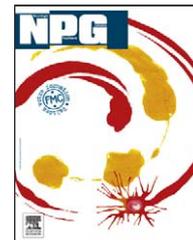




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE

Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer

Communication and emotion in Alzheimer's disease

T. Rousseau

Orthophoniste, docteur en psychologie – HDR, directeur du laboratoire Unadreo de recherche clinique en orthophonie (LURCO ERU 17), chercheur associé au laboratoire PPI de l'université d'Angers (EA 2646). 11, avenue Joël-Le-Theule, BP 70145, 72303 Sablé-sur-Sarthe cedex, France

Disponible sur Internet le 12 juin 2011

MOTS CLÉS

Émotion ;
Communication ;
Cognition ;
Alzheimer

KEYWORDS

Emotion;
Communication;
Cognition;
Alzheimer

Résumé L'émotion étant la résultante de plusieurs composantes, on s'est interrogé sur les conséquences de l'atteinte de la composante cognitive dans la prise de conscience de l'émotion. Comment une émotion sera-t-elle ressentie chez des sujets atteints de maladie d'Alzheimer? Quelle influence le ressenti plus ou moins conscient des émotions chez ces sujets aura-t-il sur leurs capacités cognitives et communicationnelles? Dans une recherche portant sur une population de 152 patients atteints de maladie d'Alzheimer, nous avons notamment évalué la verbalisation de l'émotion au cours de plusieurs situations de communication. Les résultats montrent l'influence de l'émotion sur les capacités de communication des malades Alzheimer : elle est souvent clairement verbalisée, exprimée, au sein du discours des malades mais elle montre aussi son influence à travers la qualité des performances communicationnelles des malades selon différents contextes de communication.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Emotion being the result of several components, we wondered about the consequences of a disorder in the cognitive constituent in the awareness of emotion. How will an emotion be felt by persons with Alzheimer's disease? What influence will the more or less conscious feelings of emotion in these patients have on their cognitive and communication capacities? In a study of a population of 152 patients affected by Alzheimer's disease, we assessed in particular the verbalization of emotion during various situations of communication. The results show the influence of emotion on the capacities of communication of persons with

Adresse e-mail : throusseau2@wanadoo.fr

Alzheimer's disease: it is often clearly put into words and expressed within the speech of the patients, but it also shows its influence through the quality of the communication performances of the patients according to various contexts of communication.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'émotion et les processus émotionnels

Le processus émotionnel comporte trois dimensions [1] :

- l'activation physiologique qui correspond à l'aspect organique, somatique de l'émotion. En effet, des changements corporels suivent la perception de l'événement à l'origine de l'émotion ;
- l'expression faciale qui est une autre forme d'expression corporelle de l'émotion mais hautement différenciée puisqu'il existerait une expression mimique qualitative-ment spécifique à chaque émotion dont le nombre varie selon les auteurs de sept à dix [2]. Ces expressions faciales sont transculturelles et innées [3,4] ;
- l'évaluation cognitive qui va permettre de déterminer les situations émotionnelles comme évaluer l'écart entre l'état actuel et l'état désiré, la peur versus l'espoir d'une probabilité de résultat, la procuration d'un plaisir versus un déplaisir [5]. La qualité d'une émotion dérive des processus cognitifs mis en œuvre pour comprendre la situation [6,7].

Des débats ont eu lieu entre les tenants d'une appréciation avant tout corporelle de l'émotion et ceux défendant l'idée que l'évaluation cognitive prévaut [8]. Les techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle et des méthodologies expérimentales des neurosciences cognitives [9,10] ont permis la construction de modèles intégrant ces données auparavant contradictoires.

Le modèle neurobiologique dominant de la prise de conscience des émotions est sans conteste celui de Damasio [11] qui distingue trois concepts clés :

- l'émotion qui dans cette première phase est un état interne, c'est-à-dire une réponse neuronale à un stimulus activant des aires neuronales prédéterminées (aires d'induction de l'émotion) qui vont déclencher des réponses cérébrales et corporelles observables ;
- le sentiment (*feeling*) qui émerge à la suite de la construction d'images mentales représentant les modifications de l'état du corps dont l'individu n'a pas forcément conscience ;
- le sentiment conscient d'éprouver une émotion (*feeling a feeling*) qui est l'étape ultime.

