

**L'expression des émotions dans la maladie
d'Alzheimer : verbalisation et troubles du
comportement**

Tiphaine Grain*, Thierry Rousseau**

* psychomotricienne, master fonctionnements linguistiques et dysfonctionnements langagiers (université Paris X et ISRP), 86 rue Royale, Versailles
tiphainegrain@gmail.com

** Orthophoniste, docteur en psychologie, HDR, Directeur du Laboratoire UNADREO, Sablé
throusseau2@wanadoo.fr

Résumé :

Comme les fonctions motrices, cognitives et relationnelles sont altérées par le vieillissement et notamment dans la démence de type Alzheimer, il nous est apparu intéressant d'étudier l'expression des émotions chez ces patients. La verbalisation des émotions servirait avant tout à diminuer la réponse physiologique, sans altérer la cognition. La progression de la maladie d'Alzheimer entraîne une diminution du niveau cognitif se répercutant sur les capacités d'expression verbale, tandis que le langage corporel est un mode de communication qui persiste chez le sujet Alzheimer sévèrement atteint. Notre étude a consisté à rechercher un lien entre les aptitudes cognitives, les capacités à exprimer ses émotions et les troubles du comportement dans une population de 24 sujets atteints de la maladie d'Alzheimer. Nos résultats montrent que plus le sujet avance dans la maladie, plus son niveau cognitif diminue. La personne a de plus en plus de mal à exprimer verbalement ses émotions, même si la proportion qu'elles occupent au sein du discours reste constante, et l'importance des troubles du comportement augmente. Cette modification de canal expressif, passage du langage oral au langage corporel, n'est pas sans conséquence sur la charge de travail des équipes soignantes. L'un des intérêts de notre étude réside dans son application clinique grâce à la mise en place de techniques communicationnelles facilitant l'expression verbale des émotions et limitant ainsi l'apparition de troubles du comportement.

Mots clés : émotion, cognition, communication, Alzheimer, trouble du comportement, verbalisation.

Expression of emotions in Alzheimer's disease : behavioral disorder and verbalization**Summary:**

As the motor, cognitive and relational functions are impaired by ageing and particularly in Alzheimer-type dementia, it seemed interesting to study the expression of emotions in these patients. The verbalization of emotions reduces the physiological answer without affecting cognition. The progression of Alzheimer disease leads to a decrease in cognitive level. The latter acts on the capacity of verbal expression while body language is a mode of communication that persists in the severely affected Alzheimer patients. The aim of our study was to find a link between cognitive skills, ability to express emotions and behavioral disorders in a population of 24 Alzheimer patients. Our results show that the more the disease progresses, the more the cognitive level decreases. The patient presents more difficulties to verbalize his/her emotions, although the proportion that these emotions occupy within the discourse remains constant, and thus the importance of behavioral disorders increases. This change in expressive channel, passage of oral language to body language, is not without consequences on the workload of health-care teams. One of the advantages of our study lies in its clinical application through the development of communicative techniques to facilitate the verbal expression of emotions and thus to limit the appearance of behavioral disorders.

Key words : emotion, cognition, communication, Alzheimer, behavioral disorder, verbalization.

----- INTRODUCTION -----

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, de nouvelles pathologies du vieillissement ont été mises en évidence, conduisant à la mise en place d'une nouvelle politique de santé publique. Cette dernière vise à améliorer la compréhension, le dépistage et la prise en charge de ces pathologies. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude ayant pour objectif de mieux comprendre les modalités d'expression des émotions chez les malades d'Alzheimer.

Une émotion se crée généralement suite à un stimulus extérieur et se traduit par une réaction psychologique et physique à une situation, présentant d'abord une manifestation interne puis générant une réaction extérieure. Elle présente trois composantes : physiologique, comportementale et cognitive.

1. L'expression verbale des émotions

Sapir (1921) a été le premier psycholinguiste à assimiler les émotions à la fonction expressive du langage.

Selon Lacheret (2011), lorsqu'on s'intéresse aux émotions du point de vue du langage oral, on étudie le matériel linguistique mis en jeu pour exprimer les émotions et les marqueurs de l'intensité émotionnelle. En ce sens, les aspects phonologiques, sémantiques et syntaxiques interviennent en corrélation. A ces dimensions, s'ajoute l'aspect paralinguistique de la prosodie qui caractérise les aspects implicites du message. Le lexique n'est pas le seul aspect porteur d'une marque émotive, on retrouve des modalités subjectives de l'émotion dans la syntaxe. L'utilisation de métaphores émotionnelles est également courante. Les émotions sont exprimées dans le discours mais elles peuvent aussi se répercuter sur l'énoncé.

L'expression de l'émotion passe au travers des actes d'affirmation de l'état interne défini comme l'expression des émotions, des sensations, de ses capacités ou de ses intentions (Rousseau, 2006).

La verbalisation des émotions servirait avant tout à diminuer la réponse physiologique des émotions, sans altérer la cognition (Colletta, Tcherkassof, 2003).

2. L'expression corporelle des émotions

Le langage verbal est le moyen conscient le plus employé pour communiquer avec une intentionnalité mais le corps, au travers du tonus et de la gestualité, appuie le discours ou dans certains cas le remplace. La mise en mots de la pensée passe par une mise en corps qui facilite les processus cognitifs sous-jacents à l'expression émotionnelle (Cosnier, 2007).

