-200.

48 Ekman, P., & Friesen. W.V. *Pictures of Facial Affect*. Palo Alto (CA), USA : Consulting Psychologists Press, 1976

Izard (1993)⁴⁹ associera des fonctions primaires aux émotions primaires :

« la joie montre le plaisir sensoriel d'une manière universellement reconnaissable, la tristesse à forte composante sociale ralentit les systèmes cognitifs et moteurs et peut être une prévention de l'agression, le dégoût maintient l'environnement assez sain pour la survie, la honte reflète la vulnérabilité par rapport à ses pairs, etc. »⁵⁰

Les émotions plus raffinées sont le résultat de la combinaison des émotions innées et de leurs fonctions.

Plutchik⁵¹ considère huit émotions comme primaires, qui, lorsqu'elles sont combinées, donnent des émotions dites secondaires. Les émotions peuvent s'exprimer à différents niveaux d'intensité ; par exemple, la colère peut devenir de la rage. Néanmoins si l'émotion est exprimée de manière exagérée, elle peut perdre de sa valeur adaptative. Par exemple, la dépression est l'expression exagérée de la tristesse.

Auteurs	Émotions
Izard (1977)	Joie, surprise, colère, peur, tristesse, mépris, détresse, intérêt, culpabilité, honte, amour
Plutchik (1980)	joie <i>versus</i> tristesse, colère <i>versus</i> peur, attirance <i>versus</i> dégoût, surprise <i>versus</i> anticipation
Ekman (1992)	colère, dégoût, joie, peur, tristesse, surprise

Les différentes émotions primaires d'après quelques auteurs contemporains

Malgré la diversité des propositions, cinq émotions semblent apparaître dans la majorité des classifications proposées : la joie, la tristesse, la peur, la colère et le dégoût. Selon Sroufe (1979)⁵², ces cinq émotions apparaîtraient très tôt au cours du développement humain et seraient alors communiquées à partir d'expressions faciales universelles.

49 Izard C. E. « Organizational and Motivational Functions of Discrete Emotions », in M. Lewis et J. M. Haviland (éd.), *Handbook of Emotions*, New-York, The Guilford Press, 1993 ; 631-641

50 Rusinek S. *Les émotions : du normal au pathologique*, Dunod, Paris, 2004 p. 14

51 Plutchik R. « Cognitions in the Service of Emotions : An Evolutionary Perspective » (1977) in D. K. Candland, J. P. Fell, E. Keen, A. I. Leshner, R. Plutchik et R. P. Rarpy (éd.), *Emotions*, Monterey, Brooks/Cole

52 Sroufe, L. A. « Socioemotional development. » (1979) In J. D. Osofsky (Eds.), *Handbook of Infant Development* (pp 462-516). New York : Wiley.

4. Théories cognitives

Depuis le début des recherches sur l'émotion, l'évaluation de la situation a toujours fait partie du processus émotionnel. Les recherches de ces dernières années se sont concentrées sur cette perspective de manière approfondie, afin de déterminer la part cognitive des émotions.

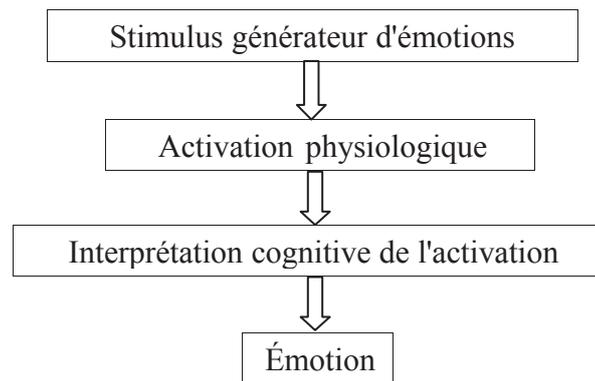
Ces prémisses débutent avec Descartes. En effet, il soulignait déjà que lorsqu'une situation émotionnelle apparaît dans notre environnement, nous réagissons par des comportements émergeant de façon automatique. Aujourd'hui, cette notion est décrite sous le terme de « tendance à l'action ». Dans son article 40 intitulé « Quel est le principal effet des passions ? »⁴¹, Descartes explique « *Car il est besoin de remarquer que le principal effet de toutes les passions dans les hommes est qu'elles incitent et disposent l'âme à vouloir les choses auxquelles elles préparent le corps ; en sorte que le sentiment de peur l'incite à vouloir fuir, celui de la hardiesse à vouloir combattre, et ainsi des autres.* ». Pour Descartes, une évaluation cognitive des situations précède toujours l'émergence d'émotions.

Malgré leur controverse, James et Cannon l'affirmaient également. Mais c'est à partir du XX^e siècle, que des travaux portant spécifiquement sur l'évaluation cognitive seront menés.

En 1962, Schachter et Singer⁵³ proposent la théorie cognitive de l'interprétation. Selon eux, l'émotion est composée de deux éléments : l'activation physiologique, nommée *arousal*, et une évaluation cognitive de la situation, nommée *appraisal*. Selon eux, une simple activation physiologique ne suffit pas à elle-seule pour créer un état émotionnel. Les facteurs cognitifs sont indispensables à l'apparition de cet état.

⁵³ Schachter S., Singer J « Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state » *Psychological Review*, 1962 ; 69 (5), 379-399.

Cette théorie peut être schématisée de la façon suivante :



Représentation schématique de la théorie des émotions de Schachter et Singer (1962)

5. Théorie des marqueurs somatiques

A partir de ces travaux et de ces observations, Damasio⁵⁴ met en évidence un lien étroit entre émotions et facteurs cognitifs et il propose la théorie des marqueurs somatiques. Portant son attention sur des patients cérébrolésés porteurs notamment de lésions frontales, ventrales et médianes, il observe une dissociation entre la préservation des fonctions cognitives et d'importantes difficultés fonctionnelles à réaliser les activités de la vie quotidienne, à ajuster leurs comportements sociaux et à réagir de manière adaptée. Ainsi la prise de décision serait guidée par un ensemble de marqueurs somatiques.

Ces marqueurs sont acquis au cours du développement. Depuis l'enfance, tous nos actes sont associés à des représentations somatiques, qui sont en fait des manifestations émotionnelles vécues comme conséquences de nos actes. Suivant la situation vécue, le marqueur aura une valence positive ou négative. Les marqueurs somatiques sont des représentations mnésiques, associant certaines situations à certains états émotionnels. Face à une situation connue, notre cortex va activer le marqueur correspondant. Nous allons ainsi pouvoir réagir de manière adéquate. Ces marqueurs agissent donc comme des guides. Ainsi, si une situation a déjà été perçue comme menaçante, le marqueur somatique va fonctionner comme un système d'alarme automatique.

54 Damasio A. *L'erreur de Descartes : la raison des sentiments*. Odile Jacob, Paris, 1995

III. Neuro-anatomie des émotions

1. Les premières recherches

1.1. Le circuit de Papez⁵⁵

Une des premières théories, ayant pour sujet le substrat cérébral du processus émotionnel, est celle de Papez, en 1937. Il émet l'hypothèse d'un circuit, composé de l'hippocampe, du gyrus cingulaire, de l'hypothalamus, des noyaux antérieurs du thalamus et des différentes connexions entre ces structures.

Grâce à ce circuit, les émotions peuvent être générées de deux manières : d'une part, par le passage de stimuli sensoriels via le thalamus et d'autres structures cérébrales, et d'autre part, à partir des sensations perçues par le cortex cérébral, qui sont ensuite transmises aux parties les plus primitives du cerveau par le gyrus cingulaire, l'hippocampe et l'amygdale.

Malgré le peu de moyens techniques disponibles à l'époque, les voies cérébrales que Papez a définies existent. Cependant, aujourd'hui, ces voies ne sont pas considérées comme jouant un rôle dans les émotions.

1.2. Le cerveau tri-unique de MacLean

A partir des travaux de Papez, MacLean⁵⁶ propose son hypothèse du cerveau tri-unique. Trois cerveaux distincts cohabiteraient en chacun de nous :

- le cerveau reptilien, dont le rôle est d'assurer les mécanismes sensorimoteurs élémentaires et essentiels à la survie de l'espèce ;
- le cerveau paléomammalien. Il correspond au système limbique, qui est une extension du circuit de Papez ;

55 Papez J. W. « A proposed mechanism of emotion. » *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1937 ; 79 ; 217-224

56 Maclean, P. D. « The triune brain, emotion and scientific basis » In F.O. Schitt (Eds.), *The neurosciences : second study program* (pp. 336-349) New York : Rockefeller University Press, 1970

-
- le cerveau néo-mammalien, ou cerveau rationnel. Il se compose du cortex. Il permet, par le biais des hémisphères, de développer le langage, la pensée abstraite, l'imagination et la conscience.

Au cours de l'évolution de l'espèce humaine, ces trois types de cerveau sont apparus. Lorsque le cerveau paléomammalien s'est développé, la capacité à ressentir et à exprimer des émotions a été possible. Avec le cerveau néo-mammalien, l'homme a obtenu la capacité de réfléchir sur l'émotion ressentie. Pour MacLean, le système limbique, ou cerveau paléomammalien, prend en charge les fonctions émotionnelles par le biais des différentes structures qui le composent : l'amygdale, le septum et la structure thalamo-cingulaire.

2. Les théories actuelles

La conception actuelle a changé. Le système limbique est abandonné, puisqu'il n'est que très faiblement impliqué dans les réponses émotionnelles. Selon Ledoux⁵⁷, « *la théorie du système limbique a échoué en partie parce qu'elle essayait de rendre compte de toutes les émotions simultanément et ce faisant ne rendait compte d'aucune d'une façon adéquate.* »

Certaines structures ne faisant pas partie de ce système jouent un rôle considérable pour la régulation viscérale. Les neuroanatomistes ne cherchent donc plus un centre spécifique des émotions, mais des systèmes composés de plusieurs unités cérébrales reliées.

C'est dans cette perspective que Ledoux, dans les années 1970, décide de mener des recherches exclusivement sur l'émotion de la peur conditionnée. Selon lui, « *les principes de bases qui ont été dévoilés dans le cas du système de la peur s'appliquent probablement à d'autres.* »

Nous allons donc passer en revue quelques structures participant d'un point de vue neurologique aux émotions. L'un des substrats anatomiques les plus impliqués dans les

57 Ledoux J., *Le cerveau des émotions* Paris : O. Jacob, 2005

processus émotionnels est l'amygdale, comme l'ont montré plusieurs études (MacLean, 1970 ; Rolls⁵⁸, 1986 ; Ledoux, 1989)

- **L'amygdale** : l'amygdale est une structure importante. En effet, elle possède de nombreuses afférences sensorielles, provenant du cortex associatif spécifique auditif et visuel ; elle est également en lien avec plusieurs structures limbiques (noyaux septaux, cortex entorhinal, hypothalamus, centres autonomes bulbaires). Elle permet de détecter les émotions chez autrui, notamment par le biais des expressions faciales (Scott et al., 1997⁵⁹). Permettant l'identification du danger, l'amygdale participe à la préservation de l'espèce. Les états affectifs sont contrôlés par cette structure.
- **Le cortex** : comme nous l'avons vu dans la théorie des marqueurs somatiques de Damasio, le cortex orbito-frontal est impliqué dans les émotions. En effet, les individus dont le cortex frontal est endommagé vont avoir un comportement social inadapté et une difficulté pour choisir en fonction de leurs ressentis émotionnels. Selon Pribram⁶⁰, le cortex nous permet également d'interpréter les réponses périphériques : en nous adressant à une assemblée avec une voix qui tremble, cet aspect inhabituel nous informe de notre stress. Selon Rinn⁶¹, la régulation sociale des expressions du visage (amplifier, feindre, ou atténuer une émotion par exemple) est également régie par le cortex.

58 Rolls E.T. « Neural systems involved in emotion in primates » (1986) in R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.) *Emotion : Theory, research and experience. Vol 3. Biological foundations of emotion* (pp. 125-143) New York : Academic Press

59 Scott S. K., Young A. W., Calder A. J., Hellawell D. J., Aggleton M. P. and Johnson M. Impaired auditory recognition of fear and anger following bilateral amygdala lesions. *Nature* 1997 ; 385 : 254-257

60 Pribram K H « The biology of emotions and other feelings » (1980) In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion : theory, research and experience, vol I : Theorie of emotion*. New York : Academy Press.

61 Rinn W.E. « The neuropsychology of facial expression : a review of the neurological and psychological mechanisms for producing facial expressions », *Psychological Bulletin* 1984 ; 95, 52-77

-
- **La spécialisation hémisphérique** : selon Borod⁶², la spécialisation hémisphérique admet deux hypothèses :
 - Dominance de l'hémisphère droit : l'expression et la perception des émotions dépendraient de cet hémisphère.
 - Hypothèse de la valence différentielle : cette hypothèse possède deux versions. Selon Silberman et Weingartner⁶³, les émotions négatives dépendraient de l'hémisphère droit, tandis que les émotions positives dépendraient de l'hémisphère gauche. Selon Davidson⁶⁴, les émotions agréables dépendent du cortex frontal gauche, tandis que les émotions désagréables dépendent du cortex frontal droit, cette spécialisation hémisphérique se limitant aux régions frontales.

62 Borod J.C. « Interhemispheric and Intrahemispheric Control of Emotion : a focus on Unilateral damage » *Journal of consulting and clinical psychology*, 1992 ; 60, 339-48

63 Silberman EK, Weingartner H « Hemispheric lateralization of functions related to emotion » *Brain Cogn*, 1986 ; 5, 322-53

64 Davidson RJ et coll. « Frontal brain asymmetry and emotionnal reactivity : abiological substrate of affective style » *Psychophysiology*, 1993 : 30 : 82-9

IV. Émotions et maladie d'Alzheimer

Depuis que des recherches⁶⁵ ont montré une atteinte précoce de l'amygdale dans la maladie d'Alzheimer, des chercheurs se sont demandé si cette atteinte avait des répercussions sur les troubles cognitifs et comportementaux dans cette maladie. Nos données sont extraites d'une revue de la littérature⁶⁶.

1. Identification et reconnaissance émotionnelles dans la maladie d'Alzheimer

Plusieurs études ont donc été menées sur ce sujet. Les résultats ne sont pas unanimes, puisque certains concluent à une altération précoce des processus émotionnels, tandis que d'autres évoquent une préservation de ceux-ci même à un stade sévère de la maladie.

1.1. Préservation des capacités

La première étude permettant d'envisager le maintien des capacités à percevoir le climat émotionnel est celle de Bartol⁶⁷, en 1979. Cette recherche est basée sur le discours des proches de patients présentant une maladie d'Alzheimer et sur des observations cliniques. Par la suite, un certain nombre d'études est venu confirmer ce résultat.

L'étude de Roudier et *al.*⁶⁸ montre que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont des capacités de discrimination des différentes émotions équivalentes au groupe contrôle. Néanmoins, en ce qui concerne la discrimination de l'identité faciale et la dénomination des émotions, un déficit se retrouve chez les patients souffrant de la

65 Galton CJ, Patterson K, Graham K, Lambon-Ralph MA, Williams G, Antoun N et al. « Differing patterns of temporal atrophy in Alzheimer's disease and semantic dementia » *Neurology* 2001 ; 57 : 216-25

66 Morrone I., Besche-Richard C., Mahmoudi R., Novella JL. « Identification et mémorisation des émotions dans la démence de type Alzheimer : revue critique de la littérature » *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10(3) : 307-14

67 Bartol MA. « Nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease » *J Gerontological Nursing* 1979 ; 5 : 21-31

68 Roudier M, Marcie P, Grancher AS, Tzortzis C, Starkstein S, Boller F. « Discrimination of facial identity and of emotions in Alzheimer's disease » *J Neurol Sci* 1998 ; 154 : 151-8

maladie d'Alzheimer. A partir de ces résultats, il est envisageable de penser que les processus à l'origine de la discrimination de l'identité faciale et ceux des expressions émotionnelles sont dissociés.

Selon ces auteurs, la relative préservation de la communication non-verbale chez ces personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère d'évolution pourrait s'expliquer par ces résultats. En effet, la reconnaissance de l'identité faciale nécessite l'activation de la mémoire épisodique, de la mémoire sémantique et de processus visuels complexes, tandis que la discrimination des émotions nécessite une moindre activation puisque les informations visuelles seraient plus saillantes et de ce fait plus rapidement accessibles.

En 2002, Abrisqueta-Gomez et *al.*⁶⁹ proposent une tâche de catégorisation d'images, selon leur caractère plaisant, déplaisant ou neutre à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cette étude met en évidence une préservation de la capacité à identifier et catégoriser correctement les items en fonction de leur valence émotionnelle chez ces patients. Ce résultat est confirmé également pour du matériel verbal (mots et histoires), d'après l'étude de Kesinger et *al.*⁷⁰, qui met également en évidence la préservation de l'évaluation de l'intensité des items émotionnels.

En 2004, Burnham et Hogervorst⁷¹ ont analysé les capacités d'identification des différentes expressions faciales émotionnelles chez des personnes présentant une maladie d'Alzheimer. Leurs résultats mettent en évidence une préservation des capacités d'identification des émotions spécifiques de joie, de colère, de peur, de surprise et de dégoût tandis que la tâche d'appariement des émotions est déficitaire.

69 Abrisqueta-Gomes J, Bueno OFA, Oliveira MGM, Bertolucci PHF. « Recognition memory of emotional picture in Alzheimer's disease » *Acta neurol scand* 2002 ; 105 : 51-4

70 Kensinger EA, Brierley B, Medford N, Growdon JH ? Corkin S. « Effect of normal aging and Alzheimer's disease on emotional memory » *Emotion* 2002 ; 2 : 118-34

71 Burnham H, Hogervorst E. « Recognition of facial expressions of emotion by patients with dementia of the Alzheimer type ». *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004 ; 18 : 75-9.

Etudes - Auteurs	Population	Epreuves	Résultats
Roudier <i>et al.</i>	G1 : n= 14 ; âge:81,07 ; MMS : 26,07 G2 : n=31 ; âge : 80,47 ; MMS : 16,18	Discrimination et identification des EFE	Discrimination : G1=G2 Dénomination : G1>G2
Burnham & Hogervorst	G1 : n=14 ; âge : 73 ; MMS:29 G2 : n=31 ; âge : 76 ; MMS:21	Identification EFE	Identification : G1=G2 Appariement G1>G2
Abrisqueta-Gomez <i>et al.</i>	G1 : n=19 ; âge :67,4 ; MMS : 28,9 G2 : n=13 ; âge : 67,4 ; MMS : 19,9	Catégorisation d'images selon caractère plaisant, déplaisant ou neutre.	G1 = G2
Bucks & Randford	G1 : n=12 ; âge : 67,4 ; MMS : 28 G2 : n=24 ; âge : 78 ; MMS : 18,8	FAB ⁷²	Si visages différents : G1 > G2 G2 : dénomination < appariement Déficit identification prosodie chez DTA
Henry <i>et al.</i>	G1 : n=30 ; âge:76,9 ; MMS : 28,8 G2 : n=24 ; âge : 78 ; MMS : 24,2	Identification EFE	Dégoût : G1 = G2 Colère : G1 > G2 Peur : G1 > G2 Tristesse : G1 > G2 Surprise : G1 > G2 Joie : G1 > G2
Lavenu & Pasquier	N : 7 DTA ; âge : 72,43 ; MMS : 23,57	Dénomination EFE Étude longitudinale sur 3 ans	Stabilité identification : joie, tristesse et mépris. Dégradation : colère, dégoût, peur, surprise.

G = groupe ; n = nombre ; Mms : mini mental state ; EFE : expressions faciales émotionnelles

1.2. Déficit des capacités

A l'inverse, de nombreuses études ont mis en évidence un déficit au niveau des processus d'identification et de discrimination des émotions faciales émotionnelles dans la maladie d'Alzheimer.

L'étude de Bucks et Radford⁷³ évalue la reconnaissance des émotions faciales et la prosodie chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer, par le biais de la FAB (*Florida Affect Battery*). La reconnaissance des émotions est déficitaire chez ces patients,

72 Bowers D, Blonder LX, Heilman KM. *The Florida Affect Battery*. Gainesville (F) : Center of Neuropsychological Studies, 1991.

73 Bucks RS, Radford SA. « Emotion porcessing in Alzheimer's disease » *Aging Ment Health* 2004 ; 8 : 222-32

la discrimination des affects faciaux présentés sur différents visages est plus difficile que si le visage est le même et les épreuves de dénomination des émotions apparaissent plus déficitaires que les épreuves d'appariement.

L'existence d'un déficit d'identification des expressions faciales émotionnelles chez des personnes ayant une maladie d'Alzheimer a été le résultat de nombreuses études. Néanmoins, le type d'émotions déficitaires fait toujours débat.

Selon Hargrave et *al.*⁷⁴, les émotions faciales de la tristesse ne sont pas reconnues, tandis que pour l'étude de Brosgole et *al.*⁷⁵, ce sont les expressions faciales de la colère qui ne sont pas reconnues. Plusieurs travaux (Cadieux & Greve⁷⁶, 1997 ; Lavenu⁷⁷, 1999 ; Granato & *al.*⁷⁸, 2009 ; Lavenu & Pasquier⁷⁹, 2005) mettent en évidence un déficit précoce de la peur. Pour exemple, Granato et *al.* met en évidence une confusion fréquente entre l'identification de la peur et de la colère au bénéfice de la colère à un stade très précoce de la maladie d'Alzheimer. Ce résultat est retrouvé dans l'étude de Kohler et *al.* dont les travaux mettent également en évidence une interprétation erronée des visages neutres, pris à tort par des patients présentant une maladie d'Alzheimer comme des visages tristes. Ces erreurs d'identification d'une émotion sont intéressantes à analyser puisqu'elles peuvent avoir un retentissement sur les relations entre le malade et les aidants.

Deux hypothèses ont été élaborées pour tenter d'expliquer les déficits d'identification des émotions :

- Déficit résultant d'un déclin cognitif généralisé : L'étude menée par Albert et *al.* se base sur des tests adaptés aux possibilités cognitives des personnes. Le déficit disparaît alors, ce qui indique l'impact des déficits cognitifs sur l'identification des émotions.

74 Hargrave R, Maddock RJ, Stone V. « Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease. » *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002 ; 14 : 64-71

75 Brosgole L, Kurucz J, Plahovinsak TJ, Sprotte C, Haveliwala YA. « Facial- and postural-affect recognition in senile elderly persons » *Int J Neurosci* 1983 ; 22 : 37-46

76 Cadieux NL, Greve KW. « Emotion processing in Alzheimer's disease. » *J Inter Neuropsychol Soc* 1997 ; 3 : 411-9

77 Lavenu I. « Troubles de la perception des émotions. » In : Michel BF, Touchon J, Pancrazi MP, Verdier JM, eds. *Affect amygdale Alzheimer*. Marseille : Solal, 1999 : 195-205

78 Granato P, Godefroy O, Van Gansberghe J-P, Bruyer R. « Trouble de la reconnaissance des émotions faciales dans la forme légère de la maladie d'Alzheimer. » *La revue de gériatrie* 2009 ; 34 : 853-9

79 Lavenu I, Pasquier R. « Perception of emotion on face in frontotemporal dementia in Alzheimer's disease : alongitudinal study » *Dement Geriatr Cogn Discord* 2005 ; 19 : 37-41

- Déficit résultant de l'atteinte spécifique des processus d'identification émotionnelle : (Allender et Kaszniak, 1989⁸⁰, Kohler et al., 2005⁸¹, Shimokawa et al.⁸², 2000, Shimokawa et al.⁸³, 2001). Ainsi dans l'étude d'Allender et Kaszniak, effectuée auprès de patients Alzheimer, des déficits lors de tâches de reconnaissance d'expressions faciales émotionnelles et neutres sont retrouvés, même après ajustement au niveau cognitif. Cette étude a également montré une altération d'identification et de discrimination de la prosodie.

2. Émotion, communication et maladie d'Alzheimer

En 2011, Rousseau⁸⁴ s'interroge sur le lien entre communication et émotion chez des personnes ayant la maladie d'Alzheimer : « *Comment l'émotion est-elle verbalisée ? Quelle est l'influence de situations chargées affectivement sur la communication des patients ? Quelles influences les émotions, ressenties plus ou moins consciemment chez les malades Alzheimer, ont-elles sur le fonctionnement de leurs capacités cognitives et surtout communicationnelles ?* »

A partir d'une étude⁸⁵ réalisée auparavant, ayant pour objectif d'analyser la communication d'une population atteinte de la maladie d'Alzheimer, Rousseau repère les actes de langage verbalisant l'émotion et l'influence des situations de communication sur la production de ces actes. Trois situations de communication sont analysées : l'entrevue dirigée, ayant pour sujet un thème autobiographique ; une tâche d'échange d'informations à partir de photographies ; une discussion libre à partir du moment donné.

Les résultats obtenus mettent en évidence une influence de l'émotion sur les capacités de communication des malades Alzheimer. Tout d'abord, l'émotion est verbalisée par ces

80 Allender J., Kaszniak AW. « Processing of emotion cues in patients with dementia of the Alzheimer type. » *Int. J Neurosci* 1989 ; 46 : 147-55

81 Kohler CG, Anselmo-Gallagher G, Bilker W, Karlawish J, Gur RE, Clark CM. « Emotion-discrimination deficits in mild Alzheimer disease. » *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 ; 13 : 926-33

82 Shimokawa A, Yatomi N, Anamizu S, Ashikari I, Kohno M, Maki Y et al. « Comprehension of emotion : comparison between Alzheimer type and vascular type dementias » *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000 ; 11 : 268-74

83 Shimokawa A, Yatomi N, Anamizu S, Torii S, Isono H, Sugai Y, et al. « Influence of deteriorating ability of emotional comprehension on interpersonal behavior in Alzheimer type dementia » *Brain Cogn* 2001 ; 47 : 423-33

84 Rousseau T. « Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer », *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2011 ; 11, 221-228

85 Rousseau T. « La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique », *Bull Psychol* 2009 ; 62(5) : 429-44

personnes. Ensuite, son influence varie selon la situation de communication. Ainsi une situation faisant appel directement aux sentiments et générant de l'émotion incite le malade à s'exprimer davantage, même s'il rencontre des difficultés.

Le thème de l'autobiographie incite l'expression d'un langage émotionnel, puisque cette situation de communication concerne la vie, l'histoire du patient, ce qui est chargé affectivement. Cette tâche d'entrevue dirigée facilite le plus la communication, d'un point de vue linguistique et cognitif.

Par rapport au support que fournit l'entrevue dirigée, la situation de discussion libre se révèle plus difficile. Le sujet réalise plus d'actes de langage, mais l'absence de support a pour conséquence une difficulté pour exprimer sa pensée, ses sentiments.

Partie III
LE CONTE

I. Définitions et origines des contes

Pour définir le conte, nous pensons aisément aux formules d'ouverture, comme « *Il était une fois* » et aux formules de clôture, telles que « *Ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants* ». Mais le conte est une notion plus complexe, qui ne se limite pas à des phrases-types. Bien avant de le retrouver dans des livres pour enfant, le conte fut un véritable rite social, unissant dans sa réalisation toutes les générations.

1. Qu'est-ce qu'un conte ?

1.1. Le conte, une composante de la littérature orale

Le conte appartient à la « littérature orale », expression paradoxale de Paul Sébillot⁸⁶. La littérature orale est un genre très vaste et diversifié, qui comprend tous les récits de fictions semi-fixés, anonymes, transmis oralement, variables dans leurs fonds mais pas dans leurs formes. Elle regroupe à la fois les mythes, les épopées, les légendes, les contes, les fables et parables, les chants, les petites formes (proverbes, dictons, virelangue, énigmes, devinettes, jeux de doigts...) et les récits de vie. En l'absence de fixation par l'écriture, c'est la répétition qui confère aux œuvres de littérature orale une existence dans la durée.

La littérature orale a diverses fonctions :

- Elle conforte l'identité propre à une culture ou à une communauté. Elle pose des questions universelles.
- Elle peut être considérée comme la partie de la tradition qui est mise en forme selon un code propre à chaque société et à chaque langue, en référence à un fonds culturel.
- Elle véhicule aussi bien l'histoire du groupe que ses croyances, ses représentations symboliques, ses modèles culturels ou sa vision du monde naturel.

86 Sébillot P. *Littérature orale de la Haute-Bretagne*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1881

-
- Elle sert souvent de base à l'enseignement traditionnel, puisqu'elle est fortement imprégnée des valeurs spécifiques de la société.
 - Elle se prête au comparatisme, puisqu'elle pose sous une forme symbolique des problèmes communs à toutes les sociétés humaines (explication du monde, relations entre les membres du groupe familial, etc...)

1.2. Le conte, un récit à différencier

Appartenant à la littérature orale, le conte a des traits communs avec le mythe, la légende ou encore la fable. Néanmoins, il reste un récit particulier.

Le mythe est un récit imaginaire d'exploits réalisés par des personnages considérés comme ayant des pouvoirs quasi-divins, en tout cas hors du commun des mortels. L'identification avec le héros n'est pas possible, car il est unique, nommé, ce qui n'est pas le cas dans le conte. Le mythe se présente comme un grand récit de fondation. Le mythe a pour point commun avec le conte, de faire intervenir des personnages magiques, qui vivent des aventures incroyables et dramatiques. Ils se situent également tous les deux dans un passé indéterminé. En outre, ils mettent en scène tous les deux le passage infiniment grave entre la vie de l'enfant et celle de l'adulte, ce qu'on appelle le scénario initiatique.

La légende a pour étymologie un terme latin « *léghenda* », qui signifiait ce qui doit être lu. A l'origine, ce terme se réfère à l'ancienne habitude de lire des vies de saints dans les couvents. Par la suite, la légende a servi à définir un récit d'exploits réalisés par des personnages ayant vraisemblablement existé, mais qui étaient censés disposer de pouvoirs surnaturels, amplifiés par l'imaginaire de ceux qui ont transmis la légende.

Une fable est un récit bref, proche de l'apologue, à valeur allégorique et démonstrative. D'une petite histoire, mettant souvent en scène des animaux ou des êtres inanimés, une moralité est extraite, c'est-à-dire une vérité générale sur le comportement des hommes, ou un conseil moral.

D'après le dictionnaire Larousse⁸⁷, le conte est un « *récit, souvent assez court, de faits, d'aventures imaginaires* ». Cette courte définition contrebalance les nombreux écrits ayant pour sujet le conte, dans lesquels chaque auteur définit de manière personnelle le conte. Nous avons relevé quelques unes des nombreuses définitions afin d'apporter plus d'informations sur cette notion.

Pour Péju⁸⁸, il s'agit d'une histoire courte, dans laquelle des événements merveilleux ont lieu et qui s'achève par un dénouement heureux. Pour Gillig⁸⁹, le conte se caractérise par son appartenance à la littérature de type narratif relatant des faits qui ont un début, un développement et une fin dans le temps du récit. Estienne⁹⁰ complète ce propos, en ajoutant que le conte est « *un récit d'aventures imaginaires qui mettent souvent en scène des personnes, des animaux qui ont à effectuer un itinéraire pour obtenir quelque chose de vital qui leur tient à cœur* ». D'après Estienne, le conte est capable, pour H. Gougaud, « *par son langage et sa musicalité, d'aider l'enfant et peut-être l'adulte à structurer sa pensée, à y retrouver les bases de lecture de notre univers mélangé d'où nous sont livrés chaque jour des milliers d'images fragments qui se veulent éclairantes et qui nous obstruent au contraire les vaisseaux de la pensée.* »

1.3. Le conte et son conteur

Hérité de la tradition, le conte est un récit qui ne se transmet pourtant pas de manière immuable. En effet, le conteur puise dans un répertoire connu depuis longtemps la trame de son récit et lui imprime sa marque propre qui sera fonction de l'heure, du lieu, du public et de son talent spécifique. Le conte est donc à la fois création anonyme, en ce qu'il est issu de la mémoire collective, et création individuelle, celle du « conteur doué », artiste à part entière qui actualise le récit, et sans en bouleverser le schéma narratif, le fait sien. Pour Arnold Van Gennep⁹¹, le conte appartient également à la « littérature mouvante », par opposition à la « littérature fixée » des proverbes et des dictons qui ne se modifient pas.

87 Le grand Larousse illustré Vol. 1, Larousse, 2005

88 Péju P. *La petite fille dans la forêt des contes* Laffont, Paris : 1999

89 Gillig J.-M. *Le conte en pédagogie et en rééducation*, Paris, Dunod éditeur, 1997, 234p.

90 Estienne Fr. *Utilisation du conte et de la métaphore* Masson : Paris, 2001

91 Van Gennep A. *La formation des légendes* Flammarion : 1910, 326p.

Une des caractéristiques du conte est de faire part dès le début du caractère fictionnel de l'histoire qui va être contée. Diverses formules sont utilisées pour décaler le conte dans cette fiction : l'incipit « *il était une fois* » rompt avec le monde ordinaire, les localisations spatio-temporelles du conte merveilleux accentuent ce décalage comme avec la formule « *Bien loin, au-delà de l'extrémité du monde et au-delà même des montagnes des sept chiens, il était une fois un roi...* ». Néanmoins, pour capter l'attention de l'auditoire, le conteur peut au contraire introduire des affirmations de réalité en début ou en fin de conte.

1.4. Rôle des contes

- Le divertissement : Le conte apparaît tout d'abord comme un divertissement. Pendant longtemps, il a été l'un des seuls moyens pour se divertir. Ainsi, les contes ont servi à divertir des assemblées de villageois qui, réunis pour travailler, oubliaient leurs tâches en écoutant l'un des leurs. Néanmoins, certains contes n'étaient racontés qu'en présence d'un public précis. Il existait ainsi des contes, que seuls les hommes connaissaient et qu'ils se racontaient entre eux. Les femmes avaient également leur répertoire propre, qui différait des contes qu'elles pouvaient raconter aux enfants. La récitation de contes peut être interdite entre certains proches parents (par exemple, entre mère et fils nubile).

- Le rôle informatif : Certains contes sont également issus directement de l'histoire des hommes. En effet, jusqu'au XVII^{ème} siècle, c'est lors des veillées que sont racontés les contes. Tous les habitants du village sont réunis, ils s'échangent les nouvelles d'ici et du monde, qui leur sont parvenues par le biais des ouvriers itinérants, des voyageurs. Puis l'ancien conte une histoire, dans laquelle il peut insérer des événements réels afin de capter l'attention du public.

-
- La pédagogie : Les contes véhiculent un savoir qui se transmet de génération en génération. Ainsi dans certaines sociétés africaines, par exemple, on ne communique aucun élément de connaissance à un enfant avant de lui avoir dit un conte ou posé une devinette ; à ses réactions et aux questions qu'il pose, on juge s'il a le niveau d'intelligence et de curiosité suffisant pour recevoir l'enseignement.

 - La fonction psychologique : Cette fonction s'exerce au niveau de l'inconscient, et donc à l'insu des usagers. Les contes posent en effet, sous forme d'images symboliques, dont le système est propre à chaque culture, les problèmes inconscients auxquels sont confrontés les individus et qui touchent aux rapports des membres du groupe entre eux.

1.5. Un style oral

Parole vivante, le conte est inséparable du corps. En effet, si l'auditeur se laisse aller à entendre le conte, c'est que le conteur met tous ses charmes au service du conte. Il ajuste son intonation, adapte le ton de sa voix. Il laisse des silences et des pauses. Il accélère son débit ou au contraire le ralentit en fonction de l'action du conte. Ses gestes prolongent ses paroles.

Cependant, la liberté du conteur se base sur la structure contraignante du conte. Le conte commence et se termine par des formules fixes, variables selon les cultures mais axées sur quelques thèmes principaux. Ces formules d'introduction ont plusieurs rôles. Tout d'abord, elles peuvent permettre de capter l'attention avant le début du conte. Elles sont l'embrayage du conte. Dans ce but, autrefois, on pouvait taper sur un objet dur. En exigeant la répétition à voix plus forte d'une formule, l'auditoire se rassemble autour du conteur. Ensuite, ces formules permettent de clore le conte. Elles mettent ainsi fin à l'écoute et ouvrent sur un deuxième temps. D'autre part, elles soulignent l'aspect fictif : à la fin, elles rompent avec l'illusion réaliste et ramènent l'auditoire à la réalité. Certaines formules peuvent insister sur le caractère mensonger du récit qui va suivre – comme la vieille formule française « *Plus j'vous dirai, plus j'mentirai ; je ne suis pas payé pour vous dire la vérité* » – ou sur son caractère intemporel, comme en témoigne la formule

bien connue « il était une fois ». Elles peuvent également constituer un refrain de l'histoire, qui marque ainsi le passage d'une étape à une autre.

2. De l'origine des contes à aujourd'hui

2.1. D'où vient le conte ?

Depuis quand les hommes se racontent-ils des histoires ? De nombreux avis existent à ce propos et nous tenterons d'en faire un tour d'horizon. Cette interrogation a été posée pour la première fois au début du XIX^e siècle avec les frères Grimm⁹².

Ils font dériver les contes d'un système mythologique disparu, théorie qui sera reprise par Hyacinthe Husson⁹³. Plus tard, avec la découverte du sanskrit, on se tournera vers l'Inde pour en faire la patrie d'origine des contes populaires. C'est la théorie avancée par Theodor Benfrey⁹⁴, dans son introduction à l'édition des contes indiens Panchatantra en 1859, théorie qui sera reprise par le folkloriste Emmanuel Cosquin⁹⁵. Avec la découverte de la part importante d'autres pays de grande civilisation dans la diffusion de certains contes disparaît l'espoir de trouver une origine unique à ces récits. Pour Arnold Van Gennep, dans son ouvrage *La formation des légendes*, la présence d'animaux dans les contes serait issue de rites totémiques. Paul Saintyves⁹⁶, en 1923, propose une théorie ritualiste des contes (*Les contes de Perrault et les récits parallèles*) où les personnages seraient le souvenir de rites populaires saisonniers : Cendrillon serait par exemple une reine de carnaval, présidant à la domesticité intérieure.

Dans la première moitié du XX^e siècle, la méthode historico-géographique de l'école finlandaise séduisit beaucoup de folkloristes. Elle consiste à réunir le plus possible de variantes d'un même type de conte, et à les comparer pour établir une sorte de schéma original et d'en retrouver l'origine. Cette méthode a conduit à l'élaboration d'un catalogue des contes, que nous étudierons dans une partie ultérieure.

92 Grimm J.& W. *Les Contes*, trad. A. Guerne, 2 vol., Flammarion, Paris, 1967

93 Husson H., *La chaîne traditionnelle. Contes et légende d'un point de vue mythique*. Paris, 1874

94 Benfrey P. *Panchatantra* Bibliobazar, 2009

95 Cosquin E., *Contes populaires de Lorraine*, Laffitte Reprints, Marseille, 1978

96 Saintyves P. *Les contes de Perrault et les récits parallèles* Laffont, 1987

Pour les psychanalystes, les contes s'apparentent aux rêves et aux fantasmes et traduisent sous forme d'images les processus de l'inconscient. Les scénarios de nombreux contes se prêtent à cette interprétation : fantasmes incestueux (Peau d'Âne), fantasme de dévoration... A ce propos, M.-L. Franz⁹⁷ évoque la différence entre le conte et les autres récits : « *Dans les mythes, les légendes ou dans tout autre matériel mythologique plus élaboré, l'on n'atteint les structures de base de la psyché humaine qu'à travers une couche d'éléments culturels qui les recouvrent. Les contes de fées, par contre, contiennent bien moins de matériel culturel conscient spécifique, aussi reflètent-ils avec plus de clarté les structures psychiques fondamentales.* »

Dans son ouvrage *Petit Poucet deviendra grand*, Pierre Lafforgue⁹⁸ fait remonter les contes à la préhistoire. En effet, les sites préhistoriques avaient souvent deux foyers : l'un était dédié aux tâches alimentaires, tandis que l'autre était un lieu social. Ainsi le soir, autour du feu, les histoires sont nées. De bouche à oreille, les hommes se sont transmis leurs secrets, leurs peurs, leurs incantations religieuses... D'ailleurs, une des figures terrifiantes habitant les contes populaires est le loup. En y réfléchissant, il est assez étonnant que ce soit cet animal qui ait la « *dimension terrifiante, dévorante, archétypale du prédateur de l'oralité* ». Ce mythe du loup semble nous venir directement de la peur des hommes préhistoriques. Au départ, lorsque l'homme était toujours nomade, le loup se contentait de vivre de ses restes. Cependant, quand l'homme s'est sédentarisé, qu'il a cultivé et élevé des bêtes, le loup est devenu un prédateur. Que le loup soit le représentant de toute cette dimension terrifiante témoigne d'une origine lointaine des contes.

2.2. Son chemin jusqu'à nous

Les caractéristiques orales du conte en font une production artistique à la fois durable et éphémère, qui meurt et renaît à chaque narration. Face à ce constat, les hommes ont eu l'idée de mettre les contes par écrit.

Le premier recueil de contes à l'écrit date du III^e siècle : il s'agit d'un recueil de contes d'animaux d'origine arabe appartenant à la littérature sanskrit, Kalila wa Dimna. Le

97 Von Franz M.-L. *L'interprétation des contes de fées*, édition Jacqueline Renard, 1990

98 Lafforgue P *Petit poucet deviendra grand : soigner avec le conte*, Petite bibliothèque Payot, 1995

recueil des *Mille et une nuits* reçoit sa forme définitive vers 1400, mais il contient des récits collectés bien auparavant dans tous les pays du Proche et du Moyen-Orient.

Au XVI^e siècle, Perrault publie *Contes du temps passé*. Au XVIII^e siècle, c'est le colportage en milieu rural qui lui donne une nouvelle dynamique avec la Bibliothèque Bleue, petit ouvrage qui constituait une source de culture pour le peuple. Avant que les écrits ne parviennent dans les campagnes, les contes y parvenaient par le biais des colporteurs, des ouvriers itinérants qui, de village en village, contaient les histoires qu'ils avaient entendues ailleurs.

En Europe, la collecte des contes devient systématique après la publication de l'ouvrage des frères Grimm, *Kinder- und Hausmärchen*, en 1812. Dans le monde entier, le recueil des frères Grimm est devenu célèbre. Néanmoins, en 1812, date de la première édition, leur ouvrage ne fut tiré qu'à 900 exemplaires et l'accueil n'a pas été unanime. Progressivement, le public et les érudits vont porter un intérêt croissant aux contes. Les frères Grimm stipulent dans la préface de leur première édition qu'ils ont préservé le contenu des récits mais « *cela va de soi que le ton et l'élaboration des détails est notre œuvre* ». Ils publient près de 200 contes, dont Le Roi grenouille, Le loup et les sept chevreux, Hansel et Gretel et Blanche-Neige.

Cette collecte est parfois l'œuvre d'institutions nationales, comme la Société de littérature finnoise, parfois l'œuvre d'individus qui ont mené et coordonné des enquêtes sur le terrain : Asbjørnsen en Norvège, Svendt Grungtvig au Danemark, Pitré en Sicile, Paul Sébillot puis Arnold Van Gennep en France... Ces collectes ont permis de rassembler et de conserver un nombre important de contes. Ainsi la Société de littérature finnoise collecte plus de trente mille documents. A partir de la lecture de ce corpus, le finnois Antti Aarne perçoit des ressemblances entre les contes et définit ainsi la notion de conte-type : une organisation de motifs suffisamment stables pour s'être inscrite dans des récits divers, un schéma narratif privilégié avec insistance par les conteurs. Le recensement des contes-types, initialement mené à partir des collections scandinaves et germaniques, s'élargit bientôt à l'ensemble de l'Europe, puis à l'Inde. Il aboutit à l'établissement d'une classification internationale.

II. Approches théoriques des contes

1. Classification internationale

Au début du XX^e siècle, des folkloristes finnois ont établi une classification des contes. Toujours en vigueur aujourd'hui, elle représente la classification internationale.

En 1910,

« (...) un Finlandais, Antti Aarne, constatant que les textes recueillis comportent à la fois des ressemblances et des différences, propose la notion de conte-type, organisation spécifique de séquences narratives et de motifs que l'on retrouve dans un certain nombre de récits, à savoir les versions, entre lesquelles un degré de variabilité toujours présent n'est cependant pas suffisamment important pour affecter la structure générale. Il a alors recueilli 150 contes-types, nombre qui devait s'accroître considérablement avec l'intensification et l'extension des collectes dans les différents pays d'Europe. »
(Belmont⁹⁹, 1999 : 36-37)

A plusieurs reprises, en 1928 et en 1961, la classification établie par Aarne est complétée par l'américain Stith Thompson¹⁰⁰.

