

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Par Marie PONCET-JEANNE

Thèse de doctorat de psychologie
Mention psychopathologie et psychologie clinique
Sous la direction de Louis PLOTON
Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2007

Devant un jury composé de : Joël ANKRI, professeur des universités, université de Versailles St Quentin en Yvelines, praticien hospitalier François BLANCHARD, professeur des universités, université de Reims, praticien hospitalier Jacques GAUCHER, professeur des universités, université Lumière Lyon 2 Régis GONTHIER, professeur des universités, université de Saint-Etienne Louis PLOTON, professeur des universités, université Lumière Lyon 2 Serge PORTALIER, professeur des universités, université Lumière Lyon 2, Président du jury

Table des matières

Résumé : .	1
Remerciements . .	3
Introduction . .	5
Sujet de recherche . .	6
Problématique . .	7
Objectifs et hypothèses . .	8
Méthodologie . .	11
Approche théorique .	15
1-Impact du type de regard sur la démence sénile . .	15
1-1- Clinique de la démence sénile de type Alzheimer . .	15
1-2- Apparition d'un mode relationnel essentiellement sensoriel . .	24
1-3- L'outil contre-transférentiel : quels enjeux ? . .	34
Synthèse . .	40
2- Vers une évaluation pertinente des émotions . .	40
2-1- L'étude des émotions, un sujet complexe . .	41
2-2- Emotions et démence sénile . .	70
Synthèse . .	75
3- L'apport de la communication non verbale pour comprendre l'état émotionnel de la personne âgée démente . .	76
3-1- La thématique de la communication non verbale : outils théoriques . .	76
3-2- Le non verbal : quels impacts ? . .	87
3-3- La maladie démentielle et son expression non verbale . .	96
Synthèse . .	104
Approche clinique .	105
1- Etude principale . .	105
1-1- Méthodologie expérimentale . .	105

1-2- Analyse des résultats globaux .	113
1-3- Analyse des résultats en fonction du degré de sévérité de démence de la personne âgée filmée .	124
1-4- Données expérimentales validées statistiquement .	137
1-5- Biais et contraintes méthodologiques liés à notre recherche . .	144
Conclusion de l'étude principale .	147
2- Etudes expérimentales secondaires . .	148
Introduction .	148
2-1- Travail de définition lexicale auprès de personnes âgées : . .	149
2-2- Travail de définition lexicale auprès de professionnels ayant participé à l'étude principale . .	160
2-3- Illustration de l'impact de notre recherche dans la pratique : partenariat avec un Service de Maintien à Domicile .	179
Conclusion de cette recherche-action . .	181
Conclusion générale .	185
Bibliographie . .	193
Colloques et séminaires .	198
Annexes . .	199
Annexe 1. Exemple d'une fiche d'expérimentation . .	199
Annexe 2. Tableau d'analyse des consensus vidéos par vidéos . .	201
Annexe 3. Recensement des consensus concernant l'expression dominante des personnes âgées . .	202
1- Groupe témoin . .	202
2- Démence modérée .	202
3- Démence sévère .	203
Annexe 4. Recensement des consensus concernant les critères d'évaluation de l'état émotionnel des personnes âgées .	203
1- Population témoin .	203
2- Démence modérée .	204
3- Démence sévère .	205
Annexe 5. Recensement des consensus concernant l'expression dominante ou secondaire des personnes âgées .	205

1- Groupe témoin . . .	205
2- Démence modérée .	206
3- Démence sévère .	206
Annexe 6. Recensement des consensus concernant la qualité relationnelle et le besoin relationnel des personnes âgées .	207
1- Population témoin .	207
2- Démence modérée .	208
3- Démence sévère .	208
Annexe 7. Recensement des consensus concernant la qualité de vie des personnes âgées .	209
1- Population témoin .	209
2- Démence modérée .	209
3- Démence sévère .	210
Annexe 8. Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées (toutes vidéos confondues) . .	210
Annexe 9. Critères « autres » d'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées (toutes vidéos confondues) . .	211
Annexe 10. Evaluation du besoin relationnel des personnes âgées (toutes vidéos confondues) . .	215
Annexe 11. Evaluation de la qualité relationnelle (toutes vidéos confondues) .	216
Annexe 12. Choix « Autre » proposés pour l'item dominant .	216
Annexe 13. Choix « Autre » proposés pour l'item secondaire . .	224
Annexe 14. Analyse des résultats en fonction du degré de sévérité de démence de la personne âgée filmée .	229
<i>a- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec un groupe contrôle de personnes âgées « témoins » (pas d'altérations physiques majeures, ni d'altérations cognitives) et M.M.S. (Mini Mental State) ≥ 24 : .</i>	229
<i>b- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec des personnes âgées souffrant de démence modérée ($12 < M.M.S. < 24$) : . .</i>	232
<i>c- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec des personnes âgées souffrant de démence sévère ($M.M.S. \leq 12$) : .</i>	236
Annexe 15. Tableaux Excel - Analyse statistique .	240

Résumé :

L'expressivité émotionnelle des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer maintient une voie de communication via le registre non verbal malgré la dégradation cognitive et verbale propre à la maladie. En cela, nous souhaitons mettre en évidence le fait que ce registre constitue un mode privilégié de prise en compte de leurs émotions.

Nous avons pour cela recueilli les points de vue d'observateurs soumis à des visionnages d'entretiens filmés entre des personnes âgées (atteintes pour deux tiers d'entre elles de la maladie d'Alzheimer) et des thérapeutes. Une moitié des observateurs a visionné et s'est exprimée sur les vidéos avec le son, alors que l'autre moitié l'a effectué sans le son.

Nous avons constaté des convergences d'opinions et des consensus lexicaux entre observateurs quant à la qualification des émotions et des états supposés des personnes âgées démentes, étayées sur les informations non verbales et les indices comportementaux de ces patients, perçus comme cohérents.

De plus, selon la question posée à la personne âgée démente, les observateurs convergeaient sur des consensus distincts.

Title :

Maintenance of communication with Alzheimer ageing people via nonverbal expressiveness, across their emotions

Summary:

Emotional expressiveness in Alzheimer ageing patients maintains a form of communication via nonverbal register, despite of cognitive and verbal impairment proper to this disease. So we aimed at showing up that this register constitutes a privileged means for taking account of their emotions.

We have collected observers's impressions who were submitted to video interviews between ageing people (2/3 of them were Alzheimer patients) and therapists. Half of the observers watched and gave their opinion from videos with sound, while the others watched and gave their opinion from videos without sound.

We found convergences of opinions and lexical consensus between observers regarding labelling of emotions and supposed states in ageing people with dementia, supported by nonverbal informations and behavioral cues they expressed and perceived as coherent by observers.

Moreover, according to the question asked to ageing people with dementia, the observers converged on separate consensus.

Mots-clefs :

Maladie d'Alzheimer, expressivité émotionnelle, communication non verbale, affect

Key Words:

Alzheimer disease, emotional expressiveness, nonverbal communication, affect

« C'est encore tout vacillant, aucun mot, aucune parole écrite ne l'ont encore touché, il me semble que ça palpite faiblement... Hors des mots...comme toujours...des petits bouts de quelque chose d'encore vivant...je voudrais avant

qu'ils disparaissent » Nathalie Sarraute (1983, p.9-10)

Remerciements

A ma mère, Raymonde Poncet, à qui je dédie ce travail.

Au Pr Louis Ploton, Directeur de recherche, pour sa disponibilité et ses conseils.

A l'université Lumière Lyon 2, et notamment Stéphane Lallitch (Professeur de statistique) et Nicolas Nicoloyannis (Professeur de statistique), pour leur précieuse aide concernant mon étude expérimentale.

A l'équipe du réseau INSERM, et notamment le Professeur François Blanchard, pour leur aide logistique indispensable.

A l'association France Alzheimer, pour la confiance témoignée en m'attribuant une bourse de recherche pour mes travaux en 2004.

Aux écoles de formation ayant accepté de participer à cette recherche, et tout particulièrement :

Mme Genivet, Cadre référent des étudiants, et Mme Audrain, Directrice de l'IFSI Saint Martin (Grenoble)

Mme Abozi, Formatrice, et Mme Perrasse, Directrice de l'école Clémenceau (Lyon)

Mme Villard et Mme Forest, Cadres pédagogiques, et Mme Rebourg, Directrice de l'institut de formation des personnels de santé de la Croix-rouge française (St Etienne)

Mme Allegre, Ecole du Sud-Est (Lyon)

Au Service de Maintien à Domicile Lyon 1^{er}, et notamment Martine Liauthaud (Psychologue), pour sa participation à cette recherche.

A l'ensemble des professionnels ayant accepté de participer à l'étude expérimentale, et notamment Pascale Morel-Vuillez.

Introduction

D'années en années, la recherche sur la Démence Sénile de Type Alzheimer (D.S.T.A.)¹ progresse et se diversifie.

Néanmoins, l'étude de la communication non verbale avec les patients concernés n'en est qu'aux commencements alors qu'elle comporte un intérêt relationnel majeur car les malades perdent progressivement leur capacité à manier l'outil langagier et sombrent dans une apparente incohérence déstabilisante. Comme L. Ploton le souligne, il y a chez elles privation des fonctions cathartiques permises par la parole : elles se trouvent dans l'incapacité d'exprimer verbalement leurs affects et privées dès lors de cet exutoire.

L'approche clinique permet pourtant de constater le maintien manifeste de leur expressivité émotionnelle, en dépit de leurs déficits cognitifs.

De nombreux auteurs ont mentionné les éclairs de lucidité de ces malades, tel des flashes, qui nous renvoient une vérité lourde et douloureuse sur leur souffrance et leur isolement psychique. Mais encore trop peu de recherches se sont penchées sur l'analyse de la détresse, permanente et angoissante, que nous lisons sur leurs visages la plupart du temps. Et une question reste entière : dans ce domaine, sur quels critères nous basons-nous communément pour évaluer leur état affectif ?

Une échelle comportementale, la « *Philadelphia Geriatric Center Affect Rating* », a

¹ Nous parlerons de DSTA au fil de notre travail, mais nous précisons néanmoins que la tendance actuelle serait davantage de parler en terme de Maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, le terme de *Démence* étant à juste titre contesté par les malades et leurs familles, perçu comme repoussant et effrayant.

été mise au point par Lawton en 1994. Elle permet d'évaluer les affects des personnes âgées souffrant de démence sévère, dans la mesure où celles-ci, du fait de leurs troubles du jugement, de la compréhension et de la communication, ne sont plus en mesure de communiquer leurs émotions par l'intermédiaire du message verbal.

Cette échelle a comme finalité de préciser l'état émotionnel global de la personne âgée démente à partir d'indicateurs affectifs observables : l'expression du visage, les mouvements du corps et les interactions observées. Le système de codage a été emprunté aux classifications d'Ekman et Friesen.

Les personnes âgées démentes sont mises dans diverses situations, favorisant les éprouvés de plaisir, d'inquiétude, de dépression, d'intérêt et/ou de contentement. Les thérapeutes mesurent alors le pourcentage d'observation d'affects observés.

Cette échelle s'avère intéressante pour notre étude, car elle s'appuie sur les ressentis observables par des intervenants extérieurs, lors de mises en situations favorisant l'expressivité émotionnelle.

Cependant, la classification proposée par Ekman et Friesen nous semble incomplète pour traduire les émotions spécifiques des personnes démentes.

Sujet de recherche

Nous nous intéressons à l'expressivité non verbale des personnes atteintes de Démence Sénile de Type Alzheimer. Leur désimplification apparente, leurs angoisses et leurs souffrances s'observent manifestement à partir de critères comportementaux subjectifs. Il s'agit de prendre en compte ce bain de subjectivité dans lequel nous plongeant les personnes âgées démentes et de chercher si elles nous communiquent leurs émotions au même titre que les personnes non démentes.

Cette recherche se base concrètement sur l'analyse différentielle des ressentis subjectifs que ces personnes induisent chez différents observateurs. Il s'agit, à terme, d'explorer la pertinence de l'impact sur les tiers des signaux non verbaux émis par ces personnes, afin d'apporter une contribution à l'évaluation de leur qualité de vie.

En effet, notre travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche concernant l'évaluation de la qualité de vie dans la maladie d'Alzheimer, à partir de leurs manifestations non verbales. Cette étude générale est l'objet du réseau INSERM « Démence et qualité de vie », dirigé par F. Blanchard (Université de Reims). Ce réseau comprend une équipe en Rhône-Alpes dirigée par L. Ploton, avec qui nous collaborons. La thématique de recherche lyonnaise concerne « la cohérence de l'approche subjective des intervenants dans l'interprétation des signaux non verbaux émis par les sujets atteints de démence ».

Notre centre d'intérêt se porte spécifiquement sur l'éventuelle permanence et cohérence de l'expressivité émotionnelle non verbale chez les patients atteints de Démence Sénile de Type Alzheimer : permanence en tant que cette expressivité émotionnelle ne disparaîtrait pas avec la démence, cohérence enfin de cette expressivité

émotionnelle avec l'état émotionnel.

Ainsi, l'expressivité émotionnelle non verbale se maintiendrait et garderait du sens lors de l'évolution de la maladie.

Problématique

« Tout est langage », écrivait F.Dolto en 1987.

Cette conviction et cette aptitude à percevoir chez l'Autre des indices d'expressivité émotionnels, que ceux-là soient exprimés volontairement ou non, constituent un enjeu capital dans l'étude de la communication non verbale, résumée par le désormais célèbre postulat de Watzlawick à l'affirmatif : « on ne peut pas ne pas communiquer ».

Les conséquences dans nos interactions quotidiennes sont que tout sujet peut être abordé comme un acteur potentiel de messages non verbaux, émis explicitement ou non, et ces indices comportementaux seront alors pris en compte par leurs interlocuteurs. Consciemment ou non, ils se forgeront à partir de cela des points de vue déterminants.

C'est ainsi qu'il y a dans toute évaluation et dans toute prise de décisions collectives, notamment médicale, des arguments subjectifs et projectifs qui échappent aux protagonistes et qui pourtant apparaissent déterminants dans la relation engagée.

Non seulement la communication verbale des personnes atteintes de DSTA se délite progressivement, mais elles perdent au cours de la maladie la maîtrise de la commande volontaire, concernant certaines aptitudes psychomotrices acquises par apprentissage.

Ekman et Friesen (1969)² ont parlé à ce propos de communication non verbale involontaire par *fuites*, témoignant d'émotions non contrôlées.

Ce mode de communication indirecte nécessite de « créditer le patient d'une pensée et son comportement d'un sens » (Vignat, 1993), ce qui ne constitue pas les représentations sociales dominantes de la démence. En effet, selon une étude de M.F Rochard (1994), seulement 43% des soignants (toutes catégories confondues) déclarent qu'il est important de reconnaître une affectivité et des désirs aux personnes démentes.

Selon Feyereisen (1993)³, les manifestations non verbales de la personne âgée démente (gestes, postures, mimiques) demeurent des critères fiables au fil de la maladie pour comprendre leurs ressentis. Les émotions dites *positives* ont tendance à diminuer au cours de la maladie, alors que les émotions *négatives* (et en particulier l'anxiété), se manifestent davantage (Lawton et al., 1996)⁴. Ce sont les femmes qui conservent une meilleure expressivité tout au long de la maladie.

² In : ANCELIN SCHUTZENBERGER A., (1978), *Contribution à l'étude de la communication non verbale*

³ BLANCHARD F., (2000), *Etude de la qualité de vie à partir des manifestations non verbales dans la démence de type Alzheimer*

⁴ idem

Même si l'investissement émotionnel semble s'amenuiser avec l'avancée en âge (Palmore, 1961), les expressions émotionnelles continuent à représenter pour beaucoup d'auteurs un critère fiable du ressenti des personnes âgées (Levenson, Cartstensen, Friesen et Ekman, 1991)⁵, même lors d'un début de démence (Bartol, 1979)⁶.

Concernant les personnes âgées démentes, de nombreux auteurs préfèrent parler de *fragments* d'expressions faciales aux stades avancés de la maladie, mettant en évidence la perte progressive de la complexité des expressions (Norberg, Melin et Asplund, 1986 ; Norberg, Adolfsson et Waxman, 1991)⁷.

Confrontés aux déficits cognitifs liés à la pathologie démentielle, il nous faut inventer des modalités d'écoute et d'approche dépassant le tableau déficitaire afin de mieux cerner le vécu des malades.

Même si la question du contrôle volontaire de l'expressivité continue à se poser à propos du dément, il s'agit de passer d'une représentation externe, déficitaire, à une représentation de ce qui se passe du point de vue du malade, ce qui est fondamental lorsqu'on veut par exemple tenter d'évaluer sa qualité de vie.

Notre attention se porte alors nécessairement sur les ressources toujours présentes d'expressions émotionnelles, conscientes ou inconscientes, au moyen du corps. Quelle place et quel sens accorder à leurs messages non verbaux ? Peut-on dégager une cohérence dans les signaux transmis et surtout peut-on mettre en évidence leur prise en compte (consciente ou non) par les tiers ?

Au quotidien, une telle approche a pour intérêt de sortir d'une relation inégale avec les personnes démentes, qui semble relever davantage d'un rapport inconscient de domination que d'une démarche de compréhension de leur vécu interne.

Objectifs et hypothèses

Nous sommes partis du postulat de Watzlawick selon lequel une personne transmet des informations concernant son état émotionnel au moyen d'indices non verbaux et de messages symboliques pour parties involontaires. Chez la personne âgée démente, l'expressivité émotionnelle se réduit progressivement à ces informations non verbales, de plus en plus souvent émises involontairement.

Or, nous savons que la subjectivité des observateurs entre en ligne de compte dans la perception des émotions communiquées par le registre non verbal.

Ainsi, l'expressivité émotionnelle de ces malades via le registre non verbal et sa perception par autrui maintient des possibilités de communication malgré la dégradation

⁵ idem

⁶ idem

⁷ idem

cognitive et verbale propre à la maladie.

L'analyse de ces impacts subjectifs chez les observateurs ouvre indirectement à la connaissance de l'état émotionnel de la personne âgée démente.

En cela, la communication non verbale constitue un mode opérant et privilégié de prise en compte et de mise en évidence de telles émotions.

Des observateurs naïfs, c'est-à-dire se fiant à leur subjectivité (dans un cadre clinique), peuvent remplir une fonction de « révélateur » de ce que le patient communique dans le registre de l'implicite.

Notre objectif consiste à savoir si cette démarche peut concerner les patients atteints de DSTA ; en effet, la clinique quotidienne nous autorise à regarder cette maladie autrement que sous l'angle d'une mort cérébrale progressive, supprimant tout affect et toute sensibilité chez le malade. **Manifestement, les personnes âgées démentes éprouvent des affects, continuent malgré leur maladie à ressentir des émotions. Nous formulons comme hypothèse forte que leur expressivité non verbale, marqueur de leur affectivité préservée, constitue une forme de communication persistante lors de la dégradation cognitive produite par la maladie.** Cette position n'est pas incompatible avec l'apparent appauvrissement des manifestations non verbales au cours de la maladie. Celles-ci n'en demeureraient pas moins congruentes avec le ressenti des malades, à un stade où leur discours verbal s'appauvrit au point de devenir incompréhensible.

Certes, nous savons que certaines pathologies, neurologiques ou psychiatriques, peuvent brouiller la communication et conduire à des interprétations erronées, mettant en échec l'observateur, perplexe devant la confusion des messages.

Mais nous pouvons considérer, d'un point de vue théorique, que ces états de confusion ou de perplexité constituent à leur façon une information délivrée inconsciemment par le patient et qu'ils ont une valeur de message remplissant une fonction de mise à distance.

Nous formulons alors une hypothèse concernant l'expressivité non verbale des personnes atteintes de DSTA :

Les ressentis subjectifs des tiers qui interviennent auprès des personnes âgées atteintes de DSTA sont le fruit d'une prise en compte souvent à leur insu de messages implicitement émis par les patients. Ce qui ne peut pas être facilement vérifié concernant la communication de pensées ou de fantasmes, est envisageable concernant l'état affectif et émotionnel des patients, état que ceux-ci ne peuvent communiquer avec des mots.

La question qui se pose alors, nonobstant la question de la pertinence de ces ressentis, est de savoir s'il y a autant de ressentis que d'interlocuteurs en présence ?

En d'autres termes, quelle est la part de reproductibilité du sens donné à ces messages ? Ce qui sera verbalisé des perceptions « naïves » peut-il faire consensus dans un groupe d'observateurs et, si oui, dans quelles conditions et dans quelles limites ? Avec quelles explications des possibles contradictions et avec quels risques de perceptions biaisées pour des raisons de culture institutionnelle ou de leaderships

groupaux ?

Notre objectif de recherche vise à mettre à jour une réalité souvent ignorée dans nos relations aux personnes âgées démentes : non seulement ces malades souffrent et l'expriment, mais ils ne laissent pas indifférents leurs interlocuteurs. **C'est même dans le registre affectif que se nouent les échanges possibles avec eux : qu'ils s'agissent de prendre acte de leurs attentes ou bien de forger nos points de vue.** C'est pourquoi nous pensons qu'il existe très probablement tout un registre d'échanges implicites qui orientent nos jugements.

Nous retiendrons comme éléments de présomption significatifs le fait que ce qui est perçu par les proches n'a rien d'aléatoire, en ce sens que des consensus spontanés peuvent être mis en évidence concernant l'état émotionnel de malades gravement handicapés au niveau de l'expression verbale.

Nous nous proposons de valider ou non notre hypothèse en mesurant le caractère statistiquement significatif de la concordance des réponses émises par différents groupes d'observateurs visionnant des documents.

Pour cela, nous avons choisi de recourir à une situation standardisée d'entretiens filmés de thérapeutes avec des personnes âgées (démentes ou non) et de nous référer aux points de vue faisant consensus ou dissensus dans des groupes d'observateurs, soumis à des visionnages d'entretiens standardisés.

Si nous constatons des consensus lexicaux entre différents observateurs décrivant l'état émotionnel des personnes âgées démentes, nous pourrions envisager cette convergence des opinions comme une aptitude à prendre acte des messages non verbaux émis par ces patients.

Nous pourrions alors entrevoir ces indices non verbaux comme des facteurs cohérents, pouvant être pris en compte dans une analyse des ressentis émotionnels des personnes âgées démentes, et ce, malgré nos difficultés à expliquer le (ou les) critère (s) ayant motivé notre jugement.

Dans le cadre de ce travail, deux aspects nous intéressent particulièrement concernant la concordance des points de vue subjectifs émis lors des visionnages :

Quel impact produit le message verbal dans nos appréciations subjectives, concernant l'état émotionnel des personnes âgées démentes ? Existe-t-il une influence distractive du message verbal du sujet dément, au détriment des messages non verbaux qu'il peut émettre ? 1.

Notre formation professionnelle induit-elle un type de perception privilégié, une culture dominante modélisant nos représentations ? Peut-elle expliquer certaines contre-attitudes spécifiques, du fait de nos sensibilités différentes ? De là, qu'allons-nous faire dire aux personnes âgées démentes, ne maîtrisant plus l'outil verbal ? 2.

A cet égard, nous formulons comme sous-hypothèses que :

Le texte du discours n'ajoute guère, voire enlève de la pertinence et de la richesse 1.

aux ressentis des observateurs ; il ferme le regard et oriente les représentations dans une vision déficitaire.

La formation professionnelle, quant à elle, serait de nature à influencer sur notre jugement concernant l'état émotionnel en produisant des consensus particulièrement représentatifs d'une profession. 2.

La capacité de perception des émotions des personnes âgées démentes diffère peu de la capacité de perception des émotions des sujets cognitivement sains, en ce sens que la force des consensus établis à propos des personnes âgées démentes sont pas aussi forts que ceux établis autour des émotions attribuées aux sujets sains. 3.

Méthodologie

Concernant le type de population étudié, nous axerons notre recherche sur l'étude des personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade cliniquement invalidant, d'où l'emploi à leur propos du qualificatif « Démence Sénile de Type Alzheimer » (D.S.TA.), bien que la terminologie ait évolué et que désormais on parle indifféremment de maladie d'Alzheimer pour qualifier les déficits cognitifs invalidants séniles et préséniles, avec une réticence à employer le terme « démence ».

Afin d'appréhender notre sujet dans sa globalité et sa complexité, nous avons choisi de distinguer trois parties théoriques :

En premier lieu, la thématique de la DSTA, son approche psychodynamique et sa prise en charge thérapeutique a constitué l'élément fondateur de notre recherche. Cette partie permet de distinguer les enjeux qu'une prise en compte non verbal fait émerger.

Ensuite est proposée une étude traitant des émotions, reprenant les définitions, classifications, démarches scientifiques et littéraires majeures sur ce vaste sujet. Nous traitons là non seulement des émotions au sens large du terme, en prenant soin de distinguer les termes utilisés (affects / émotions / sentiments / humeurs / ressentis...) et leur aspect pathologique ou non. Une partie plus ciblée concernant les émotions ressenties par les personnes atteintes de DSTA pointera l'éventuelle spécificité de celles-ci.

Pour compléter cette partie, nous avons choisi de nous intéresser à la communication non verbale, celle-ci constituant l'unique support expressif des émotions lorsque la communication verbale est interrompue ou incohérente : qu'englobe t-elle ? Peut-on se servir de grilles de lecture standardisées ? Que constate t-on à son propos chez les personnes âgées démentes ?

Ces trois aspects, complémentaires pour notre étude, permettent de prendre en compte dans son ensemble le thème de la perception des affects à travers les indices non verbaux émis par les personnes âgées démentes.

Nous avons choisi de limiter notre recherche bibliographique à la littérature disponible en langue française, ce qui n'exclut pas la référence à des textes fondamentaux de

langue anglaise ou autres.

L'émotion, qui implique l'ensemble des mouvements corporels, s'exprime principalement en situation d'interaction sociale. Notre objectif méthodologique concernant la partie expérimentale de cette thèse sera donc de prendre acte des manifestations non verbales du sujet dément à partir de ce qu'il donne à voir sur le plan émotionnel, lorsqu'il est en interaction avec un thérapeute.

Les réactions spontanées que va induire le visionnage d'un entretien entre une personne âgée démente et un clinicien permettront de prendre acte subjectivement des messages implicites, non verbaux, émis par le patient. Notre propos est d'étudier dans quelle mesure l'effet subjectif, voire projectif que produit ce visionnage de vidéos peut permettre de dégager des consensus caractérisables entre observateurs.

La plupart des recherches traitant de la communication non verbale des personnes âgées démentes se sont centrées sur l'étude des mimiques faciales, laissant souvent de côté les autres modes d'expression non verbale.

Du fait de notre matériel de recherche, constitué par des vidéos d'entretiens cliniques, nous traiterons ici uniquement des critères visuels et auditifs, laissant de côté les critères olfactifs et tactiles (qualité du toucher,..).

Nous souhaitons connaître quels sont les consensus spécifiques exprimés lorsque nous observons ces vidéos, en fonction de notre formation professionnelle ; trois formations professionnelles spécifiques ont été sélectionnées pour notre étude : les métiers de psychologue, aide-soignant et infirmier.

Nous sommes de plus attentifs à une autre nuance introduite dans notre méthodologie : la spécificité des réponses en fonction du degré de sévérité de la pathologie démentielle (personnes âgées témoins, atteintes de démence modérée ou sévère).

Pour compléter cette partie expérimentale, nous avons intégré deux études annexes complémentaires :

- Nous avons laissé tout d'abord s'exprimer des personnes âgées atteintes de démence modérée résidant en structure gériatrique sur les douze termes proposés dans notre partie expérimentale, que sont : l'angoisse, la sérénité, la douleur physique, le détachement, la crispation, l'étonnement, la gaieté, l'abattement, l'excitation, le mécontentement, le désespoir et la désorientation. Ce travail de définition lexicale présente un intérêt comparatif, ayant été également effectué auprès de 80 professionnels ayant participé à notre étude. Il met en avant les différences sémantiques que peuvent revêtir ces termes, en fonction de la population étudiée, et donc du danger des contresens et des malentendus que certains mots peuvent produire.

En s'intéressant à l'écart entre les descriptions effectuées par les personnes âgées sur leurs propres ressentis avec les définitions émises par les professionnels de soin, nous introduirons une limite à notre méthodologie ; en effet, les éventuels dissensus observés lors de ce travail comparatif apporterons un correctif d'ordre sémantique : s'entendre sur

les mots comporte une marge d'erreur car ceux-ci seront interprétés avec d'inévitables nuances intersubjectives, qu'il s'agira alors de limiter au mieux en établissant des consensus sémiologiques les plus précis possibles.

- La présentation d'une « recherche-action », menée en partenariat avec un service de maintien à domicile lyonnais, abordera cette nécessité d'élaboration de consensus sémiologiques pour les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées (démentes ou non) et utilisant quotidiennement comme outil de communication un « cahier de transmission ». Ce travail illustre un type de débouché concret que notre recherche sur le non verbal permet de faire aboutir dans la prise en charge des personnes âgées démentes.

Approche théorique

1-Impact du type de regard sur la démence sénile

*« La mémoire permet de définir, de rendre intelligible ce qui est inintelligible et surtout, de savoir qu'il y a une fin et un commencement » C. Olievenstein (1987)
« Le non dit des émotions », p.67*

1-1- Clinique de la démence sénile de type Alzheimer

1-1-a- Présentation de la pathologie démentielle

Parler de DSTA suppose qu'il existe une **altération mnésique progressive associée à au moins un déficit lié aux fonctions supérieures** (le jugement, le langage,...). Le diagnostic est porté lorsque les troubles altèrent gravement les comportements du patient. Les déficits cognitifs devenant de plus en plus handicapants, le sujet se coupe progressivement de toute vie sociale.

Toute sa personnalité et son affectivité vont s'en trouver modifiées au cours du temps. L'Être même du malade, dans sa globalité, va être perturbé et va le conduire à un **isolement social et affectif**.

D'un point de vue métaphorique, après avoir étudié des vidéos de personnes démentes mises à sa disposition par G. Le Gouës, H. Aupetit (1991) compare nos vies à des pièces de théâtre, dans lesquels joueraient de nombreux acteurs (famille, amis, relations,...) et suggère que chez une personne atteinte de DSTA, la pièce de théâtre deviendrait progressivement trop difficile à suivre, la distribution des rôles apparaissant trop importante. Ne resteraient alors que *les grandes lignes* de la pièce, les personnages centraux, afin de simplifier la distribution :

“ Toute fille est ma fille. Toute femme est ma mère. On est même prêt à ‘tuer’ un personnage encombrant, ou ressusciter un mort vécu comme nécessaire ” (H. Aupetit, 1991, p.29).

Nous constatons l'**association de trois ordres de symptômes** récurrents dans le développement de cette maladie :

- **au plan neurologique** : des lésions cérébrales caractéristiques, observables uniquement lors de l'autopsie du malade. Ces lésions vont de pair avec des déficits en neuromédiateurs tel l'acétylcholine.
- **au plan cognitif** : des déficits invalidants qui touchent progressivement les capacités mnésiques, l'orientation spatio-temporelle, le langage et la cognition de manière générale, englobant l'ensemble des fonctions acquises par apprentissage. On parle à ce propos des trois “ A ” : agnosie, aphasie et apraxie.
- **au plan psychopathologique** : des manifestations que l'on peut rapporter à des préoccupations de mort, à un déficit narcissique, à un vécu d'abandon et une quête de présence maternelle.

Lors de l'évolution de la démence, la communication non verbale et sensorielle prend petit à petit le relais de la rationalité du propos. La perception de l'entourage du malade cède la place à un **ressenti émotionnel global**, à la manière des jeunes enfants. Evoluant progressivement dans un univers a-temporel avec *un fonctionnement de type pré-verbal et une pensée non mise en mots* (Le Gouës, 1991), la personne âgée démente ne conserverait alors qu'une **intelligence affective** autour de sentiments de plus en plus primaires au fil de la maladie. Au stade ultime, la personne ne garderait que la distinction sommaire entre l'agréable et le désagréable, le bien-être et le mal-être. Bien qu'altérée par la maladie, elle conserverait néanmoins une vie psychique et relationnelle (Selmes, 2004).

De nombreuses hypothèses existent sur les facteurs favorisant l'apparition de cette maladie. Diverses pistes médicales sont avancées, encore au stade de la recherche. Les principaux modèles proposés, concernant l'étiologie de la démence sénile, partent des lésions anatomiques, vasculaires ou dégénératives ; d'éventuels facteurs toxiques (radicaux libres,..), mais aussi viraux, immunologiques etc., font l'objet de recherches actuelles. L'étude des facteurs génétiques de développement des lésions a notamment connu des progrès remarquables ces dernières années. (Nee, 2004).

Notre point de vue de psychologue nous conduit à considérer l'**impact de la vie psychoaffective** dans l'évolution (et peut-être dans le déclenchement) de cette maladie ; il faut pour cela « ne pas aborder cette maladie en terme de perte, mais de modification

du fonctionnement mental » (Ploton, 1995).

A titre d'exemple, dans cette optique, J. Maisondieu (1989) propose de concevoir la DSTA comme une **réaction de défense contre l'angoisse de mort** qui envahirait le sujet. Les lésions organiques pourraient alors être envisagées comme le *débranchement* de la pensée face à cette angoisse insurmontable, sans qu'il y ait nécessairement une relation directe de cause à effet entre ces deux facteurs.

Dès lors, les personnes âgées démentes « réussiraient leur coup » en effectuant une sorte de *transaction symbolique*, s'échappant de la réalité et ainsi de la prise de conscience de leur finitude. Un mécanisme inconscient les conduirait à s'évader dans un monde a-temporel les préservant de la confrontation pénible à un présent composé de souffrances et de désespoirs. Il y a lieu de souligner que leur angoisse (si manifeste dans la communication para-verbale) marquerait une part d'échec de ce mode de défense et la persistance de leur souffrance signerait un relatif échec : « la folie ne supprime pas l'angoisse de mort, mais la masque » (Maisondieu, 1989).

L'entourage du malade est particulièrement exposé au stress lié à cet accompagnement et manifeste fréquemment des troubles anxieux, ainsi que des symptômes dépressifs (Rhonda, 2004 ; Aguglia, 2004). Il a souvent tendance à effectuer partiellement un deuil anticipé de la personne âgée démente afin de se préserver des feed-backs violents qu'elle renvoie. Cela se manifeste essentiellement par la **mise en place de mécanismes destructeurs de disqualifications** tels que le maternage excessif ou la mise à distance. Dans le premier cas, nous nous autorisons à parler et penser à sa place ; dans le deuxième cas, « on parle de lui, on ne lui parle pas » (Ploton, 1982).

La personne démente qui fait peur, communément perçue comme inffective et incapable de communiquer, risque de se voir emmurée dans ce statut.

Dans la mesure où les personnes démentes sont privées de la parole pour communiquer, le regard des soignants et ce qu'ils pensent de ce que le malade tente ou pas d'exprimer, risque de jouer un rôle essentiel dans l'évolution de la relation.

Des intervenants en situation de **fuite relationnelle** risquent d'avoir tendance à désaffectiver leur relation aux personnes âgées démentes en se dégageant des situations trop impliquantes. Ainsi par exemple, repousser toute intimité en parlant constamment d'une voix forte et monocorde induit le maintien d'une distance 'publique' avec la personne âgée démente, sans échappées émotionnelles de la part des soignants.

On comprendra alors l'importance de travailler avec les soignants sur les représentations qu'ils se forgent à propos de ce que le patient tente d'exprimer :

« Dès lors, oserons-nous ne pas détourner le regard et prendrons-nous le risque de la relation sans pour autant devenir ni infantilisants ni insensibles » (F. Blanchard et ali., 2001, p.204).

Il y a de fait deux façons d'aborder les conduites ou les attitudes des personnes atteintes de DSTA :

1. considérer cette maladie comme le résultat d'une mort cérébrale progressive.

Le terme de démence (étymologiquement « des » et « mens ») signifie d'ailleurs

« privé » de « raison », ce qui sous entend l'absence de vie psychique et de pensées réfléchies.

2. la considérer comme relevant (dans un contexte neurologique particulier) d'un mode d'adaptation, voire d'un processus défensif psychodynamique.

Selon ces deux façons, les représentations associées produiront des effets probablement bien différents dans la relation au patient et sur le patient.

Nous pouvons à ce propos faire référence aux travaux de Krebs (1975) et Mitchell (1976)⁸ qui mettent en évidence le fait que les individus non attrayants physiquement souffriraient davantage d'angoisse et de difficultés relationnelles et émotionnelles.

A ce sujet, Rosenthal (1973) avait élaboré la théorie de la 'réalisation des prophéties', constatant que les individus se conforment petit à petit aux attentes dont ils sont l'objet dans un contexte donné ; la perception d'autrui agirait sur l'image de soi et entraînerait des modifications comportementales adaptées aux attentes extérieures.

C'est pourquoi l'un des risques majeurs liés au diagnostic de " démence sénile de type Alzheimer " est d'enfermer le sujet dans une catégorie figée et particulièrement effrayante, scellant définitivement le destin du sujet et cela malgré des tâtonnements diagnostiques évidents (Mok, 2004).

« Ainsi le malade dément est d'un côté victime de projections sociales dévalorisantes et de fantasmes angoissants et d'un autre côté objet d'étude par une science qui détaille ses lésions et le réduit trop souvent à la somme de ses déficits » (F. Blanchard et ali., 2001,p.203).

F. Blanchard pointe le paradoxe de la recherche actuelle concernant la démence sénile, faite de formidables avancées des connaissances sur le plan neurologique, mais de nettes **carences d'études sur la vie psychique préservée par la maladie.**

Selon la première représentation (mort cérébrale programmée), l'annonce du diagnostic tend à annuler toute espérance pour ne laisser qu'une image inhumaine et dégradée comme unique perspective pour le sujet. Nous risquons alors de nous concentrer malgré nous sur les manifestations symptomatiques dans lesquelles nous avons enfermé le malade :

“ Ces catégories trop rigides sclérosent ce qui caractérise l'être intime dans une dimension à laquelle on ne pense pas à appliquer ce qualificatif : les mouvements. Ils sont pourtant, dans leurs styles particuliers, l'expression même de la personne ” (Personne, 1998, p.153).

Lorsque nous abordons la démence sous un angle psychodynamique, nous nous autorisons à **dépasser la vision déficitaire de la personne démente.**

Réduire cette maladie à une lésion anatomique limite le sujet à son statut de malade « incurable » et sa place comme sujet à part entière devient menacée, progressivement déconsidérée.

Comme l'écrit pertinemment L. Ploton (1982, p.97), « vouloir guérir un dément revient en quelque sorte à tenter de démontrer que l'on est un clinicien établissant des

⁸ BRUCHON-SCHWEITZER M., (1990), *Une psychologie du corps*

diagnostics erronés ». Nous constatons le piège qui se referme sur nous, empêchant tout regard critique sur l'aspect inexorable des déficits observés.

Et alors même que nous percevons un sens caché et percutant, noyé dans un flot de propos confus (ces fameux « éclairs de lucidité, maintes fois constatés), le retour rapide à l'apparente incohérence nous déstabilise.

Inspirée par la systémique et les travaux de l'école de Palo Alto, N. Feil apporte un éclairage différent concernant sa vision de la grande vieillesse, qu'elle nomme les « old-old » : durant cette ultime étape de la vie, la personne âgée serait en position de reconsidérer les conflits non résolus de son passé, en effectuant un bilan de vie.

Sa méthode, nommée « Validation », se base à la fois sur une théorie proche des « tâches de vie » d'Erikson (auxquels elle ajoute celle de résolution des conflits passés) et sur une écoute empathique, rejoignant la conception rogérianne de l'entretien :

« Quand nous créons de l'empathie avec les gens désorientés, nous commençons à mieux percevoir les raisons qui sous-tendent leur désorientation » (N. Feil, cité par F. Blanchard et ali., 2001, p.216).

Lorsqu'elle serait atteinte de désorientation, la personne âgée pourrait exprimer « en décalé » et de manière parfois incongrue ses souvenirs et des relents du passé, porteurs d'affects. **Cette conception éclaire de façon dynamique des troubles du comportement** tels que la déambulation ou les cris incessants de certaines personnes atteintes de DSTA :

« Quand on perd la notion du temps présent et du lieu, quand les obligations sociales ont perdu tout intérêt, alors c'est l'essence même de l'humain qui s'exprime (...). Si elles perdent l'usage de la parole, des sons et des rythmes la remplacent, et les mouvements appris dans leur jeunesse se substituent aux mots » (N. Feil, cité par F. Blanchard et ali., 2001, p.215).

Le non-sens résulterait de souvenirs enfouis émergents anarchiquement du passé de la personne :

« A travers ses émotions, le vieillard vole d'âge en âge. Dans un souci perpétuel de laisser une maison propre, les personnes ne cessent de mettre de l'ordre dans leurs émotions » (N. Feil, cité par F. Blanchard et ali., 2001, p.207).

M.F. Rochard-Bouthier insiste enfin sur le besoin de reconnaissance affective des personnes âgées démentes et l'aide psychologique que peuvent procurer ces méthodes de Validation, afin de redonner place et crédit à leurs émotions et leurs désirs :

« Fonctionner en miroir de certaines de leurs émotions, les aider à les exprimer, les reconnaître comme sujets pertinents dans l'expression de leurs sentiments quelques soient les moyens qu'ils emploient, remettre à jour des processus de séduction et de désir chez eux fait partie de l'aide que nous pouvons leur apporter » (M.F. Rochard-Bouthier, 1998, p.79).

Nous observons chez ces personnes l'émergence de **réflexes archaïques** à travers des gestes auto-centrés, ayant une fonction contenante et rassurante, telles la succion des mains, les caresses... Leur communication non verbale révèle alors leurs ressentis et nous livre des informations précieuses sur des époques prégnantes de leur vie (bercement d'un bébé imaginaire, dépoussiérage d'un meuble avec la main de façon répétitive, gestes mécaniques effectués à leur ancien travail, avec souvent des outils

imaginaires,...).

Cependant, l'essentiel ne consiste pas à déceler systématiquement le sens caché de ces comportements apparemment incongrus et décalés : bien entendu, le percevoir favorise une compréhension plus fine des comportements de la personne et facilite un échange relationnel de qualité avec elle. Mais il faut tenir compte des erreurs d'interprétation possibles et dangereuses : la recherche obstinée de sens peut engendrer des attitudes persécutoires, une volonté de maîtriser ce qui nous échappe en faisant inconsciemment interférer nos ressentis avec ceux du patient âgé dément.

Méfions-nous ainsi du risque de vouloir « *donner du sens à tout prix* », lorsque nous sommes témoins de comportements incongrus et inexplicables de la part de sujets déments. **Les projections de sens liées à une sur-interprétation des comportements démentiels apparaissent en effet aussi dangereuses que l'excès inverse, consistant à nier l'éventualité d'un sens caché possible.** Cela résumerait alors le comportement démentiel à une signification figée, faisant figure de diagnostic arrêté, schématique et catégorisé :

« Le premier danger est donc de vouloir injecter du sens à tout prix, mais en venant le clore sur une signification arrêtée qui viendrait faire office de diagnostic et fermerait la situation, dans une volonté de maîtrise de notre part. Il me semble qu'on peut aussi ouvrir cet espace-là, pour admettre qu'il y a peut-être aussi du non-sens à assumer, que ce non-sens peut être apporté, sans déclarer trop vite que ce comportement est absurde, sans se débarrasser du non-sens, mais en disant 'je ne vois pas, pour le moment, le sens' » (C. Perrotin, 2001, p.289).

Ce qui nous apparaît déterminant réside dans la démarche et le positionnement éthique consistant à **postuler l'existence d'un sens caché probable pour la personne, même si celui-ci nous échappe la plupart du temps.**

Il est malheureusement très rare de pouvoir influencer sur la qualité de leur niveau de communication, même dans un échange relationnel de qualité axé sur la prise en compte d'« un sens derrière l'apparent non sens » (F. Blanchard, 1995). Mais cet auteur souligne cependant une **diminution des perturbations comportementales de la personne âgée démente, de l'état d'anxiété et des manifestations de tensions et d'agressivité, liés fréquemment au ressenti d'incompréhension de la personne.**

Ces modifications comportementales se constatent lors de la mise en place d'ateliers sensoriels réguliers : dans un environnement chaleureux et contenant, les personnes âgées démentes s'apaisent au fil des séances, limitent leurs déambulations et font preuve d'une capacité d'attention volontaire plus importante.

« Identifier que le patient n'est pas seulement un moindre sujet, ce qui resterait comme souvenir de lui d'avant la démence, mais de s'intéresser à lui dans ce qu'il devient en étant affecté par la démence » (C. Perrotin, 2001, p.288).

L'auteur nous alerte sur le réflexe inconscient de vouloir « normaliser la différence », en comparant mécaniquement les attitudes démentielles avec celles considérées comme étant la référence, la norme valable et admise. Accepter de sortir de cette comparaison quasi-automatique nécessite non seulement une large ouverture d'esprit, mais aussi un véritable travail contre-transférentiel.

1-1-b- Le langage démentiel

Nous assistons fréquemment à une « juxtaposition de monologues » entre personnes âgées démentes : même lorsqu'elles donnent l'impression de s'adresser à un interlocuteur privilégié, il apparaît souvent que leurs discours peut, d'un instant à l'autre, se poursuivre de façon identique auprès d'un autre partenaire, qui devient alors sans interruption un autre « interlocuteur prétexte ». La personne âgée démente semble alors nécessiter de s'adresser à quelqu'un, mais ne paraît pas se préoccuper apparemment de l'écoute de cet autre, considéré uniquement comme un support à son besoin expressif.

Nous avons ici à priori affaire à un discours sans dialogue, où aucun feed-back n'est attendu de la part de l'interlocuteur potentiel.

Cependant, les monologues produits par les personnes âgées démentes posent un ensemble de questionnements :

Ont-ils automatiquement un destinataire, qu'il soit réel ou imaginaire ? Dès lors, quelle part d'intentionnalité peut-on accorder à ces propos ? Quels effets indirects produisent-ils sur leurs interlocuteurs ? Enfin, doivent-ils être perçus comme des obstacles à la communication, ou bien plutôt comme des indices révélateurs et pertinents ?