Le dialogue tonique permet d'exprimer les états internes, d'allier dans la relation les affects, leur expression et leur perception. Ainsi, les affects et les émotions transparaissent par l'expression tonico-émotionnelle ; aucune émotion n'est ressentie, vécue, sans être accompagnée d'une modification musculaire (Scialom et al., 2011).

De plus, une personne échangeant sur un plan verbal appuiera ses dires avec une gestuelle spécifique qui aura pour but de renforcer le discours et de faciliter sa

compréhension. Cette gestualité co-verbale participe à la composition de l'énoncé (Rousseau, 2007).

Le langage et le corps sont bien deux aspects indissociables des processus émotionnels. Chez le sujet âgé, les compétences communicationnelles sont altérées ; le déclin des compétences perceptives, psychomotrices et neurocognitives entraîne des modifications comportementales, faisant parfois rupture totale avec les attitudes antérieures (Bideaud et al., 2004). Il en est de même chez le sujet Alzheimer.

3. L'expression des émotions dans la maladie d'Alzheimer

La démence de type Alzheimer (DTA) résulte d'une lésion irréversible et progressive du système nerveux central à savoir la dégénérescence neuro-fibrillaire et la formation de plaques séniles (Khosravi, 2007). Elle se caractérise par une altération de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives parmi : l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie ou les perturbations des fonctions exécutives (liste non exhaustive). Ces troubles se manifestent progressivement avec un déclin cognitif continu, mais la vitesse de progression reste très variable (Ankri, 2000).

Les désordres linguistiques présents ne sont pas seulement liés à un trouble du langage, qui ne dépendrait que d'une atteinte organique, mais représentent un trouble de la communication sur lequel agissent des facteurs cognitifs, personnels, psychosociaux et contextuels. Selon l'influence de ces facteurs, il se produit des modifications qualitatives et quantitatives des moyens de communication.

Au début de la maladie, on relève un trouble lexico-sémantique alors que les capacités phonologiques et syntaxiques semblent préservées.

Dans des situations communicationnelles, l'émotion est clairement verbalisée par le malade Alzheimer (MA), mais la qualité du discours peut être altérée par l'émotion (Rousseau, 2011 b).

Selon Watzlawick (1980), nous utilisons deux types de langage :

- le type 1 correspondant à un langage explicite, rationnel, essentiellement verbal et faisant appel à des détails et des précisions,
- le type 2 est un langage de figures, de symboles, de métaphores, du rêve et de l'émotion. Il est peu précis et majoritairement non verbal. Chez les patients Alzheimer, l'effondrement cognitif amène le patient à s'exprimer de plus en plus avec le type 2, sur un mode symbolique voire poétique. Du fait des dégradations de sa mémoire sémantique, le patient dément parle par métaphores éteintes (le sens de la phrase est à saisir en dehors du sens littéral des mots prononcés). Il semble procéder par énonciation métaphorique simple où il dit quelque chose et exprime métaphoriquement une autre chose intégrée dans le discours (Quaderi, 2011).

Malgré une atteinte phasique, les MA réussissent à produire dans leur discours des marqueurs prosodiques de l'émotion. Il est plus facile pour eux de produire une émotion plutôt que de la percevoir dans la voix d'autrui (Gatignol et al., 2011).

Au stade sévère de la maladie, la production et la compréhension langagières sont atteintes, les symptômes sont semblables à une aphasie de Wernicke. Le sujet jargonne, devient palilalique, logoclonique (répétition d'une syllabe au milieu ou en fin de mot), écholalique, voire mutique. Il émet de moins en moins d'actes verbaux, mais les actes non verbaux persistent.

Le malade pallie ses difficultés langagières par la communication non-verbale.

Le langage corporel est très investi par le malade Alzheimer quand les fonctions langagières sont altérées (Rousseau, 2007). La communication se fera préférentiellement sur un mode non-verbal au travers de gestes de la main, du regard, des mimiques, des postures... Au stade sévère de la maladie, les troubles des praxies idéomotrices et idéatoires entravent les capacités à produire volontairement des gestes symboliques. La communication gestuelle n'est alors pas toujours adaptée mais elle subsiste jusqu'au décès du sujet.

Aux troubles mnésiques, praxiques, gnosiques et phasiques s'ajoutent des modifications des fonctions exécutives que le sujet compense relativement bien à l'apparition des troubles (Poujois et al., 2010). Le malade aura de plus en plus de difficultés à s'adapter à des situations nouvelles ainsi qu'à inhiber des comportements non adaptés (Pillon et al., 2004). La présence d'un syndrome dysexécutif est un facteur aggravant des troubles communicationnels (Fryer-Morand et al., 2008).

L'altération des capacités d'expression verbale et d'expression corporelle rend le message émis difficilement compréhensible, diminuant aussi le feed-back de l'interlocuteur. Le risque est que le patient renonce à toute tentative de communication, se laissant aller à des manifestations dépressives et à un repli sur soi. Son seul moyen d'expression sera alors un trouble du comportement (agressivité, fugue, repli sur soi, refus des soins et des aliments...).