Ces travaux donnent ainsi naissance à la classification internationale des contes, qui est nommée « classification d'Aarne-Thompson ». Elle comprend 2340 types de contes, répartis en quatre catégories :

- les contes d'animaux, qui ne mettent en scène que des animaux, comme le conte des Trois petits cochons ;
- les contes proprement dits, dont :
 - les contes merveilleux, qui sont en France injustement appelés « contes de fées », comme le conte de La belle au bois dormant ;
 - les contes réalistes, qui se rapprochent de par leur structure aux contes merveilleux mais dans lesquels le surnaturel n'intervient pas, comme par exemple, le conte des Mille et une nuits ;

99 Belmont N., *Poétique du conte. Essai sur le conte de tradition orale*, Paris, NRF/Gallimard, 1999

100 Thompson S. *Motif-Index of Folk Literature*, 6vol., Rosenkilde and Bagger et Indiana Univ. Press, Copenhague-Bloomington, 1955-1958

-
- les contes religieux, qui se réfèrent à l'imaginaire chrétien, sont à distinguer des légendes ;
 - les contes de l'ogre ou du diable dupés ;
 - les contes facétieux, dans lesquels on se moque des gens riches, des gens sots, des gens pauvres...
 - les contes à formule, dans lesquels une phrase est répétée d'un bout à l'autre par le personnage principal et qui souvent n'ont pas de fin.

A partir de ce catalogue, en France, dans les années 50, Paul Delarue travaille sur l'étude du conte. Son œuvre est poursuivie par Marie-Louise Tenèze. Ce travail aboutira au Catalogue national des contes populaires français¹⁰¹.

2. Propp et l'analyse morphologique

En 1928 paraît *Morphologie des contes* en Russie. Écrit par Vladimir Propp¹⁰², ce livre ne connaîtra un succès en Europe de l'ouest qu'à partir des années 1960, lorsque C. Lévi-Strauss¹⁰³ et A.-J. Greimas¹⁰⁴ lui consacreront des articles.

A partir d'un corpus de contes merveilleux russes extraits du recueil d'Afanassiev¹⁰⁵, Propp tente d'esquisser un modèle général de description et de fonctionnement permettant de classer les contes selon leur structure. Propp est d'ailleurs considéré comme le précurseur de l'analyse structurale du récit.

Au terme de son analyse, Propp conclut que le conte merveilleux obéit à une structure unique, composée de plusieurs fonctions : méfait initial, départ du héros, acquisition d'un auxiliaire magique, combat victorieux et retour triomphal sont parmi les principales.

Pour Propp, le conte comprend un nombre limité de fonctions, qu'il considère comme des invariants et qui sont au nombre de 31. La succession de ces fonctions est toujours identique, c'est-à-dire que chaque fonction découle de celle qui la précède, puisque les

101 Delarue P., Tenèze M.-L., *Le conte populaire français*, 3vol., Maisonneuve et Larose, 1957-1964-1976

102 Propp, *Morphologie du conte*, trad. M. Derrida, Seuil, 1970

103 Lévi-Strauss, C., « The Structural Study of Myth », in *Journal of American Folklore*, vol. 68, n°270, X-XII, pp. 428-444. L'article en français sera publié trois ans plus tard dans son *Anthropologie structurale*, Paris, 1958

104 Greimas A. J., *Sémantique structurale*, Larousse, Paris, 1966

105 Afanassiev A. N., *Contes russes*, trad. E. Bozoky, Maisonneuve et Larose, Paris, 1978

fonctions correspondent à un découpage du récit en grandes étapes successives et immuables. De plus, il estime que les contes merveilleux appartiennent au même type en ce qui concerne leur structure.

Propp définit alors le conte merveilleux comme « *un récit construit selon la succession régulière des fonctions en partant d'un méfait ou d'un manque en passant par des fonctions intermédiaires pour aboutir à un dénouement* »

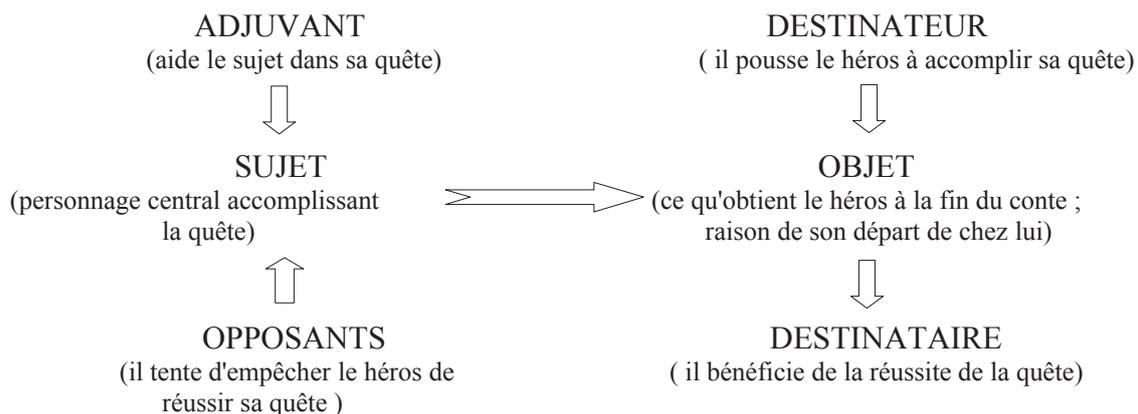
L'intérêt porté au travail de Propp ne concerne pas seulement l'établissement de ces trente et une fonctions, mais également leur répartition entre les personnages. En effet, les fonctions peuvent être regroupées en sphères d'action, le conte merveilleux étant défini par l'auteur comme un récit à sept personnages.

Propp donne au résultat de son travail le nom de morphologie, terme qu'il explique ainsi « *c'est-à-dire une description des contes selon leurs parties constitutives et des rapports de ces parties entre elles et avec l'ensemble* ».

3. Greimas et le schéma actantiel

Le concept de Propp, concernant les sphères d'action des sept personnages fondamentaux, ouvre la voie à la théorie de Greimas.

En 1966, Greimas publie *Sémantique structurale*. S'inspirant des travaux de Propp, mais également de travaux de Souriau, qui concernent les fonctions dramatiques dans les pièces de théâtre, Greimas définit un schéma actantiel. Ce schéma met en évidence les rôles entre les protagonistes, qui se déroulent à travers des programmes narratifs, allant d'une situation initiale à une situation finale qui inverse la première. Greimas introduit la notion d'« actant » comme constituant fondamental du récit. Ce terme provient de la linguistique, où il est utilisé pour celui qui fait l'action indiquée par le verbe. Pour Greimas, l'actant est une position au sein d'une structure. Les actants se définissent par leurs relations. Ils sont des classes d'acteurs renvoyant à un genre, tandis que les acteurs sont les personnages d'un conte en particulier.



Ces six actants sont supposés rendre compte de l'organisation de tout récit, en particulier du conte merveilleux.

4. Les réflexions de L. Fèvre

Dans son ouvrage *Contes et métaphores*, L. Fèvre¹⁰⁶ présente **cinq fonctions** du conte, chacune visant un problème particulier, qu'il classe sous cinq titres : ordonner, nettoyer, compenser, structurer l'intégration sociale, stimuler l'identification.

- Ordonner: A partir des réflexions de Thomassaint¹⁰⁷, qui parle « d'organiser le chaos » en donnant un sens à la vie, des réflexions de Bettelheim¹⁰⁸ pour qui le conte met en scène des « *difficultés fondamentales de l'homme* », Louis Fèvre met en évidence l'importance du rôle que joue le conte en déclarant : « *Le récit structure notre psychisme, nous arme face à la vie, et permet d'anticiper l'avenir de façon positive.* » En effet, l'identification au héros du conte permet à l'auditeur de prendre conscience de l'importance à lutter contre les difficultés de l'existence.
- Nettoyer : « *Le conte, comme le rêve, peut désensibiliser des craintes inutiles, des illusions à abandonner, des regrets stériles ou nuisibles* » (Fèvre, 1999)

106 Fèvre L., *Contes et métaphores* Chronique sociale, Lyon : 1999, pp. 88- 94

107 Cité par L. Fèvre (p. 94), Thomassaint J., *Contes et rééducation*, pp 36, Chroniques Sociales, Lyon, 1991

108 Bettelheim B. *Psychanalyse des contes de fées* Pocket : 1976, 476p.

-
- Compenser : « *Autoreprésentation spontanée de la situation de l'inconscient, le rêve ou le conte remplissent alors leur fonction de compensation en arrachant le psychisme à la répétition et aussi, comme l'explique Freud, en accomplissant des désirs archaïques.* » (Fèvre, 1999)
 - Structurer l'intégration sociale : L'auteur s'appuie sur les réflexions de Bettelheim (1976) quant à l'acceptation des lois et de l'interdit véhiculée dans les contes pour enfants. Il est essentiel de reconnaître cette fonction, comme une structuration nécessaire et il déclare : « *Les métaphores peuvent aider à structurer l'individu et à encadrer son intégration dans la société en lui faisant découvrir la notion de loi.* »
 - Stimuler l'identification : L'identité est la conscience qu'une personne a d'elle-même. Fèvre explique qu'« *il arrive que [les contes] travaillent directement sur les fondations de l'être, qu'ils proposent manifestement la reconnaissance de ce soi toujours en mouvement, insaisissable, et dont l'acceptation est pourtant essentielle* ». Cette identification se réalise à travers la représentation des personnages et les aspects du récit dans lesquels l'auditeur peut se reconnaître.

Selon Jacques Thomassaint, l'identification au héros ne suffit pas. Il est nécessaire que l'auditeur ait conscience du plaisir qu'a le conteur à raconter pour qu'il puisse prendre du plaisir à entrer dans le récit.

Fèvre met en évidence également **une dynamique des contes**, qu'il décrit en cinq points :

- Stimuler la créativité de l'inconscient : Le cerveau est composé de deux hémisphères cérébraux, qui ont chacun des rôles spécifiques. Ainsi les opérations conscientes, le langage et la pensée rationnelle activent l'hémisphère gauche, tandis que l'intuition, l'expression et la pensée analogique activent l'hémisphère droit. Pour Fèvre, « *l'effet des métaphores (qu'il s'agisse d'anecdotes, d'histoires, de proverbes, de mimes...) est d'endormir et d'occuper le "cerveau gauche" tout en activant*

le droit. Les analogies établissent une connexion entre les données conscientes et un autre contenu, imagé, que l'inconscient va travailler.»

- Fortifier l'autonomie et la responsabilité de l'auditeur : A l'écoute d'un conte, l'auditeur a pour travail de lui trouver un sens personnel. C'est en cela que réside la valeur du conte. Certains auteurs, notamment Perrault, en donnant une morale précise à l'histoire, ne permettent pas à l'auditeur d'effectuer ce travail : ils enlèvent ainsi une grande partie de leur signification.
- Faciliter l'identification au héros : Alors que les héros des mythes sont surhumains, les héros des contes nous ressemblent. C'est cette caractéristique qui nous permet de nous identifier à eux. Ce trait est renforcé par la façon dont ils sont nommés : les héros des contes n'ont pas de prénom, mais un terme général suffit à les désigner.
- Établir une complicité entre le narrateur et l'auditoire : A l'écoute d'un conte, l'auditeur possède des éléments inconnus par le héros de conte. Ces connaissances lui permettent de faire des hypothèses sur la suite du récit, de les partager avec le conteur, ce qui établit une certaine complicité entre le conteur et l'auditeur. Cette projection dans l'avenir se joue pour le conte, mais aussi au niveau de la propre histoire personnelle de l'auditoire, lui permettant ainsi de maîtriser ses propres peurs.
- Soutenir la découverte et l'acceptation de soi : Les personnages d'un conte, leurs actes, peuvent constituer autant d'aspects de la personnalité de l'auditeur, qu'il soit un enfant ou un adulte. La distance qu'installe le conte leur permet d'intégrer ces traits dans une image supportable, voire enviable d'eux-mêmes.

Fèvre ajoute que « *le conte visera encore à faire découvrir et admettre les normes et les lois qui conditionnent la vie en société et contribuent à structurer la personnalité* ».

III. Approches thérapeutiques des contes

Au XX^e siècle, la psychothérapie a étudié l'apport bénéfique des contes. Ainsi Bruno Bettelheim a étudié l'effet des contes de fées sur les enfants. Aux Etats-Unis, le psychiatre Milton Erickson¹⁰⁹ travaille sur une autre utilisation du conte. En France, Pierre Lafforgue fait part de son expérience d'atelier-contes et Françoise Estienne offre une réflexion sur le conte et l'orthophonie.

1. Le conte thérapeutique

Milton Erickson est à l'origine du développement et de la popularisation du conte en tant que technique thérapeutique pour les adultes. En effet, il s'est rendu compte que raconter une histoire imagée présentant une analogie avec le problème d'une personne, l'aidait beaucoup plus efficacement que de longs discours faisant appel à sa raison. Il créa ainsi des histoires personnalisées centrées sur la problématique spécifique d'une personne et les utilisa pour des adultes. Cette façon de faire prit le nom de métaphore ou allégorie thérapeutique.

Selon Geneviève Ragueneau¹¹⁰, dans son ouvrage *La psychothérapie par les contes*, le conte thérapeutique n'est pas une histoire pour plaire, mais il est élaboré pour exprimer par une voie détournée un problème à traiter. Le conte a alors pour objectif un changement d'aptitude. En ce sens, il pourrait être assimilé à la fable ou à la parabole. Cependant, le conte se distingue de la parabole qui est « une comparaison développée dans un récit et servant à présenter un enseignement. », puisque la parabole enseigne à partir d'une comparaison tandis que le conte procède de l'imagination et s'adresse à celle des auditeurs sans autre but apparent qu'un partage émotionnel entre le conteur et son auditoire. La fable s'adresse à la conscience morale, elle fait appel à l'instance psychique du Surmoi, tandis que le conte, en général, ne contient pas de leçon de morale et ne s'adresse pas uniquement au Surmoi.

A ce propos, Bettelheim écrit : « *Ces histoires, qui abordent des problèmes humains universels, et en particulier ceux des enfants, s'adressent à leur Moi en herbe et favorisent son développement, tout en soulageant les pressions préconscientes et*

109 Erickson M. *Ma voix t'accompagnera*. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1986

110 Ragueneau G. *La psychothérapie par les contes* L'Harmattan, Paris : 1999

inconscientes. Tandis que l'intrigue du conte évolue, les pressions du Ça se précisent et prennent corps, et l'enfant voit comment il peut les soulager tout en se conformant aux exigences du Moi et du Surmoi »¹⁰⁸.

D'après Geneviève Ragueneau, c'est en ce sens que le conte thérapeutique est efficace, puisqu'il est capable de toucher les trois niveaux du conscient, du préconscient et de l'inconscient. En transformant le symptôme en récit symbolique, par des images proches du rêve, le conte a des impacts dans les zones préconscientes et inconscientes. Le conte soutient l'imagination qui devient pourvoyeuse de solution et force de cohésion.

- **Le conte thérapeutique a pour objectif de :**

- Trouver des solutions dans son inconscient :

Pour Erickson, la personne peut trouver des solutions à ses problèmes dans son inconscient, mais l'accès peut en être bloqué par des mécanismes de défense ou des résistances. Cette difficulté peut être contournée en contant une histoire ayant des similitudes avec la problématique vécue et dans laquelle des possibilités de solutions sont évoquées sous une forme symbolique.

Pour Langenfeld Serranelli¹¹¹, « *le conte thérapeutique est en fait un facilitateur. Il aide la personne qui le désire à se laisser conduire intérieurement vers une solution à son problème. Il capte son imaginaire, l'entraînant au cœur de son conflit inconscient, et lui ouvrant la perspective d'une issue.* »

- Solliciter la pensée analogique :

Le conte allégorique s'adresse au cerveau droit, qui est dominé par la pensée analogique. Étant le lieu des perceptions liées aux émotions, c'est grâce à lui que des émotions refoulées peuvent être contactées. En écoutant le conte, l'auditeur ne fait pas appel à sa pensée rationnelle, mais à cette pensée analogique.

¹¹¹ Langenfeld Serranelli S. *Les contes au cœur de la thérapie infirmière : Psychiatrie et conte thérapeutique*, Elsevier Masson, 2007, 190p

- **Les bienfaits du conte thérapeutique sont multiples :**

- Rétablir la circulation émotionnelle en douceur :

Si une émotion ne peut être acceptée, elle va être refoulée. Cette incapacité à gérer certaines émotions peut engendrer de nombreux problèmes psychiques. En écoutant un conte, il peut se produire un bouleversement intérieur, permettant à une émotion non acceptée d'être travaillée de nouveau. Ainsi pour Langenfeld Serranelli, le conte « *favorise l'entrée dans une dynamique de régression : la personne fait un retour dans son passé et contacte ses émotions douloureuses refoulées.* »

- Restaurer l'estime de soi :

Le conte thérapeutique est écrit en fonction d'une problématique précise et pour cela, il est souvent écrit pour une personne en particulier. Entendre une histoire qui a été écrite pour soi, c'est obtenir un très grand signe de reconnaissance.

- Renforcer le lien thérapeutique :

L'utilisation du conte thérapeutique permet de créer un climat de confiance entre la personne soignée et le soignant. En effet, la personne soignée a l'impression que le soignant a fait un pas vers elle et vers sa souffrance ; elle se sent réellement entendue. Le conte thérapeutique représente un témoignage fort de l'intérêt que le soignant lui porte.

Dans l'ouvrage *Les contes au cœur de la thérapie infirmière*, Solange Langenfeld Serranelli¹¹¹ relate dans chaque chapitre, l'histoire d'un accompagnement particulier, avec pour point commun, l'utilisation d'un conte à un moment clé du parcours thérapeutique. L'auteur fait part de sa pratique, partage les contes thérapeutiques qu'elle a écrits pour des patients et apporte une analyse sur chaque situation. Pour elle, le conte ne peut avoir un effet que si la personne est prête. Si c'est le cas, le conte peut constituer alors un appui pour accompagner sa sortie d'un fonctionnement psychique entravé. Elle utilise le conte pour restaurer l'estime de soi, pour aider à gérer des peurs, pour intégrer la loi, pour entrer en contact avec des émotions refoulées,

2. Bettelheim

En 1976, Bettelheim¹⁰⁸ publie *Psychanalyse des contes de fées*. Cet ouvrage s'adresse aux adultes et a pour postulat que les contes de fées ne traumatisent pas les enfants mais qu'ils répondent de façon précise et irréfutable à leurs angoisses, les informant des épreuves à venir et des efforts à accomplir.

« Pour qu'une histoire accroche vraiment l'attention de l'enfant, il faut qu'elle le divertisse et qu'elle éveille sa curiosité. Mais, pour enrichir sa vie, il faut en outre qu'elle stimule son imagination ; qu'elle l'aide à développer son intelligence et à voir clair dans ses émotions : qu'elle soit accordée à ses angoisses et à ses aspirations ; qu'elle lui fasse prendre conscience de ses difficultés, tout en lui suggérant des solutions aux problèmes qui le troublent. Bref, elle doit, dans un seul et même temps, se mettre en accord avec tous les aspects de sa personnalité sans amoindrir, au contraire en le reconnaissant pleinement, la gravité de la situation de l'enfant et en lui donnant par la même occasion confiance en lui et en son avenir. »

Pour Bettelheim, ce qui répond le mieux à cela, ce sont les contes de fées. Le conte aide l'enfant à assumer les épreuves psychiques qu'il doit affronter et permet ainsi à sa personnalité de se construire.

Pour finir, il explique que les contes de fées fonctionnent comme des œuvres d'art : pour l'auteur, le sens le plus profond du conte est différent pour chaque individu et différent pour la même personne à certaines époques de sa vie.

3. Lafforgue

En France, l'un des premiers à utiliser le conte dans un but thérapeutique a été Pierre Lafforgue⁹⁸ en 1977. Lafforgue nous fait part, dans son ouvrage *Petit Poucet deviendra grand : soigner avec le conte*, de sa réflexion sur le conte et de son expérience de plus de trente ans auprès d'enfants pathologiques ou non.

Pour Lafforgue, *« le conte merveilleux a servi d'organisateur de la pensée consciente et inconsciente par transmission orale depuis la préhistoire. »* Il nous fournit d'ailleurs une explication sur l'origine des contes, dont nous avons fait part précédemment.

L'outil de travail que représente le conte est, pour lui, « un producteur de pensées issu de l'inconscient collectif des groupes humains ». Son atelier-contes se déroule en trois temps : le conte, le jeu et le dessin. Pour lui, l'atelier-contes a une double dimension, thérapeutique et sociale.

4. Estienne et le conte en orthophonie

Françoise Estienne⁹⁰ distingue le conte, qui est « *un récit plus ou moins long avec une intrigue qui comporte un début, un déroulement et une fin* » de la métaphore qui peut-être « un mot, un dessin, une couleur, un geste, une phrase qui éclaire un concept en le personnalisant. ». Les contes peuvent être métaphoriques « *quand ils aident à comprendre des notions abstraites [...], quand ils servent de support pour exercer une fonction [...], quand ils mettent en scène une problématique existentielle en suggérant des issues.* »

Dans sa pratique des contes, elle utilise les contes métaphoriques, qu'elle divise en deux catégories : les contes personnels et les contes interactifs.

Les contes personnels sont créés pour :

- donner des informations aux patients sur des sujets ayant trait à l'orthophonie ;
- exercer des fonctions, comme la parole ;
- « *exposer des situations orthophoniques problématiques existentielles qui placent l'individu dans des croyances ou des comportements qui l'empêchent de vivre, de grandir, d'apprendre* » ;
- « *susciter un changement en procurant des pistes pour se connaître, changer, communiquer, réussir, vivre, grandir* ».

Les contes personnels lui servent de support durant ces séances orthophoniques pour lire, raconter,...

Les contes interactifs sont créés avec les patients, selon les modalités orales ou écrites. Pour Estienne, « *le conte est une façon agréable de s'occuper d'un symptôme à partir d'un support qui ne se centre pas dessus ; c'est aussi une façon d'automatiser un acquis. La personne devient le propre artisan de son évolution.* »

Pour Françoise Estienne, « *un parcours thérapeutique orthophonique se présente comme un conte* ».

En effet, lorsqu'un patient consulte en orthophonie, il est dans une situation insatisfaisante. La rééducation orthophonique peut devenir alors une véritable quête dont l'objet diffère selon la demande. C'est en ce sens qu'Estienne écrit :« *pour obtenir ce qu'il souhaite, il se met en route avec l'aide d'un guide, d'un accompagnateur qui va l'aider à franchir les obstacles pour arriver au but. Le voyage est balisé et soigneusement préparé par un contrat qui spécifie le temps qu'on se donne pour accomplir le trajet, les moyens que l'on choisit, les étapes, les indices que l'on est sur le bon chemin* ».

Estienne utilise le conte métaphorique avec ses patients de tous âges. Elle appelle conte métaphorique le conte qui aide à « *comprendre des notions abstraites comme la voix, l'écriture, l'oreille, une règle de grammaire* », qui sert de « *support pour exercer une fonction telle que la parole, la lecture, l'écriture, la voix* », et qui « *met en scène une problématique existentielle en suggérant des issues* ».

Les contes de fées sont, pour elle, des contes métaphoriques dans le sens où « *ils racontent mais ne donnent pas de leçons ni de conseils ; s'il y en a, c'est au lecteur ou à l'auditeur de les dégager. Ils sont en soi métaphoriques et thérapeutiques puisqu'ils montrent comment des sujets de rien du tout ou malheureux s'en sortent pour se tirer d'affaire ou exploiter des ressources insoupçonnées.* »

Néanmoins, le conte métaphorique concerne directement la personne, bien que celle-ci ne puisse le percevoir qu'inconsciemment.

IV. Sa pertinence auprès de patients Alzheimer

1. Un atelier-contes dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment¹¹²

En 2004, un psychologue clinicien spécialiste de l'art-thérapie, Jean-Luc Sudres, met en place un atelier-contes à l'hôpital La Grave (CHU de Toulouse). Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs bénéfices, notamment au niveau de la construction du groupe, de l'établissement de relations de bienveillance entre résidents et praticiens et de lutter contre l'isolement. Cet atelier a facilité l'amorce d'un travail individuel en offrant un accès singulier à l'imaginaire et au travail de mémoire qui passe par l'expérience de soi, des autres et de la culture identitaire.

2. Une expérience d'atelier-contes en accueil de jour avec les patients alzheimer : Rendez-vous « conte » ...

Afin de stimuler les capacités de communication de ses patients de l'accueil de jour, Martine Puccini-Emportes¹¹³ a mis en place un atelier-contes. Chaque semaine, elle conte à une douzaine de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à des degrés divers. Aidée dans sa tâche par la psychologue Mathilde Mauvilly et d'autres soignants comme les auxiliaires de vie, les infirmières ou les AMP, elle cherche à « *établir une dynamique de groupe en découvrant une activité nouvelle, support d'expression et d'investissement* », dans le but de « *fortifier l'autonomie et la responsabilité de l'auditeur [...] ; faciliter l'identification au héros ; établir une complicité narrateur/auditeur ; soutenir la découverte et l'acceptation de soi ; susciter une fonction contenante [...] ; stimuler l'inconscient et développer l'imaginaire.* »

Son atelier-contes a pour base trois unités : l'unité de temps (une fois par semaine), l'unité de lieu (toujours dans la même pièce) et l'unité de personnes (présence de l'orthophoniste, de la psychologue et de l'aide médico-psychologique à chaque atelier).

112 J.L. Sudres, C. Ros, *Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment...*, Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Oct. 2004 – tome VII – N°79.

113 Puccini-Emportes M. « Une expérience d'atelier-contes en accueil de jour avec les patients alzheimer : Rendez-vous "conte" » *L'orthophoniste* n°186, février 2009, p.19-26

Afin de créer un cadre, qui instaurera « *un moment de respiration commune* », de nombreux moyens sont employés : les senteurs (bougie, encens), la formulette (« Et cric, et crac ! »), le bâton de pluie, le foulard (qui symbolise le conte et qui passe de main en main). Tous les aspects sensoriels des personnes sont stimulés. Suite à l'exécution de ces rituels, la conteuse va dire le conte, et non le lire. En effet, au préalable, la conteuse s'est imprégnée du conte afin de pouvoir le transmettre à sa manière. A la fin du conte, la formulette est réemployée afin de symboliser le retour au monde réel.

Les participants sont ensuite invités à discuter sur le conte. L'orthophoniste encadre la discussion afin de solliciter tous les patients, de relancer la discussion par le biais de questions. L'atelier-conte est « *un moment de partage et de communication, qui s'adresse à tous, ceux qui parlent comme ceux qui ne parlent pas.* ». A la fin de la séance, les intervenants échangent sur l'atelier du jour, à propos de leurs impressions par rapport aux patients, de leurs constats, afin d'adapter l'atelier.

C'est à partir de cet atelier-contes que nous avons pu bâtir notre travail de recherche. Ainsi nous verrons un descriptif plus précis dans la partie pratique de ce mémoire.

En 2008, C. Baumassy¹¹⁴, étudiante en orthophonie, a également pu observer cet atelier-contes. L'observation de trois patients, représentatifs du groupe, a permis d'observer l'utilité d'un atelier-contes avec des patients Alzheimer. Son étude *Traitement non-médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer : l'atelier-contes en accueil de jour*¹¹⁴ met en exergue les bénéfices de l'atelier-contes, qui sont de favoriser l'échange, la communication et le bien-être, le plaisir et l'imagination. En outre, elle présente l'atelier-contes comme un outil permettant d'éveiller la curiosité, de provoquer des questions, de susciter des réactions.

114 Baumassy C. *Traitement non-médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer : L'atelier-contes en accueil de jour*, mémoire d'orthophonie : Nice : 2008

3. Évaluation des effets de l'atelier-contes auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée¹¹⁵

La fondation Médéric-Alzheimer a soutenu une étude auprès de patients Alzheimer ou ayant une maladie apparentée, sur les effets d'un atelier-contes, en 2007-2008.

Cette étude a été réalisée par Véronique AGUILAR, conteuse et coordinatrice de la recherche au sein de l'association Confluences, Jennifer MARTIN, statisticienne de Kappa Santé, Louis PLOTON, Professeur de gérontologie du Laboratoire « Santé Individu Société », E.A.4129, Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon-2 et Denise STRUBEL, médecin gériatre, Chef de service au CHU de Nîmes.

L'étude a été réalisée sur 4 sites du Languedoc-Roussillon, dans des unités spécifiques Alzheimer ou dans des unités d'hébergement classique accueillant des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, à un stade évolué, pendant deux ans.

La population concernée par cette étude était de 154 patients âgés de 66 à 99 ans, répartis en huit groupes. Sur ces 154 patients, 82% étaient des femmes et 18% étaient des hommes. Le MMS de ces patients était compris entre 6 et 18.

Tous les atelier-contes se sont déroulés de la même manière, bien que les conteurs aient été différents.

Cette étude a permis l'observation de quatre effets concernant la capacité d'écoute, la parole, la narration et des troubles du comportement :

- L'hypothèse d'une écoute soutenue a été confirmée. L'anthropologue l'a nommée « écoute active ». L'attention des participants aurait augmenté au fil des séances.
- La parole : les observations psychologiques et anthropologiques peuvent affirmer une certaine récupération de la capacité des participants à s'exprimer.

¹¹⁵ Saucourt E. *Rapport anthropologique de l'étude : Évaluation des effets de l'atelier-conte auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée*, 2009, <http://collectifconte.ish-lyon.cnrs.fr>

-
- La narration : les participants auraient, semble-t-il, retrouvé un certain sens de la narration, ce qui leur permettrait de retrouver une forme de cohérence dans ce domaine.
 - Les troubles du comportement : ces derniers auraient diminué. Les participants ont obtenu de meilleurs scores aux tests de dépression.

De plus, cette étude met en évidence le fait que plus les séances de l'atelier-contes sont nombreuses, plus les effets sur les patients sont observables. Néanmoins, ce bénéfice n'est pas conservé avec l'arrêt de l'atelier-conte

Partie IV
L'ATELIER D'EXPRESSION
THÉÂTRALE

I. Un atelier issu d'un genre littéraire vaste : le théâtre

Étymologiquement, « théâtre » provient du mot grec *thea* qui signifie « action de regarder » et de son dérivé *theatron* qui désigne « le lieu d'où l'on assiste au spectacle ».

Le théâtre est un genre littéraire, tout comme le roman ou la poésie. Mais sa spécificité réside dans le fait qu'il n'est pas écrit seulement pour être lu, mais également pour être joué.

1. Qu'est-ce que le théâtre ?

Le terme « théâtre » désigne à la fois le lieu, c'est-à-dire la structure dans laquelle se déroulent les représentations, et le genre littéraire.

« L'art théâtral organise un univers à double face : l'univers scénique, à la fois concret et conventionnel d'une part, le " monde réel " d'autre part, qui est mis en présence par le relais de l'imaginaire au moyen du langage scénique, dont les éléments sont la dramaturgie, le jeu de l'acteur et la mise en scène. Le fait théâtral réside dans les échanges entre ces deux univers, sous le regard du spectateur. »¹¹⁶

L'art théâtral varie selon la culture, les civilisations, les contextes institutionnels et financiers ...

Brook¹¹⁷ définit l'acte théâtral ainsi : *« Je peux prendre n'importe quel espace vide et l'appeler une scène. Quelqu'un traverse cet espace pendant que quelqu'un d'autre l'observe et c'est suffisant pour que l'acte théâtral soit amorcé. ».*

Ainsi, le théâtre ne nécessite pas un texte, ni des échanges verbaux comme l'indique Peter Brook¹¹⁷. La condition initiale est la présence d'un acteur, d'un spectateur et d'un espace vide. L'atelier que nous avons observé correspond à cette définition du théâtre. En effet, les acteurs n'ont pas de texte. A tour de rôle, ils jouent, en solo ou en duo. Ainsi quand l'un est sur scène, les autres sont ses spectateurs. En outre, à de nombreuses reprises, l'atelier a été observé par un public, constitué de deux ou trois patients ne participant pas et d'un membre de l'équipe venu encadrer les spectateurs.

116 Corvin M. *Dictionnaire encyclopédique du théâtre à travers le monde*, Paris : Bordas, 2008

117 Brook P. *Points de suspension*, Paris : Seuil, 1992

2. Un bref historique du théâtre français

Au cours des siècles, le genre théâtral a connu de nombreuses évolutions, dont nous allons faire un bref rappel.

2.1. Les origines du théâtre : l'Antiquité

Le théâtre naît du culte religieux, que ce soit en Occident ou en Orient. En Grèce, l'origine du théâtre provient du culte de Dionysos : les bacchantes, qui étaient les prêtresses de Dionysos, dansaient autour de l'autel. Parfois, l'un d'entre eux improvisait une monodie. Ce rôle fut désigné par le terme "protagoniste", qui désignera plus tard l'acteur. Vers 550 avant J.-C., ces monodies improvisées furent consignées par écrit par le poète Thespis* et constituèrent les épisodes de la pièce antique. Ainsi l'improvisation était substituée par un texte et l'acteur prenait la place de l'officiant du culte. Eschyle* introduisit un deuxième acteur afin qu'il puisse y avoir des dialogues. Le théâtre était né.

Le jeu théâtral permit à l'homme de prendre conscience du fictif. En effet, lors des premières pièces de théâtre jouées, des incidents provoqués par le public purent avoir lieu, qui crut à ce qu'il se passait. Ainsi lors de la représentation des *Euménides* d'Eschyle, « *des enfants en moururent et des femmes avortèrent* » car ils étaient persuadés de l'arrivée des Érinyes, comme il est indiqué dans *La vie anonyme d'Eschyle*.

A cette époque, les acteurs portaient des masques afin que les spectateurs puissent identifier le sexe, l'âge, le statut social ainsi que les émotions. Les masques permettaient d'amplifier la voix des acteurs, mais empêchaient le jeu des mimiques, qui était compensé par les attitudes et les gestes.

* Thespis : Poète et dramaturge de la Grèce antique

* Eschyle : Célèbre tragique grec (526-456 avant J.-C.)

2.2. Le théâtre médiéval

Période longue et complexe, le Moyen-Age se divise en deux parties en ce qui concerne le théâtre. En effet, entre le VI^e et le X^e siècles, les pratiques théâtrales ne sont pas connues.

Les festivités religieuses chrétiennes ont initié le théâtre médiéval. Mais il existe également un théâtre profane, qui occupe aujourd'hui le devant de la scène.

Vers le X^e siècle, lors des fêtes religieuses, un spectacle vivant raconte un mystère de la religion chrétienne. Ces spectacles participent à la formation des croyants et rassemblent la communauté. Par les sensations et les émotions, l'adhésion des spectateurs est recherchée afin de renforcer leur croyance. Ces spectacles correspondent à ce qu'on appelle le « drame liturgique ».

A la fin du XIII^e et surtout au XIV^e siècle, ce théâtre religieux se popularise, puisque le latin est abandonné au profit de la langue vulgaire.

Le théâtre religieux possède comme grands genres : les Passions (représentation de la mort de Jésus à Pâques), les Mystères (pièce de très grande ampleur, célébrant une croyance collective) et les Moralités (pièce à visée didactique, mettant en scène des personnages ayant pour nom Entendement, Maladie, Mort...).

A la même époque, apparaît le théâtre français profane. Progressivement, lors des grandes fêtes, comme le Carnaval, des pièces de théâtre ont été introduites. Puis elles ont eu lieu lors des foires avec pour objectif de faire rire. Différents genres existent. :

- le dit est une pièce brève, souvent un monologue ;
- la farce consiste à jouer un mauvais tour à un personnage antipathique en mettant l'accent sur les gestes, les mimiques, les jeux de scène ;
- la sottie permet la fantaisie et également la satire sociale et politique.

Au XVI^e siècle, les farces, les sotties, les mystères et les moralités ont un immense succès. Les offices religieux se vidant à leur profit, l'Église demande alors au Parlement de les interdire. Un arrêté est pris en 1548. Cette interdiction met fin au théâtre médiéval, aidé en cela par les querelles théologiques et les conflits religieux.

2.3. Le théâtre à la Renaissance

L'invention de l'imprimerie donne au texte de théâtre une importance nouvelle.

Tentant de redonner vie au théâtre, la Renaissance s'inspire des modèles antiques mais le public n'y adhère pas. La farce est toujours représentée jusqu'au XVI^e siècle. A la même époque, la « commedia dell'arte » est appréciée du grand public, en Italie. Progressivement, elle se répand en Europe, influence Molière et Shakespeare et atteint son apogée entre 1550 et 1650.

C'est à partir de 1630 que le théâtre classique s'impose. Le genre de la tragédie est remis au goût du jour, notamment avec Corneille puis Racine, tandis que la comédie est consacrée par Molière. Ce dernier, pseudonyme de Jean-Baptiste Poquelin, est l'un des dramaturges français les plus connus du XVII^{ème} siècle. Il fut également comédien et chef de troupe. Il a écrit de nombreuses pièces, qui restent aujourd'hui encore très célèbres : *Les Précieuses ridicules*, *Le médecin malgré lui*, *Les fourberies de Scapin...* A travers son œuvre, il dépeint les mœurs de son temps, dénonçant notamment les travers de la bourgeoisie, et crée des personnages emblématiques, tel que Monsieur Jourdain.

2.4. Le théâtre au XVIII^e siècle

Après le classicisme du XVII^e siècle, le théâtre cherche un nouvel élan. La tragédie est toujours représentée, mais les auteurs n'égalent pas ceux du XVII^e siècle. La comédie a pour principal représentant Beaumarchais, dont le succès avec *Le Barbier de Séville* (1775) revisite la tradition et affirme une continuité. La censure est très présente, elle se fait soit par le public, soit par la Comédie Française, soit par le pouvoir.

2.5. Le théâtre au XIX^e siècle

Cette époque est marquée par le théâtre romantique, qui exalte l'émotion plutôt que la raison, avec des auteurs tels que Hugo ou Musset. Le mélodrame apparaît également au XIX^e siècle et triomphe auprès du peuple. Jouant sur le pathétique, le monde est représenté de façon manichéenne, dans lequel de terribles méchants s'attaquent à de

pauvres victimes. Cette description évoque le conte, qui connaît à cette époque, un grand succès avec les collectes. La comédie de mœurs est en vogue, auprès des bourgeois, tout comme le vaudeville qui rencontre un grand succès.

2.6. Le théâtre du XX^e siècle

Alors que le théâtre a toujours évolué vers une représentation de plus en plus exacte de la réalité, le XX^e siècle voit apparaître un théâtre des idées.

De 1900 à 1945, le comique s'illustre dans les vaudevilles (Labiche, Feydeau...), dans le théâtre de boulevard (Guitry, Romans...) tandis que les inquiétudes liées à l'époque sont exprimées via la reprise de mythes antiques (Cocteau, Anouilh...).

Ce n'est qu'à partir de 1945 qu'un nouveau théâtre voit le jour. Bien que certains auteurs renouent avec la tradition, comme Montherlant, ce qui marque cette après-guerre, c'est notamment le théâtre engagé (Brecht, Sartre, ...), dans lequel transparaissent les idées et interrogations de ce siècle, et le théâtre de l'absurde (Ionesco, Jarry,...), dont le thème est l'absurdité de l'homme et de la vie en général.

II. Théâtre et thérapie

L'association entre théâtre et thérapie fait écho à l'association entre art et thérapie. Ce concept existe depuis très longtemps, puisqu'en Grèce antique, les arts étaient déjà considérés comme ayant des bienfaits thérapeutiques. Nous allons donc voir dans un premier temps l'effet cathartique du théâtre, décrit par Aristote. Puis nous nous intéresserons à la première expérience alliant théâtre et soin, pour ensuite porter notre attention sur une technique particulière de théâtre : le psychodrame.

1. Aristote et la catharsis

Étymologiquement, la catharsis vient d'un mot grec signifiant « épuration, purification ». Cette notion apparaît dans l'ouvrage d'Aristote, *La Poétique*, dans lequel il tente de définir la tragédie : « *La tragédie est une imitation (mimésis) d'une action [...] qui par le moyen de la pitié et de la crainte produit l'épuration (catharsis) de telles émotions (pathemata). Il s'agit donc : a) de produire l'imitation d'événements provoquant des émotions (crainte et pitié) ; b) d'obtenir par ce spectacle une libération de ces émotions. Le poète tragique fabrique donc un modèle "émotionnel" qui a un double effet : exciter l'émotion et la "purifier".* »¹¹⁸ Ainsi en assistant à la représentation d'une tragédie, le spectateur peut s'identifier aux acteurs, vivre les émotions mises en scène et donc accomplir une purification de ses émotions.

Pour Pigeaud, Aristote ouvre le théâtre à la thérapie : « *Le vrai, le grand, le profond, fut Aristote, qui voue la tragédie au malade virtuel que nous sommes tous, sans la restreindre au malade que nous pouvons être. Toute réflexion sur le théâtre comme thérapeutique doit commencer avec lui, qui ne réduit pas la tragédie à un divertissement pour aliénés.* »¹¹⁹

118 Aristote, *La Poétique*, trad. De M. Magnien, Le Livre de Poche,

119 Pigeaud J., *Folies et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*, La Manie, Paris, Les Belles-Lettres, 1987, P. 188

2. Une première expérience du théâtre dans un lieu de soin

Au cours de son internement à l'hospice de Charenton-Saint-Maurice, le marquis de Sade fut autorisé à mettre en scène des pièces de théâtre, dont les acteurs étaient des pensionnaires et des soignants.

Pour le directeur de cet hospice, M. de Coulmier, c'est une chance d'avoir le marquis de Sade, car « *regardant la comédie comme un moyen curatif de l'aliénation de l'esprit, il se trouve heureux d'avoir dans son hospice un homme capable de former à la scène les aliénés qu'il veut guérir par ce genre de remède.* »¹²⁰

M. de Coulmier se montre novateur en présentant « *la dimension thérapeutique de l'introduction du jeu théâtral en un lieu de soins* »¹²¹.

3. Thérapie par la mise en scène : le psychodrame

A l'origine de cette technique est le psychiatre et psychologue Jacob Levy Moreno. Médecin viennois émigré aux Etats-Unis, Moreno expérimente un théâtre thérapeutique, basé sur la spontanéité créatrice. Dans un cadre sécurisant, il souhaite que les individus se révèlent à eux-même et aux autres, par le biais de l'improvisation. Par la suite, le psychodrame de Moreno va évoluer selon les courants de pensée. Ainsi, en France, il deviendra plus psychanalytique, avec toujours pour visée de prendre en considération la souffrance psychique.

Aujourd'hui, le psychodrame consiste à mettre en scène un conflit psychique, avec l'aide d'un psychothérapeute.. Cette technique peut être utilisée en séance individuelle ou en groupe. En jouant des rôles, des situations (réelles, imaginaires, vécues), le patient doit pouvoir résoudre ses problèmes. Dans ce type de travail, le vécu émotionnel est mis en exergue.

Bien que nous ayons concentré notre regard sur la perception et l'expression des émotions, l'atelier d'expression théâtrale n'utilise pas la technique du psychodrame. En effet, nous ne cherchons pas à mettre en scène des conflits psychiques propres aux patients.

120 Lely G., *Vie du marquis de Sade*, Paris, J.-J. Pauvert, 1965, P. 642

121 Attigui P. *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique*, Denoël : Paris, 1993

III. Techniques théâtrales : les bases de l'atelier d'expression théâtrale

Proposer un atelier-théâtre à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peut sembler inapproprié. Comment apprendre par cœur un texte, le restituer d'une répétition à une autre quand la mémoire fait défaut ?

C'est pourquoi l'atelier que propose Martine Puccini n'est pas un atelier théâtral classique. Elle a adapté les techniques théâtrales à la personne âgée atteinte d'une démence afin de créer un atelier d'expression théâtrale.

Son atelier a pour essence le jeu théâtral. Celui-ci utilise le moment présent, l'expression spontanée, sans avoir recours à la mémoire. Grâce aux techniques acquises au cours de sa formation, l'orthophoniste propose un travail théâtral, sans que celui-ci ait besoin d'aboutir à une représentation finale.

Cet atelier utilise différentes techniques théâtrales, que nous allons approfondir d'un point de vue théorique. Au cours de notre partie pratique, ces différents points seront illustrés.

Nous avons choisi de les présenter dans leur ordre d'apparition au cours de la séance. Deux temps sont distincts : un premier temps permet le travail des différentes compétences nécessaires au jeu théâtral, tandis que le deuxième temps est consacré uniquement à l'improvisation théâtrale. Cet atelier a lieu dans un cadre spécifique dont nous allons étudier la mise en place.

1. Le cadre de la séance

Régi par une unité de temps et une unité de lieu, cet atelier a lieu un lundi sur deux, de 14h à 15h30, dans une salle située au sous-sol de l'institution. Le déplacement nécessaire à l'accès de cette pièce renforce l'unité de lieu. Les chaises pour les « acteurs » sont disposées en arc de cercle face à la scène ; les chaises pour le public constituent une rangée juste derrière. Les soignants s'intercalent entre les acteurs. Nous notons que les acteurs occupent régulièrement les mêmes places sans que celles-ci leur soient désignées. Cet espace-temps fixe a pour but de créer un cadre sécurisant.