Pour notre part, nous rejoignons M. Hybler (1996, p.146), déclarant que

« [les monades démentielles] contiennent une très forte sollicitation communicative indirecte qui rayonne tout autour et influe très sensiblement sur l'ambiance générale de la situation, sur nos sentiments et sur nos pensées. Elles ont une très forte expressivité dont l'emprise se mesure à l'intensité de nos réactions défensives ».

La surabondance du discours, devenu logorrhéique, interroge sur la prise en considération du contenu discursif comme élément de référence :

« Dans le langage courant, un lapsus peut prendre sens, mais que faire d'un discours où tout serait lapsus, sinon le renvoyer à l'absurdité ? » (C. Caleca, 1998, p.21).

Ce fonctionnement de déliaison et de déstructuration attaque en effet nos schèmes de pensées, nos modalités d'élaboration psychique, en empêchant ou obstruant nos capacités d'associations :

« Soit il nous fait trop penser, soit il ne nous fait plus rien penser, et pour finir nous ne savons plus qu'en penser, et encore moins quoi y répondre, car même si la personne à qui il s'adresse est de statut incertain, une réponse n'en est pas moins sollicitée. (...) S'il existe un sentiment de mort psychique dont nous sommes sûrs, c'est bien du nôtre qui est ainsi mis à l'épreuve » (idem).

Nous interroger sur nos ressentis contre-transférentiels et faire partager nos affects permet de sortir de cette sidération de la pensée, en maintenant un lien affectif avec le patient dément et en lui permettant de restaurer son intégrité psychique fragilisée.

Nous suggérons dès lors que l'interaction avec une personne âgée démente ne se résume pas à ces soliloques fréquemment observables ; il existe et demeure très tardivement dans cette maladie une **capacité de transmission des affects, via une**

communication non verbale à visée relationnelle, permettant de maintenir un lien, un échange interactif lorsque la communication verbale fait défaut.

Manifester à ces personnes notre intérêt et notre attention à ces messages qui transparaissent à travers des signes non verbaux, semble essentiel au maintien du lien et préserverait parfois un effort de communication verbale de leur part :

« Ainsi les capacités de verbalisation sont favorisées ou freinées par la qualité des affects qui surgissent de ces conversations » (J. Zinetti, 1998, p.504).

P. Magdinier (1991) effectue une distinction intéressante concernant le langage pathologique, dont il distingue deux catégories :

- **Le langage baroque** : les mots sont alors « dégagés de toute pesanteur référentielle » ; le sens des mots devient secondaire et les messages non verbaux accompagnant la parole sont démultipliés (gestes, intonations, mimiques...). Ce déversement sans limite de la pensée, noyée sous l'effervescence de signifiants anarchiques, annihile toute possibilité réelle d'échange.
- **Le langage factuel** : tout apparaît lissé, sans nuances, ce que l'auteur nomme « le refus de l'épaisseur ». Cette forme de langage entraîne indubitablement une mise à distance et un renoncement à engager quelque forme relationnelle que ce soit.

Ces deux formes de langage empêchent toute forme d'échange et enferment la communication dans un système de vase clos, stérile et unilatéral.

Nous percevons une analogie avec le discours démentiel, qui lui aussi enferme fréquemment le sujet dans une forme pauvre de langage verbal, noyé soit dans un discours fleuve (logorrhée, jargonaphasie), soit dans un discours terne, lissé et sans nuance.

L'accès à l'indice non verbal devient alors d'autant plus nécessaire pour apprécier l'état émotionnel global de la personne âgée démente, afin de pouvoir prendre acte des messages implicites qu'elle nous adresse.

Marion Péruchon (1994) évoque le « déliaisonnement » qui s'opère progressivement dans la structuration du langage des personnes âgées démentes. Elle évoque par là une **dissolution des liens signifiants et donc une perte de la structure logique de l'expression verbale**, favorisant ainsi ce qu'elle nomme des « pseudo-constructions » verbales.

Les représentations de mots les plus investies par le sujet malade persisteraient cependant à un stade avancé de la maladie, comprenant des bribes de sens détachées les unes des autres et formant un ensemble de plus en plus incohérent au fil de la maladie.

Les mots à lourde portée symbolique, rattachés à des souvenirs intenses et particulièrement signifiants pour le sujet, semblent néanmoins survivre à la lente dégradation de la portée signifiante des mots employés ; **M. Péruchon explique ce phénomène ségréatif par l'argument freudien de l'intensité de l'association : plus les représentations de mots sont rattachées à une signification investie par le sujet (comme par exemple le thème de la mère dans la démence), plus l'association sera**

aisée et persistera malgré l'évolution de la maladie ; quant aux autres représentations de mots, moins investies, elles se dépouilleront de leur signification pour le sujet, et contribueront à l'apparition d'un lexique pauvre, erroné et souvent inadapté.

Demeurera alors une tentative d'expression qu'il s'agira pour nous de décoder « au mieux » en recherchant les indices pertinents au milieu parfois de propos écrans, de phrases toutes faites, évasives et « passe partout », faisant illusion.

Toutefois, lorsque la maladie évolue, le langage verbal ne permet pratiquement plus de percevoir ces significations cachées ; il nous faudra alors se baser essentiellement sur des manifestations non verbales qui demeurent pour la plupart cohérentes et ce, très tardivement, afin d'*approcher* subjectivement les ressentis éprouvés par la personne.

La vignette clinique proposée par P. Charazac illustre clairement ce propos :

« Nous ne pouvons communiquer avec G., même à partir des associations qu'éveillent ou non ses chants, parce qu'elle souffre dans sa capacité de représentation et d'utilisation du symbolique (...). Cette fixation à travers la plainte – ici le chant – laisse peu d'énergie pour l'établissement d'une relation de type transférentiel (...). Elle nous communique des efforts. Elle paraît même capable d'investir de temps en temps l'espace de nos rencontres en montrant des mimiques de plaisir ou en nous adressant des demandes » (P. Charazac, 1991, p.5).

Enfin, nous demandons-nous suffisamment souvent si les personnes âgées démentes sont disposées ou non à communiquer avec nous, lorsque nous les sollicitons ? En effet, **de quels moyens disposent t-elles pour refuser ou interrompre la relation que nous leur proposons** ? Certaines manifestations agressives de leur part ne correspondraient-elles pas à un signe de refus d'entrer en relation avec nous à un moment donné ? Se donne t-on suffisamment le temps et les moyens de comprendre leurs réactions ?

M. Perron (1996) analyse ces nombreux malentendus dans nos relations aux personnes âgées comme celui résultant des formulations fermées, et de ce fait biaisées, du personnel soignant :

« Mais qu'advient-il de la personne âgée quand le seul mode de communication qu'on lui propose sont les sempiternelles questions et remarques qu'on lui formule à chaque rencontre : - « Bonjour, ça va ? Vous avez bien dormi ? C'était bon ? ». Des questions fermées, n'admettant qu'une réponse positive, si bien que la personne ainsi sollicitée va peu à peu ne plus répondre » (M. Perron, 1996, p.48).

L'auteur les relie pour une grande part à un manque de disponibilité des soignants, dû à un temps relationnel possible trop réduit, ainsi qu'à une certaine *pudeur* de soignants, souhaitant parfois se cantonner dans une distance professionnelle stricte, peu impliquante :

« Il n'est pas facile de parler de tendresse dans les soins infirmiers, c'est un sujet tabou qui déclenche quand on l'aborde des positions souvent défensives et toujours excessives » (M. Perron, 1996, p.90).

Nous pouvons aussi lier ces difficultés à un manque de remises en question et de réflexions, faute d'une formation continue de qualité.

1-2- Apparition d'un mode relationnel essentiellement sensoriel

1-2-a- La prise en compte des déficiences sensorielles dans l'interaction

Au préalable, **une évaluation correcte des capacités sensorielles de la personne âgée démente doit intervenir pour éviter des erreurs de jugement au sujet de ses capacités cognitives et relationnelles.**

Il faut par exemple rappeler que concernant l'audition, on évalue une détérioration conséquente chez 81% des personnes âgées de plus de 80 ans. Cela constitue le dérèglement sensoriel le plus fréquent pour cette population. Pourtant, seulement 25% des personnes âgées possédant une prothèse auditive l'utilisent en institution : quelle place alors pour l'échange et la convivialité entre les résidents, mais aussi avec les familles et les soignants ?

Malgré l'amenuisement des perceptions sensorielles avec l'avancée en âge, celles-ci demeurent essentielles pour entrer en relation. Cet étayage s'avère d'autant plus important dans les rapports avec les personnes âgées atteintes de DSTA que leurs fonctions langagières sont progressivement atteintes.

On distingue cinq formes de sensations tactiles distinctes (le contact, la pression, la chaleur, le froid et la douleur), qui **même partiellement altérées, permettent au toucher affectif le maintien d'un lien relationnel.**

Nous observons que lorsque des malades souffrent de déficiences au niveau de l'audition, de l'odorat, du goût ou du toucher, la vicariance va s'effectuer au profit de leurs perceptions visuelles. Lorsqu'elles sont préservées, elles constituent une source d'information majeure à même de pallier les autres déficiences sensorielles, d'où l'importance de ce qui est donné à voir par les échanges non verbaux.

1-2-b- Préservation de l'affectivité lors de l'avancée de la démence

Lors de l'évolution de la démence, le fonctionnement du Moi du sujet se trouve progressivement altéré et subit une lente régression que Le Gouès scinde en deux étapes successives : d'abord *la pensée figurative* s'installe, basée principalement sur une **appréhension sensorielle, émotionnelle de la réalité**, très appauvrie quant à l'élaboration mentale et la construction psychique ; ainsi, la capacité représentative des personnes âgées dementes se dégrade petit à petit. Ensuite, l'identité de perception même se dégrade : il devient alors difficile pour les sujets d'identifier les éléments du monde qui les entoure, ou plutôt de leur attribuer une signification claire et précise et de les dénommer.

Le sujet atteint de démence évoluée ne distingue souvent que des **perceptions globales**, pouvant se réduire au **ressenti binaire de plaisir / déplaisir** ; P. Charazac (1998, p.19) n'en souligne pas moins le maintien d'un fonctionnement psychique chez ces personnes et ce qu'il nomme une « identité affective ». L'auteur nous invite ainsi à être vigilant dans notre relation quotidienne à ces personnes, hypersensibles au climat

ambiant instauré et à l'image en miroir que nous leur renvoyons.

L'évolution démentielle entraîne donc une **régression topique liée à une désorganisation du fonctionnement psychique** : progressivement, la personne âgée démente n'accède plus aux représentations de mots et les perceptions de son environnement extérieur envahissent sa psyché ; son raisonnement régresse, entraînant ce que Le Gouès (1991) nomme « une perte d'identité de la pensée ». Comme lors du rêve, les perceptions du sujet dément prennent le devant sur le fonctionnement cognitif.

Le Gouès caractérise ensuite la **seconde étape de la maladie par la perte de l'identité de perception : le sujet souffre d'une telle désorganisation psychique qu'il lui devient impossible de rattacher une représentation à un signifiant**. Sa réalité intérieure s'en trouve ainsi bouleversée, ce qui influe sur ses éprouvés psychiques.

Sur le plan psychique, la démence opère donc une **double déliaison** : des représentations entre elles, mais aussi de l'affect dissocié de la représentation.

L'affect constitue l'expression qualitative du quantum d'énergie pulsionnelle et de ses variations. **L'expression des affects demeure présent dans la démence : même si les affects se désolidarisent des représentations, et ne se réfèrent plus aux mots et aux images qui leur sont habituellement liés, ils continuent à être signifiant :**

« L'affect désinséré peut encore conserver sa valeur signifiante » (M. Péruchon, 1994, citée par P. Monti, 1999, p.446).

Ainsi, en faisant nôtre l'idée avancée par M. Péruchon d'une destruction des représentations (de mots, puis de choses) bien avant l'affect, qui lui perdure longtemps, il nous faut envisager la pathologie démentielle comme un bouillonnement d'affects, inexprimés, inexprimables autrement que par l'aide fournie par autrui:

« La voie de l'affect, tel un ombilic, passe sans discontinuité du patient au thérapeute par l'éprouvé » (C. Belakhovsky, C. Joubert, 1998, p.41).

Cette notion de co-éprouvés, soulignée par P. Aulagnier dès 1975, apparaît fondamentale afin de percevoir et d'identifier la psyché errante du sujet.

M. Myslinski (1996) insiste également sur la nécessité de proposer aux personnes âgées démentes un espace d'écoute sous forme d'étayage contenant, en s'impliquant à la fois physiquement et psychiquement :

« C'est la réquisition de la pensée d'autrui comme d'un terrain d'occupation destiné à être colonisé, même au prix du souci que cause le sujet à ses proches, même au prix de l'angoisse que son évolution déclenche. Aux yeux du sujet, mieux valent l'angoisse, la déception, la colère et l'agressivité de l'autre, tout vaut mieux que l'indifférence de l'objet » (M. Myslinsky, 1996, p.101).

Cette qualité d'investissement renforce la perception identitaire des personnes âgées démentes, que l'auteur résume par la formulation : « Il / Elle pense (à moi), donc je suis ».

Parler des affects ressentis contre-transférentiellement en leur présence favorise un travail de liaison, de *béquille verbale*, nécessaire dans le travail auprès de personnes démentes :

« L'intégration de l'affect dans le travail rend possible pour le tiers le maintien de

penser (...) quand plus rien ne se dit, ne s'échange avec le dément, des affects passent cependant et peuvent être travaillés, 'parlés autour' » (M. Grosclaude, 1996, p.31).

Non ancré sur une représentation, ces affects « flottants » laisseraient de plus en plus place à des « éprouvés corporels », des sensations sans représentations et significations rattachables d'emblée. L'instabilité de cet état affectif entraînerait une labilité émotionnelle fréquente chez les personnes âgées démentes. L. Ploton (2004) parle à ce propos de « noyaux (ou germes) affectifs de pensée », qui demeurent avec leur pertinence dans la démence pour constituer un niveau d'intelligence affective.

Les ressentis de la personne âgée démente relèveraient alors principalement d'un état subjectif global, prenant en compte l'environnement ambiant, soit : la manière de leur parler, la proximité physique, le sentiment de disponibilité que nous procurons, l'empathie que nous leur témoignons. Ces aspects subjectifs prennent de plus en plus d'importance pour le bien-être de ces personnes.

Pouvoir repérer et nommer en présence de la personne âgée démente ses affects constitue pour M. Grosclaude une porte d'accès afin d'entrer en relation avec elle.

« L'absence de liaison des excitations et de l'affect à un contenu représentatif entraîne l'apparition d'une angoisse importante, angoisse dont Simeone nous rappelle qu'elle est chargée d'une affectivité propre, colorée par les fantasmes et les besoins affectifs personnels du patient » (P. Monti, 1999, p.446).

La démence supprime ainsi les ressources psychiques nécessaires pour affronter les sources d'excitations et de tensions extérieures. La décharge pulsionnelle ne peut s'effectuer, faute d'élaboration psychique de l'affect négatif, et déclenche une forte angoisse pouvant entraîner des manifestations délirantes et des hallucinations. Privée de sa capacité d'élaboration et ne pouvant soulager sa détresse, la personne âgée démente se reconstruit parfois un monde virtuel composé de déni de la réalité présente et de mentalisations hallucinatoires composées de tranches de vie du passé réactualisées et de réapparition de personnes disparues :

« Contre l'angoisse, le sentiment d'abandon, l'ébranlement des liens affectifs et la déperdition progressive de ce qui fut autrefois familial, le déni semble constituer le mécanisme de défense majeur du processus démentiel, le principe de plaisir dominant alors le principe de réalité, dans une tentative de survie de la psyché » (P. Monti, 1999, p.446).

Le retranchement psychique dans un monde interne constituerait alors pour la personne âgée démente une voie de recours pour préserver défensivement un minimum de vie psychique.

En nous intéressant aux affects des personnes âgées démentes et en les aidant à reconstruire un lien entre leurs ressentis et les représentations s'y rattachant, nous devenons par ce biais une « béquille verbale » permettant de renouer le lien associatif rompu et de leur redonner confiance dans le recours à l'introspection : nous formulons l'état émotionnel global perçu afin de permettre à la personne âgée de se réapproprier son vécu affectif en nommant ses affects, en leur allouant à nouveau une signification, un contexte, c'est-à-dire un contenu signifiant et une représentation :

« L'affect peut refaire penser et réamorcer le processus de la métaphore, perdu

dans la démence » (M. Grosclaude, 1995, cité par P. Monti, 1999, p.447).

Le processus d'identification au thérapeute permet à la personne d'améliorer son fonctionnement psychique éclaté et délié de contenu représentatif : le travail de reliaison de l'affect permet une restauration narcissique de la personne âgée morcelée affectivement et réinstaura une affectivité porteuse de sens et de lien cohérent pour la personne.

Chercher à tous moments un sens littéral aux propos de personnes âgées démentes conduit presque toujours à l'échec, puis au découragement. L'échec du crédit porté à la parole du dément suite à cette attitude justifie alors le renoncement à considérer l'Autre comme sujet.

« Je ne comprends plus le sens de tes propos, donc nous ne sommes plus en mesure de communiquer ensemble » : tel serait le message simplifié dans sa relation au sujet dément.

M. Grosclaude perçoit le discours de la personne âgée démente comme le résultat d'un détournement de la parole initiale ; la parole du sujet dément se résume alors à :

« des composantes originaires voix / mot / geste / affect (...)des traces corporalisées et des potentialités résidant dans les productions vocales et leurs appuis corporels, les stéréotypies, comportements aberrants et discours incompréhensibles » (Grosclaude,1995, cité par P. Monti, 1999, p.449).

Une dangereuse corrélation pourrait alors s'installer : ne plus se faire comprendre de la part du sujet dément induirait ainsi le fait pour lui de ne plus comprendre son interlocuteur et d'être ainsi dans l'incapacité de communiquer :

« Dire mal ou ne pas pouvoir dire, c'est forcément ne pas comprendre ce qui se dit ; ne pas parvenir à se faire comprendre, c'est forcément ne pas comprendre autrui » (P. Monti, 1999, p.448).

Pourtant, on est en droit de penser que plus nous restons attentifs à la parole de la personne âgée démente, plus ses capacités d'expression semblent sauvegardées ; la créditer de propos sensés, méritant attention et intérêt, c'est préserver le sujet dément dans un statut d'interlocuteur, capable d'exprimer ses affects et d'entretenir une relation à l'autre.

Le travail du thérapeute consiste alors à soutenir, étayer cette « parole du manque, parole manquée ou parole manquante » (ibid) et de lui fournir en retour une réponse adaptée. **Le thérapeute s'attachera alors à être sensible, au-delà du discours littéral et sans sens apparent de la personne âgée démente, à la mélodie du discours, aux associations pouvant apparaître au fil de la pensée défaillante et décousue, aux « représentations éclatées » qui envahissent le discours du sujet dément.**

Ce travail de liaison suppose une capacité à la rêverie pour se laisser « bercer » par le flot parfois continu du discours démentiel, afin d'en retenir les bribes qui peuvent faire sens pour le sujet, la tonalité affective qui se dégage du discours et les résonances émotionnelles que cela provoque en nous :

« Tout se passe comme si, plus que la valeur signifiante des mots, importait la mélodie et, avec elle, les intonations, les exclamations, les ponctuations, les modulations vocales qui permettent de rester dans une rencontre parlée avec

l'autre, rencontre parlée d'un type particulier dans laquelle le thérapeute se laisse guidé par la partition qu'il entend en relançant certaines notes, certains mots, tout en continuant à respecter le rythme sans s'acharner à dénicher du sens au détriment du lien, porteur en soi d'humanité. » (P. Monti, 1999, p.449).

Il semble ainsi fondamental de préserver le lien relationnel avec le sujet dément dans un lien relationnel, en accordant un crédit et une attention particulière à ses tentatives d'entrer en communication, en ne cherchant pas avec obstination « un sens à tout prix » derrière chaque parole ; il s'agit davantage de se laisser porter par la musicalité de l'échange, appréhendé plus dans son ensemble que dans le sens littéral de chacun des détails.

P. Charazac insiste sur la préservation de l'affectivité de la personne âgée démente : ***« (...) le dément conserve un fonctionnement psychique dans le registre du plaisir-déplaisir nous permettant de parler encore d'une identité affective. Cette réalité souligne l'importance du climat dans la relation avec le dément et explique que l'affect relance ses capacités représentatives restantes » (Charazac, 1998, p.19).***

Néanmoins, sa capacité de représentation et d'utilisation du symbolique souffrirait de ce que D. Suchet (1991, p.12) nomme « *la faillite de ses capacités d'investissement* ».

L'auteur rappelle un principe énoncé par Winnicott, « le droit à ne pas communiquer » : pour Winnicott, le balancement autistique traduit une relation basée sur des expériences corporelles et constitue une forme de communication « en cul-de-sac ». La communication verbale est considérée par Winnicott comme une communication « indirecte » ; il suggère l'existence d'une communication silencieuse, impliquant le « vrai self » de la personne, permettant à l'individu de se détourner activement de la réalité extérieure. Cette conception dynamique permet à P. Charazac (1991, p.7) d'écrire :

« En conclusion, si les processus intellectuels font obstacle à la communication avec la démence, c'est sans doute moins sous l'angle du déficit que sous celui d'une fonction défensive des représentations. L'obstacle aussi bien que le véhicule de la communication sont à chercher d'abord au niveau habituellement silencieux des affects. »

Lors d'un vécu de séparation, les personnes âgées démentes n'arrivent pas toujours à extérioriser l'angoisse éprouvée. L'expression de détresse et de souffrance marque « la conservation de la représentation et de l'investissement des objets internes » (J.P. Clément, p.171) et son absence peut apparaître préoccupante, masquant une angoisse inexprimée.

Nous devons nous placer auprès de ces personnes dans une position d'écoute des sens, perceptibles grâce à l'empathie. L'univers sensoriel de ces personnes se développe en effet à la place de la formalisation de la pensée : celle-ci se délie, puis se démantèle en ce que S. Urwand (2000, p.31) nomme des « colorations affectives ».

Lors de l'avancée de la maladie, ce mode relationnel essentiellement sensoriel témoigne d'une régression du sujet dans un mode de pensée très primitif. L'expression émotionnelle développée par l'exacerbation des sens ainsi que la pauvreté du discours entraînent une fragilité psychique et une difficulté à se préserver des manifestations brutes d'angoisse.

Cette hypersensibilité résonne dans leur fort investissement sensoriel et correspond, selon S. Urwand (2000, p.39) à un « défaut de contention émotionnelle ». Cette appréhension du monde extérieur peut faire penser aux enfants autistes, pour qui la peau ne semble plus remplir sa fonction contenante et délimitante :

« Mais quelquefois justement la peau ne peut remplir cette fonction de limite, d'enveloppe et l'objet se décompose en ses différents aspects sensoriels (...). Les enfants autistes nous montrent bien la focalisation de leur attention sur un son, le bruissement d'une feuille, un rayon de soleil, un reflet de lumière sur une vitre... » (S. Urwand, 2000, p.32).

Manifestation d'angoisse, sentiment d'être happé par le monde environnant... **Ces personnes investissent puissamment le monde sensoriel qui les entoure, de manière quasi-défensive : est-ce une façon d'appréhender le monde extérieur, qui semble leur échapper ? Une manière de se sentir exister dans ce monde qu'elles semblent fuir ? Une façon enfin de poser des limites avec l'extérieur et d'empêcher, de fait, de véritables relations possibles ?**

En effet, cette forme d'indifférenciation et de collage avec leur environnement extérieur bloque toute forme d'identification émotionnelle à autrui et toute introversion sur leurs propres ressentis.

Au siècle dernier, Freud contestait l'approche déficitaire du rêve, qui était de vigueur à son époque : il entrevoyait le rêve comme un mécanisme d'adaptation et de transformation de l'appareil psychique, et non comme une réduction de l'appareil psychique « à l'état de veille ». Winnicott fournit de même cette distinction fondamentale entre l'activité mentale (mind), et la vie psychique (psyche), qu'il apparaît nécessaire de dissocier.

Cette clarification nous est de grande utilité pour notre sujet, concernant la dégradation de l'activité cognitive dans la DSTA :

« Si nous centrons notre attention sur l'écart entre la conduite attendue et la conduite observée, il nous apparaît que si la fonction – intellectuelle, motrice ou affective - ne s'exprime pas, ce n'est pas parce qu'elle s'est appauvrie ou atrophiée ou a disparu ; c'est que l'expression en est bloquée, interdite, ce qui implique un mécanisme actif et entretenu. La question ne se situe donc pas au plan d'un symptôme mais d'un processus actif. Ce changement de plan est indispensable à l'observateur car la première incidence du grand âge sur le phénomène d'inhibition est précisément de le dissimuler sous un écran symptomatique d'allure déficitaire (ce qui a conduit depuis longtemps Louis Ploton à préconiser le terme de « présentation déficitaire » qui se borne à enregistrer ce qui se donne à voir sans préjuger du mécanisme sous jacent) d'autant plus opaque et efficace que l'observateur ne modifie pas son angle de vue, se maintient à ce plan des symptômes et en reste à une causalité immédiate » (D. Suchet et J.P. Vignat, 1985, p.41).

Pour L. Ploton, la présentation déficitaire est une notion qui refuse de caractériser un état, mais se contente d'observer une résultante, c'est-à-dire un mode d'adaptation, un compromis entre les prédispositions et les nécessités individuelles (l'économie psychique individuelle) et les données du contexte (l'économie relationnelle).

P. Charazac (1985) propose une conception de la réorganisation fonctionnelle adaptée à la DSTA.

Il cite à ce propos l'exemple de Golstein auprès d'un sujet, amnésique des noms de couleurs : le patient arrive à dissocier des rubans de nuances de couleurs différentes en se rapportant à d'autres critères de ressemblance que nos classifications usuelles ; en fonction de ses impressions subjectives de clarté ou de teinte des rubans, il arrive à les regrouper deux à deux.

« Quand une fonction disparaît, ce ne sont pas à des disparitions mais à des transformations que l'on assiste et qu'il faut expliquer. On ne peut donc plus parler de suppléance, au sens d'un phénomène élémentaire de compensation, mais de changement fonctionnel » (P. Charazac, 1985, p.6).

P. Charazac relate une autre observation, effectuée par Cahn auprès d'une personne âgée démente, et qui illustre parfaitement ses propos :

« Cet homme était très dément, souffrant d'une démence artérioscléreuse sévère. Il était presque complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. On pouvait pourtant encore parler avec lui des choses de l'environnement immédiat, bien que d'une manière très limitée. Nous n'avons jamais observé aucun mouvement stéréotypé pendant les nombreuses semaines qu'il a passé dans notre service. Un jour pendant que je parlais avec lui, il y eut une pause dans notre conversation, parce que je ne pouvais pas trouver facilement un nouveau sujet de conversation. Le patient commença alors à se frotter ses mains, nettement comme un mouvement stéréotypé. Quand je lui demandai pourquoi il faisait cela, il parut plutôt embarrassé et il me dit finalement qu'il faisait cela à cause du « contre-poids ». D'abord je ne compris pas cela, mais j'incline maintenant à penser qu'il voulait dire qu'il faisait cela parce qu'il éprouvait le silence comme embarrassant. C'est à ce moment-là qu'il commençait à se frotter les mains. Sur le moment il n'en était pas conscient, mais après que nous l'ayons interrogé là-dessus, il était plutôt gêné et pouvait aussi l'arrêter immédiatement » (P. Charazac, 1985, p.10).

Cette vignette clinique montre toute la difficulté d'interpréter certaines manifestations comportementales dans l'immédiateté et le besoin de se référer au contexte.

Dans la situation présentée ici, le patient dément manifeste sa gêne par des mouvements gestuels stéréotypés, venant palier à un silence vécu comme angoissant. Cet automatisme, déclenché inconsciemment, peut ici être stoppé par la prise de conscience du sujet, via l'interrogation du thérapeute.

La manifestation comportementale représentait le symptôme de l'état perturbé du sujet, lié à la gêne ressentie. Une fois explicité, ce symptôme n'a plus lieu d'être et peut alors se résorber.

Nous avons pu remarquer ici le rôle essentiel du thérapeute permettant, de par son questionnement, la formulation du mal-être et l'arrêt du trouble comportemental. Dans notre prochaine partie, nous pointerons l'impact des représentations stéréotypées de la démence dans nos propres comportements vis-à-vis de ces personnes, ainsi que l'effet rétroactif que cela peut provoquer implicitement chez elles.

1-2-c- A propos du degré d'empathie dans la relation avec les personnes âgées démentes

Il est possible de constater empiriquement que les personnes âgées démentes favorisent une présence corporelle et un contact physique particulièrement rapproché ; ce besoin de chaleur humaine correspond manifestement à une demande implicite que nous comblons généralement spontanément, et souvent inconsciemment, lorsque nous sommes attentifs à leurs préoccupations d'ordre affectif et relationnel : nous ressentons le besoin de leur toucher les mains, voire de les caresser ; nous sommes parfois *poussés* à les embrasser, lorsqu'une relation forte s'installe... A notre insu, nous risquons alors de répondre à une demande voilée de maternage. Cela se traduit par exemple par le fait de leur donner la main au lieu de leur prendre le bras.

Les personnes âgées démentes conservent une forme de mémoire affective qui leur permet généralement de savoir quelle attitude adopter en fonction des personnes en présence. Elles sont très sensibles au climat de confiance instauré, comme à l'ambiance relationnelle.

L. Chabrier (1998) perçoit la démence comme une « pathologie de la relation », nécessitant à un stade avancée un fort étayage émotionnel.

J.P. Clément (1998), quant à lui, définit cette pathologie comme une déperdition progressive de la pensée individuelle, une disparition de ce qu'il nomme la « présence à soi ».

De fait, les échanges émotionnels se révèlent déterminants dans la communication avec ces personnes, ce qui pose la question de la part d'empathie qu'il est nécessaire d'accepter, voire d'instaurer pour ces échanges de qualité avec elles. **L'empathie désigne la faculté de ressentir l'éprouvé de son interlocuteur de manière très proche. Cette capacité de synchronie peut concerner les affects, mais aussi les actions et les raisonnements.**

De nombreux auteurs ont consacré des travaux à cet état :

Ainsi, et afin d'interpréter la signification des émotions d'autrui, J. Cosnier (1994) se base sur ce qu'il nomme " le postulat empathique " : pour lui, le caractère subjectif des ressentis contre-transférentiels constitue une donnée incontournable pour toute analyse émotionnelle et il est nécessaire d'accorder crédit à notre éprouvé devant autrui pour obtenir une communication de qualité.

Maîtriser et développer les capacités d'empathie vis-à-vis de la personne âgée démente faciliterait le décodage des messages non verbaux qu'elle nous transmet.

Ce concept s'avère pertinent pour beaucoup de situations de face à face avec un patient. Il a inspiré plusieurs techniques d'entretien et complète les notions de non directivité et de neutralité bienveillante exposées par C. Rogers.

Ce dernier définit l'empathie comme :

“ un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui ” (C. Rogers,

1975)⁹.

Dans la pratique, l'attitude empathique correspond fréquemment à une attitude en miroir, une "échoïsation corporelle" (Cosnier, 1994) qui s'avère rassurante et contenante pour l'interlocuteur. La gestualité et la posture constituent ainsi des outils privilégiés pour marquer notre empathie : Cosnier parle à ce propos d'"analyseur corporel".

N. Feil explique longuement dans son ouvrage "Validation" (1982) l'importance de l'empathie pour comprendre les manifestations comportementales des personnes âgées désorientées :

"L'intervenant porte son attention sur les informations sensorielles de la personne : il capte ses rythmes, il écoute les indices verbaux, observe les indices non verbaux, il met en mots les sentiments de la personne désorientée pour lui redonner sa dignité" (N. Feil, 1982, p.3).

La qualité de la relation que va instaurer le soignant avec la personne âgée concernée va constituer un élément central dans la prise en charge de ces personnes : l'investissement affectif procuré à ces malades va leur permettre de conserver leur humanité et peut-être l'intérêt qu'ils portent à leur existence présente. De manière plus globale, notre attitude empathique leur permet de se sentir en sécurité et atténue leur anxiété.

Car pénétrer l'espace intime de la personne âgée démente peut fort bien être vécu comme menaçant et angoissant si nous ne prenons pas le temps de faire accepter notre présence :

par une attitude empathique (il faut du temps pour se régler par l'écoute sur le vécu émotionnel de l'autre), par une attitude apaisante régie par notre compassion et un engagement profond de ce que nous sommes en train d'accomplir.

"L'écoute mobilise l'être tout entier. Ecoute-moi équivaut à dire à une personne 'Fais que j'existe pour toi'" (Kaepelin, 1993, p7).

L'écoute empathique ouvre un espace de parole pour la personne âgée démente, qui redevient acteur à part entière de la communication : lui est par là signifiée l'importance de ce qu'elle ressent et de ce qu'elle souhaite exprimer. Egalement, cette situation privilégiée permet à la personne âgée démente de "s'écouter elle-même" (Bettet, 1995), renforçant sa perception identitaire. **L'empathie constitue une sorte de "caisse de résonance" (J.L Héту, 1982) pour l'expressivité émotionnelle de la personne âgée démente.**

Par notre faculté empathique, perceptible par la personne âgée démente par le biais du non verbal (regard chaleureux, sourires, gestes contenant, voix douce...), nous instaurons un climat de confiance fondamental pour la qualité de la relation.

Quels bénéfices s'en dégagent ? Bien sûr, le narcissisme de la personne âgée démente, ainsi réinvesti, va s'en trouver renforcé. Mais l'intérêt se trouve aussi du côté de la motivation des soignants dans leur travail. N. Fossier-Varney (1999), dans un article traitant du soin relationnel apporté aux personnes âgées démentes, décrit l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du travail procurée par une attitude empathique :

"Les soignants ont repéré leurs possibilités de perception de la qualité de

⁹ ABRIC J.C., (1996), *Psychologie de la communication*

l'environnement, de l'ambiance, quel que soit le stade évolutif de la maladie, quels que soient les déficits. Odeurs, bruits, discussions, tons, mouvements, gestes, attitudes sont perçus avec justesse, et en retour les patients sont capables de renvoyer une expression plus adaptée, soit par des messages verbaux, soit par leurs comportements ou mimiques ”(p.629).

La clinique quotidienne auprès de personnes âgées démentes montre une étroite corrélation entre l'attitude empathique et le degré d'intimité instauré avec ces personnes.

Une étude de Mehrabian (1969) discerne cinq critères permettant d'identifier le degré d'intimité dans une interaction :

- le toucher
- la proxémie
- le degré d'inclinaison du corps en avant
- la durée du contact visuel
- l'orientation des corps

A l'inverse, les mises à distance, les invectives ou les injonctions à l'égard des personnes âgées démentes constituent parfois des défenses contre la demande empathique et l'angoisse qu'elle induit. Aussi est-il nécessaire de mettre en travail nos représentations et nos attitudes contre-transférentielles à l'égard de ces patients afin de prendre conscience du fait que **les émotions qu'elles tentent d'exprimer ne sont peut-être pas nécessairement celles qui nous sont suggérées d'emblée par notre propre état émotionnel** : cela consiste par exemple à ne pas dire automatiquement qu'une personne est perturbée lorsque c'est parfois nous qu'elle perturbe...

Ainsi, nous pouvons expliquer les variations lexicales pour qualifier l'état global d'une personne âgée en fonction de notre qualification, induisant des termes techniques spécifiques, mais aussi en fonction de nos interlocuteurs, notre état d'esprit, nos représentations sociales, nos motivations...

D. Guillaume (1995) distingue à ce propos trois types de réponses :

- | | |
|---|----|
| les techniques pures(ex : la personne âgée régresse) | 1. |
| aucune référence technique (ex : la personne âgée vit dans un monde à part) | 2. |
| le mélange des deux (ex : la personne âgée retombe en enfance) | 3. |

La forme de discours adoptée, qui témoigne du degré d'empathie possible, va influencer nos comportements vis-à-vis du malade.

En plus des formations initiales et continues, nous voyons l'importance qu'il y a à instaurer des groupes de parole où s'analyse le ressenti des soignants avec une méthode rigoureuse. La pluridisciplinarité constitue certainement à ce propos une garantie contre les dérives idéologiques et contre les effets de leadership propres à un groupe de même formation initiale. Il s'agit également de rester constamment vigilants quant à nos comportements par la réflexion sur le sens donné à notre travail et les valeurs éthiques qui s'y rattachent.

1-3- L'outil contre-transférentiel : quels enjeux ?

1-3-a- L'effet Pygmalion dans la démence sénile ou comment les personnes démentes se conforment aux attentes stéréotypées les concernant.

Pygmalion était "un sculpteur légendaire de Chypre, qui tomba amoureux de sa statue et obtint d'Aphrodite de la rendre vivante"(Larousse encyclopédique en couleurs, vol 18 p.7714).

Dans le mythe de Pygmalion, le sculpteur est fasciné par son œuvre jugée parfaite. Elle symbolise pour lui l'aboutissement, le chef d'œuvre accompli, reflétant sa conception de l'idéal.

Ce que l'on nomme l'effet Pygmalion met en exergue l'enjeu et le pouvoir des représentations sociales : la perception préalable que l'on a d'autrui induit des comportements, des opinions et des attentes, qui déterminent en partie l'évolution du comportement du sujet.

Ce mythe s'adapte aisément aux représentations sociales actuelles de la démence : le regard d'exclusion porté par notre société à ces malades constitue un obstacle à une communication de qualité avec ces personnes.

Dans bien des situations relationnelles avec ces personnes, il nous est permis de constater que celles-ci ont **tendance à se conformer aux stéréotypes sociaux dont elles sont l'objet : une personne que l'on sait atteinte d'une démence sénile de type Alzheimer induit chez nous des comportements spécifiques que ce soit au niveau proxémique, prosodique, lexical, gestuel... Ainsi, nous aurons tendance à nous approcher davantage d'elle, à « rentrer dans une distance sociale d'emblée plus intime », en privilégiant les contacts corporels tels lui tenir la main, la caresser. Nous utiliserons fréquemment un lexique simplifié, parfois impersonnel...**

Tout cela se fera de façon souvent inconsciente ; cela déclenchera en retour un comportement « en miroir » de la personne, qui se conformera à l'attente implicite formulée par notre comportement : « *vous me parlez comme à un enfant, comme à une personne attardée mentalement, je vais donc renforcer la confusion mentale que vous vous attendez à percevoir* ».

Nous vous proposons une vignette clinique illustrant l'impact de nos représentations et de nos préjugés dans les comportements adoptés par certaines personnes âgées, ainsi que leur effet dévastateur :

<p>Madame R., « démente malgré elle »</p> <p>Madame R. est arrivée en établissement de Long Séjour suite à une phlébite et un début de refus alimentaire à l'hôpital, ne permettant pas temporairement un retour à domicile. Le médecin du Long Séjour désigne en réunion de synthèse cette personne comme atteinte de DSTA . Madame R. avait été présentée sous cet angle par sa famille lors de l'entretien de pré-admission et le médecin, persuadé que ce diagnostic avait été validé, ne l'avait pas remis en cause.</p> <p>Dès lors que les soignants ont eu à l'esprit ce diagnostic, ils ont observé de manière consensuelle des attitudes caractéristiques de la DSTA chez cette personne : périodes d'incohérence et de confusion spasmodiques, épisodes de désorientation spatio-temporelle temporaire...</p> <p>Lors du premier entretien avec cette personne, n'étant pas au courant du diagnostic de DSTA, je n'avais donc aucun a priori la concernant. Madame R. m'est apparue tout à fait cohérente, avec la ferme intention de retourner à son domicile sitôt guérie de sa phlébite.</p> <p>Suite à cet entretien, étonnée d'apprendre que cette dame souffrait de DSTA, je décide de lui faire passer une batterie de tests psychométriques (M.M.S., Bec 96 et test de l'horloge), qui n'ont mis en évidence aucun trouble pathologique. Pourtant, force était de constater que cette dame manifestait auprès du personnel soignant des attitudes parfois incohérentes et confuses.</p> <p>Lorsque nous nous sommes rendus compte en équipe que ce diagnostic de démence n'avait été apposé par aucun professionnel et ne constituait qu'un présupposé de certains membres de la famille qui redoutaient son retour à domicile, les soignants ont observé un changement d'attitude chez cette dame : ses instants de confusion signifiaient sa peur d'être "enfermée" ici et son appréhension d'être "prise pour une folle". Bien que paniquée à l'idée de rester définitivement dans l'établissement (ce qui correspondait au désir inavoué de ses enfants), elle se conformait par moments, et de manière désespérée, à l'image que l'on attendait d'elle : celle d'une personne perdue, confuse et terriblement angoissée.</p> <p>Quelques semaines plus tard, le médecin a envisagé son retour à domicile. Un entretien avec ses enfants a permis de leur faire comprendre et accepter cette décision, en mettant en avant le bien-être prioritaire de Madame R., malgré leurs craintes des obstacles à venir.</p> <p>Madame R. vit actuellement à son domicile, sans plus aucune manifestation de confusion. Il s'en est fallu de peu que cette vieille dame ne se conforme, sans retour possible, à ce que l'on croyait qu'elle était, c'est-à-dire une personne âgée démente.</p>
--

L'accès à une communication fructueuse et un échange authentique, nécessite la possibilité de s'étonner, de se laisser surprendre par la personne démente, en combattant nos a priori et les idées reçues la concernant. Cette « attitude d'intérêt, d'ouverture d'esprit, de disponibilité totale, sans préjugé ni a priori, ni réaction de défense » (C.Bizouard, 1997) est rarement obtenue naturellement mais nécessite une réflexion, une **posture éthique préalable, presque militante** en cas de démence avancée : partir de l'hypothèse émise par L. Ploton (1995) de « messages volontaires implicites » de la part de ces malades et préserver ainsi l'hypothèse du maintien d'un sens, d'une cohérence dans les échanges avec ces personnes.

Si nous prenons le parti de croire avec lui qu'une personne âgée démente, même grabataire, devient « co-acteur » d'une interaction basée sur les émotions et

les ressentis, nous devons réfléchir en permanence à ce que provoquent, déclenchent en nous ces personnes : animosité, dégoût, affection, agressivité, pitié,...

« Qu'est-ce qui fait obstacle dans la communication avec lui : est-ce son atteinte intellectuelle ou une certaine utilisation défensive de notre propre fonction intellectuelle ? » (P. Charazac, 1991, p.4).

Chercher à donner du sens aux messages non verbaux de la personne âgée démente nous évite à priori de prendre ses réactions pour des caprices, de la considérer comme incohérente voir inconsistante comme le montrent certains témoignages. La personne âgée démente cesse ainsi d'être uniquement abordée comme une " enveloppe corporelle ", vestige de ce qu'elle a été.

Cela revient d'un point de vue éthique à **faire le « pari du sens »** à l'instar du pari pascalien, en supposant qu'il y a une utilité clinique à agir « en supposant qu'il est moins dommageable de faire comme si l'expression avait un sens même si elle n'en a pas », alors qu'il y aura dommages là à « se conduire comme si elle n'en avait pas dans le cas où elle en aurait un » (Ploton, 1996).

Parfois, la vision d'une personne âgée démente provoque une impression immédiate de répulsion ; aussi, il nous faut demeurer vigilant quant à l'impact de nos préjugés :

“ Un coup d'œil, quelques mots suffisent pour produire une impression très nette et le pouvoir de ces impressions est tel qu'on ne peut empêcher leur développement, pas plus qu'on ne peut s'empêcher de percevoir un objet ou d'entendre une mélodie ”(Asch, 1946)¹⁰ .

Ce mécanisme d'inférence immédiate nous oblige à une constante introspection sur ce que nous fait vivre cette maladie déroutante, la répulsion parfois incontrôlée qu'elle provoque en nous, l'angoisse qu'elle déclenche... L'analyse de notre contre-transfert apparaît indispensable pour un travail de qualité auprès de ces malades, quelle que soit notre fonction auprès d'eux.

Le sens qui sera donné aux conduites des patients surdéterminera les jugements et les conduites des tiers, dont les soignants.

Le risque d'erreur sur ce sens est d'autant plus important que le patient ne dispose plus d'une possibilité d'expression verbale pertinente. Mais comme il faut prendre ce risque, il y a lieu de veiller à le réduire par une analyse critique de ce qui a été perçu, car une fois admis comme tel, le message sera structurant des conduites à venir avec le sens qui lui aura été attribué.

Cela souligne la nécessité de se doter de garanties contre l'aléa des perceptions, en ayant recours à une méthode constante d'analyse des expressions et par la mise en perspective des points de vue recueillis.

Cette conception dynamique nous conduit à étudier nos comportements, nos ressentis afin de mieux cerner la conflictualité démentielle. Considérer la personne âgée démente comme un partenaire pouvant nous communiquer des émotions par le biais de nos propres ressentis modifie le regard et ouvre des pratiques nouvelles : ce que J.P.

¹⁰ PLANTIN C., (2000), *Les émotions dans les interactions*, p.111

Vignat (1993) nomme « créditer le patient d'une pensée et son comportement d'un sens ».

Pour casser le cadre courant de référence, il s'agit de dépasser des réticences profondément installées : l'image dégradante, voire intolérable de la démence (elle n'est pas une maladie « noble », elle est honteuse) doit laisser place à son statut de maladie.

« Prenons conscience de ce qui, en nous, est agressé par l'image de la personne âgée au lieu de retourner contre elle notre inquiétude en l'agressant à notre tour » (Reboul, 1985, p. 38).

Cette maladie demeure cachée, tabou, et aucun espoir d'amélioration n'est permis au malade et à sa famille (elle est considérée comme irréversible, « par définition »).