D'autres modèles, en particulier psychologiques, ont aussi été proposés. Ils mettent l'accent sur les différentes étapes menant à la prise de conscience d'une émotion en s'attachant à identifier les processus psychologiques sous-jacents. Il s'agit par exemple du modèle de Lambie et Marcel [12] qui distingue l'état émotionnel et l'expérience émotionnelle. L'état émotionnel résulte de l'évaluation, généralement non consciente, d'un stimulus engendrant des changements corporels qui induisent une tendance à

l'action. L'expérience émotionnelle qui est soit de premier ordre, c'est-à-dire liée aux aspects immédiats (corporels) de l'expérience émotionnelle, soit de second ordre consistant par exemple en des pensées émotionnelles conscientes (« je l'aime ») ou en la conscience que ces expériences sont des émotions (« l'amour »). Nous pouvons citer également le modèle dimensionnel de Russel [13] qui conçoit chaque épisode émotionnel comme une construction psychologique dans laquelle, à chaque fois, chacune de ses composantes est comparée à une représentation mentale prototypique (la peur, la colère, ...).

D'autres modèles développementaux de la conscience émotionnelle ont également été proposés [14–17] qui montrent que les processus d'évaluation cognitive n'entrent en jeu que dans les stades les plus développés.

Comme le résume Carton [18], les modèles neurobiologiques, psychologiques, développementaux diffèrent notamment sur le poids accordé aux structures cérébrales dans la détermination d'une expérience émotionnelle mais s'accordent sur les déterminants majeurs de la prise de conscience des émotions : l'activation physiologique, l'expression faciale-comportementale et l'évaluation cognitive. Par ailleurs, ils évoquent tous un dernier niveau qui rend compte de la manière dont le sujet sait qu'il est en train de ressentir l'émotion qu'il éprouve et que ce qu'il éprouve est une émotion.

Carton [18] conclut qu'il existe différents niveaux de conscience des expériences émotionnelles et que certaines situations émotionnelles ne s'accompagnent pas de prise de conscience.

L'émotion étant donc la résultante de plusieurs composantes, on peut s'interroger sur l'effet de l'atteinte de l'une d'elle en particulier l'évaluation cognitive qui est une composante, semble-t-il essentielle, dans la prise de conscience de l'émotion. Comment une émotion sera-t-elle ressentie chez des sujets dont les capacités cognitives sont perturbées, en particulier chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer? Quelle influence les émotions ressenties plus ou moins consciemment chez ces sujets auront-elles sur le fonctionnement de leurs capacités cognitives et communicationnelles?

Effets de l'émotion sur la mémorisation des sujets sains

Les effets positifs des valences affectives associées aux informations sur la mémorisation, la conservation et la récupération de matériel verbal ont été mis en évidence par de nombreux auteurs [19–23].

Selon Barlett et Santrok [24], la valeur émotionnelle du souvenir jouerait le rôle d'indice de récupération.

Les propositions descriptives seraient moins bien rappelées que les propositions narratives pour un texte connoté émotionnellement [25].

Effets de l'émotion sur la mémorisation de sujets présentant des déficits mnésiques

L'effet positif de la connotation affective des mots a été montré par Syssau et Brouillet [26] et celui de la connotation affective des images par Hamann et al. [27] en particulier sur les performances de rappel libre, indicé et de reconnaissance de sujets présentant des troubles mnésiques d'origines diverses.

Syssau et Brouillet [26] ont aussi mis en évidence l'effet positif du rappel d'un texte narratif connoté affectivement avec meilleur rappel que pour un texte descriptif.

Effets de l'émotion sur la mémorisation chez des sujets Alzheimer

Sur une population de sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, les études réalisées concernant les effets de la connotation émotionnelle des stimuli sur leur mémorisation, montrent des effets contradictoires :

- aucun effet sur la reconnaissance d'images [28] ;
- meilleure mémorisation pour des récits positifs et négatifs vs neutres [29] ;
- meilleure mémorisation pour les événements de la vie quotidienne [30] ;
- effets émotionnels uniquement pour le pôle négatif vs positif dans un paradigme d'amorçage affectif sur des mots [31,32] ;
- capacités à juger émotionnellement une information identiques chez les malades Alzheimer versus population saine et jeunes adultes mais pas d'effet sur la mémorisation de descriptions chez les malades [33].

Des biais méthodologiques tels que la différence de matériel selon les études (imagé/verbal), le nombre de sujets, la validité écologique (les stimuli proposés lors des études n'ont pas la même valeur émotionnelle que dans la vie réelle) peuvent sans doute expliquer ces résultats hétérogènes.

Communication et émotion

Problématique

Nous nous sommes interrogés sur les liens existant entre la communication et l'émotion chez les patients 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 ?

Méthodologie

À travers une étude plus large [34] dont l'objectif était d'analyser la communication d'une population atteinte de maladie d'Alzheimer, nous avons tenté de repérer les actes de langage verbalisant l'émotion et l'influence des situations de communication sur la production de ces actes.