Cet atelier réunit les mêmes participants, qui sont invités par les soignants. Ce groupe est quelquefois modifié, lorsque l'un d'entre eux se rend à une activité extérieure (promenade, danse de salon...).

L'atelier d'expression théâtrale est rythmé par différents rituels, qui ont également pour finalité de construire ce cadre.

Une fois les participants installés sur des chaises confortables, l'orthophoniste va progressivement les introduire dans le monde imaginaire du théâtre, en faisant référence à plusieurs symboles de l'univers théâtral. En effet, au début de l'atelier, l'orthophoniste organise un vestiaire en échange d'un ticket virtuel. Il est important d'insister sur le caractère fictionnel de cet atelier, afin que les participants se détachent de leur quotidien. Par la suite, l'atelier s'ouvre par les trois coups. Tradition du théâtre français, ils permettent d'éveiller l'attention. Dans le cadre de l'atelier, avant de mettre en pratique ce rituel, on recherche le nom de l'objet avec lequel on frappe : le brigadier. Puis l'orthophoniste frappe les trois coups. Chaque participant vient ensuite se présenter sur scène, en saluant le public présent. Cette première montée sur scène permet à chaque participant de prendre conscience de l'espace scénique, de l'emplacement du public.

La fin de l'atelier est également ritualisée. En effet, tous les acteurs montent sur scène et saluent ensemble. Puis le groupe se met en cercle et s'adresse un « au revoir ».

Le cadre de l'atelier d'expression théâtrale est ainsi posé.

2. Premier temps de la séance

2.1. La relaxation

Selon Stanislavski*, la relaxation est un outil efficace dans la préparation d'acteur : véritable moyen de communication avec son subconscient, elle permet d'exprimer plus facilement l'émotion juste. Selon lui, seul un corps détendu et dont l'attention est tournée vers ce qu'il ressent est à même de jouer correctement. De même, Strasberg* (acteur américain ayant contribué à la réputation de l'école d'art dramatique L'Actor Studio) met cette capacité de relaxation en prémisses de tout travail d'acteur à l'Actor Studio.

Selon Chevaly¹²², la relaxation dans l'art dramatique doit être favorisée par une décontraction totale des muscles : « *La décontraction, largement inspirée du yoga (surtout dans ses fins) est une sorte de gymnastique adaptée à l'acteur. Elle sert à maîtriser, à dompter les réflexes. Elle aide à se sentir maître de tout son corps, de tous ses muscles et à s'en servir comme de bons outils. Elle aboutit à une perte momentanée de la personnalité, à une dépersonnalisation afin d'endosser plus aisément la personnalité du personnage à camper ("à entrer dans la peau du rôle"). A la fin du jeu, elle permet d'oublier le personnage incarné et de revêtir sans risque sa personnalité propre.* »

En orthophonie, la relaxation est utilisée en rééducation. En effet, lors d'une prise en charge de la voix, divers exercices de relaxation sont accomplis, notamment d'après le travail de Le Huche. Ainsi cet exercice fait partie tout autant d'un savoir théâtral que de connaissances orthophoniques.

* Stanislavski : comédien, metteur en scène et professeur d'art dramatique, dont les ouvrages *La Formation de l'acteur* et *La construction du personnage* ont influencé le théâtre du XX^e siècle

* Strasberg : acteur américain ayant contribué à la réputation de l'école d'art dramatique L'Actor Studio
122 Chevaly M. *Le Théâtre Éditions Autres Temps*, Guémenos : 2006

2.2. La respiration et le travail vocal

La respiration et le travail vocal ont lieu après la relaxation. Celle-ci a permis de mettre en place une détente corporelle. L'orthophoniste a installé les patients dans une verticalité du corps, qui permet à l'appareil vocal un fonctionnement harmonieux.

Soutien de la parole, la respiration permet la projection de la voix. Elle est également en lien très étroit avec les émotions et la composante physiologique de l'émotion peut s'exprimer notamment par son biais. Par exemple, la peur peut s'entendre à travers notre respiration. Il est important pour un acteur de maîtriser sa respiration, car elle permet la compréhension d'un texte.

Le rythme est également travaillé. En effet, il est omniprésent au théâtre :

- dans les mouvements du comédien,
- dans le texte dramatique : les répliques peuvent contenir des allitérations ou des assonances, dans le discours (longueur des phrases, silences ...)
- dans la succession des scènes
- dans la succession des répliques...

2.3. Le travail du corps

Suite à ce travail respiratoire, vocal et rythmique, l'orthophoniste propose des exercices sur le corps.

Selon Ubersfeld, « *le théâtre est corps* » : cette définition met en lumière, selon Chestier¹²³, « *la spécificité de ce genre littéraire qui se tient à la lisière du monde réel et de l'univers de la fiction. Le corps du comédien, à travers l'incarnation du personnage, constitue le point de jonction et d'articulation au sein de cette tension dialectique* ».

Le corps est un instrument de communication : il permet au souffle de devenir voix, mais également par ce qu'il donne à voir, le corps peut être un vecteur de message via notre attitude corporelle, nos gestes, nos vêtements, ... Dans le cadre de cet atelier

123 Chestier A., « Du corps au théâtre au théâtre corps », *Corps* 2007/1 n°2 p. 105-110

d'expression théâtrale, le travail se concentre sur la posture, l'attitude corporelle. Moyen de communication, le corps est également un support des émotions.

2.4. Travail des émotions

L'émotion est très présente au théâtre. Le metteur en scène Wajdi Mouawad s'exprime ainsi à propos de l'émotion : « *Je dirais que l'émotion est, pour moi, un outil au même titre que la lumière ou le texte.* »¹²⁴. Ainsi l'émotion apparaît comme une composante de l'art dramatique, qui nécessite un travail spécifique.

3. Deuxième temps de la séance : l'improvisation théâtrale

A la suite de tous ces exercices, un travail d'improvisation théâtrale est proposé. Qu'est-ce qu'improviser ? Improviser, c'est « *composer sur le champ et sans préparation* »¹²⁵. Nous allons donc étudier cette pratique théâtrale spécifique, d'un bref historique à ses principes.

3.1. Historique

3.1.1. La Commedia dell'arte

L'improvisation théâtrale a pour origine la plus probante la *commedia dell'arte*, appelée également *commedia all'improvviso*, « comédie d'histrions » ou « comédie à l'impromptu ». Cette forme spécifique de théâtre s'est développée en Italie, puis en France, du XVI^e siècle à la fin du XVIII^e. C'est une nouvelle catégorie d'acteurs qui lui donne son impulsion : ce sont des professionnels. Être acteur est devenu un métier. Troupe itinérante, ils jouent partout, dans la rue comme dans les palais, en privé comme en public.

Les pièces se composent d'une série de personnages récurrents : Arlequin, Sganarelle, Pierrot... Chaque personnage a son propre masque. Cet attribut permet de grossir les traits et d'exagérer les expressions. A partir d'un scénario qui indique le thème,

124 Mouawad, Wajdi, propos recueillis par Navarro, Mariette, « L'ébranlement, le choc, le bouleversement », in *Pouvoirs de l'émotion, Outre-scène*, n° 11, TNS, Strasbourg, 2008, p. 31.

125 Le Petit Robert, version informatique, 2009

les comédiens improvisent leurs tirades. Néanmoins, chacun a un réservoir de tirades, sentences, répliques, dans lequel il puise tout au long de la pièce.

Par la suite, de nombreux dramaturges, tel Molière, seront influencés par ce théâtre.

3.1.2. Le renouveau de l'improvisation

Au début du XX^e siècle, le théâtre connaît un retour aux sources et aux classiques. Divers auteurs vont alors remettre au goût du jour l'improvisation.

Stanislavski en fait un outil fondamental pour le travail du comédien. En effet, il rejette les acteurs dont le jeu n'est pas sincère, mais grandiloquent, exagéré. Il souhaite que l'acteur ait une interprétation authentique de son personnage. A la suite de nombreuses recherches, Stanislavski élabore un système, qui regroupe un ensemble de méthodes. Il incite l'acteur à étudier le double instrument dont il dispose : son âme et son corps. A l'aide de ses expériences personnelles, l'acteur doit décomposer le texte en fonction de son propre caractère, afin de rejouer ses émotions tout au long de l'évolution du caractère du personnage. Le travail des émotions, pratiqué en début de cet atelier, prend tout son sens avec la théorie de Stanislavski.

Son système a exercé une influence déterminante dans l'univers du théâtre, notamment en devenant la base de l'apprentissage du comédien en Amérique. En effet, l'acteur Lee Strasberg reprend son système et l'enseigne au sein de l'Actor Studio, grande école d'art dramatique.

Dans les années 70, Robert Gravel et Keith Johnson ont la même idée : associer le sport et le théâtre. Ainsi, sans s'être concertés, à quelques mois d'écart, dans leur ville respective, ils vont organiser les premiers matchs d'improvisation. Depuis ces premiers essais, le match d'improvisation est devenu populaire dans de nombreux pays.

3.2. Principes de l'improvisation

Selon Minet¹²⁶, l'improvisation se situe entre la création théâtrale et le développement personnel.

Selon Tournier¹²⁷, dix principes régissent l'improvisation théâtrale : accepter, écouter, percuter, animer, construire, jouer le jeu, préparer, innover, s'amuser, oser. Nous allons approfondir ces principes à l'aide de la réflexion de Tournier, mais également de Gravel dont la conception de l'improvisation est proche.

- Accepter : Au cours de l'improvisation, les acteurs doivent construire une seule histoire. Il est donc nécessaire d'accepter ce que propose l'autre, même si c'est au détriment de notre idée. L'acteur doit avoir une bonne capacité d'adaptation.

Selon Gravel¹²⁸, « *l'improvisateur n'est pas seul sur son île déserte. Il y a l'Autre ! Et il ne pourra pas l'exclure. Il va organiser le monde avec lui. Et c'est là qu'il va découvrir son vrai talent d'improvisateur.* »

- Écouter : Afin que l'improvisation reste cohérente, les acteurs doivent être à l'écoute de ce qui est dit, de ce qui se passe. Cet exercice demande de la concentration et de la mémorisation.

Selon Gravel¹²⁸, « *A et B savent qu'ils ont comme tâche maintenant d'écrire à deux une œuvre spontanée. Ils vont ensemble chercher des moteurs. Ils vont être à l'écoute de soi et de l'autre en même temps.* »

- Percuter : L'improvisation demande de ne pas anticiper, afin de pouvoir réagir spontanément.
- Animer : L'improvisation demande l'animation du corps tout entier, d'où le travail du corps dans la première partie de la séance. Le discours doit s'accompagner de gestes, de déplacement, de silences, car l'expression est véhiculée par l'ensemble du corps.

126 Minet S. *Du divan à la scène : Dans quelle pièce je joue ?* Sprimont : Mardaga, 2006

127 Tournier C. *Manuel d'improvisation théâtrale* Saint-Martin-Bellevue : L'eau vive, 2004

128 Gravel R., Lavergne J-M *Impro. Réflexion et analyses*. Léméac éditeur, 1987

-
- Construire : L'improvisation a pour but de créer une histoire cohérente, à laquelle le spectateur peut croire. Ainsi l'acteur doit être clair et laconique dans ses propositions.
 - Jouer le jeu : L'improvisation se construit au sein d'un groupe, dans lequel la confiance doit régner. Le regard de chacun doit être valorisant afin de soutenir l'autre.
 - Préparer : L'improvisation nécessite de l'entraînement.
 - Innover : L'improvisation se fonde sur le travail de l'imaginaire. Cette liberté de création permet d'être spontané.
 - S'amuser : L'improvisation doit être réalisée dans la joie, dans le plaisir.
 - Oser : Prendre des risques est nécessaire pour progresser dans cette technique.

Ces différents principes peuvent également s'appliquer à la communication. C'est d'ailleurs en ce sens qu'actuellement l'improvisation est proposée dans les entreprises afin d'améliorer la communication.

D'après Pire¹²⁹, les objectifs d'un atelier d'improvisation sont :

- la communication : l'improvisation permet d'« *élargir ses capacités d'expression en expérimentant autrement les bases de la communication et l'interactivité* ». Concept clé en orthophonie, la communication est au centre du travail d'improvisation. L'atelier permet de travailler à la fois la communication verbale et non-verbale.
- le développement personnel : l'improvisation permet d'« *apprendre à se connaître, prendre conscience de ses propres modes relationnels et se dépasser.* » Selon Héril¹³⁰, « *Le théâtre est un indéniable outil de développement de l'individu. Il aide à lever certaines inhibitions, il optimise la créativité, il permet d'oublier le stress de la vie quotidienne, il apprend à vivre ensemble puisqu'il est toujours une aventure collective. Il aide aussi (et*

129 Pire F. *L'improvisation théâtrale : un outil pour développer les compétences relationnelles* 2005

130 Héril A, Megrier D. *Techniques théâtrales pour la formation d'adultes* Edition Rets, 1999

surtout) la personne qui le pratique à s'installer dans une connaissance de soi féconde et évolutive. Cela ne fait pas pour autant du théâtre un lieu thérapeutique mais plutôt une aventure qui aurait des effets éventuellement thérapeutiques. »

- l'affirmation de soi : l'atelier permet à chaque acteur d'oser en prenant la parole, en étant au centre des regards.
- la créativité : l'atelier permet de développer sa capacité à imaginer.

L'improvisation est donc un exercice théâtral complexe, mais qui, en étant adapté, correspond très bien au public de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, la rééducation orthophonique a pour visée, d'après la nomenclature des actes orthophoniques de 2008, « *le maintien et l'adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives* ». En effet, ces différents exercices permettent de stimuler les fonctions de communication, mais également la créativité et l'écoute de soi. En outre, comme le dit Mme Puccini-Emportes, « *en acceptant d'être sur scène, le participant accepte que l'on change de regard sur lui : il n'est plus cette personne en déambulation, mais bien un comédien* ».

IV. Théâtre et maladie d'Alzheimer

De nombreuses expériences théâtrales sont relatées dans la littérature. Les publics auxquels sont destinés ces ateliers varient du handicap moteur au handicap psychique. Néanmoins, peu de documents relatent l'expérience d'atelier théâtral auprès de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer...

1. Le théâtre comme méthode de communication dans les soins psycho-gériatriques : la méthode Veder¹³¹

C'est aux Pays-Bas que naît la méthode Veder, développée par le « Théâtre Veder ». « *La Méthode Veder est une nouvelle méthode qui vise à améliorer la réciprocité des relations de soins entre les soignants et les personnes ayant un syndrome démentiel* ». Elle a pour objectif de renforcer le sentiment de bien-être, d'identité et de confiance en soi des personnes ayant une démence. Les effets de cette méthode ont été évalués par une étude, réalisée sur deux ans (d'avril 2009 à avril 2011). Trois groupes expérimentaux de sujets ont été constitués :

- le groupe 1, composé de 65 sujets, participe à une séance de salon, selon cette méthode, organisée par des soignants professionnels ;
- le groupe 2, composé de 31 sujets, participe à une séance de salon organisée par des acteurs professionnels ;
- le groupe 3, qui est le groupe contrôle, composé de 55 sujets, bénéficie d'une séance de reminiscence habituelle.

A partir d'échelles d'observation standardisées, sont analysés différents aspects du comportement, de l'humeur et de la qualité de vie. Cette analyse aura lieu en pré-test, pendant l'intervention et en post-test (2 heures après l'intervention). L'étude a également porté sur le ressenti des soignants, au niveau de leur estime personnelle, de leur expérience professionnelle et de leur satisfaction.

131 Marijke Van Dijk A., Van Weert J.C.M., Dröes R.-M., Évaluation de la Méthode Veder : le théâtre comme méthode de communication dans les soins psycho-gériatriques. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. Octobre 2011, Tome XVIII , N°178, p. 413-414

Cette étude a permis de mettre en évidence un impact positif sur le comportement et l'humeur, lorsque l'intervention est menée par des acteurs professionnels. Elle offre également un moyen de communication avec les personnes malades nécessitant des soins permanents. Les soignants utilisant cette méthode se sentent affirmés dans leur travail, ce qui améliore leur estime personnelle.

Elle permet d'améliorer le confort de vie des personnes ayant une démence. Les troubles cognitifs sont fortement diminués grâce à ces ateliers-théâtre

2. « Utiliser l'improvisation théâtrale pour stimuler la communication verbale et non-verbale de patientes atteintes d'une démence de type Alzheimer »¹³²

Dans le but de stimuler la communication de patients déments, un atelier d'improvisation théâtrale a été mis en place dans un centre de long séjour, à Strasbourg. Chaque semaine, pendant 1h30, un groupe de patientes atteintes d'une démence de type Alzheimer participe à cet atelier, animé par une orthophoniste et une étudiante en orthophonie. Cette pratique a été observée de manière globale et individuelle afin d'évaluer son effet. L'observation du groupe a permis de mettre en évidence que les interactions ont toujours été cohérentes, mais que le nombre d'énoncés produits n'a pas été augmenté. Des études de cas sur trois participantes ont mis en exergue le renforcement du bien-être de celles-ci.

La dernière séance de cet atelier a été ouverte aux soignants et à l'entourage familial des patientes. L'atelier a ainsi pu être présenté, et un questionnaire a été proposé afin de recueillir l'opinion de chacun. Les réponses témoignent d'un changement de regard sur les possibilités de communication de ces patients.

Au niveau non-verbal, un travail est également effectué, dont l'étude montre que les gestes varient selon le degré d'atteinte. Ce travail spécifique permet aux patientes, dont le stade est avancé, de prendre une part active dans l'interaction.

132 Benoit A-L « Utiliser l'improvisation théâtrale pour stimuler la communication verbale et non-verbale de patientes atteintes d'une démence de type Alzheimer » 2010

Partie V

PRATIQUE ET ANALYSE

I. Problématique

Après avoir vu dans notre partie théorique les études concernant la maladie d'Alzheimer et les émotions, après avoir pris en compte les bases de chaque atelier, nous nous sommes interrogée sur l'expression et la perception des émotions dans le cadre de ces deux ateliers.

Nous avons donc émis plusieurs questions afin de guider notre travail :

- 1) Notre étude étant basée sur deux ateliers, nous souhaitons tout d'abord nous interroger pour savoir si ces ateliers incitent à la perception et à l'expression d'émotions ; et surtout, les participants parviennent-ils à se saisir de cette opportunité ?

- 2) Si nous pouvons apporter une réponse positive à la question précédente , quel en est alors l'impact sur les patients ?

Dans cette optique, nous prendrons en compte la perception et l'expression des émotions à travers le discours mais également le comportement para-verbal des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Notre recherche est basée sur l'observation des ateliers mais il est également proposé un test permettant d'évaluer les émotions dans un moment autre.

II. Méthodologie de notre étude

1. Description des tests utilisés

1.1. Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication, d'Y. Joannette, B. Ska, H. Côté

A l'origine, le protocole MEC a pour objectif d'évaluer les déficits du langage chez les cérébrolésés droits. Néanmoins, dans le livret accompagnant le test, il est précisé que : *« Des atteintes similaires peuvent être observées chez une personne avec un traumatisme crânien ou une démence et ce, même si l'hémisphère droit n'est pas directement affecté. [...] Ainsi par extension, le Protocole MEC peut s'avérer fort utile lors de l'évaluation des composantes discursive, prosodique, lexico-sémantique et pragmatique du langage chez des individus porteurs d'une pathologie neurologique autre qu'une lésion cérébrale droite. Par conséquent, même si la description du Protocole MEC est axée sur les troubles de la communication des cérébrolésés droits, les épreuves dont il est constitué sont appropriées pour l'évaluation de quiconque est susceptible de présenter ces troubles »*

Ce protocole comporte 14 épreuves :

- une grille d'observation du discours conversationnel
- deux tâches évaluant la compréhension et la répétition d'une prosodie linguistique
- trois tâches évaluant la compréhension, la répétition et la production d'une prosodie émotionnelle
- trois tâches d'évocation lexicale (libre, avec critère orthographique, avec critère sémantique)
- une tâche de jugement sémantique
- une tâche d'interprétation de métaphores
- une tâche d'interprétation d'actes de langage indirects
- une tâche de discours narratif (rappel d'histoire et questions de compréhension)
- un questionnaire sur la conscience des troubles.

Nous avons extrait de ce protocole les épreuves concernant la prosodie émotionnelle, que nous allons détailler.

- **Prosodie émotionnelle – Compréhension** (cf annexe I 1.1.p. 205)

Dans cette tâche, le patient doit percevoir et reconnaître des patrons d'intonation émotionnelle.

La consigne est : « *Vous allez entendre des phrases. En vous basant uniquement sur l'intonation de la voix, essayez de reconnaître si la personne est triste, heureuse ou fâchée. Pointez l'image qui correspond à votre choix.* »

La cotation est de 1 point par bonne répétition. Il y a 12 phrases.

Cette tâche nécessite la perception et la reconnaissance de la prosodie émotionnelle.

- **Prosodie émotionnelle – Répétition** (cf annexe I 1.2. p.205)

Dans cette tâche, le patient doit percevoir et répéter des patrons d'intonation sur trois émotions primaires (joie, colère, tristesse).

Les phrases utilisées ont une structure simple et leur contenu est neutre : « Mon mari a brisé le vase », « J'ai vu mon médecin aujourd'hui » et « J'ai reçu une lettre de mon père ».

La consigne est : « *Vous allez entendre des phrases. Répétez chaque phrase en respectant l'intonation.* »

La cotation est de 1 point par bonne répétition. Il y a 12 phrases.

- **Prosodie émotionnelle – Production** (cf annexe I 1.3. p.205)

Dans cette tâche, le patient doit être capable de produire un patron d'intonation émotionnelle induit par une mise en situation.

L'épreuve est constituée de trois phrases-types, qui selon le contexte, seront dites avec joie, tristesse ou colère.

La consigne est : « *Je vais vous lire un court texte. Suite à la mise en situation, vous devez dire la phrase avec l'intonation qui exprime le bon sentiment. Il est important de ne dire que la phrase qui est écrite et ne pas rajouter d'information.* »

La cotation est la suivante :

- 2 points, si la courbe prosodique est normale
- 1 point, si la courbe prosodique est aplatie, mais l'identification du sentiment est possible
- 0 point, si la courbe prosodique est plate ou inappropriée.

Dans un premier temps, nous avons fait passer cette épreuve de production de la prosodie émotionnelle, mais celle-ci s'est révélée très difficile pour les patients. Nous avons donc choisi de créer nos propres mises en situation et de limiter cette épreuve à deux phrases à structure simple, au lieu de trois. Nous avons conservé la consigne et la cotation du protocole MEC (cf annexe I 1.3. b) p.205).

Les résultats aux tâches de compréhension et de répétition seront comparés à ceux de la norme, via le tableau fourni par le protocole.

1.2. Le Token Test

Conçu par De Renzi et Vignolo¹³³, ce test était conçu à l'origine pour des patients présentant des troubles aphasiques. Il était constitué de 62 items.

En 1978, De Renzi et Faglioni¹³⁴ ont élaboré la forme abrégée, constituée de 36 items. Cette version est aujourd'hui la plus utilisée.

Il s'agit de demander au sujet d'effectuer des manipulations de jetons suivant des consignes données à l'oral. Les jetons diffèrent selon la forme (rond ou carré), la taille (petit ou grand) et la couleur (rouge, bleu, jaune, noir, ...).

133 De Renzi E, Vignolo L. The Token Test : A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 1962 ; 85 : 665-678

134 De Renzi E, Faglioni P. Normative data and screening power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*, 1978 ; 14 : 41-49

Ce test est divisé en 6 parties¹³⁵ :

- la première partie, constituée des 7 premiers items, ne nécessite la compréhension que d'un seul élément.
- « Les parties 2, 3, 4 et 5 contiennent 16 items et nécessitent respectivement la compréhension de 2, 3, 4 ou 5 éléments. »¹³⁵
- La sixième partie, constituée des 13 derniers items, comprend des consignes plus complexes (mise en relation de 2 pions, ...)

Afin de valider ce test, 215 sujets normaux ont passé la version abrégée à 36 items : aucun effet de l'âge n'est repéré, tandis que le nombre d'années d'études est corrélé à ces performances.

Néanmoins, ce test peut être critiqué : bien qu'il ait pour but d'évaluer la compréhension verbale, « *il n'en reste pas moins que de nombreux facteurs, voire de nombreux désordres neuropsychologiques, entrent à l'évidence en jeu dans son exécution : troubles de nature aphasique, agnosie des couleurs, négligence d'un hémichamp visuel, apraxie, détérioration intellectuelle...* »¹³⁵

Les résultats de ce test doivent donc être interprétés en fonction de cette intrication de facteurs.

1.3. Épreuves issues de l'échelle Adas-cog

Afin d'établir un rapide profil de communication, nous avons utilisé quelques épreuves issues de l'échelle Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive Functions (ADAS-COG version GRECO). Élaborée dans un but de recherche, cette échelle permet d'évaluer la sévérité et l'évolution des troubles cognitifs. Elle fut conçue aux USA par Rosen et al., en 1984. La version française a été adaptée par le Groupe de Réflexion sur les Évaluations Cognitives (GRECO).

Ce test comprend 11 items : intelligibilité du langage oral, compréhension, manque du mot, rappel des mots, dénomination, orientation, exécution d'ordres, praxies, praxies constructives, reconnaissance des mots, rappel des consignes.

¹³⁵ Agniel A « Token Test de De Renzi pour les formes démentielles. » dans Hugonot-Diener L, Barbeau E, François Michel B, Thomas-Antérion C, Robert P. *GREMOIRE : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*. Marseille, Solal :2008

Nous avons utilisé 4 épreuves issues de cette échelle.

- **L'entretien** : (cf annexe I 2.1. p.205) Il s'agit de différentes questions, ayant pour sujet différents thèmes (le mariage, son premier emploi, ...). Ce plan d'entretien permet « *d'obtenir un échantillon de langage spontané suffisant pour évaluer les capacités conversationnelles du patient. Les questions ouvertes permettent d'apprécier l'intelligibilité du langage oral, et les questions plus ou moins complexes la compréhension.* »

Par cet entretien, nous évaluons donc 3 subtests : l'intelligibilité du langage oral, la compréhension et le manque du mot.

- ✓ Le subtest « Intelligibilité du langage oral » consiste à apprécier de manière globale la qualité du langage, « *c'est-à-dire sa clarté, la capacité à se faire comprendre indépendamment de la quantité du langage, du manque du mot, et d'une éventuelle dysarthrie* ».
- ✓ Le subtest « Compréhension » évalue « *la capacité du patient à comprendre le langage dans la situation d'entretien* ».
- ✓ Le subtest « Manque du mot » évalue « *la capacité du patient à trouver le mot "juste". La difficulté peut être contournée par une circonlocution, ou des synonymes approximatifs* ».

A partir de cet entretien, l'examineur doit coter immédiatement ces trois subtests, afin d'obtenir un score sur 5 : 0/5 signifie qu'aucune difficulté n'a été relevée, tandis que 5/5 correspond à un degré de détérioration sévère.

- **La dénomination** : (cf annexe I 2.2. p.205) Cette épreuve se déroule en deux temps.
 - ✓ Tout d'abord, il est demandé au patient de dénommer ses doigts selon l'ordre indiqué par l'examineur. La consigne est « *Nommez-moi les doigts suivants* ».
 - ✓ Le patient doit ensuite dénommer des objets réels. Un à un, les douze objets lui sont présentés dans un ordre aléatoire. Il est possible d'aider le

patient en lui donnant un indice, figurant sous chaque mot. La consigne est « *Je vais vous montrer des objets ; je veux que vous me donniez le nom de chacun de ces objets.* » Seul le mot exact est accepté.

La cotation est basée sur le total des réponses incorrectes. Ce nombre total de réponses incorrectes est traduit par un score sur 5.

1.4. Passation du protocole

Notre protocole s'est déroulé en deux temps : temps 1 et temps 2, durant lesquels nous avons suivi la même progression.

Nous débutons par l'entretien (épreuve de l'Adas-cog) afin de créer un climat de confiance entre le patient et nous-même. Puis nous abordons le test des émotions (épreuves issues du protocole MEC), puisqu'il nécessite beaucoup d'attention et de compréhension. Enfin nous testons la dénomination (épreuve de l'Adas-cog), et nous réalisons la passation du Token Test.

A l'aide des épreuves issues de l'Adas-cog, nous établissons un rapide profil de communication. Le Token Test nous permet d'apprécier le niveau de compréhension. Cette évaluation est nécessaire afin de vérifier qu'un trouble de la compréhension n'est pas à l'origine de résultats négatifs aux tests portant sur les émotions.

La passation est individuelle. Elle a lieu à la suite d'un atelier, qu'il soit conte ou d'expression théâtrale et se déroule dans une pièce à l'écart, afin d'éviter le maximum d'interférences.

La durée de l'examen varie d'un patient à l'autre, mais elle est souvent située aux alentours d'une heure. Parfois, à la suite des ateliers, nous n'avons pu faire passer l'intégralité de nos tests, la passation a alors eu lieu en deux temps.

Comme nous l'avons déjà indiqué, nous avons choisi de faire passer ce protocole à périodes temps différents afin d'évaluer toute amélioration ou non dans la reconnaissance, répétition et production d'une prosodie émotionnelle. La durée séparant ces deux temps varie pour chaque étude de cas, mais elle est au minimum de deux mois.

2. Lieu des ateliers : un accueil de jour ¹³⁶

Les ateliers au cœur de notre étude ont lieu dans le cadre des activités proposées à l'accueil thérapeutique de jour de l'association France Alzheimer 06. Les accueils de jour sont de petites structures de proximité qui permettent une prise en charge à la journée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile et soutenues par leurs proches. Il s'agit de structures non médicalisées, accueillant les personnes « malades », une à plusieurs fois par semaine. L'accueil thérapeutique de jour est le lien indispensable entre le maintien à domicile et l'institution.

Première structure du département à être dédiée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et à leurs familles, l'association France Alzheimer 06 fut créée en 1992, à l'initiative de Madame Huguette Drera et de quelques bénévoles.

Depuis 1995, l'accueil thérapeutique de jour accueille des patients. Au départ, le local était un appartement, mais depuis septembre 1996, il s'agit d'une villa, mise à disposition par la mairie de Nice. L'accueil de jour dispose du rez-de-chaussée et de l'entresol de la villa, tandis que le premier étage est réservé au service administratif de l'association. Un agréable jardin entoure également cette villa. De discrets aménagements (barrières...) permettent d'assurer la sécurité des personnes accueillies.

La démarche fondamentale de l'accueil est de proposer un accompagnement social et thérapeutique personnalisé, afin de conserver un maximum d'autonomie pour le patient avec pour objectif de retarder son entrée dans l'état de dépendance.

L'accueil thérapeutique de jour fonctionne du lundi au vendredi, avec deux périodes de fermeture au cours de l'année. L'âge moyen des patients accueillis est de 74 ans (de 47 ans à 96 ans). Ils peuvent fréquenter la structure, soit tous les jours, soit quelques jours par semaine. L'attention des familles est attirée sur l'importance d'une présence régulière compte tenu de l'aspect thérapeutique. Il est aussi recommandé que le patient vienne deux fois par semaine minimum afin d'optimiser la prise en charge. Si l'état de santé du malade se dégrade, s'il ne peut plus bénéficier de la stimulation thérapeutique au quotidien, ou s'il rencontre des difficultés trop importantes pour se déplacer ou pour

136 Rapport d'activité de l'accueil de jour 2012

manger, la fréquentation de l'accueil de jour sera suspendue. Lorsque c'est le cas, le plus souvent, le malade va en institution.

L'accueil de jour a une capacité journalière de 19 places, dont les bénéficiaires peuvent être des hommes ou des femmes, sans limite d'âge.

Les personnes accueillies au sein de cette structure répondent aux critères suivants :

- être atteint de la maladie d'Alzheimer et/ou de troubles apparentés
- ne pas présenter de troubles agressifs importants pouvant mettre en danger la personne, le groupe ou le personnel
- ne pas souffrir de troubles de la motricité invalidants (la structure n'étant pas pour l'heure adaptée à ce genre de handicap)
- ne pas nécessiter de besoins infirmiers constants.

Deux types d'objectifs apparaissent :

- les objectifs individuels qui favorisent l'acquisition ou la consolidation de l'autonomie
- les objectifs collectifs qui paraissent garantir le processus de socialisation des personnes accueillies par la pratique d'activités occupationnelles variées et tournées vers l'extérieur.

Au cours de la journée, divers ateliers sont proposés aux pensionnaires. L'accueil de jour privilégie les petits groupes, pouvant s'associer lors des activités communes, sur la base d'un véritable projet thérapeutique. Il s'agit d'activités variées, sollicitant les capacités cognitives (ateliers cognitifs, contes, réminiscence, théâtre, chant...) mais également physiques et motrices à travers des ateliers de sports physiques.

Elles ont pour objectif de :

- maintenir les acquis d'autonomie, voire restaurer certaines pratiques de la vie quotidienne ;
- redonner un statut social pour la vie en collectivité ;
- favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, dans le respect des valeurs de chacun.

16 personnes travaillent au sein de cette association, dont seules quelques unes (environ 5-6 personnes) travaillent auprès des patients, ainsi que des intervenants extérieurs (orthophoniste, musicothérapeute....). Le personnel doit être formé sur une prise en charge au quotidien. Il doit être motivé, patient et tolérant.

3. Description de la population de notre étude

3.1. Les groupes

3.1.1. Dans le cadre de l'atelier-conte

Tous les patients peuvent participer à cet atelier. Le nombre de participants varie selon les séances : de 8 à 15 personnes, selon les jours. Ce groupe est donc très hétérogène, puisqu'aucune sélection n'est effectuée. Chacun participe comme il le peut.

Dans cet atelier, l'orthophoniste est la conteuse. La psychologue de l'accueil de jour participe toujours à l'atelier. Lors de la discussion, elle joue le même rôle que l'orthophoniste, participant au bon déroulement des échanges. Cependant, chacune ayant une formation différente, elles ne portent pas le même regard sur ce qui est dit. La psychologue réagit en fonction de ce qu'elle voit des patients, de ce qu'elle sait d'eux, de ce qu'elle ressent. Si elle sent que la discussion devient trop difficile pour un des participants, elle peut dévier par ses interventions le thème. Par exemple, il est arrivé qu'un conte provoque une réaction émotionnelle forte chez l'un des auditeurs : elle peut alors l'accompagner dans une retraite en dehors de l'atelier et l'écouter s'il en ressent le besoin.

D'autres soignants participent également afin d'aider au bon déroulement du conte et de relancer la discussion : ce sont les auxiliaires de l'orthophoniste.

Toutes les personnes encadrant cet atelier ont pour objectif de permettre à tous les participants de s'exprimer. Elles doivent donc faire attention que chacun ait sa place d'être communiquant dans le groupe. Elles peuvent également aider à la formulation des pensées.

3.1.2. Dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale

Le groupe de l'atelier d'expression théâtrale est constitué de 4 à 6 acteurs, suivant les absences des uns et des autres. Toutes les personnes venant à l'accueil de jour ne participent pas à cet atelier. En effet, l'atelier d'expression théâtrale demande que les participants aient des capacités langagières, une aisance pour se déplacer – nombreux va-et-vient entre la scène et les fauteuils – une compréhension suffisante pour appréhender les consignes. Certains participants font partie de cet atelier depuis octobre 2012, tandis que d'autres sont progressivement intégrés au groupe. Ayant lieu un lundi sur deux, les acteurs font aussi partie de l'atelier-contes, qui se déroule sur le même créneau-horaire lors des autres semaines.

Parmi ces participants, nous avons choisi trois patientes, que nous présentons par la suite de manière plus approfondie. Néanmoins, au cours de notre analyse, nous allons évoquer les autres acteurs et nous souhaitons donc dire quelques mots sur chacun d'entre eux.

M.A. est né le 27 novembre 1930 (82 ans). Il était moniteur dans des formations professionnelles dans le bâtiment en Algérie, puis il travailla dans ce secteur en France. Ses loisirs sont la pêche et la pétanque. Depuis toujours, M. A. a fait preuve d'humour, et c'est toujours le cas aujourd'hui, notamment dans le cadre de cet atelier. Ses troubles débutent en 2007 et depuis 2010, il vient à l'accueil de jour. Ce patient a une tendance à la déambulation. Le 1^{er} mars 2012, le MMS est de 15/30.

Mme O. est née le 24 septembre 1939 (73 ans). Elle est la mère d'un garçon et d'une fille. Elle était institutrice à Saint-Hélène. Depuis le décès de son frère, atteint de la maladie d'Alzheimer, elle se rend très souvent à l'église. Elle aime beaucoup la peinture, observer des tableaux. Le diagnostic est posé en 2004. Chez elle, elle a tendance à empiler des objets, à faire des œuvres d'art partout dans la maison. Elle est souvent fatiguée le matin et durant la nuit, elle déambule. Depuis 2011, elle vient à l'accueil de jour plusieurs fois par semaine.

Mme L. est née le 15 mai 1925 (87 ans). Elle a une fille, qui vit à Besançon Elle était institutrice. Son mari est décédé en 1969, à la suite d'un cancer du larynx. En 2012, elle perd son compagnon, avec qui elle avait partagé 30 ans de sa vie. Au niveau de son comportement, il est noté des déambulations, des manies (ex : elle déplace les objets). Elle aime beaucoup sortir. Elle était sportive, pratiquant notamment le tennis et le ski. Elle participe à la tenue de sa maison. Les troubles débutent en 2006 et le diagnostic est posé en 2007. Elle vient à l'accueil de jour depuis février 2012.

M. M. est né le 12 août 1932 (80 ans). Il était garagiste et s'occupait de préparer les voitures de course. Il est marié et a deux enfants. Il a vécu au Maroc, puis en Côte d'Ivoire avant de venir vivre en France. Il est très proche de son épouse. Au cours de sa vie, il a participé à de nombreuses compétitions sportives (tennis, gymnastique, golf, équitation), notamment à des rallyes automobiles dans lesquels il a rencontré son épouse. Le diagnostic a été posé en 2008. Selon sa fille, M. M se replie sur lui-même, est souvent anxieux et peut être agressif. Il vient à l'accueil de jour depuis octobre 2012.

L'atelier est encadré par l'orthophoniste, mais également par une aide médico-psychologique (AMP) ayant eu une formation d'animatrice-théâtre.

Les patients ne participant pas à l'atelier peuvent néanmoins venir l'observer en tant que public. Le nombre de spectateurs varie : de quelques personnes à une dizaine de patients. Un membre de l'équipe, très souvent la psychologue, fait partie du public, afin de l'encadrer. Les premières séances se sont déroulées sans public, puis quelques personnes ont observé. A plusieurs reprises, la salle habituelle ne pouvant accueillir l'atelier, la séance s'est déroulée dans la salle commune, le public étant alors très nombreux.

Les acteurs n'ont jamais témoigné de gêne vis-à-vis de ces observateurs. Au contraire, ils les prennent souvent à parti, notamment lors de leur présentation : ils s'adressent à eux, leur souhaitant un bon spectacle. Quelquefois, au cours des exercices, les acteurs paraissent redécouvrir cette présence, leur adressant la parole soudainement, posant des questions à leur sujet.

Les spectateurs sont toujours ravis : ils encouragent vivement les acteurs, participant ainsi à la dynamique de l'atelier. A la fin de l'atelier, ils donnent leur avis. De voir ce que les acteurs réalisent peut donner des envies à d'autres. Ainsi, après plusieurs observations en tant que spectateur, M. J-P a pu s'essayer en tant qu'acteur, rôle dans lequel il a pris un véritable plaisir malgré des difficultés langagières, dont un manque du mot très présent.

L'avis qu'apporte le public est une véritable source de revalorisation pour ceux qui sont sur scène. En effet, jouer devant un public demande de l'énergie et être ainsi remercié récompense des efforts fournis.

Le fait d'avoir un public permet également aux autres membres de l'équipe de venir observer ce qui se passe dans cet atelier. Celui-ci offre aux patients la possibilité de se montrer sous un angle différent en réalisant les divers exercices et en incarnant différents rôles.

Cet atelier se déroule dans la bonne humeur, les rires fusant de tous les côtés, que ce soit celui des acteurs ou du public.

3.2. Les patients choisis

Nous avons choisi de concentrer notre étude sur trois patientes. Celles-ci participent aux deux ateliers, ce qui nous a semblé primordial. Plusieurs patients répondaient à ce critère. Nous avons donc pris en compte la régularité des présences des patients aux ateliers. En effet, certains patients étaient souvent de sortie lors de l'atelier d'expression théâtrale. Puis nous avons également choisi ces trois patientes, car elles ont pu effectuer le test des émotions, tandis que d'autres n'ont pas pu.

Nous allons donc maintenant présenter ces trois personnes.

3.2.1. Madame T

« *Bonjour tout le monde ! Je m'appelle... Je m'appelle C.* »

Extrait de l'atelier d'expression théâtrale du 18 février 2013

Madame T est née le 4 avril 1922 (93 ans). Elle était couturière. Veuve depuis 1974, elle vit dans un appartement, situé en face de celui de son fils. Elle a deux petites-filles, dont elle parle avec joie. Ne sachant plus quel métier exerce son fils, elle précise que ses petites-filles sont toutes les deux professeurs. Elle aime beaucoup danser. En effet, dès que de la musique jaillit dans le salon de l'accueil, Mme T a tendance à se lever et à danser. Elle n'a aucune gêne à être la seule à le faire, car elle prend un véritable plaisir dans cette activité. Au premier abord, Mme T paraît discrète : d'une part, sa physionomie lui permet cette discrétion, puisqu'elle est petite et toute menue et d'autre part, elle ne parle qu'avec une voix d'intensité faible. Mais elle est également très râleuse, n'hésitant pas à contester des décisions lorsqu'elle n'est pas d'accord. Elle le fait toujours à voix basse ce qui ne provoque jamais de gros esclandres. Elle est tout de même souvent le sourire aux lèvres, manifestant son écoute par des rires. Néanmoins, les soignants qui la côtoient précisent qu'elle râle aussi beaucoup : ayant un caractère fort, si elle souhaite sortir, elle accepte difficilement un refus. En ce qui concerne notre étude, nous l'avons observée uniquement dans le cadre des ateliers et n'avons pas relevé ce comportement. Elle est toujours coquette, bien habillée, et quelquefois, perchée sur de petits talons.

Ses troubles ont débuté vers 2004-2005. Il est à signaler que ses deux yeux sont atteints par la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

En avril 2013, elle obtient comme score au MMSE de Folstein de 8/28, deux items ne pouvant être réalisés à cause de la DMLA. En 2010, le score à l'échelle de Zarit est de 15 sur 88, ce qui signifie que le fardeau que peut représenter Mme T pour sa famille est léger.

En mai 2011 est effectué un bilan neuropsychologique. Il met en évidence que Mme T est à l'aise pour se déplacer. Au cours de cet entretien, elle s'est montrée volontaire pour répondre aux questions. Cependant elle a tendance à mettre en avant son âge et son niveau scolaire pour expliquer une quelconque défaillance de sa part. Son discours est adapté et informatif, bien qu'il lui arrive de chercher ses mots. C'est toujours le cas

aujourd'hui : Mme T se situe très bien dans l'accueil et sait se déplacer sans aide particulière. Au niveau de l'orientation temporelle, il est noté une altération modérée, tandis que Mme T ne présente pas d'atteinte du domaine spatial, s'étant bien repérée sur la structure malgré son problème de vue.

Sur le plan mnésique, la mémoire à court terme est altérée. Une altération modérée de la mémoire sémantique est notée, mais qui peut être en lien avec son faible niveau d'étude. En ce qui concerne la mémoire de travail, l'épreuve du calcul est très difficile, mais cela peut être lié également à son niveau d'étude, ou encore à un mode défensif de la patiente.

Le bilan neuropsychologique conclut que l'état de Mme T s'est amélioré depuis son entrée à l'accueil de jour, en décembre 2009. Elle est moins repliée sur elle-même, sait ce qu'elle veut. Attentive à tout ce qui l'entoure, elle se saisit de tout ce qui pourrait l'intéresser.

Mme T est présente à l'accueil tous les jours de la semaine.

3.2.2. Madame G

« Bonjour tout le monde ! Je me présente. Je m'appelle C. J'ai 50 ans et tout va bien pour moi. J'ai un fille qui est adorable, un mari qui est gentil, et je n'ai pas de problème. »

Extrait de l'atelier d'expression théâtrale du 18 mars 2013

Madame G est née le 19 décembre 1933 (80 ans). Elle était fleuriste. Elle vit avec son mari, a une fille et une petite-fille. Elle évoque fréquemment sa famille au cours des ateliers, mais également sa jeunesse, lorsqu'elle rendait visite à ses grands-parents à Lantosque. En outre, elle s'enquiert souvent de son mari au cours de la journée : elle souhaite souvent l'appeler pour lui rappeler l'heure à laquelle elle s'en va de l'accueil de jour.

Depuis longtemps, Mme G a tendance à être déprimée. A une époque de sa vie, elle fit un séjour en sanatorium.