Tout concourt alors à l'aggravation du diagnostic : une personne démente à qui on a perdu l'habitude de parler parce qu' « elle ne comprend plus » s'enfoncera effectivement dans son mutisme.

Ainsi, puisque la communication avec les personnes démentes s'avère influencée par nos rôles sociaux et nos attentes (J.C. Abric, 1996), nous pouvons dégager plusieurs axes comportementaux qui nous permettraient de faire évoluer notre regard, et donc notre pratique, face à la démence :

- s'attacher à la valeur des symptômes comme mode d'expression de la personne démente (L. Ploton, 1995 ; J.P. Vignat, 1993)

« Rien dans la forme des symptômes ne nous autorise à ce jour à préjuger d'une absence de vie psychique inconsciente, de même que rien ne nous autorise à préjuger d'un niveau plus ou moins régressé du fonctionnement mental profond, je veux dire que rien ne prouve que celui qui se présente comme un nourrisson ait un fonctionnement mental a priori superposable à celui d'un nourrisson » (Ploton, 1985, p.29).

- s'intéresser davantage à nos propres ressentis et à nos émotions, comme mode de communication indirecte de la personne démente,
- **faire évoluer le statut social de la personne démente** en démantelant les clichés sociaux (effet Pygmalion) et en formant les professionnels en gérontologie à une conception plus dynamique (et avant tout humaine) de la démence.

1-3-b- L'impact des préjugés dans notre relation aux personnes âgées démentes : l'exemple de l'agressivité et de la régression

Il semble important de souligner l'impact des représentations dans les attitudes des soignants face à des situations « incompréhensibles », donc souvent par glissement jugées « incohérentes », chez les personnes démentes.

Ainsi, l'**agrippement** (indépendamment des aspects neurologiques) peut signifier pour certains une forme d'agression physique, et pour d'autres dans certains contextes un désir d'entrer en communication.

De même, la **régression** peut être perçue comme une volonté de se réfugier dans

des comportements enfantins et d'installer une relation de type maternel avec les soignants. D'autres perçoivent un moyen « violent » de renoncer, de se placer « hors-jeu » face à des situations apparemment insurmontables : lorsque par exemple la personne démente devient « un objet passif de soin », la régression va alors découler d'un cercle vicieux s'installant entre les deux parties : pour éviter les menaces, les sentiments de honte, les réprimandes, les personnes âgées dementes désinvestissent parfois leur identité, leur estime de soi, et plongent dans le mutisme, la dépersonnalisation et la régression. La régression peut donc constituer une sorte de demande implicite de leur part de s'effacer que M.F. Rochard (1994) nomme « l'envers du stade du miroir ». Pour P. Girardin (1998), elle constitue une réélaboration métabolisant toujours une souffrance et doit être prise en charge en tant que signe de déconnexion, de détachement désespéré.

Cette faculté de « décodage » des comportements dépend, entre autres, de la capacité des soignants à tenir compte du contexte de la situation. **Le soignant doit créditer la personne âgée démente d'une pensée ou d'un comportement comportant un enjeu important pour elle : reconstituer la chaîne associative allant de la manifestation comportementale (cris, agressivité, régression,...) au conflit psychique.**

Dans notre relation aux personnes dementes, alourdis des qualificatifs de « confus » ou d'« incohérent », nous effectuons souvent des glissements de sens dangereux ; et pourtant, même si la tonalité émotionnelle chez ces personnes se trouve amplifiée et, selon Green, « prend le pas sur la fonction référentielle », leurs troubles comportementaux parasitent le décodage mais n'altèreraient en rien la signifiante du propos.

Toutes manifestations pathologiques parasites (agitation, plainte, agressivité, régression,...) peuvent et doivent être considérées comme un **mode détourné d'expressions inconscientes** : expression de leur souffrance, bien évidemment, mais aussi révélateurs d'une demande de reconnaissance.

Il s'agit alors de relativiser l'importance de la plainte ou du comportement déviant dans leurs significations littérales pour prendre davantage en compte l'élément précurseur de cet acte intempestif et le facteur déclencheur de la situation. Cela nous permettrait, de plus, de repérer et d'accorder davantage de valeurs et d'enseignements à certaines situations perturbatrices, faisant obstacle aux interactions soignants / personnes âgées dementes.

1-3-c- Analyse des manifestations comportementales : se risquer à émettre des hypothèses

Concernant la motricité des personnes âgées dementes, on constate une dégradation graduelle de l'efficacité des gestes volontaires (apraxie), laissant place petit à petit à des stéréotypies gestuelles.

Leurs comportements inadaptés vont de pair avec la difficulté à faire partager leurs émotions ; mais le besoin d'exprimer leur mal-être demeure assurément, l'apathie elle-même peut refléter une forme de désespoir et de protection ultime face à la crainte

d'un nouvel échec relationnel. Selon Shomaker (1987)¹¹, les formes inadaptées de leurs comportements constitueraient un mode de présentation modifié de comportements acquis antérieurement. Aussi, les données biographiques peuvent-elles nous éclairer sur certaines manifestations apparemment incongrues. Mais certains comportements caractéristiques des démences tels que la persévération, l'écholalie ou les cris répétitifs demeurent mystérieux et controversés au niveau de leur signification, sauf à envisager qu'ils constituent l'effet d'une pathologie neurologique.

Par contre, le dérèglement de l'état affectif que nous observons chez ces sujets (apparence de *coquille vide*, non-reconnaissance de certains visages...) ne reflète pas nécessairement une insensibilité à leur environnement. Ainsi, leur émotivité se révèle particulièrement démonstrative dans leurs comportements non verbaux (demande relationnelle par le biais de regards ou de gestes implorants).

A l'évidence, ils réagissent par le canal comportemental au climat affectif environnant, qu'ils percevraient avec une étonnante précision (agacement des soignants, désintérêt à leur égard,...) (N. Rigaux, 1998). Leurs manifestations d'angoisse, d'agitation, de dépression ou de délire doivent nous interroger sur nos propres comportements. Nos réactions inappropriées peuvent motiver leur mal-être et provoquer une *escalade émotionnelle*. Ces constatations mettent en exergue, s'il le fallait, leur fragilité émotionnelle.

Pour les personnes âgées démentes, avoir de fausses reconnaissances ou parler au présent de ses parents disparus participent de mécanismes de défense contre l'angoisse. Les contredire déclenche des manifestations intenses d'anxiété.

Lorsque la démence est plus avancée, les altérations cognitives engendrent davantage d'expressions non verbales de l'anxiété, tels les déambulations, les manifestations d'agressivité et les troubles délirants, et ce d'autant plus que l'anxiété ne peut plus « s'écouler » verbalement.

L'anxiété des proches, ressentie par les personnes âgées démentes, semble participer chez elles au déclenchement de nombreux troubles du comportement.

La technique de la réassurance consistant à mettre des mots sur ce qui se passe, ce qu'on leur fait ou ce qui est fait ensemble, s'avère, comme chez le nourrisson, très pertinente : là où l'agir semblait prévaloir, la parole qui accompagne les gestes apaise la personne âgée démente.

Même si elle n'est plus en mesure d'approuver ou de contester la signification que nous donnons de ses manifestations comportementales, des indices non verbaux de soulagement, d'apaisement ou d'excitation peuvent tout de même nous éclairer à ce sujet. Manifestations de conflits internes, éprouvé d'un besoin ou d'une souffrance, perpétuation de comportements antérieurs modifiés ?... **Dans le doute, il se révèle cliniquement souhaitable au quotidien de formuler des hypothèses à propos de ces comportements jugés *incongrus*, l'essentiel étant de risquer des réponses aux conduites et aux attitudes ayant une valeur possible de demande d'ordre affectif.**

¹¹ LEVESQUE L., (1990), *Comprendre pour mieux aider*, p.83

Demeure cependant la question de la pertinence des affects exprimés par ces patients, que ce soit au niveau de leur fiabilité (cohérence dans le temps), de leur justesse (interprétations possibles) et de leur sensibilité (niveaux de variations perceptibles). Il s'agit là d'une recherche qui dépasse cette étude et qui devrait être traitée ultérieurement.

Pour l'heure, nous disposons de suffisamment d'éléments, comme nous le verrons dans le chapitre consacré aux émotions, pour admettre raisonnablement que les personnes âgées démentes conservent une forme d'expression émotionnelle non discordante, malgré les altérations neurologiques ou cognitives dont elles souffrent.

Nous attachant pour notre part à l'étude du canal visuel, nous tenterons de distinguer d'éventuelles manifestations comportementales, expressives d'affects, spécifiques chez ces patients.

Synthèse

Au cours de cette première partie théorique, nous avons pointé l'extrême perméabilité émotionnelle des personnes âgées souffrant de DSTA.

Loin de se limiter à une accumulation de symptômes déficitaires, cette maladie peut être approchée via les champs de la sensibilité et de l'affectivité, véritables terrains d'observation et de recherche de cette maladie.

L'incohérence verbale ne doit pas masquer la possible communication non verbale : il s'agit de dépasser le non-sens apparent en gardant ouvert l'éventualité d'un sens caché lors de manifestations comportementales incomprises dans ses déterminants.

Renouer le lien entre ressentis et représentations est possible à condition de se décentrer du discours littéral de la personne et d'accueillir ses manifestations émotionnelles grâce à la communication non verbale.

Cette approche résolument dynamique s'inscrit dans un positionnement éthique fort.

Cette démarche d'ouverture suppose de se sensibiliser à l'analyse de nos ressentis contre-transférentiels vis-à-vis des personnes âgées démentes et à l'impact possible de nos attentes sociales sur notre jugement, ainsi que de promouvoir une écoute basée sur l'empathie.

Le « pari du sens » consiste à maintenir une activité réflexive en se risquant à émettre des hypothèses : opérantes ou fausses, elles permettent dans tous les cas, en s'interrogeant sur les ressentis de la personne, de mettre en avant la persistance d'une vie psychique jusqu'au stade ultime de la maladie.

2- Vers une évaluation pertinente des émotions

« L'affaiblissement de la pensée rationnelle libère et facilite l'expression non verbale dont nous avons perdu le sens » (F. Blanchard, 1995, p.161).

2-1- L'étude des émotions, un sujet complexe

2-1-a- Données générales

« L'émotion n'est pas un accident, c'est un mode d'existence de la conscience, une des façons dont elle comprend (au sens heideggerien de 'verstehen') son 'Etre dans le monde' » (Sartre, 1934).

Platon considérait les émotions comme perturbatrices de la pensée. De même, Kant les définissait comme des maladies de l'âme.

Nous définirons l'émotion en tant qu'**état de tension** permettant de se préparer à un type d'action spécifique, débouchant sur un (ou des) comportements donnés. Cet état doit être **de courte durée** et doit pouvoir s'exprimer de manière **explicite**.

M. Pagès (1987)¹² décrit le système émotionnel comme :

« Un système complexe, liant ensemble un appareil psychique et un appareil expressif, qui possèdent eux-mêmes leur propre complexité interne, affect et image d'un côté, tonus, posture, mimique et geste, manifestations neurovégétatives, de l'autre ».

Il le considère comme un système de communication archaïque, **à mi-chemin entre les conduites de l'ordre du réflexe et celles liées au langage**. Le système émotionnel interfère régulièrement avec ces deux types de conduites, sans appartenir à ces catégories pour autant.

Pagès (1986) distingue **l'affect**, que constitue l'expérience psychique, de **l'expression émotive** ou comportementale (gestes, mimiques, larmes...).

Concernant la durée d'une émotion, beaucoup d'auteurs pensent que celle-ci ne peut se prolonger que sur **quelques heures** : de quelques secondes à une heure pour la peur et l'anxiété (réponse d'urgence), de quelques minutes à quelques heures pour la colère (émotion transitoire), d'une heure à un jour pour la joie (émotion de longue durée) et enfin d'un à plusieurs jours pour la tristesse (émotion à caractère relationnel).

En ce qui concerne la tonalité affective globale d'un sujet, nous parlerons alors plutôt d'humeur ou bien plus généralement d'état émotionnel.

Pour J. Corraze (1980), la face constitue cependant la zone corporelle permettant le plus facilement de dissimuler ses émotions. Ekman surnomme cette zone "**le meilleur menteur non verbal**". Le peu d'attention que nous attachons dans notre culture aux membres inférieurs de notre corps engendre des **fuites d'informations involontaires**. Les membres supérieurs peuvent être qualifiés de zones intermédiaires de contrôle.

Les indices vocaux (prosodie) et gestuels jouent aussi un rôle important, tout comme le contexte, pour se prononcer sur l'état émotionnel de quelqu'un.

Dans le but de reconnaître des variétés d'émotions en fonction de l'intonation adoptée, Liebermann et Mickaëls (1962) ont effectué une étude particulièrement explicite :

¹² TOUATI A. et al., (1987), *Communications*

en demandant à des sujets de distinguer le type d'émotion ressentie, à l'écoute de phrases standards énoncées de manières différentes, **85% des personnes interrogées ont reconnu l'émotion présentée** (joie, colère, tristesse,...). Par ordre de reconnaissance, la colère arrive en tête, puis la tristesse, l'indifférence et enfin le bonheur.

Cette étude nous intéresse particulièrement, car dans le cadre de notre recherche, nous allons faire une expérience relativement similaire à propos des messages visuels des personnes démentes.

L'essentiel des travaux traitant de l'expressivité émotionnelle porte cependant sur l'étude des **mimiques faciales**. En effet, la gestualité, les postures et la prosodie s'avèrent plus complexes à caractériser et à classifier.

Nous pouvons citer en guise d'illustration le système de codage des actions faciales d'Ekman et Friesen (1978)¹³ distinguant 44 expressions faciales, 8 positions de la tête et 6 positions des yeux. C. Yzard (1979)¹⁴ distingue de même un système de codage (seulement à partir des mouvements faciaux) permettant d'élaborer un "affectogramme".

2-1-b- Définitions conceptuelles des émotions

« Tout le monde sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce que vous lui demandiez de la définir » (Fehr et Russel, 1984 in V. Christophe, p.11)

Devant la difficulté à définir les variations émotionnelles, de très nombreuses classifications et définitions ont été proposées par les chercheurs, essentiellement **en fonction de leurs propres préoccupations scientifiques**.

L'expérience émotionnelle peut, de manière globale, se dissocier en **deux ressentis opposés que sont l'expérience de plaisir ou de déplaisir** : en effet, les événements déclenchant une émotion revêtent tout d'abord un aspect attractif ou répulsif à nos yeux, puis se spécifient par la suite. Wundt (1913)¹⁵ propose une autre dichotomie : les dimensions d'excitation et d'apaisement peuvent en effet recouper en partie cette première distinction.

L'émotion constitue ainsi un **état affectif associé à des sensations de plaisir ou de déplaisir**, c'est-à-dire liée à la tonalité agréable ou désagréable d'un événement.

Etudier les émotions, c'est faire le choix de s'intéresser à ses modalités, à ses fonctions ou bien comme nous à ses effets sur les comportements individuels et leurs retentissements sociaux.

La perspective physiologique (James, 1884 ; Cannon, 1927) a mis en avant le rôle de l'activation physiologique dans le déclenchement et le déroulement du processus émotionnel. Cette perspective considère l'émotion comme la résultante exclusive de

¹³ CONDON W.S. in COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, p.31

¹⁴ DANTZER R., (1988), *Les émotions*, pp.20-22

¹⁵ RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.110

manifestations somatiques.

James (1884) illustre ce propos par une situation de danger : si nous rencontrons un ours (**stimulus**), nous nous mettons à courir pour fuir le danger (**changements physiologiques**). Nous ressentons la peur (**émotion**) dès lors que nous avons perçu les changements physiologiques inhérents à la course.

Nous pouvons résumer cette illustration par le fait que : « nous avons peur parce que nous nous enfuyons ».

Selon l'auteur, nous réagissons par **réaction réflexe, génétiquement programmée et antérieure à toute conscience** ; ce sont les changements physiologiques qui font émerger l'émotion.

Cannon (1927) se distingue de James en inversant le rapport de causalité dans le processus émotionnel : le ressenti émotionnel serait antérieur aux manifestations physiologiques.

Pour reprendre l'exemple de l'ours, Cannon résume sa position par le fait que : « nous nous enfuyons parce que nous avons peur ».

La perspective cognitiviste (Schachter, 1962 ; Valins, 1966 ; Lazarus, 1980 ; Scherer, 1982 ; Frijda, 1986 ; Mandler, 1992) a pointé le rôle des processus cognitifs dans l'élaboration des émotions.

Selon ces auteurs, **l'activation physiologique est une composante nécessaire mais non suffisante pour déterminer l'émotion ressentie, et nécessite une activation cognitive.**

Cette conception s'appuie sur une expérience de Marañon (1924), particulièrement démonstrative : après une injection d'adrénaline à des sujets, ceux-ci ressentent « une simple perception subjective de certains troubles somatiques qui font naître chez eux une sensation émotive indéfinie », et donc difficilement caractérisable. Ainsi, afin d'obtenir un type précis d'état émotionnel, les modifications périphériques de l'organisme ne suffisent pas. Les facteurs cognitifs sont indispensables à toute formulation d'émotion.

A cette activation physiologique, il s'agit d'associer en parallèle un mode de cognition (approprié ou non à cet état d'activation).

Nous pouvons nous interroger sur ce partenariat nécessaire quant aux ressentis émotionnels éprouvés par les personnes âgées démentes. Le soignant peut alors faire office de « béquille verbale », voire de « béquille cognitive », afin que puisse se traduire l'émotion.

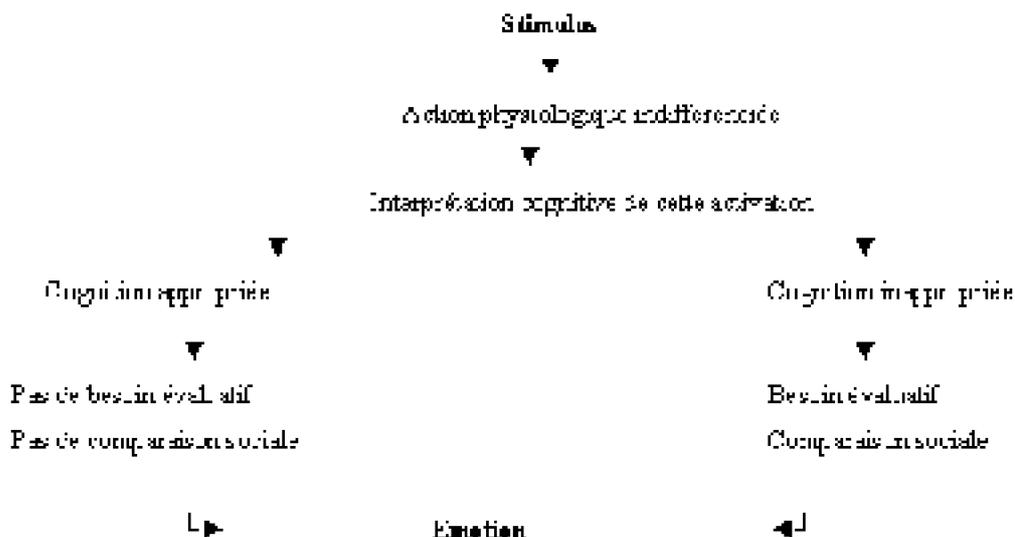


Tableau 1 : Représentation schématique de la théorie des émotions (Schachter et Singer, 1962)

Valins (1966) note un désaccord avec Schachter, en relevant le **caractère non indispensable d'indices physiologiques** pour induire une émotion.

Il effectue une expérience démontrant que la **simple croyance** d'être activé physiologiquement constitue un fait suffisant pour déclencher une émotion :

Valins soumet des sujets masculins au visionnage de photographies de femmes nues. Des sons préenregistrés de battements cardiaques sont diffusés dans la salle de visionnage.

Au premier groupe de personnes expérimentées (sujets *naïfs*) a été donné de fausses explications : l'étude est prétendument centrée sur les réactions physiologiques à des stimulus émotionnels ; les sujets croient leurs battements cardiaques enregistrés et diffusés.

Un second groupe (groupe témoin) est au contraire au courant du fait que les battements cardiaques diffusés ont été préenregistrés.

Lors du visionnage, les sujets sont soumis à l'écoute d'un rythme cardiaque, ralenti pour cinq diapositives et stable pour cinq autres.

Les résultats de cette expérience montrent que les photographies sélectionnées par les sujets *naïfs* comme étant les plus attrayantes correspondent à celles qui ont été sélectionnées lors d'une écoute accélérée de rythme cardiaque. Le groupe témoin, averti de la manipulation expérimentale, n'a été que faiblement influencé par l'écoute des battements cardiaques dans leur choix photographique.

L'étude signale que l'influence est telle que les sujets *naïfs*, questionnés à nouveau un mois après l'expérience, maintiennent généralement leurs choix initiaux concernant les photos jugées les plus attrayantes.

Il est donc possible de manipuler et orienter l'émotion déclenchée chez le sujet

soumis à l'expérimentation.

La mise en avant du **contexte environnemental** dans l'expression des émotions est pointée dans la théorie relationnelle de Lazarus (1980). Cette théorie repose sur une expérience qu'il a produite auprès de sujets visionnant une scène rituelle de circoncision aborigène.

Les images déclenchaient toutes des réactions émotionnelles très vives, mais celles-ci variaient en fonction du message explicatif accompagnant oralement la scène filmée.

Trois catégories de commentaires ont été proposées à différents observateurs :

- des sujets visionnant le reportage avec un commentaire très « positif », argumentant le caractère rituel et non douloureux de l'acte de circoncision,
- des sujets visionnant le documentaire avec un commentaire particulièrement technique et descriptif de la scène filmée,
- des sujets visionnant le reportage avec un commentaire soulignant l'aspect douloureux et traumatique de ce rituel.

Ces derniers sujets ont montré des réactions émotionnelles beaucoup plus intenses et manifestes. Lazarus en conclut donc que l'intensité de nos réactions émotionnelles varie en fonction de notre culture, de notre personnalité et du contexte dans lequel nous nous trouvons.

L'environnement social de l'individu constitue donc pour Lazarus un facteur déterminant de la nature et de l'intensité de l'émotion ressentie. L'interaction entre l'individu et son environnement produirait des types d'émotions **largement influencés par le contexte social, les règles et normes d'usage**.

Selon Scherer (1982), la décharge émotionnelle aurait comme fonction de nous permettre d'adapter nos comportements aux stimulations externes ou internes, dans le cadre d'une régulation homéostatique.

L'émotion comporte ainsi une fonction adaptative, soulignée par Frijda en 1986. L'émotion permet essentiellement de préparer le sujet à l'action en activant et planifiant des comportements adaptés, ce que Frijda nomme « la tendance à l'action », antérieure à la réalisation de celle-ci. Il cite deux exemples de ces préparations à l'action, que sont les impulsions d'approche et d'évitement (cité par V. Christophe, 1998).

Ces trois auteurs (Lazarus, Scherer et Frijda) se sont préoccupés essentiellement des fonctions de l'émotion, en soulignant comme caractéristique centrale son **rôle adaptatif**.

Selon Mandler (1992), l'émotion résulterait d'une succession d'interruptions et de bouleversements des comportements habituels, une sorte de chamboulement homéostatique détruisant l'équilibre en cours. Cela proviendrait d'un écart trop important avec les structures cognitives schématiques existantes du sujet. V. Christophe (1998) explique à ce propos les fondements de la théorie de la discordance (p.37) :

« S'il n'y a pas de congruence entre l'événement et les schémas cognitifs

préexistants, l'évaluation conduit à l'interruption de la séquence comportementale en cours, déclenche une rupture dans le processus de traitement cognitif et entraîne généralement une émotion négative ».

Si l'émotion s'évalue en fonction du décalage entre les comportements habituels du sujet et l'arrivée d'une information nouvelle, elle ne peut être dissociée de notre expérience personnelle, de notre vécu et de notre culture qui modélisent indéniablement nos comportements et notre manière d'être. La socialisation tient ainsi un grand rôle dans la palette des émotions, et nos normes culturelles induisent des types d'émotions spécifiques. La nature même de l'émotion ressentie varie en fonction de nos rapports à notre environnement, au contexte social dans lequel nous évoluons. Pour Arnold (1950), l'émotion serait la résultante des pressions sociales de l'environnement qui détermineraient le type de configurations corporelles suscitées (cité par V. Christophe, 1998, p.41).

- **La perspective évolutionniste** (Darwin, 1872 ; Izard, 1977 ; Plutchik, 1980 ; Tomkins, 1980 ; Ekman, 1982) propose une approche biologique et adaptative de l'émotion.

Elle trouve sa source dans les travaux de Darwin, essentiellement basés sur la comparaison des expressions faciales à fonction communicative entre les hommes et les animaux. Son livre, intitulé « L'expression des émotions chez l'homme et l'animal », étudie l'évolution des expressions émotionnelles au cours de l'évolution de l'homme et la compare aux expressions comportementales observées chez les animaux.

Selon lui, « les expressions émotionnelles humaines seraient le reflet de la continuité de systèmes comportementaux complexes dérivés des autres espèces animales et correspondraient à une sorte de comportement rudimentaire, résiduel, d'un système comportemental plus complexe qui se serait modifié au fil de l'évolution » (V. Christophe, 1998, p.64).

Quatre importants auteurs contemporains se réclament de ce courant : Izard (1977), Plutchik (1980), Tomkins (1980) et Ekman (1982). Ils considèrent qu'il **existe des émotions de base (nommées aussi émotions primaires ou émotions fondamentales), à caractère universel.**

Le nombre d'émotions de base varie en fonction des auteurs (de 5 à 11). Elles ont été déterminées à partir de classements de photographies, de dessins, ou d'analyses du vocabulaire de sujets s'exprimant sur le type d'émotion ressenti. Leurs arguments se basent ainsi essentiellement sur des descriptions comportementales.

Tomkins (1980) distingue neuf émotions de base (intérêt, joie, surprise, anxiété, mépris, dégoût, honte, colère).

Plutchik (1980) en définit huit et décline à chacune d'elle une fonction particulière :

- Peur □ Protection
- Colère □ Destruction
- Joie □ Reproduction

- Tristesse □ Réintégration
- Acceptation □ Incorporation
- Dégoût □ Rejet
- Espérance □ Exploration
- Surprise □ Orientation

Les autres émotions se répartissent dans l'une de ces huit catégories en fonction de leur similitude avec l'une des émotions de base. Trois critères permettent de distinguer à quelle émotion de base elles se réfèrent :

- leur intensité (par exemple, la crainte est moins forte que la peur, qui est elle-même dépassée par l'effroi),
- leur degré de similitude (par exemple, l'anxiété et l'angoisse),
- leur polarité (par exemple, la tristesse s'oppose à la joie).

La théorie des deux niveaux de R. Plutchick s'est inspirée des travaux de Darwin en classant les émotions en deux catégories : **les émotions naturelles (et universelles) et les émotions mélangées (en partie influencées par la culture)**. Ce modèle s'inspire de celui de la couleur, représentant les émotions à la manière d'une palette de peintre; comme les émotions, les couleurs peuvent, elles aussi, être pures ou mélangées et présentent les mêmes caractéristiques structurales que sont l'intensité, la polarité et la similarité. Cette conception a été durant le vingtième siècle particulièrement liée aux courants étudiant les expressions faciales, dont les présumés étaient **l'origine naturelle et l'aspect universel de l'émotion** (se référer notamment aux travaux d'Ekman).

Ekman (1992) propose neuf propriétés nécessaires pour distinguer les émotions dites « de base » :

1. elles sont constatées de manière universelle (sous réserve de certaines variabilités culturelles) et doivent se distinguer de par leur spécificité des autres émotions,
2. Elles doivent pouvoir être détectées aussi chez d'autres espèces animales, car nous avons hérité de leurs expressions,
3. Elles engendrent chacune des réactions physiologiques (rythme cardiaque, température cutanée,...),
4. Les événements déclencheurs ayant entraîné l'apparition de ces émotions de base doivent être distincts et observés de manière universelle,
5. Les réponses émotionnelles qui en découlent ou ses composantes sont nécessairement cohérentes et convergentes (excepté en cas de contrôle volontaire),
6. Elles doivent impérativement être déclenchées rapidement (les réactions physiologiques interviennent en une fraction de seconde, à la différence des sentiments),
7. Elles sont de courte durée (quelques secondes), à la différence des humeurs qui

durent des heures, voire des jours,

Elles peuvent être évaluées automatiquement, perçues de façon non raisonnée, 8.

Elles apparaissent spontanément et peuvent difficilement être évitées. 9.

L'auteur admet cependant que d'autres travaux mériteraient d'être menés à ce sujet car ces caractéristiques ne seraient peut-être pas systématiques et exhaustives.

Ekman distingue en fonction de ses critères six émotions fondamentales : la joie, la surprise, la peur, le dégoût, la colère et la tristesse. Il ne nie pas le fait que nos expressions émotionnelles soient modulées par nos règles sociales, mais il pense que l'impact de notre culture n'influence que le choix des manifestations émotionnelles en fonction des circonstances appropriées, et non pas leur nature.

Ekman et Friesen ont ainsi élaboré une méthode d'analyse et de codage des mimiques faciales, nommée FACS (« Facial Action Coding System»), déterminant un nombre précis d'unités d'action spécifiques à chaque émotion ; par exemple, concernant la colère, 60 unités d'actions ont été recensées.

Pour Ekman, l'émotion ne dure que quelques secondes, mais l'expérience subjective se prolonge.

Il propose ainsi le schéma suivant, afin de distinguer les émotions des humeurs :

<u>Emotions</u> (quelques secondes)		<u>Humeurs</u> (des heures ou des jours)
colère	→	irritabilité
tristesse	→	dysphorie
peur	→	appréhension
joie	→	euphorie

Nous constatons que cinq émotions « de base » sont communes à Tomkins, Izard Ekman et Plutchik : la colère, le dégoût, la joie, la peur et la surprise. Les différences concernant les émotions non communes s'expliquent par des variations méthodologiques et certains critères adoptés pour définir les émotions de base.

La classification proposée par Ekman et Friesen (1975)¹⁶ en **émotions positives et négatives** renvoie à la conception hédoniste (plaisir/déplaisir) des affects. Cette distinction entre expérience de plaisir ou de déplaisir fait référence aux travaux de S. Freud (1893)¹⁷ : l'expérience de déplaisir serait associée à la mise en tension pulsionnelle, et l'expérience de plaisir constituerait alors le soulagement lié à la décharge

¹⁶ EKMAN P. et FRIESEN W.V. in COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, P.114

des tensions accumulées.

Les émotions **positives** ont comme caractéristique de constituer un panel d'affects, **difficilement distinguables en sous catégories**. A l'inverse, les émotions **néglatives** se **différencient plus aisément en thématiques**. Nous observerons ultérieurement la pertinence de ce constat dans notre partie expérimentale.

Les quatre types d'événements affectifs majeurs selon Ekman et Friesen (1975)¹⁸ sont :

- **les sentiments** : amour, haine
- **les émotions** : joie, tristesse
- **les humeurs** : bonne humeur, mauvaise humeur
- les heurs et les malheurs

Ils peuvent se nuancer de par leur temporalité : ils constituent ainsi des réalités affectives *occurentes* (telles que 'être en colère') ou *dispositionnelles* (telles que 'être colérique'). Ces dernières correspondent à ce que l'on nomme plus généralement les traits de caractère, le terme d'émotion étant davantage attribué aux réalités affectives *occurentes*.

Izard (1977) propose quant à lui une liste de neuf émotions fondamentales.

Nous les avons listées en décrivant la palette de nuances internes suggérées par d'autres auteurs et que chaque émotion de base englobe :

- | | |
|--|----|
| la joie : du contentement à l'euphorie. Elle comprend l'apaisement, le contentement, la sérénité, la gaieté et l'euphorie. | 1. |
| la surprise : de l'étonnement à la stupéfaction | 2. |
| la peur : de l'inquiétude légère à la panique. Elle comprend la méfiance, l'inquiétude, l'effolement, l'effarement, la consternation, l'effroi, la terreur et la sidération. | 3. |
| la colère : de la simple contrariété à la rage. Elle comprend l'embêtement, la contrariété, la perturbation, l'agacement, l'énervement, le mécontentement et la rage. | 4. |
| l'angoisse : de la préoccupation à l'oppression. Elle comprend la préoccupation, l'appréhension, l'inquiétude, l'anxiété et l'oppression. | 5. |
| la tristesse : de la peine au désespoir. Elle comprend la gêne, la peine, la plainte, le chagrin, le mal-être, l'abattement, le désarroi, la désolation et le désespoir. | 6. |
| le dégoût : de la simple répulsion à l'écœurement | 7. |
| le mépris : de la froideur à l'indifférence. Il comprend le détachement, la froideur, l'indifférence et la vulgarité. | 8. |
| l'intérêt : de la curiosité à l'empathie. Il comprend la concentration, le sérieux, l'attention, la curiosité, la sociabilité, la réceptivité, la complicité et l'empathie. | 9. |

¹⁷ CORRAZE J., (1980), *Les communications non verbales*, p.54

¹⁸ EKMAN P. et FRIESEN W.V. in COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, p.114

Lorsque la dissimulation d'un affect s'avère impossible, Cosnier (1994) parle de **ratés de la vie émotionnelle**. Selon Seligman (1975)¹⁹, des états dépressifs ou de désespoir seraient provoqués par l'incapacité des sujets à contrôler et maîtriser une situation désagréable, qui apparaîtrait dès lors comme inexorable. L'écart entre nos attentes et la réalité serait alors à l'origine des émotions.

Le vocabulaire des émotions ne traduit qu'une infime partie de la richesse de la vie affective. Les noms d'émotions ne peuvent donc pas inclure l'infinité des émotions fugaces et subtiles que nous ressentons, mais décrit cependant des réalités distinctes ; Spinoza (1667)²⁰ et Malebranche (1675)²¹ comparent le vocabulaire des émotions aux couleurs : il existe des nuances, des teintes de couleurs, mais elles appartiennent toutes à des dominantes connues et catégorisées.

La théorie des émotions d'Ekman (1982)²² a repris cette classification imagée à la manière de la palette de couleurs d'un peintre : à partir des quatre couleurs fondamentales, le peintre obtient toutes les nuances ; de la même manière, Ekman décline différentes subtilités émotionnelles en fonction des variations des émotions primaires. Leur nombre varie entre sept et quinze émotions *secondaires*, en fonction des auteurs.

Darwin a une acception très large du terme *émotion*, celui-ci incluant des valeurs telles que la fierté et la pudeur. Cependant, la majorité des chercheurs tentent de restreindre sa définition et de réduire au maximum le nombre d'émotions dites *de base* : J.B. Watson (1924)²³ distingue uniquement trois émotions primaires que sont la peur, la colère et l'amour.

Ekman (1982) a démontré que certaines expressions faciales correspondaient à des **structures de réponses adoptées de manière universelle** (et avec des significations semblables) et établirait donc leur **caractère inné**. Ces expressions correspondraient à ce qu'il a nommé les **émotions fondamentales** : la joie, la surprise, la peur, la colère, l'angoisse (ou la tristesse), le dégoût et le mépris.

A cette liste se rajoute, en fonction des chercheurs, d'autres émotions telles que l'intérêt, la honte et la culpabilité.

Ekman distingue de plus les **émotions primaires** (ou fondamentales) des **attitudes émotionnelles** (ex : amour), des **humeurs** (ex : irritation), des **traits caractériels** (ex : timoré), des **désordres émotionnels** (ex : dépression) et enfin des **émotions complexes** (ex : jalousie).

¹⁹ RIMÉ B., SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.49

²⁰ RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.13

²¹ idem

²² RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.44

²³ RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.13

Toujours pour Ekman (1973)²⁴, l'expressivité émotionnelle se construit à partir de **programmes neuromusculaires génétiquement déterminés** et se décline selon des émotions primaires (citées antérieurement). Cependant, les normes culturelles peuvent amenuiser, voire dissimuler l'expression du ressenti.

Selon B. Rimé (1988)²⁵, nous pouvons constater dans notre culture européenne des mouvements expressifs des mains dans toutes les émotions, à l'exception de la tristesse : cela s'expliquerait par le caractère particulièrement passif de cette émotion. De plus, les femmes exprimeraient davantage leurs émotions et principalement par le biais du visage (expressions faciales plus développées). Par contre, aucune particularité marquante n'a été observée entre les pays européens concernant les modes de réaction émotionnelle.

Le fait que certains modes d'expression des émotions se soient modifiés, en fonction des besoins en communication et de l'évolution de l'espèce humaine, a été décrit il y a plus d'un siècle par Darwin.

- Le courant du constructivisme social (Averill, 1980 ; Ortony, 1990 ; Wierzbicka, 1992) nie l'existence de telles émotions universelles et revendique l'impact des différences culturelles dans les modalités d'expression des émotions.

Il considère l'émotion comme le **produit de constructions sociales** et met en avant **l'impact du contexte et de la culture** dans les expressions émotionnelles : les règles sociales influencent, voire déterminent les manifestations émotionnelles, jugées « appropriées ou non » en fonction des normes et codes culturels.

Averill (1980), ainsi qu'Ortony et Turner (1990) et Wierzbicka (1992) s'opposent ainsi à cette conception d'émotions universelles en mettant en avant l'importance du contexte social dans l'expression des émotions :

« Il ne s'agit donc pas de déterminer des configurations spécifiques innées et universelles des émotions, mais de les considérer comme essentiellement déterminées par les normes, les règles sociales » (V. Christophe, 1998, p.77).

Il apparaît fondamental de considérer les émotions comme des formes de communication non seulement intra-personnelles ; mais aussi inter-personnelles, l'émotion pouvant être envisagée comme le produit d'une interaction sociale.

L'expression des émotions est **conditionnée par un contrôle social, lié à un contexte socioculturel dans lequel nous baignons dès notre enfance, et que nous reproduisons automatiquement**. Ceci entraîne de fortes différences dans l'expression des émotions selon les cultures, développant ainsi « une hypercognification d'une émotion ou d'un sentiment alors que d'autres sont hypocognifiés » (D. Bertrand, 2000, p.41), ainsi qu'un lexique plus ou moins vaste et précis pour définir les émotions ressenties.

- Approche holistique des émotions et théorie des processus opposants

²⁴ COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, p.87

²⁵ RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*

R.L. Solomon développe dans les années 70-80 la théorie des processus opposants, que l'on peut résumer en deux principes fondamentaux :

- 1- Nos passions sont à l'origine d'un nombre conséquent de nos actions,
- 2- L'expression de nos désirs décline de l'axe plaisir/souffrance, source de tout affect.

Cette théorie réfute l'idée que nos comportements découlent systématiquement de schémas acquis ou innés, refusant ainsi de s'inscrire dans cette opposition traditionnelle entre perspectives évolutionnistes et culturalistes. Certaines de nos conduites ne sont ainsi justifiées par aucun besoin vital (expression de survie innée, telle que la fuite devant un ours), ni par aucun conditionnement culturel (acte appris, tel que la peur du gendarme). Comme type de comportements uniquement dictés par nos passions, J.D. Vincent en décrit de nombreux exemples, dont l'excès entraîne souvent des phénomènes d'addiction (et donc l'alternance plaisir/souffrance) : il cite ainsi la drogue, le jeu, la gourmandise, la sexualité et le pouvoir.

J.D. Vincent distingue volontairement la passion de l'émotion, terme pourtant largement employé des psychologues et biologistes contemporains, afin de préciser l'aspect incontrôlable que peut revêtir la passion.

L'auteur définit comme *passion* « tout ce qui est subi par l'animal ou l'homme » (plaisirs et frustrations liés aux événements de sa vie affective, ressentis liés aux besoins corporels). Il se réfère au sens premier du terme, signifiant étymologiquement *pâtir* ; a contrario de *l'émotion*, induisant dans son acception la notion de mouvement, la passion souligne davantage le caractère passif et indépendant de la volonté.

Les passions de l'homme ne sont pas pour autant à considérer comme une production évidente et spontanée ; l'émotion correspond à une manifestation de l'être au monde, mais ne peut être considéré comme un phénomène corporel, étant donné qu' « un corps ne peut être ému faute de pouvoir conférer un sens à ses propres manifestations » (J.P. Sartre, cité par J.D Vincent, 1986, p.291).

Régi au sein de l'état central fluctuant, l'émotion intervient en qualité de modalité communicative de l'espace extracorporel.

Le partage avec l'Autre de la passion signe notre profonde humanité, en nous inscrivant alors dans une relation intersubjective, indissociable à notre position de sujet pensant :

« Ce sont les passions qui fondent le discours, non la raison, fût-elle sculptée dans l'architecture admirable de l'organe du langage » (J.D. Vincent, 1996, p.76).

La théorie des processus opposants subordonne l'acte à un état affectif, insistant sur la notion de contraste affectif permanent : la sensation de malaise entraîne la recherche de bien-être et inversement, l'arrêt du plaisir provoque de la souffrance.

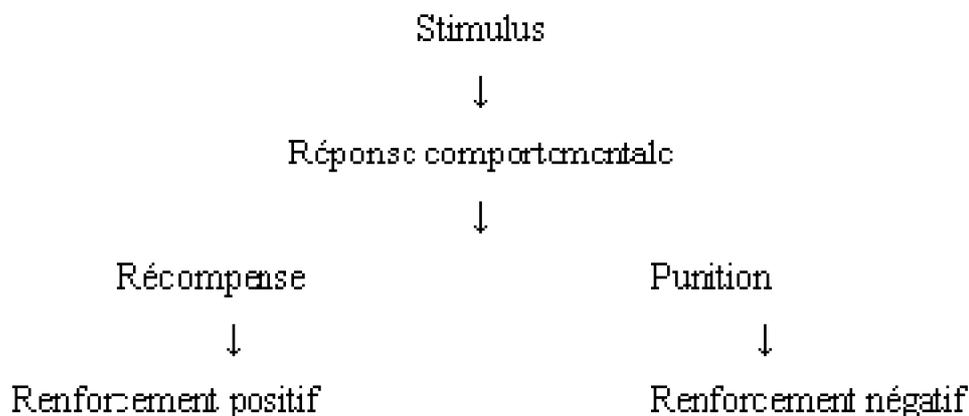


Tableau 2 : Notion de contraste affectif dans la théorie des processus opposants (R.L. Solomon)

Dès lors, la préoccupation de J.D Vincent est de ne pas scinder les cerveaux cognitifs et passionnels, afin de les voir en permanence comme coextensifs.

Se demandant comment dépasser cette vieille et stérile confrontation entre émotion et cognition, sentiment et pensée, raison et passion, l'auteur avance l'idée d'un ordre homéostatique, conjuguant stabilité et adaptabilité, afin d'expliquer les modifications constantes du fonctionnement du cerveau neuronal, en fonction du cerveau hormonal. Cette approche, fondée sur cette dualité, ne doit pas amener à leur distinction mais au contraire à leurs liens étroits permanents les amenant à fonction en permanence en duo.

« Distinguer un cerveau cognitif capable de jugement d'un cerveau passionnel soumis aveuglément aux impératifs du corps nous paraît enfermer l'individu dans un insoluble dilemme. A privilégier le premier, in risque, selon l'expression de Riley, de laisser 'l'homme enseveli dans sa pensée' et incapable d'agir ; mais à ne considérer que le second, on fait de l'animal une machine égoïste, tout entière attachée à la satisfaction des besoins. » (J.D. Vincent, 1986, p.129).

L'ordre homéostatique permet à la fois de maintenir une constance du milieu intérieur, tout en garantissant une possibilité d'évolution et/ou de résistance face aux variations du milieu extérieur.

Il souligne par ailleurs que des composantes chimiques identiques se développent au niveau cérébral lors d'une manifestation comportementale et au niveau viscéral lors d'une régulation homéostatique.

« Une substance unique fait donc le lien entre le viscéral et le cérébral ; une origine évolutive commune explique peut-être cette unicité » (J.D. Vincent, 1986, p.81).

Afin d'illustrer les aspects émotionnels et affectifs que peuvent revêtir certaines zones cérébrales localisées (ici le système limbique), nous pouvons relater brièvement l'histoire de Phineas P. Gage :

Au milieu du 19^{ème} siècle, un accident sur une ligne de construction de chemin de fer anglais entraîne un accident dramatique ; un bâton de fer projeté par l'explosion

traverse le front de Phineas, lui laissant un trou de plusieurs centimètres lui traversant le crâne. Ses sens, sa mémoire et son langage demeurent intacts. Seuls des troubles émotionnels et affectifs se développent rapidement, entraînant un changement brutal de personnalité chez cet homme. Les modifications thymiques ont ainsi été perçues de façon radicale par ses collègues de travail, malgré l'absence de séquelle somatique grave.

Edmond Jacobson, créateur de la fameuse méthode de relaxation portant son nom, effectuait ce constat en 1967, dans son livre intitulé « Biologie des émotions » : toute émotion s'accompagne de modifications du système musculaire ou viscéral.

« L'ablation de certaines parties du néo-cortex et du système limbique entraîne de profondes modifications dans le comportement émotionnel » (E. Jacobson, 1967, p.47).

L'auteur développe de ce constat une théorie holistique des émotions, partant du principe qu'il faut tenir compte de l'organisme de l'individu comme totalité.

« L'individu agit comme un ensemble et les émotions sont des façons d'opérer de tout l'organisme » (E. Jacobson, 1967, p.72).

Il fournit l'exemple du contrôle de l'angoisse, lié à la neuromusculature générale, qui peut s'effectuer en identifiant (et donc en maîtrisant par la technique de relaxation) ses propres états de tension. Il insiste sur l'importance de la fonction d'évaluation subjective dans le contrôle de l'émotion, ce qu'il nomme introspection ou observation auto-sensorielle, afin de ne pas se limiter à la description du comportement émotionnel.

Comme le souligne C. Bernard, le mécanisme nerveux des passions comporte à la fois un centre inhibiteur et un autre excitateur, fonctionnant toujours ensemble : basés sur le principe de l'innervation réciproque, ces deux centres se retrouvent sollicités à chaque fois que le milieu intérieur s'écarte de sa référence homéostatique.