Matériel

Pour évaluer les capacités de communication des patients Alzheimer, avec une approche pragmatique et écologique, nous avons utilisé la GECCO dans sa version informatisée [35] qui permet une évaluation des capacités de communication spécifiquement des malades Alzheimer à travers l'analyse de trois situations de communication avec un interlocuteur. La GECCO a un objectif essentiellement thérapeutique puisqu'elle doit permettre de déterminer les actes de langage encore utilisables par le patient, de déterminer les thèmes et situations qui favorisent la communication et déterminer les actes de l'interlocuteur qui favorisent l'interlocution. Cette analyse servira de base au thérapeute pour mettre en place une thérapie écosystémique qui devra permettre au patient, avec l'aide de l'entourage, d'utiliser le plus longtemps possible les actes de langage qu'il maîtrise encore.

Les situations de communication

L'analyse de la communication par cet outil nécessite l'enregistrement (vidéo de préférence) de trois situations de communication de base en vue de leur analyse ultérieure. Nous avons en effet montré l'influence de l'environnement et du contexte dans la communication des patients Alzheimer [36]. Les trois situations retenues permettent de couvrir l'essentiel du champ des situations retrouvées dans la vie quotidienne, ce sont :

- une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie ;
- une tâche d'échange d'informations à partir de photos et dans une tâche inspirée de la PACE [37] ;
- une discussion libre à partir du moment présent.

Il est préconisé une durée d'échanges pour l'ensemble des trois situations de 15 à 20 minutes environ mais il est laissé toute liberté à l'interlocuteur de faire varier cette durée, les résultats seront ensuite exprimés en fréquence par minute.

L'analyse pragmatique du discours

L'analyse pragmatique du discours des patients consiste à identifier et à classer les différents types d'actes de langage et à déterminer la cause éventuelle de l'inadéquation. La classification des actes de langage verbaux s'inspire de la taxonomie de Dore [38] mais simplifiée. Les actes non verbaux retenus seront ceux qui correspondent à la classification de Labourel [39] mais il ne sera pas fait de distinction taxonomique. Par ailleurs, pour que la communication puisse se dérouler et se poursuivre normalement, il faut que l'acte de langage produit soit adéquat et cette adéquation est déterminée par rapport :

- aux règles sociolinguistiques : il faut que le discours ait une certaine cohésion au niveau lexical et au niveau grammatical et il faut aussi que l'acte de langage produit par le patient apporte un certain feed-back à l'interlocuteur et/ou à la situation de communication ;

- à l'échange d'informations : il faut que le discours présente au niveau de son organisation logico-sémantique une certaine cohérence c'est-à-dire qu'il doit exister une unité au niveau de son thème et une logique du déroulement de ses séquences assurée par des transitions aisément compréhensibles.

En référence à Charolles [40], nous avons retenu quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression rhématique, la relation et la non-contradiction. En ce qui concerne les actes non verbaux, nous ne retenons que ceux qui, en remplaçant ou en accompagnant un acte de langage, apportent un plus à la communication, ceux qui ont une valeur communicationnelle certaine. Les résultats doivent être portés à l'état brut (nombre d'actes de langage) dans chacune des grilles correspondant à chacune des trois situations.

Même si des consignes et exemples sont proposés, la distinction des différents types d'actes est, en partie, laissée à l'appréciation subjective de l'examineur, de même que la segmentation de ces actes et la détermination de la cause éventuelle de l'inadéquation. La consigne est, pour le type d'actes : « quelle est la volonté communicationnelle initiale du patient ? ». Pour la segmentation, la consigne est « s'agit-il d'une continuité dans l'apport communicationnel ou d'un changement/complément/...? », ce qui nécessite de compter un acte dans le premier cas ou plusieurs dans le second. Pour la détermination de l'adéquation/inadéquation, la consigne est « l'acte du patient entraîne-t-il une rupture de l'échange ? Si oui pourquoi ? » en faisant référence aux différentes possibilités proposées par la GECCO.

Une fois indiquée la durée en minutes de la situation de communication, le logiciel fera automatiquement tous les calculs pour chaque situation de communication ce qui permettra un affichage :

- de grilles où sont exprimés les résultats globaux en fréquence par minute, c'est-à-dire les différents actes de langage verbaux et non verbaux (adéquats/inadéquats) au cours de chacune des trois situations ;
- de graphiques pour chacune des situations :
 - présentation des résultats correspondant aux grandes catégories d'actes de langage : questions, réponses, affirmations, descriptions-mécanismes conversationnels, performative, divers, non verbaux,
 - présentation des actes de langage qui composent ces grandes catégories d'actes en distinguant les actes adéquats et les actes inadéquats,
 - présentation des causes de l'inadéquation exprimées en pourcentage ;
- de grilles et de graphiques présentant la moyenne des trois situations qui sera automatiquement calculée et les résultats seront présentés de la même manière que pour chacune des situations.