Au niveau du comportement, Mme G ne déambule pas, ne cherche pas à fuguer, mais elle a déjà chuté. Elle se déplace à l'aide de petits pas et doucement.

Sur le plan de l'alimentation, elle est autonome. Ayant des problèmes de poids, elle tente de lutter contre. Elle n'aime pas cuisiner, bien qu'elle soit gourmande.

En ce qui concerne son sommeil, Mme G ne se plaint pas. Elle semble ne pas connaître de difficultés pour bien dormir.

Elle reçoit l'aide d'une IDE pour sa toilette, qu'elle n'exécute pas seule. Elle s'habille sans aide. Elle est peu participative dans la tenue de la maison.

Elle aime l'opéra et la lecture.

Les troubles débutent en 2009 et le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est posé la même année. En avril 2013, son score au MMSE de Folstein est de 15/30.

Elle participe également à l'atelier mémoire de l'hôpital de Cimiez. Depuis octobre 2012, elle vient à l'accueil de jour une fois par semaine, le lundi.

3.2.3. Madame F

« Bonjour messieurs-dames ! Je me présente, je me nomme Mme F. J. Je suis venue ici au centre pour voir mes amis. J'en suis vraiment très enchantée et très très heureuse. Je passe réellement une bonne journée, c'est réellement formidable ! Je suis enchantée et très contente. Je me présente encore une fois, Mme F. J. »

Extrait de l'atelier d'expression théâtrale du 4 mars 2013

Madame F est née le 6 juillet 1939 (74 ans), dans le Pas-de-Calais. Ses parents sont originaires de Hongrie. Son premier emploi consistait à faire des ménages, puis elle devient fille de salle en clinique. Elle épouse un marin. Elle quitte sa région natale pour suivre son mari qui est muté dans le sud. Celui-ci est souvent en mission tandis qu'elle élève leurs quatre enfants (deux filles et deux garçons). Ils ont habité à la Grave de Peille, mais à la mort de son mari, rapidement, elle part vivre chez l'une de ses filles à Nice. Suite à des conflits familiaux, elle n'est plus en contact avec deux de ses enfants. C'est un sujet douloureux pour Mme F, qui ne souhaite à ses enfants que d'être en bonne santé et heureux.

Elle est d'un caractère enjoué, aime venir en aide à tout le monde. Elle apprécie les promenades, mais n'aime pas sortir seule. Elle aime tricoter, faire des mots-mêlés mais regarder la télévision ne l'intéresse pas. Elle apprécie également la peinture, le chant et les activités de mémoire. Elle affirme souvent aimer « *venir au centre pour retrouver [ses] amis* ». Elle vient à l'accueil de jour deux fois par semaine : ces journées sont de

véritables bouffées d'oxygène pour cette femme, qui le reste du temps est seule dans l'appartement, sa fille travaillant la journée.

Les troubles débutent en 2000. Mme F présente un syndrome amnésique axial par atrophie bi-hippocampique, consécutif à un état de mal temporal interne prolongé. Il s'agit d'une complication exceptionnelle des états de mal non convulsifs, mais qui est cependant bien documenté dans la littérature. La présentation clinique est celle d'un syndrome de Korsakoff, cependant sans anosognosie. Les problèmes neuropsychiatriques posés sont sensiblement les mêmes actuellement que l'on rencontre dans les démences dégénératives primaires de type Alzheimer à forme « presbyophrénique ».

Le 18 avril 2013, son score au MMS est de 17/30.

En mai 2012 est effectué un bilan neuropsychologique. Au niveau de l'orientation temporelle et spatiale, Mme F est bien structurée. Les tests concernant la mémoire sémantique ne mettent en évidence aucun problème de compréhension, ni de consignes. A la suite de l'entretien clinique, l'examineur note un épisode logorrhéique. Mme F s'exprime davantage sur ses souffrances, et moins dans un paraître (« *tout va bien* »).

En 2008 a été évaluée la charge matérielle et affective à l'aide de l'échelle le score de Zarit. Le score obtenu est de 46/88, ce qui correspond à un fardeau moyen à sévère. Les activités de la vie quotidienne ont également été évaluées à cette date à l'aide de l'échelle IADL (Instrumental Activity of Daily living), dont le score total est de 25/36. Ce résultat est plus proche d'un état de dépendance que de l'autonomie.

4. Déroulement d'une séance-type pour chaque atelier

Chaque atelier suit un déroulement qui lui est propre, lié à la nature même de l'atelier (conte ou expression théâtrale), mais également aux rituels qui le composent. Nous allons donc chercher à mettre en exergue cette architecture spécifique pour ces deux ateliers.

4.1. Séance-type de l'atelier-conte

Cet atelier est animé par l'orthophoniste, qui a reçu une formation de conteuse. Les patients sont installés dans des fauteuils en cercle, positionnement faisant écho aux soirs de veillée, où les contes étaient racontés. Le cercle crée un espace protégé, dans lequel on peut parler sans danger. Il n'est jamais complètement fermé : un espace est laissé libre afin de permettre les sorties éventuelles... Cette disposition participe à la fonction contenante du cadre. La conteuse et les différents soignants s'intercalent dans ce cercle, notamment auprès de personnes ayant besoin d'être rassurées.

Au centre de la pièce, est installée une table, sur laquelle sont disposés l'encens et la bougie.

Tous ces aménagements participent à la création d'un cadre sécurisant et rassurant. Ils permettent de donner à la pièce, utilisée pour d'autres activités, une ambiance particulière, propre à l'atelier-conte.

Divers rituels structurent l'atelier afin de renforcer le cadre. Ils constituent avec le temps du conte et de la discussion, l'architecture d'une séance-type de l'atelier-conte :

- **Le bâton de pluie** : percussion originaire d'Amérique centrale et latine, cet instrument contient des graines. En inclinant le tube, le bruit de la pluie est produit par ses graines. Il est également appelé bâton de parole. Il ritualise le début de l'atelier.
- **Le foulard** : passant de main en main, le foulard symbolise le conte. Il doit être manipulé avec précaution car il est censé contenir les mots de l'histoire.
- **Le temps du conte avec la formulette de début et de fin** : la formulette « *Et cric, et crac* » introduit le conte, et le termine. Elle détermine le temps du conte, celui où l'on écoute, où l'on reçoit ce que dit la conteuse. Car le conte est dit, et non pas lu, ce qui offre à la conteuse la capacité de créer un contact visuel avec ceux qui l'écoutent. Connaissant le conte, elle en est la messagère et peut moduler sa voix, adjoindre des gestes à son propos.

-
- **La discussion** : après le conte, les participants sont invités à parler librement. L'orthophoniste quitte son rôle de conteuse. L'échange se déroule suivant les questionnements de chacun, les exclamations, les désaccords... Chacun participe à sa manière : certains vont rester très proches du récit entendu, d'autres vont faire part de souvenirs... Les soignants sont présents afin d'aider si les échanges s'essoufflent, de permettre aux plus discrets de communiquer leur avis, de relever ce que l'un a dit en aparté...

4.2. Séance-type de l'atelier d'expression théâtrale

Lors de l'atelier d'expression théâtrale, les participants sont assis sur des chaises confortables, disposées en arc de cercle, face à la scène.

Le déroulement de la séance est toujours identique. Au cours de notre partie traitant de cet atelier d'un point de vue théorique (cf IV L'atelier d'expression théâtrale), nous avons décrit les différents exercices. C'est pourquoi nous ne présentons ici que la structure de l'atelier.

- **Le vestiaire** : en échange d'un billet virtuel, l'orthophoniste et l'AMP proposent de mettre les sacs à main au vestiaire.
- **La présentation du lieu et des acteurs** : à chaque séance, de différentes manières, les participants se présentent individuellement ou en duo, et saluent le public. Il s'agit de la première montée sur scène.
- **La relaxation** : l'exercice se déroule assis. Le public peut y participer. Il s'agit de détendre les participants, notamment à l'aide d'images mentales que fait évoquer l'orthophoniste.
- **Le travail du souffle et de la voix** : élément clé au théâtre, la voix a pour support le souffle. Divers exercices sont réalisés. Tout d'abord ils ne concernent que le souffle : il est demandé aux patients de se concentrer sur leur respiration, de mimer des actions dans lequel le souffle intervient (souffler des bougies...) Puis la

voix est rajoutée : les participants vont produire un son vocalique de longue durée, répéter une phrase sur différentes intensités... Ces exercices peuvent se dérouler assis ou sur scène, seul ou en duo.

- **Le travail du corps** : pour jouer, l'acteur a besoin de son corps. L'orthophoniste propose des exercices permettant une meilleure prise en compte du schéma corporel ainsi qu'une maîtrise améliorée de cet instrument. Les exercices peuvent être effectués en solo ou en duo.
- **Le travail des émotions** : Support du jeu de l'acteur, les émotions sont travaillées dans le cadre de cet atelier. Seul ou à deux, les participants répètent une phrase avec une prosodie émotionnelle indiquée par l'orthophoniste (joie, colère, en riant...).
- **Les improvisations** : les improvisations sont la plupart du temps réalisées à 2. Elles abordent différentes situations, différents thèmes de la vie quotidienne.
- **Le salut et le au-revoir** : il s'agit de saluer le public afin de le remercier de sa présence. Les participants se regroupent sur scène et saluent chacun leur tour, tout en redonnant leur prénom. Puis ils forment un cercle, font un pas vers le centre et murmurent un au-revoir adressé à tous ceux qui ont joué avec eux.
- **Vestiaire** : afin de clore l'atelier, les effets personnels sont rendus, tout comme cela se passerait lors d'une véritable représentation.

III. Résultats des analyses

1. D'un point de vue collectif

Sans groupe, mener un atelier n'est pas possible, c'est pourquoi nous avons décidé de porter tout d'abord notre analyse d'un point de vue du groupe avant d'analyser plus précisément les trois patientes présentées auparavant.

1.1. Dans le cadre de l'atelier-conte

L'atelier-contes se divise en deux temps principaux, outre l'installation et les rituels déjà décrits :

- un premier temps d'écoute du conte,
- un second temps de discussion autour du conte.

L'atelier correspond également à deux temps distincts pour les émotions :

- durant l'écoute du conte, les participants perçoivent les émotions contées,
- durant la discussion qui s'ensuit, les émotions émergent d'elles-mêmes.

Mais il est possible de renverser ce constat. Tout d'abord, lors du conte, le conteur exprime des émotions. En réponse, des participants peuvent y mettre des mots, « *Oh elle est triste...* », tandis que la discussion peut apparaître comme un temps où les participants analysent ce qui a été dit, cherchent à donner du sens, à identifier les émotions qu'ils ont ressenties, c'est-à-dire un temps d'analyse pour percevoir les émotions véhiculées par ce média.

Le bâton de pluie est le signal sonore de l'atelier-conte. Il crée une ambiance relaxante pour faciliter l'entrée dans le conte. Si l'orthophoniste demande le nom de l'objet, celui-ci est plus ou moins facilement donné. Partant à la recherche de ce mot, certains participants vont chercher à retrouver le mot par le geste. Ainsi, M.M fait le geste de la pluie de la main : le son qu'il entend évoque celui de la pluie qui tombe, et voyant l'objet, il déclare « *c'est un bambou de pluie* ».

Le foulard est extrait d'un panier qui en contient plusieurs. L'orthophoniste le choisit selon le conte qu'elle va raconter. Par sa couleur, son contact, le foulard a pour but de préparer l'écoute du conte, de créer du lien. En effet, il unit dans son passage tous les participants, patient ou soignant. Nous remarquons également que les patients s'entraident : certains accompagnent le geste de ceux ayant plus de difficultés dans leur mouvement, d'autres donnent des conseils pour ne pas laisser échapper les mots... D'une séance sur l'autre, les participants savent ce qu'il faut faire avec ce foulard. Lors d'une séance, un nouveau participant ne sut que faire de celui-ci et voulu le glisser dans l'une de ses poches. Ce léger incident nous montre à quel point ce rituel est ancré dans l'atelier. De retour à la conteuse, il déclenche le début du conte, dont il est un embrayage.

Ces deux rituels permettent d'aiguiser le travail des sens : l'un fait appel à l'ouïe, l'autre à la vue et au toucher. L'odorat est stimulé par la bougie et l'encens. Ainsi la plupart des sens sont sollicités. Il s'agit d'un premier pas vers le monde des émotions. Ainsi en passant par les sens, l'orthophoniste fait appel aux sensations déjà ressenties dans cet atelier.

Lors de l'écoute du conte, les participants se laissent guider par le conteur. La formulette « *Et cric, et crac* » annonce l'entrée dans un moment où les participants n'ont rien à faire, sinon écouter. La voix du conteur, ses intonations, ses gestes vont permettre aux participants d'être plongés dans l'univers du conte. Cette sensation permet de laisser émerger chez eux les images du conte et d'autres plus personnelles, apparentées à des réminiscences du passé, d'être imprégné par les paroles, de laisser surgir des émotions. Néanmoins, il est arrivé que certains participants se montrent réfractaires, notamment face aux réactions des autres. Lors du conte *Un petit pain*, Mme Mo. préfère sourire aux interactions des autres plutôt que de se laisser porter par la magie du conte. Mais la plupart des participants sont attentifs au conte. Nous remarquons deux comportements d'écoute :

- certains écoutent sans rien laisser transparaître. Seul leur calme témoigne qu'ils sont à l'écoute
- d'autres écoutent, et leur comportement en témoigne. En effet, certains vont sourire aux moments appropriés, d'autres vont faire des gestes. D'autres encore

vont faire les bruitages du conte. Ainsi à l'évocation d'oiseaux, Mme L. dit faiblement « *Cui-cui, cui-cui !* ». Ces manifestations sont toujours en lien avec les émotions véhiculées par le conte. Ainsi Mme L se cache le visage à l'évocation d'une situation de peur, Mme F va exprimer sa tristesse... De nombreuses observations peuvent témoigner de ce constat. Il y a également ceux qui d'habitude déambulent et qui là restent calmement installés dans leur fauteuil à écouter la conteuse.

Lorsqu'une interférence survient au cours du conte, tel les aboiements d'un chien, les participants sont très rapidement de nouveau happés par le conte. En effet, la conteuse adapte ce qui vient de se passer à ce qu'elle raconte, elle l'insère et permet ainsi à ceux qui avaient été distraits d'être ramenés dans l'écoute du conte.

Parmi les participants, certains sont plus anxieux que les autres, notamment Mme M. Lors de l'écoute du conte, elle rencontre des difficultés à concentrer son attention sur ce qu'elle entend et peut avoir besoin de communiquer sur son angoisse au soignant proche d'elle. Il est quelquefois difficile de l'apaiser, et sa parole peut créer un léger bruit de fond. A la fin du conte, M. J., qui n'avait cessé de lui lancer des œillades mécontentes, se lève et va dire son énervement. Alors que cet atelier permet de créer une cohésion de groupe, une écoute entre tous les membres et donc une tolérance vis-à-vis de chacun, M. J. n'a pu accepter ce désagrément. Nous notons que l'expression de ses émotions s'exécute dans le respect du cadre, de l'autre et du soignant. En effet, M.J. n'interrompt pas le conte, ni la discussion : il profite du laps de temps entre les deux pour s'exprimer. Alors que nous aurions pu avoir peur d'un débordement vu l'énervement contenu tout au long de l'histoire, M.J se contente de déclarer que le bruit le dérange.

Très souvent, Mme M présente ce comportement. Afin de l'accompagner dans le conte, un soignant s'installe près d'elle afin de la rassurer tout au long de l'atelier. Lors d'un conte animalier, Mme M a été très réceptive, commentant le conte, riant aux propos de la conteuse. De même, lors de la discussion, elle participa.

Lors de la discussion, les participants abordent ce que le conte a fait remonter en eux, ce qu'ils pensent... Ils abordent également ce qui leur tient à cœur, ce qui est toujours

là, présent. Ainsi, lors de son premier atelier-conte, M. R. évoque ses troubles : « *Je ne peux pas parler comme les autres... Voilà, je vous le dis. Je n'arrive pas à dire des choses correctement... Y a des mots qui ne me viennent pas[...] Moi, j'ai honte. Moi j'ai toujours peur de quelque chose...* » (atelier du 19 novembre 2012). Par ce témoignage, nous constatons à quel point ce groupe est sécurisant pour les patients, car lors d'une première venue, ils peuvent déjà évoquer l'une de leurs difficultés. Il s'agit alors pour le personnel qui encadre de rebondir sur ces propos, ce que fait l'orthophoniste : « *Si on est ensemble, c'est parce qu'on peut s'aider les uns les autres à trouver comment se dire les choses. [...] Ici tout le monde a des difficultés d'expression, l'un ou l'autre. On n'arrive pas toujours à s'exprimer comme on voudrait. Mais en groupe, comme ça, on y arrive. Parce que si vous, vous ne trouvez pas un mot, M. M. ou Mme O., ou Mme F. va le trouver. On est là pour ça.* ». Chacun peut alors réfléchir à ce qui vient d'être dit. C'est l'un des participants qui va refaire le lien entre cette souffrance et la discussion autour du conte « Les trois passoires » qui portait sur l'amitié : M. M. déclare : « *Moi, pour me défaire de cette histoire de mémoire, la seule chose que je fais, c'est qu'à tout le monde que je connais je dis : Bon, bah voilà, t'es mon copain, tu vois maintenant, j'ai Alzheimer, je vais pour me faire guérir et essayer de faire plein de choses. Donc comme ça, ça va aller mieux parce que je m'enlève les soucis.* » .

Dans chaque discussion, plusieurs liens ont été fait entre des épisodes particuliers des contes et les situations propres à leur vie personnelle ou professionnelle. En effet, de nombreux contes ont pour sujet la vieillesse, l'amitié, les personnalités... Ces différents sujets, qui parfois touchent des zones douloureuses chez une personne, sont toujours abordés de manière à voir le positif en chaque chose.

L'atelier-conte nous permet d'entrevoir les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer selon l'aspect qu'elles veulent bien nous communiquer. L'atelier se déroule dans le respect de ce que chacun dit, de ce que chacun veut dire. Parfois, des questions sont posées afin de faire participer telle ou telle personne ayant peu communiqué au cours de la discussion. Néanmoins, ces personnes interrogées ne veulent parfois rien dire et cette décision est respectée par l'équipe. Il est de toute façon primordial de signifier à tous

les participants qu'ils ont leur place dans l'échange qui se déroule, même s'il ne s'agit que d'être auditeur.

Nous concluons notre analyse par une citation, qui nous permet de mettre en évidence la richesse de pratiquer un atelier-conte avec des patients Alzheimer, afin d'apprendre à les connaître : « *On pourrait presque dire : une personne âgée, c'est comme un accordéon ou un conte, on ne peut se contenter de la voir à un seul niveau ; son parcours de vie a plusieurs plis, tout comme les contes ont plusieurs étages de significations.* »¹³⁷

1.2. Dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale

Entre le repas et l'atelier, il y a quelquefois un temps de latence, qui complique le début de l'atelier, les participants n'étant pas réceptifs à une activité. Il a pu être nécessaire d'amener progressivement les acteurs dans la salle, laissant à certains plus de temps pour se décider à venir. Il est arrivé que des participants ne veuillent tout de même pas venir.

Le début de l'atelier débute toujours par le rituel du vestiaire, puis du brigadier. Ce bâton a pu parfois être confondu avec le bâton de pluie de l'atelier-conte.

D'un atelier sur l'autre, les mêmes compétences sont travaillées (la voix, le schéma corporel, ...) mais les exercices sont modifiés. Il est donc nécessaire que les patients aient un niveau de compréhension suffisant, ou une bonne capacité d'imitation afin de comprendre en regardant les autres participants.

Afin de pallier tout défaut de compréhension, qui mettrait le patient dans l'embarras une fois seul sur scène, l'orthophoniste et l'AMP répètent la consigne très fréquemment. En outre, lors des exercices à 2, les acteurs ont souvent pour partenaire un soignant (orthophoniste, AMP, stagiaire).

L'atelier d'expression théâtrale est également un espace de liberté pour la parole. Différents moments permettent aux participants d'évoquer ce qu'ils ont sur le cœur, notamment au moment de la présentation en début d'atelier.

¹³⁷ Pelchat Y. et al., « Passeurs d'imaginaires : le vieil âge et la suite du monde », *Pensées plurielle*, 2010/2 n°24, p. 105-118

La présentation est le premier exercice demandé : chaque participant monte sur scène, se présente et salue. La première montée sur scène peut s'avérer difficile.

Le patient doit tout d'abord prendre conscience de l'espace scénique : certains ont tendance à se présenter tout en marchant vers le fond de la scène, d'autres veulent se saisir de la chaise qui délimite l'espace. L'acteur doit apprendre à se positionner au centre, à regarder le public puis à se présenter. Il est arrivé qu'une fois au centre de la scène, le patient ait oublié la consigne de l'exercice, qui est adressée à chaque acteur avant sa montée sur scène. Ce fut le cas de M. A, qui déclara : « *Je ne me rappelle plus* ». D'autres vont aussi avoir quelques réticences à dire leur prénom, notamment Mme O qui joue souvent sur ce point. Nous pouvons nous demander si ce n'est pas la manifestation d'un léger stress lié au début de l'atelier, car une fois les encouragements donnés par les soignants, les patients se montrent très créatifs. Ainsi M. A longe l'arc de cercle où se trouvent les acteurs, en saluant de la main le public qui se trouve derrière. Puis il s'arrête et déclare : « *ils [le public] ne m'écoutent pas !* » De nouveau rassuré, il se lance « *Soyez heureux quand un bonhomme se présente à vous !* »

Au fil des séances, nous avons remarqué que les présentations étaient de plus en plus longues, les patients dévoilant de plus en plus d'eux-mêmes. Ils se sont de plus en plus adressés au public, prenant en compte ce regard extérieur. Les différentes présentations se chargent d'émotion : « *Je suis ici pour... euh... le théâtre, c'est-à-dire pour vous faire passer un bon petit moment, un moment agréable. Et que tout ça ce soit bien et que tout le monde soit bien, bien content* » (Mme F. le 18 février), « *J'espère que vous allez passer un bon moment* » (M. A, le 18 février), « *Mes amis ! [silence] Je suis très content de vous avoir sous les yeux. J'espère qu'il en est de même pour vous.* » (M. A, le 4 mars), « *Je suis ici avec vous... pour une petite pièce qui va commencer bientôt. Et je suis heureux d'être avec vous. Donc... Messieurs-dames, soyez heureux et bonne chance !* » (M. M, le 18 mars).

Cet exercice a permis de mettre en avant la créativité de ces personnes. En effet, ils ne se sont pas contentés de dire à chaque fois « *je me présente ...* », mais ils ont varié les expressions et ont fait des effets de style : « *Vous avez devant vous une personne qui se nomme...* », « *Je me présente, je me nomme...* ».

D'un simple exercice de présentation, nous pouvons retenir différents aspects. Les participants ne sont pas insensibles au fait de monter sur scène, d'où quelques difficultés,

mais au fil des séances, ils ont montré de plus en plus d'aisance, de créativité. La présence du public engage des émotions car les acteurs jouent sous le regard d'autres qui ne participent pas et ils expriment souvent le souhait que le public ressente des émotions positives.

La relaxation permet aux participants un temps de détente et de concentration. A travers sa voix qu'elle module (voix douce et harmonieuse, débit ralenti, intensité affaiblie), l'orthophoniste les amène à ressentir des émotions par le biais du langage oral. Les images mentales qu'elle évoque permettent de créer au sein de l'imagination des participants des représentations agréables, dans lesquelles leur sens sont mis en éveil. Durant ce temps, tous les participants ainsi que le public sont silencieux. Chacun vit à sa façon ce qu'il entend, imagine ce qu'il veut. Le retour à la réalité a toujours lieu en délicatesse. En effet, l'orthophoniste prend soin d'annoncer ce retour par le texte qu'elle raconte, en rebroussant le chemin imaginaire accompli. Quelquefois, des participants n'ont pas entendu le premier appel, ni le deuxième appel signalant l'ouverture des yeux. La relaxation, en apportant un état proche de celui du sommeil, permet de se sentir calme, apaisé. En effet, notre attention a été dirigée vers des aspects positifs, des images agréables par le biais de la parole. Suite à ce temps, les participants bougent moins sur leur chaise et sont plus attentifs. Ce travail met en évidence leur capacité à percevoir des émotions à partir d'éléments verbaux, de les faire revivre en eux afin d'en récolter l'aspect positif.

Le travail du souffle n'a en soi rien en lien avec les émotions. Pourtant il permet de préparer aux futurs exercices plus proches de la pratique théâtrale. Ce travail peut s'exécuter de deux façons : soit assis et en groupe, soit sur scène en étant seul ou accompagné.

- *Le travail en groupe* a pour avantage d'accroître la cohésion du groupe. En effet, tous les participants sont assis et peuvent se voir. Les exercices sont effectués en même temps par tout le monde. Personne n'est donc mis en exposition sous le regard des autres. Ces exercices permettent donc, avant de se lancer seul, de ressentir la cohésion du groupe, les différents niveaux de

chacun, la possibilité de moins bien réussir et surtout le regard bienveillant de chacun sur les autres.

La respiration demande une position adéquate. Les pieds doivent être ancrés dans le sol afin de pouvoir trouver un appui. Les jambes ne doivent donc pas être croisées, ni les bras, ce qui entraverait tout le processus respiratoire. Les mains sont posées sur les genoux. La respiration recherchée est abdominale. Ainsi l'orthophoniste explique le processus : « *Nous allons respirer avec le ventre, bouche fermée et ensuite souffler, avec la bouche ouverte et le ventre rentré. Il faut essayer de faire un souffle le plus long possible.* ». Ce travail d'endurance, puisqu'il est demandé de tenir le souffle, nécessite l'utilisation des muscles abdominaux.

- *Le travail sur scène*, qu'il soit individuel ou en duo, permet d'expérimenter pour la première fois la réalisation d'un exercice sous le regard des autres. Il ne constitue pas la première montée sur scène, puisque celle-ci a lieu avec la présentation. Néanmoins, par rapport à la présentation, les acteurs ont des consignes claires à respecter. Ainsi en dehors de toute difficulté langagière, de toute difficulté liée au corps, les acteurs réalisent leur premier exercice de la séance sous l'œil des autres dans les meilleures conditions émotionnelles possibles.

A l'aide des images mentales, l'orthophoniste travaille différents types de souffles :

- pousser un profond soupir, souffler comme pour éteindre plusieurs bougies d'un coup,
- souffler comme si on avait peur
- humer une fleur,
- souffler lentement en imaginant qu'il y a un fil qui se dévide de notre bouche.

Chacun son tour, les participants réalisent ces différents exercices. Il est tenu compte des diverses possibilités présentées par les participants : « *on fait comme on peut* » est répété tout au long des passages sur scène.

Le travail de la voix a souvent consisté dans l'exercice de l'écho, dans lequel l'un des acteurs répète de la même manière ce que dit son partenaire. Cet exercice a mis en évidence la difficulté qu'ont les patients à ne pas réagir aux interactions. Ainsi M. M répond au lieu de répéter la question « *Demain, on se voit ?* », puis progressivement, en se concentrant, il arrive à répéter mais à défaut de réaliser également la prosodie de la phrase (cf annexe II 2. p.215). Au contraire, M A est très à l'aise dans cet exercice au début et respecte la prosodie. Cependant, lorsqu'il n'est pas d'accord avec les phrases, il laisse un silence. Son partenaire doit répéter une deuxième fois afin que M.A consente à la répéter également. Lorsque les rôles sont échangés, M.A reste perplexe face aux répétitions de son partenaire jusqu'à ce qu'il en joue (cf annexe II 1.2. p.214). L'exercice devient alors un véritable sketch.

Il est intéressant de remarquer que la voix est un des vecteurs de la production des émotions.

Le travail vocal peut également s'effectuer collectivement. La respiration ayant été préalablement travaillée, les participants doivent maintenant émettre un [a], « *le plus long et le plus doux possible* », puis émettre un [ou]. La voix est travaillée ensuite au niveau de l'intensité, en demandant un souffle fort, puis progressivement, l'orthophoniste rajoute des signes des mains pour la faire varier.

Caractéristique de la parole, le rythme est également travaillé. L'un des exercices consiste à ce que chaque participant ait un rythme propre (frapper dans les mains, « tic-tac-tic-tac », « badoum, badoum, badoum », ...), qu'il émet selon les indications de l'orthophoniste. Il s'agit donc parfois de savoir conserver son rythme en inhibant ce qu'il entend par ailleurs.

Le travail du corps propose divers exercices :

- les mimes (tigre, poisson, ...)
- la statue : deux participants sont sur scène. L'un est le sculpteur, l'autre est la terre. Le sculpteur doit façonner la terre pour lui donner une attitude, une expression.
- le miroir : deux participants sont sur scène. L'un doit imiter l'autre, comme s'il était son reflet dans un miroir.

-
- la marche : les participants sont tous sur scène. Il s'agit de marcher selon les indications de l'orthophoniste : à pas lent, à une allure plus soutenue, de s'arrêter soudainement...

Lors du travail du mime, qui permet de s'appropriier son corps, il est intéressant de remarquer que les émotions sont également présentes. Tout d'abord, elles sont exprimées par le public et les participants. En effet, les acteurs étant amenés à faire diverses grimaces, modifiant ainsi leur apparence, cela provoque le rire du public. Mais la peur est également ressentie. Par exemple, lors du mime du tigre, Mme L, qui est alors actrice, s'en va sans prévenir, déclarant une fois près de sa chaise « *Je me fais peur !* ». De même, Mme O. s'exclame « *J'ai peur* » en entendant soudainement M. A rugir et sortir les griffes. De même, M. A. saisit ce moment pour faire rire en demandant au tigre de Mme O. de mordre, mais cette interférence la perturbe et elle en oublie son jeu.

Certains mimes restent toutefois très difficiles pour l'ensemble des patients. Ainsi les acteurs n'ont pu mimer le fait de monter à une échelle, mais ils marchaient sur les barreaux d'une échelle posée au sol.

Au fil des séances, les participants ont fait preuve de plus en plus d'aisance dans ces exercices. En effet, nous avons relevé des refus dans les premières séances qui ont disparu pour laisser place à des mimes humoristiques. Par exemple, M. A. refuse lors d'une séance de mimer le mâchonnement d'un chewing-gum, se disant incapable à cause du port de son dentier. Pourtant lors d'une autre séance, c'est lui qui donnera l'idée à Mme F de jouer avec sa pâte à mâcher, en tirant dessus. Il effectuera également ce jeu lors de son passage, y ajoutant le bruitage correspondant.

En outre, nous avons remarqué que les acteurs se donnaient des conseils, des idées lorsqu'un partenaire sur scène était en panne d'inspiration. Pour le mime du poisson, Mme G ne sait que faire ; M.A lui dit de penser aux nageoires.

Ces exercices allient au travail du corps la prise de conscience de l'espace scénique. Au théâtre, il existe, selon Page¹³⁸, trois types d'espace :

- l'espace intra-corporel, qui correspond « *aux rapports qui se créent entre les différentes parties du corps* ». Les exercices de mimes permettent à chaque participant de prendre conscience de cet espace.
- l'espace inter-corporel, qui correspond à l'espace entre soi et les autres. C'est cet espace qui est travaillé dans l'exercice de la marche.
- l'espace inter-cadre, qui correspond à l'espace qui nous entoure. Il s'agit donc de l'espace scénique. Celui-ci est délimité dès le début de l'atelier, puisque l'orthophoniste le définit à voix haute et visuellement à l'aide de chaises afin que les participants sachent s'orienter sur scène.

Le travail des émotions a été décliné sous la forme de divers exercices. Les acteurs ont ainsi pu travailler leur intonation émotionnelle.

L'un des exercices consiste à dire une phrase sur différentes intonations émotionnelles. Afin de les aider au maximum, l'orthophoniste donne un support verbal simple (« *Oh là là* », « *J'ai perdu mes clés* »...) puis indique tout au long de l'exercice les émotions à produire.

Un autre exercice consiste à répéter ce que dit son partenaire en utilisant la même prosodie. Ce travail a mis en exergue chez certains participants une bonne capacité à répéter mais une difficulté d'être l'instigateur d'une prosodie.

D'une manière générale, ces exercices ont mis en évidence que les acteurs ont tendance à ajouter des phrases expliquant l'état émotionnel qu'ils essaient de mettre en scène. Lorsque M.M essaie de jouer la surprise à l'aide de la phrase « *Ce n'est pas possible* », il ajoute « *Comment ? Ah non, ce n'est pas possible.* ». Parfois, le sens de la phrase semble poser problème pour être en adéquation avec l'émotion demandée. M.M, dont la phrase « *Ce n'est pas possible* » doit être produite avec joie, n'y arrive pas : il a besoin de terminer par « *C'est possible !* ». Nous notons également que les émotions secondaires telle que l'anxiété sont plus difficiles à produire.

138 Page C. *Les pratiques du théâtre* Hachette éducation, Paris : 1998

Certains acteurs qui sont très à l'aise ajoutent également des gestes, des mimiques. Ainsi Mme F déclare « *J'ai perdu mes clés* » sur un ton de surprise en fouillant dans un sac imaginaire, les yeux écarquillés.

Nous avons également remarqué que certains patients réussissent à transmettre des émotions sans modifier la prosodie : M.A varie beaucoup plus le rythme, l'intensité de sa voix, tandis que la prosodie reste similaire.

Les improvisations sont un exercice complexe, qui demande aux acteurs de nombreuses compétences. Les thèmes sont divers : rencontre de deux voisins dans l'escalier dont l'un n'a pas le moral ; rencontre de deux amies, dont l'une sort de chez le coiffeur et n'est pas contente de sa nouvelle coupe ; rencontre entre une cliente et son pâtissier, qui a oublié de faire son gâteau ; rencontre entre un client insatisfait et une vendeuse ; rencontre dans un train entre un fumeur et un passager incommodé ...

Selon Gravel et Lavergne¹²⁸, « *l'animateur choisira des exercices excitants pour l'esprit ou du moins il les placera toujours dans cette perspective. Par là, nous voulons dire qu'un exercice doit être considéré comme une provocation constructive à l'entendement du participant. Le but visé est d'étendre le champ d'action de l'activité mentale. L'exercice se présente comme une sorte d'aventure qui appelle la mobilisation des capacités mentales et physiques, qui elles-mêmes ouvrent des voies, des portes vers d'autres aventures et ce, à l'infini.* »

L'improvisation se déroule le plus souvent à deux. Une fois ces personnes sur la scène, l'orthophoniste explique le contexte de l'improvisation. Au cours de celle-ci, elle peut intervenir pour demander un ajustement de la voix, une position plus adéquate, ainsi que pour introduire une troisième personne si cela est nécessaire.

Parfois des contraintes ont été ajoutées, comme construire une histoire à deux en commençant toutes les phrases par « *Et en plus...* ».

Comme nous l'avons vu dans notre partie théorique portant sur l'improvisation, celle-ci est régie par 10 principes : écouter, percuter, animer, construire, jouer le jeu, préparer, innover, s'amuser, oser. Au cours des séances, nous avons vu certains de ces

principes de plus en plus s'affirmer dans le jeu des acteurs. En effet, avec le temps, les acteurs ont osé : aborder des thèmes de leur vie personnelle, faire de l'humour...

Ils se sont aussi animés : ne se contentant plus de rester à la même place, ils ont parfois investi l'espace scénique. Ainsi lors d'une improvisation dont le lieu est un restaurant, Mme F se lève, contourne la table, s'en va. Ils ont également écouté l'autre, prenant en compte ce qu'il avait à dire pour construire une histoire à deux. Et bien entendu, les participants ont pris plaisir dans cet exercice, qui bien que complexe, permet un véritable jeu théâtral.

Les improvisations ont été le lieu de la mise en application des autres exercices, notamment celui des émotions. Ainsi dans l'improvisation d'un voyage en train, M. M se retrouve dans un wagon avec quelqu'un qui fume : il incarne alors très bien l'indignation laissant peu à peu place à la colère.

Les improvisations sont un exercice qui laisse à l'acteur une grande liberté, qui a permis aux participants de l'atelier d'exprimer toutes leurs envies. Dans ce travail, ils nous ont fait beaucoup rire, incarnant à la perfection de nombreux personnages, résolvant des situations compliquées par une jolie pirouette.

Comme de vrais acteurs à la fin d'une représentation, les participants de l'atelier d'expression théâtrale saluent sous les applaudissements du public. Il est intéressant de remarquer leur réaction. Ainsi Mme O. est surprise par le bruit des applaudissements et regarde ahurie ce public debout, se trouvant au fond de la salle. Se dessine alors sur son visage un grand sourire, et ses épaules marquent le rythme des applaudissements. De son côté, M A. leur dit « *à la prochaine* », puis les applaudissements se poursuivant, M.A leur dit « *Ça suffit* » avec un grand sourire.

Ce moment du salut met en évidence une véritable cohésion de groupe.

Nous avons également senti de nombreuses émotions positives émaner de l'orthophoniste et de l'AMP. En effet, elles ponctuent l'atelier de jeux de mots, de plaisanteries, font elles-même les clowns. Ainsi dans cet atelier, les participants sont au même niveau que les soignants. Ils partagent les mêmes difficultés, les mêmes rires.

A la fin de l'atelier, l'orthophoniste demande l'avis du public, les critiques éventuelles. Que les commentaires proviennent d'autres personnes malades ou des

soignants, les critiques ont toujours été très positives. M. J.-P nous informe qu'il a beaucoup ri, que l'atelier était « *de la folie* », M.J s'exclame « *C'est formidable ! C'est exceptionnel !* ».

2. D'un point de vue individuel

Pour chaque patient, nous avons choisi d'analyser 3 séances.

2.1. Madame T.

2.1.1. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T1 réalisé le 21 janvier 2013

Mme T ayant une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le protocole a été modifié afin de lui permettre de le réaliser. Lors de l'épreuve de compréhension de la prosodie émotionnelle, un support visuel est normalement proposé : trois visages représentant chacun une émotion. Pour Mme T, à chaque écoute de phrase étaient proposées oralement les trois émotions dans un ordre aléatoire afin de ne pas influencer sa réponse. De plus, de nombreuses épreuves nous permettant d'obtenir des informations sur le langage s'appuient sur le visuel, notamment la dénomination et le Token test. Ainsi lors de la présentation d'objets, Mme T a pu les toucher et bénéficier également de l'indice. Le Token test fut réalisé en l'aidant dans le choix des couleurs.

Nous avons souhaité consacrer l'une de nos analyses à Mme T malgré cette déficience visuelle au vu de son assiduité aux ateliers.

- **Résultat de l'évaluation du langage**
 - ✓ Entretien : Mme T. présente un léger degré de détérioration de la compréhension (2/5). Ses réponses sont quelquefois très lapidaires, lorsque la question ne semble pas l'intéresser. Au niveau de l'intelligibilité, nous notons un léger trouble (2/5), tandis que les mots lui manquent fréquemment, ce qui correspond à un degré modérément sévère de détérioration (4/5).

- ✓ Dénomination : Elle commet 14 erreurs sur ses 17 réponses, ce qui correspond à un score de 4/5.
- ✓ Token Test : Mme T. obtient un score de 23/44. La première partie du test est bien réussie, sauf les phrases demandant deux figures. La deuxième partie est plus difficile.

• **Résultat des tests concernant les émotions**

Prosodie émotionnelle – Compréhension	10 sur 12	Tristesse : 3 sur 4
		Joie : 3 sur 4
		Colère : 4 sur 4
Prosodie émotionnelle – Répétition	6 sur 12	Tristesse : 4 sur 4
		Joie : 1 sur 4
		Colère : 1 sur 4
Prosodie émotionnelle – Production	8 sur 12	Tristesse : 3/4
		Joie : 2/4
		Colère : 3/4

➤ Prosodie émotionnelle – Compréhension

Ce subtest obtient un bon score (10/12), puisqu'il est supérieur à la moyenne (8,20). Les deux erreurs commises sont des fausses reconnaissances de la colère. Mme T est à l'aise avec cet exercice.

➤ Prosodie émotionnelle – Répétition

Cette épreuve est difficile pour Mme T. Son score (6/12) est en dessous de la moyenne (7,43). En effet, elle rencontre de grandes difficultés à répéter une phrase, d'une part à cause de ses difficultés mnésiques, d'autre part à cause d'une difficulté articulatoire. Ainsi durant la passation, Mme T se concentre plus sur son élocution que sur la répétition des patrons intonatifs. Le patron d'intonation de la joie est correctement reproduit à chaque fois. Ceux de la colère et de la tristesse sont au contraire très peu répétés, et laissent place à un ton neutre.

➤ Prosodie émotionnelle – Production

Après l'écoute de la première mise en situation, Mme T déclare « *Ah non, je ne peux pas, moi !* ». S'ensuivent plusieurs tentatives pour répéter tout d'abord la phrase sur un ton neutre. Puis, la mise en situation est de nouveau lue et Mme T. réussit la production du patron intonatif. Mme T a besoin d'être constamment réconfortée, valorisée pendant la première partie pour réaliser le test. En effet, dès qu'elle se sent en échec, elle a tendance à dire qu'elle en est incapable. Puis elle prend confiance en elle et répète correctement. Ce besoin d'assurance est peut-être significatif de peur de l'inconnu en situation d'examen. L'apport de l'examineur lui permet de se dépasser. Les résultats mettent en évidence une difficulté dans la production de l'intonation de la joie.

2.1.2. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier-conte

Madame T est plutôt discrète, parlant peu souvent et uniquement avec une voix faible. Ainsi notre analyse de son comportement émotionnel se base sur peu d'informations.

Lors de l'écoute des contes, Madame T est attentive. Elle reste pendant tout le conte dans la même position, ne tenant pas compte des interruptions des autres participants. Elle utilise préférentiellement un comportement non-verbal pour manifester son intérêt ; ainsi ses rires, ses sourires, ses haussements de sourcils ponctuent son écoute du conte et nous permettent de pouvoir dire que Mme T est bien attentive à ce qui se passe autour d'elle, puisque toutes ces manifestations ont lieu au moment approprié.

Lors de la discussion, Madame T participe peu. Ses interventions sans sollicitation de la part d'autrui sont très rares, et si elles ont lieu, elles sont très courtes, se résumant

parfois à une exclamation, à un rire. Lorsque quelqu'un l'interroge directement, Mme T a tendance à éluder la question, soit par un « *Je ne sais pas* », soit par une négation.

Tandis que cet atelier permet souvent de découvrir les participants, leur vie actuelle et passée, ce qui leur tient à cœur, Mme T, elle se dévoile très peu.

Nous n'avons pas relevé au cours de tous les ateliers auxquels nous avons participé le moindre souvenir évoqué.

2.1.3. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale

a) Analyse de séances

- **Séance du 26 novembre 2012**

- Les trois coups : Lors de ce moment, Mme T ne participe pas activement, mais elle reste attentive à ce qui se passe sur scène.
- Présentation : Cet exercice consiste à dire « *Bonjour tout le monde* », avec une intensité de plus en plus forte. Il s'est révélé difficile pour Mme T, puisqu'elle a quelques difficultés pour répéter et qu'elle parle habituellement avec une voix d'intensité faible. Pourtant elle s'y essaie avec bonne humeur, riant entre chaque essai de ses erreurs, ne prenant pas mal le rire des autres, jamais empreint de moquerie mais plutôt bienveillant. Elle parvient tout de même à réaliser correctement la consigne, et attendant le « *c'est bon* » de l'orthophoniste qui ne vient pas, Mme T s'exclame « *Encore ?* ». Lors de cet exercice, Mme T se montre très joyeuse, malgré le fait qu'elle ne réussisse pas. Cette réaction est due en partie au fait qu'elle se sait dans un groupe acceptant les difficultés de tous.
- Travail du souffle et de la voix : La tenue de souffle de Mme T est longue, tout comme celle de Mme G, ce qui engendre les félicitations de l'orthophoniste. Mais quand cette dernière propose de modifier l'exercice en mettant du son sur

le souffle, Mme T écarquille les yeux. Par cette expression faciale, Mme T cherche à témoigner de son inquiétude, tout en y mettant une touche d'humour.