D'ailleurs, l'hypothalamus fonctionne en permanence avec cette dualité : faim/soif, plaisir/aversion, approche/fuite.

L'état central fluctuant se définit par J.D. Vincent à la fois comme « créateur et créature de l'être désirant ». Les fluctuations adaptatives jalonnent avec subjectivité tout notre parcours de vie, générées par le désir et à la fois source de désir.

L'expérience visant à injecter de l'adrénaline chez de sujets volontaires, en les mettant dans des situations émotionnelles différentes (état d'énerverment ou de joie provoqué par un compère), a montré que l'hormone développe une valeur spécifique en fonction de l'état central du sujet : ceux mis en situation d'énerverment se sont mis en colère, alors que ceux mis dans une situation joyeuse ont manifesté de l'euphorie. La nature des émotions dépend ainsi de l'état central fluctuant, et non pas de la quantité d'adrénaline présent chez le sujet.

Bien que l'impact culturel sur l'expression des émotions soit évident et se traduise notamment par une exagération ou à l'atténuation de son expressivité, J.D Vincent s'accorde avec Darwin pour penser que l'état émotionnel se traduit à travers un ensemble défini et ciblé de contractions musculaires.

« La lecture est la même quels que soient le visage ou la culture concernés » (J.D Vincent, 1986, p.305).

Il relate l'expérience d'Ekman, demandant à des acteurs professionnels de simuler un ensemble d'émotions dites de base : la colère, la peur, la tristesse, la joie, le dégoût et la surprise. Lors de cet exercice théâtral, leur fréquence cardiaque avait été mesurée. Il est apparu que celle-ci s'élevait lorsque les acteurs jouaient des scènes de colère, de peur ou de tristesse, et ralentissait lorsqu'ils interprétaient la joie, le dégoût ou la surprise. De plus, la température corporelle des acteurs augmentait lorsque ceux-ci mimaient des émotions négatives.

Cette expérience dément l'énoncé des thèses cognitivistes, concernant l'activation neurologique inhérente à l'émotion : celle-ci accompagne l'émotion en fonction de sa nature (joie, tristesse,...) et non pas de façon non spécifique.

Ainsi, comme le souligne J.D. Vincent, au répertoire musculaire des émotions correspond une palette de modifications humorales et neurovégétatives, et l'unité de l'état central fluctuant s'observe à travers l'emboîtement des dimensions corporelles et extracorporelles.

L'expression faciale permet de distinguer les émotions grâce à un répertoire inné de signes extracommunicatifs ; éléments indissociables de l'état central fluctuant, l'expression faciale manifestant l'émotion et les signes biologiques de celle-ci s'entremêlent.

Avec cette conception d'état central fluctuant (de part la régulation opérée par l'ordre homéostatique), les querelles opposant l'origine centrale de l'origine périphérique des émotions n'a plus raison d'avoir lieu.

Un dernier exemple fournit par J.D. Vincent est celui de la douleur, comprenant à la fois trois composantes indissociables : sensorielle, affective et cognitive ; l'erreur consiste à la réduire souvent à une pure sensation, ou bien à un seul état affectif, sans tenir compte de la composante cognitive.

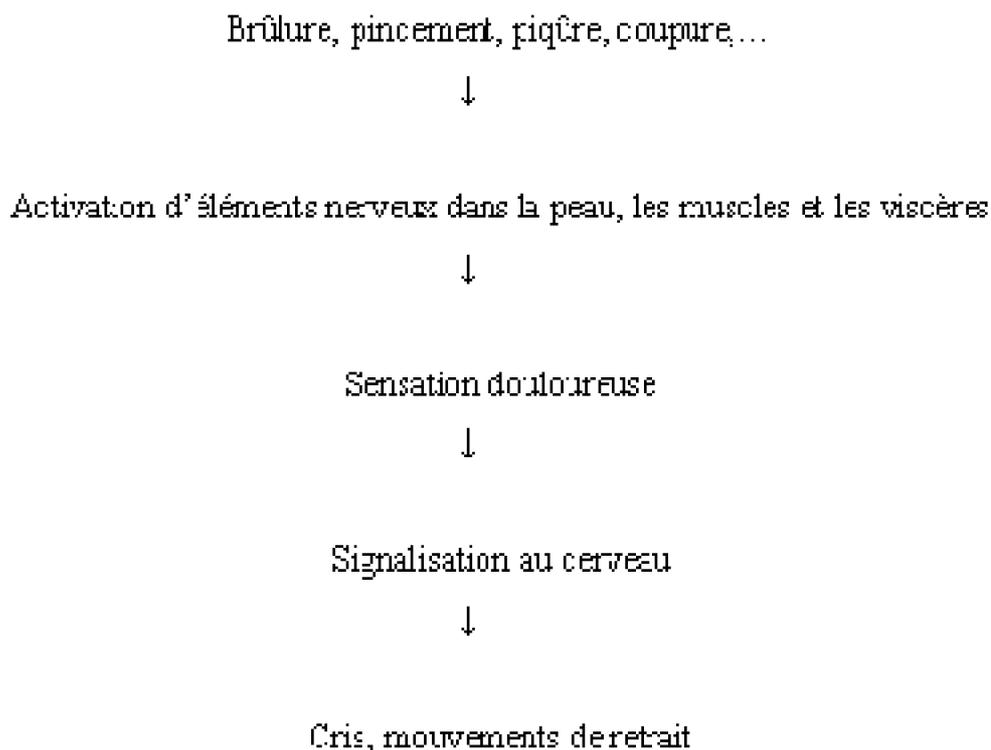


Tableau 3 : Étapes de la nociception

- Nous ajouterons à ce tour d'horizon théorique une mise en perspective de deux approches qui tentent toutes deux d'apaiser les querelles opposant les approches psychodynamiques et cognitives : l'approche originale de L. Ploton (2004), ainsi que celle proposée par J.D. Vincent (1996), réconcilient à notre sens différents aspects théoriques évoqués au sujet des émotions.

Comme nous l'avons précédemment exposé en début d'ouvrage, la maladie d'Alzheimer présente un poly-syndrome englobant trois aspects :

- neurologique,
- cognitif,
- psychopathologique.

Ces trois symptômes comportent un lien d'implication ; indissociable pour une compréhension exhaustive de la pathologie démentielle, ils doivent être étudiés en commun :

« (...) la maladie d'Alzheimer n'a pas lieu d'être considérée comme étant plus neurologique que cognitive ou psychoaffective, c'est l'étude et la description qu'on en fera qui, pour des besoins particuliers, choisira de se placer sur un de ces plans » (L. Ploton, 2003).

Louis Ploton propose de distinguer quatre perspectives pour aborder le champ de la vie psychique, pouvant être analysées individuellement ou de façon complémentaire :

- Tout d'abord, le **niveau cognitif** qui comprend les pensées verbalisables répondant à une élaboration cognitive, une structuration logique et une chronologie possible. Le mode d'approche privilégié de cet aspect des choses est le raisonnement scientifique (logique linéaire ou systémique).
- le **niveau subjectif**, qui permet d'importantes variations individuelles. Ce niveau concerne la protection de l'estime de soi et la régulation entre vie psychique consciente et inconsciente. Il fonctionne sur le mode analogique et s'élabore à partir d'associations personnelles, de contenus mnésiques et de créations fantasmatiques liées à notre histoire individuelle. On peut ainsi isoler une mémoire subjective constituée de phénomènes d'après-coup et d'associations subjectives de souvenirs ignorant la question du temps. La seule possibilité, connue à ce jour, pour rendre compte de ce qui se passe sur ce plan est une approche fondée sur des outils métaphoriques tels que ceux proposés par les théories psychanalytiques.
- Le **niveau affectif** qui est le lieu de l'humeur (joie / tristesse, excitation / dépression), des émotions (positives / négatives), du plaisir / déplaisir, de la motivation / démotivation. Il fonctionne quant à lui sur un mode binaire avec une absence de contenus et de représentations formelles, mais des variations d'intensité des éprouvés. Il permet de concevoir l'existence d'une intelligence et d'une mémoire affective, cette dernière étant peut-être superposable à la mémoire implicite. On ne dispose pour rendre compte de ce qui se joue dans ce registre que de l'approche éthologique et de théories telles que la théorie de l'attachement.
- Enfin, le **niveau psycho-biologique** comprend l'ensemble des régulations biologiques et englobe le champ du psychosomatique et ses différentes approches.

L'auteur propose de plus la notion d'un « méta-appareil comportemental », qui serait la résultante de la régulation interne entre ces quatre registres.

Chaque éclairage est riche de ses implications, de ses spécificités, mais trouve aussi ses propres limites de part la restriction de son champ d'observation. Tout dépend en effet de l'angle d'approche que nous choisissons d'aborder, en fonction de notre sensibilité professionnelle.

Ainsi, concernant la thématique de la maladie d'Alzheimer, cette pathologie peut être étudiée et décrite aussi bien sous l'angle des altérations neurologiques, cognitives, ou bien des modifications psychoaffectives.

La description et l'intrication de ces quatre appareils fonctionnels permet de se dégager des querelles opposants notamment cognitivistes et psychodynamiciens : en effet, avec cette approche novatrice, les différents registres (cognitif, subjectif, affectif et psycho-biologique) peuvent s'étudier isolément, mais ne prennent sens réellement que dans les correspondances, et les interactions qui se nouent entre eux.

« Ce qui se passe sur chacun de ces plans est en correspondance analogique avec ce qui se passe sur les autres » (L. Ploton, 2004)

Aborder la maladie d'Alzheimer en prenant à la fois en compte les symptômes cognitifs, subjectifs, affectifs et psychobiologiques implique de rassembler les connaissances de chaque champ d'observation, en acceptant que chaque pôle se nourrit des autres et se

trouve en interaction permanente, ce qui se passe sur chaque plan pouvant modifier ce qui se passe sur les autres.

Louis Ploton suggère ainsi la possibilité d'une action conjointe de ces différents appareils en s'appuyant sur la métaphore d'une chanson : les paroles correspondant au niveau cognitif, la mélodie au plan subjectif et le rythme à l'affectif. Mais il reste à savoir ce qu'il advient lorsqu'on isole, lorsqu'on supprime ou lorsqu'on modifie un de ces aspects ?

Il propose de plus l'hypothèse d'un « appareil adaptatif profond » permettant d'expliquer la permanence des facultés adaptatives chez les malades d'Alzheimer.

Selon l'auteur, les dysfonctionnements cognitifs présents dans la maladie d'Alzheimer pourraient s'expliquer par une restriction de connexions efficaces, celles-ci pouvant être soit détruites, soit inactivées, soit occupées à la résolution de problèmes coûteux en connexions (problèmes anciens ou actuels, ces derniers pouvant être liés à des modalités traumatiques de prise en charge). La conséquence directe au niveau de l'économie du réseau neuronal serait la mise en place d'un fonctionnement de secours reposant sur le délestage de certaines fonctions trop contraignantes et coûteuses (telle que la mémoire épisodique).

Cela se conçoit pour Louis Ploton dans une vision de la relation entre neurone et psyché ne relevant pas de liens de cause à effet, mais d'une relation de correspondance (de traduction simultanée). En d'autres termes, il y a de ce point de vue une relation entre l'activité psychique et l'activité neuronale, le type de rapport qu'il y a entre une information et son support (entre le sens et le signe). Etant entendu qu'il ne saurait exister d'informations sans support et que celui-ci (en l'occurrence notre réseau de neurones) est le lieu des artifices matériels qui permettent d'opérer les opérations de traitement de l'information, le terme « information » étant à prendre dans son sens le plus large : intériorisation d'évènements extérieurs, souvenirs, mais aussi sensations, pensées, fantasmes, rêves,...

L'analogie entre le cerveau et un réseau de neurones autorise de plus à concevoir des réorganisations fonctionnelles ponctuelles (donc très temporaires) en faveur des opérations cognitives, dont on peut craindre si elles se pérennisaient qu'elles aient un coût sur d'autres plans (notamment celui des régulations somatiques).

Admettre et tenir compte des nécessaires interactions entre ces registres fonctionnels implique ouverture d'esprit, perte d'une certaine idée de toute puissance dogmatique, et nécessite un travail de coopération acceptant de ne pas mettre dos à dos les différentes approches possibles. Chacun peut détenir une pièce du puzzle, une part de vérité, qui prendra toute sa force lors de la mise en commun des différentes observations, en fonction de notre champ d'intervention et de nos axes d'étude.

On est d'ailleurs en droit de supposer que lorsqu'on tente de rendre compte de l'ensemble du fonctionnement psychique, que ce soit d'un point de vue cognitif ou psychodynamique, on ne fait que rendre compte des conséquences sur l'ensemble de la vie psychique de ce qui se passe sur le plan de référence, toute modification, toute information étant à même de concerner l'ensemble du fonctionnement psychique. Et, on l'a vu, chaque approche a ses limites : le cognitif butte sur la question du fantasme, le

subjectif sur celle du temps etc.

Dans un tout autre champ de pensée, Jean-Didier Vincent, biologiste, nous invite lui aussi à beaucoup de vigilance afin de ne pas adopter un clivage pensée/corps : introduire cette dualité est non seulement stérile, mais elle aboutit rapidement à des impasses conceptuelles et des bagarres de chapelles, en fonction des principes dogmatiques de certains courants, de notre formation, de notre profession et de notre sensibilité : L. Ploton y entrevoit concernant le modèle qu'il propose une « tentation d'expliquer l'ensemble du fonctionnement psychique à partir d'un seul plan » (2003).

L'auteur J.D. Vincent dénonce quant à lui une « volonté forcenée de vouloir doter l'Homme d'un esprit épargné de toute souillure corporelle (...) » (J.D. Vincent, 1996, p.75).

J.D Vincent met donc en garde l'impasse conceptuelle observables dans certains courants de pensée en psychologie :

« Il me semble que les auteurs s'égarer en prétendant fonder « une psychologie nouvelle, une psychologie pure, (...) débarrassée de tout biologisme » (J.D. Vincent, 1996, p.75).

Nous soulignons le même égarement chez certains adeptes du tout-somatique, réduisant en ce qui concerne notre sujet, la maladie d'Alzheimer, à une perte progressive des neurones jusqu'à réduire cette pathologie à une mort neuronale. La considérable méfiance, voire la réfutation catégorique de certains professionnels de santé concernant les aspects psychopathologiques de cette maladie apparaît tout aussi préoccupante.

Dans « La chair et le diable », J.D. Vincent fournit l'exemple du langage pour illustrer la relation indissociable entre l'émotif et le cognitif.

Les mots constituent des « outils à manipuler le monde », construits à partir d'éléments catégorisés en deux sous-parties :

1- Les monèmes, constituant l'assemblage des unités de mots,

2- Les phonèmes, constituant l'assemblage des unités minimales distinctives et indépendantes de toute signification.

Il abonde dans le sens des théories évolutionnistes en stipulant que le langage peut lui-aussi être considéré comme une fonction élaborée au cours de l'évolution des espèces. En tant que produit de l'évolution, le langage parlé est indissociable de la pensée.

« [L'homme] confond pensée et parole sans réaliser que la première n'est logique que par l'analyse qu'en fait la seconde. » (J.D. Vincent, 1996, p.55).

La pensée permet de se représenter le réel, en le structurant ; selon les stimulations sensorielles sollicitées, les données du réel s'élaborent en représentations, par l'intermédiaire de sollicitations cérébrales plus ou moins spécialisées. Le langage ne peut se dissocier des émotions qui s'extériorisent à travers lui.

« Sous-jacent enfin au langage, il y a l'échange des émotions avec l'Autre : partage de la passion qui donne son sens au premier cri et sur lequel repose toute parole. » (J.D. Vincent, 1996, p.55).

Concernant la maladie d'Alzheimer, nous constatons que le malade perd progressivement

la possibilité de penser avec les mots : la conséquence apparaît donc cruciale, compte-tenu de ce qui vient d'être dit ici : la régression du malade vers une pensée de type pré-verbale nous enjoint à devenir une béquille verbale pour mettre en mots au maximum les émotions qu'il semble traverser à notre contact, au risque sinon de freiner davantage sa capacité de penser.

De la même façon, la perte progressive des capacités d'accéder à des représentations mentales chez les malades d'Alzheimer à un stade évolué entraîne ce que Louis Ploton appelle « un sentiment de vide complet de la pensée ». Ces malades conservent alors une perception globale, basée sur l'affectif, toujours pertinente et traduisible à travers les comportements non verbaux.

J.D Vincent rejoint la pensée darwinienne en développant la notion d'hétérochronie et en insistant sur l'enjeu des gènes homéotiques dans le développement de l'humain. Selon lui, l'ensemble des facultés humaines seraient potentiellement identiques, bien que sous-développées, chez les grands singes.

« L'inactivation d'un homéogène qui correspond à un territoire donné favorise l'expression du gène lié au développement de la région située en avant. »

Il émet alors l'hypothèse suivante (idem, p.68) :

« A la suite d'un remaniement chromosomique discret, l'expression prolongé d'un ou deux gènes homéotiques ait suffi à entraîner l'expansion considérable du cerveau et de ses capacités cognitives » chez l'Homme, ce qui aurait alors permis l'apparition du langage.

Comme nous venons de le souligner, ce qui pour J.D Vincent caractérise la nature humaine n'est pas le langage, mais les affects et les émotions sous-jacentes, indissociables à celui-ci. Comme le souligne d'une autre manière L. Ploton concernant la maladie d'Alzheimer, le maintien (voire l'exacerbation) de la pertinence affective des sujets, au dépit des atteintes cognitives, traduisent la permanence d'un fonctionnement psychique basé sur l'affectif.

VERS UN AUTRE REGARD : L'APPROCHE ETHNOLOGIQUE

Toute catégorisation des émotions peut apparaître sujette à controverse car les distinctions entre certaines émotions semblent **floues, difficilement délimitables et dépendent fréquemment de leur contexte**. Il semble difficile et hasardeux de se prononcer de manière catégorique en terme d'appartenance ou de non-appartenance d'une émotion à telle ou telle classe d'adjectif.

Ainsi, **l'anxiété et l'angoisse** sont des émotions assez proches sémantiquement : leur étymologie commune (la racine indo-européenne " Angh ") précise l'idée de resserrement et de constriction. L'anxiété pose des problèmes de classification : elle est tantôt considérée comme un trouble psychopathologique, un trait de personnalité ou bien une période de transition chez l'individu. Cette distinction dépend essentiellement de la conception pathologique ou non que nous avons de cette notion.

Concernant les notions parfois confondues d'**anxiété** et de **peur**, nous observons que le langage courant utilisera la notion de peur lors de situations impliquant les intérêts

personnels de survie et de fuite, alors que le terme d'anxiété sera davantage utilisé pour signifier une menace pour l'estime de soi et le bien-être de manière durable.

Un mal-être provoqué par un état pénible peut déclencher de l'anxiété, de l'angoisse ou du stress. Ces termes expriment des nuances significatives, mais appartiennent à une catégorie commune appelée " **états timériques** " (Le Gall, 1992). Pour l'auteur, la peur, correspondant à l'émotion de base, caractérise un objet ciblé ; une peur intense mène à la terreur ou à l'effroi. Enfin, la crainte et l'appréhension sont de nature anticipatoire à l'événement. La notion d'angoisse, définie par Lacan comme une " peur sans objet ", regroupe divers états différenciables par leur intensité : elle comprend l'inquiétude, l'anxiété et la panique.

De même, **les conditions de déclenchement ainsi que les règles de convenances sociales se distinguent d'une culture à l'autre** ; les marqueurs de respect diffèrent par exemple en fonction des cultures : regarder quelqu'un dans les yeux peut être considéré comme un affront dans certains pays d'Orient, alors que cela constitue une marque d'intérêt et d'attention dans notre culture occidentale.

Nous constatons par ailleurs que **les émotions se distribuent différemment en fonction du type d'intérêt en lien avec les événements** : les intérêts personnels vont susciter plus spécifiquement des ressentis tels que la joie ou la peur ; les besoins relationnels entraîneront plutôt des émotions comme la tristesse et aussi la joie. Enfin, les intérêts d'ordre social impliquent davantage le sentiment de colère (Rimé, 1988).

Selon A. Braconnier (2000, p.77), il existe une **différence visible dès la prime enfance dans l'expressivité des émotions en fonction du sexe** ; les garçons seraient ainsi d'humeur plus versatile que les filles, plus expressives et plus constantes dans l'expression de leurs affects :

« Les émotions positives sont mieux partagées entre les sexes que les émotions négatives (...). Si au cours de la première année, les cris et les pleurs sont d'égale fréquence chez les filles et les garçons, dès les premiers mois, les filles, reines de la communication, sont plus expressives et plus stables, les garçons, rois de l'intensité, d'humeur plus changeante. »

Nous pouvons interroger **l'impact du culturel** dans ces données empiriques : qu'induit-on, même à cet âge, de nos représentations stéréotypées liées aux différences sexuelles ? Ne provoquons nous pas, sans le savoir, les comportements observés ?

Certains auteurs ont remarqué que, **dans la démence sénile, les femmes demeuraient généralement plus expressives que les hommes**. Ce constat s'observe d'une manière plus globale dans notre culture occidentale : en effet, l'éducation des jeunes garçons les conduit très tôt à contrôler davantage leurs émotions que les filles. Dévoiler ses affects, pleurer, montrer de manière expressive son plaisir ou sa souffrance devient alors une forme de démonstration affective typiquement féminine, un attribut marquant le côté fragile et sensible de la femme dans notre culture.

Certaines expressions d'usage courant, tel le fait que quelque chose soit « difficile à avaler » lorsque nous sommes insatisfaits d'une situation donnée, témoignent de réactions biologiques (pour cet exemple de sensations d'innervations localisées dans la gorge) aujourd'hui illustrée de manière imagée dans notre discours quotidien ; nous ne

connaissions plus parfois les données biologiques à l'origine de ces expressions populaires qui jalonnent notre discours et qui constitueraient ce que Darwin nomme des « expressions de mouvements émotionnels » ; seule la personne souffrant d'hystérie persisterait à mettre en œuvre littéralement ces expressions courantes, en les appliquant dans leur sens corporel premier pour vivre ses ressentis.

La représentation que Platon se forgeait de l'âme nous éclaire sur certaines de nos expressions langagières. En effet, il concevait l'âme comme tripartite, se décomposant en :

-l'intellect : située dans la tête, sa fonction consiste à gouverner,

-le caractère (*thumos*) : basée dans la poitrine, il contient les désirs violents "provenant de plus bas" que l'homme maîtrise grâce à sa capacité de volonté, de courage, voire de colère, et son partenariat avec l'intellect.

-la passion : concentrée dans le ventre, elle est dangereuse et violente ; elle essaye d'envahir le corps afin d'échapper à toute forme de contrôle et de maîtrise.

Le fait que les émotions aient une composante corporelle se retrouve ainsi dans nombre d'expressions : avoir le cœur brisé ou retourné, les nerfs à fleur de peau, la gorge nouée... Nous avons vu que la signification étymologique de certains termes, comme l'angoisse, illustre l'aspect physiologique de l'expression émotionnelle.

Le terme d'**apathie** provient du grec *pathos*, signifiant la passion : ainsi, il désigne le manque de passion et plus précisément l'amenuisement des éprouvés émotionnels et de l'intérêt accordé à l'environnement :

« Démotivation, apathie et aboulie (incapacité à prendre des décisions) représentent un continuum évolutif et régressif qui part du découragement, de la résignation et du renoncement à obtenir satisfaction à ses désirs, pour aboutir à la perte même de la notion de motivation, voire à l'indifférence à l'environnement. L'apathie conjugue alors la démotivation et l'émoussement affectif » (J.P. Clément, p.319).

Selon certains auteurs tels que Weiss (1970) et Gray (1982)²⁶, si l'apathie correspond à l'incapacité à ressentir et/ou à manifester une émotion quelle qu'elle soit malgré une stimulation externe, cette carence émotionnelle pourrait néanmoins provenir d'une incapacité à réagir à une situation lors d'un stress prolongé. Ainsi, **l'individu se protégerait en se coupant des stimulations externes jugées trop violentes et s'isolerait dans une bulle, hermétique à toute émotion. : une situation prolongée de débordement émotionnel, telle une situation répétée de stress intense, pourrait alors conduire à une forme de *tarissement* émotionnel.**

L'aspect de coquille vide qui correspond aux représentations sociales de la démence pourrait fort bien être rattaché à cette approche de l'apathie, comme à l'absence de pensée mise en mots, caractérisant l'absence de discours intérieur. Ce faisant, la démence sénile induirait une pensée subjective globale de type pré-verbal, par laquelle l'émotion serait ressentie.

²⁶ RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.43

Aussi, la personne âgée, privée des fonctions cathartiques de la parole, va-t-elle être contrainte d'exprimer ses émotions (ce *trop plein* émotionnel) par le biais d'autres canaux et par la médiation du corps.

Notre représentation culturelle du **débordement émotionnel** semble prendre sa source dans ce rapport à l'origine corporelle de l'émotion : intégrer le fait que celle-ci puisse échapper à notre contrôle volontaire peut nous permettre de justifier socialement certaines manifestations pouvant être jugées comme déplacées. Ainsi, déclarer en s'excusant « avoir été hors de soi » ou bien « ne pas avoir maîtrisé ses propos, qui ont dépassé la pensée sous le coup de la colère », constitue une forme de **stratégie sociale permettant de négocier nos rapports aux autres** ; les émotions sont alors considérées comme des manifestations incontrôlables, irraisonnées et indépendantes de notre volonté.

V. Despret fournit l'exemple de l'absorption excessive d'alcool : l'enivrement permet d'exprimer sans retenue nos ressentis ; nos propos sous l'effet de l'alcool n'auront que peu de valeur sociale, car seront considérés comme irraisonnés, déplacés et sans fondement. Cet état "que nous construisons débordant afin qu'il nous produise débordé" (p.258) répond à une stratégie volontaire de lâcher prise et de désinhibition sociale.

La démence sénile permettrait-elle parfois des débordements émotionnels de ce type ?

Les ethnopsychologues observent que des émotions familières à notre culture, comme par exemple l'expression de colère, semblent inexprimées dans d'autres civilisations ou provoquent des manifestations émotives spécifiques.

La colère constitue pour de nombreux auteurs une émotion universelle ; pourtant, il semblerait que les esquimaux Utkus ne manifestent jamais cette émotion. Ils l'identifieraient cependant de par leurs contacts fréquents avec des Occidentaux, qu'ils qualifient de *kaplunas* (personnes versatiles et désagréables) (selon les observations de J. Briggs, cité par V. Despret p.115). Les réactions de colère provoqueraient chez ces personnes de la dérision et de la moquerie. Dès le plus jeune âge, le contrôle émotionnel de la colère et d'autres émotions serait enseigné aux enfants.

L'exemple des esquimaux Utkus, ne manifestant jamais extérieurement de signe de colère, montre à quel point nous pouvons contrôler nos émotions. Un observateur extérieur, étranger à cette culture, ne sera en mesure de comprendre et de détecter leurs émotions qu'en les étudiant à partir de leur mode de fonctionnement propre. Toute comparaison à partir de ses propres manifestations comportementales apparaîtraient vaines, comme en témoigne le récit de l'anthropologue J. Briggs :

“En voyant ce qui le dérangeait dans mon comportement, ce qui lui plaisait et ce qui le faisait se sentir fier et protecteur à mon égard, j'appris comment il pouvait manifester ses sentiments et comment il essayait d'influencer mes sentiments ou le contrôle de leur expression” (V. Despret, p.341).

De même, dans d'autres cultures, l'expression de colère se manifeste de façon totalement différente de la nôtre : les Ougandais expriment leur colère en pleurant et en partant s'isoler temporairement, sans manifestation d'emportement ou d'irritation ; à l'inverse, les Néo-malaisiens, eux, vont exprimer leur tristesse par des signes d'agacement et

d'énervement, caractéristiques pour nous d'un état colérique.

“Il y a interdépendance étroite entre structures sociales et structures émotionnelles. C'est la structure de la société qui postule et cultive une certaine forme ou expression affective” (N. Elias, cité par V. Despret p.232).

La pratique anthropologique s'intéressera alors davantage aux contextes d'apparition des émotions, plutôt que de se focaliser sur une définition universelle des émotions.

Le fait que l'expressivité émotionnelle soit peu lisible dans la culture asiatique correspond au fait que les manifestations extérieures des éprouvés psychiques sont considérées comme déplacées et impolies, car elles sont des facteurs de risque de dysharmonie et de conflit avec l'entourage.

Dans la culture japonaise, les individus doivent se présenter **sous un type de « soi social » jugé approprié en fonction de l'interlocuteur**. Cette observation se retrouve aussi dans notre culture occidentale : notre façon d'être, nos comportements, vont être régulés par le contexte d'interaction. Nous sommes en mesure de contrôler volontairement, de modérer nos expressions émotionnelles en fonction de la situation.

Nous constatons la difficulté d'élaborer des théories consensuelles concernant l'émotion. Pourtant, simuler ou décrire avec finesse les variations émotionnelles est maîtrisé dans le domaine artistique. Le cinéma nous propose d'ailleurs des représentations émotionnelles jugées “culturellement acceptable” : les manifestations de désir, de plaisir, mais aussi de colère, de chagrin ou d'angoisse correspondent à des normes pré-établies socialement.

A chaque expérience affective correspondent ainsi des formes appropriées d'expression émotionnelle.

Cette part d'expression sociale, intégrée culturellement, permet de travailler nos ressentis en les modulant volontairement.

Nous suggérons que l'étude de l'expressivité non verbale des personnes âgées démentes doive être envisagée de manière similaire : afin de comprendre leurs émotions, nous devons **observer leurs attitudes comportementales dans notre relation à eux, et non pas avec nos critères pré-établis**.

V. Despret fait part des observations d'un anthropologue nommé P. Newman, décrivant les comportements d'une population de Nouvelle Guinée, appelée “Gururumbas”. Cet exemple atteste de manifestations de folie socialement contrôlées et ritualisées, signifiant l'impact du culturel sur notre fonctionnement psychique :

Certains hommes de cette tribu manifestent tout d'un coup des comportements violents et incontrôlables ; ils volent dans leur village, agressent des personnes rencontrées sur leur chemin, puis s'enfuient quelques jours dans la forêt. Surnommés alors temporairement des “Wild Men”, ces hommes réapparaissent quelque temps plus tard, après avoir détruit les objets de leurs larcins dans la forêt. Sans que quiconque ne leur demande d'explication, ces hommes réintègrent alors leur vie quotidienne.

Ce mécanisme de déraison serait provoqué, selon les Gururumbas, par une morsure de fantôme. Les hommes atteints de cet état de folie passagère seraient respectés, tout en étant tenus temporairement à l'écart par sécurité. Avant leur crise de conversion, ces

hommes souffraient de fortes pressions sociales, dues à un système de dettes et d'obligations envers leur belle-famille particulièrement contraignant (aucune femme ne pouvant être touchée par cet état).

Après que l'épisode en tant que "Wild Men" s'est déroulé et quant tout est rentré dans l'ordre, la pression sociale subie par ces hommes diminue considérablement (diminution des dettes et obligations) et leur honneur de chef de famille est de ce fait restauré. "La crise de l'homme sauvage, dès lors, peut donc se comprendre comme une manière émotionnelle et culturelle, socialement acceptée, de réduire ses engagements sans s'exclure du collectif" (V. Despret, p.304).

Mais pour que cette *crise* soit prise au sérieux par la tribu, il faut que l'homme ait entre 25 et 35 ans, sous peine d'être l'objet de moqueries et de déconsidération. Cette coutume permet ainsi de négocier socialement les contraintes imposées par le collectif, par le biais d'une forme d'expression ritualisée.

Toujours selon V. Despret, cette illustration permet de **"considérer les émotions comme des modes d'expression et de négociation actifs et efficaces"** (p.306).

Dans quelle mesure les personnes âgées démentes n'adoptent-elles pas elles aussi une attitude comportementale socialement attendue dès lors que nous les désignons comme "démentes"?

Les manifestations comportementales de ces personnes peuvent être interprétées comme des attitudes « culturellement incorrectes », exprimant l'angoisse ou l'agitation de manière "débordante". Traduisent-elles expression d'un trop plein émotionnel incapable d'être communiqué, tant par la personne âgée démente (affect non élaboré, non organisé et ne respectant pas les codes culturels), que par son interlocuteur (n'en trouvant plus le sens par rapport au contexte).

Selon V. Despret, le bébé devra attendre de posséder un "je" constitué pour pouvoir ressentir de réelles émotions. En effet, **l'émotion implique une capacité de ressenti, d'élaboration et d'organisation des affects permettant de transformer les "proto-émotions" en émotions proprement dites** (V. Despret, p.171). Or, l'introduction du « je » se différencie du « moi » en positionnant l'enfant dans son environnement social et culturel : « *Je* est un autre »

Qu'en est-il alors dans la démence sénile ? Pouvons-nous faire le lien avec cette théorie, en suggérant que la démence sénile à un stade avancé opère un retournement régressif vers des ressentis davantage de l'ordre de « proto-émotions » que d'émotions au sens plein du terme ? Quelle place laissée alors au « je » pour ces personnes ?

2-1-c- L'affect, l'émotion et le sentiment : trois notions à distinguer

Cosnier (1994) considère que l'émotion se rapporte à un état psycho-organique ayant comme caractéristique **son intensité, sa brièveté et la scission brutale des fonctions mentales et physiologiques qu'elle induit.**

Le sentiment, au contraire, constitue un **état affectif mentalisé.**

Certains affects comme par exemple la colère peuvent ainsi constituer aussi bien une émotion qu'un sentiment, en fonction des circonstances dans lesquelles elle se manifeste : nous parlerons d'une émotion de colère pour décrire physiologiquement une brusque montée d'adrénaline, alors que nous évoquerons plus spécifiquement un sentiment de colère pour relater un ressenti distancé et réfléchi, éprouvé par un individu.

Selon M. Pagès, Freud aurait progressivement abandonné la théorie de la Trace pour favoriser celle du Sens. Afin de comprendre la distinction entre les deux, Freud propose l'exemple de la conversion hystérique : le souvenir d'un cadavre en décomposition constitue une "représentation inconciliable". Il engendre du dégoût, qui représente *l'affect*. Ce premier lien, marquant une causalité psychique, représente un lien de type "Sens". L'expression de dégoût peut provoquer un vomissement hystérique, qui représente alors le symptôme corporel de l'expression émotive. Ce second lien, exprimant cette fois une causalité émotionnelle, constitue un lien de type "Trace".

En laissant de côté la théorie de la Trace, le symptôme corporel devient un symbole figurant l'évènement psychique, sans permettre de distinction entre l'affect en termes de phénomène psychique, de l'affect en termes d'expression corporelle.

Dans l'exemple de conversion hystérique cité, la représentation du cadavre s'est dissipée et seul persiste le vomissement. Pour M. Pagès, "la conversion hystérique serait justement le processus suivant lequel la somme d'excitation qui, par l'intermédiaire de l'affect, s'est engagée sur la représentation, serait reporté sur le corporel, lui "arrachant" la représentation qui lui est liée et de ce fait, brisant la connexion psycho-corporelle"(p.58).

Nous pouvons constater l'**ambiguïté de la notion d'affect, partagée entre l'aspect qualitatif de l'expérience psychique (notion de plaisir/déplaisir) et le prolongement somatique de cette expérience (traces corporelles)**. Le sens proposé par M. Pagès comprend indifféremment les aspects psychiques ou corporels de l'affect. Ce "**phénomène affectif indifférencié**" représente ainsi un quantum d'excitations en mouvement, "une quantité d'énergie pulsionnelle, dont le déplacement oriente l'investissement vers telle ou telle manifestation, psychique ou corporelle"(p.70).

Pour M. Pagès, l'affect n'est ni une représentation, ni le contenu de l'expérience psychique ; l'affect traduit la qualité de cette expérience ponctuelle éprouvée par le sujet : les sensations de plaisir, de souffrance, d'angoisse vont constituer l'état affectif de la personne, alors que l'émotion va davantage regrouper les manifestations comportementales de ces éprouvés psychiques. La gestualité, la mimique vont ainsi caractériser et représenter les ressentis éprouvés.

Le terme "émotion" sera davantage employé dans un discours non spécialisé. Les théories issues de la biologie l'envisagent sous trois aspects : **l'éprouvé psychique** (affect ou sentiment), **les manifestations neurovégétatives** (rougeur, pâleur, sueur,..) et **les manifestations comportementales** (mimiques, posture, geste,..).

"L'émotion, cela va de l'adrénaline au transfert" (Roger Gentis, cité par M. Pagès, p.9).

Pour M. Pagès, l'émotion doit être envisagée en terme de traces, figurant des évènements psychiques ou physiologiques, et constitue une forme de communication paralinguistique. Elle ne correspond pas à un langage au sens strict du terme, ne se

référant pas toujours à un discours intérieur du sujet.

Le terme "langage du corps" semble à cet égard inapproprié pour signifier les manifestations comportementales liées aux émotions ressenties.

Ne correspondant pas à une forme langagière, même inconsciente, nous sommes dans l'incapacité de répertorier exhaustivement un *catalogue* des émotions. Les émotions ne s'avèrent pas toujours traduisibles lexicalement, sous peine sinon d'effectuer des traductions sommaires et grossières dans certains cas, même pour le sujet percevant l'émotion :

"Si mon regard, mes épaules ramassées, mes poings tendus expriment l'agression et la haine, c'est justement que je ne peux dire : je te hais, ni même me le dire, même inconsciemment. Cela est vrai en particulier des émotions inhibées" (M. Pagès, p.119).

Le système émotionnel comprendra alors la représentation, l'affect et l'expression émotive appropriée. Ces trois notions ne comprennent pas de chronologie figée dans leur déroulement et peuvent être envisagées comme un processus pouvant intervenir dans des ordres d'apparition différents. Leur rapport doit être perçu sur un mode circulaire et dynamique, permettant en fin de cycle la représentation consciente de l'émotion ressentie.

Quant au conflit psychique, celui-ci peut engendrer deux manifestations émotionnelles opposées que sont, soit des expressions émotionnelles liées à des images ou affects précis, soit l'inhibition et donc le blocage de ces éprouvés psychiques dérangeants. La présence simultanée de ces deux formes émotionnelles (l'émotion exprimée, couplée du dispositif inhibiteur la comprimant) constitue deux pressions antagonistes qui engendrent les mécanismes de tension corporelle. Ainsi, **M. Pagès interprète les tensions corporelles comme une expression émotive inhibée.**

Le système émotionnel classique comprenant la triangulation : expression émotive/affect/représentation peut en cas d'échec constituer alors une expression ratée de l'émotion, représentée par le blocage émotionnel, la suppression de l'affect et le refoulement de la représentation conflictuelle.

La théorie de W. Reich élimine les notions de représentations et de conflits psychiques, ainsi que celles de fantasme et d'inconscient. Les phénomènes psychiques sont écartés au profit des manifestations corporelles comprenant à elles seules la *trace* et le *sens* de l'éprouvé psychique.

Ce primat donné aux traces corporelles se résume en une idée de W. Reich, selon laquelle "toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine" (cité par M. Pagès, p.86).

Pour M. Pagès, la trace corporelle n'équivaut pas à l'expérience psychique et ces deux notions ne peuvent en aucun cas se transmuter l'une en l'autre. La trace corporelle ne peut être envisagée comme un discours équivalent à l'affect.

Enfin, **la notion de sentiment** constitue une **forme organisée et davantage élaborée de l'affect**. Il apparaît très difficile de les distinguer. Le sentiment s'élabore dans la durée, suite à des relations renouvelées entre les individus, et s'associe "au discours intérieur qui nomme et l'objet et la nature de la relation : amour, haine, jalousie, envie, ses

circonstances, son histoire”(idem, p.71).

Le terme de sentiment s'utilise enfin dans un mode plus *vulgarisé* : en effet, nous évoquerons plus spontanément un sentiment de joie, de peur,...lorsqu'il s'agit en fait d'une émotion ressentie.

2-1-d- L'étude subjective de l'état émotionnel : les contraintes méthodologiques inévitables

L'étude de l'expressivité émotionnelle comporte plusieurs difficultés méthodologiques à souligner, afin d'en mesurer l'impact et les limites induites sur notre recherche.

En premier lieu, nous pouvons constater que les interlocuteurs en situation sont constamment sollicités sur le plan émotionnel.

Or, lors des interactions de face à face, la fugacité des ressentis exprimés par les interactants ne permet pas de parler d'émotions proprement dites, mais plutôt de micro-émotions que Cosnier (1994) nomme les “ affects conversationnels ”. Au contraire, certains états affectifs peuvent, à la différence des émotions, se poursuivre sur une longue période et constituent alors l'*arrière-fond* émotionnel.

Les manifestations affectives n'ont de signification que globale : leur aspect involontaire, spontané et surtout fluctuant ne permet pas de leur apposer un sens déterminé : elles sont en perpétuelle évolution.

Ensuite, **la gradation de l'intensité émotionnelle** ne peut se mesurer que par des **cotations subjectives**, quel que soit le type de technique utilisé (échelles, questionnaires d'auto-évaluation, Q.C.M.,...). La cotation varie en fonction du degré de pertinence et de signification personnelle que la personne expérimentée accorde à l'événement.

De nombreux auteurs ont relevé que les émotions négatives faisaient l'objet de discriminations plus précises et ciblées que les émotions positives, plus globales dans leurs caractéristiques. D'ailleurs, le langage est nettement plus riche concernant les émotions négatives. Ainsi, le vocabulaire comporte trois fois plus de mots pour les émotions négatives que positives. Cette dissymétrie s'observe dans quasiment toutes les classifications élaborées pour discerner des types d'émotions : un nombre restreint de catégories concerne des émotions positives.

Nous vérifierons au cours de notre étude ce constat concernant la diversité et la supériorité numérique des qualificatifs à connotation *négative*.

Un autre problème méthodologique auquel certains chercheurs et nous-mêmes sommes confrontés concerne la **relative équivalence des réponses physiologiques** face à des émotions différentes. En effet, comme l'observait Cannon, certaines émotions comme la colère, la peur ou la joie peuvent se manifester physiologiquement de manière identique : pâleur, augmentation du rythme cardiaque, dilatation des pupilles peuvent indifféremment illustrer ces émotions.

Le non verbal n'échappe pas aux malentendus, et si de la peur est prise pour de la colère par un interlocuteur dans une séquence de mauvaise communication, le malentendu peut dégénérer et dans ce cas précisément engendrer de la colère.

Concernant la distinction entre l'expérience (le vécu) et la réponse émotionnelle (le comportement), l'ordre de causalité a suscité une célèbre controverse entre James et Cannon, que nous détaillerons dans une prochaine partie. Leur désaccord se base sur l'antériorité (ou pas) de l'expérience émotionnelle sur le comportement.

Notre réflexion ne portera pas sur cette question conflictuelle, mais sur les marqueurs proprement dits : " Lorsque je suis en situation de danger, quels sont les indices émotionnels laissant transparaître ma peur ? ”.

Plutôt que de restreindre notre champ d'analyse à l'étude des émotions dites 'primaires', nous étendrons notre axe de réflexion à ce que Cosnier (1994) nomme les éprouvés psychiques. Cette acception plus large comprend en effet l'ensemble des affects (émotions de base, déclinaisons des émotions primaires, sentiments) et comprend ainsi la globalité du champ affectif.

Les études de laboratoire effectuées ces dernières années pour explorer l'état émotionnel des personnes à travers leurs expressions faciales soulèvent d'autres biais, produits par la méthode elle-même :

“Que ce soit en imposant au sujet une grille de réponses sur le mode de la pure réaction, que ce soit en le mettant dans des situations de contrainte qui ne peuvent que produire la réponse attendue, ou encore, que ce soit en niant tous les événements qui témoignent d'autres possibles de l'émotion, notamment dans les recherches menées autour des expressions faciales, je dois reconnaître que la recherche a manifesté une singulière rigidité quant à la définition des phénomènes “qui ne comptent pas” et un aveuglement tout aussi singulier par rapport aux phénomènes “qui comptent”” (V. Despret, p.96).

La plupart des situations expérimentales, ayant pour but d'explorer les émotions, se basent généralement sur des photographies ou des projections mettant en scène des acteurs simulant des émotions. Ces situations, entièrement coupées de la réalité, ne prennent pas en compte **l'impact de l'environnement, du contexte, dans la pertinence de l'émotion exprimée.**

Le psychologue Cline a effectué une expérience illustrant clairement ce biais : il présente à des sujets plusieurs visages représentant des personnages de bande dessinée; sur chaque visage, les sujets pouvaient remarquer deux des trois expressions suivantes : le sourire, le froncement de sourcil et la tristesse.

Puis, Cline a disposé les visages par binôme, l'un en face de l'autre. Ainsi, par exemple, le visage souriant et fronçant les sourcils était face au visage souriant et triste. Le résultat est révélateur : l'état émotionnel identifié par les sujets à partir du visage présenté dépendait de ce qu'exprimait l'autre visage mis en face. Ainsi, "la manière dont les sujets peuvent donc reconnaître l'émotion est intimement liée à la possibilité d'envisager ce visage en relation avec autre chose.

Dès lors, ce que les sujets jugent dans ce type d'expérience de présentation de photographies de visages solitaires ne peut être que le fruit de la relation qu'ils établissent entre ce visage et quelque chose de la situation expérimentale, que l'expérimentateur ne nomme jamais, et dont il ne peut en aucun cas prétendre avoir le contrôle" (V. Despret, p.101).

Cela souligne pour notre étude expérimentale la nécessité de demander aux personnes interrogées leurs ressentis vis-à-vis de l'interlocuteur de la personne âgée.

Un autre biais méthodologique de taille peut être pointé concernant les expérimentations de laboratoire : les sujets expérimentés **ne sont pas dupes** de cette situation de tests et tentent indubitablement de comprendre ce qui est attendu et recherché les concernant. Le résultat peut être influencé par le **manque de spontanéité** de certaines de leurs réactions ou réponses :

“Ils voulaient découvrir mes réactions avant même de me l'expliquer. Mais les gens n'ont pas de réaction, ils essayent juste de faire ce qui est attendu d'eux” (N. Moseley, cité par V. Despret, p.99).