Le score de l'ensemble des actes adéquats correspond à ce que nous avons appelé la communication efficiente, c'est-à-dire celle qui permet la poursuite de l'interlocution dans des conditions normales, sans entraîner de rupture de l'échange. Il s'agit donc du score exprimé en fréquence par minute de l'ensemble des actes à l'exception des actes inadéquats qui, à l'inverse, ont provoqué une rupture de l'échange.

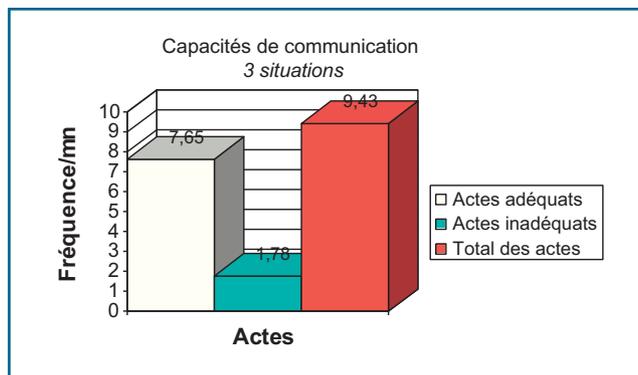


Figure 1. Capacités de communication, toutes situations confondues.

Évaluation du degré d'atteinte cognitive et du niveau socioculturel

L'évaluation du degré d'atteinte cognitive se fait avec le Mini Mental State de Folstein et al. [41].

La détermination du niveau socioculturel (NSC) – inspirée de la grille des niveaux socioculturels proposée par Gil [42] – a été évaluée par un score allant de NSC 1 (illettré) à NSC 7 (diplôme universitaire).

Population

Six équipes composées de un, deux ou trois cliniciens et/ou étudiants formés à l'évaluation de la communication avec la GECCO ont rencontré des patients Alzheimer institutionnalisés (au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'unités pour personnes âgées désorientées ou d'unités de psychogériatrie), ou vivant à domicile. Dans ce dernier cas, la rencontre se faisait au domicile du patient, en structure d'accueil de jour ou en cabinet libéral d'orthophonie. Dans d'autres cas, la rencontre a été facilitée par des associations appartenant à France-Alzheimer ou Belgique-Alzheimer.

Pour tous les patients rencontrés, les équipes se sont assurées que le diagnostic de maladie d'Alzheimer avait été posé selon les recommandations françaises de la Haute Autorité de santé [43].

Les patients vivaient dans les différentes régions de France et dans la région de Liège en Belgique.

Résultats

La population globale présente les caractéristiques suivantes : 151 patients d'une moyenne d'âge de 80,13 ans (ET : 8,41). Le niveau socioculturel (NSC) moyen est de 3,94 (ET : 1,28).

Le score moyen au MMS moyen est de 12,19 (ET : 6,64). Soixante-dix-huit patients vivaient à domicile, 74 en institution (durée moyenne d'institutionnalisation : 13,5 mois). L'échantillon est formé de 95 femmes de 79,81 ans (ET : 8,92) d'âge moyen et de 57 hommes de 80,68 ans (ET : 7,52) d'âge moyen.

Communication globale

Comme le montre la Fig. 1, les actes adéquats : 7,65 actes par minute (ET : 2,91) sont plus nombreux que les actes

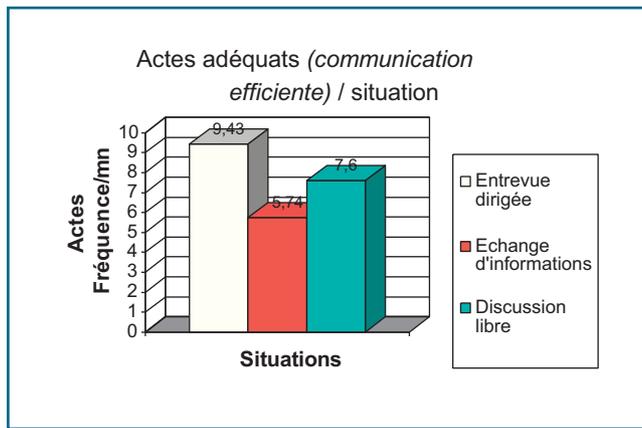


Figure 2. Communication efficiente selon la situation de communication.

inadéquats : 1,78 actes par minute (ET : 1,55), quel que soit le degré d’atteinte du patient.

La différence entre les actes adéquats et inadéquats, mesurée par le test de Student de deux moyennes d’échantillons appariés, est hautement significative $t(151) = 14,32, p < 0,0001$.