- Relaxation : (cf annexe II 1. p.214) Lors de cette relaxation, il est évoqué un ruisseau près duquel les participants sont invités à s'asseoir et à goûter l'eau. Mme T prend bien en compte la position demandée pour la relaxation, bras et jambes décroisées, position qu'elle conserve tout du long. Au sortir de cette détente, l'orthophoniste l'interroge sur l'eau évoquée. A la question lui demandant si elle a apprécié l'eau, Mme T répond qu'elle n'en a pas bu, et évince ainsi la question sur ses ressentis concernant l'eau, en répondant « *Je ne sais pas* » tandis que tous les autres acteurs apportent des précisions sur ce qu'ils ont imaginé. Ainsi nous pouvons nous demander si Mme T a visualisé ce qui a été raconté, car si ce n'est pas le cas, cela expliquerait son manque de réponse.
- Travail du souffle et du corps : L'exercice consiste à adopter différentes positions corporelles, en y adaptant son souffle. Ainsi Mme T doit mimer un grand soupir. Cette demande la laisse désemparée : elle lève les bras au ciel en disant « *Alors ça...* ». La soignante H. l'aide dans la compréhension de cette demande : « *Quand on en a marre !* ». Mme T lève alors les yeux au ciel, se cambre en arrière et souffle d'exaspération. Pour éteindre 10 bougies, Mme T produit des petits souffles sans bouger la tête. Elle ne visualise pas les bougies devant elle, mais réussit tout de même à comprendre la consigne. Pourtant lorsqu'elle doit humer les fleurs, Mme T cherche tout autour d'elle le bouquet imaginaire qu'on lui propose de sentir. L'imaginant à l'aide de ses mains, elle sent distraitement les fleurs. Cela ne semble pas faire écho chez elle à un moment agréable. Néanmoins elle renforce son mime en disant « *Mmmh ça sent bon !* ». En mimant la peur, elle se recroqueville sur elle tout en soufflant : le souffle est une contrainte pour Mme T qui n'arrive pas à l'intégrer en tant que composante de l'émotion de la peur. Néanmoins, son comportement est tout à fait adapté à un sentiment de peur puisqu'elle cherche à se faire plus petite, mais également à fuir.

➤ Travail du corps : Cet exercice consiste à mimer un clown, un poisson, un tigre, de bâiller et de mâcher un chewing-gum . Lorsque Mme T est appelée à venir sur scène, la soignante H s'exclame : « *Oh les yeux !* » En effet, Mme T ouvre de grands yeux, surprise qu'elle est de devoir y aller ! Une fois sur scène, elle sourit et tente d'exécuter au mieux les consignes.

- ✓ Le fait de devoir mimer *un clown* la fait rire et elle se met à balancer ses bras de manière aléatoire. Ce comportement fait rire tout le public.
- ✓ Lorsqu'elle doit imiter *le poisson*, cela se révèle très difficile. Mme T ne semble pas en mesure d'abstraire des caractéristiques majeures lui permettant de reproduire un poisson : dans son mime, elle semble chercher dans du sable des poissons. Lorsque l'orthophoniste lui donne comme indice de se concentrer sur la bouche, Mme T réussit à mimer le poisson.
- ✓ *Le tigre* est mimé à l'aide de petits pas et de ses mains repliées en griffes. En outre, elle se dirige vers l'orthophoniste, mimant ainsi le côté fauve et combatif de l'animal.
- ✓ Pour imiter *le bâillement*, elle se cache le visage, ce qui empêche tout le monde de voir. Par ce comportement, elle met en évidence sa difficulté à se savoir sur scène et donc à pouvoir s'astreindre de certaines règles de bienséance.
- ✓ D'ailleurs, le fait de *mâcher du chewing-gum* de manière exagérée est réalisé de manière très amoindrie, puisque sa bouche s'ouvre à peine. A la question de savoir si ce chewing-gum est bon, Mme T répond en se cachant la bouche, comme si elle ne voulait pas parler la bouche pleine : « *Oh oui !* ». Cette exclamation montre que Mme T se prête au jeu du mime, imaginant des précisions dans ce qu'elle fait.

Elle se montre originale dans différents mimes et n'est pas gênée par la présence du public.

➤ Travail de la voix : Il s'agit du jeu de l'écho. Deux personnes sont sur scène, l'une dit une phrase que l'autre doit répéter de la même manière. Mme T monte sur scène avec l'AMP H. Dans un premier temps, elle est l'écho, mais elle ne

dit rien. Elle colle son oreille au mur comme pour entendre l'écho. La consigne lui est ré-expliquée, elle répète alors la phrase « *Oh le pauvre homme...* », puis demande à l'AMP H. « *C'est toi ?* ». Par la suite, Mme T ne répète plus, mais répond à la sollicitation.

Dans un deuxième temps, Mme T doit inventer la phrase pour l'écho. Cependant elle ne comprend pas pourquoi on lui a demandé de changer de place, ce qu'elle exprime verbalement. Ci-dessous, nous avons transcrit le jeu de l'écho qui s'en suit :

Dialogue entre Mme T et AMP H. :

Mme T : J'étais là, je devais dire quelque chose. Je viens ici, aussi !

AMP H. : J'étais là, je devais dire quelque chose. Je viens ici, aussi !

Mme T : Eh ben, voilà !

AMP H. Eh ben, voilà !

Mme T : Toi, tu es grande, tu es bien. Dis quelque chose de bien !

AMP H. : Toi, tu es grande, tu es bien. Dis quelque chose de bien !

Mme T : A côté de toi, je suis petite.

AMP H. : A côté de toi, je suis petite.

Mme T : Oh !

AMP H. : Oh !

Mme T : Elle ment ! [en pointant H. du doigt]

AMP H. : Elle ment ! [en pointant Mme T du doigt]

Ce dialogue met en évidence l'incompréhension du jeu par Mme T. Ses propos se réfèrent à ce qu'elle ressent : n'ayant pas compris le premier temps où elle devait être l'écho, elle ne comprend pas ce deuxième temps. Elle ne s'aperçoit pas que l'AMP H. répète ce qu'elle dit au départ, puisqu'elle exprime sa satisfaction avec « *Eh ben, voilà !* », et lui demande de dire quelque chose. La répétition des propos de Mme T crée un comique de situation, puisque l'AMP H. est bien plus grande que Mme T.

Ainsi, cet exercice ayant mis légèrement en difficulté Mme T, celle-ci exprime sa légère exaspération, mais se laisse très vite regagner par le rire de la salle et le comique de situation.

- Travail du rythme : Il s'agit de créer un orchestre dans lequel les participants sont les instruments. L'orthophoniste donne à chacun un rythme différent des

autres. Selon ses indications, les participants doivent le produire, tout d'abord individuellement, puis en même temps que d'autres, enfin avec tout le monde. Mme T doit produire « *Badoum badam* ». Elle le reproduit de manière très faible, ce qui ne permet pas de la distinguer parmi tous les autres sons. L'orthophoniste a souvent besoin de lui rappeler son rythme. Néanmoins, nous notons qu'elle ne produit pas d'autres rythmes que le sien, ce qui témoigne d'une bonne résistance à l'interférence.

- **Séance du 18 février 2013** : N'ayant pu se dérouler dans le lieu habituel, l'atelier se déroule dans la pièce commune. Le public est beaucoup plus nombreux, tandis que les comédiens sont 4.
 - Les trois coups : Lors de cette séance, Mme T est désignée pour aller frapper les 3 coups sur scène. Selon les indications, elle frappe dix petits coups, et trois grands coups. L'orthophoniste déclare alors : « *La séance est ouverte !* », ce qui fait rire Mme T, qui regarde alors le public, l'interrogeant à l'aide de sa posture : « *C'est bien cela qu'on m'avait demandé ?!* ».
 - Présentation : Cet exercice consiste à se présenter au public. Reprenant la formulation habituelle « *Bonjour tout le monde* », Mme T oublie de donner son prénom. Puis elle le murmure, se reprend encore et clame haut et fort qu'elle s'appelle C. Elle salue le public en ouvrant les bras et retourne s'asseoir.
 - Relaxation : Mme T se laisse porter par la voix de l'orthophoniste. Elle reste très calme durant cet exercice et ouvre les yeux dès que cela est demandé.
 - Respiration et travail vocal : L'exercice consiste à émettre un son vocalique le plus longtemps possible, sur une intensité donnée. Mme T réussit très bien cet exercice, mettant en évidence une très bonne capacité respiratoire.
 - Travail du corps :
 - ✓ *La balle imaginaire* : L'exercice consiste à venir au centre de la scène afin de lancer un ballon imaginaire à l'un des participants, tout en énonçant une couleur. Lorsque son tour vient, on note un temps de latence avant l'exécution de la consigne au centre de la scène. Il a été nécessaire de lui

ré-expliquer. En outre, elle ne dit pas assez fort la couleur. Cet exercice est difficile pour Mme T, et c'est sans doute pourquoi elle utilise une intensité si faible. Nous notons donc qu'en fonction du ressenti, Mme T accentue la faiblesse de sa voix. Ainsi nous pouvons nous demander si cette intensité n'est pas un mécanisme de défense : se sentant en difficulté, Mme T utilise un ton bas afin que peu de monde puisse entendre ce qu'elle dit.

- ✓ *La statue* : Cet exercice demande la coopération de deux comédiens. Mme T est en duo avec Mme F. Tout d'abord, Mme T doit la sculpter, puis les rôles seront inversés et elle sera sculptée par Mme F. Elle change la position d'un bras, puis se contente d'arranger l'écharpe que porte Mme F. Lorsque les soignantes le lui font remarquer, Mme T déclare qu'elle ne sait pas quoi faire. Afin de changer la position, Mme T chuchote à sa statue d'avancer la jambe, mais sa statue reste de marbre. Elle décide donc de le faire elle-même. La sculpture obtenue reste dans une position très simple : peu de modifications ont été apportées. Mme T ne fait pas preuve de beaucoup d'imagination, et ne met pas beaucoup d'entrain dans cet exercice.
- ✓ *Le mime* : Il s'agit de monter à une échelle imaginaire. Comme les autres comédiens, Mme T exécute ce mime comme si l'échelle était posée au sol. Elle est incapable d'imaginer la situation réelle.
- Travail des émotions : Il s'agit de dire une phrase avec différentes intonations. Mme T doit dire « *Allez, dépêche-toi !* ».
- ✓ *La joie* : Sa première difficulté est de répéter, ce qui l'empêche de mettre un patron émotionnel de joie. Lorsqu'elle parvient à répéter, nous notons une prosodie proche de celle de la colère.
- ✓ *La colère* : Elle déclare, juste après que l'orthophoniste lui demande d'utiliser un ton énervé : « *Oh oui, je suis énervée* ». Aux rires du public à ses propos, Mme T perd son énervement pour les accompagner, ce qui complique la production d'une intonation d'énervement. Elle ne parvient à la réaliser qu'à l'aide d'ajout de phrases « *Allez vite, dépêche-toi* » accompagnées de gestes mimant le fait de presser quelqu'un. Mme T a du

mal à rester sur scène et avance vers les acteurs-spectateurs. L'état dans lequel elle est, inquiète Mme O qui s'écrit : « *Oh là là, elle me fait peur !* ». Mme T se montre alors très joueuse, puisqu'elle se dirige alors vers cette dame.

- ✓ *La fatigue* : Nous remarquons que Mme T joue beaucoup plus avec son corps, utilisant une démarche ralentie, un affaissement des épaules, qu'avec sa voix. En effet, elle produit avec une si faible intensité la phrase que nous ne pouvons ressentir cet état de fatigue qu'avec le mime.
- ✓ *Le rire* : La consigne est respectée, Mme T répète correctement la phrase avec le patron émotionnel correspondant.

Dans cet exercice, nous notons une amélioration de la répétition permettant une meilleure production des patrons émotionnels. Mme T prend en compte le public et les acteurs-spectateurs, restant toujours dans cette interaction qui permet au public de passer un moment agréable.

- L'improvisation : *Accompagnée de l'AMP H., Mme T doit improviser une femme très pressée ne trouvant pas son chemin et qui demande son chemin à une passante (cf annexe II 3.1. p.215)* :

Mme T parcourt la scène de long en large, à petits pas pressés, puis s'arrête pour saluer l'AMP H., qui attend un bus. Cependant, Mme T n'engage pas le dialogue, puisqu'elle repart dans sa course. Lorsqu'elle passe derrière l'AMP H., elle la bouscule en riant. Ce comportement témoigne de la difficulté de Mme T pour débiter l'improvisation d'un point de vue verbal. L'AMP H. essaie de l'aider, en lui demandant si elle ne chercherait pas quelque chose. Mme T s'en saisit, répond « *Mon chemin* », mais continue sa course et s'éloigne donc de l'AMP H. La suite de l'improvisation ne respecte pas le thème, bien que l'AMP H. fasse plusieurs tentatives pour amener le sujet. Mme T ne semble pas capable d'imaginer sa situation. Elle ne peut se dégager du réel et cette situation lui est étrangère. Lorsque l'AMP H lui demande où elle habite, Mme T laisse un silence puis dit « *Je ne sais pas... voilà !* » d'une voix éteinte. Son visage n'est plus plein de malice comme ce fut le cas tout au long de l'improvisation. Ce dernier acte

met en évidence que cette situation de ne pas trouver son chemin fait écho en Mme T de manière douloureuse, puisqu'elle n'est plus capable de dire où elle habite.

Nous notons une grande difficulté avec l'espace scénique : Mme T tourne fréquemment le dos au public, se met également derrière l'AMP H. Elle répond d'une voix très faible et ses réponses sont laconiques. Elle ne prend pas en compte les diverses propositions de l'AMP H.

- **Séance du 18 mars 2013**

- Les trois coups : Lors de ce moment, Mme T reste attentive, mais ne participe pas.
- La présentation : A peine levée, Mme T se présente en allant sur scène. Elle doit donc le refaire face au public. Elle ne redit que son prénom d'une voix très faible, puis lorsqu'il lui est demandé de répéter plus fort, Mme T s'exaspère un peu mais réalise tout de même l'exercice. Afin d'appuyer les propos des soignants qui lui demandent de parler plus fort, M. M. joue et crie « *On n'entend rien !* », puis lorsqu'elle revient à sa place, il la félicite. Cet exemple témoigne de l'entraide qui se met en place entre les patients.
- Le travail respiratoire : Mme T réalise correctement cet exercice.
- La relaxation : (cf annexe II 5.1. p.221) Lorsque les soignants l'interrogent sur son ressenti, Mme T se contente de hocher la tête. Elle ne partage pas ce qu'elle a pu percevoir comme image mentale, ni comme émotion.
- Travail du corps :
 - ✓ *Le coussin d'air* : deux acteurs montent sur scène et l'un doit gonfler l'autre comme un coussin d'air. Mme T est le coussin d'air. Suivant le rythme indiqué par celle qui la gonfle, Mme T répercute sur son corps le gonflage. Cependant elle n'utilise pas ses bras pour donner l'impression de grossir ; elle se redresse de plus en plus. A la fin, ne trouvant plus de moyen pour gonfler, elle demande à la soignante de s'arrêter : « *Oh non non, ça suffit !* », avec un grand sourire et en touchant le bras de la soignante.

✓ *Le mannequin* : Mme T doit défiler sur la scène. Une fois lancée, elle ne sait quoi faire, le dit tout fort, puis se met à esquisser des pas de valse, ce qui permet d'avoir un mannequin original. Mme T se sert de ce qui la met à l'aise pour se tirer de l'embarras.

➤ Travail vocal : Il s'agit de faire le bruit d'un moteur. Lorsque c'est au tour de Mme T, l'orthophoniste lui demande de faire le bruit d'une moto Harley Davidson. Mme T a des difficultés à comprendre la consigne et elle imite l'orthophoniste qui est avec elle sur scène. Mettant les bras devant elle pour tenir le guidon imaginaire, elle avance à petit pas en produisant un faible bruit.

➤ Travail des émotions : (cf annexe II 5.2. p.221 A deux sur scène, chacune dit une phrase sur tous les tons. Au départ, Mme T doit dire « *A table !* », tandis que la soignante répond « *Zut* ». Mme T rencontre quelques difficultés et a tendance à réagir à l'interjection. Elle cherche à persuader sa partenaire de venir à table : sa voix se fait suppliante, elle oublie sa phrase, menace, puis essaie de l'attirer de force. Elle oublie le sens de l'exercice. L'orthophoniste intervient à de nombreuses reprises afin de lui redonner la consigne et la phrase.

Les rôles sont ensuite échangés. Cette situation est plus facile pour Mme T. En effet, lorsqu'elle disait « *à table* », elle était dans la position autoritaire, puisqu'elle devait demander quelque chose, tandis que lorsqu'elle répond « *Zut* », elle se trouve à la place de celui qui refuse. Le refus est beaucoup plus simple à produire pour Mme T. : elle y met beaucoup de joie et de malice, terminant l'exercice sur un geste moqueur.

Cet exercice met en évidence la difficulté de rester uniquement dans un travail vocal. Mme T cherche du sens dans l'échange, ce qui témoigne de sa volonté de rester dans la communication.

➤ Le salut : Mme T se rend sur scène à l'appel de l'orthophoniste et salue. Elle répond à Mme F qui lui dit « *Bonjour* » et fait un petit signe de la main.

b) Synthèse des informations extraites au cours de l'atelier d'expression théâtrale

A l'aide des trois séances que nous venons de décrire et de notre observation tout au long des ateliers, nous avons cherché à mettre en exergue certaines caractéristiques de Mme T.

Très attentive tout au long de l'atelier d'expression théâtrale, elle respecte toujours les consignes, dès qu'elles sont comprises.

Au niveau du corps, Mme T ne se permet pas d'utiliser toute l'aisance dont elle est capable, respectant, notamment lors du mime, les règles de bienséance (ex : lorsqu'elle bâille, elle se cache le visage dans sa totalité).

Elle prend en compte les conseils qui lui sont donnés, qu'ils le soient par l'orthophoniste, l'AMP ou les autres participants.

Nous remarquons que Mme T s'exprime moins lorsqu'on s'adresse au groupe, tandis que lorsqu'elle est sur scène, elle se permet de livrer des informations sur elle beaucoup plus facilement. Néanmoins, lors de sa présentation, elle se contente de dire le minimum, ce qui est à l'encontre de l'évolution des présentations des autres acteurs.

Lors d'exercices utilisant le langage dans un but non communicationnel, tel l'exercice de l'écho, Mme T est en difficulté ; elle ne comprend pas qu'on ne prenne pas en compte ce qui est dit. Elle souhaite rester dans la communication.

La compréhension de l'espace scénique est difficile : très souvent, elle parle en étant dos au public, que ce soit en venant se présenter ou lorsqu'elle est en duo sur scène et qu'elle ne s'adresse qu'à son partenaire.

Mme T semble rencontrer de nombreuses difficultés lorsqu'il s'agit d'imaginer. Lorsque son avis lui est demandé au sujet de l'atelier, Mme T déclare : « *Ça me fait plaisir !* »

2.1.4. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T2 réalisé le 11 avril 2013

- **Résultat de l'évaluation du langage**

- Entretien : lors de l'entretien, Mme T. présente un degré léger de détérioration de la compréhension (2/5). Quelques questions ne sont pas comprises. Ses réponses sont parfois très évasives ; Mme T met en avant que ce sont des faits très éloignés dans le temps ainsi que son âge. Mme T présente un trouble léger au niveau de l'intelligibilité (2/5). Les mots lui manquent fréquemment , mais elle ne les compense pas, ce qui correspond à un degré modérément sévère de détérioration (4/5).
- Dénomination : Mme T donne 12 épones incorrectes sur les 17 objets, ce qui correspond à un score identique à celui du temps T1 (4/5). Tous les indices lui sont donnés pour compenser ses difficultés visuelles. En outre, elle peut les manipuler.
- Token Test : Mme T. obtient un score de 21/44. La première partie du test est bien réussie, tandis que la deuxième est plus difficile. Les résultats de ce test sont à relativiser, l'examineur ayant aidé Mme T. dans la reconnaissance des couleurs.

- **Résultat des tests concernant les émotions**

Prosodie émotionnelle – Compréhension	8 sur 12	Tristesse : 4 sur 4
		Joie : 1 sur 4
		Colère : 3 sur 4
Prosodie émotionnelle – Répétition	8 sur 12	Tristesse : 3 sur 4
		Joie : 3 sur 4
		Colère : 2 sur 4
Prosodie émotionnelle – Compréhension	8 sur 12	Tristesse : 4/4
		Joie : 2/4
		Colère : 2/4

➤ Prosodie émotionnelle – Compréhension

Ce subtest obtient un score de 8/12. Par rapport à la norme, Mme T se situe dans la moyenne. La tristesse est toujours identifiée, la colère l'est souvent. La joie n'est reconnue qu'une fois en tant que telle, sinon elle est identifiée pour de la colère.

➤ Prosodie émotionnelle – Répétition

Ce subtest obtient un score de 8/12, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne (7,43). Tout d'abord, nous remarquons que le début de l'épreuve a échoué. La consigne est répétée à chaque item, mais elle n'est comprise qu'à partir du quatrième item.

La prosodie émotionnelle de la colère est la moins bien réalisée. Dans la vie quotidienne, cette patiente exprime rarement la colère de manière directe, ce qui peut expliquer ces échecs.

Nous ne notons aucune erreur due à la production d'un patron d'intonation non similaire à celui entendu. Les erreurs sont liées à l'emploi d'un ton neutre. Certaines phrases identifiées lors de l'épreuve de compréhension sont donc produites sans intonation. Nous pouvons nous demander si cela est lié à une non-reconnaissance, à une prosodie insuffisamment marquée ou à un oubli de consigne.

➤ Prosodie émotionnelle – Production

Cette épreuve fut difficile à réaliser : Mme T se disait incapable de réaliser ce qui lui était demandé. La mise en situation la perturbait. Il a donc fallu insister sur la phrase qui clôt chaque énoncé (ex : *Vous êtes heureuse et vous dites : « Allez-y passez ! »*). Dans la deuxième partie de l'épreuve, concernant la phrase « *Ah, vous voilà !* », Mme T utilise une prosodie émotionnelle similaire pour la joie et la colère, qui semble être plus proche de la surprise. La sémantique de la phrase, notamment avec l'utilisation de l'onomatopée « *Ah* » oriente Mme T vers l'expression de la surprise. Elle se reprend d'ailleurs pour essayer

d'améliorer la prosodie émotionnelle, mais celle-ci reste celle de la surprise.

2.1.5. Mise en évidence d'un profil émotionnel global

a) A partir de la mise en parallèle des résultats des temps T1 et T2

Les deux passations se sont déroulées à un intervalle de 81 jours. 10 ateliers ont eu lieu pendant ces deux temps.

	Temps T1 (21 janvier 2013)	Temps T2 (11 avril 2013)
Prosodie émotionnelle – Compréhension	10 sur 12	8 sur 12
Prosodie émotionnelle – Répétition	6 sur 12	8 sur 12
Prosodie émotionnelle – Compréhension	8 sur 12	8 sur 12

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Compréhension » obtient des résultats presque similaires : les patrons d'intonation de la colère et de la tristesse sont reconnus, tandis que celui de la joie pose le plus de difficultés, particulièrement lors du temps T2. Nous remarquons que les erreurs commises ne sont pas les mêmes, et qu'aucune phrase n'est touchée prioritairement.

Le subtest « Prosodie émotionnelle - Répétition » obtient également des résultats presque similaires. Néanmoins, lors du temps T2, les répétitions correctes s'enchaînent à partir du quatrième item, laissant supposer une difficulté de compréhension de consigne pour les items précédents. Au contraire, au temps T1, les répétitions correctes sont aléatoires, alternant avec l'utilisation du ton neutre. La passation lors du temps T2 est beaucoup plus aisée : Mme T ne rencontre pas de difficulté majeure à répéter et est donc moins dans l'échec.

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Production » obtient un score identique aux deux temps. Les erreurs concernent la prosodie émotionnelle de la joie et de la peur dans les deux cas, mais il ne s'agit pas des mêmes phrases.

La capacité à percevoir et à identifier des patrons d'intonation émotionnelle est très efficace, ce qui explique l'absence d'amélioration entre les deux temps d'évaluation, tandis que la capacité de répétition est légèrement moins efficiente. Cette différence peut être mise en lien avec la gêne que rencontre Mme T dans le fait même de répéter, que nous avons pu retrouver lors de certains exercices. Elle est parvenue à dépasser ce problème, faisant alors preuve de ténacité, comme en témoignent les résultats au temps T2, qui s'uniformisent avec les résultats des autres subtests.

Nous notons tout de même que les prosodies concernant la joie et la colère représentent le plus d'erreurs, tandis que la prosodie de la tristesse est bien comprise, répétée et produite.

b) A partir des informations issues des ateliers

Mme T. vient à l'accueil de jour depuis plusieurs années, l'équipe pluridisciplinaire la connaît donc très bien. Les avis concernant Mme T nous ont permis de relativiser notre perception. En effet, nous l'avons toujours vue comme étant assez timide et d'un caractère rieur. Or Mme T peut se montrer peu coopérative, s'isolant alors dans un mutisme boudeur, pouvant avoir des accès de colère ou faisant des commentaires désobligeants sur les activités en cours. Lors des ateliers, nous n'avons pas perçu ce comportement. Néanmoins, Mme T parlant avec une voix faible, nous avons pu ne pas entendre ce genre de commentaires.

Lors de l'atelier théâtre, Mme T se montre très participative. Lorsque l'exercice est difficile, elle ne s'énerve pas mais préfère en rire. Nous remarquons qu'elle crée très souvent une grande complicité avec son partenaire.

Lors de l'atelier-contes, Mme T participe moins. Ce constat peut sans doute s'expliquer par le fait que l'atelier-contes se base principalement sur le langage au sein d'un groupe, tandis que l'atelier d'expression théâtrale permet d'être mis en valeur lorsqu'on monte sur scène et qu'il s'appuie sur différents modes de communication.

2.2. Madame G

2.2.1. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T1 réalisé le 14 janvier 2013

- **Résultats de l'évaluation du langage**

- Entretien : Lors de l'entretien, Mme G répond correctement aux questions, seul un épisode léger de défaut de compréhension est noté (1/5). Cette patiente parle clairement, n'ayant présenté aucune difficulté d'intelligibilité du langage oral (0/5). Nous avons remarqué un manque du mot à une ou deux reprises (1/5).
- Dénomination : 9 erreurs sur 17 réponses sont relevées., ce qui équivaut à un score 3/5.
- Token Test : Elle obtient un score de 29/44. La première partie de l'épreuve est bien réussie ; seul le dernier item, nécessitant le plus d'informations à retenir, a échoué.

- **Résultats des tests concernant les émotions**

Prosodie émotionnelle – Compréhension	5 sur 12	Tristesse : 1 sur 4
		Joie : 2 sur 4
		Colère : 2 sur 4
Prosodie émotionnelle – Répétition	7 sur 12	Tristesse : 2 sur 4
		Joie : 2 sur 4
		Colère : 3 sur 4
Prosodie émotionnelle – Production	12 sur 12	Tristesse : 4/4
		Joie : 4/4
		Colère : 4/4

➤ Prosodie émotionnelle – Compréhension

Le score de ce subtest (5/12) se situe au niveau du point d'alerte pour la norme, ce qui témoigne d'une véritable difficulté à comprendre les intonations émotionnelles. Les résultats montrent une incapacité à se détacher du sens de la phrase. En effet, les phrases « *Jacques va sortir* » et « *René lit le journal* » sont reconnues respectivement avec le même patron émotionnel : « *Jacques va sortir* » est toujours perçu avec de la colère, tandis que l'autre phrase est toujours perçue avec de la joie. Nous remarquons également que la joie est la réponse la plus souvent donnée, bien qu'elle ne soit pas en adéquation avec la prosodie.

➤ Prosodie émotionnelle – Répétition

Le score de ce subtest (7/12) est meilleur que celui de la compréhension et il correspond à la moyenne. Nous ne remarquons plus d'effet de sens :

- la phrase « *René lit le journal* » n'est pas répétée trois fois avec la même intonation – la phrase ayant toujours été comprise avec une intonation joyeuse – mais seul le patron d'intonation de la joie est produit, les deux autres répétitions étant produites sur un ton neutre
- la phrase « *Jacques va sortir* », ayant toujours été comprise avec l'intonation de la colère, est répétée avec celle de tristesse, tandis que Mme G répète la phrase joyeuse avec de la colère.

En analysant les réponses par rapport à celles du précédent subtest, nous mettons en évidence que sur les sept fausses compréhensions du patron d'intonation : 1 seule erreur correspond à la même réponse dans les deux subtests, 4 erreurs de compréhension donnent une répétition avec un ton neutre et 2 des erreurs sont répétées avec le bon patron.

➤ Prosodie émotionnelle – Production

Ce subtest est très facilement réalisé. Nous remarquons que Mme G module différents aspects de sa voix pour obtenir des patrons d'intonation corrects. La joie est produite à l'aide d'une voix chantante, la tristesse est mise en exergue avec l'allongement des sons vocaliques. Bien que correctement produite, l'intonation de la colère est plus difficile, puisque la patiente a besoin de répéter la phrase afin d'y apporter une meilleure intonation, ou d'y ajouter une expression verbale lui permettant d'appuyer son propos.

2.2.2. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier- conte

Venant depuis peu à l'accueil de jour, Mme G n'est présente qu'une fois par semaine dans cette structure.

Lors du rituel du bâton de pluie, Mme G est très participative. Elle a souvent besoin d'être aiguillée pour trouver la réponse, mais elle ne se soucie pas de ses erreurs et continue de chercher. Elle se prête à tous les rituels dans la bonne humeur.

Lors de l'écoute des contes, Mme G est très attentive. Elle ponctue le conte de quelques commentaires verbaux, mais son visage reste impassible, ne manifestant pas la moindre émotion.

Lors de la discussion, elle participe très souvent, évoquant les souvenirs de jeunesse lui étant revenus. En outre, lorsqu'on cherche à résumer les grandes étapes du conte, les propos de Mme G témoignent de son écoute active. Elle ajoute quelquefois des détails, témoignant de sa projection personnelle dans le conte. Ainsi lors du conte « La boule de Noël », Mme G décrit la boule comme ridée. Or la conteuse n'a jamais donné cette indication, mais le conte évoquant la vieillesse, Mme G transpose ses idées de la vieillesse sur la boule. Par ce témoignage, Mme G nous montre à quel point le conte l'interpelle, à quel point elle peut s'y projeter.

Nous avons retenu des positions positives de Mme G : « *Quand on vieillit, on fait moins de choses, mais on en sait plus !* », et elle acquiesce également aux aspects positifs mis

en évidence par l'orthophoniste. Cela contraste avec ce que nous avons pu lire dans son dossier, qui indique une tendance à la dépression.

2.2.3. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale

a) Analyse de séances

- **Séance du 26 novembre 2012**

En ce début de séance, l'installation est un peu longue. Certaines patientes n'ont pas voulu descendre tout de suite. La psychologue est remontée à l'étage pour parler avec elles et essayer de les convaincre de venir. Ayant son sac à main avec elle, Mme G cherche son téléphone et souhaite appeler son mari. Cette volonté témoigne d'un sentiment d'anxiété de la patiente face à ce temps libre. L'orthophoniste prend le soin de la reconforter, et prend le vestiaire de chacun des participants afin de cadrer l'atelier.

- Les trois coups : Mme G identifie l'objet comme un bâton, mais ne se rappelle pas son usage spécifique lié au théâtre. C'est une autre patiente qui complète son propos, mais en rattachant l'objet à l'atelier-contes (Mme L : « *C'est un bâton de pluie* »).
- Présentation : L'exercice consiste à dire de plus en plus fort la phrase « *Bonjour tout le monde* ». Lorsque vient son tour, Mme G a pu déjà observer le passage de deux comédiens sur scène. La consigne est donc parfaitement comprise et elle exécute l'exercice avec brio. Le sourire aux lèvres, elle remercie le public d'applaudir et fait une légère révérence. Elle retourne s'asseoir toute heureuse de ce succès.
- Travail du souffle et de la voix : L'exercice consiste à se concentrer sur sa respiration, puis à exécuter une expiration longue. Mme G témoigne d'une très grande capacité respiratoire, puisqu'elle est l'une des

dernières à s'arrêter. L'orthophoniste déclare alors « *Vous nous faites des records !* », ce qui fait rire Mme G de plaisir.

- Relaxation : (cf annexe II 1. p.214) La relaxation a porté sur une balade en forêt, se prolongeant par une sieste près d'un ruisseau et par le fait de se désaltérer avec cette eau. A la fin de cet exercice, l'orthophoniste interroge sur le ressenti des participants. Mme G déclare se sentir bien. Chacun fait part de ce qu'il a imaginé à propos de cette eau ; pour Mme G, cette eau était bien, « *elle était tempérée* ».
- Travail du corps et du souffle : Cet exercice a joint le mime au travail du souffle. Les patients ont dû mimer différentes situations : soupir, éteindre des bougies, humer des fleurs, exprimer la peur, dévider un fil de la bouche. Appelée la première pour exécuter ce travail, Mme G tente de refuser : « *Ah non, j'ai fait quelque chose tout à l'heure !* », « *Oh non, je n'y arrive pas moi... J'arrive pas à souffler.* »
 - ✓ *Le soupir* est réalisé une seule fois : Mme G monte les épaules au ciel, comme si elle était exaspérée.
 - ✓ Lorsqu'elle doit *souffler les dix bougies*, elle les cherche tout d'abord du regard, puis elle comprend à l'aide des indications des soignantes qu'elle doit les imaginer. Elle produit un long souffle puissant, tout en dirigeant sa tête de gauche à droite pour suivre une ligne de bougies imaginaires.
 - ✓ Pour *la peur*, elle raidit ses bras, puis se prend dans ses bras, tandis que son souffle s'accélère.
 - ✓ Lorsqu'elle doit *humer les fleurs*, nous remarquons qu'elle est plus lente, plus délicate dans ses gestes. Elle hume par trois fois le bouquet qu'elle imagine dans ses mains, en fermant les yeux.
 - ✓ Puis elle réalise le dernier mime : elle fait sortir de sa bouche un fil par à-coup.

Retournant s'asseoir, elle s'adresse à l'orthophoniste en lui disant qu'elle avait un magasin de fleurs avant et qu'elle sait donc les

humer ! Le mime de sentir les fleurs ayant fait écho à son passé était plus lent, comme si elle revivait des actions qu'elle avait maintes fois accomplies. Ses paroles à la fin témoignent de son besoin de faire partager son émotion liée à son activité professionnelle passée.

➤ Travail du corps : Une nouvelle fois, Mme G est appelée la première à monter sur scène et de nouveau, elle montre sa surprise de devoir y retourner alors que « *[elle y est] déjà allée deux fois !* » et qu'elle ne sait rien faire, selon elle.

✓ Elle réalise le mime d'un *clown* en faisant une grimace, les yeux fermés et les mâchoires projetées en avant dans un drôle de sourire. Mme G ne se soucie pas de son apparence !

✓ La réalisation du mime du *poisson* nécessite l'aide de l'orthophoniste qui en posant des questions permet à Mme G de reproduire une mimique proche de celle d'un poisson.

✓ Elle mime le *tigre* en émettant un léger rugissement et en ramenant ses mains devant elle en griffe. Elle effectue ce mime à peine quelques secondes.

✓ Elle mâche du chewing-gum de manière très discrète. Nous remarquons que Mme G n'exagère pas ce qu'elle fait, elle reste dans une normalité.

➤ Travail de la voix : Lors de cet exercice de l'écho, Mme G monte sur scène avec nous. Dans un premier temps, Mme G est l'écho et doit répéter ce que nous lui disons. Elle respecte très bien la prosodie indiquée pour chaque répétition. Elle se montre capable de passer d'un ton très joyeux à une intonation de colère, tout en gardant le même support verbal « *C'est vraiment délicieux !* ».

Dans un deuxième temps, Mme G invente les phrases pour l'écho. Elle change de phrase pour chaque répétition, mais conserve le même sujet, celui du temps. Sa prosodie est neutre tout au long de l'exercice.

-
- Travail du rythme : Tous les participants sont assis. L'orthophoniste donne à chacun un rythme à produire, différent des autres, afin de créer un orchestre. Selon ses indications, les participants doivent produire leur rythme : tout d'abord isolément, puis avec d'autres, puis avec tout le monde. Mme G doit produire « *Patim patam* ». Elle ne se laisse pas influencer par la production des autres, mais a tendance à s'arrêter et à écouter ce qui se passe. Dès que l'orthophoniste la désigne, elle reprend correctement son rythme.

Nous remarquons qu'à plusieurs reprises Mme G a manifesté une tentative de refus de monter sur scène. Pourtant une fois au cœur des attentions, elle se prête volontiers aux exercices.

- **Séance du 4 mars 2013** : Lors de ce début d'atelier, Mme G a quelques difficultés à entrer dans le monde imaginaire. En effet , lorsque l'orthophoniste lui prend son sac pour le déposer au vestiaire, Mme G cherche un vrai ticket dans son porte-monnaie.
- Les trois coups : Mme G est attentive à ce qui se déroule sur scène, à ce que tient dans les mains l'AMP H. Elle répond à quelques questions posées.
- Présentation : Mme G est surprise de devoir aller sur scène. Pourtant elle a aidé l'un des acteurs qui ne savait comment saluer en lui faisant un aparté. Elle se présente en marchant, dos au public. Puis elle se positionne correctement et déclare : « *Je m'appelle C.* » L'orthophoniste lui demandant de saluer, Mme G rajoute : « *Je salue tout le monde et je vous annonce qu'aujourd'hui j'ai 50 ans. C'est tout ce que j'avais à dire.* » En retournant s'asseoir, elle ajoute : « *On ne les a pas tous les jours !* ». Mme G se saisit du cadre de cet exercice pour libérer sa parole. Elle dit ce qui lui tient à cœur. Même si nous ne sommes pas dans la vérité, il s'agit d'accepter ce débordement, puisque le théâtre est le lieu de tous les possibles, du moins verbaux. En déclarant cela, Mme G dépose devant le public une part d'elle-même.

-
- Relaxation : (cf annexe II 4.1. p.217) Mme G est attentive, mais elle a tendance à bouger sur sa chaise et à ne pas garder une attitude détendue. L'orthophoniste a besoin de l'accompagner dans ce travail à l'aide de sa voix.
 - Travail du souffle et vocal :
 - ✓ *En groupe* : Il s'agit d'émettre du souffle par la bouche, le plus longtemps possible, puis d'y adjoindre une production vocalique. Mme G effectue correctement les exercices demandés.
 - ✓ *En individuel* : Sur scène, chaque participant souffle sur une bougie imaginaire pour en faire vaciller la flamme, puis l'éteint. Lorsque c'est son tour, Mme G essaie de ne pas venir en prétextant qu'elle ne sait pas faire. Nous remarquons que Mme G se sert beaucoup plus de ses gestes pour montrer le vacillement de la flamme, ses mains dansant devant elle, puis elle éteint la bougie d'un souffle bref et en claquant des mains. Cette utilisation du geste, non demandée dans la consigne, témoigne de la difficulté pour Mme G de ne travailler que le souffle. En effet, c'est un domaine dans lequel elle dit souvent ne pas être à l'aise.
 - ✓ *Travail vocal sur scène et en duo* : Il s'agit de travailler l'intensité vocale. Les deux comédiens sont situés chacun à une extrémité de la scène. Ils doivent se dire « *Bonjour Madame* » et progressivement se rapprocher. L'intensité de leur voix doit s'adapter à la distance qui les sépare. Mme G réalise correctement cet exercice, ajoutant une prosodie joyeuse à son propos.
 - Travail des émotions : (cf annexe II 4.2. p.218) L'orthophoniste montre un papier indiquant une émotion. A tour de rôle, chaque patient monte sur scène et dit la phrase « *Faites attention !* » avec le patron émotionnel adéquat afin que les autres essaient de deviner.

Elle doit faire deviner le dédain. Seulement, la consigne n'est pas comprise et elle dit à voix haute le terme. Heureusement, aucun des

participants n'entend. Lorsqu'elle le fait deviner, Mme G ne dit qu'une fois la phrase avec une prosodie neutre. L'orthophoniste et l'AMP H. aident les acteurs-spectateurs. Mme F s'approche en déclarant que Mme G semble sans volonté, sans goût. Finalement, c'est Mme G qui fournira elle-même la réponse oubliant complètement le jeu. Nous notons que Mme G ne devine que l'état émotionnel de la joie.

- Travail du corps: Il s'agit de mimer un poisson, un tigre, puis de bâiller, enfin de mâcher du chewing-gum.

Mme G rechigne à monter sur scène, se déclare mauvaise, mais elle se laisse tout de même convaincre. A petits pas, elle mime le poisson en alternant des mouvements d'ouverture et de fermeture de bouche. Elle refuse de faire le reste.

- Improvisation: (cf annexe II 4.3. a) p.218) Deux amies ont rendez-vous au café, car l'une (Mme G) a eu une idée super dont elle veut faire part à l'autre.

Lors de cette improvisation, Mme G n'exprime pas beaucoup d'émotions. En effet, elle ne varie pas les paramètres de sa voix, même quand l'orthophoniste lui demande de lui donner l'exemple pour dire la phrase « *Donnez-nous l'argent* ». Mme G garde une voix calme. Elle ne fait aucun geste, gardant les mains croisées sur les genoux. Elle se contente de sourire et de rire aux quelques plaisanteries. Tandis que l'orthophoniste exprime différentes émotions au cours de l'improvisation (joie, surprise, ...), Mme G reste neutre. Néanmoins, elle fait preuve de beaucoup d'imagination dans cette improvisation. Elle sait prendre en compte les sous-entendus de sa partenaire et créer des rebondissements.

- Le salut: Chacun son tour, les acteurs saluent en se nommant. Mme G respecte la consigne.

- **Séance du 18 mars 2013**

- Les trois coups : Lors de ce rituel, les soignants posent des questions sur l'utilité du brigadier et sur son nom. Mme G est très attentive et répond aux questions. Bien qu'elle se trompe à la première question, répondant que nous sommes à l'atelier-mémoire, Mme G continue de participer. A l'aide de l'ébauche orale, Mme G réussit à dénommer le brigadier.
- La présentation : Mme G se présente avec facilité, dévoilant un peu d'elle-même. En effet, elle indique son âge, et parle de son mari et de sa fille. Mme G s'attribue ce temps de parole pour parler des sujets qui lui tiennent à cœur.
- Travail respiratoire : Mme G réalise correctement cet exercice.
- La relaxation : (cf annexe II 5.1. p.221) Lorsque les soignants l'interrogent sur son ressenti, Mme G se contente d'acquiescer verbalement.
- Travail du corps :
 - ✓ *A deux sur scène, il s'agit de gonfler l'autre comme un coussin d'air.* Mme G refuse de faire cet exercice. Pour tout de même la faire participer, elle fait le gonfleur. Au dégonflage de l'AMP H., elle rit.
 - ✓ *Le mannequin* : Mme G doit défiler tel un mannequin. Sa première traversée est très simple, Mme G semblant se contenter de marcher. Puis lorsque l'une des soignantes lui demande de se montrer, Mme G fait preuve d'originalité. En effet, s'arrêtant au milieu, elle laisse tomber son gilet en arrière afin de dévoiler ses épaules, puis elle repart tout sourire.
- Travail vocal : Mme G refuse de participer.
- Improvisation : (cf annexe II 5.3. a) p.222) Il s'agit de créer une histoire à deux. Chacun dit une phrase que l'autre complète par une

autre phrase débutant par « *Et en plus...* », ce qui donne un dialogue anaphorique. La contrainte est difficilement comprise par Mme G. En effet, elle a tendance à répéter ce que dit sa partenaire, voire à lui couper la parole. Elle accepte les propositions de sa partenaire, tout en proposant également, ce qui témoigne de sa capacité d'écoute mais également de celle d'oser.

- Le salut : Mme G se rend sur scène à l'appel de l'orthophoniste, répond au « *Bonjour* » de Mme F mais elle ne semble pas prendre beaucoup de plaisir à être là.

b) Synthèse des informations extraites au cours de l'atelier d'expression théâtrale

A l'aide des trois séances que nous venons de décrire et de notre observation tout au long des ateliers, nous avons cherché à mettre en exergue certaines caractéristiques de Mme G.

Au fil des séances, nous avons remarqué que Mme G était souvent anxieuse en début d'atelier, notamment lorsqu'il y avait un temps de latence lié à l'installation des participants. Dans ces cas-là, elle regarde son téléphone, demande après son mari ou reste perplexe face au rituel du vestiaire, ne comprenant pas le ticket virtuel. Néanmoins, cette anxiété disparaît au cours de l'atelier. Elle peut toutefois réapparaître à la fin de la séance.

Certaines séances sont tout de même plus difficiles, Mme G ne souhaitant pas toujours réaliser tous les exercices. Cependant elle n'est jamais dans l'opposition : elle préfère ne pas le faire. S'il lui est proposé une variante dans lequel son rôle est moindre, elle a tendance à accepter.

Lorsque l'atelier se déroule bien, Mme G va souvent exprimer de la surprise à devoir retourner sur scène. Elle semble se complaire dans un rôle d'observatrice. Pourtant elle est toujours très heureuse de s'entendre applaudir, d'être félicitée.

Au niveau verbal, Mme G exprime facilement ses émotions, ce qu'elle a pu ressentir. Néanmoins, sa prosodie est rarement modifiée. Au cours des improvisations, Mme G exprime peu d'émotions. Elle a donc besoin d'être stimulée pour en faire part.

Au fur et à mesure des ateliers, nous remarquons qu'elle se dévoile un peu plus. La confiance qui s'établit dans le groupe participe à cette liberté d'expression.