Enfin, une dernière source de difficulté méthodologique réside dans **ce qui relève ou non de la notion d'émotion**. Pour Ortony et al. (1988)²⁷, de nombreux termes inclus dans les diverses classifications proposées ne correspondent pas à proprement parler à des émotions. Un critère discriminant correspond à la distinction entre *se sentir* et *être* : pour constituer une émotion, il faut que le terme puisse être employé avec les deux verbes (par exemple, je *suis* heureux et je *me sens* heureux). Ainsi, avec ce critère de sélection, seules 22 émotions sont recensées.

Pour d'autres auteurs, les émotions de base constituent des états mentaux que nous ne pouvons relier à aucune autre représentation que ce soit.

Quelle que soit la classification adoptée, le recours au langage afin de signifier l'état émotionnel demeure subjectif et imprécis, sans compter les difficultés à décrypter les expressions émotionnelles d'autrui.

C'est pourquoi, nous le verrons plus loin, notre étude s'axe sur les impressions subjectives que nous procure autrui, et non sur des critères objectifs. Notre classification se basera sur des critères spécifiques à notre étude et non transférables à d'autres recherches.

2-2- Emotions et démence sénile

2-2-a- La fonction relationnelle des émotions

Notre corps s'offre au regard des autres et témoigne de notre émotion. Sa seule présence constitue un signe de communication et d'expression des émotions. Il représente, selon P. Dumouchel (1995), “ **l'inéluctable irruption du moi dans l'univers d'autrui** ”. C'est pourquoi nous ne contrôlons pas toutes nos émotions : celles-ci peuvent nous trahir par notre gestualité, nos attitudes... Ainsi, nous ne sommes pas toujours conscient de ce qu'induit notre corps : certaines émotions peuvent transparaître, sans que nous ayons conscience de ces affects.

La fonction communicative des émotions s'applique aussi bien à l'émetteur (connaissance de soi) qu'au récepteur (fonction relationnelle). La communication émotionnelle étaye ainsi le discours, ce qui permet à M. Pagès (1986)²⁸ d'affirmer que

²⁷ DE BONIS M., (1996), *Connaître les émotions humaines*, p.28

l'émotion constitue le socle de la communication interhumaine et de l'organisation sociale.

Mais les termes, décrivant les émotions que nous percevons, manquent d'objectivité et sont à relativiser en fonction de plusieurs critères : nous choisirons un terme plutôt qu'un autre en fonction de notre lexique, notre culture, nos affinités avec notre interlocuteur, nos rapports de pouvoir avec celui-ci...

Pour distinguer précisément une émotion, nous sommes particulièrement vigilants aux occurrences de l'émotion, au contexte émotionnel. Aussi, selon Bedford (1957)²⁹, les termes utilisés pour qualifier les émotions ne désignent pas tant les états internes du sujet, mais plutôt les rapports entre les interlocuteurs.

Les états intérieurs sont, quant à eux, innombrables (à chaque fois différents les uns des autres) : ils se distinguent par des classifications sommaires et en fonction des situations qui les occasionnent.

La notion d'épisode affectif dépend ainsi des états qui le précèdent et qui le suivent : il ne prend sens que dans un contexte relationnel donné, ce qui permet à P. Dumouchel (1995) de les qualifier de " phénomènes historiques ".

Il écrit à ce propos :

" Etre en colère n'est pas une propriété intrinsèque d'un sujet, propriété physique ou psychique, mais une propriété d'un individu dans un certain contexte, une propriété relationnelle " (p.94),

d'où le caractère fondamentalement social des émotions.

Selon Hobbes (1651)³⁰, nous ne pouvons cerner que l'approbation ou le mécontentement du locuteur si nous ne prenons pas compte des circonstances de son énonciation. L'attribution d'émotions dépend du jugement évaluatif sur le contexte.

Ainsi, qualifier la vie affective d'un interlocuteur relève d'une démarche subjective variant en fonction de critères externes (contexte) et internes (définition personnelle des termes, lexique disponible,...). De plus, certaines représentations stéréotypées peuvent déformer et orienter notre jugement. Mais il ne nous est pas nécessaire de cerner l'émotion exacte, éprouvée par la personne, pour percevoir qu'elle est *émue* : la difficulté consiste à lui apposer un qualificatif objectif, grâce à des critères communs reconnus.

Ce faisant, la nature sociale des émotions constitue un point fondamental pour la prise en charge des personnes âgées démentes : elle indique une voie privilégiée pour entrer en communication avec elles et les considérer dans leur humanité.

Cependant, le caractère social des émotions n'implique pas forcément un destinataire privilégié et précis : elle s'adresse indifféremment à toutes les personnes susceptibles de l'entendre, de la voir ou de la ressentir. P. Dumouchel (1995) poursuit cette idée :

²⁸ COSNIER J., (1994), *Psychologie des émotions*, p.11

²⁹ DUMOUCHEL P., (1995), *Emotions*, pp.51-52

³⁰ DUMOUCHEL P., (1995), *Emotions*, pp.44-45 et pp.68-69

“ Ce qui fait que l'émotion est sociale, ce n'est pas que l'affect a toujours l'autre comme objet, mais qu'il est premièrement expression, avant même d'être telle ou telle émotion ”(p.133).

D'ailleurs, nous pouvons ressentir une émotion sans pour autant qu'un interlocuteur soit présent.

Ce qui nous intéresse concernant les personnes âgées démentes, c'est que l'émotion exprime tout ou partie de leurs ressentis.

2-2-b- Les émotions exprimées par les personnes âgées démentes

L'émotivité de la personne âgée démente s'avère particulièrement variable et perméable à l'environnement extérieur. Ces malades semblent percevoir très finement la résonance affective qui découle de nos comportements : le dérèglement de leur état affectif n'obstrue pas leur perception des non-dits, et plus généralement des messages implicites à nos comportements non verbaux et paraverbaux.

L'état émotionnel constitue ainsi un objet d'analyse qui ne place pas la démence sénile comme déficitaire de ce point de vue : quelle que soit la sévérité du trouble, les personnes âgées démentes ressentent et expriment des éprouvés psychiques. Seules l'incapacité à les nommer pour les transmettre peuvent mettre l'interlocuteur en difficulté. Même si leur capacité de raisonnement est altérée, l'émotion subsiste et “ quand l'émotion surgit, elle le fait brusquement. Elle n'est ni volontaire ni raisonnée ” (Cosnier, 1994).

On le voit, aborder le thème des émotions ressenties par les personnes âgées démentes constitue un sujet complexe et difficilement objectivable : que ressent réellement la personne démente ? Tout au moins, nous pouvons donner un aperçu de la complexité à traiter un tel sujet du point de vue méthodologique, compte tenu de l'intrication des comportements verbaux et non verbaux, faisant obstacle à toute analyse spécifique. Par précaution, lorsque les mots ne viennent plus, nous devrions nous référer uniquement à ce que la personne âgée démente *donne à voir* , en interrogeant notre contre-transfert à son égard, pour élaborer des pistes de réflexion sur ses ressentis.

En effet, au-delà de l'échange informatif, l'interaction permet « un partage de représentations d'affects et d'actions » (Brunel et Cosnier, 1995)³¹, appelé empathie : l'émotion se trouve alors abordée indirectement par le biais d'affects que nous déposons chez notre interlocuteur.

Notre recherche repose sur le postulat que le feed-back facial permet de distinguer le type d'émotions ressenti par le sujet. Certes, certaines études effectuées auprès de sujets souffrant de problèmes neurologiques (Leventhal, 1979³² ; Tourangeau et Ellsworth, 1979³³) ont révélé des incohérences entre les émotions ressenties et les expressions faciales. Cependant, notre hypothèse ne semble pas avoir été mise en question en ce qui

³¹ PLANTIN C. et al., (2000), *Les émotions dans les interactions*, p.207

³² RIME B. et SCHERER K., (1993), *Les émotions*, p.54

concerne les sujets atteints de Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA). La différenciation des expressions faciales continue à constituer un critère suffisamment fiable pour distinguer les émotions fondamentales (surprise, colère, joie...) ressenties par ces sujets.

La perspective de décrire de manière plus fine ce que nous *donne à voir* la personne âgée démente va aussi permettre de **recréer un lien entre la personne et son environnement** ; comme le souligne R. Scherer (1984) :

« Ces processus émotionnels servent surtout de point d'intersection entre le milieu et l'organisme, ce qui signifie qu'ils occupent les fonctions d'agents intermédiaires entre les situations et événements perpétuellement changeants du milieu d'une part, et de l'individu d'autre part. »

C'est pourquoi nous centrerons notre attention du point de vue d'observateurs externes à l'interaction étudiée, pour mettre en évidence ce qu'une approche visuelle les conduit à formuler spontanément concernant l'état émotionnel de patients déments.

2-2-c- Illustration d'une méthode : la « clé des sens »

La méthode de la « Clé des sens », élaborée par M. Perron (1996), est très simple à appréhender et à mettre en place. Par le biais d'un échange sensoriel basé sur la remémoration de traces mnésiques porteuses d'affects, cette technique permet de mobiliser l'intérêt et la participation à une relation active de la personne âgée.

M. Perron (1996) appelle cela « ouvrir des tiroirs », conduisant à des souvenirs enfouis émotionnellement intenses ; selon l'auteur, les souvenirs *s'étirent* quand on les sollicite.

Cette méthode aurait d'ailleurs pu s'appeler « La clef de l'émotion », **le médiateur sensoriel n'étant là que pour faciliter l'émergence de l'émotion enfouie chez ces personnes âgées en situation de communication difficile.**

Cette démarche stimule d'une certaine façon la mémoire de la personne âgée, et libère la parole enfouie, mais ne s'intéresse qu'aux traces mnésiques ayant laissé un souvenir durable.

La méthode est très simple. Elle consiste à proposer à la personne âgée un objet susceptible de favoriser chez elle l'émergence de souvenirs et ainsi de déclencher un échange relationnel avec cette personne :

« L'expression de cette émotion actuelle mais rattachée à des souvenirs a un effet libérateur et structurant » (M. Petit, cité par F. Blanchard et ali., 2001, p.205)

Pour chaque personne âgée, il faudra réfléchir longuement, avec l'aide de sa famille et de l'équipe soignante, à l'objet le plus approprié et le plus à même de déclencher des affects chez la personne :

« L'expérimentateur doit chercher à privilégier cette quête du plaisir propre à chacun, dans le choix des clés à proposer et dans la manière de les proposer » (M. Perron, 1996, p.78).

³³ idem

Le médiateur relationnel peut alors prendre la forme d'un râteau, d'une poupée, d'un aliment, d'un pendentif...

M. Perron (1996) relate l'expérience de personnes exposées pendant plusieurs jours dans des conditions de privations sensorielles extrêmes : vivant dans le noir absolu et en milieu totalement insonorisé et coupé du monde extérieur, d'importants troubles psychologiques vont s'installer au bout de quelques jours seulement ; les personnes expérimentées souffrent rapidement de troubles du sommeil, de dysfonctionnement du langage et du raisonnement, ainsi que de nombreuses manifestations hallucinatoires :

« Plus tard, aux réactions émotionnelles comme l'angoisse, l'irritation, l'impossibilité de rester en place, s'ajoutent une désorganisation des mouvements et une déficience du toucher. Le sujet a l'impression de flotter, que ses bras se décollent et que son corps rapetisse. Ces troubles apparaissent en moyenne après trois ou quatre jours, mais dans certains cas exceptionnels au bout de huit heures. L'expérience est mieux supportée par les sujets dont le psychisme est solide et l'isolement stimule même chez certains la capacité de réflexion et de créativité. En revanche, les sujets psychologiquement fragiles ne tardent pas à perdre la notion de temps et supportent surtout difficilement l'isolement, la solitude complète et la privation de repères qui leur donnent normalement prise sur le monde » (M. Perron, 1996, p.72).

Cette expérience éclaire à quel point notre organisme, privé de repères sensoriels, se trouve très rapidement déboussolé et désorganisé. **Nos sens constituent un mode de communication majeur pour appréhender le monde qui nous entoure, et représentent un vecteur relationnel incontournable.**

M. Perron (1996) croise le récit de cette expérience avec un constat établi en maison de retraite : une personne âgée particulièrement dépendante et grabataire peut se trouver dramatiquement peu sollicitée sur le plan sensoriel, que ce soit concernant sa perception visuelle du monde qui l'entoure (décor de sa chambre, fenêtre, visage des soignants), sa perception auditive (voix des soignants, objets manipulés), olfactive (odeur corporelle, alimentaire, odeur des produits d'hygiène) ou tactile (linge corporel, literie, manipulation soignante).

Cette constatation contraste avec les constantes sollicitations sensorielles de notre environnement quotidien.

Nous comprenons alors l'étonnante réponse qu'une personne âgée aveugle et grabataire nous a un jour formulée, lorsque nous lui demandions ce qu'elle souhaitait que nous lui offrions pour Noël : « Un bouquet de fleurs » avait-elle répondu sans hésiter.

Ce qui pouvait paraître étonnant de la part d'une personne aveugle n'était en fait que le reflet de son isolement sensoriel ; elle recherchait à travers ce cadeau une odeur, peut-être aussi une sensation tactile, porteuses de souvenirs et éloignées des odeurs hospitalières qui constituaient son quotidien depuis plusieurs mois.

M. Perron (1996) raconte une anecdote relatant fort bien cette nécessité de perception et d'appréhension sensorielles, dont sont fréquemment dépourvues les personnes âgées dépendantes :

« L'hiver dernier, il a neigé. C'était un dimanche. C'est assez rare que nous ayons

de la neige par ici. Le jardin était beau. Les personnes du premier étage ne pouvaient pas voir la neige en restant couchées ou assises... Alors avec une collègue, nous avons poussé quelques fauteuils devant la baie vitrée du petit salon. Je pensais qu'ils allaient être heureux mais en fait cela ne semblait pas vraiment les intéresser... Je suis alors descendue avec une bassine et je l'ai remplie de neige... Quand Mélanie a touché la neige, elle est devenue toute folle, elle riait en poussant des cris, puis elle a serré un peu de neige dans ses mains, je crois qu'elle voulait faire une boule... parce qu'ensuite elle a lancé des morceaux de neige sur sa voisine... Elle avait l'air vraiment heureux. Comme ses mains étaient toutes froides, j'ai voulu les réchauffer mais elle m'a dit : « Non, non, j'aime ça le froid de la neige... » (M. Perron, 1996, p.78).

Synthèse

Comment définir l'émotion ? Comment évaluer son intensité ?

L'éventail des définitions possibles et la difficulté à opérer des classifications à ce sujet se reflètent dans les nombreux angles d'approche existants. Nous avons décrit les quatre grandes perspectives développées à ce sujet : les perspectives physiologiques, cognitivistes, évolutionnistes et constructivistes ont apporté chacune, au fil du temps, une réflexion complémentaire par un angle d'approche différent.

L'ethnologie enrichit cette réflexion, en n'opposant pas ces théories et en se situant souvent au carrefour des visions évolutionnistes et constructivistes.

Nous avons mis en avant la fonction résolument sociale des émotions, et ce notamment dans la vie affective des personnes âgées démentes. Le rappel d'humanité et de personnalisation, que cette prise de conscience permet, constitue un élément capital dans nos relations avec ces personnes.

Par sa méthode "La clef des sens", M. Perron s'est attachée à démontrer que l'expression des émotions, bien que fluctuante et perméable à l'environnement extérieur, permet d'ouvrir des voies de communication avec ces personnes démentes.

Dans le dernier chapitre théorique, nous allons voir comment en abordant un autre thème complexe de par sa grande diversité d'approche : la communication non verbale.

Nous souhaitons en effet réfléchir aux nombreux questionnements de cette communication :

Comment la classifier et l'analyser objectivement ? Peut-elle constituer un outil opérant pour entrer en relation avec des personnes atteintes de DSTA ?

Un des principaux objectifs de cette partie sera de savoir si la littérature actuelle envisage l'expressivité non verbale des personnes âgées démentes comme pathologique ou non.

3- L'apport de la communication non verbale pour

comprendre l'état émotionnel de la personne âgée démente

« Si le 'dément est un sujet perdu', il est retrouvable, dispersé, dans ses lieux de résidence corporels / productions où sont détenues ses traces subjectives » (M. Grosclaude, 1998, p.39).

3-1- La thématique de la communication non verbale : outils théoriques

3-1-a- Choix méthodologiques et difficultés rencontrées

La communication non verbale constitue un objet d'étude particulièrement délicat quant à l'exigence d'objectivité. Cosnier relève cinq difficultés méthodologiques majeures, que sont :

- | | |
|--|----|
| le recueil des données, concernant la mimo-gestualité, | 1. |
| la description des données, | 2. |
| le traitement des données, | 3. |
| la corrélation intra-sujet (avec les autres canaux), | 4. |
| la compréhension et l'interprétation des données. | 5. |

Nous pouvons constater que ces problèmes d'ordre méthodologique concernent l'ensemble des étapes nécessaires à une étude scientifique. L'étude posturale et mimo-gestuelle doit être prise en compte, non pas de manière linéaire comme l'étude verbale, mais dans un espace-temps continu et tridimensionnel : aux fonctions métacommunicative, dénotative et connotative que peut revêtir la communication verbale s'ajoutent le caractère implicite et les non-dits liés au non verbal. **À son insu, notre locuteur peut en effet nous transmettre des impressions concernant ses dispositions, ses intentions latentes, qui constitueront des indices de jugement déterminants dans l'interaction.**

Lorsque nous interprétons les signaux non verbaux émis par un sujet, nous sommes constamment dans l'interprétation subjective. Cette part d'ambiguïté constitue une différence de taille avec la communication verbale, beaucoup plus objective : cette dernière implique davantage le sujet, responsable de ses propos. **Certaines manifestations non verbales pour une part volontaire, pour une part inconsciente, permettent ainsi d'entrevoir les dispositions psychologiques profondes du locuteur.**

De plus, Scherer (1974) et Weitz (1974) nous rappellent que l'étude des signes non

verbaux doit comprendre l'exhaustivité des signes, dans leurs inter-relations mutuelles. C'est pourquoi leur cotation ne peut-être que probabilistique (et non pas invariable comme les signes verbaux). Cette notion constitue un obstacle supplémentaire, car elle engendre une part d'incertitude dans nos choix de cotation :

“ Comment un parleur décide si le hochement de tête du receveur est un signal d'attention, de compréhension ou d'approbation ? ” (Scherer, 1976) ³⁴ .

Nous constatons ici qu'un comportement peut revêtir plusieurs fonctions à la fois, ce qui en complexifie les possibilités d'interprétation.

Concernant la difficulté à décrire la gestualité, Badler et Smoliar (1979) pointent l'absence d'outils partagés quant à la manière de décrire le mouvement :

“ Tout se passe comme si chaque projet de recherche partait de zéro en établissant une série arbitraire de caractéristiques gestuelles observables ”. ³⁵

En effet, l'absence de langages codifiés et fiables permettant de décrire les unités gestuelles place continuellement le chercheur “ dans la situation d'un analphabète qui se met à analyser le comportement verbal ” (S. Frey, 1983).

Ceci nous oblige à adopter l'une des trois stratégies suivantes :

- Classer en catégories les patterns gestuels en fonction de la méthodologie du chercheur,
- Décrire les mouvements les plus fréquents et aisément observables,
- Proposer, lorsque cela est possible, une signification psychologique ou fonctionnelle aux gestes perçus dans un contexte donné.

Aussi, lors d'études d'interactions enregistrées sur vidéos, K.R. Scherer nous met en garde sur l'incapacité des expérimentés à déterminer le début et la fin d'une unité comportementale observée. De même, les représentations stéréotypées et les préjugés des personnes sondées vont influencer de manière non négligeable sur leurs opinions.

W.S. Condon a de même effectué en 1976 une microanalyse linguistique et kinésique de la communication, au moyen de films sonores. Il a opéré par visionnements successifs de fragments de films, de manière répétée, afin de repérer les différents types de comportements observables. Il s'est heurté à la complexité à distinguer et analyser les unités comportementales :

“ Bien souvent nous avons parfaitement compris ce qu'une personne a dit et voulu dire, mais nous ne pouvons préciser comme elle l'a dit ni comment nous avons réussi à la comprendre ”. ³⁶

La multiplicité des définitions et catégorisations existantes concernant la communication non verbale nous incite à focaliser notre recherche de données sur des aspects spécifiques à notre étude, et ne pas prétendre à une démarche exhaustive : ainsi, nous

³⁴ SCHERER K.R., in COSNIER J. et BROSSARD A. et al., (1984), *La communication non verbale*, pp.71-100

³⁵ COSNIER J. et BROSSARD A. et al., (1984), *La communication non verbale*, p.146

³⁶ CONDON W.S., (1984), in COSNIER J. et BROSSARD A. et al. (1984), *La communication non verbale*, p.31-70

nous intéresserons plus particulièrement aux signaux visuels, et dans cette catégorie, aux signaux cinétiques : ceux-ci informent sur l'humeur, l'état de vigilance et l'état de santé du sujet, et vont induire nos comportements liés à la proxémie (position et distance entre le sujet et nous).

Ekman et Friesen (1969) soulignent à ce propos que **ce sont les micro-expressions du visage, quasi-subliminales, qui forment en nous nos impressions subjectives concernant l'état émotionnel de notre interlocuteur. La mobilité gestuelle ainsi que les micro-expressions faciales nous permettent selon Ekman d'interpréter des types d'émotions spécifiques, alors que les expressions faciales statiques et les postures nous permettent uniquement d'entrevoir les affects globaux, généraux.** C'est pourquoi nous avons choisi d'effectuer notre étude à partir de scènes filmées et non pas de photographies.

3-1-b- Classifications proposées

Notre sujet d'étude ne concerne pas l'analyse objective des signaux non verbaux, mais la prise en compte de ce qui est communiqué de manière purement subjective (en se limitant à mettre en évidence ce qui est induit de manière purement visuelle, en supprimant l'indice sonore).

Toutefois, sans prétendre à l'exhaustivité, nous devons évoquer quelques classifications existantes permettant de distinguer les multiples formes de la communication non verbale, en nous attachant à préciser ses liens avec les autres formes de communication.

En effet, la communication multi-canal inclut divers éléments fonctionnant en synergie :

- **les messages voco-acoustiques** : énoncé verbal et prosodie,
- **les messages visuels** : statiques (bijoux,...), cinétiques lents (postures, rides,...) et cinétiques rapides (mimiques faciales, gestes),
- **les messages olfactifs, tactiles et thermiques.**

J. Piaget (1970)³⁷ a dissocié les **indices** (corporels ou verbaux, révélant un état émotionnel), les **symboles** (gestuels ou mimétiques, faisant appel à un code et produit volontairement) et les **signes** (à caractère conventionnel).

L'école de Palo Alto (1972) a quant à elle distingué le **langage digital**, basé sur des signaux arbitraires tels que la langue, du **langage analogique**, correspondant à des signaux motivés, comme par exemple certains gestes.

Ensuite, Cosnier et Brossard (1984) ont élaboré une classification détaillée, en fonction des canaux sensoriels intervenant dans la communication non verbale.

L'unité de comportement constitue l'opération élémentaire basique telle que la mimique faciale ou le relèvement des sourcils.

³⁷ MARC E. et PICARD D., (1989), *L'interaction sociale*

Cosnier (1974)³⁸ distingue quatre types comportementaux verbaux et non verbaux, que sont :

- **la communication quasi-linguistique** qui correspond aux gestes à visée communicative,
- **les coverbaux** qui accompagnent ou illustrent la parole : ils comprennent les mimiques, certains gestes et les postures,
- **les synchroniseurs** (regards, hochements de tête) qui stimulent l'attention,
- **les extracommunicatifs** qui correspondent aux gestes autocentrés.

Nous pouvons constater qu'il existe plusieurs catégories de communication non verbale : les formes « non langagières » comprennent plus spécifiquement les indices de contextualisation tels que la posture, les parures, ainsi que les catégories co-textuelles telles que les gestes. Certaines formes sont tout de même langagières, comme la prosodie, mais celles-ci sont davantage considérées comme appartenant à la communication paraverbale.

La communication paraverbale englobe l'ensemble des moyens de communication orale qui accompagnent et renforcent la communication verbale (intonation, accent, rythme du débit verbal,...). Certains auteurs incluent dans le paraverbal des marqueurs faciaux tels que le rire, le bâillement, le cri : ceux-ci comportent des significations culturellement déterminées.

Le terme de communication non verbale reste particulièrement vaste et imprécis, regroupant un ensemble hétéroclite de significations. Le visage apparaît cependant un élément essentiel dans nos échanges car il concentre, selon Y. Geffroy (1978), un nombre conséquent d'organes servant à la sensibilité extéroceptive. **Malgré nos capacités de maîtrise, les émotions du visage échappent régulièrement à notre contrôle volontaire : le fait que nous ne percevions pas notre visage lors des situations d'interaction renforce le phénomène.**

Sami Ali (1977)³⁹ illustre élégamment cette idée :

« Accessible au toucher et non au regard, le visage se définit comme étant l'invisible par quoi se révèle le visible ».

Enfin, lors d'une interaction face à face, il arrive que le contexte non-verbal (mimo-gestualité, prosodie) devienne un " co-texte ", c'est à dire acteur à part entière dans la communication.

La vignette clinique ci-dessous témoigne de l'importance que peut revêtir la communication non verbale, lorsque celle-ci devient l'unique mode d'expression possible dans un échange :

³⁸ COSNIER J., (1994), *Psychologie des émotions et des sentiments*

³⁹ GEFFROY Y., (1978), *La vidéo en psychothérapie : la confrontation de soi*

Madame V. : une relation basée sur l'expression non verbale

Madame V., âgée de 76 ans, arrive dans l'établissement de Long Séjour suite à un accident vasculaire cérébral ayant provoqué une hémiplégie gauche, six mois auparavant. Après plusieurs mois d'hospitalisation dans un service de rééducation fonctionnelle, elle ne peut toujours pas se servir de sa main gauche, ni de sa jambe paralysée.

Grâce aux séances d'orthophonie et beaucoup d'obstination, elle arrive à articuler quelques mots, mais elle éprouve une extrême difficulté à s'exprimer et à se faire comprendre verbalement. Après avoir fourni d'importants efforts ces derniers temps, dans l'espoir de progrès et d'un retour à domicile, Madame V. ne se sent plus capable de persévérer et refuse toute forme de rééducation, en répétant son désir de mourir.

Lors de notre première rencontre, Madame V. est couchée dans son lit, en train de sangloter. Lorsque je me présente à elle, elle tourne vers moi son visage, avec une moue résignée qui aurait pu vouloir dire : « à quoi bon ? ». Ses yeux sont d'une immense tristesse et marquent le sentiment de lassitude qui l'envahit. Elle semble à bout, murée dans son chagrin qu'elle n'arrive même plus à verbaliser. Lorsqu'elle essaye de s'exprimer, elle ne trouve pas ses mots et renonce rapidement, dans un profond soupir.

L'échange verbal apparaissant impossible, je me suis rapprochée d'elle, lui ai pris la main et, lentement, lui ai décrit les expressions faciales qu'elle exprimait de mon point de vue. Je lui ai parlé de ses moues dubitatives, de ces grimaces inspirant la douleur, de son regard implorant. J'ai essayé de mettre des mots sur ce qu'elle pouvait ressentir, en émettant des hypothèses qu'elle me confirmait parfois d'un simple regard approbateur. Cette « béquille verbale » lui a semblé-t-il permis de se sentir comprise, entendue dans sa souffrance.

A la fin de notre entretien, son visage marquait toujours une souffrance, mais semblait cependant plus apaisé : son regard n'avait plus cette expression de détresse initiale.

Mehrabian (1972)⁴⁰ relève quatre signes non verbaux fondamentaux permettant de percevoir le statut et la disposition de notre interlocuteur à notre égard :

- la posture corporelle,
- la distance interpersonnelle,
- le contact oculaire,
- le comportement paralinguistique.

Concernant le comportement paralinguistique, la prosodie constitue une forme de communication essentielle pour diagnostiquer l'état émotionnel de quelqu'un : en écoutant par exemple la voix de notre interlocuteur lors d'une conversation téléphonique, nous pouvons avoir un aperçu assez fiable de son état émotionnel.

Selon R. Menahem (1983) :

“ La voix est certainement l'un des indicateurs les plus sensibles pour traduire et trahir l'état affectif d'un locuteur ”(p.203).

Mais les difficultés d'ordres théorique et méthodologique empêchent une confirmation expérimentale de cette donnée. Les évidences empiriques et cliniques permettent

⁴⁰ COSNIER J., BROSSARD A. et al., (1984), *La communication non verbale*

uniquement de vérifier de manière subjective et naïve une relation entre l'état psychique et la voix d'un sujet. Pour cet auteur, le stress engendre des modifications physiologiques, telles que les modifications respiratoires et la tension musculaire, qui procurent indéniablement des effets sur la prosodie.

De nombreuses descriptions cliniques ont d'ores et déjà évoqué **l'association de certains troubles prosodiques à certaines pathologies** (et plus particulièrement les dépressions et les schizophrénies), mais il apparaît actuellement impossible d'établir des corrélations précises à ce sujet :

“ La voix est au carrefour des mécanismes physiologiques et psychologiques qui règlent les comportements et sont susceptibles de traduire les interactions entre le corps et le monde. Les dysfonctionnements, quelle qu'en soit l'origine, vont s'exprimer par des modifications des différents paramètres de la voix. Ce que l'on ignore encore, ce sont les configurations qui seraient caractéristiques d'un certain type de trouble ” (R. Menahem, 1983, p.222).

Concernant à présent **les modifications comportementales spécifiques aux échanges visuels**, des études de Brossard centrées sur la relation thérapeutique entre le médecin et le patient ont permis d'observer des manifestations comportementales intégralement liées aux interactions visuelles.

Ainsi, par exemple, lorsque le patient adopte par le regard une position en retrait, le médecin est enclin à fournir en retour **des « processus compensatoires »** (Brossard, 1992) par l'intermédiaire de stimulations visuelles plus importantes.

Ont été observées aussi des **phénomènes de « contagion » par le regard** : le regard du thérapeute se calque alors sur celui du patient, en adoptant un fonctionnement visuel en miroir.

Feyereisen et Lignian (1981) ont quant à eux mis en évidence dans une étude **les perturbations du regard que peuvent provoquer les troubles aphasiques**. Ils ont constitué trois groupes d'expérimentation : un groupe de quatre personnes témoins, un groupe de quatre personnes souffrant d'une aphasie de Broca (non fluente) et un groupe de quatre personnes atteintes d'une aphasie de Wernicke (fluente).

Les résultats apparaissent démonstratifs : les personnes-tests du premier groupe marquent un accroissement progressif des regards en direction du thérapeute, au fur et à mesure de leur énoncé verbal. Les personnes atteintes d'une aphasie de Broca développent quant à elles des **mécanismes d'évitement du regard** envers le thérapeute, soulignant peut-être ainsi leur difficulté d'expression verbale. Enfin, la continuité et l'insistance des regards dirigés par les personnes souffrants d'une aphasie de Wernicke constituent une manifestation de leur maladie : nous pouvons considérer que **leur regard sert à maintenir la communication avec leur interlocuteur, alors même que leur discours automatisé reflète typiquement leur maladie**.

Certes, nous ne pouvons effectuer de diagnostics fiables, uniquement à partir des indices comportementaux fournis par les échanges visuels. Mais comme le souligne Brossard, l'analyse des regards représente un outil d'analyse précieux :

« On peut cependant avancer que le comportement par le regard doit constituer, du point de vue du diagnostic en psychopathologie, un indicateur précieux de

l'existence de changements de l'état psychoaffectif de patients souffrant de troubles psychiques. D'une manière plus générale, c'est un indice comportemental dont on commence à mieux connaître le rôle dans la relation médecin-patient » (Brossard, 1992, p.143).

Le corps de l'autre nous dévoile ainsi des messages inconscients, grâce à des critères captés subjectivement à travers nos ressentis. Ces messages ne correspondent pas à un mode d'expression volontaire, mais « échappent » au sujet qui peut se trouver débordé par certaines de ses manifestations corporelles ; pour percevoir ces signaux implicites, il nous faut nous positionner dans une écoute particulièrement empathique de l'autre et accepter de rompre avec nos schémas d'interprétation habituels :

« (...) écouter, c'est se désapproprier de soi et de ce qui est connu ou connaissable pour laisser venir l'inconnu en sa nouveauté » (P. Bousquie, 1997, p.78).

L'expérience clinique a permis de caractériser la gestualité des personnes dépressives : celle-ci s'avère généralement uniforme, monotone et appauvrie. Selon S. Frey, la complexité gestuelle du patient dépressif constituerait un critère fiable pour témoigner d'une amélioration de son état. Il a pu noter que la complexité gestuelle s'accroît en parallèle du débit verbal et constitue un critère fiable de l'amélioration de l'état dépressif.

Plusieurs études concernant le positionnement de la tête ont montré l'impact de celui-ci sur notre jugement : une certaine forme d'inclinaison nous fera apparaître une personne comme *plutôt tendre*, alors que la droiture reste synonyme de rigidité dans nos représentations collectives. Mais cet impact demeure moins influent que l'expressivité faciale (Frey,1983) ⁴¹.

S. Frey (1980) ⁴², lors d'une étude de corrélation entre les manifestations non verbales de médecins et de patients dépressifs, conclut que **le diagnostic de dépression envisagé par le médecin se reflète dans la position sagittale de sa tête, inclinée et coordonnée de manière empathique à celle du patient.**

Il y a là matière à hypothèses concernant ce que le patient communique implicitement au médecin et sur la possibilité de prendre acte de l'état d'un patient en observant ce qu'il induit chez les tiers.

Toute aussi importante que la prosodie et le regard, la prise en compte des messages gestuels s'avère déterminante dans le décryptage des messages non verbaux émis par les personnes âgées démentes.

Ekman et Friesen ont dissocié deux types de gestes accompagnant le message verbal lors d'une interaction :

- les gestes illustreurs (ex : mouvements des sourcils)
- les gestes régulateurs (ex : mouvements de tête approbateurs)

Birdwhistell a quant à lui souligné l'impact du culturel dans la signification gestuelle : en

⁴¹ FREY S. et al. in COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, P.152

⁴² Idem

effet, les gestes pouvant être traduits en mots (ex : le hochement de tête affirmatif) ont une signification hautement culturelle ; Ekman et Friesen les nomment “ emblèmes ”.

Seules les expressions affectives, impliquant essentiellement des mimiques faciales et les gestes adaptateurs sans volonté informative (tels que le fait de se gratter), n'entretiennent aucune relation de signification avec le langage. Nous pouvons observer que le phénomène d'anxiété tend à exacerber ces modes d'expression.

K.R. Scherer (1976)⁴³ distingue quatre types de fonctions sémantiques que peuvent revêtir les signes non verbaux :

1- la signification indépendante : le signe non verbal désigne directement le référent (par exemple, le signe digital 'V' pour exprimer la victoire).

2- l'amplification : les signes non verbaux illustrent les signes verbaux (par exemple, l'élévation des sourcils, l'utilisation de pauses verbales).

3- la contradiction : les signes non verbaux ont une signification opposée au message verbal. Ekman et Friesen (1969)⁴⁴ parlent de “ fuites non verbales ” lorsque l'émetteur dévoile son émotion ou un trait caractéristique de sa personnalité, malgré sa volonté de contrôler et cacher son ressenti. **Lors d'une contradiction flagrante entre les messages verbaux et non verbaux, nous aurons davantage tendance à privilégier l'information non verbale en tant que critère fiable (Argyle, 1976 ; Watzlawick, 1972).**

4- la modification : les signes non verbaux atténuent la signification du message verbal.

Concernant à présent la posture, Schefflen décrit trois niveaux d'interprétation significative que sont :

- le point : cela représente une posture déterminée, que nous adoptons.
- la position : cela correspond à une suite de plusieurs points ; le changement de posture doit impliquer au minimum la moitié du corps.
- la présentation : cela comprend la totalité des positions adoptées au cours d'une interaction

Birdwhistell (1950) a constitué une micro-analyse gestuelle déclinant en kinèmes et kinémorphèmes les mouvements corporels et gestuels les plus anodins, à la manière du modèle linguistique (phonèmes...). Ce gigantesque travail n'a pas pu être exploité couramment, du fait du nombre de gestes répertoriés (plus de cent unités !). De plus, il a été reproché à cette méthode de ne pas de tenir compte des éléments parakinésiques tels que l'amplitude et l'intensité des mouvements.

Depuis, Ekman et Friesen (1976) ont décrit un modèle d'analyse des mimiques faciales qui s'est avéré davantage exploitable que la méthode de Birdwhistell. De même,

⁴³ ECKMANN P., FRIESEN W.V., SCHERER K.B., (1976)

⁴⁴ ANCELIN SCHUTZENBERGER A., (1978), *Contribution à l'étude de la communication non verbale*

Frey (1981) et Condon (1976)⁴⁵ ont composé leurs propres modèles décrivant l'activité corporelle.

Quelle que soit la méthode employée en fonction de nos préoccupations, deux contraintes s'avèrent incontournables selon Cosnier :

- la fidélité des résultats d'un expérimentateur à l'autre,
- l'économie du résultat final : « que l'intérêt du résultat soit en rapport avec les efforts déployés ».

Nous nous intéressons plus particulièrement aux indices émotionnels ou affectifs, qui ont une valeur expressive plus que volontairement communicative : ils sont observables à travers les mimiques, les gestes et la posture.

E. Marc et D. Picard (1989)⁴⁶ soulignent que les expressions faciales renseignent davantage sur le type d'émotion ressentie par la personne, alors que la gestualité et les postures permettent plutôt d'évaluer le degré émotionnel et l'implication du sujet.

Le visage constitue la zone corporelle la plus expressive et en particulier le regard et la bouche (Ekman et Friesen, 1972)⁴⁷.

La tenue et les ajouts esthétiques constituent des comportements symboliques, maîtrisés par le sujet. De même, les signes corporels (embrasser, saluer quelqu'un) comportent un objectif ciblé et conventionnel.

Ainsi, les messages corporels peuvent remplir des fonctions diverses (communicatives, régulatrices, symboliques) : la fonction expressive, qui permet de déchiffrer l'état émotionnel global de la personne, ne concerne qu'une partie mineure des messages non verbaux.

Lors d'un échange entre deux interlocuteurs, il existe habituellement une forme de « synchronie interactionnelle » au niveau corporel, qui s'effectue automatiquement (W.S. Condon, 1984). Les travaux de E. Hall (1971) ont montré à ce propos à quel point nous maintenons inconsciemment la « bonne distance » avec notre interlocuteur, en fonction de notre degré d'affinité avec celui-ci et des normes sociales qui nous sont imposées.

3-1-c- Etude de la proxémie selon Edouard Hall

« Le respect de la personne passe par le respect de son corps, de sa pudeur et de son intimité (...). Il faut chercher la bonne distance, le bon geste » (Dr Jupilet, 1998).

La question de l'intime peut être reliée aux travaux de Palo Alto, et plus spécifiquement à l'ouvrage de E. Hall « La dimension cachée » (1971), qui traite de **la perception humaine**

⁴⁵ CONDON W.S. in COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*

⁴⁶ MARC E. et PICARD D., (1989), *L'interaction sociale*, pp.162-175

⁴⁷ MARC E. et PICARD D., (1989), *L'interaction sociale*, p.163

de l'espace social et personnel.

Selon l'auteur, les sentiments réciproques éprouvés par deux interlocuteurs constituent un déterminant majeur dans l'élaboration des distances.

Il distingue en effet quatre types de distance :

- La distance intime (de 0 à 40 cm) : relation d'engagement proche, voire envahissant, avec un autre corps. La présence de l'autre est alors imposée dans notre **sphère intime** et notre système perceptif s'en trouve modifié (vision déformée, odeur et chaleur du corps de l'autre ressenties). Cette distance se caractérise par un contact physique très présent et par le peu de paroles prononcées.
- La distance personnelle (de 45 à 125 cm) : sphère ou **bulle protectrice** permettant de s'isoler des autres. C'est une distance fixe séparant les individus, dans laquelle peu de surface corporelle est mise en contact. La relation passe essentiellement par le verbal.
- La distance sociale (de 1,20 à 3,30 m) : **instance plutôt impersonnelle**, dans laquelle les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus et les contacts corporels sont éphémères (ex : tapotement d'épaule) et ritualisés. Le corps devient essentiellement un soutien conversationnel.
- La distance publique (de 3,60 à plus) : le contact corporel n'intervient plus et il n'y a pas forcément d'interaction recherchée.

Le fait que E. Hall (1971) perçoivent les individus comme entourés de « **bulles invisibles** » mesurables en centimètres, bien qu'à nuancer dans sa précision, sera prise en compte en terme d'indicateur complémentaire dans notre étude concernant la communication non verbale.

Le personnel soignant travaillant auprès de personnes désorientées est constamment confronté à ce problème relevant de l'intimité : leur travail implique une forte dimension relationnelle et un contact très rapproché, impliquant de fonctionner de manière professionnelle dans ce mode de relation intime à la personne démente.

Cette incursion dans la distance intime avec la personne démente va engendrer des confusions dans les représentations, auxquelles vont se rajouter des incompréhensions liées à l'écart générationnel, voire culturel et l'éventuel différence sexuelle avec la personne âgée démente : ainsi, la distance intime (comme par exemple le corps à corps lors d'une manipulation) va indubitablement enclencher une représentation sexuelle de la scène ; cette dimension va être refoulée et rendue acceptable grâce à une dimension dégénitalisée accolée à la personne. Celle-ci sera alors considérée comme asexuée, retombant en enfance ou bien comme « mort-vivant ». le caractère incestueux et perturbant de ce type de relation s'efface alors et permet d'accepter la distance intime à la personne démente.

Les soignants en contact avec des personnes démentes oscillent et parfois se perdent dans ces différentes instances. Par exemple, ils balancent entre la distance sociale et personnelle lorsqu'ils alternent vouvoiement et tutoiement à l'égard de la personne ; de même, la frontière entre les distances intimes et personnelles devient

souvent floue lors de soins corporels ou lors de marques d'affection. Les menaces ou dangers quant à l'intégrité des personnes démentes lorsque les frontières de l'intime sont indélimitées doivent être prioritairement pris en compte, dans l'objectif d'une meilleure qualité de vie pour ces personnes.

Deux ans avant la publication de l'ouvrage de Hall traitant de la proxémie, une expérience originale avait été mise en place en 1969 par P. Sivadon à l'institut psychiatrique de Marcel-Rivière : sensible à l'approche systémique, ce médecin a conçu dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique, une structure d'accueil permettant de rencontrer quatre grands types relationnels : l'isolement, la mise en place de petits groupes (3 à 12 personnes), l'élaboration de grands groupes (30 à 120 personnes) et enfin la participation à des rencontres de foules (plus de 200 personnes). Les quatre formes de distances interpersonnelles, théorisées par la suite par E. Hall, avaient alors été déjà distinguées.

La préoccupation de ce médecin d'offrir la possibilité de confrontation aux différentes situations relationnelles nous interpelle quant à la prise en charge actuelle des personnes âgées en structure gériatrique. Nous nous apercevons en effet que la vie en institution impose fréquemment, soit l'isolement en chambre, soit au contraire l'immersion en grand groupe dans les salles collectives. Il conviendrait de favoriser des temps privilégiés en petits groupes (ou groupes restreints), permettant l'émergence de groupes d'affinités.

Cette réflexion peut donner lieu à l'élaboration de groupes de parole animés par des psychologues, à la mise en place de différents ateliers (musique, relaxation, gymnastique douce, ateliers manuels,...) ou bien encore à des sorties à l'extérieur en comité restreint, accompagné par l'animatrice ou des soignants volontaires.

L'intérêt d'aménager des temps réguliers pour des groupes restreints consiste à favoriser, grâce à la dynamique de groupe instaurée par la régularité du lieu, des participants et du contenu de l'atelier, des réseaux d'affinités entre les participants.

Au niveau proxémique, nous remarquons enfin de la part des personnes âgées une tendance à provoquer des comportements de type maternage, évoquant la relation fusionnelle primaire. Cela induit chez certains soignants soit une relation de type « collage », avec une forme de dévouement excessive, soit des comportements de rejet pouvant engendrer une situation excessive inverse (désinvestissement total). La bonne distance avec ces personnes demeure souvent difficile à établir :

« Pour reprendre la référence winicottienne, il sera nécessaire alors de trouver un espace de distanciation afin d'accéder à la « bonne distance » dont parle A.Green à propos de la relation d'objet, celle même qui qualifie la mère « suffisamment bonne », et non plus totalement bonne, position qui permet à la personne âgée de se mouvoir dans un espace transitionnel nouvellement créé à l'intérieur duquel des limites et des points de repère deviennent accessibles » (M. Vaganay, 1988, p.69).

Ainsi, les échecs relationnels peuvent être la résultante, non pas seulement de préjugés réciproques, mais de contresens dans l'interprétation mutuelle des comportements : un nombre conséquent d'échecs dans la communication pourrait être dû au fait que « les parties en présence n'avaient pas conscience d'habiter des mondes perceptifs différents » (E. Hall, 1971).

Ceci nous amène à nous interroger sur le sens donné à ces comportements non verbaux émis par les personnes âgées démentes, afin d'éviter les malentendus et de percevoir au mieux les messages et les demandes exprimées corporellement.

3-2- Le non verbal : quels impacts ?

3-2-a- Le langage du corps, support à l'expression verbale ou langage à part entière ?

La notion de langage corporel a été introduite par la sémiologie, qui étudie les significations pouvant être rattachées aux expressions non verbales telles que les mimiques et la gestuelle.