La diminution des capacités sensorielles, langagières, cognitives, mnésiques et psychomotrices relative à la démence de type Alzheimer entraîne des difficultés de compréhension du contexte. L'altération de la perception des émotions d'autrui pourrait être en lien avec certains troubles du comportement présents chez le MA (Krolak-Salmon, 2011). Il s'avère que plus l'atteinte cognitive est importante, plus les sujets ont des difficultés à identifier et exprimer leurs émotions, notamment par l'altération de l'identification des états internes. A cette incompréhension font généralement suite des troubles comportementaux (Rousseau, 2011b) qui sont renforcés par les difficultés d'expression auxquelles doit faire face le MA. Le fait de nommer un état émotionnel entraîne un soulagement et une diminution des troubles comportementaux.

----- PROBLEMATIQUE -----

Afin de mieux comprendre l'expression des émotions dans le cadre de la DTA, nous nous sommes intéressés au mode d'expression en étudiant le canal préférentiellement utilisé : langage oral ou langage corporel. Supposant qu'au cours de l'évolution de la maladie, l'expression verbale des émotions est remplacée par une expression corporelle, nous avons analysé les relations :

- entre le niveau cognitif et la présence de troubles du comportement,
- entre le niveau cognitif et l'expression verbale des émotions,
- entre l'absence de verbalisation des émotions et l'apparition de troubles du comportement.

----- METHODOLOGIE -----

1. Population

Elle comprend 24 sujets : 3 hommes et 21 femmes, âgés de 73 à 95 ans (moyenne = 87 ans, écart-type = 5.3) recrutés dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ils devaient réunir les critères suivants : présenter une DTA diagnostiquée (durée moyenne de la maladie depuis le diagnostic = 4 ans et 9 mois, écart-type = 2.4), avoir accès au langage oral même sans cohésion discursive et ne pas prendre de traitement pouvant être à l'origine de troubles du comportement ou de leur inhibition.

2. Matériel et méthode

Le Mini Mental State Evaluation (MMSE) permet d'évaluer le niveau cognitif en explorant l'orientation temporo-spatiale (/10 points), l'apprentissage (/3), l'attention et le calcul (/5), la mémoire (/3), le langage (/8) et les praxies constructives (/1). Le score (/30) permet de reconnaître 3 stades : léger (18 à 25), modéré (10 à 17) et sévère (0 à 9) (Ankri, 2000).

La Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication des patients atteints d'une DTA (GECCO) permet l'évaluation des actes du langage (Rousseau, 2006). Elle a été réalisée en situation de communication semi-dirigée filmée, d'une durée de 5 minutes, suite à la question posée au patient : « Comment allez-vous ? ». L'analyse de chaque enregistrement permet de renseigner la grille en indiquant les différents actes de langage verbaux et non verbaux (adéquats/inadéquats) et d'identifier les actes d'affirmation de l'état interne (Rousseau, 2011a).

Ces épreuves (MMSE et GECCO) se déroulent dans la chambre du sujet, de manière à ne pas perturber ses repères et dans le respect des règles déontologiques.

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI-ES) évalue les troubles du comportement ainsi que le retentissement sur la prise en charge du soignant (Sisco et al., 2000). Pour chaque sujet, les personnes interrogées sont au nombre de deux parmi le personnel soignant connaissant bien le patient. L'expérimentateur évalue les 10 troubles : idées délirantes, hallucinations, agitation, dépression, anxiété, euphorie, apathie, désinhibition, irritabilité et comportement moteur aberrant. Des modifications neuro-végétatives de l'alimentation et du sommeil sont associées. Chacun de ces 12 items est noté de 0 à 4 selon sa fréquence (0 : absent à 4 : présent tous les jours) et de 0 à 3 selon sa gravité (1 : trouble léger à 3 : sévère). L'importance (fréquence x gravité) donne une note sur 12 pour chaque trouble et une note sur 144 pour l'ensemble des 12 items.

L'analyse statistique portera sur les variables quantitatives à l'échelon individuel. Nous nous intéresserons à la corrélation entre ces variables en les étudiant 2 à 2 en utilisant les tests de Pearson ou de Spearman. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. L'analyse statistique a été effectuée sur le logiciel R (R Core Team, 2012).

----- RESULTATS -----

1. Niveau cognitif (MMSE)

La population se répartit en : 3 sujets au stade léger (âge moyen 88 ans ; MMSE = 19,7), 12 sujets au stade modéré (87,6 ans ; MMSE = 14,67) et 9 sujets au stade sévère (85,2 ans ; MMSE = 4,33).

L'analyse de l'évolution des facultés cognitives montre que :

- la mémoire de travail (attention et calcul) est touchée très tôt avec une moyenne de 2.7/5 dès le stade léger et un échec systématique à cette tâche au stade sévère.
- les praxies constructives sont altérées dès le stade léger (réussite d'une personne sur 3) et sont absentes au stade sévère.
- les capacités d'apprentissage et de mémorisation sont atteintes dès le début de la maladie. Cependant, si la tâche de répétition de mots (apprentissage) obtient même au stade sévère une moyenne de 1.6/3 de réussite, en revanche, la tâche de mémorisation est échouée presque systématiquement dès le stade léger.
- les facultés à se repérer dans le temps et l'espace diminuent très rapidement avec l'avancée de la maladie passant d'une moyenne de réussite à cette tâche de 5.3/8 à 3.3/8 au stade modéré pour atteindre une moyenne de 0.4/8 au stade sévère.
- les fonctions langagières sont celles qui semblent être préservées le plus longtemps. En effet, les tâches se référant aux items du langage sont réussies totalement au stade léger et obtiennent une moyenne de 6.3/8 au stade modéré. Au stade sévère les capacités langagières sont sensiblement conservées avec une moyenne de réussite de 2.3.