Au cours de l'atelier, Mme G est très attentive, elle respecte les consignes et participe très facilement lorsqu'il ne s'agit pas de monter sur scène. L'espace scénique est en règle générale bien pris en compte par Mme G. A la fin d'une séance, l'orthophoniste lui a demandé son avis sur l'atelier. Elle déclare : « *Y a de l'ambiance ! On a fait des choses qu'on n'avait jamais fait avant.* »

2.2.4. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T2 réalisé 8 avril 2013

- **Résultats de l'évaluation du langage**
 - Entretien : Lors de l'entretien, Mme G répond correctement aux questions, seul un épisode léger de défaut de compréhension est remarqué(1/5), ce qui avait déjà été le cas lors du temps T1. Cette patiente a présenté une fois un défaut d'intelligibilité du langage oral (1/5), ce qui n'avait pas été le cas au temps T1. Nous avons remarqué un manque du mot occasionnel (3/5), détérioration bien plus importante qu'au temps T1
 - Dénomination : Mme G commet 8 erreurs sur 17 réponses., ce qui correspond à un score de 2/5. Par rapport au temps T1, nous notons une légère amélioration.
 - Token Test : Mme G obtient 28/44.

• **Résultats des tests concernant les émotions**

Prosodie émotionnelle – Compréhension	6 sur 12	Tristesse : 3/4
		Joie : 3/4
		Colère : 0/4
Prosodie émotionnelle – Répétition	8 sur 12	Tristesse : 3/4
		Joie : 3/4
		Colère : 2/4
Prosodie émotionnelle – Production	10 sur 12	Tristesse : 2/4
		Joie : 4/4
		Colère : 4/4

➤ Prosodie émotionnelle – Compréhension

Le résultat obtenu (6/12) est légèrement supérieur à celui obtenu au temps T1, mais il reste inférieur à la moyenne et proche du point d'alerte. Nous remarquons qu'à trois reprises, le patron émotionnel de la colère est perçu pour de la joie. Néanmoins la consigne est mieux comprise, puisqu'aucune phrase n'est reconnue comme issue d'un patron émotionnel unique. Lors des premiers items, Mme C donne son raisonnement à l'oral : « *Ce n'est pas de la joie, pas de la colère... c'est de la tristesse.* » Ainsi le patron émotionnel n'est pas perçu directement, mais nécessite une déduction.

➤ Prosodie émotionnelle – Répétition

Le score de ce subtest (8/12) est meilleur que celui de la compréhension, étant d'ailleurs supérieur à la moyenne (7,43). En analysant les réponses, nous remarquons que 4 des 6 réponses correctes du subtest de compréhension sont bien répétées, tandis que les 2 dernières sont répétées sur un ton neutre. Nous notons également que 4 items sont correctement répétés, alors qu'ils n'avaient pas été compris. En outre, la phrase « *René lit le journal* » est répétée à trois

reprises sans patron d'intonation : il s'agit donc d'un effet de sémantique.

Un effet de fatigue est noté à la fin de ce subtest, avec l'échec des deux derniers items : Mme G se contente de répéter les phrases sur un ton neutre.

➤ Prosodie émotionnelle – Production

Le subtest est bien réussi. Nous ne notons qu'un seul échec, Mme G n'ayant pu produire la phrase « *Allez-y, passez* » avec le patron émotionnel de la tristesse. Elle ajoute verbalement « *en étant triste* » tout en conservant une prosodie neutre.

Mme G a tendance à rajouter des éléments contextuels à la phrase-type (ex : « *Ah vous voilà ! Je suis triste car il a eu un accident* ») afin de renforcer l'émotion à transmettre. La consigne a dû être plusieurs fois répétée.

2.2.5. Mise en évidence d'un profil émotionnel global

a) A partir des résultats issus des tests

Les deux passations se sont déroulées à un intervalle de 85 jours. 11 ateliers ont eu lieu pendant ces deux temps.

	Temps T1 (14 janvier 2013)	Temps T2 (8 avril 2013)
Prosodie émotionnelle – Compréhension	5 sur 12	6 sur 12
Prosodie émotionnelle – Répétition	7 sur 12	8 sur 12
Prosodie émotionnelle – Compréhension	12 sur 12	10 sur 12

Les entretiens nous ont permis d'évaluer des capacités langagières quasiment similaires entre les deux temps.

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Compréhension » obtient aux deux temps des scores moyens, bien qu'il y ait une légère amélioration au temps T2. La difficulté de se détacher du sens de la phrase que nous avons perçue au temps T1 n'est pas relevée au deuxième temps. Néanmoins, en nous communiquant son raisonnement à l'oral, Mme G montre que la compréhension de la prosodie émotionnelle n'est pas une chose aisée : elle nécessite une déduction.

Le subtest « Prosodie émotionnelle - Répétition » obtient des scores presque similaires aux deux temps, avec une légère amélioration au temps T2. Néanmoins, nous relevons au temps T2 une prise en compte du sens d'une phrase, ce qu'elle avait fait lors du subtest « Prosodie émotionnelle – Compréhension » du temps T1. Un effet de fatigue dans les réponses est également ressenti.

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Production » obtient un score quasiment identique aux deux temps. Nous notons cependant que Mme G n'effectue pas l'épreuve de la même manière, puisqu'au temps T2, elle ajoute des éléments verbaux pour renforcer l'émotion qu'elle veut transmettre.

b) A partir des informations issues des ateliers

Mme G est moins connue par les membres de l'équipe de l'accueil de jour. En effet, elle ne vient qu'une fois par semaine, depuis quelques mois. Elle reste encore très anxieuse, demandant très souvent à joindre son mari. La psychologue nous a indiqué que Mme G avait un très bon niveau de compréhension, comme en témoignent ses interventions au cours de la discussion succédant au conte.

Au travers de ces deux ateliers, Mme G nous est apparue comme une personne exprimant aisément ses émotions de manière verbale, mais n'utilisant pas toutes les composantes para-verbales : elle réalise peu de mimiques, varie peu son intonation ... En effet, lors de l'écoute du conte, elle manifeste son étonnement, sa tristesse et autres

émotions via le langage. De même, au cours des improvisations, c'est à partir de ses propos que Mme G fait passer les émotions.

Lors de l'atelier d'expression théâtrale, Mme G nous a paru préférer le statut d'observatrice. En effet, elle a émis plusieurs fois des réticences à exécuter des exercices. Ne se déplaçant pas aisément, le rapport à son corps l'empêche peut-être de prendre plaisir à monter sur scène. Néanmoins, lorsqu'elle y est, elle semble heureuse de participer, d'entendre les applaudissements. Lorsqu'elle fait partie des acteurs-spectateurs, Mme G est très enthousiaste, riant de bon cœur avec le reste du public.

Au niveau des tests, Mme G obtient des résultats légèrement meilleurs au temps T2, sauf pour le subtest de production. Les résultats du subtest concernant la compréhension de la prosodie émotionnelle indiquent une difficulté majeure à percevoir et identifier des patrons d'intonation émotionnelle.

Mme G nous paraît donc être tout à fait capable d'exprimer des émotions, que ce soit dans le cadre des ateliers ou de celui des tests, tandis que la perception des émotions est peut-être plus difficile.

2.3. Madame F.

2.3.1. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T1 réalisé le 18 février 2013

- **Résultats de l'évaluation du langage**
 - Entretien : Mme F ne présente aucun degré de détérioration de l'intelligibilité du langage oral (0/5). Au niveau de la compréhension, nous notons quelques difficultés (2/5). Nous relevons également un manque du mot occasionnel non compensé (3/5).
 - Dénomination : Elle donne 7 erreurs sur 17 réponses, ce qui correspond à un score de 2/5.
 - Token Test : Elle obtient 26/44.

• **Résultats des tests concernant les émotions**

Prosodie émotionnelle – Compréhension	3 sur 12	Tristesse : 1 sur 4
		Joie : 1 sur 4
		Colère : 1 sur 4
Prosodie émotionnelle – Répétition	6 sur 12	Tristesse : 0 sur 4
		Joie : 2 sur 4
		Colère : 4 sur 4
Prosodie émotionnelle – Production	11 sur 12	Tristesse : 4/4
		Joie : 4/4
		Colère : 3/4

➤ Prosodie émotionnelle – Compréhension

Ce subtest obtient un très faible score (3/12), qui se situe en dessous du point d'alerte (5). Cela nous indique une véritable difficulté à comprendre les intonations émotionnelles. Chaque patron émotionnel n'est reconnu qu'une seule fois. Nous ne remarquons aucune erreur constante.

Lors de la passation de l'épreuve, Madame F répète souvent les énoncés. L'une des phrases « *Denise mange du pain* » n'est comprise qu'avec l'intonation émotionnelle de la joie. Nous pouvons donc nous demander s'il n'y a pas un effet de sens.

A la fin de cette épreuve, Mme F s'interroge sur la nature de nos recherches : « *Pourquoi tout ça ?* », puis demande « *Y a encore beaucoup ?* ». Ces questions témoignent de la difficulté de Mme F dans cet exercice.

➤ Prosodie émotionnelle – Répétition

Par rapport au subtest précédent, celui-ci a un meilleur score (6/12), mais qui reste inférieur à la moyenne (7,43). Nous remarquons que sur les 3 items compris précédemment, un seul est bien répété. La tristesse n'est jamais répétée, et une seule phrase est répétée sur un ton neutre.

Nous notons également que les six derniers items sont tous produits sur le même patron émotionnel : la colère. Nous pouvons nous demander s'il n'y a pas un effet d'influence.

A plusieurs reprises, la consigne a besoin d'être de nouveau expliquée.

➤ Prosodie émotionnelle – Production

Ce subtest se révèle facile à effectuer pour Mme F (11/12). L'exemple est compris, mais la première mise en situation nécessite d'expliquer de nouveau la consigne. Elle joint à la production de la phrase des signes non-verbaux concordant avec l'émotion demandée. En effet, lors de l'expression de la tristesse, Mme F dodeline de la tête, et lorsqu'elle exprime de la joie, elle rit. Pour la colère, Mme F adjoint à la phrase des mots l'aidant à marquer sa colère : « *Allez-y, passez ! Passez !* ». Cette phrase est dite sur un ton sec et le rythme est rapide. En outre, nous remarquons que la mise en situation est très bien comprise par Mme F, qui dit « *Dire que je la laisse quand même passer !* » avant de dire la phrase demandée. Lors de la tristesse, sa voix est chevrotante.

2.3.2. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier- conte

Lors d'un des ateliers, la conteuse a demandé à Madame F « *Vous aimez les histoires ?* », qui a répondu « *Oh oui, j'aime !* » Mme F est toujours très enjouée.

Au cours de cet atelier, Mme F ne participe pas tout de suite. En effet, lors du rituel du bâton de pluie, elle ose rarement une réponse, et si elle profère quelque chose, c'est toujours après que quelqu'un ait déjà émis une idée. Ce comportement témoigne d'une appréhension ; Mme F semble avoir peur d'avancer son idée. Pourtant plus le temps passe, plus Mme F participe.

Lors du rituel du foulard, Mme F a souvent tendance à aider les personnes proches d'elle, même si celles-ci n'en ont pas l'utilité. Se sentant à l'aise dans ses mouvements, Mme F se rassure en mettant en évidence sa compréhension, ce qui dénote avec son attitude lors du précédent rituel.

Elle prend plaisir à répéter la formulette « *Et cric, et crac* » : lorsque l'orthophoniste demande de la répéter, certaines personnes n'ayant pas participé, Mme F s'empresse de le faire avec plus d'intensité.

Lors de l'écoute du conte, Mme F est très attentive. Se tenant droite dans son fauteuil, elle observe une posture témoignant de son écoute active. Elle exprime beaucoup d'émotions, comme en témoigne son comportement verbal et non-verbal. Se concentrant intensément sur ce que dit la conteuse, elle regarde également ce qu'elle fait. Dès que la conteuse fait un geste, Mme F l'imité, s'approprie ce geste. Elle semble ressentir véritablement de l'empathie pour la conteuse, l'empathie étant « *le partage simultané d'états psychocorporels, c'est-à-dire le fait qu'au même instant, les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable* »¹³⁹.

Le conte est donc parsemé des propos de Mme F, qui est la plus expressive du groupe, lors de ce temps. On entend ses commentaires, ses interjections, ses étonnements... Par exemple, lors du conte « *Le petit pain* », lorsque la conteuse dit « *Vint le temps des regrets* », Mme F exprime de la tristesse : ses yeux sont grands ouverts, sa bouche un peu affaissée. Quelquefois, elle prend à parti les auditeurs se trouvant à ses côtés en leur lançant un regard, un grand sourire. Elle est toujours dans ce besoin de partager ce qu'elle vit, ce qu'elle ressent.

Lors de la discussion du conte, Mme F est plus discrète. Elle exprime plus difficilement ce que le conte lui a fait ressentir. Elle a souvent besoin d'être sollicitée pour sa première intervention. Une fois qu'elle prend part à la discussion, Mme F a du mal à laisser la parole aux autres. Ayant souvent tendance à un discours répétitif, souvent construit par une suite de plusieurs phrases traduisant la même idée, les soignants peuvent la remercier pendant qu'elle parle afin de donner la parole à un autre participant. Ne tenant pas toujours compte de ces interruptions, Mme F a tendance à continuer son discours jusqu'à ce qu'elle s'aperçoive que les regards ne sont plus tournés vers elle. Plus tard dans la discussion, elle peut chercher à reprendre la parole : parfois l'idée qu'elle avance est la même que celle qu'elle a déjà énoncée, parfois elle reprend les propos d'un autre et se les approprie.

139 Cosnier J. « Empathie et communication », *Sciences humaines* n°68, 24-26, 1997.

Les propos qu'elle énonce sont souvent des choses bien pensantes, tel qu'il ne faut pas répandre les commérages. Elle fait le rapprochement avec des moments de sa vie, mais en restant très vague : nous pouvons alors nous demander si elle n'invente pas quelque chose afin d'illustrer son propos.

2.3.3. Perception et expression des émotions dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale

a) Analyse de séances

- **Séance du 18 février 2013 :** N'ayant pu se dérouler dans la salle habituelle, l'atelier se déroule dans la grande pièce de l'accueil de jour. Le public est beaucoup plus nombreux. Les comédiens sont au nombre de 4.

Mme F n'a pas envie de participer. Elle se laisse tout de même convaincre d'aller s'asseoir avec les autres participants, mais elle déclare : « *Moi, je suis fatiguée. Je ne fais rien aujourd'hui !* »

- Les trois coups : Mme F compte les 3 coups qu'exécute l'orthophoniste, et répond à la question concernant le but des trois coups : « *C'est quand on commence à faire le théâtre.* ». Afin de trouver le mot « brigadier », les soignants utilisent l'ébauche orale, mais celle-ci n'aide pas Mme F, dont l'expression faciale signifie « *je ne sais pas* ».
- Présentation : Mme F est la dernière à se présenter. Avant elle, il y a eu Mme O, qui a rencontré quelques difficultés à se présenter. Mme F a donc demandé si elle pouvait monter sur scène pour donner l'exemple. Cette attention envers les autres est souvent accomplie par Mme F. Nous pouvons nous demander s'il ne s'agit pas d'empathie envers les autres participants. En effet, lorsque certains sont en difficulté, Mme F se propose souvent en exemple pour faciliter la réalisation de l'exercice, par imitation. Néanmoins, sa proposition a lieu pendant la

tentative de Mme O et ne peut être acceptée sans froisser cette dernière.

Lorsque vient son tour, Mme F. se présente avec beaucoup d'élégance. Cependant, ayant omis de dire « *Bonjour !* », à peine a-t-elle dit « *Je me présente...* » qu'elle bredouille et reprend le tout par un « *Bonjour tout le monde ! Je me présente, je me nomme...* ». Elle ne se contente pas d'une simple présentation, mais fait un court discours sur sa présence ici, à l'accueil de jour, et au sein de cet atelier. Elle remercie le public de son écoute. Cette présentation témoigne de l'importance pour Mme F du regard des autres : elle reste élégante, très souriante voire excessivement.

- Relaxation : Mme F écoute très bien les consignes, sans avoir besoin de rouvrir les yeux pour se rassurer, ce qui témoigne d'un sentiment de confiance. A la fin de la relaxation, Mme F ouvre les yeux au premier appel de l'orthophoniste.
- Respiration et travail vocal : Ce travail consiste à émettre un son vocalique le plus longtemps possible, à une intensité donnée. Mme F réussit correctement, et nous remarquons que, par rapport à d'autres séances, Mme F ne reprend pas d'air lorsqu'elle n'en a plus. En effet, il est arrivé que pour finir dans les derniers, Mme F reprenne de l'air ; or l'exercice ne consiste pas à émettre le plus longtemps, mais Mme F doit parfois se sentir valorisée de le faire. Qu'elle ne le fasse pas semble témoigner d'un sentiment de bien-être, puisqu'elle accepte ses performances.
- Travail du corps :
 - ✓ *La balle imaginaire* : L'exercice consiste à venir sur scène pour lancer une balle imaginaire à un des participants, en émettant le nom d'une couleur. Mme F est très compétente dans cet exercice, d'autant qu'elle le complexifie puisqu'elle ne se permet pas de redonner une couleur déjà dite. A la fin de l'exercice, à ce sujet, Mme F cherche les félicitations des autres pour ce travail

supplémentaire. Elle souhaite être valorisée. De plus, lorsque M. A. lui lance la balle sans donner de couleur, Mme F n'attrape pas le ballon, symbolisant ainsi le non-respect de la consigne de manière sobre.

- ✓ *La statue* : L'un est sculpteur et façonne l'autre à son idée. Mme F est en duo avec Mme T. Tout d'abord, elle est la sculpture. Elle reste de marbre, ne se départissant pas d'un air neutre. Lorsque son sculpteur lui demande oralement de bouger la jambe, elle ne fait rien, jouant son rôle de glaise à la perfection. Puis vient son tour de sculpter. Elle donne alors des ordres verbalement à sa statue, pour que celle-ci se positionne comme elle l'entend. L'orthophoniste lui demandant de ne rien dire, Mme F s'exclame : « *Mais elle ne se laisse pas faire !* ». Face à la difficulté qu'elle n'avait pas perçue dans l'action de modeler l'autre, Mme F s'énerve, ses gestes étant alors moins délicats. Ce n'est seulement que lorsqu'elle entend l'un des acteurs-spectateurs s'exclamer « *Oh qu'elle est belle* », que Mme F se déride et sourit.
- ✓ *Le mime* : Il s'agit de faire semblant de monter à l'échelle. Tout comme les autres acteurs, Mme F n'arrive pas à se représenter l'échelle debout. Dans son mime, l'échelle est posée au sol, ce qui témoigne d'une difficulté d'imagination.
- Travail des émotions : Il s'agit de dire une phrase avec différentes intonations. Lorsque c'est à son tour de monter sur scène, Mme F s'exclame : « *Oh, c'est encore moi ! Mais y a personne d'autre ? Ce monsieur ne fait rien...Lui, il est toujours assis, il regarde !* », ce à quoi réplique M. A. : « *Je suis passé le premier !* ». Cette légère altercation fait rire le public auquel Mme F se joint et se met vite à l'exercice. Elle doit répéter « *c'est toujours pareil* » avec colère, joie, étonnement, fatigue et tristesse. Mme F réalise cet exercice avec brio, entrecoupant ces répétitions d'éclats de rire, témoignant de sa joie de faire un tel jeu. Nous notons une grande capacité de passer d'une émotion à une autre.

Les applaudissements témoignent de sa réussite et Mme F est toute émue de ce tapage pour elle.

- L'improvisation : (cf annexe II 3.2. p.216) Mme F est au restaurant mais lorsque la serveuse, incarnée par l'orthophoniste, lui apporte son plat, celle-ci lui renverse « *sur [son] beau pull blanc* ». Mme F s'exclame alors « *Oh là là !* », ce qui témoigne de sa capacité à se projeter et à comprendre les conséquences. Avec une telle situation, l'émotion recherchée est la colère. Malgré quelques difficultés dans la construction des phrases, Mme F exprime sa colère par l'utilisation de phrases-types (« *Mais alors...* », « *Tout de même !* »...) qui offre un dialogue rapide. Bien que la serveuse, inquiète des conséquences de sa maladresse, parle beaucoup, Mme F ne se laisse pas faire et s'affirme. Elle hausse le ton, et utilise une intonation autoritaire. Ainsi à la fin de l'improvisation, elle prend le dessus en parlant d'une voix plus forte et en même temps que la serveuse.

- **Séance du 4 mars 2013** : Lors de ce début d'atelier, Mme F ne veut pas laisser son sac au vestiaire. L'orthophoniste a besoin de la persuader, mais Mme F cède difficilement.
 - Les trois coups : Mme F participe activement à ce moment. Elle compte les coups frappés oralement, rit et tente de répondre aux questions. L'agacement que nous avons perçu au moment du vestiaire est balayé par les rituels de l'atelier.
 - La présentation : Mme F est très à l'aise dans cet exercice. Elle se présente longuement : « *Bonjour messieurs-dames ! Je me présente, je me nomme Mme F. J. Je suis venue ici au centre pour voir mes amis. J'en suis vraiment très enchantée et très très heureuse. Je passe réellement une bonne journée, c'est réellement formidable ! Je suis enchantée et très contente. Je me présente encore une fois, Mme F. J.* ». Cet exercice est utilisé par Mme F pour se mettre en avant. Les

émotions qui sont évoquées sont très positives et son comportement en atteste puisqu'elle rit et effectue un joli salut.

- La relaxation : (cf annexe II 4.1. p.217) Mme F respecte les consignes données.
- Le travail du souffle et vocal :
 - ✓ *Travail du souffle et vocal en collectif* : Il s'agit d'émettre un souffle long par la bouche, puis d'y ajouter la production d'une voyelle. Lors de cette séance, Mme F a repris sa respiration pour faire durer sa production vocale aussi longtemps que celle des autres. Mme F n'apprécie pas d'être en reste des autres. Néanmoins, elle reconnaît elle-même qu'elle a eu besoin de reprendre sa respiration.
 - ✓ *Travail du souffle en individuel* : Sur scène, chaque participant souffle sur une bougie imaginaire pour en faire vaciller la flamme. Par rapport aux autres comédiens, Mme F est l'une des seuls qui n'appuie pas son mime du geste. Elle respecte la consigne et effectue très bien l'exercice.
 - ✓ *Travail vocal sur scène et en duo* : Il s'agit de travailler l'intensité vocale. Les deux comédiens sont situés chacun à une extrémité de la scène. Ils doivent se dire « *Bonjour* » et progressivement se rapprocher. L'intensité de leur voix doit s'adapter à la distance qui les sépare. Mme F réussit très bien cet exercice.
- Travail des émotions : (cf annexe II 4.2. p.218) L'orthophoniste montre un papier indiquant une émotion. A tour de rôle, chaque patient monte sur scène et dit la phrase « *Faites attention !* » avec le patron émotionnel adéquat afin que les autres essaient de deviner.

Mme F est la première personne à débiter cet exercice. Elle doit faire deviner l'amusement, mais déclare : « *S'il vous plaît, messieurs-dames, c'était vraiment écrit "amusement"* ». Elle n'a pas compris la consigne. Lorsque l'orthophoniste vient lui ré-expliquer la consigne, son visage

n'est plus souriant. Elle paraît affectée d'avoir mal fait et a l'air surpris de ne pas devoir se présenter : d'ailleurs la façon dont elle avait dit son propos faisait penser à ses différentes présentations. Un deuxième papier lui est donné. La consigne est comprise et Mme F ne se contente pas de dire la phrase avec joie : elle danse, chante, bouge, ajoute des propos, rit. C'est Mme G qui devine son état. Lorsqu'elle retourne s'asseoir, Mme F continue de rire, chantonne « *C'était la joie au cœur* ». Elle semble contaminée par l'état émotionnel qu'elle a dû montrer. Elle met un peu de temps à se calmer. Elle est d'ailleurs très participative par la suite de l'exercice, cherchant les différents états émotionnels, diversifiant les termes. Néanmoins, nous remarquons que Mme F a tendance à énumérer tous les états émotionnels déjà devinés. Lorsqu'elle les a tous énumérés, Mme F a tendance à analyser le sens de la phrase. Ainsi, Mme T marchant au centre de la scène dans un état de tristesse, Mme F reste dans la description de ce qu'elle voit et propose comme état émotionnel « *de faire attention en marchant* ».

- Travail du corps : Il s'agit de mimer un poisson et de faire semblant de mâcher du chewing-gum. Se lancer dans le mime est un peu difficile pour Mme F. Elle ne sait pas quoi faire... M. A. lui souffle de faire les nageoires. Elle ajoute à cela l'alternance de mouvement d'ouverture-fermeture de sa bouche, ainsi qu'un visage dénué de toute expression. Lorsqu'elle mâche du chewing-gum, elle mâchonne distraitement. M.A. lui fait signe de jouer avec, ce que fait à l'extrême Mme F, provoquant ainsi beaucoup de rire.

- Improvisation : (cf annexe II 4.3. b) p.220) Deux amies se retrouvent au café, car l'une (Mme F) a une très bonne nouvelle à annoncer à l'autre (AMP H.)

Avant de monter sur scène, Mme F demande pourquoi on fait toujours appel à elle, se sentant toujours la seule autant sollicitée, et déclare en riant qu'elle ne fera rien, ainsi on ne lui demandera plus.

Au cours du début de l'improvisation, l'orthophoniste a besoin d'aider Mme F à se lancer, à se rappeler le sujet de l'improvisation. Puis un silence s'établit le temps que Mme F trouve le sujet de conversation. Il va s'agir d'une dispute qu'elle a eu le matin même avec sa fille. Le choix de ce sujet révèle la difficulté pour Mme F d'inventer une histoire ne lui étant pas arrivée. Il met également en évidence à quel point Mme F se sent libre d'évoquer ce qui se passe chez elle, même si cela n'est pas un moment agréable. Elle met en scène la colère de sa fille en utilisant différents paramètres :

- ✓ *La voix* : elle utilise une voix scandée, avec une intensité forte pour signifier la colère. La voix de la peur se caractérise par une voix faible, avec un débit plus lent. La voix de la joie est plus aiguë, le débit rapide.
- ✓ *Les expressions faciales* : les deux émotions se succèdent, et Mme F change son expression faciale en fonction du ressenti émotionnel. En effet, lorsqu'elle exprime la colère, Mme F a le regard figé, les traits sont durs tandis que la joie lui donne un sourire et son regard est plus tendre.
- ✓ *La gestuelle* : les gestes sont accordés à l'émotion. En effet, la colère s'exprime par des gestes accusateurs, tandis que la peur donne une attitude de prostration sur la chaise. La joie adoucit la posture.

Le sujet de l'improvisation étant normalement une bonne nouvelle, Mme F rebondit sur le fait que ce jour-là, elle venait à l'accueil et que pour elle, c'était « *une très très bonne nouvelle* ».

-
- Le salut : chacun son tour, les acteurs saluent le public en donnant leur nom. Mme F est la seule à dire : « *Je me présente, mes amis, Mme F. J.* ». Elle aime insister sur son nom.

A la fin de l'atelier, Mme F déclare que l'atelier lui a beaucoup plu, « *énormément* ».

- **Séance du 18 mars 2013 :**

- Les trois coups : Mme F participe à ce rituel, en tentant de répondre aux différentes questions. Elle est très joyeuse.
- La présentation : avec joie, Mme F se présente au public. Elle utilise un vocabulaire soutenu et se présente en fournissant son patronyme dans sa totalité, tandis que les autres participants ne donnent que leur prénom.
- Le travail respiratoire : Mme F réalise correctement l'exercice.
- La relaxation : (cf annexe II 5.1. p.221) d'elle-même, Mme F s'exprime à peine les yeux ouverts : « *Oh, c'était bien ! On était bien ! On se sentait bien !* ». Lorsque les soignants interrogent les participants sur leur ressenti, Mme F a du mal à les laisser s'exprimer sans vouloir mettre en avant son propre ressenti.
- Le travail du corps :
 - ✓ *Le coussin d'air* : il s'agit pour Mme F de mimer un coussin d'air qui se fait gonfler. Elle utilise tout son corps pour mimer ce qu'on lui demande. Elle tient compte du rythme avec lequel elle est gonflée.
 - ✓ *Le mannequin* : Mme F doit défiler comme un mannequin. Elle respecte le code de marcher sur le podium. Elle regarde beaucoup le public et adresse de nombreux sourires.
- Travail vocal : il s'agit de faire le bruit d'un moteur. Pour cet exercice, Mme F monte sur scène sans beaucoup de motivation. L'orthophoniste la rassure en lui disant « *Si on rate, ce n'est pas grave* », ce à quoi

répond Mme F « *Oh je fais comme je peux !* ». Cette interjection nous indique qu'elle a intégré l'une des règles du théâtre, qui est que chacun fait ce qu'il peut et qu'il n'y a pas d'erreur. De sa part, c'est très intéressant puisqu'elle cherche souvent à être rassurée. Or, ici, d'elle-même, elle se rassure. Lorsqu'elle produit le bruit du moteur, Mme F fait un bruit grave et long, qui ressemble à celui d'une grosse cylindrée. Pour s'arrêter, elle imite ce qu'a fait M. M. avant elle : la panne. Pour elle, il semblerait que ce ne soit qu'un arrêt, mais quand l'orthophoniste l'interprète comme une panne d'essence, Mme F s'empresse de le répéter plusieurs fois. Le comique de la situation semble lui plaire énormément.

- Travail des émotions : à deux sur scène, chacun a une phrase à dire et à répéter. Le dialogue n'est donc constitué que de deux phrases. Mme F. réussit parfaitement cet exercice : elle change le ton, joue sur la vitesse de son élocution, s'adapte à ce que fait son partenaire. Lorsque l'orthophoniste la félicite, Mme F regarde le public et l'interroge sur son jeu : « *C'est bien ? C'est vrai ?* ».

Lorsque Mme F est spectatrice de cet exercice, elle intervient parfois. En effet, elle a tendance à vouloir aider les comédiens en difficulté en leur donnant leur phrase. Le fait qu'elle soit à côté de l'orthophoniste encourage sans doute ce comportement.

- Improvisation : (cf annexe II 5.3. b) p.223) Il s'agit de faire une valise : Mme F. donne à sa partenaire ce qu'elle veut emmener en vacances : ses vêtements, son nécessaire de toilette... Nous notons dans ce travail un changement d'état émotionnel. En effet, lorsque Mme F arrive sur scène, elle n'est pas très enchantée : elle ne sait pas vraiment ce qu'il faut faire, puis progressivement elle prend de l'assurance et rit à ses propos, notamment lorsqu'elle se trompe dans ses mots ou quand elle évoque ses sous-vêtements. A la fin, l'improvisation l'a enthousiasmée et elle déclare, en lien avec le thème de l'improvisation :

« J'espère que ça ne va pas passer trop vite... Je suis tellement heureuse de partir, que je ne voudrais pas revenir trop tôt ! ».

- Le salut : lors du salut des autres, Mme F est très joyeuse. Néanmoins, elle confond ce moment avec celui de la présentation et dit « *Bonjour* » à chacun, semant quelques troubles chez les autres comédiens. Une fois son tour venu, elle vient sur scène en faisant semblant de râler afin de se mettre en valeur : « Encore moi ? Dis donc, je suis souvent présentée... ». Elle est très souriante et regarde le public. Lors du salut du groupe, elle glisse ses bras sous ceux de ces voisins, M. A. et M. M.

b) Synthèse des informations extraites au cours de l'atelier d'expression théâtrale

A l'aide des trois séances que nous venons de décrire et de notre observation tout au long des ateliers, nous avons cherché à mettre en exergue certaines caractéristiques de Mme F.

Au fil des séances, nous avons remarqué que Mme F venait de plus en plus facilement à cet atelier, ne souhaitant plus ne pas y assister. Nous notons également qu'au cours de l'atelier, Mme F exprime moins souvent de plainte concernant le fait de monter si souvent sur scène. Cette plainte relève de la recherche de Mme F à être valorisée. En effet, en disant cela, elle se sent privilégiée par rapport aux autres participants. Ainsi qu'elle le dise moins fréquemment est le signe d'une meilleure confiance en elle. De même, lors d'un des derniers ateliers observés, Mme F déclare « *Oh je vais faire ce que je peux* ». Cette phrase témoigne bien de son évolution : elle se laisse le droit de ne pas réussir, mais prend le risque d'essayer. Néanmoins, elle se valorise par d'autres moyens, notamment en demandant l'avis du public « *C'était bien, hein ?* », en ressassant ce qu'elle vient de faire, en prenant en compte les applaudissements, ...

Mme F participe énormément et de très nombreux exercices sont parfaitement réalisés. Alors qu'elle paraît se soucier de son apparence, elle réalise tout de même tous les mimes demandés. Lors des improvisations, Mme F a tendance à mettre en scène soit une joie excessive, soit de la colère. Les émotions plus complexes ne sont pas mises en scène. Lorsqu'elle le peut, Mme F cherche à aider ses partenaires, mais dès qu'elle se sent

en difficulté, elle ne peut l'accepter et a tendance à accuser les autres. Mme F prend bien en compte l'espace scénique.

Lorsqu'elle est interrogée au sujet de cet atelier, elle déclare : « *Le temps passe vite* », ce qui témoigne qu'elle participe vivement, ne voyant alors pas le temps passer.

2.3.4. Perception et expression des émotions dans le cadre d'une situation de test : Temps T2 réalisé le 18 avril 2013

- **Résultats de l'évaluation du langage**

- Entretien : Mme F ne présente aucun degré de détérioration de l'intelligibilité du langage oral. Au niveau de la compréhension, nous notons un épisode de défaut de compréhension (1/5). Nous relevons un léger degré de détérioration concernant le manque du mot, Mme F utilisant des éléments compensateurs, tels que des circonlocutions ou des synonymes (2/5).
- Dénomination : Mme F répond incorrectement à 7 reprises, principalement sur la dénomination concernant les doigts, ce qui correspond à un score de 2/5.
- Token Test : Elle obtient un score de 22/44.

- **Résultats des tests concernant les émotions**

Prosodie émotionnelle – Compréhension	6 sur 12	Tristesse : 2/4
		Joie : 3/4
		Colère : 1/4
Prosodie émotionnelle – Répétition	3 sur 12	Tristesse : 0/4
		Joie : 2/4
		Colère : 1/4
Prosodie émotionnelle – Production	12 sur 12	Tristesse : 4/4
		Joie : 4/4
		Colère : 4/4

➤ Prosodie émotionnelle – Compréhension

Ce subtest présente un score (6/12), qui est inférieur à la moyenne (8,20). Au cours de la passation, nous avons l'impression que Mme F n'a pas compris la consigne et qu'elle répond au hasard. Néanmoins 50% des réponses sont correctes.

➤ Prosodie émotionnelle – Répétition

Ce subtest présente un faible score (3/12), ce qui correspond au point d'alerte. Ce résultat nous indique que Mme F rencontre de véritables difficultés à répéter les intonations émotionnelles. La plupart des répétitions sont effectuées avec un ton neutre. Seules les intonations de trois phrases sont respectées. La tristesse n'est jamais répétée.

➤ Prosodie émotionnelle – Production

Ce subtest obtient un bon résultat. La prosodie émotionnelle utilisée est toujours en adéquation avec la mise en situation. Mme F ajoute des gestes à ses propos.

2.3.5. Mise en évidence d'un profil émotionnel global

a) A partir des informations issues des tests

Les deux passations se sont déroulées à un intervalle de 60 jours. 8 ateliers ont eu lieu pendant ces deux temps.

	Temps T1 (18 février 2012)	Temps T2 (18 avril 2013)
Prosodie émotionnelle – Compréhension	3 sur 12	6 sur 12
Prosodie émotionnelle – Répétition	6 sur 12	3 sur 12
Prosodie émotionnelle – Compréhension	11 sur 12	12 sur 12

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Compréhension » obtient de meilleurs résultats au temps T2. Néanmoins nous ne remarquons pas de concordances entre les réponses : certains items ont pu être reconnus au temps T1, mais ne plus l'être au temps T2. Nous notons que la phrase « *Denise mange du pain* » est toujours reconnue avec le patron émotionnel de joie. En outre, les deux résultats sont en dessous de la moyenne, ce qui témoigne d'une véritable difficulté.

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Répétition » obtient de meilleurs résultats au temps T1. Nous remarquons qu'aux temps T1 et T2, la tristesse n'est jamais répétée. Pourtant celle-ci est identifiée dans le subtest concernant la compréhension. Les résultats de ce subtest sont également toujours inférieurs à la norme.

Le subtest « Prosodie émotionnelle – Production » obtient aux deux temps de très bons résultats. Il s'agit de l'épreuve la mieux réussie. Nous notons que, lors des deux passations, Mme F adjoint des gestes à ses propos.

b) A partir des informations issues des ateliers

Mme F vient deux fois par semaine à l'accueil de jour. Le reste du temps, elle le passe chez elle, seule, sa fille travaillant la journée. Ainsi lorsqu'elle vient, Mme F profite pleinement de ce moment pour s'exprimer et communiquer, parfois de manière un peu expansive. Connaissant son quotidien, l'équipe la laisse s'épancher, tout en faisant attention à ce qu'elle ne déborde pas sur le temps des autres patients.

Les tests et les ateliers concordent au niveau de la production des émotions, qui est très aisée pour Mme F. Elle utilise tous les canaux à sa disposition pour véhiculer les émotions, qu'ils soient verbaux ou non. La répétition des émotions, qui fut travaillée dans le cadre de l'atelier d'expression théâtrale, n'est pas toujours facile, ce qui est en accord avec les tests, puisque nous avons obtenu au temps T1 un score de 6/12 et au temps T2 un score de 3/12. Dans les exercices mettant en jeu la compréhension des émotions, Mme F s'est toujours montrée très participative. Néanmoins, elle rencontre des difficultés à nommer les émotions, ce qui peut être mis en lien avec son manque du mot, bien que parfois elle se contente de décrire ce qu'elle voit. Au niveau de la répétition et de la compréhension, les tests n'ont pas montré d'évolution notable. Ces capacités semblent altérées.

Lors de l'atelier-contes, Mme F exprime également très largement ses émotions, ce qui témoigne d'une capacité accrue de la perception des émotions au cours de l'écoute du conte. Lors de la discussion, elle exprime moins facilement ses ressentis.

Depuis qu'elle participe à l'atelier d'expression théâtrale, différents membres de l'équipe ont remarqué que Mme F était beaucoup plus à l'aise en public, osant plus se soumettre au regard des autres. Ainsi l'atelier lui a apporté une plus grande aisance.

IV. Discussion

Suite à notre observation, nous avons pu présenter précédemment l'analyse de nos données. Il s'agit maintenant de les mettre en lien avec nos questions de départ afin de voir si notre recherche a permis de répondre à certaines d'entre elles.

Tout d'abord, nous nous étions demandé si ces ateliers permettaient l'expression et la perception d'émotions.

Précédemment, nous avons analysé les séances à l'aide de ce que nous avons établi dans notre partie théorique et des observations cliniques. Nous avons ainsi pu mettre en exergue tous les liens unissant les émotions aux différents moments de l'atelier-conte, aux divers exercices de l'atelier d'expression théâtrale. Nous avons vu que d'une part, l'atelier-conte est constitué de deux temps majeurs dans lesquels les émotions ont une place fondamentale et que d'autre part, les rituels encadrant cet atelier favorisent la perception des émotions en amenant les participants à être attentifs à ce qu'ils ressentent. Nous avons également analysé chaque domaine travaillé par les exercices de l'atelier d'expression théâtrale. Ce travail nous a permis de mettre en évidence une progression permettant l'expression croissante de l'émotion au cours de l'atelier.

Il était important de faire ce travail afin de justifier notre étude, car si les ateliers ne favorisaient pas la perception et l'expression des émotions, celle-ci n'aurait pas eu de postulat à la base duquel partir.

Pour répondre à cette question, nous nous sommes basée sur notre observation personnelle, qui s'est appuyée sur un faisceau d'indices (paroles, réactions corporelles, mimiques...), mais également sur notre partie théorique. Néanmoins ayant participé aux ateliers, notre observation reste subjective. Avec le recul, il nous apparaît qu'il aurait peut-être été opportun, afin de limiter cette subjectivité, de se baser sur une grille qui aurait ainsi pu guider notre observation de manière plus objective.

De plus, comme vu précédemment, l'émotion n'a pas de consensus au niveau de sa définition. Les chercheurs sont seulement d'accord sur le fait qu'une émotion est constituée de trois composantes (physiologique, comportementale, cognitive). La composante physiologique ne peut être étudiée à notre niveau ; nous avons pris en compte les données issues des composantes comportementales et cognitives.

En ce qui concerne la composante comportementale, nous avons pris en compte la prosodie, les expressions faciales, le comportement de manière globale mais sans pouvoir toutefois utiliser les outils existants qui permettent une évaluation objective de cette composante. En effet, ces outils demandent une formation spécifique quant à leur utilisation que nous n'avions pas.

Pour ce qui concerne la composante cognitive, nous avons pris en compte uniquement les propos des participants qui témoignaient de leur évaluation subjective de l'émotion. En effet, une part de subjectivité est inhérente à l'analyse de cette composante. Afin d'analyser cette dernière, certaines études mettent en place un questionnaire à l'intention des personnes observées. Néanmoins, il ne nous a pas semblé judicieux de proposer cette méthode car cela aurait nécessité de demander aux patients de se rappeler quelles émotions ils ressentaient lors de l'atelier à l'aide d'un support audio-visuel. Or cette tâche aurait été compliquée pour la population étudiée.

Nous nous étions également questionnée à propos de la capacité des patients à se saisir de l'opportunité des ateliers pour percevoir et exprimer leurs émotions.

Dans notre partie théorique, nous avons évoqué différentes études ayant eu pour sujet l'identification et la reconnaissance émotionnelle dans la maladie d'Alzheimer. Nous n'avons retrouvé aucun consensus, les résultats divergeant.

Ayant concentré notre étude sur les trois personnes, nous avons analysé leurs émotions dans le cadre des deux ateliers mais également dans le cadre d'une situation de tests.

Au niveau des tests, nous n'avons remarqué aucun changement significatif entre les temps de passation, les résultats étant presque similaires aux deux temps. Ce constat est sans doute dû à ce que les tests utilisés ont été passés à un temps d'intervalle court, c'est-à-dire d'environ deux mois. En outre, à chaque passation, les consignes ont été difficilement intégrées et le matériel est peu adapté à une population âgée. De plus, ces tests nécessitent la capacité de réfléchir et de ressentir en même temps ; or pour des personnes déficitaires, effectuer cette double tâche peut s'avérer difficile, voire impossible.

Dans l'atelier-conte, nous n'avons pas perçu d'évolution notable entre les premières séances d'octobre et celles d'avril. Les patientes nous ont semblé participer de la même manière. Mme T écoute durant les deux temps, et ponctue ceux-ci de rire et de courtes phrases dites à voix très faible. Mme F écoute de la même manière tous les contes : son visage témoigne des émotions ressenties, elle commente le conte, imite les gestes de la conteuse. Ces deux personnes viennent à l'accueil de jour depuis plusieurs années. Ainsi il y a pu y avoir une évolution dont nous n'avons pas été témoin. Mme G vient depuis octobre 2012, ce qui correspond au début de notre étude. Nous avons remarqué qu'elle a très rapidement fait part de réminiscences de sa jeunesse : lors des premiers ateliers, Mme G avait besoin d'être sollicitée par les soignants, puis elle a très vite pris la parole d'elle-même. Cela témoigne que cet atelier lui a permis de gagner en confiance dans l'évolution au sein d'un groupe et une aisance pour communiquer. Néanmoins nous n'avons pas noté d'autre évolution dans les mois ayant suivi.

Ce constat peut également être relativisé par le fait que nous n'avons observé ces patientes que dans le cadre des ateliers constituant notre étude. Ainsi nous n'avons pas de point de comparaison : comment sont-elles lors des autres activités ?

Les émotions sont également liées à la personnalité de chacun. En effet, notre personnalité influe sur la manière dont nous ressentons et exprimons les émotions. Nous n'avons donc qu'une vision parcellaire de ce qu'elles sont, ce qui a un impact sur nos observations.

Dans l'atelier d'expression théâtrale, notre constat est légèrement différent. Nouvel atelier proposé cette année, nous avons noté une plus grande aisance des participants au fil des séances. Nous pouvons citer en exemple l'exercice de la présentation dont la durée

s'est progressivement allongée, les patients donnant un peu plus d'eux-mêmes à chaque fois. Cette différence de constat entre les deux ateliers vient sans doute de la nature même des ateliers. En effet, l'atelier d'expression théâtrale est centré vers le jeu théâtral, qui nécessite de la part des acteurs l'expression d'émotions. De plus, en tant que personne devenant acteur, nous ressentons l'appréhension, le plaisir de monter sur scène, et en tant que spectateur, nous partageons les états émotionnels de ceux sur scène. Le rire est très souvent présent dans cet atelier. Le nombre de participants est également très différent : les ateliers-conte peuvent accueillir jusqu'à une quinzaine de personnes, tandis que le nombre de participants de l'atelier d'expression théâtrale ne dépasse jamais les 5-6 acteurs.