Communication selon la situation

La communication efficiente est représentée par la fréquence des actes adéquats, ceux qui permettent la poursuite de l’échange. On observe que la communication est nettement plus efficiente lors de la situation d’entrevue dirigée et qu’elle l’est moins lors de la tâche d’échange d’informations (Fig. 2).

Les différences entre les situations sont significatives :

- entrevue dirigée/échange d’informations : $t(151) = 8,16; p < 0,001$;
- entrevue dirigée/discussion libre : $t(151) = 4,17; p < 0,001$;
- échange d’informations/discussion libre : $t(151) = 4,27; p < 0,001$.

Type d’actes de langage adéquats

Il apparaît clairement que les réponses sont les actes adéquats les plus utilisés (36,58% du total des actes adéquats) et qu’au sein des actes de réponses, les réponses par oui/non sont les plus fréquentes (52% des actes de réponses) (Fig. 3).

Les résultats montrent, par ailleurs, l’utilisation d’une grande diversité d’actes (variations intra-individuelles).

Actes affirmation de l’état interne

Dans la taxonomie de Dore [38], les actes d’affirmation de l’état interne ont la définition suivante : « Exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d’accomplir une action ».

Ce sont donc ces actes qui permettent à un individu d’exprimer, de verbaliser ses émotions. Dans notre étude, la fréquence de ces actes dans la population globale est de 0,82 actes/mn (ET : 0,61) sur un total de 7,65 actes/mn (toutes situations confondues).

Ils représentent 10,72% des actes adéquats utilisés et sont le deuxième type d’actes utilisés/20 (après les réponses

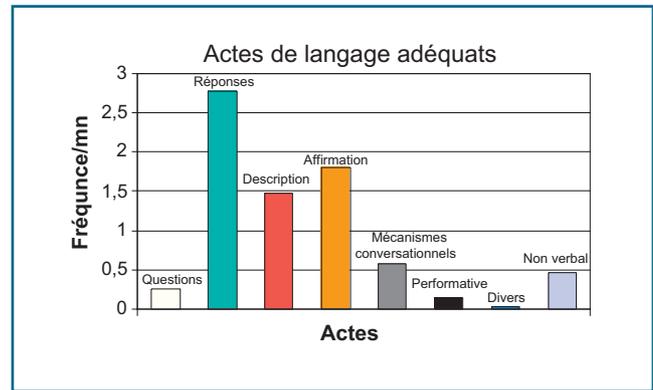


Figure 3. Type d’actes de langage adéquats utilisés.

oui/non) ; ce sont donc des actes beaucoup utilisés, ce qui montre de façon claire la volonté, le désir des malades Alzheimer d’exprimer leurs ressentis, leurs désirs, même lorsque l’on ne leur demande pas, d’où les cas fréquents d’inadéquation de ces actes parce qu’émis à un moment, ou lors d’un échange, où on ne les attendait pas.

Actes d’évaluation de l’état interne selon le degré d’atteinte

Si l’on analyse la fréquence des actes d’évaluation de l’état interne en fonction du degré d’atteinte des patients, on constate une baisse progressive de la présence de ces actes mais on constate aussi, et peut-être même surtout, que ces actes sont encore présents avec une fréquence relative élevée chez les patients ayant une atteinte profonde (Fig. 4).

La communication avec les patients MA : les facteurs contextuels (émotionnels ?) influents

Dans d’autres études nous avons montré l’influence de l’émotion ou des sentiments sur la communication des patients Alzheimer à travers différents facteurs :

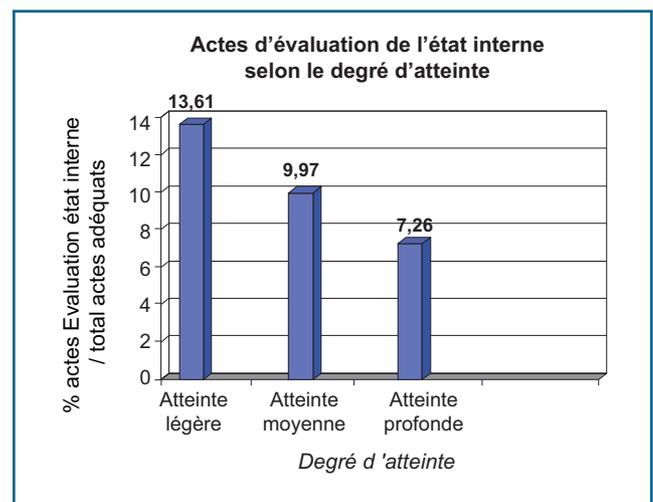


Figure 4. Actes d’évaluation de l’état interne selon le degré d’atteinte.