2. Inventaire neuropsychiatrique (NPI) : relation entre le niveau cognitif et les troubles du comportement

Avec l'avancée de la maladie et la diminution du score MMSE, le nombre total de troubles du comportement augmente significativement passant d'une moyenne de 2.3 troubles sur 12 au stade léger à 6.1/12 au stade sévère (Pearson $p = 0.03$ et $r = - 0.44$). On observe parallèlement une augmentation significative de l'importance (fréquence x gravité) de ces troubles (moyenne de 10/144 au stade léger à 37/144 au stade sévère) (Spearman $p = 0.02$; $\rho = - 0.46$).

Les troubles affectifs (dépression, anxiété et apathie) et les troubles végétatifs sont présents dès le stade léger. Les autres troubles comme les hallucinations, l'agitation, l'exaltation de l'humeur, la désinhibition, l'irritabilité, les comportements moteurs aberrants n'apparaissent qu'à partir du stade modéré (figure 1). Les troubles pseudo-psychotiques de type idées délirantes, apparaissent dès le stade léger et voient leur importance augmenter très rapidement pour atteindre tous les sujets du stade sévère.

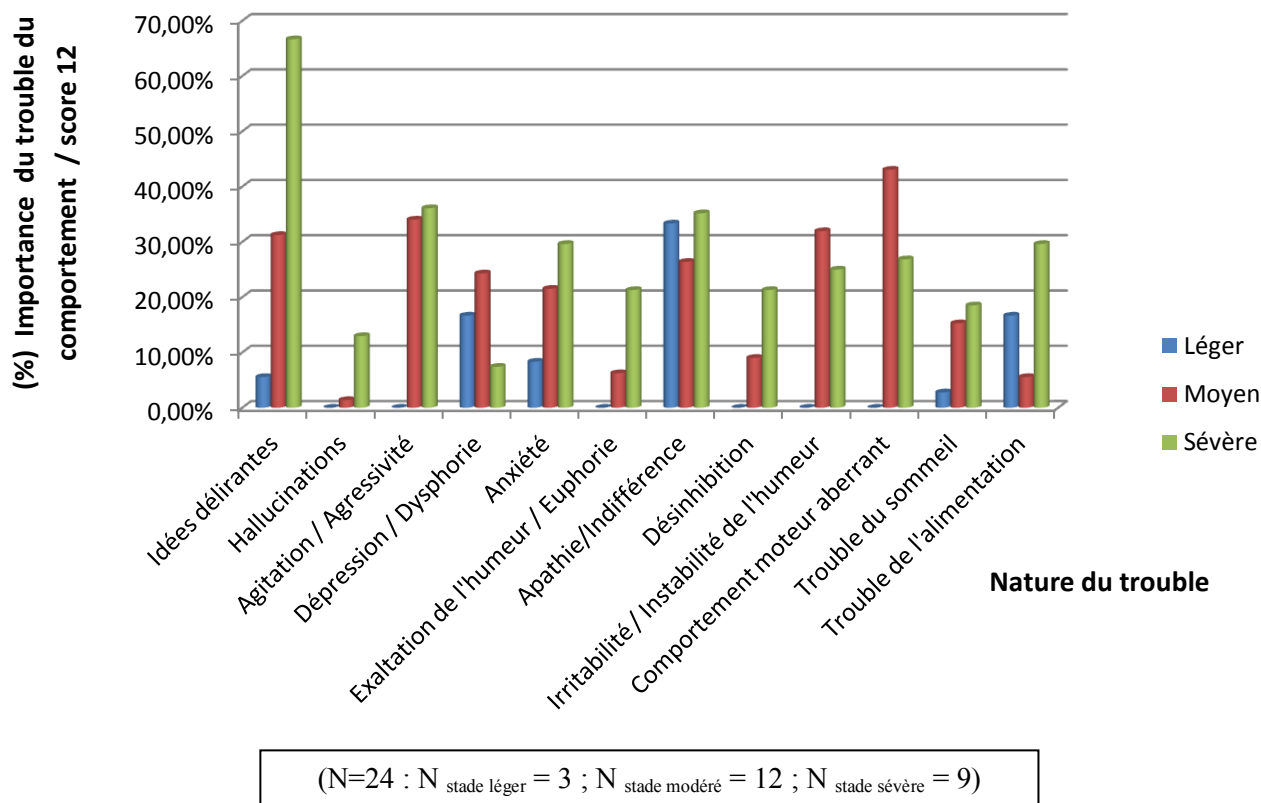


Figure 1 : Importance des troubles du comportement selon leur nature pour chaque stade de la maladie.

3. Evaluation des actes du langage : relation entre le niveau cognitif et les capacités d'expression verbale

La fréquence des actes de langage augmente avec le score MMSE de manière significative (Pearson : $p = 0.0002$; $r = 0.69$) ; c'est-à-dire que plus le niveau cognitif est élevé et plus le nombre d'actes du langage produits par minute augmente.

Suivant le niveau cognitif, certains types d'actes sont plus employés. Le nombre de questions, de performatives, de mécanismes conversationnels et de réponses augmente entre le stade léger et sévère ; en revanche, les descriptions et affirmations diminuent. Le nombre d'actes non-verbaux produits reste relativement constant tout au long de la maladie.