Afin de donner un exemple, nous allons présenter succinctement le cas de M.A., plusieurs soignants nous ayant fait part de leur surprise face à l'attitude de ce monsieur. M.A est plutôt discret. Déambulant souvent, il parle peu, même sur sollicitation. Or lors de l'atelier d'expression théâtrale, M.A s'est révélé.

Lors de notre test au temps T1, nous avons envisagé M.A comme sujet d'étude potentiel, mais la passation s'est révélée quasiment impossible ; ainsi que nous l'avons souligné précédemment, ces tests ne sont pas adaptés à notre population.

Pour autant, M.A s'est révélé tout à fait capable de percevoir et d'exprimer des émotions. Au cours de l'atelier-conte, M. A. est attentif. Il ne s'endort jamais, ne déambule pas pendant toute la durée de l'atelier. Il est à l'écoute de tout ce qui se passe, mais exprime rarement sa pensée. A l'atelier d'expression théâtrale, il participe à tous les exercices. Il prend en compte le public, exprimant parfois sa peur mais également sa vexation de ne pas être écouté, il est un partenaire lors des improvisations sur lequel on peut compter. Il ose, il imagine. Il est un véritable acteur une fois qu'il est monté sur les planches. De même, lorsqu'il fait partie des acteurs-spectateurs, il est également très présent. Il encourage ceux qui sont sur scène, leur donne des idées et fait preuve d'un grand sens de l'humour. Nous pouvons alors nous demander si c'est l'atelier d'expression théâtrale qui lui permet de retrouver cette capacité d'exprimer ses émotions, ou, bien qu'il ait toujours conservé cette capacité, s'il ne trouve pas d'autres espaces prêt à accueillir ses émotions. Au sujet de cet atelier, M.A s'exprime de la façon suivante : « *C'est une joie, une joie !* ».

Les réponses aux questions précédentes étant positives, nous pouvons nous demander quel est l'impact de chaque atelier sur les patients ?

Diminués par l'âge et par la maladie, les patients Alzheimer n'ont souvent pas conscience de leur trouble. Progressivement ils vont perdre de leur autonomie, de leur liberté, ayant besoin de quelqu'un au quotidien pour les aider. Au sein de l'accueil de jour, le projet thérapeutique est de préserver cette autonomie. Leur rendre cette autonomie, c'est les valoriser à leurs propres yeux. C'est également en ce sens que les ateliers sont menés.

L'atelier-conte permet de rendre les patients Alzheimer moteurs d'une discussion animée. En dépit de leurs troubles du langage, ils donnent leur avis, affirment leurs pensées. Le conte est également un moyen d'avoir une base commune sur laquelle s'appuie le partage des expériences, des idées qu'ont à apporter au groupe chacun des patients. Le conte constitue un moyen de repenser son rapport au monde via le langage. Il s'agit alors de reprendre sa place en tant qu'être humain et non pas seulement en tant que patient.

L'atelier d'expression théâtrale propose également ce changement de regard sur soi-même. Les exercices suivent une progression permettant à la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer de se valoriser. Comme le dit Minet, « *Jouer c'est faire l'apprentissage d'un acte d'existence dans le regard de l'autre et ressentir le plaisir de sa reconnaissance* »¹²⁶. Les premiers exercices ont lieu en groupe, assis. Uniquement la présentation demande de monter sur scène en étant seul. Cette exception est nécessaire pour rendre son identité à chacun. En commençant ainsi les participants peuvent prendre confiance dans le groupe auquel ils appartiennent. Cet effet de groupe va devenir un véritable levier à la participation de chacun. En effet, au fur et à mesure des séances, les participants s'encouragent mutuellement pour monter sur scène. C'est pour cela que Mme O encourage souvent ses voisines par des « *Allez ma chérie, c'est à ton tour !* ». En outre, l'atelier d'expression théâtrale permet de laisser place à la créativité. Il s'agit tout d'abord de créer des images mentales lors de la relaxation, puis des mimes à l'aide de son souffle,

de son corps, puis de jouer avec les intonations émotionnelles sur de simples phrases pour atteindre l'exercice de l'improvisation.

L'improvisation incarne sans doute tous les bienfaits de cet atelier. Ayant été préparée à l'aide de tous les exercices préalables, l'improvisation permet aux patients d'utiliser ce qu'ils viennent de travailler ce qui les met en confiance. Ce travail demande une véritable écoute. Le patient doit s'affirmer tout en étant dans le respect de l'autre et en prenant en compte ce qu'il dit. L'improvisation devient alors un moyen de travailler sa manière d'être et sa manière d'interagir au monde. En effet, tout est à créer : pas de texte, d'accessoires, de décor. Selon Pire, « *comme pour entrer en communication, l'improvisation demande d'aller vers l'autre, de s'exposer à son regard, d'assumer ses positions mais également de les remettre en question, de s'ouvrir à l'interactivité, de développer sa spontanéité, d'écouter et d'utiliser le langage verbal et non-verbal.* »¹²⁹

Cet atelier permet donc de créer, et comme l'indique Winnicott, « *quand on vit créativement, on voit que tout ce que l'on fait renforce le sentiment que l'on est vivant, que l'on est soi-même* »¹⁴⁰.

Les deux ateliers sont complémentaires, l'atelier-conte permettant aux participants de se repositionner en tant qu'interlocuteur écouté tandis que l'atelier d'expression théâtrale permet de « *se reconstruire au travers de cette expérience ludique qu'est la créativité* » .

Les limites de notre étude :

Au cours de notre discussion, nous avons fait part de nombreuses limites à notre étude. De par le sujet traité, complexe, notre étude comporte une large part de subjectivité, induisant des interprétations. En effet, nos données ayant permis les analyses sont extraites de l'observation réalisée par une seule personne. Afin de pallier au maximum ce biais, nous avons eu recours à l'enregistrement vidéo et vocal : nous avons pu visionner en dehors du moment vécu et ainsi obtenir des observations indépendantes de notre ressenti émotionnel direct.

140 Winnicott D. W. *Jeu et réalité : l'espace potentiel* Paris : Gallimard, 2002

De plus, notre étude s'est déroulée sur un temps relativement court, puisque nous avons observé les ateliers pendant sept mois et que les deux temps de notre protocole se sont déroulés à un intervalle d'environ deux mois.

Les apports personnels de cette étude :

Cette étude prolongée a constitué pour nous un premier travail de recherche. Il nous a semblé intéressant d'avoir pu tout au long de nos observations bénéficier d'un temps de réflexion nécessaire pour amener nos idées à maturité. Travail de longue haleine, cette étude a non seulement demandé une méthodologie rigoureuse, mais également une véritable implication qui a nécessité beaucoup d'énergie personnelle.

Outre ce côté technique, cela nous a également permis de nous immerger pendant un laps de temps assez long au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous avons pu rencontrer différentes professions, travaillant toutes en harmonie autour de la prise en charge des patients. Cette complémentarité des compétences nous semble un élément essentiel au bon déroulement des ateliers auxquels nous avons assisté. Nous avons ainsi pu nous familiariser avec ces différentes approches thérapeutiques, ce qui nous a permis de prendre du recul afin de mieux apprécier le travail orthophonique à proprement parler. A travers cette expérience, nous avons tiré un véritable plaisir dans la prise en charge de cette population, qui nous était auparavant mal connue. Nous avons partagé de nombreux moments de complicité au cours des ateliers.

Au cours de ce travail, nous avons acquis des fondements théoriques nous permettant de mieux appréhender la pathologie Alzheimer. Cela nous a également permis d'étendre notre champ des techniques thérapeutiques pouvant être proposées à cette pathologie. Grâce à cet apport théorique, renforcé par notre observation, nous avons ainsi pu mieux appréhender les fondements des ateliers dans le cadre d'une possible future utilisation professionnelle.

En conclusion, cette expérience, par l'implication soutenue qu'elle nous a demandée, a été enrichissante, tant d'un point de vue personnel que professionnel.

CONCLUSION

Choisir de faire un travail de recherche auprès d'une population atteinte de la maladie d'Alzheimer, c'est prendre la décision d'aller se confronter à cette pathologie qui fait peur. C'est partir à la rencontre de ces personnes âgées qui, paraît-il, disent et font n'importe quoi. C'est vers ces patients que nous nous sommes tournée pour ce premier long travail.

De notre point de vue, tout nous semblait avoir été abordé dans la maladie Alzheimer. Cependant, de fil en aiguille, une idée entraînant une autre, en conversant avec ceux qui nous ont accompagnée tout au long de ce travail, une évidence est apparue : l'étude des émotions. De ceux qu'on dit sans mémoire, presque sans mots, qu'en est-il de leurs émotions ? Peut-on également leur retirer ?

Armée de ces a-priori et de quelques préceptes théoriques portant sur la maladie d'Alzheimer, nous nous sommes lancée dans la cage aux fauves, bien décidée à percer le secret de leurs émotions, de la perception à l'expression. Dans ce but, caméra au poing, dictaphone à la main, à la recherche d'indices, nous avons assisté aux ateliers du lundi après-midi, ateliers encadrés par l'orthophoniste, la psychologue et d'autres soignants.

Aborder un domaine aussi vaste que les émotions dans un travail qui se devait d'être scientifique nous a paru tout d'abord difficile et nous a quelque peu inquiétée. A partir de quel matériel allions-nous pouvoir bâtir une analyse ? Les ateliers « Contes » et « Expression théâtrale » constituaient le cadre, mais comment pourrions-nous étudier uniquement ce qui concernait les émotions ? Quel protocole devons-nous mettre en place ? Quelles épreuves devait-il contenir ? Progressivement, nous avons fait des choix pour répondre à ces interrogations. Certains ont dû être ajustés. Ainsi lors des premières passations de l'épreuve concernant la production d'une prosodie émotionnelle issue du protocole MEC, nous nous sommes rendue compte que les énoncés devaient être simplifiés et recentrés autour de situations du quotidien.

Il nous aura fallu attendre le temps de la rédaction pour que nous réalisions à quel point notre matériel était riche. Tel un enquêteur, nous avons alors remonté la trace de

leurs émotions : d'un sourire, nous avons vu leur joie ; d'un souvenir, nous avons pu toucher leur colère.

Au cours de nos recherches, nous nous sommes penchée sur ce qu'est un conte, sur ses bienfaits et sur son usage, notamment en thérapie. Nous avons lu de nombreux écrits portant sur ces divers sujets. Pourrait-on alors dire que le conte est à la mode, notamment auprès des patients Alzheimer ? Il semble en effet qu'il y ait eu un engouement, ayant conduit à la publication de multiples ouvrages et à la réalisation de nombreuses études, couvrant les différents aspects du sujet.

En ce qui concerne nos recherches portant sur l'atelier d'expression théâtrale, nous n'avons pas fait le même constat. En effet, bien qu'il existe des écrits portant sur la thérapie via le théâtre, ceux-ci restent rares. Rares sont également les études faisant part de l'utilisation de techniques théâtrales auprès de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. Comment pourrait-il en être autrement ? L'idée première qui nous vient lorsqu'on s'interroge sur ce qu'est un atelier-théâtre renvoie à la création d'un spectacle, à la mise en scène d'une pièce, et donc à la mémorisation d'un rôle. Or la maladie d'Alzheimer est si souvent synonyme de perte de mémoire, que la pertinence d'associer cette pathologie au théâtre n'apparaît pas évidente. Pourtant la pratique offre une autre vision de cette association encore atypique : elle montre à quel point les techniques théâtrales, en étant adaptées, conviennent parfaitement à la population qui est au cœur de notre sujet. Comme toute pratique à ses débuts, il sera nécessaire d'approfondir les différentes possibilités qu'elle ouvre, nous nous étant attachée dans ce mémoire à en défricher les grandes lignes.

Cette recherche nous permet également d'affirmer les bienfaits particuliers de ces deux ateliers thérapeutiques que nous avons observés sous l'angle spécifique des émotions ; ne permettant pas le même travail, agissant à différents niveaux, ces ateliers sont alors complémentaires. Nous mettons ainsi en exergue l'intérêt de proposer diverses prises en charge non-médicamenteuses en parallèle des traitements médicamenteux.

De plus, notre étude a montré que par le biais d'ateliers facilitant la perception et l'expression des émotions, la communication des patients Alzheimer en est favorisée. En effet, les émotions constituent un véritable levier de la communication : ressentir des

émotions nous pousse, d'autant plus si un atelier nous y incite, à nous exprimer. D'ailleurs, dans son schéma de la communication, Jakobson définit six fonctions du langage dont la fonction expressive qui est également appelée émotive : elle est complètement centrée sur le « destinataire », qui use de cette fonction par tous les moyens à sa disposition (interjections...) pour informer le récepteur sur sa propre personnalité. Ainsi il serait intéressant de réfléchir sur d'autres remédiations basées elles-aussi sur la facilitation de l'expression et la perception des émotions.

Il nous semble ainsi qu'il pourrait par exemple être intéressant d'enrichir la connaissance des émotions sous l'angle selon lequel une mauvaise reconnaissance des émotions par les patients Alzheimer pourrait être l'une des causes de troubles du comportement, comme cela semble avoir déjà été identifié lors de précédentes études, notamment pour ce qui est de la confusion entre la peur et la colère.

De plus, diverses études mettent en évidence le lien entre mémoire et émotion, les événements les plus marquants de notre vie étant le plus souvent associés à une forte émotion. La maladie d'Alzheimer est la maladie de l'oubli, du trouble de la mémoire : travailler en prenant en compte les émotions avec des patients atteints de cette pathologie permet de favoriser autant que possible la résurgence ou le renforcement de ce lien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Basse C, Perrin M « Prise en charge de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer par le maintien d'un domaine d'expertise : étude de cas » in *Actualités en rééducation neuropsychologique : étude de cas*, Adam S, Allain P, Aubin C, Coyette F. Solal : Marseille, 2009
 2. Maisondieu J *Le crépuscule de la raison* Bayard édition : Paris, 1989
 3. Lacroix J. *Satires de Juvénal et De Perse* (1846), Libraires de Firmin Didot Frère : Paris
 4. World Alzheimer report 2010-Alzheimer's disease international - <http://www.alz.co.uk/research/worldreport/>
 5. Inserm *Maladie d'Alzheimer – Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux* Paris : Inserm, 2007
 6. Letenneur L, Dequae L, Jacqmin H, Nuissier J, Decamps A, Barberger-Gateau P, et al. « Prévalence de la démence en Gironde (France) », *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993 ; 41 : 139-145.
 7. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid » *Rev Neurol* (Paris) 2003 ; 159 : 405-411.
 8. McKhann G., Frachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan EM. « Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease » *Neurology* 1984 ; 34 : 939-44
 9. Croisile B, Auriacombe A, Etcharry-Bouyx F, Vercelletto M. « Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : stades précliniques, mild cognitive impairment et démence » *Revue neurologique* 2012 ; 168 : p. 471-482
 10. Belleville S, Peretz I, Malenfant D. « Examination of the working memory components in normal aging and in dementia of the Alzheimer type » *Neuropsychologia* 1996 ; 34 : 195-207
 11. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ et al. « The Unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks : a latent variable analysis » *Cognit Psychol*, 2000, 41 : 49-100
 12. Rodriguez-Aranda C, Sundet K. « The frontal hypothesis of cognitive aging : factor structure and age effects on four frontal test among healthy individuals » *J. Genet Psychol*, 2006, 167 : 269-287
 13. Klein M, Ponds R, Houx PJ, Jolles J. « Effect of test duration on age-related differences in Stroop interference » *J Clin Exp Neuropsychol* 1997 ; 19 : 77-82.
Milham MP, Erickson KI, Banich MT, Kramer AF, Webb A, Wszalek T, et al. « Attentional control in the aging brain : insights from an fMRI study of the Stroop task » *Brain Cogn* 2002 ; 49 : 277-96.
Wecker NS, Kramer JH, Wisniewski A, Delis DC, Kaplan E. « Age effects on executive ability » *Neuropsychology* 2000 ; 14 : 409-14.
Spieler DH, Balota DA, Faust ME. « Stroop performance in healthy younger and older adults and in individuals with dementia of the Alzheimer's type » *J Exp Psychol Hum Percept Perform* 1996 ; 22 : 461-79.
 14. Amieva H, Phillips LH, Della Sala S, Henry JD. « Inhibitory functioning in Alzheimer's disease. » *Brain* 2004 ; 127 : 949-67
Levinoff EJ, Murtha S, Chertkow H. « Selective attention impairments in Alzheimer's disease : evidence for dissociable components » *Neuropsychology* 2004 ; 18 : 580-8.
 15. Ploton L. *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute du langage*. Lyon : Chronique sociale ; 1996
 16. Burns A., Jacoby R., Levy R. « Anomalies comportementales et symptômes psychiatriques dans la maladie d'Alzheimer » *Int. Psychogeriatr* 1990; 2 : 25-36 *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute du langage*. Lyon : Chronique sociale ; 1996.
 17. Marin in Derouesné C. « Le concept d'apathie : intérêt et limite » *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*. Vol 2, n°1 : 19-28, mars 2004
 18. Hazif-Thomas C, Thomas P. « Reconnaître l'agressivité du sujet âgé » *Rev Généraliste Gérontol* 2002 ; 9 : 45-52
 19. Pancrazi P. « Délires et hallucinations dans la démence » *Medical Education Corpus*. Juillet 2011
 20. Sella F., Kruczek E. , *Maladie d'Alzheimer*,(2007), Reuil Malmaison : Doin, Groupe liaison imprim.
-

-
21. Rousseau T. « La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. » *Bull Psychol* 2009 ; 503 : 429-44
 22. Rousseau T. « Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer » *Rev. Fr. Psychiatr Psychol Méd* 1994 ; 20 : 88-90
 23. Rousseau T., Loyau M. « L'influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer. » *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2006 ; 31:43-9
 24. Rousseau T. *Maladies d'Alzheimer et troubles de la communication* Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson 2011 p 38
 25. Croisile B. « Écriture, vieillissement, Alzheimer » *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* Vol. 3, n°3, 183-97, septembre 2005, synthèse.
 26. Corraze J, *Les communications non-verbales*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1980
 27. Feyereisen P., « La communication non-verbale chez les sujets déments de type Alzheimer. » *Question de logopédie* 1993 ; 27:67-8
 28. Glosser G, Wiley MJ, Barnoskir EJ. « Gestural Communication in Alzheimer's disease. » *J. Clin. Exp Neuropsychol* 1998 ; 20 : 1-13
 29. Hubbard G, Cook A, Tester S, Downs T. « Beyond words : older people with dementia using and interpreting non-verbal behaviour. » *J Aging Stud* 2002 ; 16 : 155-67
 30. D'après la Haute Autorité de Santé, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : dépistage et prise en charge », décembre 2011, <http://www.has-sante.fr>
 31. Fehr B., Russell J.A. « Concept of emotion viewed from a prototype perspective. » *Journal of experimental psychology, General* 113 : 464-486
 32. Tcherkassof A. *Les émotions et leurs expressions* Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2008
 33. Kleinginna PR, Kleinginna AM. « A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition » *Motivation and emotion* 1981; 5: 345-379.
 34. Luminet O. *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, Bruxelles : De Boeck Université, 2008. 261p.
 35. Damasio AR. *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*: Harcourt, 1999.
 36. Ekman P., Davidson *The nature of emotion : Fundamental questions*. New-York : Oxford University Press (question 1 : « Are there basic emotions ?, question 2 : »How are emotions distinguished from moods, temperament, and other related affective constructs ? »)
 37. Watson D, Clark LA. On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality* 1992; 60: 441-476.
 38. Frijda N. H. *The emotions*. Cambridge : Cambridge University Press, 1986
 39. Cité par E. Littré (1846). In *Hippocrate : œuvres complètes* (Vol.5, pp. 470-503) Paris : J.-B. Baillières
 40. Cité par O. Luminet *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, Bruxelles : De Boeck Université, 2008. 261p.
 41. Descartes R. *Les passions de l'âme* (1644), édition Rodis-Lewis, Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques, Paris, 1967
 42. Sartre J-P *Esquisse d'une théorie des émotions* Paris : Le livre de Poche, 2000
 43. James W., « What is an Emotion », *Mind*, 19, 1884, pp. 188-204
 44. Lange C. (1855/1922) *The emotions* Baltimore : Williams and Wilkins
 45. Cannon W. B. (1927) The James-Lange theory of emotions. A critical examination and alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39 : 106-124
 46. Darwin Ch. *The expression of the emotions in man and animals* (1872), trad S. Pozzi et R. Benoit : « L'expression des émotions chez l'homme et les animaux », Editions du C.T.H.S., Paris, 1998
 47. Ekman, P. An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 1992 ; 6. 169-200.
 48. Ekman, P., & Friesen. W.V. *Pictures of Facial Affect*. Palo Alto (CA), USA : Consulting Psychologists Press, 1976
 49. Izard C. E. « Organizational and Motivational Functions of Discrete Emotions », in M. Lewis et J. M. Haviland (éd.), *Handbook of Emotions*, New-York, The Guilford Press, 1993 ; 631-641
 50. Rusinek S. *Les émotions : du normal au pathologique*, Dunod, Paris, 2004 p. 14
 51. Plutchik R. « Cognitions in the Service of Emotions : An Evolutionary Perspective »(1977), in D. K. Candland, J. P. Fell, E. Keen, A. I. Leshner, R. Plutchik et R. P. Rarpy (éd.), *Emotions*, Monterey, Brooks/Cole.
-

-
52. Sroufe, L. A. (1979). Socioemotional development. In J. D. Osofsky (Eds.), *Handbook of Infant Development* (pp 462-516). New York : Wiley.
 53. Schachter S, Singer J. « Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state » *Psychological Review*, 1962 ; 69(5), 379-399.
 54. Damasio A. *L'erreur de Descartes : la raison des sentiments*. Odile Jacob, Paris, 1995
 55. Papez J. W Maclean, P. D. « The triune brain, emotion and scientific basis » (1970).In F.O. Schitt (Eds.), *The neurosciences : second study program* (pp. 336-349). New York : Rockefeller University Press.
 56. Maclean, P. D. « The triune brain, emotion and scientific basis » (1970) In F.O. Schitt (Eds.), *The neurosciences : second study program* (pp. 336-349). New York : Rockefeller University Press.
 57. Ledoux J., *Le cerveau des émotions* Paris : O. Jacob, 2005
 58. Rolls E.T. « Neural systems involved in emotion in primates » (1986) in R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.) *Emotion : Theory, research and experience. Vol 3. Biological foundations of emotion* (pp. 125-143) New York : Academic Press
 59. Scott S. K., Young A. W., Calder A. J., Hellawe D. J., Aggleton M. P. and Johnson M. « Impaired auditory recognition of fear and anger following bilateral amygdala lesions » *Nature* 1997 ; 385 : 254-257
 60. Pribam K H « The biology of emotions and other feelings » (1980) In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion : theory, research and experience, vol I : Theorie of emotion*. New York : Academy Press.
 61. Rinn W.E. « The neuropsychology of facial expression : a review of the neurological and psychological mechanisms for producing facial expressions » *Psychological Bulletin* , 1984 ; 95, 52-77
 62. Borod J.C. « Interhemispheric and Intrahemispheric Control of Emotion : a focus on Unilateral damage » *Journal of consulting and clinical psychology*, 1992 ; 60, 339-48
 63. Silberman EK, Weingartner H « Hemispheric lateralization of functions related to emotion » *Brain Cogn*, 1986 ; 5, 322-53
 64. Davidson RJ et coll. « Frontal brain asymmetry and emotional reactivity : a biological substrate of affective style » *Psychophysiology*, 1993 : 30 : 82-9
 65. Galton CJ, Patterson K, Graham K, Lambon-Ralph MA, Williams G, Antoun N et al. « Differing patterns of temporal atrophy in Alzheimer's disease and semantic dementia » *Neurology* 2001 ; 57 : 216-25
 66. Morrone I., Besche-Richard C., Mahmoudi R., Novella JL. « Identification et mémorisation des émotions dans la démence de type Alzheimer : revue critique de la littérature » *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10(3) : 307-14
 67. Bartol MA. « Nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease » *J Gerontological Nursing* 1979 ; 5 : 21-31
 68. Roudier M, Marcie P, Grancher AS, Tzortzis C, Starkstein S, Boller F. « Discrimination of facial identity and of emotions in Alzheimer's disease » *J Neurol Sci* 1998 ; 154 : 151-8
 69. Abrisqueta-Gomes J, Bueno OFA, Oliveira MGM, Bertolucci PHF. « Recognition memory of emotional picture in Alzheimer's disease » *Acta neurol scand* 2002 : 105 : 51-4
 70. Kensinger EA, Brierley B, Medford N, Growdon JH ? Corkin S. « Effect of normal aging and Alzheimer's disease on emotional memory » *Emotion* 2002 ; 2 : 118-34
 71. Burnham H, Hogervorst E. « Recognition of facial expressions of emotion by patients with dementia of the Alzheimer type » *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004 ; 18 : 75-9.
 72. Bowers D, Blonder LX, Heilman KM. *The Florida Affect Battery*. Gainesville (F) : Center of Neuropsychological Studies, 1991.
 73. Bucks RS, Radford SA. « Emotion processing in Alzheimer's disease » *Aging Ment Health* 2004 ; 8 : 222-32
 74. Hargrave R, Maddock RJ, Stone V. « Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease. » *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002 ; 14 : 64-71
 75. Brosigole L, Kurucz J, Plahovinsak TJ, Sprotte C, Haveliwala YA. « Facial- and postural-affect recognition in senile elderly persons » *Int J Neurosci* 1983 ; 22 : 37-46
 76. Cadieux NL, Greve KW. « Emotion processing in Alzheimer's disease. » *J Inter Neuropsychol Soc* 1997 ; 3 : 411-9
 77. Lavenu I. « Troubles de la perception des émotions. » In : Michel BF, Touchon J, Pancrazi MP, Verdier JM, eds. *Affect amygdale Alzheimer*. Marseille : Solal, 1999 : 195-205
-

-
78. Granato P, Godefroy O, Van Gansberghe J-P, Bruyer R. « Trouble de la reconnaissance des émotions faciales dans la forme légère de la maladie d'Alzheimer. » *La revue de gériatrie* 2009 ; 34 : 853-9
 79. Lavenu I, Pasquier R. « Perception of emotion on face in frontotemporal dementia in Alzheimer's disease : alongitudinal study » *Dement Geriatr Cogn Discord* 2005 ; 19 : 37-41
 80. Allender J., Kasniak AW. « Processing of emotion cues in patients with dementia of the Alzheimer type. » *Int. J Neurosci* 1989 : 46 : 147-55
 81. Kohler CG, Anselmo-Gallagher G, Bilker W, Karlawish J, Gur RE, Clark CM. « Emotion-discrimination deficits in mild Alzheimer disease. » *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 ; 13 : 926-33
 82. Shimokawa A, Yatomi N, Anamizu S, Ashikari I, Kohno M, Maki Y et al. « Comprehension of emotion : comparison between Alzheimer type and vascular type dementias » *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000 ; 11 : 268-74
 83. Shimokawa A, Yatomi N, Anamizu S, Torii S, Isono H, Sugai Y, et al. « Influence of deteriorating ability of emotional comprehension on interpersonal behavior in Alzheimer type dementia » *Brain Cogn* 2001 ; 47 : 423-33
 84. Rousseau T. « Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer », *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* (2011) 11, 221-228
 85. Rousseau T. « La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique », *Bull Psychol* (2009) ; 62(5) : 429-44
 86. Sébillot P. *Littérature orale de la Haute-Bretagne*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1881
 87. Le grand Larousse illustré Vol. 1, Larousse, 2005
 88. Péju P. *La petite fille dans la forêt des contes* Laffont, Paris : 1999
 89. Gillig J.-M. *Le conte en pédagogie et en rééducation*, Paris, Dunod éditeur, 1997, 234p.
 90. Estienne Fr. *Utilisation du conte et de la métaphore* Masson, Paris : 2001
 91. Van Gennepe A. *La formation des légendes* Flammarion : 1910, 326p.
 92. Grimm J.& W. *Les Contes*, trad. A. Guerne, 2 vol., Flammarion, Paris , 1967
 93. Husson H., *La chaîne traditionnelle. Contes et légende d'un point de vue mythique*. Paris, 1874
 94. Benfrey P. *Panchatantra* , Bibliobazar : 2009
 95. Cosquin E., *Contes populaires de Lorraine*, Laffitte Reprints, Marseille, 1978
 96. Saintyves P. *Les contes de Perrault et les récits parallèles* Laffont : 1987
 97. Von Franz M.-L. *L'interprétation des contes de fées*, édition Jacqueline Renard, 1990
 98. Lafforgue P *Petit poucet deviendra grand : soigner avec le conte*, Petite bibliothèque Payot, 1995
 99. Belmont N., *Poétique du conte. Essai sur le conte de tradition orale*, Paris, NRF/Gallimard, 1999
 100. Thompson S. *Motif-Index of Folk Literature* , 6vol., Rosenkilde and Bagger et Indiana Univ. Press, Copenhagen-Bloomington, 1955-1958
 101. Delarue P., Tenèze M.-L., *Le conte populaire français*, 3vol., Maisonneuve et Larose, 1957-1964-1976
 102. Propp, *Morphologie du conte*, trad. M. Derrida, Seuil, 1970
 103. Lévi-Strauss, C., « The Structural Study of Myth », in *Journal of American Folklore*, vol. 68, n°270, X-XII, pp. 428-444. L'article en français sera publié trois ans plus tard dans son *Anthropologie structurale*, Paris, 1958
 104. Greimas A. J., *Sémantique structurale*, Larousse, Paris, 1966
 105. Afanassiev A. N., *Contes russes*, trad. E. Bozoky, Maisonneuve et Larose, Paris, 1978
 106. Fèvre L., *Contes et métaphores* Chronique sociale, Lyon : 1999 pp. 88- 94
 107. Cité par L. Fèvre (p. 94), Thomassaint J., *Contes et rééducation*, pp 36, Chroniques Sociales, Lyon, 1991
 108. Bettelheim B. *Psychanalyse des contes de fées* Pocket : 1976, 476p.
 109. Erickson M. *Ma voix t'accompagnera*. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1986
 110. Ragueneau G. *La psychothérapie par les contes* L'Harmattan, Paris : 1999
 111. Langenfeld Serranelli S. *Les contes au cœur de la thérapie infirmière : Psychiatrie et conte thérapeutique*, Elsevier Masson, 2007, 190p
 112. J.L. Sudres, C. Ros, *Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment...*, Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Oct. 2004 – tome VII – N°79.
 113. Puccini-Emportes M. « Une expérience d'atelier-contes en accueil de jour avec les patients alzheimer : Rendez-vous "conte" » *L'orthophoniste* n°186, février 2009, p.19-26
 114. Baumassy C. *Traitements non-médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer : L'atelier-contes en accueil de jour*, mémoire d'orthophonie : Nice : 2008
-

-
115. Saucourt E. *Rapport anthropologique de l'étude : Évaluation des effets de l'atelier-conte auprès des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée ou apparentée*, 2009, <http://collectifconte.ish-lyon.cnrs.fr>
 116. Corvin M. *Dictionnaire encyclopédique du théâtre à travers le monde*, Paris : Bordas, 2008
 117. Brook P. *Points de suspension*, Paris : Seuil, 1992
 118. Aristote, *La Poétique*, trad. De M. Magnien, Le Livre de Poche,
 119. Pigeaud J., *Folies et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*, La Manie, Paris, Les Belles-Lettres, 1987, P. 188
 120. Lely G., *Vie du marquis de Sade*, Paris, J.-J. Pauvert, 1965, P. 642
 121. Attigui P. *De l'illusion théâtrale à l'espace scénique* Denoël : Paris, 1993
 122. Chevaly M. *Le Théâtre* Editions Autres Temps, Guémenos : 2006
 123. Chestier A., « Du corps au théâtre au théâtre corps », *Corps* 2007/1 n°2 p. 105-110
 124. Mouawad, Wajdi, propos recueillis par Navarro, Mariette, « L'ébranlement, le choc, le bouleversement », in *Pouvoirs de l'émotion, Outre-scène*, n° 11, TNS, Strasbourg, 2008, p. 31.
 125. Le Petit Robert, version informatique, 2009
 126. Minet S. *Du divan à la scène : Dans quelle pièce je joue ?* Sprimont : Mardaga, 2006
 127. Tournier C. *Manuel d'improvisation théâtrale* Saint-Martin-Bellevue : L'eau vive, 2004
 128. Gravel R., Lavergne J-M *Impro. Reflexion et analyses*. Léméac éditeur, 1987
 129. Pire F. *L'improvisation théâtrale : un outil pour développer les compétences relationnelles* 2005
 130. Heril A, Megrier D. *Techniques théâtrales pour la formation d'adultes* Edition Rets, 1999
 131. Marijke Van Dijk A., Van Weert J.C.M., Dröes R.-M., Évaluation de la Méthode Veder : le théâtre comme méthode de communication dans les soins psycho-gériatriques. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. Octobre 2011, Tome XVIII , N°178, p. 413-414
 132. Benoit A-L « Utiliser l'improvisation théâtrale pour stimuler la communication verbale et non-verbale de patientes atteintes d'une démence de type Alzheimer » 2010
 133. De Renzi E, Vignolo L (The Token Test : A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 1962 ; 85 : 665-678
 134. De Renzi E, Faglioni P. Normative data and screening power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*, 1978 ; 14 : 41-49
 135. Agniel A « Token Test de De Renzi pour les formes démentielles. » dans Hugonot-Diener L, Barbeau E, François Michel B, Thomas-Antérion C, Robert P. *GREMOIRE : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*. Marseille, Solal :2008
 136. Rapport d'activité de l'accueil de jour 2012
 137. Pelchat Y. et al., « Passeurs d'imaginaires : le vieil âge et la suite du monde », *Pensées plurielle*, 2010/2 n°24, p. 105-118
 138. Page C. *Les pratiques du théâtre* Hachette éducation, Paris : 1998
 139. Cosnier J. « Empathie et communication », *Sciences humaines* n°68, 24-26, 1997.
 140. Winnicott D. W. *Jeu et réalité : l'espace potentiel* Paris : Gallimard, 2002
-

ANNEXES

Annexe I : Tests utilisés

1. Protocole MEC

1.1. Prosodie émotionnelle – Compréhension

cf : page suivante

1.2. Prosodie émotionnelle – Répétition

cf : page suivante

1.3. Prosodie émotionnelle – Production

cf : page suivante

a) Issu du protocole MEC

cf : page suivante

b) Épreuve simplifiée

cf : page suivante

2. Échelle ADAS-COG

2.1. Entretien

cf : page suivante

2.2. Dénomination

cf : page suivante

9. Prosodie émotionnelle — Compréhension



Guide de passation et de cotation **page 18**

Consigne : Vous allez entendre des phrases. En vous basant uniquement sur l'intonation de la voix, essayez de reconnaître si la personne est triste, heureuse ou fâchée. Pointez l'image qui correspond à votre choix.

Exemple : (À faire à voix haute) «Philippe joue aux échecs.» (colère). Si échoué, répéter l'exemple.

PHRASES				COMMENTAIRES
1. Jacques va sortir.				
2. Claire frappe à la porte.				
3. René lit le journal.				
4. Denise mange du pain.				
5. Claire frappe à la porte.				
6. Jacques va sortir.				
7. René lit le journal.				
8. Denise mange du pain.				
9. Claire frappe à la porte.				
10. Jacques va sortir.				
11. René lit le journal.				
12. Denise mange du pain.				

/ 4 / 4 / 4

Total : / 12

Total / 12	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
scolarité (années)	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
moyenne	11,00	10,87	10,23	11,10	8,20	9,57
écart-type	1,26	1,17	1,92	1,12	2,52	1,98
10 ^e percentile	9,10	9,10	6,20	9,10	5,00	6,20
point d'alerte	9	9	7	9	5	7

Commentaires :

10. Prosodie émotionnelle — Répétition



Guide de passation et de cotation **page 19**

Consigne: Vous allez entendre des phrases. Répétez chaque phrase en respectant l'intonation.

PHRASES				COMMENTAIRES
1. Jacques va sortir.				neutre <input type="checkbox"/>
2. Claire frappe à la porte.				neutre <input type="checkbox"/>
3. René lit le journal.				neutre <input type="checkbox"/>
4. Denise mange du pain.				neutre <input type="checkbox"/>
5. Claire frappe à la porte.				neutre <input type="checkbox"/>
6. Jacques va sortir.				neutre <input type="checkbox"/>
7. René lit le journal.				neutre <input type="checkbox"/>
8. Denise mange du pain.				neutre <input type="checkbox"/>
9. Claire frappe à la porte.				neutre <input type="checkbox"/>
10. Jacques va sortir.				neutre <input type="checkbox"/>
11. René lit le journal.				neutre <input type="checkbox"/>
12. Denise mange du pain.				neutre <input type="checkbox"/>

/ 4 / 4 / 4

Total : / 12

Total / 12	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
scolarité (années)	9,17	8,73	7,33	8,80	7,43	7,43
moyenne	2,90	2,96	3,15	1,79	2,67	2,28
écart-type	4,00	5,00	3,10	6,00	3,10	4,10
10 ^e percentile	4	5	3	6	3	4

Commentaires:

13. Prosodie émotionnelle — Production



Guide de passation et de cotation **page 25**

Consigne: Je vais vous lire un court texte. Suite à la mise en situation, vous devez dire la phrase avec l'intonation qui exprime le bon sentiment. Il est important de ne dire que la phrase qui est écrite et de ne pas rajouter d'informations.

Cotation: 2: courbe prosodique normale
1: courbe prosodique aplatie, mais identification du sentiment possible
0: courbe prosodique plate ou inappropriée

Exemple: Présenter la phrase « Demain, c'est samedi. » Ensuite, lire la mise en situation suivante :
Benôit déteste son travail et est soulagé que la semaine soit enfin terminée. Très heureux, il le dit à son collègue. Si vous étiez Benôit et que vous étiez heureux, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?
> S'assurer que l'évalué ne dit que la phrase qui est écrite.

PHRASE 1 : Mon mari a brisé mon vase.

1A. Jeanne a un vase qu'elle adore. Sans le faire exprès, son mari a laissé tomber le vase et l'a brisé. Jeanne est bien triste et appelle sa soeur pour lui dire.
*Si vous étiez Jeanne et que vous étiez **triste**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

1B. Marie a reçu en cadeau un vase affreux qu'elle déteste. Son mari a accidentellement heurté le vase qui s'est brisé au sol en mille morceaux. Marie est heureuse d'être enfin débarrassée du vase. Et appelle sa soeur pour lui dire.
*Si vous étiez Marie et que vous étiez **heureuse**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

1C. Catherine a mis plusieurs semaines à faire un beau vase en poterie. Pendant une scène de ménage, son mari a pris le vase et l'a lancé par terre. Catherine est furieuse et appelle sa soeur pour lui dire.
*Si vous étiez Catherine et que vous étiez **très en colère**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

PHRASE 2 : J'ai vu mon médecin aujourd'hui.

2B. Pauline et son mari veulent avoir un enfant depuis longtemps. Pauline est allée chez le médecin et il lui a confirmé qu'elle est bel et bien enceinte. Folle de joie, elle appelle son mari pour lui dire.
*Si vous étiez Pauline et que vous étiez **heureuse**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

2C. Jean-Pierre est en attente de traitements de physiothérapie depuis plusieurs semaines. Son médecin lui a annoncé aujourd'hui qu'il faudrait attendre encore un mois avant le début des traitements. Jean-Pierre est furieux et appelle sa femme pour lui dire.

*Si vous étiez Jean-Pierre et que vous étiez **très en colère**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

2A. Édouard se rend chez son médecin pour obtenir les résultats des examens qu'il a passés. Son médecin lui annonce qu'il est atteint d'une maladie grave. La nouvelle le rend bien triste et il appelle son frère pour lui en parler.

*Si vous étiez Édouard et que vous étiez **triste**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

PHRASE 3 : J'ai reçu une lettre de mon père.

3C. Olivier a reçu une lettre de son père lui annonçant qu'il a l'intention de le déshériter suite à une querelle récente. Olivier est furieux et appelle sa femme pour lui en parler.

*Si vous étiez Olivier et que vous étiez **très en colère**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

3A. Louis a reçu une lettre de son père lui annonçant le décès d'une tante qu'il aimait bien. Cette nouvelle lui fait de la peine et il appelle sa femme pour lui annoncer.

*Si vous étiez Louis et que vous étiez **triste**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

3B. Antoine a reçu une lettre de son père lui annonçant qu'il pourra venir passer les vacances de Noël chez lui. Comme ils ont toujours eu une belle relation, Antoine est très content d'apprendre la nouvelle et il appelle sa femme pour lui dire.

*Si vous étiez Antoine et que vous étiez **heureux**, avec quelle intonation diriez-vous cette phrase?*

0 1 2

Tristesse (A) : / 6 Joie (B) : / 6 Colère (C) : / 6 Total : / 18

Grand total / 18	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
scolarité (années)	14,10	14,37	11,37	14,50	12,03	13,23
moyenne	4,21	3,06	4,75	2,79	3,99	3,23
10 ^e percentile	8,00	11,00	2,30	10,10	7,00	8,10
point d'alerte	8	11	4	10	7	8

Commentaires :

Épreuve de production en prosodie émotionnelle :

PHRASE 1 : « *Allez-y, passez !* »

- JOIE : Vous faites la queue à la boulangerie pour acheter une baguette. Aujourd'hui il fait beau et vous vous sentez heureux. Quelqu'un de très pressé essaie de passer devant vous.
Vous êtes joyeux et vous lui dites : « Allez-y, passez ! »
-
-

- TRISTESSE : Vous faites la queue à la boulangerie. Rien ne va aujourd'hui : il pleut, l'ami avec qui vous deviez déjeuner a annulé. Tout ça vous attriste. Quelqu'un de très pressé essaie de passer devant vous.
Vous êtes triste et vous lui dites : « Allez-y, passez ! »
-
-

- COLERE : Vous êtes en retard pour votre prochain rendez-vous. Vous n'avez pas eu le temps de manger et il y a tout ce monde devant vous à la boulangerie. Quelqu'un essaie de passer devant vous.
Vous êtes en colère et vous lui dites : « Allez-y passez ! »
-
-
-

PHRASE 2 : « Ah, vous voilà ! »

- COLERE : Vous êtes chez vous et attendez vos neveux pour déjeuner. Ils devaient arriver à midi, or il est déjà 13h. Tout le repas est maintenant froid. Ils viennent de sonner à la porte. Vous ouvrez.
Vous êtes en colère et vous dites : « Ah vous voilà ! »
-
-

- JOIE : Vous êtes à la gare et attendez de la famille. Le train arrive et beaucoup de voyageurs descendent. Vous avez hâte de les revoir, vous les cherchez du regard et enfin ils sont là.
Vous êtes joyeux et vous dites : « Ah vous voilà ! »
-
-

- TRISTESSE : Vous êtes à l'hôpital car l'un de vos amis a eu un accident. D'autres amis arrivent pour attendre des nouvelles avec vous.
Vous êtes triste et vous dites : « Ah vous voilà ! »
-
-
-

ENTRETIEN

- Quel est votre nom exact (votre nom de jeune fille) ? Quelle est l'origine (géographique) de votre nom ?
- Où êtes-vous né(e) ? Où avez-vous été à l'école ? Vous rappelez-vous certains de vos camarades d'école ? Vous m'avez cité le (plusieurs) nom(s) de camarade(s) d'école, avez-vous une idée de ce qu'il(s) est (sont) devenu(s) ?
- Quand vous êtes-vous marié(e) ? A quel endroit ? Avant d'être marié(e) connaissiez-vous votre femme(mari) depuis longtemps ?
- Vous souvenez-vous de votre premier emploi ? De quoi s'agissait-il ? Aujourd'hui, de plus en plus de jeunes ont des difficultés pour trouver un emploi, à quoi cela est-il dû d'après vous ?
- Avez-vous des enfants ? Que font-ils ? Pouvez-vous me parler d'eux ? Que pensez-vous du conflit des générations ?
- Où habitez-vous ? Avez-vous toujours habité à cet endroit ? Aimez-vous le quartier où vous habitez ?
- Que faites-vous dans la journée ? Regardez-vous la télévision ? Beaucoup de personnes critiquent la qualité des émissions de télévision, qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous des amis ? Qui sont-ils ? Les voyez-vous souvent ? Est-ce que les amis de vos amis sont vos amis ?

1. Intelligibilité du langage oral

Cochez le chiffre qui correspond le mieux au degré de détérioration de l'expression du patient.

- 0 Aucune difficulté : le patient parle clairement et/ou est intelligible.
- 1 Très léger : le patient a présenté une fois un défaut d'intelligibilité.
- 2 Léger : le patient a des difficultés moins de 25 % du temps.
- 3 Modéré : difficultés présentes 25 % à 50 % du temps.
- 4 Modérément sévère : difficultés présentes plus de 50 % du temps.
- 5 Sévère : une ou deux émissions vocales ; mutisme ou langage fluent mais vide.