- le thème de discussion : parler de son conjoint versus parler d'un thème neutre [44] et parler du passé versus parler du présent [45]. Dans la première étude, les capacités de communication étaient meilleures lorsque l'évocation du conjoint était abordée et dans la seconde, parler du passé était le thème facilitateur ou incitateur ;
- la situation de communication : une situation d'anniversaire proposée entraînait une communication efficiente meilleure qu'une situation neutre comme décrire une image [36] ;
- le lieu de vie : nous avons mené plusieurs études en comparant les capacités de communication de patients à domicile versus patients vivant en institution [46–48]. Les premières études ont montré systématiquement de meilleures performances communicationnelles chez les patients à domicile alors que les études plus récentes apportent quelques nuances, en particulier pour les patients ayant une atteinte profonde, qui bénéficient davantage de la compétence et de l'expérience de professionnels désormais mieux formés, qui savent sans doute mieux adapter leur comportement de communication aux troubles des malades.
- l'interlocuteur : un membre proche de la famille, versus un soignant ou un autre résident en institution, est l'interlocuteur qui permet une communication à la fois qualitativement et quantitativement meilleure du moins dans cette étude déjà ancienne non publiée ; les nuances apportées précédemment par rapport au lieu de vie valent probablement maintenant aussi pour l'interlocuteur quel que soit le lieu de vie.

Discussion – conclusion

Ces résultats montrent l'influence de l'émotion sur les capacités de communication des malades Alzheimer : elle est souvent clairement verbalisée, exprimée, au sein du discours des malades mais elle montre aussi, indirectement, son influence à travers la qualité des performances communicationnelles des malades selon différents contextes de communication. Il apparaît clairement qu'un contexte d'échanges qui fait appel aux sentiments et génère de l'émotion chez le patient-Alzheimer l'incite davantage à s'exprimer même si ses capacités linguistiques ne lui permettent pas toujours d'être cohérent.

La tâche d'entrevue dirigée est celle qui facilite le plus d'un point de vue linguistique et cognitif la communication contrairement à la tâche d'échanges d'informations. C'est aussi une situation qui a comme thématique « l'autobiographie » qui concerne donc le patient lui-même, son histoire, sa vie, ce qui évidemment est chargé affectivement.

La tâche « discussion libre » est celle qui permet au sujet de choisir sa thématique de discussion, c'est celle, dans notre étude, qui obtient le score intermédiaire mais on note aussi que c'est au cours de cette situation qu'il y a le plus d'actes (adéquats + inadéquats). Cela signifie que ce type d'échange suscite l'appétit de communication du patient parce qu'il a envie vraisemblablement d'aborder des sujets qui lui tiennent à cœur mais il éprouve des difficultés à verbaliser sa pensée, ses sentiments, son ressenti, en particulier du fait des troubles cognitifs et linguistiques et ne

peut pas bénéficier du « support » que fournit l'interlocuteur dans la situation d'entrevue dirigée.

La situation d'échanges d'information est une situation neutre d'un point de vue émotionnel et aussi parmi celles qui demandent le plus de ressources cognitives. Les moins bonnes performances communicationnelles au cours de cette situation s'expliquent donc facilement.

Ces données ont des applications cliniques pour l'évaluation et la thérapie des troubles de la communication.

En effet, évaluer la communication d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer ne peut pas se limiter à l'évaluation du langage qui n'est qu'un outil de communication et qui, dans cette pathologie, subit les outrages de l'atteinte neurologique. En conséquence, il convient d'évaluer l'intention communicationnelle avec une approche basée sur la pragmatique et non uniquement sur la linguistique. Cela signifie aussi qu'il faut tenir compte de tous les autres moyens de communication, en particulier le non-verbal, mais aussi la modification du comportement qui, dans bien des cas, doit être vue ou lue comme un moyen de communication et non pas simplement comme un trouble.

Cette évaluation de communication, et cela vaut aussi probablement pour l'évaluation cognitive, doit tenir compte de tous les facteurs « émotionnels » ou plus globalement contextuels que nous avons montré influents.

La prise en charge, et plus généralement la vie avec le malade Alzheimer, doit également tenir compte de l'influence du contexte émotionnel d'autant que, compte tenu en particulier des troubles de la mémoire épisodique, le malade vit dans un autre monde où des éléments du présent interfèrent avec des souvenirs souvent très chargés émotionnellement. Par conséquent, le discours du patient, son comportement, son état psychologique peuvent dans ce cas-là refléter l'influence d'une émotion liée à un événement survenu il y a bien longtemps mais qu'un élément du présent a réactualisé.