La fréquence des actes de langage adéquats augmente de manière très significative avec le score MMSE (Pearson : $p < 2 \times 10^{-6}$; $r = 0.81$), tandis que celle des actes inadéquats diminue (Spearman : $p < 0.002$; $\rho = - 0.6$). Ainsi, on observe une diminution de la fréquence des actes du langage et en particulier des actes adéquats avec l'aggravation de la maladie tandis que la fréquence des actes inadéquats augmente (figure 2).

Parmi les actes adéquats, les affirmations sont les plus utilisées (44%) suivies par les descriptions (23%) et les réponses (11%). Certains actes inadéquats ne sont pas produits au stade léger : l'absence de feed-back à la situation, l'absence de cohérence relative à la progression thématique et à la relation.

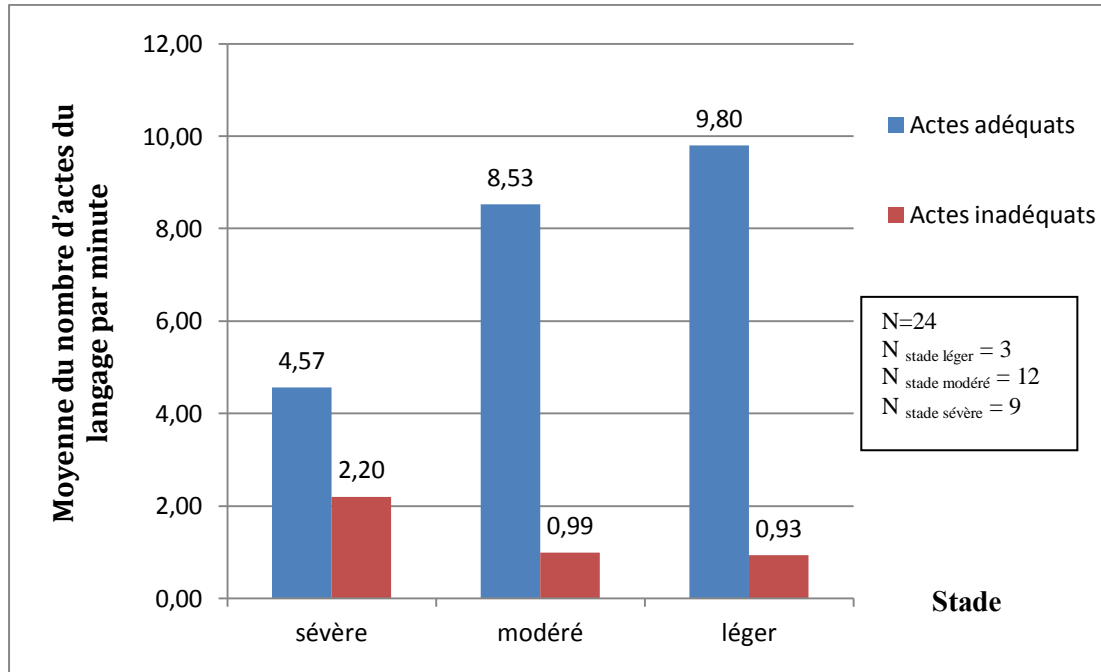


Figure 2 : Fréquence des actes adéquats et inadéquats du langage en fonction du stade de la maladie.

4. Evaluation des actes d'affirmation de l'état interne : relation entre le niveau cognitif et les capacités d'expression verbale des émotions

Parmi les actes de langage, certains sont des actes d'affirmation de l'état interne, caractéristiques des capacités des MA à exprimer leurs émotions de manière verbale. L'augmentation du niveau cognitif (MMSE) s'accompagne d'une augmentation significative de la fréquence des actes d'affirmation de l'état interne (Spearman : $p = 0.03$; $\rho = 0.43$) et plus précisément de celle des actes adéquats (Spearman : $p = 0.02$; $\rho = 0.47$).

Les patients au stade léger ou modéré de la maladie obtiennent sensiblement les mêmes résultats (2,2 actes adéquats et 0,07 acte inadéquat par minute) (figure 3). Les sujets au stade sévère présentent plus de difficultés à exprimer leur ressenti. Ils produisent presque moitié moins d'actes d'affirmation de l'état interne par rapport aux deux autres stades, mais deux fois plus d'actes inadéquats (figure 3). Ces derniers correspondent dans 81% des cas à une absence de cohésion grammaticale (36%) et lexicale (45%).