Score :
/ 5

2. Compréhension

Cochez le chiffre qui correspond le mieux au degré de détérioration de la compréhension.

- 0 Aucune difficulté : le patient comprend.
- 1 Très léger : un épisode de défaut de compréhension.
- 2 Léger : le patient a des difficultés de compréhension moins de 25 % du temps.
- 3 Modéré : difficultés de compréhension présentes 25 % à 50 % du temps.
- 4 Modérément sévère : difficultés de compréhension supérieures à 50 % du temps.
- 5 Sévère : le patient répond rarement de façon appropriée aux questions sans que cela soit dû à une réduction du langage

Score :
/ 5

3. Manque du mot

Cochez le chiffre qui correspond au degré de détérioration du patient concernant le manque du mot.

- 0 Aucune difficulté
- 1 Très léger : manque du mot à une ou deux reprises (signification clinique discutable).
- 2 Léger : emploi manifeste d'éléments compensateurs (circonlocutions et synonymes).
- 3 Modéré : manque du mot occasionnel sans élément compensateur.
- 4 Modérément sévère : fréquents manques du mot non compensés.
- 5 Sévère : discours creux : perte totale du sens des mots ;

Score :
/ 5

5. Dénomination

Cochez impérativement les réponses correctes et incorrectes.

doigts :	RÉPONSE		OBJETS :	RÉPONSE	
	Correcte	Incorrecte		Correcte	Incorrecte
Pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rose (pousse dans le jardin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majeur-Médius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit (on s'en sert pour dormir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petit doigt- Auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peigne (pour les cheveux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crayon (pour écrire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masque (loup) (pour cacher le visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ciseaux (pour couper du papier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sifflet (fait du bruit quand on souffle dedans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Portefeuille (Porte-carte) (pour garder les billets / les papiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hochet (un jouet d'enfant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Harmonica (instrument de musique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Stéthoscope (le médecin s'en sert pour ausculter le cœur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Entonnoir (pour remplir une bouteille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score :

Seuls les mots exacts sont acceptés.

La cotation est basée sur le total des réponses incorrectes.

Nombre total (objets et doigts) de réponses incorrectes /17 :

0 0-2 erreurs.

1 3-5 erreurs.

2 6-8 erreurs.

3 9-11 erreurs.

4 12-14 erreurs.

5 15-17 erreurs.

Score :

/ 5

Annexe II : Dialogues extraits des séances de l'atelier d'expression théâtrale

1. Séance du 26 novembre

1.1. Relaxation

« Vous imaginez que vous êtes en train de vous promener dans la forêt. Vous êtes en train de vous promener dans la forêt. Vous marchez tranquillement, les feuilles mortes crissent sous vos pas. Vous poursuivez votre chemin. Puis vous arrivez au bord d'un ruisseau, un ruisseau dont les eaux calmes s'écoulent lentement, très lentement devant vous. De regarder ce ruisseau qui coule vous apporte beaucoup de bien-être. Alors tout doucement, tout tranquillement, vous allez vous asseoir. Puis vous tendez la main vers le ruisseau et vous touchez l'eau, qui vous caresse la main. C'est une eau fraîche ou bien tiède qui glisse lentement entre vos doigts. Vous sentez cette douceur de l'eau entre vos doigts. Vous prenez un peu d'eau dans une main et vous en imprégnez votre autre main. C'est délicieux comme sensation. C'est frais, c'est agréable. Vous êtes bien. Maintenant vous allez goûter l'eau. Vous imaginez que vous goûtez l'eau et vous sentez cette eau très douce qui glisse dans votre gosier, qui est agréable, qui étanche votre soif. Vous êtes de mieux en mieux. Vous fermez les yeux et vous écoutez tranquillement le bruit de l'eau qui coule, qui saute de rocher en rocher, qui s'écoule lentement à vos pieds. Vous êtes bien, vous êtes très bien. Vous vous reposez un long long moment au bord de l'eau. Vous ne pensez plus à rien. Tous vos soucis s'envolent. Vous vous laissez bercé par le bruit de l'eau. Vous êtes tranquille. Vous ne pensez plus à rien. Puis tout doucement, vous ouvrez les yeux, vous observez le ruisseau qui s'écoule à vos pieds et vous vous relevez. Vous repartez sur le chemin en sens inverse, vidé de vos soucis vers un monde plus bruyant. Vous êtes bien, vous êtes rassérénés. Vous ouvrez les yeux. »

1.2. Exercice de l'écho

Il s'agit de répéter ce que son partenaire dit.

O.M. : Tout va bien.
M.A. : tout va bien.

O.M. : Je vais sortir.
M.A. : Je vais sortir.
O.M. : JE VAIS SORTIR !
M.A. : JE VAIS SORTIR ! (Respect de la prosodie)
O.M. : Je vais prendre mes clés.
M.A. (souffle) : Je vais prendre mes clés. (modification prosodique)
O.M. : Pour aller au cinéma !
M.A. (silence) : Je veux pas aller au cinéma.
O.M. : J'ai pas d'écho là... Pour aller au cinéma !
M.A. : D'accord... Pour aller au cinéma.
O.M. : Vous venez avec moi ?
M.A. : Où ?
O.M. : Vous venez avec moi ?
M.A fait non de la tête.
O.M. : Je vais voir un western.
M.A ne dit rien.
O.M. : Je vais voir un western.
M.A. : Et puis ?
Les rôles sont inversés.
O.M. : Vous parlez, je répète.
M.A. : Je vais voir Tarzan.
O.M. : Je vais voir Tarzan.
M.A. : Mais faut pas répéter ?
O.M. : Mais faut pas répéter ?
M.A. : Hein ?
O.M. : Hein ?
M.A se tourne vers le public et siffle. O.E fait la même chose.
M.A. : Bon !
O.M. : Bon !
M.A. : Il-faut-pas-répéter !!!
O.M. : Il-faut-pas-répéter !!!
M.A et O.M ensemble : Il-faut-pas-répéter !!!
M.A. : Marche ! (en s'avancant vers le public)
O.M. : Marche ! (Elle suit M.A.)
Ils regardent le public.
M.A. : Tu connais tous les les...
O.M. : Tu connais les les...
M.A. : Les bons à rien là !
O.M. : Les bons à rien là !
M.A. : Oh là là... (en partant s'asseoir à sa place)
O.M. : Oh là là...

2. Séance du 28 janvier

Nous vous présentons ici un exemple de l'exercice de l'écho :

S.G. : Qu'est-ce qu'il m'énerve !

M.M. : Qu'est-ce qu'il m'énerve !

S.G. : Mais qu'est-ce qu'il m'énerve !

M.M. : Mais qu'est-ce qu'il m'énerve !

S.G. : Oh mais qu'est-ce qu'il...

[O.M. Précise qu'il faut changer de phrase]

S.G. : Demain, on se voit ?

M.M. : Ah... ben...

[O.M. : M.M... vous êtes un écho!]

M.M. : Ah oui ! C'était un piège.

S.G. : Demain, on se voit ?

M.M. : Demain, on se voit. **(changement d'intonation)**

S.G. : Dire que tu m'as dit ça !

M.M. : Ah bon ?

Rire.

M.M. : Mais c'est pas possible... **(en riant)**

S.G. : Dire que tu m'as dit ça.

M.M. : Dire que tu m'as dit ça... Dire que tu m'as dit ça...

S.G. : Ah là là ça fait plaisir de te voir

M.M. : Ah là là ça fait plaisir de me voir !

3. Séance du 18 février

Nous présentons ici les dialogues issues des improvisations.

3.1. Mme T.

Accompagnée par l'AMP H., Mme T doit improviser une femme très pressée ne trouvant pas son chemin et qui demande son chemin à une passante :

[Mme T se promène sur toute la scène.]

[O.M. : Plus pressée que ça, Mme T. !]

Mme T. se met alors à faire des petits pas très rapides, puis elle se retrouve face à l'AMP H.

Mme T. : Pardon...

AMP H. : Oui ? Moi, j'attends le bus.

[Silence]

[O.M. : Vous lui de mandez votre chemin]

Mme T se remet à marcher vite, puis revient dans le dos de l'AMP H et la bouscule en riant.

AMP H. : Ah, mais faites attention ! Oh là là... Mais qui vous êtes vous alors !

[Mme T s'arrête devant l'AMP H.]

Mme T : Pardon... Je n'ai pas fait exprès. **(Elle semble prête à rire)**

AMP H. : Vous avez l'air de chercher quelque chose !

Mme T se remet à marcher.

Mme T. : Le chemin !

[Mme T. s'assoit sur une chaise au fond de la scène, avec un grand sourire.]

AMP H. : Ah bah, vous aussi, vous attendez le bus ! Vous allez où ?

Mme T : Ça vous regarde ?

[Aparté de Mme H : Je lui tends des perches...]

[O.M. : C'est pas grave... continuer !]

AMP H : Vous allez où, vous ? Parce que celui-là, il va à Las Planas !

[Silence]

AMP H. : Vous n'avez pas la tête à aller à Las Planas

[O.M. : Il faut improviser, Mme T !]

AMP H : Vous avez l'air de chercher quelque chose, Madame !

Mme T. : C'est vrai.

AMP H. : Ah bah, je savais bien... Vous voulez bien venir par ici ?
AMP H. : Vous cherchez quoi ?

L'AMP H la ramène au centre de la scène.

Mme T. : Oh... peut-être vous ?

Mme T se rapproche de sa partenaire et le touche du doigt

AMP H. : Vous m'attendez ? Mais non, je vois bien que vous attendez le bus ! Et vous allez où, vous ?

Mme T. : A Nice !

AMP H. : Ah mais Nice c'est vaste !

[O.M. : Plus fort !]

AMP H. : Parce que là, c'est pour Las Planas !

Mme T. : Là, c'est Las Planas ! **(en riant)**

AMP H. : Oui, et c'est pas une autre planète Las Planas. C'est là où vous allez, vous ?

Mme T. : Oui !

AMP H. : Ça m'étonnerait ! Vous avez pas la tête...

Mme T. réagit en levant les bras au ciel.

Mme T. : Oh... Qu'est-ce que vous dites ?

AMP H. : Que vous n'avez pas la tête à aller à Las Planas.

Mme T. : Et pourquoi ?

Mme T. se retourne face à sa partenaire, les mains dans le dos.

AMP H. : Et pourquoi, vous avez la tête à aller au port !

Mme T. : Eh bien, non pourtant !

Mme T. tourne le dos au public.

AMP H. : Vous y allez ! Comme vous y allez... Vous me semblez un peu perdue

Mme T. : Oui...

AMP H. : Ah. Vous habitez où, ma petite dame ? Vous avez pas votre sac à main ?

Mme T. : Non. Je ne sais pas. Voilà !

[O.M. : Vous allez peut-être partir avec elle ?]

Mme T. : Non, elle est trop grande pour moi ! **(en réponse à l'intervention de O.M.)**

AMP H. : Dites-moi, là où vous habitez, vous pouvez m'expliquer ?

Mme T. : J'habite très haut.

AMP H. : Ah ... dans les hauteurs ! Donc vous n'habitez pas au port.

Mme T. : Oh non !

AMP H. : J'aurai tenté...

3.2. Mme F.

L'improvisation se déroule dans le restaurant d'un lycée hôtelier. Une serveuse renverse sur une cliente (Mme F) un plat de spaghetti bolognaise.

O.M. : Madame que puis-je vous servir ?

Mme F. : Euh... eh bien, je voudrais avoir quand même un beau plat., quelque chose de bien servi.

O.M. : Nous avons des spaghetti bolognaises absolument excellents ! Ça vous va ?

Mme F. : Oui.

O.M. : Je vais les chercher.

Mme F. : Oui.

O.M. : Oh là là, c'est la première fois que je fais cela, servir des spaghetti bolognaise avec toute la sauce. Faut que je fasse attention. C'est chaud... Voilà vos spaghetti bolo... bolo... bolognaise **(le plat de spaghetti est renversé sur les jambes de J.)**

Mme F. entend ce que dit O.M. : elle reste assise face au public, respectant le code du théâtre où plusieurs actions peuvent se dérouler sur scène sans qu'il y ait d'interférence. Néanmoins, J. tire la langue de manière exagérée, produisant ainsi une mimique d'inquiétude amusée.

Mme F. : Mais... mais faites attention ! (J. ouvre les mains et montre la tache. Son regard fait des aller-retours entre la catastrophe et le regard de S.M.)

O.M. : Oh je suis désolé !

Mme F. : Vous me salissez ! Regardez un peu !

O.M. : Oh je suis désolée !

Mme F. : Oui mais...

O.M. : Oh je suis désolée !

Mme F. : Tout de même !

O.M. : Pardon Madame.

Mme F. : Mais alors. (O.M. Tente de la nettoyer sur les genoux et sur le visage. J. se défend de ce contact par des gestes.) Tout de même !

O.M. : Oh là là ! Mais ça ne se verra pas.

Mme F. : C'est beau de dire ça, mais...

O.M. : Comme ça !

Mme F. : Mais ça a été fait quand même ! (voix aiguë montrant l'indignation)

O.M. : Je vais vous en chercher d'autres ?

Mme F. : Oh... (Mme F. est perplexe) Et alors ?

O.M. : Hein ?

Mme F. : Bon maintenant, j'attends le plat.

O.M. : Y en a plus.

Mme F. : Bah bien sûr. Tout est... tout est... Tout a été renversé !

O.M. : Je vais nettoyer.

Mme F. : Alors je ... je... je rentre.

O.M. : Attendez ! (O.M ramasse ce qu'il y a par terre pour le remettre dans l'assiette)

Mme F. : Oh bah, gardez-ça pour vous ! (Colère : voix aiguë, rythmée. Les gestes témoignent de son refus) Gardez-ça pour vous maintenant. Alors je vous remercie indéfiniment.

O.M. : Madame, madame !

Mme F. : Non, non, non. (voix aiguë, très rythmée, témoignant de la conviction de J.)

O.M. : Je démarre.

Mme F. : Terminez ! Terminez ! (J. rompt le contact visuel. Ses mains repoussent le contact de O.M. « Terminez » est scandé, d'une voix forte.)

O.M. : Le chef, il va me jeter... (O.M parle en continu, montrant ainsi sa peur.

Mme F. est obligée alors pour mettre fin à la conversation d'utiliser une voix forte, des gestes catégoriques.)

Mme F. : Au revoir, Madame ! (Mme F. s'en va se retourner.)

4. Séance du 4 mars

4.1. Relaxation

« Nous fermons les yeux et nous allons imaginer que nous sommes en face d'un magnifique arc-en-ciel. Nous allons commencer par les couleurs du bas.

Nous allons partir du violet. Vous êtes plongés dans la couleur violette. Vous êtes bien. C'est une couleur calme. C'est la couleur de la tranquillité, de la sagesse. Vous essayez d'imaginer des choses violettes, des fleurs violettes, des objets violets. Vous êtes bien, vous êtes détendus.

Du violet, vous allez plonger dans l'indigo. L'indigo est la couleur profonde des océans, au plus profond des océans. Vous êtes dans l'eau et vous nagez tranquillement : de beaux poissons, de beaux rochers. Vous êtes plongés dans la mer. Vous êtes vraiment détendus.

De l'indigo, vous allez maintenant passer au bleu, le bleu de l'azur, le bleu du ciel. Vous êtes plongés dans le bleu. Vous êtes au calme, dans la sérénité.

Puis du bleu, vous passez maintenant au vert : le vert des prairies, le vert des arbres, le vert de l'herbe... Imaginez que vous êtes en train de marcher pieds nus dans l'herbe. Vous avancez tranquillement, calmement. C'est une couleur très agréable. Vous vous oxygénez, vous prenez l'air.

Du vert, vous allez passer au jaune. C'est la chaleur du soleil, c'est la vitalité, c'est la vie. Vous avancez sous le soleil. Il fait chaud, vous êtes bien.

Mais peu à peu, du jaune vous passez à l'orange : l'orange vitaminé, l'orange dynamique, qui vous donne des forces, de l'énergie.

De l'orange, vous plongez dans le rouge : le rouge de la force, le rouge de la vie. Vous prenez beaucoup de force. Parce que ce après-midi, vous allez en avoir besoin. Beaucoup d'énergie. Imaginez des pommes rouges, des cerises, des fraises, un cœur tout rouge.. Et peu à peu, vous avez vu toutes les couleurs de l'arc-en-ciel. Vous ouvrez les yeux, vous détendez vos épaules, vos chevilles et vous êtes prêts pour l'atelier. »

4.2. Travail des émotions

Acteur produisant l'émotion	Émotion	Observation :	Personne reconnaissant l'émotion
Mme F	Amusement	Consigne non comprise par Mme F.	Cf : observation
	Joie	Danse, chantonne. N'utilise pas que la phrase « <i>C'était la joie au cœur</i> »	Mme G
Mme G	Dédain	Essai 1 : Dît la phrase, puis dît l'émotion	Cf observation
		Essai 2 : Dît la phrase, avec geste des mains. La prosodie est neutre.	Mme F : « Sans goût, sans volonté » Mme G : le dédain
M. A.	Colère	Essai 1 : Dît la phrase. Mais aucune émotion.	Impossible de deviner
	Rêve	Essai 2 : Dît la phrase, avec geste des mains, mais aucune prosodie émotionnelle. Besoin d'aide.	S.G.
AMP H.	Peur	R.A.S	Mme F
Mme T.	Tristesse	Dît la phrase tout bas en s'avancant vers un des participants.	Public Après la reconnaissance du public, Mme T fait semblant de pleurer.
Mme O.	Colère	Mme O. : « Oh c'est facile ça ! » Mme O. ne peut tenir son émotion pendant une longue durée ; elle se met à chanter.	Mme F : « la peur, en rêvant [...] elle est fâchée. » Public
S.G.	Interrogation	R.A.S	Public

O.M.	Gêne	R.A.S	Mme F
AMP H.	Amusement	R.A.S	Mme F : Comique Public

4.3. Improvisations

a) Mme G

Mme G. : Bonjour !
O. M. : Ah bonjour ! Ça va ?
Mme G. : Oui (oui allongé témoignant de la joie)
S. M. : Alors qu'est-ce que tu as à me raconter aujourd'hui ?
Mme G. : J'ai une idée formidable.
O. M. : C'est pas vrai ? (incrédule) T'as des idées ?
Mme G. : De temps en temps ! Ça me prend ! (rire)
O. M. : Oh, c'est super ! Et c'est quoi cette idée ?
Mme G. : Cette idée (lève les yeux au ciel pour chercher l'idée), c'est que ... (voix très faible : elle confie un secret)
O. M. : C'est pas vrai ? (voix forte) Dis le plus fort parce que je ne te crois pas !
Mme G. : (sourire et regard vers le public) Nous allons avoir beaucoup d'argent, toi et moi.
O. M. : Dis le très fort, parce que je ne te crois pas.
Mme G. : Nous allons avoir énormément d'argent, toi et moi !
O. M. : Oh c'est pas vrai ! T'as gagné au loto ?
Mme G. : Presque.
O. M. : Alors c'est quoi ton idée ?
Mme G. : Mon idée, c'est que...
O. M. : Comment on va faire pour avoir plein d'argent ?
Mme G. : Plein d'argent, j'en ai déjà un peu,
O. M. : Oui, bah ça je savais. C'est pas une idée super, ça !
Mme G. : J'en avais déjà un peu, et avec ce que je vais avoir maintenant, je vais le mettre avec ce que j'avais déjà et ça me fera vraiment une très très très très bonne affaire.
O. M. : Oh pas mal ! Et comment on va faire pour faire fructifier cet argent ? T'as une idée ?
Mme G. : On va le placer quelque part.
O. M. : Oui, mais en ce moment les placements...
Mme G. : Oh, mais faut chercher ! On va pas faire le premier placement qu'on voit !
O. M. : Ah bon.

Mme G. : On va chercher. On va se re... se documenter sur toutes les choses qu'il y a en ... en placement. Et puis on va voir, et on va mettre notre argent dans un placement qui rapporte.

O. M. : Et ton idée, elle est sûre ?

Mme G. : Je pense qu'elle est sûre.

O. M. : Tu penses ou t'es sûre qu'elle est sûre ?

Mme G. : Non, pour moi, elle est sûre.

O. M. : C'est quoi, c'est où le placement ?

Mme G. : Le placement, c'est dans une banque. Évidemment. Mais pas une banque... euh... une petite banque.

O. M. : Ah. Moi, on m'a dit qu'en ce moment, les petites banques... c'est pas terrible, hein.

Mme G. : Justement ! Si on y va pas souvent, c'est mieux.

O. M. : Ah !

Mme G. : On va dans cette banque, on prend ce qu'il nous faut. On leur demande de nous donner la différence. Et on s'en va, avec notre argent !

O. M. : Mais, mais ... on y va avec des flingues alors ? C'est pas ça ton idée ?

Mme G. : (rire) Non, non

O. M. : « Donnez-nous la différence ! » Hein ? Non ?

Mme G. : C'est-à-dire que le flingue, on en a toujours un dans le sac ! (hochement de la tête, léger sourire)

O. M. : Eh oui ! Moi, je me balade avec tout le temps, c'est vrai ! Il est chargé en bon, ça aide toujours un flingue.

Mme G. : Ça aide toujours un flingue.

O. M. : Mouais, mouais. Mais ça, je suis d'accord, alors ! Une petite banque, où il n'y a pas grand monde...

Mme G. : Où il n'y a pas grand monde

O. M. : Voilà !

Mme G. : On va dans cette petite banque...

O. M. : On se masque un peu ?

Mme G. : On se masque un peu.

O. M. : Hé, on va se masquer.

Mme G. : On se masque un peu.

O. M. : On va se masquer. Moi j'ai trouvé des masques au carnaval super !

Mme G. : On va se masquer, on sort nos deux flingues.

O. M. : Nos deux flingues.

Mme G. : toi et moi !

O. M. : ouais. Je l'ai, tu veux voir ?

Mme G. : Oui, c'est ça. J'ai le même.

O. M. : T'as le même ! Parfait ! Et là ?

Mme G. : Et là, on leur dit : « Donnez-nous la caisse ! »

O. M. : Oui. Comme ça ?

Mme G. : Comme ça !

O. M. : « Bonjour, vous êtes bien gentils. Donnez-nous la caisse ! » Tu crois que ça va marcher ?

Mme G. : Mais oui, ça va marcher si on a les armes.

O. M. : Oh oui, c'est vrai, on a les armes ! Mais faut prendre un moment où il n'y a pas grand monde.

Mme G. : Faut pas aller le matin tôt

O. M. : Y a trop de monde ! T'as raison.

Mme G. : Il faut pas y aller ...

O. M. : A quelle heure faut-il cambrioler les banques ?

Mme G. : Faut y aller une heure avant la sortie du soir !

O. M. : Vers 16h30 ?

Mme G. : Vers 16h30-17h !

O. M. : Entre chien et loup.

Mme G. : Voilà, entre chien et loup !

O. M. : On nous reconnaîtra pas !

Mme G. : On nous reconnaîtra pas ! D'abord on aura des...

O. M. : D'accord ! Que je sois sûre de moi. Moi, j'ai mon flingue. Toi, t'as ton flingue. Et on leur dit... Comment tu as dit ?

Mme G. : Sortez-nous l'argent que vous avez dans le coffre !

O. M. : Sortez-nous l'argent que vous avez dans le coffre ! Il faut le dire sur un ton un peu....

Mme G. : Oh oui !

O. M. : Allez, vas-y ! Dis-moi ! Montre-moi !

Mme G. : Maintenant monsieur, vous allez nous sortir tout l'argent que vous avez dans le coffre ! (voix forte)

O. M. : S'il vous plaît !

Mme G. : S'il vous plaît.

O. M. : Et moi, derrière, je dis : « S'il vous plaît » Comme ça, il ne peut pas nous le refuser.

Mme G. : « – Mais madame, madame... » « – Il n'y a pas de madame, madame ! Vous allez nous sortir l'argent qu'il y a dans le coffre ! Immédiatement. »

O. M. : Mais s'il te dit madame, c'est qu'il t'a reconnue !

Mme G. : Mais c'est parce que je suis une femme !

O. M. : Mouais...

Mme G. : Il va pas me dire monsieur !

O. M. : Mais après, une fois, qu'on a le coffre, l'argent du coffre...

Mme G. : On le porte à la maison.

O. M. : Ouais, mais faut courir là ! Tu te sens de courir ?

Mme G. : Oui, ou on prend des chemins de traverse.

O. M. : Mouais... Et on n'en tue pas un ou deux au passage ?

Mme G. : Ah non, non !

O. M. : On tue personne ?

Mme G. : On ne tue personne ! On leur prend l'argent, c'est tout !

O. M. : Et y aura personne pour nous arrêter ?

Mme G. : Je ne pense pas !

O. M. : Parce qu'entre chien et loup, y a personne dans les rues.

Mme G. : Voilà !

O. M. : Personne non plus dans les banques. Et ils vont être tellement sidérés de nous voir ...

Mme G. : Qu'ils ne diront rien !

O. M. : Qu'ils ne diront rien ! Si ça marche, moi je le fais 3-4 fois par semaine. T'as des idées super !

Mme G. : Oui, de temps en temps, ça me prend !

O. M. : Alors on va avoir plein d'argent.

Mme G. : J'espère !

O. M. : Sans jouer au loto !

Mme G. : Sans jouer au loto !

O. M. : C'est super ! Moi, je crois qu'il faut faire ça souvent ! Quand est-ce qu'on fait ça ?

Mme G. : Eh bien c'est quoi aujourd'hui ? Mardi ? Dimanche ?

O. M. : Dimanche, les banques, elles sont fermées !

Mme G. : On fera ça...

O. M. : Le dimanche, y a personne personne.

Mme G. : On fera ça, jeudi ou vendredi !

O. M. : Jeudi ou vendredi. Vendredi 13, ça porte bonheur. Premier vendredi 13 de l'année, on se fait une banque.

Mme G. : On se fait une banque !

b) Mme F

Deux amies se retrouvent au café, car l'une (J.) a une excellente nouvelle à annoncer à l'autre.

AMP H. : Oh bonjour !

Mme F. : Oh bonjour ! Alors, comment ça va ?

AMP H. : Ça va. On va prendre le petit thé. Un thé ou un café ?

Mme F. : Alors, comment ça va ? Moi, je prends un café ! Et toi comment ça va ?

AMP H. : Je viens pour la chose que tu voulais me dire.

Mme F. : Eh bien, je voudrais savoir les nouvelles.

[O. M. : Vous avez une très bonne nouvelle à lui annoncer.]

Mme F. : J'ai une très bonne nouvelle.

AMP H. : Eh bien, c'est bien pour ça que je viens, Tu me l'as déjà dit au téléphone. J'aimerais bien savoir.

Silence

[O.M. : C'est quoi la nouvelle ?]

Mme F. : La nouvelle, c'est que ... euh... c'est-à-dire... qu'est ce que je vais dire ?

[O.M. : Vous inventez.]

Mme F. : Hein ?

[O.M. : Vous inventez ! C'est pas du vrai, c'est du théâtre.]

Mme F. : Je vais m'envoyer une petite goutte.

AMP H. : Ah, il est bon !

Mme F. : Euh... c'est à dire qu'aujourd'hui, nous sommes lundi. Hein ?

AMP H. : Oui.

Mme F. : Nous sommes lundi. Bon, ce matin, je me suis levée à 5 h du matin.

AMP H. : Mmh.

Mme F. : J'ai eu ma fille. (voix faible)

AMP H. : Hein ? (voix forte)

Mme F. : J'ai eu ma fille.

AMP H. : Ah, t'as eu ta fille.

Mme F. : Oh là là qu'est ce qu'elle m'a enguirlandée ! Elle m'a dit : « qu'est-ce que tu te lèves à 5h du matin ? Mais aujourd'hui c'est pas l'heure. C'est le centre mais c'est pas l'heure. (la main de J. rythme sa parole) Va te coucher ! (geste de la main, indiquant un lieu) Tu te lèveras quand je te lèverai. (Elle pointe son doigt sur S. I. Le regard est fixe.) Et c'est tout. File ! (voix très aiguë, débit plus rapide, ne laisse pas la place aux interventions de l'autre)

AMP H. : D'accord. Et alors ?

Mme F. : (changement de ton : voix douce, débit ralenti, intensité plus faible) J'ai pas bronché, tant qu'elle me lève pas. Quand je me suis levée, (recul de la tête, intensité encore plus faible avec mis en relief du mot peur) j'avais peur même d'aller aux WC.

AMP H. : Tiens donc !

Mme F. : Tu te rends compte ? (voix faible)

AMP H. : Mais alors la bonne nouvelle, là-dedans ?

Mme F. : La bonne nouvelle après, c'est qu'elle m'a dit : « Maintenant qu'est ce que tu fais ! C'est le centre aujourd'hui. (souffle inspiré) Quand elle m'a dit ça, qu'est ce que j'étais contente ! (Le mot contente est allongé, les yeux montent au ciel, sourire)

[O.M. : Ah, ça c'est une bonne nouvelle à annoncer.]

Mme F. : Ça, c'est une bonne nouvelle à t'annoncer. Excellente nouvelle, car je vais revoir mes amis, que j'aime énormément, de tout mon cœur.

5. Séance du 18 mars

5.1. Relaxation

« Vous allez imaginer que vous vous êtes en train de vous promener dans la forêt. Alors fermez les yeux et imaginez-vous en train de vous promener dans la forêt. Vous marchez dans la forêt et vous allez être sensibles à tout ce qui va solliciter vos sens. Vous marchez tranquillement. Par terre, il y a un tapis de mousse. Vous avancez tranquillement dans la forêt. Vous êtes bien. Ça sent bon les odeurs de la forêt : les odeurs des fleurs, les odeurs des plantes, les odeurs des pins à travers lesquels vous marchez. Vous êtes bien. Vous sentez sur votre peau la caresse du soleil qui passe à travers les branches des arbres. Vous êtes très très bien. Vous avancez et puis, comme vous avez envie de sentir sous vos pieds la mousse des bois, vous allez enlever vos chaussures. Puis vous entendez le bruit d'un ruisseau. Vous vous approchez de ce ruisseau. Vous vous asseyez tout près du ruisseau, sur une roche toute moussue. C'est très agréable. Vous touchez la mousse avec vos mains, un peu humide, mais agréable. Alors, vous vous allongez sur la mousse et vous écoutez le bruit de l'eau. Vous êtes bien. Vous êtes très très bien. Vous sentez la mousse sous vos pieds, sous votre dos, sous votre tête, sous vos mains. Vous sentez la chaleur du soleil. Vous sentez les odeurs des plantes : ça sent un peu le thym, le romarin... Puis vous restez là un petit moment pour bien écouter tous les bruits, tous les chants d'oiseaux, le bruit des cigales... Tous les petits bruits de la forêt ! Vous êtes bien, vous êtes détendus. Alors vous ouvrez les yeux. Autour de vous, il y a plein de couleurs : il y a le bleu du ciel, le vert des arbres, le jaune du soleil, la transparence du torrent ; et puis plein de petits animaux, qui passent par-ci, par-là. Il

y a un petit oiseau, de couleur rouge. Il y a un petit écureuil, tout roux, non loin de vous. Et puis plein de petits insectes, qui viennent parfois monter sur votre main, sur votre doigt, sur votre cou. Ça chatouille un petit peu. Vous sentez toutes ces chatouilles. Qu'est-ce que vous êtes bien ^parmi les couleurs que vous regardez, parmi les sons que vous entendez, les odeurs que vous sentez, les choses que vous touchez. Et même, en ouvrant les yeux, vous trouvez une petite fraise des bois. Alors vous la cueillez et même votre goût est sollicité. Alors dans votre bouche, le goût de la fraise des bois... Mmmh que c'est agréable à manger ! Tout va bien. Vous êtes en parfaite harmonie avec la nature. Vous vous sentez tellement détendus que maintenant vous pouvez ouvrir les yeux ! Et puis vous allez reprendre le chemin. Vous remettez vos chaussures. Vous rentrez tranquillement, tout doucement, chez vous. Vous avez rechargé vos batteries. Vous êtes bien. Ouvrez complètement les yeux. »

5.2. Travail vocal

Nous présentons ici le travail vocal de Mme T.

Mme T. et S.G sont sur scène. Chacune a une phrase à dire en réponse à l'autre.

Mme T. : A table ! (voix forte)

S.G. : Zut...

Mme T. : Comment ?

O.M. : Il faut juste dire « à table », c'est tout, pas « comment »

Mme T. : A table ! Allez... (Elle prend la main de S.G et souhaite l'amener à la table qui est à côté d'elle)

S.G. : Zut ! (voix forte)

Mme T. : Zut ? Et pourquoi ?

O.M. : A table... (voix faible) A chaque fois, vous dites « à table »

Mme T. : A table ! (voix lasse)

S.G. : Zut !

Mme T. : R'à table !

S.G. : Zut...

Mme T. : Zut ?

S.G. : Zut...

Mme F. : A table !

Mme T. : Allez, maintenant, à table !

S.G. : Zut...

O.M. : Maintenant vous êtes en colère.

Mme T. : Maintenant, à table ! Ça suffit.

S.G. : Zut !

Mme F. : A table !

O.M. : Maintenant, vous la suppliez.

Mme T. : Allez, allez... S'il te plaît ! (Elle prend les mains de S.G.) Allez...

O.M. : A table !

Mme T. : Allez, à table ! Sinon, Papa va se mettre en colère. (Elle garde dans ses mains celles de S.G.)

S.G. : Zut...

Mme T. : Allez...

O.M. : A table ! A table !

Mme T. (en riant) : A table... (Elle rit et tire sur les bras de S.M. Pour la faire avancer jusqu'à la table, de plus en plus fort)

Les rôles sont maintenant inversés : Mme T va dire « Zut », tandis que S.G dira « A table ».

S.G : A table ! (en colère)

Mme T. : Zut !

S.G. : A table ! (en colère)

Mme T. : J'ai dit « zut » !

S.G : A table !

Mme T. : Non...

S.M. : Zut !

Mme T. : Zut, zut et zut !

S.G. : A table ! (joyeuse)

Mme T. : Zut.

S.G. : A table !!! (joyeuse)

Mme T. : Zut, zut et zut !

S.G : A table. (en colère)

Mme T. : Oh... là...

O.M. : Zut...

Mme T. : Zut, zut et zut ! Trois fois « zut » ! (elle fait un geste moqueur)

5.3. Improvisations

a) Mme G.

Il s'agit de créer une histoire à deux, en ajoutant des éléments à l'aide de phrases débutant toujours par « Et en plus... ».

O.M. : Alors hier soit...

Mme G. : Il s'est passé quelque chose de drôle.

O.M. : Et en plus...

Mme G. : Et en plus...

O.M. : C'est à moi.

Mme G. : Ah.

O.M. : Et en plus, je vais vous le raconter.

Mme G. : Et en plus, je vais vous le raconter.

O.M. : Et en plus... *(lui fait signe de continuer)*

Mme G : Et en plus, voilà comment ça s'est passé.

O.M. : Et en plus...

Mme G. : *(Elle interrompt O.M)* Il est venu chez moi quelqu'un qui me demandait si j'étais bien la mère de... de la petite fille.

O.M. : Et en plus, je ne savais pas trop quoi lui dire.

Mme G. : Je ne savais pas trop...

O.M. : Non, non. Et en plus...

Mme G : Et en plus, je ne savais pas quoi lui dire et de toute façon, je n'avais pas confiance en ce monsieur.

O.M. : Et en plus, *(Mme G répète)* il était pas beau.

Mme G. : Il était pas beau et s'est mis en colère. Alors je l'ai fait sortir dehors.

O.M. : Et en plus, il y est allé.

Mme G. : Je l'ai fait sortir et je ne l'ai plus revu depuis.

O.M. : Et en plus, je suis contente.

Mme G : Je suis contente, parce que, comme ça, il ne m'embêtera plus.

O.M. : Et en plus ?

Mme G. : Et en plus, il n'est plus revenu.

O.M. : Et en plus, je vais bien m'enfermer ce soir.

Mme G. : Et en plus, je ferme bien les portes le soir maintenant. Je ne réponds plus au téléphone, ni rien.

O.M. : Et en plus...

Mme G : Et en plus, comme ça, je suis tranquille. Je dors bien la nuit.

O.M. : Et en plus, on vous applaudit.

b) Mme F.

Il s'agit de faire une valise. Mme F donne à O. M. les vêtements qu'elle souhaite emporter pour ses vacances.

Mme F. : Bon... Alors, tu me mets déjà ma chemise de nuit.

O.M. : Donnez-la moi !

Mme F. : Tiens.

O.M. : Oh elle est jolie ! Ensuite ?

Mme F. : Ma culotte.

O.M. : Voilà.

Mme F. : Mon pantalon, mon T-shirt, mon foulard... J'ai failli oublier mon soutien-gorge.

O.M. : Ça peut servir ! Il est joli. Vous partez combien de jours ?

Mme F. : Et ma paire de socquettes.

O.M. : Vous allez où ?

Mme F. : Hein ?

O.M. : Vous allez où ?

Mme F. : Faut bien que je protège mes pieds, si jamais il fait mauvais temps.

O.M. : Mais c'est où que vous allez ?

Mme F. : Ah... bah ça, pour l'instant, je vais en voyage, mais je sais pas à quel endroit.

O.M. : Ah d'accord ! Au petit bonheur la chance ! Alors les socquettes, ça peut servir.

Mme F. : Je pars en voyage, mais je sais pas où... là, là ou là ! Je m'en vais à l'aventure.

O.M. : Oh là là, c'est bien !
Mme F. : Pour l'instant, je m'en vais à l'aventure.
O.M. : Bon alors, qu'est-ce qu'on met d'autres ? On a déjà mis plein d'habits.
Mme F. : Alors... mon nécessaire de toilette : maquillage, tout ça...
O.M. : Si tu sors le soir...
Mme F. : Tu sais ce qu'il faut mettre.
O.M. : Ah non, je ne sais pas.
Mme F. : Bah si ! Mon rouge, mon fard à joue, le noir pour les sourcils, le noir pour les cils...
O.M. : Ça commence à faire beaucoup.
Mme F. : Mes boucles d'oreilles.
O.M. : Mais attendez... on va les mettre dans le coffret à bijoux.
Mme F. : Ça c'est le bijoux... c'est les bougies... c'est les bijoux ! (*rire*)
O.M. : C'est des bougies ou des bijoux ?
Mme F. : J'ai dit que c'était des bougies ! (*en riant très fort*)
O.M. : Mais ça peut servir des bougies en voyage.
Mme F. : Alors j'ai mis la paire de socquettes et la paire de ...
O.M. : Non, mais attendez ! On est dans la trousse de toilette.
Mme F. : J'ai pas oublié mes collants et mes bas ?
O.M. : Alors attends... Je pose la trousse de toilette. Je mets les collants, je mets les bas. Je reprends la trousse de toilette. Qu'est-ce que vous avez oublié ?
Mme F. : Et... euh... (*regarde ses pieds, les montre*). Mes... ah... mes... Pas des chaussettes, mais des... chaussons. Faut pas oublier les chaussons pour le soir ! On ne va pas rester tout le temps avec les chaussettes.
O.M. : Oh oui. Dans la trousse de toilette, qu'est-ce qu'on met encore ? Vous avez tout ?
Mme F. : Si je dois tout te dire...
O.M. : Bah oui ! Déjà que je vous aide à faire votre valise, je trouve que c'est déjà sympa !

Mme F. : Le rouge à lèvres, le noir pour les cils...
O.M. : On l'a mis.
Mme F. : Eh bien c'est tout. Pourquoi tu me le demandes alors ?
O.M. : Je croyais que vous aviez autre chose.
Mme F. : Non...
O.M. : Et si vous allez au soleil, il ne vous faut pas une ...
Mme F. : Faut pas oublier le shampoing !
O.M. : Ah vous voyez !
Mme F. : Mes boucles d'oreilles !
O.M. : C'est fait.
Mme F. : Bon, c'est tout, je pense.
O.M. : Et si vous allez au soleil, vous ne mettez pas une petite...
Mme F. : une crème pour protéger du soleil.
O.M. : Indice 60, c'est bon ? C'est assez ?
Mme F. : Mmmh, oui. Faut bien protéger la peau, parce que j'ai une peau fragile.
O.M. : Et vous ne mettez pas... (*Elle mime le fait de se mettre du parfum*) Si vous sortez le soir.
Mme F. : Oh oui. De l'odeur... Du parfum !
O.M. : C'est quoi votre parfum ?
Mme F. : Et sous les aisselles aussi !
O.M. : Le déodorant ! Si vous allez au soleil, en plus !
Mme F. : Un soutien-gorge ?
O.M. : On l'a déjà mis.
Mme F. : Parce que j'aime pas...
O.M. : Oh bah non !
Mme F. : On ne va pas tout dire, hein ! (*rire*)
O.M. : La trousse de toilette, c'est fait !
Mme F. : C'est tout, j'ai tout dit.

<p>O.M. : Vous avez tout... Un parapluie ?</p> <p>Mme F. : Ah oui ! On ne sait pas pour le temps. Pis, c'est-à-dire que j'ai tout dit !</p> <p>O.M. : Avec quoi vous allez vous laver ?</p> <p>Mme F. : Avec le shampoing et la savonnette !</p> <p>O.M. : Mais pour vous essuyer ?</p> <p>Mme F. : Avec la serviette.</p> <p>O.M. : Mais on ne l'a pas mise.</p> <p>Mme F. : On n'a pas mis les serviettes ?</p> <p>O.M. : Non...</p> <p>Mme F. : Donc la serviette, et une savonnette pour le visage, une autre pour le corps. Pis je vais prendre deux serviettes différentes : une petite et une grande.</p> <p>O.M. : Et une pour la plage ?</p> <p>Mme F. : Aussi !</p> <p>O.M. : Vous allez passé d'ces vacances</p> <p>Mme F. : Si je passe 15 jours, c'est 15 jours comme il faut</p> <p>O.M. : Mais d'ailleurs pour... (Elle fait le signe de l'argent)</p> <p>Mme F. : oh oui ! Et de l'argent. Oui, mais ça, je prendrais juste de l'argent pour partir, et en cours de route, j'irai dans une banque. Je ne vais pas tout prendre...</p> <p>O.M. : Faut pas trop prendre de sous, on ne sait jamais. Par contre, peut-être que votre carte...</p> <p>Mme F. : Mon porte-monnaie ?</p> <p>O.M. : Non, non... Votre carte...</p> <p>Mme F. : Les chèques !</p> <p>O.M. : Les chèques. Et puis, peut-être une carte où il y a écrit qui vous êtes... Comment ça s'appelle ?</p>	<p>Mme F. : Un stylo.</p> <p>O.M. : Oui , bien sûr, un stylo. Mais vous savez, le truc où il y a écrit comment vous vous appelez, là où vous habitez... Tout ça, ça s'appelle...</p> <p>Mme F. : Euh... Le carton... euh... La carte d'identité !</p> <p>O.M. : Voilà !</p> <p>Mme F. : Oh c'est sacré ça !</p> <p>O.M. : Faut la prendre ! Bon ça va... Il y a tout ?</p> <p>Mme F. : J'ai tout mis. Le parapluie, je l'ai mis aussi.</p> <p>O.M. : Oui, oui, on l'a mis.</p> <p>Mme F. : J'ai tout dit. J'ai tout dit.</p> <p>O.M. : Je peux la fermer ?</p> <p>Mme F. : Oui, oui !</p> <p>O.M. : Bon voyage alors !</p> <p>Mme F. : J'espère que ça ne va pas passer trop vite... Je suis tellement heureuse de partir, que je ne voudrais pas revenir trop tôt !</p>
---	--

Géraldine Duval

MALADIE D'ALZHEIMER ET EMOTION : de la perception à l'expression des émotions à travers deux ateliers

198 pages, 140 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / **Faculté de Médecine** - Nice 2013

RESUME

Souhaitant étudier le lien entre émotion et maladie d'Alzheimer, nous avons participé pendant plusieurs mois aux ateliers « Conte » et « Expression théâtrale » proposés dans un accueil de jour dont la population est atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

A travers cette recherche, nous nous sommes questionnée sur la capacité de cette population à ressentir et à exprimer des émotions. A partir de nos observations générales et de trois études de cas, nous avons mis en évidence que ces capacités sont toujours présentes et qu'il est toujours possible de les stimuler.

Notre point de vue, bien que strictement qualitatif, nous permet de mettre en évidence l'importance de prendre en considération les émotions des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, puisqu'elles contribuent à les placer en tant qu'être communicant.

MOTS-CLES

Démence – Expression – Recherche – étude de cas – personne âgée – perception – émotion – atelier thérapeutique

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Claude BAUDU

CO-DIRECTRICE DE MEMOIRE

Martine EMPORTES-PUCCINI