Je citerai l'exemple de Madame B. qui, en institution où elle séjournait, se mettait souvent à hurler des déchirants « papa, papa, ... » et à fondre en larmes lorsqu'elle approchait de la table de la salle à manger laissant l'équipe soignante dans le plus grand désarroi. Un jour, un proche de cette dame, de la même génération, a raconté que, enfant, elle avait assisté à la mort de son père qui, victime d'un accident du travail dans une ferme, avait été ramené, agonisant, et déposé sur la table de la cuisine où sa fille avait assisté, traumatisée pour la vie, à ses derniers instants. Quelques 70 ans plus tard, la vue d'une table, servant de facteur déclenchant, la replongeait dans ce moment tragique qu'elle revivait, non pas simplement sous la forme de souvenirs douloureux, mais comme un événement du présent avec les mêmes émotions et les mêmes sentiments exprimés ou pas, à l'époque. Et c'est bien là le drame fréquent de ces malades qui revivent ces moments d'émotion, datant parfois de plusieurs décennies, comme des moments du présent avec la même intensité émotionnelle. Il est donc important pour l'entourage, professionnel ou familial, d'avoir conscience de cette éventualité et d'en tenir compte. La bonne réaction n'est sans doute pas de nier l'existence ou plutôt l'actualité, de cet événement et de tenter de ramener le malade à la réalité d'aujourd'hui. En effet, cette entreprise est généralement vaine et source d'angoisse,

mais il est souvent préférable d'aller le rejoindre là où il est pour l'aider, par exemple en l'emmenant ailleurs si l'émotion est négative ou de le laisser là où il est si le ressenti le remplit de bonheur. Le problème aussi est que ces émotions sont parfois liées à des souvenirs enfouis pour se protéger mais que la maladie fait remonter à la surface car ils échappent alors au contrôle de la conscience, ce qui peut être pour l'entourage familial très déstabilisant car les mots, les émotions manifestées à ce moment peuvent être très différents de ceux exprimés lors des événements au moment où ils ont réellement eu lieu. Les comportements, émotions, discours étaient alors guidés par l'image sociale que voulait donner celui qui est devenu malade pour se protéger ou protéger les autres. La maladie a fait tomber cette protection et, si elle se caractérise bien par des troubles de la mémoire, on ne peut par dire que ce soit uniquement par l'oubli, d'autres souvenirs, en particulier ceux qui sont émotionnellement chargés, reviennent au contraire de manière particulièrement virulente et récurrente.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Jouvent R, Carton S. L'émotion dérégulée. In: Widlöcher D, editor. *Traité de psychopathologie*. Paris: PUF; 1994. p. 561–81.
- [2] Izard C. *Human Emotions*. New-York: Plenum Press; 1977.
- [3] Ekman P. Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. In: J. Cole J, editor. *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: university of Nebraska Press; 1972. p. 207–83.
- [4] Izard C. *The face of emotion*. New-York: Appleton-Century-Crofts; 1971.
- [5] Arnold MB. *Feelings and emotions: the Loyola symposium*. New-York: Academic Press; 1970.
- [6] Schachter S, Singer J. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev* 1962;69:379–99.
- [7] Lazarus RS, Smith CA. Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cogn Emot* 1988;2:189–217.
- [8] Thagard P, Aubie B. Emotional consciousness: a neural model of how cognitive appraisal and somatic perception interact to produce qualitative experience. *Conscious Cogn* 2008;17(3):811–34.
- [9] Berthoz S, Blair RJR, Le Clec'h G, Martinot JL. Emotions: from neuropsychology to functional imaging. *Int J Psychol* 2002;37:193–203.
- [10] Berthoz S. Neuroimagerie et neuropsychologie. In: Besche-Richard C, Bungener C, editors. *Psychopathologie, émotions et neurosciences*. Paris: Belin; 2006. p. 17–40.
- [11] Damasio A. *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [12] Lambie JA, Marcel AJ. Consciousness and the varieties of emotion experience: a theoretical framework. *Psychol Rev* 2002;109:219–59.
- [13] Russel JA. Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev* 2003;110:145–72.
- [14] Lewis M. The self in self-conscious emotions. In: Snodgrass JG, Thompson RL, editors. *The self across psychology: self recognition, self aware, and the self concept*. New-York: Annals New-York Academy of Sciences; 1997. p. 119–42.
- [15] Berthoz S, Ouhayoun B, Parage N, et al. Étude préliminaire de validation française de l'échelle de niveaux de conscience émotionnelle chez des patients déprimés et des contrôles. *Ann Med Psychol* 2000;158:119–42.
- [16] Bydlowski S, Corcos M, Paterniti S, et al. Validation de la version française de l'échelle des niveaux de conscience émotionnelle. *Encephale* 2003;28:310–20.
- [17] Lane D, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychology. *Am J Psychiatry* 1987;144:133–43.
- [18] Carton S. Conscience et émotion. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2007;4(5):249–60.
- [19] Le Ny JF. *La sémantique psychologique*. Paris: Presses universitaires de France; 1979.
- [20] Doerksen SR, Shimamura AP. Source memory enhancement for emotional words. *Emotion* 2001;1:5–11.
- [21] Kensinger EA, Corkin S. Memory enhancement for emotional words: are emotional words more vividly remembered than neutral words? *Mem Cognit* 2003;31:1169–80.
- [22] Mikels JA, Fredrickson BL, Larkin GR, et al. Emotional category data on images from the International Affective Picture System. *Behav Res Met* 2005;37(4):626–30.
- [23] Thomas RC, Hasher L. The influence of emotional valence on age differences in early processing and memory. *Psychol Aging* 2006;21:821–5.
- [24] Barlett JC, Santrok JW. Affect dependent episodic memory in young children. *Child Develop* 1979;50(2):513–8.
- [25] Denhière G, Legros D. Comprendre un texte : construire quoi ? Avec quoi ? Comment ? *Rev Fr Pedagog* 1983;65:19–29.
- [26] Syssau A, Brouillet D. Rôle de la valeur affective et de la nature du texte dans la récupération du souvenir chez les personnes âgées. *Annee Psychol* 1996;96:85–112.
- [27] Hamann SB, Cahill L, Squire LR. Emotional perception and memory in amnesia. *Neuropsychology* 1997;11:104–13.
- [28] Kensinger EA, Brierley B, Medford N, et al. The effect of normal aging and Alzheimer's disease on emotional memory. *Emotion* 2002;2:118–34.
- [29] Boller F, Verny M, Hugonot-Diener L, Saxton J. Clinical features and assessment of severe dementia. A review. *Eur J Neurol* 2002;9(2):125–36.
- [30] Mori E, Ikeda M, Irono N. Amygdalar volume and emotional memory in Alzheimer's disease. *Am J Psychol* 1999;156:216–22.
- [31] Padovan C, Nevers B, Versace R. *La mémoire dans tous ses états*. Marseille: Solal; 2002.
- [32] Kensinger EA, Krendl AC, Corkin S. Memories of an emotional and a non emotional event: effects of aging and delay interval. *Exp Aging Res* 2006;32:23–45.
- [33] Kensinger EA, Anderson A, Growdon JH, Corkin S. Effects of Alzheimer disease on memory for verbal emotional information. *Neuropsychologia* 2004;42:791–800.
- [34] Rousseau T. *La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique*. Bull Psychol 2009;62(5):429–44.
- [35] Rousseau T. Évaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication dans le cadre des démences, GECCO (CD rom). Isbergues: Ortho-Edition; 2006.
- [36] Rousseau T, Fromage B, Silvie B. L'influence du contexte dans la performance communicative de deux patients Alzheimer. In: *Entretiens d'orthophonie 2004*. Paris: Expansion Scientifique Française; 2004. p. 95–116.
- [37] Wilcox J, Davis G. *Promoting Aphasia Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco: S.L.H.A; 1978.
- [38] Dore J. «Oh them sheriff»: a pragmatic analysis of children's responses to questions. In: Ervin-Tripp S, Mitchell C, editors. *Child discourse*. New York: Academic Press; 1977.