Le concept de cœnesthésie quant à lui provient du grec « koiné » (commun) et de « aisthesis » (sensation) et a été employé par la première fois par Reil au début du 19^{ème} siècle. Il désigne, selon M. Bernard (1995, p.18), « le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps, sont sans cesse transmises au 'sensorium', c'est-à-dire au centre nerveux des afférences sensorielles ».

Proche de l'introspection, cette notion constitue pour beaucoup une forme de conscience corporelle.

Le corps a une place centrale dans la définition de l'identité. Il constitue la frontière entre l'intérieur et l'extérieur : il est à la fois point de contact et ligne de partage entre intimité et rapport aux autres. A la jonction du biologique, du psychologique et du culturel, le corps nous inscrit indubitablement dans notre rapport aux autres.

Le langage du corps constitue donc un élément fondamental de l'interaction et dépend étroitement de la personnalité, de la culture, du statut social et de l'état affectif des personnes. Certains auteurs le jugent plus révélateur des affects que l'expressivité verbale, qui permet davantage de dissimulations (Birdwhistell, 1970 ; Argyle, 1975)⁴⁸.

Même si le langage du corps n'a pas nécessairement une visée communicative, il transmet cependant des informations concernant l'état tonique, émotionnel et affectif de l'interlocuteur.

“ Le corps n'est pas que surface ou apparence. Il est aussi mouvement et traduit par là des intentions ” (Personne, 1998).

Certaines manifestations corporelles ont valeur de symptômes, de messages inconscients qu'il s'agit alors d'interpréter :

« Entendre l'inconscient, c'est entendre le corps » (P. Bousquie, 1997, p.40).

Cette prise de position constitue le fondement du modèle psychosomatique, postulant que le corps exprime des intentionnalités enfouies et inexprimables consciemment.

Bruchon-Schweitzer distingue deux types de perception du corps :

- l'image spatiale du corps (orientation des mouvements dans l'espace)

⁴⁸ MARC E. et PICARD D., (1989), *L'interaction sociale*, p.169

- l'image affective du corps (affects et représentations attribuées à notre corps)

L'image affective du corps joue un rôle déterminant dans notre perception du corps et se trouve étroitement liée à l'évaluation subjective de notre entourage. L'auteur cite à ce propos une étude d'Edwards (1957), qui remarque qu'une appréciation négative portée par autrui sur notre corps va fréquemment entraîner une perturbation de notre « sphère affectivo-émotionnelle » et des perturbations d'ordre narcissique importantes (dévalorisation, inquiétude marquée,...).

Concernant plus particulièrement les personnes handicapées ou vieillissantes, Maisonneuve (1981) souligne la mise en œuvre de mécanismes de défense, plus ou moins efficaces, pour pallier l'image affective du corps dégradé ou meurtri :

« (...) un véritable processus défensif est en effet élaboré, avec maintien (fragile) d'une image du corps favorable, l'irréalisme et le déni pouvant céder brutalement et dramatiquement » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p.256).

Il n'existe pas en effet d'effondrement massif de l'image du corps lorsque celui-ci est meurtri, du fait du mécanisme de déni ou de dénégation qui s'instaure en guise de rempart psychique. Parfois, la défaillance d'un de ces mécanismes de défense entraîne une résurgence d'anxiété, jusqu'alors masquée et tapie.

O. Renaud et ali. ont cherché à appréhender la représentation de l'image du corps de ces personnes démentes en les soumettant à l'épreuve du « dessin du bonhomme ».

Au fil des passations, plusieurs éléments caractéristiques ont été observés : régulièrement a été constaté une sur-représentation de la tête, une absence d'identité sexuelle et de vêtements (surtout chez les sujets institutionnalisés). Lors de démences très avancées, les représentations du corps se déshumanisent souvent et laissent apparaître des figures « animalisées, robotisées, morcelées ». L'auteur effectue le parallèle entre la représentation picturale de corps défigurés avec l'attitude de rejet de certaines personnes âgées envers leur corps dégradé, pointant une attitude défensive de non-reconnaissance du corps vieilli.

Il nous semble à présent nécessaire de distinguer deux notions souvent indifférenciées que sont l'image du corps et le schéma corporel :

L'image du corps s'organise pour F. Dolto (1984) à partir d'un premier sentiment d'enveloppe corporelle et correspond à l'image que nous nous faisons de notre propre corps ; de nature inconsciente, elle se perçoit à travers nos discours : comment parlons-nous de notre corps, quelle description en faisons-nous, quels qualificatifs lui apposons-nous. Elle se lit aussi dans nos comportements ; dans nos gestes, nos attitudes et notre démarche, la manière de percevoir notre corps se reflète. L'image du corps est perceptible dans tous mouvements de communication. Elle est entièrement personnelle et évolue au fil de la vie. Elle est, selon Dolto (1984, p.22), « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles ».

Le schéma corporel quant à lui est une réalité qui s'impose à tous et qui est, en principe, identique pour tous. C'est une figuration spatiale du corps, permettant le mouvement et la localisation de nos membres.

Il constitue, selon M. Bernard (1995, p.30), « un processus continu de

différenciation et d'intégration de toutes les expériences incorporées au cours de notre vie (perceptives, motrices, affectives, sexuelles, etc.) ».

Lorsque le corps est atteint (par exemple lors d'une infirmité physique d'un enfant), le schéma corporel se modifie mais l'image du corps ne s'en trouve pas pour autant bouleversée ; tout dépend ensuite du rapport au corps que la personne aménagera grâce au regard et au discours de son entourage :

« L'évolution saine de ce sujet, symbolisée par une image du corps non infirme, dépend donc de la relation émotionnelle de ses parents à sa personne » (Dolto, 1984, p.20).

Il semble à présent important de spécifier ce que Bruchon-Schweitzer englobe quant à elle dans la notion d'image du corps :

« Au-delà du corps « objectif » des anthropométriciens (morphologie), du corps « intersubjectif » que véhicule le consensus social (que nous avons dénommé apparence), il existe aussi un corps « pour soi », un corps phénoménal à propos duquel l'individu élabore certaines représentations et affects. C'est ce corps perçu que nous appellerons « image du corps » (...) » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p.171).

Pour cet auteur, l'image du corps comprend donc l'ensemble des représentations et des attitudes relatives à son corps au fil du temps. Le schéma corporel renvoie à une conception plus neurologique : il nous permet, après acquisition, de pouvoir prendre conscience et mettre en mouvement de manière réfléchi notre corps.

Aussi, Bruchon-Schweitzer distingue quatre dimensions que peut revêtir l'image corporelle, correspondant aux processus adaptatifs et identitaires de la perception de soi :

1. la satisfaction corporelle : gratification narcissique rattachée à l'image de soi. Elle vise à une adaptation à notre environnement extérieur.
2. la conscience corporelle et l'anxiété corporelle : ressentis plus ou moins conscients liés à notre corps et à ses avatars. La conscience corporelle permet (ou non) une bonne adaptation affectivo-émotionnelle.
3. l'enveloppe corporelle et son accessibilité : délimitation psychique de notre corps (espace et distance souhaités vis-à-vis d'autrui). L'enveloppe corporelle permet une différenciation entre soi et autrui.
4. les attributs masculins et féminins du corps perçu : ils sont rattachés à notre identité sexuelle.

Notre corps nous permet de manifester nos émotions, et son expression suscite en retour des réactions de notre entourage. Il constitue un vecteur de communication et d'échange incontournable, qui s'établit dès l'enfance. Ajuriaguerra parle de « dialogue tonique » pour spécifier cette forme primaire de communication émotionnelle, par l'intermédiaire de la posture et du tonus musculaire, qui s'établit avec l'entourage avant même l'apparition de la communication verbale. Une véritable relation d'échange se forge, par assimilation progressive de son propre corps en miroir de celui d'autrui. : en effet, nous absorbons l'image de l'autre, afin de nous refléter dans celle-ci. L'identification de son image visuelle passe nécessairement par ce phénomène d'intégration et de dissociation du corps

d'autrui, qui constitue une médiation primordiale :

« Nous savons déjà, par l'analyse du « stade du miroir », le rôle primordial que joue chez l'individu, adulte aussi bien qu'enfant, la captation visuelle par l'image de son corps et par là, la recherche narcissique d'une identification avec les autres. Leurs yeux ne sont-ils pas, pour chacun d'entre nous, autant de miroirs pour refléter notre corps ? » (M. Bernard, 1995, p.105).

Aussi, nous insistons sur la position déterminante de la mère dans la construction émotionnelle de l'enfant, afin de souligner l'aspect fondamental de la relation à l'autre pour une structuration émotionnelle stable :

« C'est, en effet, l'attitude émotionnelle de la mère et de ses affects, tels qu'ils se traduisent dans son jeu corporel, qui serviront à orienter ceux de l'enfant et donneront vie à ses expériences » (M. Bernard, 1995, p.57).

L'expressivité corporelle comme capacité à communiquer de manière non verbale se manifeste dès les toutes premières expériences relationnelles, lors des contacts parent/enfant. Nous sommes ainsi éduqués très tôt à comprendre ce que révèlent les signes non verbaux et à en produire nous-même. Nous remarquons rapidement que ceux-ci révèlent des intentions non élaborées et difficilement dissimulables.

Nous pouvons distinguer trois types de supports permettant l'expression du non verbal :

- les mouvements corporels et le corps de manière générale,
- les parures (vêtements, tatouages),
- la proxémie.

Afin de connaître le degré de satisfaction corporelle de quelqu'un, il apparaît aussi fondamental de s'interroger sur l'investissement que celui-ci porte à son image corporelle, par le biais de son apparence extérieure. Cela inclut l'ensemble des soins et des attentions élaborés dans un souci esthétique : l'habillement, la coiffure, mais aussi la posture, la démarche, certaines mimiques...

Nous allons à présent décrire l'enjeu lié à notre apparence physique et son aspect déterminant dans nos rapports aux autres, afin de comprendre l'origine des mécanismes de rejet parfois constatés vis-à-vis des personnes âgées démentes.

3-2-b- L'enjeu lié à notre apparence physique dans les conduites d'autrui à notre égard et dans nos propres comportements

Lorsque nous rencontrons une personne inconnue, notre premier aperçu se construit autour de quatre éléments permettant de la juger d'emblée : deux critères objectifs (nous sommes attentifs à ses caractéristiques physiques et à ses comportements observables) et deux indices subjectifs (ce que nous lui conférons comme éléments de sa personnalité supposée et comme comportements potentiels).

Concernant les éléments subjectifs, qui nous intéressent particulièrement, l'auteur constate que nous nous basons essentiellement sur les traits du visage pour un premier aperçu des caractéristiques globales d'une personne. Il est vrai que le visage exprime

assez fidèlement les émotions de la personne et s'avère généralement l'outil non verbal le plus démonstratif d'emblée. Nous nous référons couramment au visage pour considérer un individu comme attrayant ou non : Mueser et al. (1984) confirment dans une étude citée par Bruchon-Schweitzer (1990) qu'une marque de tristesse apparente sur un visage génère de la part des observateurs des évaluations nettement plus négatives qu'un visage neutre ou exprimant de la gaieté. **Cette observation nous amène à réfléchir sur nos attitudes contre-transférentielles vis-à-vis des personnes âgées dépressives, pouvant provoquer un réflexe de « rejet » défensif** : personnes pouvant par exemple être moins stimulées pour les animations proposées par l'institution, ayant tendance à être *laissées dans leur coin* plus souvent car étant moins gratifiante (car manifestant moins leur contentement) et à qui l'on sourit moins...

Nous nous référons non seulement à l'expression faciale de la personne, mais aussi à son âge pour évaluer son aspect attractif : plus les sujets sont âgés, plus les personnes testées émettent des jugements sévères et négatifs. Bruchon-Schweitzer précise que cette constatation vaut pour toutes les classes d'âge, mais plus particulièrement chez les adolescents vis-à-vis de la population âgée. Cela traduit la représentation négative de la vieillesse que notre culture favorise, avec des stéréotypes fortement ancrés : les personnes âgées paraissent d'emblée tristes et peu attrayantes.

Une autre étude effectuée par Buckley (1983) et rapportée par Bruchon-Schweitzer (1990) introduit l'aspect vestimentaire comme critère déterminant pour évaluer l'attrait éventuel d'une personne : en fonction de l'apparence vestimentaire et des soins apportés à une personne (coiffure, bijoux, maquillage,...), celle-ci nous paraîtra significativement plus attrayante. L'attention que nous portons à l'apparence extérieure de la personne s'avère déterminante dans le jugement la concernant.

Il existe donc des attitudes stéréotypées prégnantes induisant notre jugement quant à l'attrait physique d'autrui, que nous pouvons rapidement résumer par la formulation de Miller : « ce qui est beau est bon ».

« Les sujets les plus attrayants des deux sexes sont jugés plus chaleureux, plus aimables, plus sensibles, plus intéressants comme compagnons, plus forts, plus équilibrés, plus sociables, plus ouverts (etc.) que les sujets les moins attrayants (...). Ce stéréotype a été confirmé par de très nombreux travaux, et il « tient » même si l'on fait varier l'âge, le sexe et l'ethnie des sujets cibles comme ceux des évaluateurs (...) » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p.97).

Bruchon-Schweitzer cite de nombreuses études particulièrement éclairantes concernant l'impact de ces stéréotypes dans la relation thérapeutique : celle-ci apparaît plus pérenne et plus constructive lorsque le thérapeute et le patient sont de sexe opposé et d'attrait physique relativement équilibré (Cavior et Glowgower, 1973). L'auteur poursuit cette étonnante démonstration :

« L'attrait d'un thérapeute a un impact majeur sur son efficacité et sur la réussite du traitement, telles que les évalue le client (Vargas et Borkowski, 1983). En outre, il a été montré que l'attrait physique d'un thérapeute masculin facilite significativement chez son client (...) l'aptitude à donner des réponses sincères, spontanées et intimes sur soi (Kunin et Rodin, 1982) » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p.117).

A l'inverse, une relative attitude de rejet vis-à-vis des personnes ingrates physiquement peut engendrer un état de frustration tel, qu'il serait en mesure de produire des troubles comportementaux, en modifiant certains aspects de leur personnalité : cette attitude négative peut en effet bouleverser notre perception de soi. Les modèles stéréotypés impulsant ces mécanismes de rejet devant l'inesthétique sont ancrés socialement depuis la prime enfance.

Rosenthal (1973) formule **la théorie de la « réalisation des prophéties »** pour expliquer que nous tendons à devenir progressivement conforme aux attentes que les autres nous renvoient. Leurs comportements à notre égard modélisent les nôtres et entraînent une assimilation de la perception d'autrui en tant que perception de soi. Nos comportements deviennent alors progressivement conformes aux attentes projetées par notre entourage.

Ainsi, Bruchon-Schweitzer remarque que la disgrâce entraîne non seulement un jugement négatif chez l'autre, mais modifie la personnalité même du sujet disgracieux qui souffre fréquemment de troubles caractériels et émotionnels.

Nous pouvons croiser cette théorie avec celle de « la fonction circulaire », émise par Lerner et al. en 1977, selon laquelle **nos comportements se calquent sur les attentes sociales nous entourant**. Ainsi, une personne non attrayante (au physique ingrat) se conformera au jugement négatif de son entourage et renforcera cette perception en retour ; les jugements négatifs d'autrui vont donc être vérifiés par ses propres conduites, et entraîneront ainsi non seulement une assimilation (comme le suggérait la théorie de Rosenthal), mais une accentuation en feed-back de son appréciation négative la concernant. Cette théorie va donc plus loin que celle de Rosenthal, en introduisant l'idée d'une dynamique circulaire venant progressivement renforcer la perception négative d'autrui dans l'appréciation de soi.

Nous pouvons cependant introduire une certaine nuance concernant le fait que les sujets ne sont jamais totalement conformes aux attentes qu'ils suscitent, car ils n'adaptent pas littéralement leurs conduites aux perceptions que les autres ont d'eux : il se met en place une forme de compromis entre ce qu'ils souhaitent à leur égard et l'attente des autres les concernant.

L'intérêt majeur de cette théorie réside dans la prise en compte de ce que ces personnes induisent du fait de l'attente sociale. Concernant notre recherche, il nous paraît important de mettre en évidence les consensus émotionnels que les personnes âgées atteintes de DSTA produisent en nous, en ayant à l'esprit l'impact produit par les représentations sociales stéréotypées de la démence sénile, ainsi que l'impact des consensus sémantiques : qu'est-ce que cela implique de tomber d'accord sur l'agressivité d'une personne ? Est-ce que nous mettrons le même sens symbolique à ce terme s'il s'agit d'un enfant, d'un adulte ou d'une personne âgée atteinte de DSTA ?

Avec ces théories concernant l'impact relationnel de l'attrait physique, nous comprenons l'enjeu lié à notre apparence physique et son importance. Notre apparence va non seulement déterminer les conduites d'autrui à notre égard, mais également la perception de soi et nos comportements :

« On comprend dès lors l'importance des soins corporels et des techniques

embellissantes dans notre société, qui visent, au-delà de motifs simplement esthétiques, une transformation du regard et des conduites d'autrui et l'acquisition d'une identité plus désirable » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p.168).

L'image du corps peut donc se modifier, évoluer au fil du temps et de nos expériences corporelles, ainsi que l'image de soi peut s'en trouver restaurée : évolution de la satisfaction de soi, identité personnelle fortifiée...

Les gratifications corporelles rehaussent l'image de soi, et ont une fonction non seulement renarcissisante, mais aussi structurante psychiquement.

Bruchon-Schweitzer apporte cependant une nuance à cette action :

« Ces modifications ne sont significatives que si ces expériences sont vécues comme corporellement agréables, si elles sont durables, et si elles permettent au sujet de verbaliser ce qu'il désire et éprouve au sein d'une relation personnalisée avec l'animateur » (Bruchon-Schweitzer, 1990, p.273).

Certaines thérapies par le corps, que nous allons à présent évoquer, visent à restaurer une image du corps dégradé, en intervenant non seulement sur la réduction de l'anxiété corporelle, mais aussi en essayant de favoriser l'émergence ou le maintien d'une satisfaction corporelle.

3-2-c- Les approches psychothérapeutiques centrées sur la communication non verbale

Lors de crises de conversion hystérique, le sujet utilise symboliquement le support corporel pour exprimer des conflits inconscients relevant de l'indicible. Les formations substitutives constituent ainsi des compromis symboliques utilisés en substitut de la communication verbale.

Argyle et Dean (1965)⁴⁹ ont élaboré **la théorie de l'équilibre intime**, basée sur le concept de compromis économiques entre nos ressentis fluctuants : lors de nos interactions sociales, nous régulons et synchronisons constamment nos propos afin de conserver cette homéostasie relationnelle (en fonction de nos critères et seuils personnels). Ces critères, concernant notre forme de relation adéquate au niveau non verbal, ne doivent pas diverger de manière trop importante avec les conceptions de notre interlocuteur si nous souhaitons entretenir une relation empathique avec celui-ci.

Lorsque notre interlocuteur règle, consciemment ou non, sa motricité sur notre rythme parolier, nous parlons alors d'intersynchronie. Cette technique s'avère particulièrement utilisée par les professionnels formés à la P.N.L (**Programmation Neuro-Linguistique**). Cela permet de mettre en confiance notre interlocuteur, qui est mis à l'aise par cette attitude en miroir, rassurante par sa familiarité et la connivence qu'elle instaure.

Les écoles interactionnistes et systémiques ont développé la pratique de psychothérapies centrées sur les sensations corporelles et les significations qui en découlent : cela comprend l'ensemble des thérapies dites " à médiation corporelle " .

⁴⁹ COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, p.175

Le modèle de Palo Alto (1967) constitue quant à lui une approche psychothérapeutique d'analyse de la communication et prend sa source dans la cybernétique. Trois auteurs principaux sont à l'origine de cette approche : Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson. Ils considèrent que les notions de communication et de comportement sont pratiquement équivalentes, étant donné que tout comportement (verbal et non verbal) constitue un mode de communication et que toute communication affecte le comportement. Cela se résume par le célèbre axiome : " on ne peut pas ne pas communiquer ". Ainsi, tout comportement est un marqueur de signification et ceci, même quand l'expressivité non verbale est produite non intentionnellement.

Concernant notre sujet, nous en retenons que la personne âgée démente émet constamment des manifestations comportementales, que nous sommes en droit de questionner au niveau de leur finalité inconsciente : tout comportement ouvre et délimite une voie de communication avec l'autre.

La psychomotricité permet aux personnes âgées démentes de se réapproprier des « morceaux d'identité égarés » en travaillant sur leur image du corps. Cette rééducation basée sur la stimulation sensorielle agit donc sur la mémoire corporelle pour atteindre la psyché ; le corps dans son ensemble va être appréhendé et le psychomotricien agira sur les membres, mais aussi sur les gestes, la posture, voire les mimiques de la personne âgée. L'objectif consiste à ce que la personne puisse progressivement réinvestir son corps de la manière la plus positive possible, en favorisant l'expression de sensations corporelles agréables et ainsi l'émergence de souvenirs s'y associant :

« Notre corps tout au long de sa vie emmagasine des sensations liées à des sentiments et à des vécus affectifs, positifs ou négatifs. Certaines de ces sensations vont se déposer comme une lie dans nos souvenirs, laissant une empreinte dans notre subconscient. Cette empreinte régit nos actions et réactions chaque fois que la mémoire corporelle s'éveille face aux autres, face à un autre » (I. Schein, 1984, p.16).

L'auteur souligne d'ailleurs avec pertinence que l'origine du mot « main » est double : en effet, « Yad » désigne en hébreu non seulement la main, mais aussi le souvenir... Cette double acception évoque selon nous la transmission symbolique, souvent incarnée par la main tendue et offerte aux générations suivantes : comme dans la chapelle Sixtine, la main tendue par Dieu à l'homme contient alors symboliquement toute l'histoire de l'humanité. D'ailleurs, les voyantes n'utilisent-elles pas les lignes de la main pour lire le parcours de vie de leurs clients ?

Dans la maladie mentale, le morcellement corporel témoigne de la rupture de communication qui s'établit entre le sujet et l'extérieur, renforcée fréquemment par la tendance à ne s'adresser que très peu à ces personnes malades. A l'image d'une phrase déliée, leur image du corps se fractionne et ne forme que des parties détachées :

« Rendre à ce corps son entité par le regard, par la parole adressée, par le contact médiatisé puis direct ; lui rendre sa sensibilité par le toucher partagé, éveillant et créant un souvenir des sens pouvant par la suite lui permettre d'assumer sa sensualité » (I. Schein, 1984, p.18).

La mémoire corporelle correspond à une forme de mémoire affective, se percevant

par l'intermédiaire des sens : cette « trace » corporelle ne constitue pas une perception élaborée par le sujet car elle n'a été ni mentalisée, ni n'a fait l'objet de représentations conscientes ; elle n'existe que sous la forme d'éprouvés psychiques, de ressentis diffus.

Certains vécus difficiles laissent des empreintes somatiques non élaborées :

« Le corps comme tension et support de la mémoire ; le corps comme rappel du temps qui s'écoule (...) » (C. Fortini, 1986, p.237).

Leur expression somatique, sous forme de décharge émotionnelle, peut constituer un préalable à un déblocage de la parole. Verbaliser certains affects non mentalisés et non rattachés à une représentation symbolique ne peut s'effectuer dans certains cas sans une libération préalable, parfois impulsive, de fixations somatiques.

Mais ceci ne se vérifie pas uniquement quant aux affects corporels non mentalisés. Cela peut de notre point de vue s'appliquer de manière plus générale à l'ensemble des manifestations corporelles ; exprimer ses ressentis demeure capital pour permettre une prise de conscience et la verbalisation de nos éprouvés corporels constitue un préalable indispensable à tout travail d'élaboration constructif.

Nous ne faisons pas nôtre la réflexion de A. Pesso (1984, p.117), reprochant à Freud de considérer comme primordiale la valeur symbolique véhiculée par les mots et de réduire l'expression corporelle à une simple forme d'extraversion « trop concrète et sans symbolisme ». C'est à notre sens réduire sa théorie, qui par ailleurs a débuté par des travaux sur la conversion hystérique, et alimenter la mise en « compétition » et en antagonisme du somatique et du psychique...alors qu'il s'agit de travailler sur leur complémentarité et leur imbrication mutuelle.

De même, nous nous interrogeons sur la pertinence du **concept de somatologie** introduit par R. Meyer (1984, p.259) : il le qualifie comme science du corps qualitatif, au même titre selon lui que la psychologie ou la sociologie, et répondrait à une nécessité de pallier un vide conceptuel dans ce domaine. Selon cet auteur, la médecine isolerait trop le corps dans son expression somatique, et la psychologie quant à elle mettrait trop en exergue la prééminence de la psyché et du verbal sur le corporel.

Nous pourrions alors nous demander pourquoi restreindre le patient à se concentrer sur ses éprouvés psychiques, lorsque nous serions en mesure, il est vrai assez souvent, de s'intéresser aux manifestations corporelles qu'il pourrait ressentir ou que nous pourrions observer ?

Que faire des sensations éprouvées, des messages que nous envoie le corps et que nous ne devons pas occulter ?

M. Charazac-Brunel (1988, p.11) cite comme illustration à ce propos la phrase célèbre : « dire tout ce qui vient à l'esprit », qui renvoie indubitablement de manière orientée vers les pensées du sujet et non sur une écoute du corps.

Faudrait-il remplacer parfois cette expression par une formule plus large : « dites tout ce qui vous vient à l'esprit et ce que vous éprouvez dans votre corps » ?

En effet, comme le souligne M. Charazac-Brunel (1988), la personne âgée a souvent besoin de décrire des douleurs, des modifications corporelles... Cela constitue souvent un

sujet de conversation investi par la personne ; que les propos souvent plaintifs soient justifiés ou pas sur le plan médical, la demande d'écoute est bien présente.

J.P Vignat (1988) note l'ambivalence de nos propos envers ces personnes âgées : tantôt nous évoquons le renforcement narcissique dont elles font preuve à travers ces plaintes auto-centrées, tantôt nous constatons un effondrement narcissique, lié à l'image dégradée qu'elles ont d'elles-mêmes.

R. Meyer, pourtant psychanalyste, parle de l'emprise, sinon de la tyrannie du mode de pensée psychanalytique vis-à-vis des thérapies à médiation corporelle, qui se développent largement depuis les années 60 en référence à des auteurs comme Reich ou Ferenczi. Il poursuit :

« Les psychanalystes reconnaissent au discours un contenu manifeste et un contenu latent ; mais il n'est latent pour eux que parce qu'ils ne regardent pas le corps et n'interrogent pas la voix. Le corps vit et exprime toujours plus que les mots ne peuvent contenir » (R. Meyer, 1984, p.261).

Il est vrai que la situation analytique prive l'analyste d'un certain nombre d'indices corporels (gestes, mimiques) que peut exprimer le patient ; mais cela permet de se laisser plus facilement entraîner dans le discours du patient (on parle à ce propos de capacité de rêverie du thérapeute) et permet aussi au patient une situation apparente d'isolement psychique : lui non plus ne sera pas influencé par les manifestations non verbales du psychanalyste, pouvant parasiter l'entretien, et pourra se centrer sur son discours.

Cependant, la tonalité du discours, ainsi que la prosodie du patient, influencent le thérapeute qui ne peut en faire abstraction et qui d'ailleurs peut l'utiliser comme un marqueur émotionnel important.

Enfin, lorsqu'on parle de discours latent, ce n'est pas tant son expression qui s'avère latente, mais plutôt la prise de conscience du patient et sa possibilité de formalisation. Nous n'employons pas le terme « latent » pour exprimer ce que nous ne percevons pas, mais pour désigner ce qui n'est pas encore intégré consciemment par le patient.

Concernant les personnes âgées démentes, nous sommes tout à fait d'accord sur le fait que l'expression corporelle constitue fréquemment un élément d'appréciation précieux pour notre jugement. Au lieu d'aller chercher uniquement le latent dans la verbalisation, il nous faut aussi être vigilants aux manifestations corporelles. Ces éprouvés corporels alors mis en mots, permettent d'instaurer avec ces personnes un travail thérapeutique.

3-3- La maladie démentielle et son expression non verbale

3-3-a- L'expressivité non verbale des personnes âgées démentes est-elle pathologique ?

Nous avons choisi le biais de la communication non verbale pour approcher la démence sénile, car cette pathologie met à mal l'approche des malades concernés, dans la mesure où la communication verbale apparaît rapidement inappropriée pour entrer en relation avec eux.

La dégradation de l'outil verbal chez la personne démente s'effectue progressivement : elle commence généralement par des pertes de mots, des néologismes, et débouche presque toujours sur une forme d'aphasie. Seuls la tonalité vocale, les contacts visuels et tactiles demeurent signifiants.

Parfois aussi, les personnes démentes souffrent de jargonaphasie, et leur discours devenu confus, incohérent et sans lien évident entre les idées, perd toute valeur de message compréhensible.

Ainsi, seules les tentatives de décodage de la communication non verbale permettent d'approcher l'état psychique du patient. Selon Mahl (1968)⁵⁰, cette approche apparaît fondamentale et particulièrement significative pour le thérapeute :

“ Les cliniciens spécialisés sont préconsciemment, sinon consciemment, guidés par les comportements gestuels de leurs malades ”.

Mais l'ensemble des critères nécessaires pour accomplir un acte communicatif sont-ils réunis lors d'une interaction avec une personne âgée démente ?

Pour qu'une transmission d'informations puisse avoir lieu, deux conditions primordiales doivent être remplies :

- la présence d'un système émetteur et d'un système récepteur
- l'existence d'un message

Lors d'une interaction avec une personne âgée démente, nous ne sommes pas toujours sûrs de correspondre à l'interlocuteur réel de la personne : elle peut s'adresser à un interlocuteur imaginaire qu'elle transpose en nous parlant. Parfois même, la personne soliloque et ne s'adresse pas à nous. Cependant, elle le fait ici et maintenant, devant nous, ce qui n'est peut-être pas totalement fortuit. Quoi qu'il en soit, la personne âgée nous communique son état émotionnel.

Freud, traitant le cas Dora, confirme ces propos :

“ Celui dont les lèvres se taisent bavarde avec le bout des doigts ; il se trahit par tous les pores ”.⁵¹

C'est ainsi que, au fil de l'évolution de la maladie, les personnes âgées démentes conservent des comportements à portée symbolique.

L'articulation entre les significations langagières et gestuelles ne demeure pas forcément, car l'aspect conventionnel des normes socioculturelles s'efface au fil de la maladie. Cependant, certaines conventions sociales déclenchées de façon quasi-automatique, telles que serrer la main, persistent assez tardivement chez ces malades.

Nous pouvons également faire l'hypothèse que les gestes auto-centrés, fréquents chez les personnes âgées démentes, ont pour effet de décharger le surplus de tension ou d'excitation interne : ainsi, les balancements et les gestes répétitifs des personnes âgées

⁵⁰ FREY S. et al. in COSNIER J. et BROSSARD A., (1984), *La communication non verbale*, P.152

⁵¹ CORRAZE J., (1980), *Les communications non verbales*, p.54

démences caractériseraient une manifestation d'anxiété importante.

Une expérience relatée par D. Guillaume (1995) concernant le toucher des soignants sur les personnes âgées démentes a mis en évidence l'impact du contact physique volontaire et non utilitaire (hors cadre du soin à donner) sur l'expressivité verbale des malades, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Cette étude nous semble particulièrement féconde : **les personnes âgées démentes se sentent en confiance lorsque nous utilisons le mode non verbal lors de nos interactions et recourent comme en contre-partie à des efforts d'expression verbale substantiels. Mais cette approche n'apparaît fructueuse qu'à la condition d'utiliser ce registre depuis le début de l'interaction, comme si leur confiance devait se gagner initialement.**

Avec les personnes âgées démentes, l'expérience montre que, comme dans une interaction entre personnes de langues différentes, nous pouvons non seulement avoir recours aux indices para-verbaux, mais aussi à la reformulation, à la prise en compte du contexte, avec des tentatives d'approximations successives (F. François, 1990). Notre aptitude à entrer en interaction avec les personnes démentes dépend beaucoup de notre degré d'implication : il nous faut mettre en œuvre une démarche active, innovante et individualisée lors de l'échange.

J.M. Talpin et O. Talpin Jarrige (1996) refusent néanmoins d'admettre dans la démence un « discours du corps » à visée systématiquement communicative : en effet, selon ces auteurs, cela induirait de la part des personnes âgées démentes une représentation de l'interlocuteur lors de chaque échange, ce qui apparaît improbable.

Ces auteurs interrogent également la pertinence d'un **acharnement à poser du sens** et une valeur communicative, là où la personne démente effectue peut-être « un mouvement défensif de désinvestissement des fonctions les plus secondarisées du moi ».

Pour certains auteurs, nous ne pouvons parler en terme de 'communication' que s'il y a réellement intention de communiquer. Cette conception dévalue l'expressivité inconsciente et le postulat de Watzlawick, qui considère que nous communiquons non intentionnellement de manière permanente. Cela conduit, dans le cas de la démence sénile, à dissocier la notion de *communication non verbale* de celle d'*expressivité non verbale* (qui supprime l'aspect volontaire des signaux émis).

Ainsi, le corps de la personne démente révèle ce qu'elle éprouve sur le plan psychique, sans qu'il y ait nécessairement une visée de transmission consciente à un interlocuteur.

Face aux réserves formulées par J.M. Talpin et O. Talpin Jarrige (1996), nous distinguerons deux préoccupations :

- celle de chercher la signification objective des comportements non verbaux des personnes démentes ; cette démarche apparaît actuellement hors de portée.
- celle de comprendre l'impact contre-transférentiel que produisent leurs manifestations non verbales sur l'entourage ; **cette analyse, qui est la nôtre, permet de se risquer à émettre un sens, peut-être erroné, mais qui a le mérite de nous interpeller sur**

l'humanité de l'autre, du sens donné à ses manifestations et de leurs effets sur nous.

Comme l'écrit A. Ancelin-Schutzenberger (1978) :

« La communication non verbale n'informe pas d'une façon neutre et détachée : elle implique ».

D'une façon générale, tout se passe comme si le corps exprimait ce que l'esprit ne peut pas dire avec des mots ; il n'y a donc pas d'intentionnalité dans l'expression corporelle de la personne démente, mais l'expression involontaire d'affects.

Malgré ses atteintes cognitives, la personne démente conserve une expressivité non verbale cohérente, par le biais de la tonalité, du contact visuel et tactile. Qui plus est, on ne fait pas dire n'importe quoi à des personnes démentes qui ne sont pas confuses.

De fait, ces personnes dégagent une tonalité émotionnelle grâce aux outils non verbaux, auxquels nous devons être attentifs si nous souhaitons appréhender leurs ressentis subjectifs.

Nous devons donc apprendre avec ces malades à manier simultanément plusieurs modes de communication et à être vigilant aux « messages secondaires » accompagnant parfois leur discours incohérent.

« Les façons de se vêtir, de se tenir, de s'asseoir, de marcher les bras ballants ou serrés le long du corps, de parler en agitant le bras ou seulement les mains et les avant-bras, la distance établie avec l'interlocuteur, un froncement de sourcil, une moue (dubitative, approbative ou dégoûtée), un regard peuvent être porteurs de significations » (A. Berrendonner, 1990).

Ainsi, ce que le thérapeute prend en compte via le langage corporel des personnes âgées démentes peut constituer un étayage précieux, celui-ci devant pouvoir *jongler* entre le registre non verbal et verbal. **Il s'agit notamment d'être en phase avec le patient dément en privilégiant le mode non verbal, tout en l'accompagnant souvent de paroles, marqueurs de son humanité préservée.**

3-3-b- L'apport du non verbal dans la communication avec les personnes âgées démentes : la place du sens

Notre difficulté à entrer en communication avec les personnes âgées démentes par l'intermédiaire du langage verbal présente des analogies avec la situation rencontrée dans la clinique des psychoses infantiles et adultes. Nous nous retrouvons dans une situation d'échec et d'impuissance identiques, que M. Czermak nomme « le ratage extrême et dénudé du dialogue ».

Selon C. Memin (1986), la souffrance ou le désarroi exprimés par certaines personnes âgées démentes implique une forme de communication basée sur le non-verbal.

Cela se justifie quand :

« toute parole serait dérisoire (...), quand l'autre n'en veut pas ou n'en veut plus, parce que son corps à lui seul est langage (...) » (Memin, 1986, p. 210).

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

La communication passe alors essentiellement par la sensorialité, comme en témoigne cette vignette clinique :

Madame E. : lorsque le corps intègre ce qui n'est pas mentalisable
Madame E. est une personne âgée de 91 ans, résidant depuis peu en Long Séjour, atteinte de la Maladie d'Alzheimer. A son arrivée, il avait été convenu que son mari, lui-même malade, la rejoigne, sitôt une chambre à deux lits libérée.
Le décès brutal de celui-ci intervient avant que ce projet ne puisse se réaliser et, cette dame n'ayant pas de famille proche, il m'incombe la responsabilité de lui annoncer la mort de son mari.
Lorsque je lui en fait part, Madame E. est bouleversée ; elle ne pleure pas mais son visage se crispe, des plis inhabituels se forment sur son front, elle s'agite et me regarde profondément, avec gravité. Son corps entier marque son désarroi ; elle me donne l'impression de ne plus réussir à « tenir » son corps, qui s'affaisse et donne une vision d'écroulement physique comme psychologique.
Son corps exprime qu'elle a intégré la nouvelle, mais les mots ne suivent pas : la prise de conscience déclenche une réaction de douleur si intense qu'elle ne peut l'exprimer verbalement. Seule l'idée fixe d'une terrible nouvelle, et par moments d'un décès dans sa famille, demeure exprimable et mentalisable. Elle me questionne en boucle, avec inlassablement la même expression de douleur lors de mes réponses : « qu'est-ce qui s'est passé déjà ? Quelqu'un de ma famille est mort ? ».
Après chacune de mes réponses, elle conserve quelques instants l'information en mémoire, puis opère un mécanisme de déni envers cette information trop coûteuse sur le plan de son économie psychique.
Les jours qui ont suivi, certains soignants semblaient persuadés (ou peut-être se persuadaient inconsciemment) qu'elle n'avait pas intégré la nouvelle, car elle n'en parlait jamais spontanément et confondait son mari défunt avec un autre résidant.
Ses manifestations non verbales, pourtant si manifestes, n'ont pas été interrogées : peut-être afin de se préserver de cette souffrance, de ne pas s'y confronter ?
Quant à moi, celles-ci m'ont paru bien plus pertinentes et instructives que son discours, qui était souvent confus. Son corps porte les traces de sa souffrance morale et semble exprimer : « la réalité est trop de dure et ne m'intéresse plus ».

Tant que nous saurons aussi peu de choses sur l'impact inconscient produit par les canaux sensoriels dans la communication, nous sommes en droit de penser que lorsque l'échange verbal devient impossible avec la personne âgée démente, les expressions visuelles et tactiles constituent encore un moyen pour la personne d'exprimer ses ressentis. Nous pouvons supposer qu'elle devient elle-même particulièrement sensible à ce que nous pouvons émettre à ce niveau, ne se focalisant pas tant sur ce que nous disons, mais sur ce que nous *dégageons* .

Leur capacité à capter les signes non verbaux semble exacerbée et particulièrement en éveil lorsque l'échange verbal se détériore : c'est pourquoi nous devons apprendre à manier l'outil non verbal pour améliorer nos échanges relationnels avec ces personnes, tout en les maintenant dans un bain linguistique permanent. La parole, quel que soit leur degré de compréhension, demeure un soin à part entière.

En effet, si les personnes âgées démentes semblent au fur et à mesure de l'évolution de la maladie moins sensibles aux contenus du discours et davantage attentives aux signaux non-verbaux que nous leur adressons, il demeure fondamental de maintenir une communication ayant un support verbal avec ces personnes, ne serait-ce que pour toujours affirmer leur humanité et pour leur servir de béquille verbale lorsque cela s'avère nécessaire. Il s'agit alors de valider ce qui est cohérent dans leur propos, de leur proposer des mots lorsqu'ils se trouvent en situation de *panne lexicale*, de leur faire part des indices que nous percevons sur le plan non verbal.

De plus, le recours à un bain de parole nous conduit dans tous les cas, même si notre message verbal n'est pas compris, à manier de façon cohérente et performante nos propres possibilités d'expressions non verbales qui accompagnent à notre insu notre discours (Ploton, 1995).

F. Dolto soulignait l'importance d'accompagner nos gestes de paroles car les mots symbolisent et donnent du sens à nos émotions. Ce qui est valable dans nos rapports aux nourrissons l'est probablement tout autant avec les personnes âgées démentes :

“ Leurs limites, leurs erreurs, leurs échecs, leur impuissance, n'empêchent pas que parler à quelqu'un, quoiqu'on lui dise, et même s'il ne comprend pas, c'est toujours le reconnaître ”.⁵²

Renoncer à parler à une personne âgée démente, en l'infantilisant ou en la mettant à distance, équivaut à lui refuser le statut d'être humain.

Comme le soulignent F. Marquis et L. Ploton (1999) :

“ Il est moins grave de se tromper sur ce qu'il aura émis que de lui signifier que nous ne le croyons pas capable d'avoir quelque chose à nous communiquer ”(p.19).

Nous n'avons aucun moyen réellement fiable pour juger de ce que les personnes âgées démentes peuvent ressentir face à cette terrible maladie : du fait de la détérioration du langage dont elles souffrent, il s'agit donc d'interpréter, au moyen d'indices non-verbaux et para-verbaux, ce que la conscience ne produit plus : cela consiste ainsi à laisser place aux ressentis d'ordre émotionnel en créditant la personne démente du maintien d'une forme de vie psychique, c'est à dire de cohérence.

Pour finir ce chapitre, nous proposons une illustration concrète d'un outil, l'échelle Doloplus, permettant d'évaluer au mieux la douleur ressentie par les personnes souffrant d'une communication verbale altérée. Cet outil témoigne d'une réflexion menée à partir de l'observation comportementale et s'inscrit dans une recherche d'amélioration de prise en charge globale de ces personnes malades et souffrantes.

3-3-c- L'évaluation de la douleur des personnes âgées démentes : illustration d'une prise en compte de l'échange non verbal.

L'exemple de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée démente permet de comprendre l'avancée des réflexions concernant la prise en compte de la communication non verbale dans la démarche de soin.

⁵² MANCEAUX-DEMIAU A., (1999), *Communiquer avec les personnes âgées démentes*, p.42

Jusqu'alors, les soignants ne disposaient d'aucune échelle de mesure permettant d'évaluer collectivement et de manière suffisamment objective la douleur de la personne âgée incapable de s'exprimer verbalement. Evaluée jusqu'alors uniquement à l'aide d'appréciations subjectives, très fluctuante d'un soignant à l'autre, la douleur s'avérait fréquemment sous-diagnostiquée, notamment au stade palliatif de la maladie (Zvi Aminoff, 2004). Ceci apparaissait de manière d'autant plus flagrante que la personne âgée souffrait de troubles cognitifs (M.A. Laurent-Kenesi, 1996, p.309) (B. Wary, 2002, p.35).

Les échelles d'auto-évaluation, telle l'échelle visuelle analogique, montrent leurs limites quant au nombre d'utilisateurs potentiels : en effet, une personne âgée sur deux ne serait pas en mesure d'auto-évaluer sa douleur à l'aide de ce type de support (B. Wary, 2002, p.35). Cela serait dû notamment à la difficulté pour ces personnes à manier un outil relativement abstrait ; de plus, les éventuels troubles mnésiques perturbent l'évaluation, qui se fait en deux temps (sensée mesurer l'évolution de la douleur au fil du temps). Enfin, le risque de sous-évaluation de la personne âgée (par exemple par inhibition) ou au contraire de surévaluation (par anxiété, hypocondrie ou état dépressif) n'est pas négligeable.

L'échelle Doloplus se base sur l'observation comportementale de la personne âgée par les soignants. Validée en 1999, cet outil a été rapidement plébiscité pour sa maniabilité ; il se compose de dix items, comprenant trois grandes thématiques : le somatique (mimiques, plaintes somatiques, sommeil,...), le psychomoteur (mouvements possibles) et le psychosocial (communication, troubles du comportement et vie sociale). Pour chaque item, l'équipe soignante doit évaluer l'importance des troubles constatés, dans une échelle cotée de 0 à 3.

Selon M.A Laurent-Kenesi (1996, p.310), « l'expression non verbale de la douleur comprend des manifestations vocales, des modifications du faciès, du tonus, et des manifestations posturales ».

Ses travaux ont montré une **corrélation entre le ressenti douloureux des personnes âgées démentes et leurs expressions faciales, leurs gémissements et leurs manifestations d'agrippement**. Par contre, les cris, les mouvements désordonnés et l'opposition à la mobilisation ne constitueraient pas des critères pertinents et fiables de manifestations de douleurs chez ces personnes.

Enfin, selon une autre étude de J. Cohen-Mansfield et de P. Werner (1994), l'agitation verbale représente chez le sujet âgé un indice de souffrance physique ou psychique, ce que les auteurs nomment un « **symptôme de discomfort** ».

L'agitation verbale englobe l'ensemble des troubles verbaux « répétitifs, dérangeants et inappropriés ».

Quatre techniques distinctes sont utilisées par les soignants pour tenter de pallier cette agitation verbale ; Cariaga, cité par J. Cohen-Mansfield, les décrit en spécifiant leur pourcentage d'efficacité pour contenir l'agitation verbale de la personne âgée :

- la discussion avec le patient, efficace selon l'auteur dans 58% des cas,

- l'utilisation de calmants, utile dans 57% des cas,
- la stimulation tactile, opérante dans 44% des situations,
- la réprimande, efficace dans 36% des cas.

Nous constatons l'importance du maintien relationnel par le biais du contact tactile, lors de crises d'agitation verbale, afin d'apaiser la personne âgée démente. Celui-ci a une fonction rassurante et contenant pour la personne.