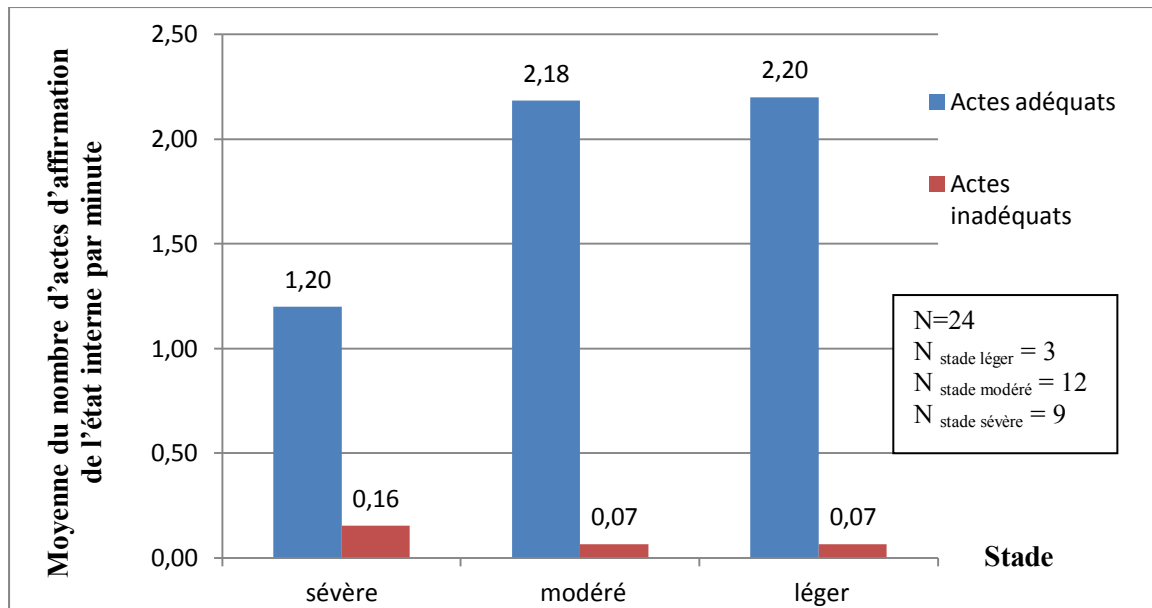


Figure 3 : Fréquence des actes adéquats et inadéquats d'affirmation de l'état interne selon le stade de la maladie.

Cependant, l'atteinte cognitive n'influence pas le pourcentage des actes d'affirmation de l'état interne au sein du discours : on note la part constante d'environ 20 à 25% qu'occupent ces actes par rapport aux actes de langage. La part des actes de langage adéquats dans le discours diminue plus fortement (actes adéquats de langage/ total actes du langage : 91% à 68%) que celle des actes adéquats se référant aux actes d'évaluation de l'état interne (actes adéquats état interne/ total actes état interne : 97% à 88%).

5. Relation entre les troubles du comportement et l'expression verbale des émotions

Concernant les actes de langage, on observe :

- une augmentation significative du nombre de troubles du comportement (Pearson $p = 0.01$; $\rho = - 0.51$) et de leur importance (Spearman $p < 0.02$; $\rho = - 0.49$) lors de la diminution de la fréquence de ces actes ;
- une augmentation significative du nombre de troubles du comportement (Pearson $p = 0.01$; $\rho = - 0.51$) et de leur importance (Pearson $p = 0.01$; $\rho = 0.51$) lors de la diminution de la fréquence des actes adéquats de langage.

De même, concernant les actes d'affirmation de l'état interne, on observe :

- une augmentation significative du nombre de troubles du comportement (Spearman $p = 0.04$; $\rho = - 0.42$) et de leur importance (Spearman $p = 0.006$; $\rho = - 0.55$) lors de la diminution de la fréquence des actes d'affirmation de l'état interne ;
- une augmentation significative du nombre de troubles du comportement (Spearman $p < 0.03$; $\rho = - 0.45$) et de leur importance (Spearman $p = 0.003$; $\rho = - 0.57$) lors de la diminution de la fréquence des actes adéquats d'affirmation de l'état interne (figure 4).

Ainsi, plus les malades expriment verbalement leurs émotions et moins ils sont sujets à des troubles du comportement.

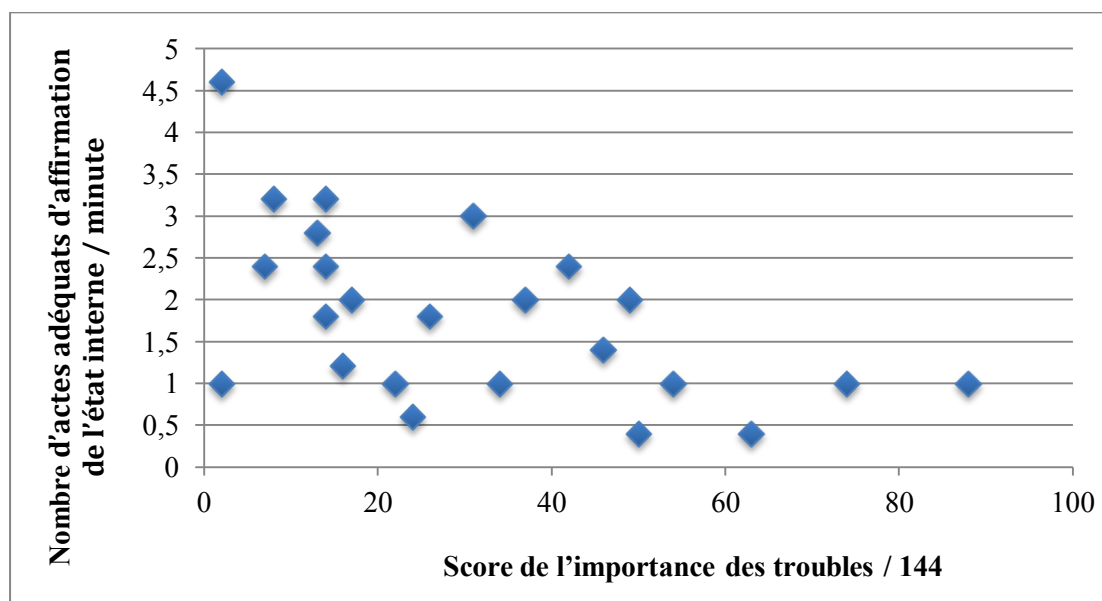


Figure 4 : Relation entre la fréquence des actes adéquats d'affirmation de l'état interne et l'importance des troubles du comportement.