- [39] Labourel D. Communication non verbale et aphasie. In: Seron X, Laterre C, editors. Rééduquer le cerveau. Bruxelles: Mardaga; 1981.
- [40] Charolles M. Introduction aux problèmes de cohérence des textes. *Langue Française* 1978;38:7–41.
- [41] Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini Mental State, a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- [42] Gil R. Abrégé de neuropsychologie. Paris: Masson; 2003.
- [43] HAS. Recommandations professionnelles : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Saint Denis : HAS, 2008. www.has-sante.fr.
- [44] Gobé V, Grimaud M, Martin F, Rousseau T. Influence du thème d'interlocution et du support visuel sur les compétences de communication des déments de type Alzheimer. *Glossa* 2003;85:74–8.
- [45] Debard C, Rousseau T. La communication écrite chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer. *Glossa* 2002;81: 58–63.
- [46] Rousseau T. Communication et maladie d'Alzheimer. In: Entretiens d'orthophonie 1994. Paris: Expansion Scientifique Française; 1994. p. 225-237.
- [47] Rousseau T, Loyau M. L'influence du lieu de vie sur la communication des malades-Alzheimer. *NPG* 2006;31:43–9.
- [48] Rousseau T, Rousseau E. Lieu de vie et capacités de communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer : résultats préliminaires d'une étude exploratoire utilisant la GECCO. *Perspect Psychiatr* 2008;47(2):150–62.