Yves Gineste (2004), initialement professeur de gymnastique, effectue des formations sur l'importance d'un toucher de qualité dans les soins : il enseigne notamment aux soignants travaillant auprès de personnes âgées démentes ce qu'il a nommé le « toucher tendresse » ; cette technique de « capture sensorielle » part de l'idée d'un possible langage authentique par le toucher, lorsque la communication verbale apparaît défectueuse. Selon Y. Gineste, 95% des manifestations agressives lors des soins pourrait être supprimées si ce type de toucher était enseigné et pratiqué par les soignants travaillant en gériatrie.

Concrètement, cette technique de toucher relationnel se base sur la notion de permanence du toucher : lors d'un soin, d'une toilette, d'une aide à l'habillage ou d'un transfert effectué auprès d'une personne âgée démente, les gestes doivent être fluides, contenant et sans interruptions brutales : lorsqu'un soin est commencé, il s'agit de toujours garder un lien tactile avec la personne, ne serait-ce que par le biais de micro-contacts.

Un toucher de qualité sera validant s'il se distingue du toucher *utile* : Y. Gineste introduit le concept d'humanité, signifiant par là la nécessité de montrer implicitement à la personne que l'on n'éprouve pas de rebus à la toucher et qu'elle ne constitue pas pour nous un objet passif de soin : une relation s'établit par cette communication tactile, qu'il ne faut pas repousser mais plutôt favoriser.

Selon l'auteur, ce toucher tendresse est différent d'un toucher qui effleure : ce dernier sera davantage perçu comme un toucher sexualisé et manquant d'assurance, de contenance.

Cette méthode se base sur plusieurs idées clefs :

- Ne pas négliger « les préliminaires », c'est-à-dire toute la phase de présentation personnelle et d'explications sur ce qui va être fait.
- Ne jamais commencer une toilette par ce que la personne n'apprécie pas ou redoute (souvent le lavage des cheveux, des parties génitales et des pieds) ; commencer par des zones du corps plus *neutres* comme les jambes ou le dos.
- Lors d'une manutention, ne jamais se servir des trois points d'appui suivants : l'aisselle, la partie intérieure du genou et l'aîne.
- Éviter d'utiliser nos pouces lors des manutentions, du fait des réflexes naturels de préhension pouvant crispier et insécuriser le malade.
- Lorsque l'on aide une personne alitée à se retourner, positionner notre corps près de sa tête pour pallier une éventuelle appréhension du vide et de la hauteur.

- Faire de grands gestes, et qu'ils soient tous en prolongement les uns des autres : les doigts suivent le long du corps, ne se décollent pas.
- Ne pas relever la personne en lui prenant le poignet : sa rétraction s'expliquera dans ce cas par une impression diffuse de punition, de rapport de force et de mise à distance de votre part.
- La main du soignant doit être entièrement contenante : l'ensemble des phalanges doivent se trouver sollicitées, les doigts doivent être ouverts. Une main ouverte signifiera « j'ai envie de vous toucher », lorsque la main rétractée induira l'impression « vous me dégoûtez ».

Cette approche du soin relationnel apportée aux personnes âgées démentes apparaît novatrice et particulièrement intéressante de par les questionnements qu'elle induit : les soignants participant à ce type de formation se trouvent sensibilisés à l'écoute des manifestations non verbales de la personne âgée et développent une autre perception des soins, beaucoup plus riche en échange et à notre sens plus gratifiante ; ce type de formation propose aux soignants une écoute *active* des manifestations agressives pouvant apparaître lors des soins, trop souvent vécue comme une source de perturbations incompréhensibles et ingérables.

Synthèse

Compte-tenu des difficultés méthodologiques rencontrées pour décrire l'expressivité non verbale d'une personne âgée démente, il convient d'utiliser des outils de communication non verbale basés sur l'étude de la proxémie et de l'empathie.

Pour cela, il faut prendre conscience de l'image du corps que s'est forgé le patient atteint de DSTA lorsque l'on entre en communication avec lui.

De plus, nous devons prendre en compte nos propres réactions contre-transférentielles provoquées par la vision d'un corps meurtri, abîmé, vécu comme repoussant, et l'éventuel rejet dans lequel nous risquons d'entraîner la personne âgée démente.

De nombreuses psychothérapies utilisent la médiation du corps pour favoriser la communication et mettre en confiance le patient. Compte-tenu de la dégradation progressive du message verbal dans la démence, cet outil de médiation apparaît particulièrement utile avec cette population ; comme c'est le cas actuellement pour l'évaluation de la douleur, la communication non verbale constitue un des moyens restants pour la personne âgée démente de faire partager ses ressentis : avec ces malades, cette forme de communication favorise l'émergence d'hypothèses quant à leur état émotionnel qu'elles ne sont plus en mesure de formuler verbalement.

Approche clinique

1- Etude principale

1-1- Méthodologie expérimentale

Notre étude se déroule en trois étapes successives permettant l'observation, la catégorisation et l'interprétation des ressentis émis à l'égard de personnes âgées filmées :

a- L'observation de vidéos :

Chaque observateur visionne 36 extraits d'entretiens cliniques, d'une durée de une à cinq minutes. A chaque séance de projection, six extraits sont visionnés, entrecoupés par le remplissage d'un questionnaire (cf. Annexe 1).

Les vidéos relatent des scènes d'entretiens entre un thérapeute et une personne âgée.

Les vidéos ont été tournées dans différentes villes de France (Rouen, Nancy, Saint-Étienne, Grenoble, Lyon), exclusivement auprès de personnes francophones. L'équipe INSERM du réseau "Qualité de vie et démence", responsable de ces

enregistrements vidéos, a recueilli préalablement le consentement des sujets filmés et a veillé à respecter leur anonymat lors des enregistrements vidéos. Le C.C.P.R.B. (Comité Consultatif Pour la Recherche Biologique) de Reims a donné son accord pour le protocole d'entretien, et notamment concernant les thèmes abordés.

Le choix des personnes âgées filmées lors des entretiens a répondu à une exigence méthodologique très stricte. Les vidéos comprennent en effet en nombre égal :

- un groupe contrôle de 12 personnes âgées saines (pas d'altérations physiques majeures, ni d'altérations cognitives) : M.M.S. (Mini Mental State) ≥ 25
- un groupe de 12 personnes âgées souffrant de démence modérée : $12 < \text{M.M.S.} < 25$
- un groupe de 12 personnes âgées souffrant de démence sévère : $\text{M.M.S.} \leq 12$

Les catégories d'âge, de sexe et de niveau d'étude des personnes âgées ont été observées à l'identique concernant ces trois groupes, afin que ces critères ne constituent pas un biais méthodologique dans nos résultats.

Trois questions ont été systématiquement abordées lors de ces entretiens filmés :

- | | |
|--|----|
| Pouvez-vous me parler de votre maman ? | 1. |
| Pouvez-vous me raconter un souvenir agréable ? | 2. |
| Comment envisagez-vous votre avenir ? | 3. |

Les thèmes ont été choisis en fonction de la mobilisation affective que ces questions pouvaient déclencher ; en effet, ces trois thèmes sont (à différents niveaux et en fonction des personnes) considérés comme particulièrement impliquants et sujets à engendrer des manifestations émotionnelles. De même, ce sont des questions ouvertes, accessibles à tous, et permettant l'expression d'un panel d'émotions assez large. La première question (évoquer des souvenirs relatifs à sa mère) apparaît une question particulièrement investie par les personnes atteintes de démence sénile, qui s'expriment volontiers sur ce sujet.

b- L'élaboration d'une classification :

A partir du questionnaire proposé après chaque micro-projection (36 questionnaires remplis par chaque participant au total), nous avons demandé aux observateurs d'inscrire leurs impressions concernant trois grands axes :

1- CONCERNANT L'ÉTAT ÉMOTIONNEL GLOBAL DÉGAGÉ PAR LES PERSONNES ÂGÉES FILMÉES :

Nous avons proposé à chaque participant une liste de douze états, comprenant les items les plus fréquemment mentionnés dans ma pré-recherche de DEA. A cette liste, nous avons ajouté une option "autre item proposé" afin de laisser la possibilité d'une réponse personnalisée.

Pour ne pas engendrer de phénomène d'habituation lié à la liste d'items, nous avons modifié régulièrement l'ordre des items dans la liste proposée ; cela constitue la seule nuance dans la présentation des questionnaires, identiques par ailleurs.

Nous avons permis aux personnes interrogées de cocher **au maximum** trois items, par ordre décroissant d'intensité, mais nous avons choisi de ne prendre en compte que les deux expressions dominantes spécifiées, afin de limiter notre analyse statistique (le premier item dit « item dominant » et le deuxième dit « item secondaire »).

En demandant de cocher les items par ordre d'importance, nous effectuons une comparaison à deux niveaux : nous souhaitons connaître l'état global le plus fréquemment apposé en première place par les observateurs (item dominant), ainsi que celui intervenant le plus souvent, quelle que soit sa position dans l'ordre d'importance. La question sur les éventuels critères subjectifs ayant motivé le choix des items permet de connaître sur quels types de communication les observateurs pensent avoir fondé les points de vue : par exemple, les personnes testées avec le support sonore ont-elles fait appel à des critères verbaux, non verbaux ou les deux pour se déterminer ? Quelles nuances sont apportées par les personnes ayant visionné les entretiens sans le son ?

2- CONCERNANT LE RESENTI QUANT À LA QUALITÉ DE LA RELATION INSTAURÉE PAR LE THÉRAPEUTE (CAPACITÉ D'EMPATHIE) ET QUANT AU BESOIN RELATIONNEL DE LA PERSONNE ÂGÉE :

Nous avons aussi proposé une échelle d'évaluation, avec un espace libre pour les commentaires éventuels.

Pour chaque échelle d'évaluation proposée, nous avons choisi de n'introduire que quatre choix possibles (très insatisfaisante, médiocre, correcte, très satisfaisante) afin de ne pas obtenir un nombre trop important de réponses neutres, marquant un jugement indéterminé ; en effet, on constate que les personnes testées ont parfois des difficultés à trancher dans leurs jugements et ont tendance à cocher les cases « de compromis », c'est-à-dire celles du milieu.

3- CONCERNANT LA QUALITÉ DE VIE PRESENTIE DES PERSONNES ÂGÉES FILMÉES :

Nous avons proposé tout d'abord une échelle d'évaluation, permettant de juger de la qualité de vie des personnes âgées. Puis, nous avons demandé aux participants d'entourer le principal critère de choix ayant déterminé leur jugement : l'état émotionnel de la personne âgée, la qualité de son environnement matériel ou les soins pris à son apparence extérieure. Ces trois catégories constituent, selon notre recherche préalable de D.E.A, les principaux critères retenus par les observateurs. Nous avons laissé une case « autre », afin de permettre d'autres critères d'évaluation possibles.

c- Le traitement des données :

Un traitement statistique à partir des données recueillies pour chaque thématique permet de mettre à jour certains consensus entre les observateurs, ne pouvant en aucun cas être dus au hasard, et de mettre en évidence des différences selon la formation initiale des observateurs et des modalités de visionnage (avec ou sans le son).

Choix méthodologiques concernant notre outil vidéo

Comme dans notre étude préliminaire de D.E.A., notre expérimentation a comme support des séquences vidéos, fournies par le réseau INSERM « Démence et Qualité de vie », dans le cadre duquel s'inscrit cette recherche.

Lors de la conception des vidéos, deux plans des mêmes entretiens ont été réalisés : une personne filmait en gros plan le visage de la personne âgée, alors qu'un autre cameraman filmait la scène d'interaction entre la personne âgée et le thérapeute.

Cette distinction a été réalisée pour permettre à une autre équipe du réseau INSERM « Démence et qualité de vie », dirigée par L. Schiaratura (Université de Lille 3), de décoder les images sur des critères objectifs, grâce aux scènes filmées en gros plan : mimiques, détournements de regard, comportements de synchronie, gestes iconiques et marqueurs du discours, gestes de pointage et d'auto-contacts.

Concernant notre recherche, nous avons choisi d'utiliser uniquement les plans concernant les interactions entre les personnes âgées et les thérapeutes, nous intéressant à l'induction par le thérapeute d'un état émotionnel chez la personne âgée filmée.

Afin d'éviter l'habituation, nous n'avons jamais visionné d'entretiens impliquant deux fois la même personne âgée.

En effet, lors de notre étude de DEA, chaque entretien filmé avait été partagé en deux parties visionnées chacune sans le son, puis avec le son.

Nous avons observé que le second visionnage avait induit une nette diminution des consensus exprimés, ainsi qu'un nombre de réponses globalement moins importantes. C'est pourquoi nous avons choisi de neutraliser ce possible phénomène d'habituation en ne faisant visionner les vidéos qu'une seule fois.

A raison de six projections par séance, l'ensemble des projections s'est donc étalé sur six séances. Les séances d'expérimentation ont duré une heure trente et environ quinze jours se sont écoulés entre deux séances. Aucun échange verbal concernant cette expérimentation n'avait lieu entre les participants pendant la séance, ni entre deux séances (afin de ne pas influencer sur les jugements subjectifs émis).

De même, afin de minimiser l'habituation, nous avons fait appel à deux catégories de groupes distincts pour visionner les vidéos avec et sans le son :

- la moitié des observateurs ont visionné uniquement les projections **sans le son**,
- l'autre moitié des observateurs ont visionné ces mêmes projections **avec le son**.

Nous proposons une liste de douze termes pouvant qualifier la disposition psychique des personnes âgées : **l'angoisse, la douleur, la sérénité, le détachement, la crispation, l'étonnement, la gaieté, l'abattement, l'excitation, le mécontentement, la désorientation et le désespoir.**

Nous ne demandons pas aux personnes expérimentées d'évaluer objectivement l'état émotionnel de la personne âgée, mais ce qu'elle leur inspire, ce qu'elles pensent de son état psychique; cela explique la présence de qualificatifs autres que ceux décrivant usuellement les émotions, comme par exemple l'impression de désorientation. Nous

sommes tout à fait conscients que ces termes ne correspondent pas à des *émotions*, mais plutôt à des *états* caractéristiques de la démence. Il nous a semblé toutefois important de les inclure dans notre classification, ayant été largement identifiés comme spécifique à cette pathologie.

Nous n'effectuerons pas cette distinction sémantique entre *états* et *émotions* dans notre étude et nous utiliserons le terme générique d'« états émotionnels ».

LES TROIS CATÉGORIES PROFESSIONNELLES CHOISIES

Nous avons composé des groupes comprenant exclusivement des professionnels (ou futurs professionnels) formés en gériatrie.

Trois catégories professionnelles nous ont intéressés pour cette étude :

- **les aides soignants** : ont participé à cette étude des professionnels et des élèves aides-soignants en cours de formation
- **les infirmiers** : en plus des professionnels participants, nous avons accepté pour notre étude des infirmiers en deuxième et troisième année de formation.
- **les psychologues** : ont participé des psychologues diplômés, ainsi que des étudiants en psychologie à partir du niveau Maîtrise, à condition qu'ils aient préalablement effectué au moins un stage en gériatrie et qu'ils aient suivi des enseignements théoriques dans ce domaine.

Nous avons choisi de distinguer ces trois cursus de formation afin de voir si leur formation professionnelle (fut-elle débutante) pouvait induire un type de perception privilégié, une culture dominante modélisant leurs représentations.

Afin que notre effectif soit représentatif, nous avons principalement fait appel aux centres de formation.

En effet, l'expérimentation était assez contraignante au niveau du temps de passation : nous avons choisi d'étaler l'expérimentation sur six séances (d'une heure et demi chacune), afin de ne pas entraîner de phénomènes de lassitude chez les participants. Nous visionnions alors six séquences vidéos, intercalées par les questionnaires. Dans certains cas, les contraintes liées aux écoles de formation ne nous ont pas permis cet étalement des séances et nous avons été amenés à opter pour trois séances de visionnage de trois heures.

Nous avons animé des séances avec un nombre de participants très variable, allant d'une dizaine de personnes à des groupes de plus de cinquante participants.

Afin de parvenir à des conclusions ayant une validité statistique, nous avons eu recours à 310 personnes au total.

L'étude comprend 310 participants, dont :

- 101 infirmier(e)s
- 164 aides-soignant(e)s

- 44 psychologues
- 1 cadre de secteur social⁵³

Une partie a visionné les vidéos avec le son, l'autre sans le son.

La répartition s'établit comme suit :

- 190 personnes ont visionné les vidéos avec le son, dont 116 aide-soignant(e)s, 51 infirmier(e)s, 22 psychologues et 1 cadre de secteur social.
- 120 personnes ont visionné les vidéos sans le son, dont 48 aide-soignant(e)s, 50 infirmier(e)s et 22 psychologues.

Tableau 4 : Répartition des catégories professionnelles des participants

	Avec le son	Sans le son	Total
Infirmiers	51	50	101
Aides-soignants	116	48	164
Psychologues	22	22	44
Autre	1	0	1
Total	190	120	310

RÉPARTITION DES PARTICIPANTS

Nous rappelons que chaque personne testée a visionné douze vidéos pour chacune des catégories de personnes âgées filmées (sujets contrôles, personnes souffrant de démence modérée et personnes souffrant de démence sévère). L'ordre des vidéos lors des projections a été délibérément aléatoire.

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

⁵³ Le cadre de secteur social a participé à l'étude en même temps qu'un groupe d'aides-soignants. Nous avons choisi de le distinguer des autres participants, sa profession étant « inclassable » dans nos catégories professionnelles étudiées.

Deux types de visionnage	Trois catégories professionnelles	Trois groupes de personnes âgées filmées	Trois thèmes abordés
Avec le son	Aides-soignants	Groupe témoin	Leur mère
Sans le son	Infirmiers	Groupe souffrant de démence modérée	Un souvenir agréable
	Psychologues	Groupe souffrant de démence sévère	Leur avenir

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des variables statistiques

Treize états émotionnels dominants proposés	Quatre niveaux de qualité relationnelle	Quatre niveaux de besoin relationnel	Quatre niveaux de qualité de vie	Quatre critères évaluant la qualité de vie
Abattement Désespoir Angoisse Détachement Désorientat ion Douleurs physiques Sérénité Crispation Épanouement Gaieté Excitation Mécontentement	Très insatisfaisant Médiocre Correcte Très satisfaisant	Aucun Faible Relativement important Très important	Très insatisfaisant Médiocre Correcte Très satisfaisant	État émotionnel Environnement matériel Apparence extérieure Autre

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des items proposés

Sur les trente six vidéos utilisées dans le cadre de notre recherche, nous avons donc retenu douze entretiens pour chacune des populations ciblées et quatre vidéos pour chacune des questions, soit :

- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées atteintes de démence sénile **sévère**, s'exprimant sur leur **mère**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées atteintes de démence sénile **sévère**, s'exprimant sur un **souvenir agréable**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées atteintes de démence sénile **sévère**, s'exprimant sur leur **avenir**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées atteintes de démence sénile **modérée** s'exprimant sur leur **mère**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées atteintes de démence sénile

modérée s'exprimant sur un **souvenir agréable**,

- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées atteintes de démence sénile **modérée** s'exprimant sur leur **avenir**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées "**témoins**", non atteintes de démence sénile, s'exprimant sur leur **mère**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées "**témoins**", non atteintes de démence sénile, s'exprimant sur un **souvenir agréable**,
- quatre extraits d'entretiens avec des personnes âgées "**témoins**", non atteintes de démence sénile, s'exprimant sur leur **avenir**.

Les vidéos ont été visionnées dans un ordre volontairement aléatoire, que ce soit au niveau des thèmes abordés par le thérapeute comme du degré de sévérité des troubles démentiels de la personne âgée, afin de ne pas produire de phénomène d'habituation. Ainsi, les personnes expérimentées ont visionné à chaque séance des séquences d'entretiens impliquant des personnes âgées toujours différentes, et s'exprimant uniquement sur l'un des trois thèmes énoncés plus haut (le choix du thème retenu pour chaque entretien visionné répondant lui-même à un roulement aléatoire). Aucune information n'a été fournie aux observateurs concernant aussi bien le degré d'atteinte cognitive des personnes âgées filmées que les thèmes de l'entretien.

1-2- Analyse des résultats globaux

En item dominant, la sérénité se constate dans un quart des cas : elle semble fréquemment constituer la réponse « neutre » et peu engageante, lorsque l'état émotionnel des personnes âgées filmées n'est pas flagrant. Nous remarquons également le pendant « négatif » que semble constituer l'impression de désorientation, présente quant à elle dans 15,71% des cas : une personne âgée sereine ne sera que très rarement qualifiée de désorientée en deuxième intention, et vice versa.

La mention « autre » conserve une place non négligeable, figurant en troisième position, et montre l'incomplétude de nos choix d'items pour les participants, mentionnant régulièrement la tristesse comme choix libre.

Tableau 7 : Résultats statistiques pour l'ensemble des vidéos, avec ou sans le son, en item dominant

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Sérénité	25,15%
Désorientation	15,71%
Autres	9,19%
Détachement	8,27%
Abattement	7,26%
Angoisse	6,61%
Gaieté	6,37%
Crispation	5,43%
Désespoir	4,37%
Mécontentement	3,97%
Douleurs physiques	2,58%
Excitation	2,56%
Etonnement	2,33%
Non réponse	0,19%

Concernant la mention « autre » pour l'item dominant, 263 items différents ont été relevés et répertoriés en annexe (cf. Annexe 12).

Nous dégageons les dix termes les plus fréquemment cités :

- La **tristesse** dégagée par la personne âgée filmée (mentionné **139 fois**)
- Son apparente neutralité (68 fois)
- Sa résignation (52 fois)
- Sa lucidité (51 fois)
- Sa nostalgie (48 fois)
- Sa confusion (28 fois)
- Son réalisme (21 fois)
- Son fatalisme (18 fois)
- Ses marques d'intérêt (16 fois)
- Sa nervosité (13 fois)

Particulièrement mentionnée, la notion de tristesse semble correspondre à un item *manquant* à notre classification proposée aux personnes interrogées. Cette constatation se reflète également dans les mentions « autre » répertoriées pour l'item secondaire, relativement identiques à celles de l'item dominant (cf. Annexe 13).

En item secondaire, la place des non-réponses est particulièrement représentée ; elle témoigne d'une difficulté manifeste à compléter une première impression concernant l'état émotionnel des personnes âgées filmées. L'impression de gaieté, particulièrement mentionnée en seconde position, a fréquemment été couplée à l'impression première de sérénité ; de même, l'impression de détachement accompagne régulièrement celle de désorientation, lorsque celle-ci est mentionnée en premier choix.

Non réponse	22,7%	Hors Non Réponse
Gaieté	10,0%	14,09%
Détachement	7,6%	10,65%
Abattement	6,9%	9,63%
Désorientation	6,9%	9,63%
Sérénité	6,8%	9,58%
Angoisse	6,1%	8,53%
Autres	6,6%	7,91%
Crisation	6,5%	7,72%
Désespoir	5,3%	7,37%
Excitation	3,4%	4,83%
Mécontentement	2,8%	3,89%
Etonnement	2,4%	3,40%
Douleurs physiques	2,0%	2,77%

Tableau 8 : Ensemble des vidéos, avec ou sans le son, en ITEM SECONDAIRE

La répartition des réponses consolidées s'établit comme suit :

La sérénité constitue l'état émotionnel le plus fréquemment cité ; il est pointé pour près d'un tiers des cas (32%) en item dominant ou secondaire.

La désorientation de la personne âgée est quant à elle mentionnée dans 22,6 % des cas (toujours en premier ou en second choix).

Suit la gaieté (16,4 %) et le détachement (15,9 %).

A l'inverse, les items les moins mentionnés sont les douleurs physiques (4,6 %) et l'étonnement (4,8%).

Sérénité	31,98%
Non réponse	28,93%
Désorientation	22,57%
Gaieté	16,41%
Détachement	15,86%
Autres	14,82%
Abattement	14,13%
Angoisse	12,69%
Crispation	10,94%
Désespoir	9,62%
Mécontentement	6,74%
Excitation	6,00%
Etonnement	4,75%
Douleurs physiques	4,56%
	200,00%

Tableau 9 : Ensemble des vidéos, avec ou sans le son, en item dominant ou secondaire (tableau consolidé)

Lorsque l'on demande aux participants de motiver leur choix concernant l'item dominant, près des deux tiers ne peuvent pas (ou ne souhaitent pas) expliciter les critères sur lequel leur jugement se fonde (65,9% des cas). **Le pourcentage de non-réponse, encore davantage marqué concernant l'item secondaire, témoigne de la difficulté pour les personnes interrogées de motiver le critère de leur choix.**

Lorsque les personnes testées motivent leur choix pour l'item dominant, il y a relativement autant de personnes qui ne fournissent que des critères verbaux (14,8%) que de personnes ne s'attachant qu'à des indices non verbaux (15,5%).

Dans seulement 3,8% des cas, plusieurs critères incluant indices verbaux et non verbaux sont spécifiés.

Non réponse	65,92%
<u>Discours et prosodie</u>	<u>14,79%</u>
<u>Sous-Total critères uniquement verbal</u>	<u>14,79%</u>
<i>Gestuelle (et tonicité)</i>	8,70%
<i>Expression du visage</i>	4,28%
<i>Expression du visage et gestuelle</i>	2,47%
<i>Sous-Total critères uniquement non verbal</i>	<i>15,45%</i>
<i>Gestuelle et discours</i>	1,97%
<i>Expression du visage et discours</i>	1,30%
<i>Expression du visage, gestuelle et discours</i>	0,58%
<u>Sous-Total critères non verbal et verbal</u>	<u>3,84%</u>

Tableau 10 : Critères (verbal et/ou non verbal) du choix de l'item dominant

Nous comprenons dans les **critères verbaux** l'ensemble des indices faisant référence au **discours verbal** de la personne âgée filmée ; nous englobons également dans cette catégorie ce qui se rapporte à la **prosodie**, c'est-à-dire à la ligne mélodique du discours. La référence à une **absence de communication** verbale durant l'entretien constitue également un critère verbal.

Nous soulignons également qu'il existe aussi des critères verbaux mentionnés par des personnes ayant pourtant visionné les vidéos sans le son : dans ce cas précis, il s'agit de *critères verbaux supposés*, à partir de ce que donne à voir les inter acteurs à l'écran : « elle semble parler beaucoup » ou « conversation apparemment animée » sont ainsi des exemples de critères verbaux sur lesquels certains observateurs ont fondé leur jugement.

Dans la catégorie des **critères non verbaux**, nous incluons **l'ensemble des indices faisant référence à la communication non verbale** ; nous distinguons ce qui se rapporte à **la gestualité et à la tonicité des personnes filmées (posture, mouvements, position, vivacité,...)** et ce qui se réfère à **l'expression faciale des personnes filmées**

(mimiques faciales, expression du regard, tension du visage,...).

Concernant toujours l'item dominant, la **gestualité et la tonicité** apparaissent comme les indices non verbaux les plus évidents sur un temps court d'observation ; ils ont été mentionnés dans 13,1% des cas, alors que **les expressions du visage** s'avèrent moins révélatrices de l'expression dominante de la personne âgée (seulement dans 8,7% des cas).

Concernant l'item secondaire, l'écart s'atténue légèrement entre la gestualité et les expressions du visage. Mais le second item demeure fortement marqué par la quasi absence de critères explicitant le choix des personnes (plus de 80% de non-réponses), qui rendent peu significatives les réponses renseignées.

Toutes vidéos confondues, le besoin relationnel des personnes âgées filmées est évalué comme étant plutôt « faible » dans quasiment un tiers des cas et « relativement important » dans près de la moitié des cas. Nous constatons ici le taux relativement bas de personnes jugeant en apparence une absence total de besoin relationnel, ce qui apparaît plutôt un chiffre réconfortant pour la prise en soin de ces personnes.

Dans près de deux tiers des cas, les personnes interrogées ont constaté un besoin relationnel important, voire très important.

Tableau 11 : Évaluation du besoin relationnel, toutes vidéos confondues

Besoin relationnel	Nombre de fois cité
Aucun	4,9%
Faible	32,3%
Relativement important	47,1%
Très important	15,8%
TOTAL OBS	100%

De manière générale, la qualité relationnelle entre le thérapeute et la personne âgée filmée semble plutôt « correcte ».

Près de 5% des personnes interrogées notent cependant une relation très insatisfaisante, ce qui correspond globalement au même chiffre que l'absence de besoin relationnel. Nous remarquons lors du dépouillement des questionnaires le lien particulièrement fréquent entre ces deux choix de réponse. Certaines personnes interrogées trouvaient même ces deux questions redondantes car *automatiquement complémentaires*, bien qu'il soit tout à fait possible d'entretenir une relation médiocre avec une personne pourtant en forte demande relationnelle et vice versa...

Tableau 12 : Évaluation de la qualité relationnelle, toutes vidéos confondues

Qualité relationnelle	Nombre de fois cité
Très insatisfaisante	4,7%
Médiocre	19,1%
Correcte	59,5%
Très satisfaisante	16,7%
TOTAL OBS	100%

Enfin, la qualité de vie de la personne âgée est jugée « correcte » dans 60% des cas et « très satisfaisante » dans 9,7% des situations. Plus d'un quart des observations laisse entrevoir une qualité de vie médiocre (22,9%), ou très insatisfaisante pour la personne âgée (3,9%).

Tableau 13 : Évaluation de la qualité de vie, toutes vidéos confondues

Qualité de vie	Nombre de fois cité
Très insatisfaisante	3,9%
Médiocre	22,9%
Correcte	60%
Très satisfaisante	9,7%
Sans réponse	3,5%
TOTAL OBS	100%

Concernant le critère d'appréciation de la qualité de vie, les personnes testées se sont principalement basées sur l'état émotionnel de la personne âgée filmée (dans 38,9% des cas), ainsi que sur son apparence extérieure (soins esthétiques, coiffure, bijoux, tenue vestimentaire,...) mentionnée dans 36% des cas.

Tableau 14 : Critères d'appréciation de la qualité de vie, toutes vidéos confondues

Critères d'appréciation de la qualité de vie	Nombre de fois cité
Etat émotionnel de la personne âgée	38,9%
Qualité de son environnement matériel	17,8%
Apparence extérieure	36%
Autres	2,4%
Sans réponse	4,8%
TOTAL OBS	100%

Il est cependant important de noter que l'environnement matériel de la personne âgée n'était pas toujours visible et que la qualité parfois moyenne de l'image constituait un biais non négligeable pour cette question.

Les autres critères (2,4% des réponses totales) qui ont permis aux personnes testées d'évaluer subjectivement la qualité de vie des personnes âgées filmées sont rapportés en annexe (cf. Annexe 9).

Trois indices reviennent à de multiples reprises : il s'agit de l'état de santé apparent de la personne âgée, de son comportement non verbal, ainsi que d'indications tirées du discours (ce dernier critère concerne bien évidemment ceux qui ont visionné les vidéos avec le son).

Discussion

L'absence d'items intermédiaires a privé les participants d'une position neutre (concernant la qualité de la relation et l'évaluation de la qualité de vie) et « relativement importante » (concernant le besoin relationnel de la personne âgée). Nous pouvons dès lors penser que la position « correcte » a bénéficié du report de la position « neutre ».

Nous constatons cependant aux deux autres extrémités un rapport identique entre la part pris des « très satisfaisants » par rapport aux « médiocres » et des « très insatisfaisants » par rapport aux « correctes » (rapport de un sur quatre environ), ce qui laisse suggérer une faible pénalité de l'absence de position neutre.

Le qualificatif « correcte » semble ainsi avoir été investi comme médiane plutôt positive et « médiocre » comme médiane plutôt négative.

Le visionnage **sans le son** était considéré comme plus difficile, les personnes testées étant privées de l'indice sonore, l'expérimentation semblait plus complexe.

L'analyse des réponses indique **davantage de réflexions pertinentes, de recherches et d'analyses approfondies** chez les personnes ayant visionné les entretiens sans le son : elles se sont apparemment posées davantage de questions, en s'interrogeant sur ce qui motivait réellement leur jugement.

La passation même de cette étude, pouvant apparaître assez rébarbative à cause de la répétition de 36 questionnaires, a semblé plus bénéfique aux personnes visionnant les vidéos sans le son : elles ont perçu pour la plupart **un intérêt personnel pour cette recherche plus important, s'interrogeant davantage sur ce qui fonde leur jugement dans leur pratique professionnelle quotidienne ; se questionner sur le non verbal permet ainsi une mise en questions de nos jugements et des critères d'observations usuels.**

Certaines attitudes non verbales n'étaient pas précisées ou bien laissaient une certaine ambiguïté ; après réflexion, nous avons choisi d'inclure dans les messages non verbaux les qualificatifs « posé », « à l'aise » et « calme », fréquemment émis concernant la personne âgée filmée ; en effet, nous pensons que ces qualificatifs décrivent l'état tonique dans lequel se trouve la personne âgée durant l'entretien.

D'autres critères explicatifs jugés trop ambigus n'ont pas été cotés : c'est le cas de formulations telles que « c'est son attitude » ou « c'est son comportement », qui ne spécifient pas s'il s'agit d'indices verbaux ou non verbaux.

Généralement, les indices non verbaux ayant permis aux personnes testées de répondre semblent plus difficiles à prendre en compte et à décrire. **Les indices non verbaux donnent souvent lieu à des réponses plus nuancées que les indices verbaux** : « il me semble que..., je crois que... » ; les personnes testées donnent des réponses beaucoup plus tranchées lorsqu'elles motivent l'état émotionnel de la personne âgée par des indices verbaux émis au cours de l'entretien. **Se baser sur les indices verbaux pour évaluer l'état émotionnel des personnes procure ainsi une impression de fiabilité.**

Certains indices non verbaux sont interprétés de manière différente selon les personnes testées, en fonction certainement du sens donné aux mots employés ou des critères subjectifs sur lesquels est émis l'avis : ainsi par exemple, lorsque les

jambes ou les mains de la personne âgée filmée ne cessent de bouger durant l'entretien, certains vont y voir une marque d'excitation, ou d'autres pencheront pour de l'angoisse...

De même, des personnes testées vont juger une personne âgée « exhibitionniste » car elle se déshabille devant la caméra sans gêne, ni motifs apparents, alors que d'autres émettent l'hypothèse que la personne âgée se croit, dans un réflexe conditionné, en situation de toilette.

Certains critères peuvent être mentionnés à partir d'indices perçus, non pas chez la personne âgée, mais chez son interlocuteur. L'état émotionnel de la personne âgée se réfléchirait ainsi dans les attitudes ou le discours émis par le thérapeute ; par exemple, une personne testée évoque la désorientation apparente de la personne âgée filmée à partir de l'observation suivante : « *la soignante remue la tête comme si elle écoutait sans comprendre ce que la patiente dit* ». Une autre soignante motive ce même choix ainsi : « *c'est l'attitude de l'interlocuteur qui se montre très attentif et prévenant pour capter et rassurer la personne* ».

Certains participants ont, semble-t-il, des difficultés à expliciter clairement leur choix et fournissent des critères parfois peu précis, voire paradoxaux ; pour illustration, un soignant écrit : « *semble être un peu agacé* » afin d'expliquer le choix de l'item dominant « détachement ».

Certains termes comme la sérénité semblent avoir un contenu très ciblé, admis par la majorité des participants : ainsi, ce terme semble induit par la notion de cohérence de la personne âgée, comme si un certain degré de cohérence entraînait (ou surdéterminait) la cotation de sérénité...

De nombreuses personnes ayant visionné les vidéos **sans le son** ont eu besoin de « **se raccrocher** » au message verbal supposé de la personne âgée afin de déterminer subjectivement son état émotionnel.

A l'inverse, des participants à cette étude se sont montrés particulièrement sensibles aux messages non verbaux des personnes filmées, même lors du visionnage avec le son ; mais la plupart du temps, ces personnes axent particulièrement leur attention sur un critère non verbal donné sur lequel ils se polarisent : Ainsi, la posture et la tonicité des personnes âgées ont constitué le critère non verbal le plus fréquemment cité.

Quelques participants n'ont mentionné **aucune référence à un critère non verbal** dans l'ensemble de leur fichier d'expérimentation (comprenant nous le rappelons 36 observations distinctes).

Des remarques montrent la difficulté pour certains à garder un recul et une distance nécessaire avec les scènes d'entretiens visionnées : certains considèrent parfois que l'entretien est pénible, d'autres que la personne âgée ou le thérapeute agace, ennuie, choque, voire repousse. Quelques participants ont même observé de l'agressivité de la part d'une personne âgée filmée, ce qui ne paraissait pas du tout flagrant de prime abord.

Cela peut faire réfléchir sur la portée symbolique des mots employés : quand qualifie t-on quelqu'un d'agressif ? Pour quels motifs ? Est-ce son image qui nous agresse ou des faits précis de sa part ? Qu'est-ce qu'il y a d'objectif dans ce

jugement ?

Certaines personnes testées arrivent au contraire à définir et argumenter avec précision leur choix concernant l'expression émotionnelle dominante de la personne âgée : la sérénité est par exemple choisie à un moment donné par une soignante, qui motive son choix par « *le visage ouvert, la forme des yeux et l'aspect de la peau* » de la personne âgée.

Nous remarquons aussi que les personnes interrogées qui utilisent la case « autre » pour qualifier l'état émotionnel global de la personne âgée ont tendance à réutiliser plusieurs fois le même terme au fil de l'expérimentation, sur lequel elles se focalisent. Nous avons ainsi des termes que nous employons plus souvent que d'autres, car ils font partie de notre **lexique usuel**.

De même, **certains termes semblent être utilisés souvent en couple**, comme si l'un entraînait presque automatiquement la présence du second : par exemple, la gaieté est souvent couplée avec l'impression de sérénité.

Il nous semble intéressant de noter une remarque fréquemment entendue lors des groupes d'expérimentation ayant visionné les vidéos sans le son : une fois l'expérimentation terminée, nous proposons aux participants de visionner l'ensemble des vidéos cette fois-ci avec le son, afin de pouvoir comparer (à titre personnel) leurs réponses « sans le son » avec cette fois un aperçu de l'échange verbal. Lorsqu'elles effectuaient ce comparatif, les personnes expérimentées avaient d'emblée l'impression très nette d'avoir minoré l'impression de désorientation chez les personnes âgées filmées ; de même, nous avons souvent entendu la remarque : « *ici, je me suis trompée* » ; cela sous-entend que, pour ces personnes faisant cette réflexion spontanée, l'apport du son a une valeur de référence, nous pourrions presque dire de « vérité », concernant l'état émotionnel de la personne âgée.

Le fait que l'indice verbal soit considéré comme un critère fiable est peut-être aussi lié à la formulation de la question posée : en effet, en demandant aux personnes interrogées de se prononcer sur ce qui a *motivé* leurs jugements, nous les poussons à un questionnement de type rationnel, du registre de la preuve ; si nous avons demandé à ces personnes ce qu'elles *ressentaient*, peut-être aurions-nous fait plus de place au non verbal...

Certaines remarques particulièrement vagues témoignent de la difficulté de certains soignants à motiver leurs jugements ; la douleur physique, notamment, est un ressenti difficile à expliquer et les critères émis laissent parfois perplexes : ainsi, en guise d'illustration, la personne ressent de la douleur physique car « *elle est sur un fauteuil roulant* », « *parce qu'elle a un bandage à la main* », ou bien encore « *parce que sa sonnette est accrochée à son fauteuil et qu'elle apparaît de ce fait dépendante* ». Autre exemple cette fois avec la notion de désorientation, cochée par un soignant qui la motive de cette façon : « *Les personnes désorientées se font souvent mal (bras avec des bandes)* ».

Ces amalgames paraissent bien sûr dangereux si nous imaginons qu'ils constituent l'unique critère d'analyse des soignants. Il nous semble cependant que d'autres indices, peut-être moins évidents à percevoir d'emblée, ont motivé les réponses de ces soignants,

qui se trouvent plutôt dans la difficulté à motiver clairement leurs choix.

D'autres exemples illustrent bien cette difficulté à expliciter l'item choisi ; une personne expérimentée pointe ainsi la notion de désespoir, en la motivant par la remarque suivante : « *Fait une petite tête* ». D'autres montrent leur difficulté (leur malaise ?) vis-à-vis de ces vidéos montrant des personnes dégradées psychiquement : « *on a l'impression d'avoir à faire plus à un enfant qu'à une personne adulte* ».

Enfin, il existe des écarts de niveaux sensibles entre les personnes interrogées concernant leur niveau de français ; certaines personnes testées s'expriment sans difficulté majeure, alors que d'autres cumulent parfois fautes d'orthographe, de grammaire et lexique très réduit, ce qui les prive d'outils précieux pour mettre des mots sur leurs ressentis et pour communiquer (il y a bien entre ces deux catégories une fracture linguistique).

Certains même, pensons-nous, s'expriment peu par écrit de peur peut-être de mal s'exprimer ou de faire des fautes.

Analyse des écarts entre professionnels, toutes vidéos confondues

L'impression de sérénité est majoritaire, employée une fois sur trois en item dominant ou secondaire et ce, quels que soient la catégorie professionnelle ou le mode de visionnage adopté.

Si, bien évidemment, les participants sans le son se réfèrent principalement aux messages non verbaux gestuels, ce constat s'avère particulièrement marqué pour les psychologues. Rappelons que sans le son, les participants qui se raccrochent aux supputations quant au discours (telles que « elle à l'air de beaucoup parler ») ont été classés dans les indices verbaux.

Ainsi, les psychologues qui ont visionné sans le son se sont davantage aidés de critères non verbaux (gestualité ou mimiques faciales) que les autres catégories professionnelles pour choisir l'item dominant.

Les psychologues qui ont visionné avec le son s'avèrent la seule catégorie professionnelle à s'être fréquemment appuyée sur des critères non verbaux, et ceci jusqu'à près du quart d'entre eux (22%) dans leur choix de l'item dominant.

Le besoin relationnel des personnes âgées, ainsi que la qualité relationnelle instaurée durant les entretiens apparaissent consensuellement correctes, toutes catégories professionnelles et modes de visionnages confondus (cf. Annexes 10 et 11). Nous notons cependant que les psychologues perçoivent globalement un besoin relationnel supérieur aux autres catégories professionnelles ; leur sensibilisation particulière à l'écoute les conduit également à être plus réservés, voir critiques quant à la qualité relationnelle instaurée par le thérapeute, lorsque le visionnement se fait avec le son. Les infirmiers sont quant à eux les seuls à percevoir davantage de besoin relationnel sans le son.

Enfin, la qualité de vie des personnes âgées est jugée globalement « satisfaisante » pour plus des deux tiers des personnes interrogées (cf. Annexe 8) ; peu d'écarts statistiques se constatent sur cette question en fonction de la formation professionnelle ou de l'indice sonore.

1-3- Analyse des résultats en fonction du degré de sévérité de démence de la personne âgée filmée

1-3-a- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec un groupe contrôle de personnes âgées « témoins » (pas d'altérations physiques majeures, ni d'altérations cognitives) et M.M.S. (Mini Mental State) ≥ 24 :

A. CHOIX DES ITEMS⁵⁴

Toutes professions confondues

Avec le son, la **sérénité** s'impose nettement (cf. Annexe 3). Elle constitue le seul item mentionné à plus de 30% par l'ensemble des observateurs réunis (dans 9 vidéos sur 12) ; lorsqu'elle ne l'est pas, seuls la gaieté et le mécontentement dépassent le seuil des 30% et les jugements apparaissent dispersés.

Sans le son, la sérénité n'est mentionnée à plus de 30% que dans 6 vidéos sur 12, toutes professions confondues. Quatre autres items franchissent eux aussi le seuil de 30% des réponses : le mécontentement (2 fois), la gaieté (2 fois), la crispation (1 fois) et la douleur physique (1 fois).

Enfin, avec ou sans le son, trois items ne sont jamais cités de façon consensuelle, quelle que soit la catégorie professionnelle des personnes interrogées : nous notons ainsi l'**absence d'impression d'étonnement, d'excitation et de désespoir** chez les personnes âgées témoins filmées.

Sans le son, les états émotionnels cités apparaissent globalement plus négatifs qu'avec le son, sauf pour les psychologues : ceux-ci se démarquent régulièrement en relevant des affects « négatifs » (crispation, douleurs physiques, angoisse, abattement) lorsque les aides-soignants et les infirmiers notent en majorité de la sérénité. Spécificités en fonction des catégories professionnelles :

Avec le son

En item dominant (cf. Annexe 3), les personnes expérimentées ayant visionné les vidéos avec le son ont noté l'impression de sérénité chez les personnes âgées filmées :

Cette impression de sérénité est légèrement plus notée chez les infirmiers et moindre chez les psychologues :

Plus de 30% des infirmiers ont relevé de la sérénité dans 8 vidéos sur 12

Plus de 30% des aides-soignants ont relevé de la sérénité dans 7 vidéos sur 12

⁵⁴ CONCERNANT LES ANALYSES QUE NOUS ALLONS PRÉSENTER, LES TABLEAUX STATISTIQUES ET LES COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES, EFFECTUÉS VIDÉO PAR VIDÉO, SONT RAPPORTÉS EN ANNEXE (CF. ANNEXE 2).

Plus de 30% des psychologues ont relevé de la sérénité dans 6 vidéos sur 12

Concernant à présent les critères subjectifs ayant motivé leurs choix de l'expression dominante de la personne âgée (cf. Annexe 4), nous remarquons que **les personnes ayant visionné les vidéos avec le son ne se seraient jamais basées sur un critère non verbal de manière consensuelle.**

Ainsi, lorsque nous observons une personne âgée qui s'exprime verbalement, nous basons essentiellement sur des critères verbaux pour évaluer son état émotionnel dominant ; privé de cet apport sonore, comme nous le verrons juste après, nous retenons au contraire principalement les indices non verbaux que la personne âgée laisse entrevoir (mimiques faciales, gestualité, tonicité...).

En item dominant ou secondaire (cf. Annexe 5), nous observons un peu plus d'items consensuels chez les infirmières et les aides soignantes ayant visionné les vidéos avec le son.

Persiste une nette majorité d'items consensuels concernant l'expression de sérénité de la personne âgée.