----- DISCUSSION -----

La population a été recrutée au sein d'un seul établissement et le nombre de patients se situant au stade léger de la maladie est restreint et peut s'expliquer par le fait que les MA peu atteints, diagnostiqués ou non, ne sont généralement pas en institution. Nos résultats reflètent donc une tendance du mode d'expression émotionnelle employé.

Les sujets devaient avoir accès au langage, même sans cohésion discursive, afin de réaliser l'épreuve du MMSE et celle des actes d'affirmation de l'état interne ; il semble donc logique que les items faisant référence au langage soient mieux réussis.

Un éventuel effet du sexe sur nos résultats n'a pas été contrôlé du fait du nombre restreint et donc peu représentatif de sujets masculins (3 hommes dont 1 au stade léger et 2 au stade modéré).

L'appréciation des troubles du comportement et notamment leur gravité et leur retentissement restent subjectifs même si le protocole du test a été conçu afin de limiter ce phénomène. Pour minimiser la perception personnelle des soignants et la composante affective, au minimum deux membres de l'équipe soignante prenant en charge le sujet quotidiennement ont été interrogés.

Bien que le nombre de troubles du comportement augmente avec l'avancée dans la maladie, certains diminuent entre le stade modéré et sévère (figure 1) ; les symptômes des DTA ont des répercussions sur les troubles du comportement. Ainsi, l'apraxie peut expliquer la diminution de l'agitation et de l'agressivité et la légère baisse des

comportements moteurs aberrants entre le stade modéré et sévère. On peut aussi la relier à l'augmentation des troubles de l'alimentation. L'anosognosie peut expliquer la diminution de la présence et de l'importance des états dépressifs, dysphoriques, anxieux et de l'irritabilité entre le stade modéré et sévère. Elle est aussi à mettre en lien avec l'augmentation de l'euphorie et de la désinhibition. On note aussi l'augmentation de l'apathie, marquant les difficultés des sujets à exprimer corporellement ou verbalement ce qu'ils ressentent, ainsi que la diminution des capacités à faire preuve d'empathie. La présence d'un syndrome dysexécutif n'a pas été prise en compte dans cette étude malgré son implication dans la présence des troubles du comportement, notamment en ce qui concerne les idées délirantes, l'agitation et l'agressivité (Delsol et al., 2007).

La situation communicationnelle choisie pour l'évaluation des actes du langage se situe entre celle de la discussion libre et celle de l'entrevue dirigée, utilisées dans l'étude de Rousseau (2011a). En effet ce sont dans ces deux situations que cet auteur obtient le maximum d'actes d'affirmation de l'état interne. L'attitude de l'expérimentateur peut influencer la quantité des réponses obtenues, de plus l'aspect non-verbal de celui-ci pourrait intervenir même si aucune expérience n'a démontré l'influence de l'étayage corporel sur la verbalisation.

Comme dans l'étude de Rousseau (2011a), nous avons observé une diminution de la fréquence des actes adéquats d'affirmation de l'état interne au stade sévère même s'ils sont encore présents. Notre étude a aussi montré que, pour chaque stade, environ 21% du discours des sujets correspondent aux actes d'affirmation de l'état interne d'une part, et environ 25% des actes adéquats du discours sont des actes adéquats d'affirmation de l'état interne. Ainsi, l'atteinte cognitive n'influence pas la part des actes d'état interne dans les actes du langage. On peut en conclure que le désir d'exprimer son ressenti semble rester constant tout au long de la maladie, même si la quantité et la qualité des productions diminuent. La diminution de production des actes d'affirmation de l'état interne avec l'avancée de la maladie et l'augmentation de la production d'actes inadéquats sont à mettre en lien directement avec les troubles phasiques dont les MA souffrent.

Notre étude montre qu'il existe une relation entre niveau cognitif et troubles du comportement : plus le niveau cognitif diminue et plus les MA présentent des troubles du comportement et plus ils sont importants. Il existe aussi une relation entre le niveau cognitif et l'expression verbale des émotions : avec la diminution du niveau cognitif, le nombre total d'actes du langage produits décroît et le nombre d'actes inadéquats augmente. Cependant, l'intention d'exprimer ses émotions n'est pas altérée, seule sa qualité l'est. Enfin, il existe une relation entre les capacités d'expression verbale des émotions et l'apparition des troubles du comportement : le sujet qui exprime verbalement ses émotions présente moins de troubles du comportement qu'une personne ayant des difficultés à verbaliser ses ressentis.

Avec l'avancée de la maladie, le MA aura de plus en plus de mal à exprimer verbalement ses émotions qui passeront alors au travers du corps par l'intermédiaire de troubles du comportement. Cette modification de canal expressif n'est pas sans conséquence sur l'entourage et la charge de travail des équipes soignantes. La méconnaissance de ces troubles et la difficulté pour les prendre en charge de manière adaptée conduisent bien trop souvent à la mise en place d'un traitement médicamenteux, notamment par des neuroleptiques, que la haute autorité de santé

(HAS) recommande d'utiliser en dernière intention et en lien avec des méthodes non-médicamenteuses. C'est dans ce contexte que les professions paramédicales ont un rôle d'information des équipes et de l'entourage, mais aussi de prévention et de prise en charge.

Le personnel présent au quotidien auprès du MA n'est pas toujours formé à la mise en place de techniques de communication adaptées. Afin de limiter l'impact des troubles, il est recommandé de communiquer de manière adaptée avec le MA afin de stimuler la compréhension (utiliser des phrases courtes, transmettre une information à la fois, utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message, répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension, préférer les questions fermées, laisser le temps au patient pour qu'il puisse s'exprimer,...). En complément, on peut faire appel à d'autres méthodes non médicamenteuses intervenant sur la qualité de vie, le langage en orthophonie, la cognition, la stimulation sensorielle, l'activité motrice, les activités occupationnelles,...

----- CONCLUSION -----

Les interrelations des processus cognitifs, comportementaux et langagiers dans les modalités d'expression des émotions sont altérées dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi l'émotion peut s'exprimer de manière pathologique, notamment au travers de troubles du comportement. En évaluant le niveau cognitif des malades, leurs capacités à exprimer leurs émotions ainsi que le nombre et l'importance des troubles du comportement, nous avons démontré qu'avec la diminution du niveau cognitif on observe : une diminution du nombre d'actes du langage adéquats et une augmentation des inadéquats, une augmentation du nombre et de l'importance des troubles du comportement. Les actes d'affirmation de l'état interne occupent au sein du discours des malades la même place quel que soit leur niveau cognitif. L'envie de communiquer ses émotions est donc préservée dans la maladie d'Alzheimer.

Cette étude a aussi mis en évidence que plus les sujets exprimaient verbalement leurs émotions et moins ils présentaient de troubles du comportement. Stimuler la verbalisation des malades, notamment par des techniques facilitant la communication, serait une nouvelle approche visant à limiter les troubles du comportement.

----- BIBLIOGRAPHIE -----

Ankri, J. (2000). *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Hermann.

Bideaud, J., Houdé, O., Pedinielli, J.L. (2004). *L'homme en développement*. Paris : PUF.

Colletta, J.M., Tcherkassof, A. (2003). *Les émotions. Cognition, langage, développement*. Liège : Mardaga.

Cosnier, J. (2007). Emotions et systèmes de régulation. *Evolutions psychomotrices*, 19(77), 154-159. Consulté de ICAR - Université de Lyon2 : http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/VI-7_Emotion_Regulation.pdf

Delsol, R., Rabus, M.T., Fremond, P. (2007). Syndrôme dysexécutif et maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologie*, 163, 4, 1, 170. DOI : 10.1016/S0035-3787(07)90820-6.

Fryer-Morand, M., Delsol, R., Nguyen, D.B.H., Rabus, M.T. (2008). Le syndrome dysexécutif dans la maladie d'Alzheimer : à propos de 95 cas. *NGP Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 8, 45, 23-29. DOI : 10.1016/j.npg.2008.01.010

Gatignol, P., Aubert-Garaïalde, O., Rousseau, T. (2011). Perception of emotions in Alzheimer disease. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(S1), e245-e246. Doi: 10.1016/j.rehab.2011.07.283

Khosravi, M. (2007). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. Rueil Malmaison : Doin.

Krolak-Salmon, P. (2011). La reconnaissance des émotions dans les maladies neurodégénératives. *La revue de médecine interne*, 32(12), 721-723. Doi : 10.1016/j.revmed.2011.08.005

Lacheret, A. (2011). Le corps en voix ou l'expression prosodique des émotions. *Evolutions psychomotrices*, 23(90), 25-37. Consulté le 30.01.2014 de HAL : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/64/10/74/PDF/Lacheret-corps-en-voix-1.pdf>

Poujois, A., Perret-Liaudet, A., Thomas-Antérion, C. (2010). Le piège de la maladie d'Alzheimer à présentation dysexécutive. *Neuropsychologie*, 2, 28-31. DOI : 10.3917/rne.025.0028

Quaderi, A. (2011). La connotation dans les paroles de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : une méthode d'écoute. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(9), 581-584. Doi: 10.1016/j.amp.2011.08.005

Rousseau, T. (2011a). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Rousseau, T. (2011b). Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 11(65), 221-228. Doi: 10.1016/j.npg.2011.04.006

Rousseau, T. (2007). *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*. Isbergues : Ortho-édition.

Rousseau, T. (2006). *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication dans le cadre des démences : GECCO*. Isbergues : Ortho-Edition.

Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille : De Boeck-Solal.

Sapir, J. (1921). *Language : an introduction to the study of speech*. New-York : Harcourt, Brace and company. Consulté le 30.01.2014 de Bartleby.com (Ed.) : <http://www.bartleby.com/186/>

Sisco, F., Taurel, M., Lafont, V., Bertogliati, C., Baudu, C., Giordana, J.Y., Braccini, T., Robert, P.H. (2000). Les troubles du comportement chez le sujet dément en institution : évaluation à partir de l'inventaire neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'Année Gériatologique*, 14,151-173.

Watzlawick, P. (1980). *Le langage du changement : éléments de communication thérapeutique*. Paris : Seuil.