Mais nous distinguons d'autres consensus :

Apparition de l'item « **autre** » (4 fois consensuel), de **l'abattement** (2 fois consensuel) et du **détachement** (1 fois) chez les infirmiers.

Apparition du **mécontentement** (2 fois), de l'item « **autre** » (1 fois), de la **désorientation** (1 fois) et de **l'abattement** (1 fois) chez les aides-soignants.

Apparition de **l'abattement** (5 fois), de l'item « **autre** » (4 fois), du **détachement** (2 fois), de **l'angoisse** (2 fois), du **mécontentement** (1 fois), de la **gaieté** (1 fois) et de la **désorientation** (1 fois) chez les psychologues.

Nous observons que les psychologues amènent une plus grande pluralité de réponses que les deux autres catégories professionnelles : ils ont un jugement plus éparpillé, donnant lieu à des consensus variés.

Sans le son

Le visionnage **sans le son** amène des avis **plus éparpillés.**

En item dominant (cf. Annexe 3), nous observons les résultats suivants :

- les infirmiers perçoivent ainsi pour un tiers des vidéos de la sérénité (4 consensus exprimés sur 12 vidéos), mais aussi du **mécontentement** (3 fois), de la **crispation** (2 fois), de **la douleur physique, de la gaieté et de l'abattement** (1 fois).
- les psychologues perçoivent pour un quart des vidéos de la sérénité (3 consensus exprimés sur 12 vidéos), mais aussi de **la gaieté** (2 fois), du **mécontentement** (1 fois), de **la crispation** (1 fois) et de **la douleur** (1 fois).
- les aides-soignants quant à eux perçoivent beaucoup plus de sérénité (8 consensus exprimés sur 12 vidéos), mais sont aussi plus éparpillés dans leur jugement que ceux qui ont visionné les vidéos avec le son : **le mécontentement, la gaieté et la douleur**

physique sont ainsi mentionnés une fois chacun comme consensus pour cette population.

Nous observons que sans le son, ce sont à présent les aides-soignants qui relèvent le plus d'impression de sérénité chez les personnes âgées filmées.

Les infirmiers ayant visionné les vidéos sans le son ont fait consensuellement référence six fois à un critère non verbal pour motiver le choix de l'item dominant (cf. Annexe 4). Dans les mêmes conditions de visionnage, les aides-soignants ont mentionné dix fois et les psychologues douze fois un critère non verbal de manière consensuelle pour expliciter leur choix. Cette dernière population apparaît donc plus sensible aux messages non verbaux, et spécifient davantage le type d'expression non verbale concerné (gestualité, mimiques etc..).

Concernant ces vidéos, la gestualité de la personne âgée apparaît, toute catégorie professionnelle confondue, un critère non verbal deux fois plus flagrant que les expressions du visage de la personne âgée.

Les psychologues notent par ailleurs fréquemment des indices relevant à la fois de la gestualité et des mimiques de la personne filmée, apparaissant alors plus riches dans l'analyse non verbale de leurs ressentis.

Nous observons de plus que les aides-soignantes ayant visionné les vidéos sans le son se basent à deux reprises sur un critère verbal « supposé » pour motiver leur jugement de manière consensuelle : ainsi, non seulement elles recherchent les messages non verbaux, mais elles notent aussi de nombreuses références verbales supposées de la personne âgée filmée.

En item dominant ou secondaire (cf. Annexe 5), la dispersion des items s'accroît pour l'ensemble des professionnels.

Nous remarquons par ailleurs quelques nuances et certaines spécificités :

- les infirmiers et les aides-soignants observent plus régulièrement de la gaieté (respectivement mentionnée 4 fois et 3 fois) ; cette notion apparaît couplée avec celle de sérénité dans la plupart des cas.
- les infirmiers et les psychologues accentuent de plus la perception d'abattement (respectivement mentionné 4 fois et 2 fois).
- les psychologues relèvent 6 fois sur douze de la sérénité (2 fois plus qu'en item principal uniquement). Nous pouvons en conclure que cet item a été régulièrement mentionné en deuxième position et ne constituait pas pour cette catégorie professionnelle l'état émotionnel le plus flagrant.

Les psychologues notent par ailleurs une fois de l'angoisse de façon consensuelle.

Id	Avec les ou	Sans les ou
3	Sérénité (57,8%)	Crispation (55,5%)
5	Sérénité (50,0%); infirmiers : Autre (30,0% en item dominant)	Mécontentement (55%)
7	Sérénité (48,0%); infirmiers : Autre (10,0%)	Sérénité (53,7% en item dominant) ; Gaieté (11,4%)
12	Mécontentement (30,5%) ; infirmiers : Autre (31,4% en item dominant)	Mécontentement (37,2%)
13	Mécontentement (41,4%) ; Psychologues : Infirmiers : Sérénité (33,7% en item dominant) ; Autre : Autre : Mécontentement (29% en item dominant)	Sérénité (34,7%) ; Pas de perception de désorientation
17	Psychologues : Angoisse (30,5%) ; Abattement (40,7%) ; infirmiers : Autre (29,5%) en item dominant	Tristesse : Mécontentement (20,5%) ; Abattement (20,5%) ; Sérénité (42,0%) ; Psychologues : Abattement (41,7%) et Angoisse (30,5%)
18	Sérénité (52,1%)	
20	Sérénité prédominante avec 52,1% en item dominant ou sans le son (73,6% en item dominant)	
21	Sérénité prédominante avec 48,3% en item dominant ou sans le son (59,7% en item dominant)	
22		Sérénité (34,7% en item dominant) ; Gaieté (11,4%)
26	Sérénité (35,3% en item dominant)	Sérénité (41,7% en item dominant) ; Gaieté (40,7%)
27	Abattement pour les psychologues (50,7%) et infirmiers (30,5%)	

Tableau 15 : Résultats concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec un groupe contrôlé de personnes âgées « témoins »

C2	Sérénité (58,1%) ; Psychologues : Crispation (36,4% en item dominant)	Sérénité (33,6%) ; Crispation pour les infirmiers (42% en item dominant) et les psychologues (40,0% en item dominant)
34	Sérénité (35,3% en item dominant) ; Psychologues : Douleurs (31,8% en item dominant)	Douleur (56,2%) et Abattement (33,5%)

Les chiffres entre crochets représentent des pourcentages.

Quand ce n'est pas précisé, les chiffres concernent l'item dominant et secondaire

B- LA QUALITÉ RELATIONNELLE ET LE BESOIN RELATIONNEL (CF. ANNEXE 6)

vertu de la loi du droit d'auteur.

A propos de la **qualité relationnelle** instaurée entre le thérapeute et la personne âgée, celle-ci est **toujours jugée « correcte »** lorsqu'elle donne lieu à un consensus (c'est-à-dire pratiquement à chaque fois). Cette observation est valable indépendamment de l'apport ou non du son.

Quant au **besoin relationnel** de la personne âgée, il est **considéré à quatre reprises comme « faible »** par les infirmiers, trois fois par les psychologues et une seule fois par les aides-soignants. Ensuite, dans tous les autres cas amenant un consensus, le besoin relationnel est jugé « relativement important », quelle que soit la profession de la personne expérimentée ou l'apport ou non du son.

C- LA QUALITÉ DE VIE (CF. ANNEXE 7)

Enfin, la **qualité de vie** de la personne âgée apparaît quasi constamment « **correcte** » lorsque l'impression donne lieu à un consensus, que ce soit avec ou sans l'apport sonore (une seule autre fois, qualifiée de « médiocre » par les psychologues sans le son).

Concernant le critère permettant d'évaluer la qualité de vie, **l'apparence extérieure** de la personne âgée est particulièrement mentionnée par les infirmiers et les aides-soignants ayant visionné les vidéos **sans le son**, et ce de manière prépondérante (8 fois observée de manière consensuelle pour ces deux catégories professionnelles sur 12 vidéos).

Avec le son, les personnes interrogées ne se basent plus du tout sur les mêmes critères pour évaluer la qualité de vie de la personne âgée filmée :

- les infirmiers et les aides-soignants ne dégagent pratiquement aucun critère consensuel.
- les **psychologues** se basent essentiellement sur **l'état émotionnel** de la personne âgée (consensuel dans 7 vidéos sur 12).

1-3-b- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec des personnes âgées souffrant de démence modérée (12 < M.M.S. < 24) :

A. CHOIX DES ITEMS⁵⁵

Toutes catégories professionnelles confondues

Les consensus exprimés concernant l'expression dominante de la personne âgée filmée apparaissent plus éparpillés que pour la population témoin analysée précédemment (cf. Annexe 3).

L'impression de sérénité de la personne âgée s'avère toujours majoritaire, mais sa position dominante se trouve nettement moins marquée.

Mentionnée en item dominant dans deux vidéos sur trois concernant les personnes

⁵⁵ CONCERNANT LES ANALYSES QUE NOUS ALLONS PRÉSENTER, LES TABLEAUX STATISTIQUES ET LES COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES, EFFECTUÉS VIDÉO PAR VIDÉO, SONT RAPPORTÉS EN ANNEXE (CF. ANNEXE 2).

âgées témoins, la sérénité n'est mentionnée que dans une vidéo sur deux concernant les personnes âgées atteintes de démence modérée.

D'autres thèmes consensuels émergent :

Le détachement, la gaieté et l'excitation sont des thèmes qui font leur apparition dans les consensus exprimés en item dominant à propos de cette population et qui n'étaient pas relevés de manière consensuelle à propos de la population témoin.

D'autres termes au contraire disparaissent des consensus observés : nous notons ainsi l'absence du marqueur de douleurs physiques et la quasi-absence de la crispation en terme de consensus, alors qu'ils étaient cités pour la population témoin.

Les notions de désorientation, d'angoisse et surtout d'abattement sont quant à elles davantage mentionnées (elles n'avaient été mentionnées qu'une seule fois, à propos des personnes âgées « témoins »).

De plus, il n'y a guère de distinction significative en fonction de la catégorie professionnelle des participants concernant l'expression dominante de la personne âgée (hors vidéo 16 et 21) : les items dominants proposés par les personnes interrogées sont quasiment toujours identiques, quelle que soit leur catégorie professionnelle.

Lorsque nous incluons les items secondaires, la sérénité apparaît toujours majoritaire, mais cette impression se trouve complétée par celles d'abattement, de gaieté et de détachement, fréquemment cités. Nous constatons de même une présence un peu plus nette de la notion de désorientation, citée à quelques reprises de manière consensuelle. Nous n'observons pas de différences intergroupes majeures concernant cette question.

Remarquons enfin l'absence total de deux items, jamais observés de manière consensuelle : la douleur physique et l'étonnement.

Spécificités en fonction des catégories professionnelles

Avec le son

A propos du **critère** évoqué par les personnes interrogées pour fonder leur jugement, nous observons relativement les mêmes caractéristiques que pour les résultats obtenus auprès de la population témoin (cf. Annexe 4) : les aides-soignants et les infirmiers ayant visionné les vidéos avec le son ont fourni uniquement des **arguments relatifs au discours de la personne âgée. Seuls les psychologues ont fourni avec le son des critères non verbaux pour motiver les items choisis** (trois fois pour l'item dominant).

Ainsi, avec l'outil sonore, les aides-soignants et les infirmiers interrogés « négligent » les indices non verbaux, pour se référer la plupart du temps au discours et à la prosodie de la personne âgée filmée. Ceci est moins marqué pour les psychologues, qui se servent des critères non verbaux comme indices complémentaires.

Sans le son

Contrairement aux personnes âgées témoins, la suppression du son ne diminue pas

l'impression de sérénité de façon significative :

- avec le son, l'impression consensuelle de sérénité est observée dans 7 vidéos sur 12 (toute catégorie professionnelle confondue)
- sans le son, l'impression consensuelle de sérénité est observée dans 6 vidéos sur 12 (toute catégorie professionnelle confondue)

Notons par ailleurs que pour une vidéo (n°30), la sérénité est pointée sans le son alors que le détachement caractérise la vidéo sonore.

La quasi-totalité des critères fournis par les infirmières ayant visionné les vidéos sans le son est issue d'indices non verbaux ; ces personnes se basent d'ailleurs généralement plus spécifiquement sur des critères non verbaux relatifs à la gestualité ou à la tonicité apparente de la personne âgée filmée.

Par contre, deux vidéos ont fourni des critères consensuels relevant du discours apparent de la personne âgée.

Concernant les aides-soignants ayant visionné les vidéos sans le son, nous observons l'émission de très nombreux critères non verbaux consensuels, que ce soit lié à la gestuelle ou à l'expression du visage des personnes âgées filmées. De même, cette population a mentionné à quatre reprises de manière consensuelle des critères verbaux pour expliquer leur choix de réponse (ce qui apparaît particulièrement important, état donné leur mode de visionnage sans le son) : cette catégorie professionnelle a fourni de nombreux critères pour motiver leur choix, et notamment des critères verbaux : **ces soignants se sont largement prononcés à partir du dialogue supposé entre la personne âgée et le thérapeute** (quasiment autant que les aides-soignants ayant visionné les vidéos avec le son !). **Les aides-soignants ont ainsi besoin de se « raccrocher » à du verbal (même supposé) pour se déterminer.**

A l'inverse, les psychologues n'ont mentionné que des critères non verbaux pour expliciter leurs choix, manifestant leur sensibilisation à ce mode de communication. Concernant l'item dominant, ils ont fourni un critère non verbal pour chaque vidéo (comme les aides-soignants).

Enfin, les infirmiers n'ont fourni des explications basées sur une observation non verbale que pour une vidéo sur deux.

Notons enfin qu'avec le son, les consensus sont toujours plus forts que sans le son (cf. notamment les vidéos 16 et 23).

ID Vidéo	Association	Score moyen
1	2	Sérénité (43,1% en lien dominant) pour les infirmiers et 46,0% en lien dominant pour les aides-soignants ; Psychologie (31,4%) et sérénité (26,9%) et exaltation (gaité)
2	1	Attitude d'apaisement avec du calme, sérénité, détachement
3	4	Sérénité prédominante (re) relative à la présence avec (48,7% en lien dominant, ou sans le son (3,6%) en lien dominant)
4	10	Abattement (33,0%), Désespoir (0,0%)
5	14	Sérénité (41,1%) ou des émotions (38,7% en lien dominant) ou sans le son (38,7% en lien dominant) ; Gaîté (relative) soulagement (7,9%) et calme (3,0%)
6	10	Sérénité (40,7% en lien dominant), Gaîté (34,7%)
7	10	Sérénité (40,7%) ou l'absence de gaîté (33,9%) ; Intrinsèque (35,6%) en lien dominant
8	2	Sérénité (41,1%) ou calme (14,1%) et un abaissement (8,0%) ; Anxiété pour les aides-soignants (23,7%)
9	2	Angoisse (7,0%) ou calme (3,0%) ; Crapulation (35,4%)
10	2	Présentialité (re) relative à la présence (31,9%) ou sans le son (45,5%)
11	2	Abattement pour les infirmiers (31,4%) et les psychologues (39,7%) ; Anxiété pour les infirmiers (33,0%) en lien dominant) ; Aides-soignants (44,4%)
12	2	Détachement (39,7%), Crapulation (31,9%) en lien dominant pour les aides-soignants et 3,0% en lien dominant pour les psychologues
13	2	Détachement (38,4%) ; Sérénité (38%)

Tableau 16 : Résultats concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec le groupe de personnes âgées souffrant de démence modérée (12 < M.M.S. < 24)

11	2	Abattement (41,8%) ; Détachement pour les infirmiers (32,8%) et les aides-soignants (44,4%)	Abattement (72,5%)
12	2	Sérénité et gaîté irascibles avec ou sans le son	

Les chiffres entre parenthèses représentent des pourcentages.

Quand ce n'est pas précisé, les chiffres concernent l'en lien dominant et secondaire

B. LA QUALITÉ RELATIONNELLE ET LE BESOIN RELATIONNEL (CF. ANNEXE 6)

La qualité relationnelle instaurée entre le thérapeute et la personne âgée est jugée correcte la plupart du temps, quels que soit la profession ou le mode de visionnage. A

quelques exceptions près, aucun autre consensus n'a été relevé à ce propos : soit la relation est jugée " correcte ", soit elle donne lieu à des jugements dispersés.

Se démarquent tout de même les psychologues sans le son, qui perçoivent à trois reprises une qualité relationnelle « très satisfaisante ».

Le besoin relationnel est en moyenne jugé un peu moindre que pour les personnes âgées témoins du groupe précédent. Les aides-soignants ayant visionné les vidéos sans le son, qui le jugent « faible » de manière consensuelle à cinq reprises, sont notamment les plus critiques concernant ce besoin relationnel. Pour les autres catégories d'expérimentation, la perception d'un besoin relationnel « relativement important » s'avère encore très marquée, notamment chez les psychologues.

Avec le son, le besoin relationnel croît pour les aides-soignants et les infirmiers, et a contrario plus faible pour les psychologues.

Nous remarquons ici que les psychologues se distinguent des deux autres catégories professionnelles, en considérant le besoin relationnel de la personne âgée plus important lors du visionnage sans le son (impression inverse des aides-soignants et des infirmiers).

C. LA QUALITÉ DE VIE (CF. ANNEXE 7)

La qualité de vie apparaît relativement bonne : principalement considérée comme « correcte », celle-ci est même jugée quelquefois « très satisfaisante » par les infirmières, ce qui n'était jamais le cas de manière consensuelle pour le groupe précédent.

Comparé aux psychologues, les infirmiers et les aides-soignants ayant visionné les vidéos sans le son se basent une fois de plus très fréquemment sur l'apparence extérieure de la personne âgée. L'environnement matériel n'est mentionné par aucune catégorie professionnelle de façon consensuelle.

Avec le son, l'état émotionnel constitue le critère le plus souvent cité, et ceci de manière très marqué par les psychologues.

Sans l'apport du son, on se base guère sur l'état émotionnel de la personne pour juger de sa qualité de vie, au profit de son apparence extérieure ; se baser sur le critère de l'état émotionnel paraît-il *moins fiable* , du fait de la suppression de l'indice sonore ?

Cela expliquerait en tout cas l'impression de certains de *s'être trompé*, lorsqu'ils visionnaient post-expérimentation les vidéos avec le son en regardant leurs réponses émises sans le support sonore.

1-3-c- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec des personnes âgées souffrant de démence sévère (M.M.S. ≤ 12) :

A. CHOIX DES ITEMS⁵⁶

Toutes catégories professionnelles confondues

L'élément le plus significatif concernant ce public concerne **la notion de désorientation** : celle-ci s'avère la plus représentée, quelle que soit la catégorie professionnelle des personnes testées (cf. Annexe 3).

L'anxiété n'est toujours que faiblement représentée et ne semble pas constituer une expression dominante de la personne âgée (du moins être perçue comme telle) pour les aides-soignants et les infirmiers.

L'ensemble des catégories professionnelles ayant bénéficié de l'apport sonore a mentionné quatre états émotionnels de façon consensuelle dans la majorité des cas. Ainsi, des notions de désorientation, de détachement, d'anxiété et de sérénité ont été relevées.

Le visionnage sans le son a engendré une palette plus vaste encore d'états émotionnels consensuels : on note l'apparition de ressentis d'excitation et de mécontentement pour les aides-soignants et les psychologues, ainsi que la sensation de crispation chez les infirmiers.

Concernant les personnes âgées atteintes à un stade sévère de démence sénile, nous remarquons que les indices non verbaux sont bien plus fréquemment mentionnés, et notamment ceux faisant référence à la gestualité et la tonicité des personnes.

Les personnes interrogées se réfèrent davantage au comportement non verbal de la personne âgée filmée, lorsque celle-ci est atteinte de démence sévère et elles n'en déduisent pas que le comportement non verbal semble inadapté : le visionnage sans le son entraîne beaucoup moins de marqueurs de désorientation, alors que les personnes interrogées sans le son se basent essentiellement sur le non verbal, et en particulier sur la gestualité de la personne âgée, pour motiver leur jugement.

Le comportement non verbal des personnes âgées atteintes de démence sévère apparaît plus expressif en communication non verbale (comme se l'imposait le cinéma muet).

En fonction des catégories professionnelles

Concernant la notion de désorientation, très nettement mise en avant pour cette population, nous notons de fortes variations liées à l'impact du son : en effet, **les personnes ayant visionné les vidéos avec le son relèvent plus souvent le marqueur de désorientation** (cf. Annexe 3).

Plus spécifiquement, les aides-soignantes ayant visionné les vidéos avec le son notent majoritairement des indices de désorientation (9 fois relevée comme item dominant sur 12 vidéos), pour seulement 6 fois pour les infirmiers et 5 fois pour les psychologues dans les mêmes conditions d'observation.

Tout en restant prudent, nous pouvons interpréter ces premiers résultats en soulignant que la désorientation, souvent emblématique comme signe démentiel

⁵⁶ CONCERNANT LES ANALYSES QUE NOUS ALLONS PRÉSENTER, LES TABLEAUX STATISTIQUES ET LES COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES, EFFECTUÉS VIDÉO PAR VIDÉO, SONT RAPPORTÉS EN ANNEXE (CF. ANNEXE 2).

chez la personne âgée, se diagnostique essentiellement par des indices verbaux (écholalie, circonlocutions, paraphasie, jargonaphasie, manque du mot,...).

Privés de ces indices, la désorientation est beaucoup moins repérée.

Cela tendrait à montrer que **les signes non verbaux des personnes âgées atteintes de démence sénile ne constituent pas des critères diagnostiques de désorientation.**

L'angoisse n'a été citée de manière consensuelle qu'une ou deux fois par les infirmiers et les aides-soignants ayant visionné avec ou sans le son. Seuls les psychologues avec l'apport sonore se sont démarqués : ils l'ont quant à eux observée à trois reprises de manière consensuelle, ce qui représente pour cette catégorie professionnelle l'item le plus souvent cité de façon consensuelle après la notion de désorientation.

1	Total des observations de Désorientation (75,8% en fon dominant), Angoisse (14,7% en fon dominant)	
11	Avec le son	Sans le son
5	Angoisse (49,2%)	Angoisse (sans le son) 48,4% et sans le son 70,0% Infirmiers ; Circonlocution (40% en fon dominant)
6	Désorientation (38,2% en fon dominant)	Angoisse (sans le son) 48,4%
7	Désorientation (41,4%)	Angoisse (49,2%) ; Infirmiers ; Angoisse (48,4%)
8	Désorientation (70% en fon dominant)	Sérénité (47,9%)
10	Détachement (0,7% en fon dominant) et désorientation (4,3%)	Désorientation (80% en fon dominant) ; Détachement (4,0%)
11	Angoisse (0,7%) ; Aides soignants et infirmiers ; Désorientation (en fon dominant) ; Psychologues ; Angoisse (17,6% en fon dominant) ; Désorientation (0,7%) et Sérénité (40,8%)	Désorientation (47,9% en fon dominant)
12	Angoisse (sans le son) ; psychologues ; Désorientation (en fon dominant) ; Infirmiers ; Sérénité (48,4%) en fon dominant	Sérénité (48,4%) en fon dominant
24	Désorientation (26,0% en fon dominant) ; Echolalie (4,2%)	Désorientation (27,4% en fon dominant) ; Echolalie (3,2% en fon dominant)
27	Consensus avec ou sans le son : Désorientation (74,7% avec le son et 72,7% sans le son en fon dominant) et détachement (33,7% avec le son et 44% sans le son en fon dominant)	
34	Sérénité (48,4%) en fon dominant	Désorientation (47,9% en fon dominant)
37	Angoisse (en fon dominant) (4,3%) ; psychologues ; Infirmiers ; Angoisse (49,2%) en fon dominant ; Infirmiers ; Aides soignants ; psychologues	Infirmiers ; Angoisse (49,2%) en fon dominant ; Psychologues ; Infirmiers (38,4%) ; Aides soignants ; psychologues

Tableau 17 : Résultats concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec le groupe de personnes âgées souffrant de démence sévère (M.M.S. ≤12)

36	Désorientation (41,5% en item combiné)	100% de personnes de désorientation (moins de 30%)
----	--	--

Les critères sont prioritaires marqués dans le tableau

Quand ce n'est pas précisé, les critères concernent le filer dominant et secondaire

B. LA QUALITÉ RELATIONNELLE ET LE BESOIN RELATIONNEL (CF. ANNEXE 6)

Le **besoin relationnel** apparaît identique à ce qui avait été constaté avec les personnes âgées atteintes de démence modérée : la plupart du temps jugé « relativement important », il laisse apparaître quelques nuances non spécifiques à une catégorie professionnelle ou un mode de passation particulier.

La **qualité relationnelle** établie entre le thérapeute et la personne âgée laisse entrevoir quelques nuances : majoritairement jugée « correcte », elle est cependant l'objet de consensus autres (que ce soit très insatisfaisant, médiocre ou au contraire très satisfaisant).

Les scènes d'entretiens filmant des personnes âgées atteintes de démence sévère amènent donc des **positions beaucoup plus nuancées** que pour les deux autres populations (personnes âgées « témoins » et personnes atteintes de démence modérée), qui n'amenaient que « correct » comme seul consensus.

C- LA QUALITÉ DE VIE (CF. ANNEXE 7)

Concernant la **qualité de vie** des personnes âgées filmées, les infirmiers et les psychologues portent des appréciations plutôt défavorables, **la qualifiant plusieurs fois de médiocre de manière consensuelle** (4 fois lors du visionnage avec le son et trois fois lors du visionnage sans le son pour les infirmiers et 8 fois lors du visionnage avec le son et deux fois lors du visionnage sans le son pour les psychologues, sur l'ensemble des douze vidéos).

Concernant enfin le critère ayant motivé leur choix, les infirmiers et les aides-soignants ayant fait l'expérimentation sans le son se basent souvent sur l'apparence extérieure de la personne âgée, ce qui ne se retrouve pas chez les psychologues. Toute catégorie professionnelle confondue, les personnes ayant effectué le visionnage avec le son s'axent plus spécifiquement sur l'état émotionnel apparent des personnes âgées.

A contrario et à l'exception des psychologues, les infirmiers et les aides-soignants ayant visionné sans le son ne se sont pratiquement jamais basés sur l'état émotionnel de la personne âgée de manière consensuelle pour déterminer sa qualité de vie : est-ce que le fait d'être privé du discours verbal de la personne âgée empêche de se baser sur son état émotionnel apparent comme critère de sa qualité de vie ? **L'état émotionnel de la personne âgée apparaît-il moins fiable pour ces observateurs, du fait de l'absence du discours verbal ?**

1-3-d- Synthèse des résultats en fonction du degré de sévérité de démence

de la personne âgée filmée

Nous avons pu observer notamment quelques différences de points de vue caractéristiques en fonction des catégories professionnelles des personnes interrogées (par exemple, davantage de notion de désorientation chez les aides-soignants).

Les distinctions les plus flagrantes sont cependant fournies par les degrés de sévérité de démence des personnes âgées filmées et par l'apport ou non du son des vidéos lors des visionnages ; ainsi, alors que la sérénité semble un état émotionnel caractéristique des personnes âgées témoins filmées, certains autres consensus font leur apparition lors d'observations de vidéos filmant des personnes atteintes de démence modérée : c'est le cas pour les notions de détachement, d'anxiété et d'excitation.

La notion de désorientation s'avère particulièrement intéressante car elle évolue progressivement, apparaissant de plus en plus présente en fonction du degré de démence des personnes filmées.

Cependant, il est nécessaire de souligner que celle-ci est beaucoup moins marquée pour la **population ayant visionné les vidéos sans le son : cette distinction s'avère fondamentale pour notre étude car elle laisse supposer que les signes non verbaux des personnes âgées atteintes de démence sénile continuent à sembler cohérents, puisqu'ils ne constituent pas des indices suffisants permettant de diagnostiquer extérieurement des signes de désorientation de la personne âgée, en l'absence du verbal.**

Nous notons que les personnes testées se fondent davantage sur l'expressivité non verbale des personnes âgées filmées, lorsque celles-ci souffrent de démence sénile à un stade sévère, afin de décrire leur état émotionnel.

Mais, tout en s'appuyant dessus comme critère émotionnel, elles ne semblent pas en déduire automatiquement que ce comportement non verbal soit incongru ou révélateur d'une démence.

De plus, il nous semble aussi intéressant de souligner que la notion d'anxiété n'est pratiquement jamais relevée par les aides-soignants et les infirmiers avec le son et légèrement plus mentionnée lors du visionnage sans le son et pour la population atteinte de démence sévère.

Enfin, la qualité relationnelle instaurée entre le thérapeute et la personne âgée apparaît relativement correcte pour l'ensemble des observateurs, laissant cependant entrevoir des nuances et des positions moins « médianes » concernant les personnes âgées atteintes de démence sévère.

De même, la qualité de vie des personnes âgées filmées est jugée relativement correcte pour la plupart des vidéos, bien que certaines dissensions soient perceptibles concernant toujours les personnes atteintes de démence avancée.

Il apparaît de plus que les personnes testées n'ayant pas bénéficié de l'apport sonore se soient uniquement basées sur l'apparence extérieure de la personne âgée pour définir sa qualité de vie subjective, alors que les autres participants se sont largement aidés de son état émotionnel apparent pour répondre à cette question.

1-4- Données expérimentales validées statistiquement

Pour dépouiller les données recueillies, nous avons eu recours au logiciel SPHINX. Devant l'ampleur du matériel récolté, nous avons rencontré d'importantes difficultés à organiser la méthode de traitement des données, afin de connaître quelles étaient les observations statistiquement fiables.

Nous avons tout d'abord fait appel à une étudiante en Maîtrise de statistiques à l'Université Lumière Lyon 2, Mlle Caroline Bonnet, afin d'avoir un éclairage sur les consensus statistiquement représentatifs. Le travail présenté ci-dessous est puisé dans son mémoire de statistique, validé en 2002, dans lequel elle a recherché les différences statistiques à partir des données de notre recherche.

Les citations en italiques sont tirées de son mémoire. L'argumentaire scientifique, validant ses données, est contenu dans son mémoire, mais ne nous a pas été transmis. Néanmoins, celui-ci a été validé par son professeur de statistique lors de la soutenance de sa Maîtrise.

En ce qui concerne l'analyse des visionnages en fonction du statut des personnes sondées, certaines observations importantes ont pu être relevées :

Observons tout d'abord les différences significatives relevées en fonction de la formation professionnelle des observateurs :

« Lorsqu'il est demandé d'exprimer les émotions de la personne âgée, les aides-soignantes évoquent plus souvent la désorientation que les infirmières et les psychologues. Par contre, les psychologues ressentent moins la sérénité et le mécontentement, mais ressentent plus d'angoisse » (p.20).

Selon le rapport de Mlle Bonnet, nous remarquons ainsi des nuances dans les expressions dégagées par les personnes âgées, en fonction de la formation professionnelle de l'observateur, **mais il n'existe cependant aucune différence significative dans la justification de leurs réponses.**

En ce qui concerne l'item secondaire, « *les infirmières ressentent moins de désespoir, alors même que les aides-soignantes l'évoquent très fréquemment. Les psychologues énoncent en proportion importante la crispation* » (p.21).

De plus, les infirmiers et les psychologues considèrent la qualité de la relation entre le thérapeute et la personne âgée plus souvent médiocre que les aides-soignants.

Les aides-soignants et les infirmiers sont en opposition en ce qui concerne le besoin relationnel de la personne âgée. Les aides-soignants énoncent en proportion plus importante que les infirmières le fait que la personne âgée n'exprime aucun besoin relationnel. Peu de psychologues énoncent un faible besoin relationnel : pour cette catégorie professionnelle, le besoin relationnel apparaît particulièrement important pour les personnes âgées.

Concernant les variations en fonction du degré de démence de la personne âgée filmée, les statistiques font apparaître une nette corrélation (attendue) entre le degré de démence et le degré de désorientation apparent de la personne âgée :

« Plus le taux de démence est sévère, plus les sondés se rendent compte de la désorientation (...). En opposition, lorsque la personne n'est pas atteinte de démence, les sondés énoncent la sérénité plus souvent (...) » (p.23).

Aussi, nous remarquons que plus de la moitié (53,6%) des personnes interrogées suggérant en item secondaire de l'angoisse ont porté leur jugement sur des personnes âgées atteintes de démence sévère.

L'indicateur « gestuelle et tonicité » pour définir les émotions ressenties par la personne âgée témoin est statistiquement moins important : plus la démence est avancée, plus la gestuelle et la tonicité apparaît un critère fiable d'observation.

Aussi, le discours et la prosodie n'apparaissent pas un critère révélateur des affects ressentis par les personnes atteintes de démence sévère :

« Seulement 26,6% des personnes répondant 'le discours et la prosodie' ont visualisé des vidéos de personnes atteintes de démence sévère » (p.24).

La qualité de la relation instaurée entre le thérapeute et la personne âgée est jugée plus souvent insatisfaisante ou médiocre pour les personnes saines ; ainsi, la démence évoluant, la relation thérapeutique apparaît plus fine et pertinente, ou peut-être plus nécessaire.

Enfin, parmi les personnes âgées filmées dont la qualité de vie a été jugée très insatisfaisante, nous remarquons qu'une importante majorité de ces personnes souffrait de démence sévère. Plus la démence est avancée, plus la qualité de vie apparaît dégradée :

« Parmi toutes les personnes affirmant que la qualité de vie des personnes âgées est très insatisfaisante, on remarque que 58,3% de ses réponses provenaient des cassettes vidéos filmant un entretien entre un thérapeute et une personne âgée atteinte de démence sévère. 47,5% des réponses considérant la qualité de vie 'médiocre' portent également sur des personnes atteintes de démence sévère (...). Nous remarquons par ailleurs, ce qui est logique, que seulement 18,7% des réponses considérant la qualité de vie 'très satisfaisante' concernent des personnes atteintes de démence sévère » (p.24).

Ce complément d'observation des variables, dont la représentation statistique a été établie, nous a permis d'ajouter quelques remarques intéressantes à notre analyse. Cependant, le fait que cette étudiante n'ait pas analysé les différences observées en fonction du thème abordé par le thérapeute, ainsi que le fait qu'elle ne nous ait pas transmis ses arguments statistiques, ont limité l'intérêt pour notre propre recherche.

	Thème Maman (12)	Thème Souvenir (12)	Thème Avenir (12)
Peu émoion (12)	4 vidéos	4 vidéos	4 vidéos
DIA médiocre (12)	4 vidéos	4 vidéos	4 vidéos
DIA sévère (12)	4 vidéos	4 vidéos	4 vidéos

Tableau 18 : Échantillons représentatifs regroupés pour le traitement statistique

Ainsi, nous avons observé 9 échantillons représentatifs, chacun comprenant les

quatre vidéos visionnées pour une même population et sur un même thème.

Ainsi regroupées, deux modalités ont été analysées :

- en fonction de la catégorie professionnelle des personnes,
- avec ou sans le son des vidéos.

Toutes les analyses statistiques commentées ci-dessous ont été effectuées avec l'aide de Mr Nicolas Nicoloyannis et sont intégralement rapportées en annexe (cf. Annexe 15). La lecture de ces tableaux statistiques apparaissant complexe pour les non initiés, nous n'avons retranscrit ici, sous forme de tableaux, que les consensus statistiquement représentatifs regroupés en fonction du thème (la maman, le souvenir agréable ou l'avenir).

Tout d'abord, le statisticien a effectué un test de Khi-2 d'homogénéité, pour chacun des échantillons observés. Les résultats mettent en avant le fait qu'aucune répartition des items choisis par les personnes interrogées n'apparaît être liée au hasard, n'étant pas distribués de façon homogène par rapport à une distribution dite « théorique ». Il existe donc une **fiabilité inter-juge dans les réponses émises concernant l'état émotionnel des personnes**.

Ce constat valide notre hypothèse principale : il met en exergue le fait que toutes les personnes âgées filmées, indépendamment de leur atteinte cognitive, expriment des affects de façon suffisamment expressive pour engendrer chez les observateurs, quel que soit leur mode de visionnage, des ressentis cohérents et non aléatoires.

Concernant nos deux sous-hypothèses, le statisticien a effectué un test de comparaison de proportions entre la population dite théorique et la population observée, en fonction des modalités choisies (catégorie professionnelle, visionnage avec ou sans le son).

Nous observons une relative cohérence interprofessionnelle dans les consensus observés. En effet, les données recueillies montrent très peu de variations interprofessionnelles dans les jugements émis, ce qui infirme une des deux sous-hypothèses initiales.

L'idée hypothétique d'une sur-représentation des observations d'angoisse chez les psychologues et de douleurs physiques chez les aides-soignants et les infirmiers, répondant aux préoccupations professionnelles plus spécifiquement « attendues », ne se confirme donc pas sur un plan statistique si l'on prend en compte l'état émotionnel perçu d'emblée.

En effet, l'angoisse n'apparaît pas particulièrement mentionnée par les psychologues en item dominant et la notion de douleurs physiques n'est relevée qu'une seule fois de façon statistiquement représentative chez les soignants, faisant ainsi partie des états émotionnels les moins représentés.

Cette constatation ne contredit pas pour autant les analyses effectuées par Mlle Bonnet : même si il existe des variations concernant l'importance accordée par certaines catégories professionnelles à des états émotionnels spécifiques (comme le fait qu'il y ait

davantage de désorientation constatée par les aides-soignants), l'ensemble des catégories professionnelles se sont toutefois accordées sur l'état émotionnel dominant de la personne âgée.

Quant à la suppression du son, elle génère une plus grande pluralité des réponses : en accroissant la richesse des réponses, elle diminue du même coup l'importance des consensus, mais sans les supprimer. Par contre, le visionnage avec le son ferme le regard et oriente davantage les représentations dans une vision déficitaire.

En effet, sans le son, les personnes cochent beaucoup moins la notion de désorientation que ceux bénéficiant du son, même si, pour tous, la notion de désorientation croît en fonction du degré de sévérité de la maladie.

Nous observons par ailleurs un consensus interprofessionnel sur l'impression de sérénité que dégagent les personnes âgées témoins, que le visionnage se soit déroulé avec ou sans le son et indépendamment du thème énoncé lors de l'entretien. Ainsi, **l'absence de pathologie démentielle semble amener d'emblée au constat de sérénité chez la personne âgée.**

De cette association « Personnes âgées témoins = Sérénité » peut découler un autre lien de cause à effet que nous enseigne l'analyse des définitions de termes (décrite ultérieurement dans notre étude) ; en effet, le mot « sérénité » ne se rapportant pas majoritairement à un *bien-être intérieur* de la personne âgée, mais renvoyant principalement à la notion de *calme*, nous percevons deux significations possibles à l'emploi de ce mot : la personne non démente manifeste-t-elle un *calme intérieur* ou bien apparaît-elle calme au niveau de l'homéostasie institutionnelle et du fonctionnement du service ?

Selon le statisticien, en restructurant l'ensemble des données, des analyses multivariées pourraient être ultérieurement envisagées, en prolongement du présent travail statistique.

L'angle statistique choisi s'est attaché à traiter uniquement de la validité ou non de nos hypothèses initiales.

Nous avons ensuite analysé les différents consensus apparaissant statistiquement fiables, en fonction cette fois-ci des questions posées par l'interviewer. Le statisticien a effectué pour cela un nouveau test de comparaison de proportion.

Un autre enseignement important apparaît alors : selon le thème proposé lors des entretiens (la mère, le souvenir agréable ou l'avenir), des expressions émotionnelles différentes font consensus, que ce soit pour la population témoin ou pour les malades d'Alzheimer.

Ainsi, l'évocation de la mère induit un consensus général de sérénité, que ce soit pour la population témoin comme pour les populations atteintes de maladie d'Alzheimer. D'ailleurs, seul ce thème de la mère produit un consensus de sérénité chez les personnes malades d'Alzheimer à un stade sévère.

Tableau 19 : Consensus validés statistiquement pour le thème de la mère

Thème « maman »		Visionnage sans le son	Visionnage avec le son
DSTA Avancée	Psychologues	Sérénité	Désorientation
	Infirmiers	Sérénité Détachement	Sérénité Désorientation
	Aides-soignants	Sérénité Détachement Désorientation	Sérénité Détachement
DSTA modérée	Psychologues	Sérénité	Sérénité Gaïeté
	Infirmiers	Sérénité	Sérénité Gaïeté
	Aides-soignants	Sérénité Gaïeté	Sérénité Crispation
Population témoin	Psychologues	Sérénité	Sérénité
	Infirmiers	Sérénité Crispation Mécontentement	Sérénité Autre
	Aides-soignants	Sérénité Désorientation	Sérénité Mécontentement

Thème « souvenir »		Visionnage sans le son	Visionnage avec le son
DSTA avancée	Psychologues	Désorientation	Désorientation Angoisse
	Infirmiers	Désorientation	Désorientation
	Aides-soignants	Désorientation	Désorientation Angoisse
DSTA modérée	Psychologues	Désorientation Sérénité Abattement	Désorientation Sérénité Abattement
	Infirmiers	Désorientation Sérénité Abattement	Désorientation Sérénité Gaïeté
	Aides-soignants	Désorientation Sérénité	Désorientation Sérénité Détachement Autre
	Psychologues	Sérénité	Sérénité Abattement Autre
Population témoin	Infirmiers	Sérénité Abattement Mécontentement	Sérénité Abattement Autre
	Aides-soignants	Sérénité Crispation	Sérénité Autre

Tableau 20 : Consensus validés statistiquement pour le thème du souvenir agréable

Nous relevons pour ce thème de nettes distinctions en fonction des groupes de personnes âgées : les personnes âgées témoins manifestent principalement de la sérénité, alors que les personnes âgées atteintes de démence modérée nous suggèrent à la fois

des impressions de sérénité avec des marques de désorientation. Ces constatations s'observent **indépendamment du mode de visionnage et de la formation professionnelle** des observateurs.

Chez les personnes atteintes de démence sévère, le thème du souvenir agréable induit des marqueurs de désorientation systématiques, accompagnés parfois d'angoisse.

Cela peut se comprendre par le fait que rechercher des souvenirs, lorsqu'on est atteint de démence, se traduit par des manifestations de désorientation, témoins de l'état de perturbation de la personne : les personnes âgées démentes recherchent souvent des repères intérieurs, dans un monde de souvenirs sans repères chronologiques stables et structurants. Ces personnes semblent donc parfois voyager dans leurs souvenirs, au gré de leur état émotionnel, pouvant revivre aussi bien des affects traumatiques anciens que des moments de joie ou de plénitude.

Ces situations du passé sont souvent source d'anxiété pour ces personnes : « il faut que j'aille chercher mes enfants à l'école », « je n'ai pas fermé à clef la maison », car elles retrouvent dans ces récits des préoccupations typiques de la vie active, lorsque leur impression d'*utilité sociale* était à leur apogée. Elles se sentent alors investies de contraintes professionnelles, familiales ou sociales qui redonnent parfois sens à leur existence présente : se considérant *responsables* de ces contraintes du passé, elles nous apparaissent alors comme préoccupées et désorientées.

A propos à présent du thème de **l'avenir** de la personne âgée, l'angoisse *supposée* pour ce thème délicat ne se perçoit nettement que pour les personnes âgées atteintes de démence sévère ; cette question génère en effet pour ces personnes principalement de l'angoisse et de la désorientation, **quels que soient la profession des observateurs ou le mode de visionnage.**

Thème d'actualité		Visionnage avant le acte	Post-nuage, après le acte
DSTA avancée	Psychologues	Angoisse Désorientation	Angoisse Désorientation
	Infirmiers	Angoisse Désorientation Problèmes physiques	Angoisse Désorientation
	Aides-soignants	Angoisse Désorientation	Angoisse Désorientation
DSTA avancée	Psychologues	Abattement	Abattement
	Infirmiers	Mélancolie	Détachement Mélancolie Autre
	Aides-soignants	Sérénité Angoisse	Détachement Sérénité Abattement
Population témoin	Psychologues	Sérénité Gaieté	Sérénité Angoisse
	Infirmiers	Sérénité	Sérénité Autre

Tableau 21 : Consensus validés statistiquement pour le thème de l'avenir

	Aides-soignants	Sérénité	Sérénité Autre
--	-----------------	----------	-------------------

Concernant les personnes âgées atteintes de démence modérée, les états émotionnels apparaissent plus variés. La sérénité, l'abattement et le détachement sont toutefois les émotions les plus fréquemment retenues.

Enfin, les personnes âgées témoins laissent toujours transparaître de la sérénité, mêlée toutefois avec de l'angoisse, de la gaieté ou d'autres états émotionnels plus dispersés.

Ces données confirment l'impression clinique d'angoisses de mort prédominantes chez les personnes âgées démentes et donnent du soutien aux hypothèses psychogènes

de certaines formes de démences suggérées par J. Maisondieu.

Ainsi sont observés chez les personnes âgées démentes des états émotionnels distincts, en fonction du thème abordé lors de l'entretien : même privés de l'indice sonore, les observateurs s'accordent à percevoir en majorité de l'angoisse et de la désorientation chez les personnes âgées atteintes de démence sévère interrogées sur leur avenir, de la sérénité chez les personnes âgées démentes évoquant leur mère, et de la désorientation chez les personnes âgées démentes invitées à se rappeler un souvenir agréable. **Nous pouvons dès lors en conclure que non seulement les personnes âgées atteintes de démence expriment leurs ressentis à travers leur expressivité non verbale, mais elles reçoivent manifestement le contenu de la question posée par leur interlocuteur, réagissant de façon homogène au thème évoqué.**

1-5- Biais et contraintes méthodologiques liés à notre recherche

1-5-a- Les difficultés méthodologiques rencontrées, liées à la classification des émotions

Lors de l'élaboration de notre méthodologie, nous nous sommes heurtés à la difficulté de construire une grille d'analyse concernant l'état émotionnel des personnes âgées, à partir d'un modèle pré-existant. En effet, toutes les classifications existantes ont été élaborées pour une population ciblée, et s'avèrent difficilement transposables pour notre recherche concernant des personnes souffrant de démence sénile.

De plus, toute catégorisation des émotions peut apparaître sujette à controverse car les distinctions entre certaines émotions semblent floues, difficilement délimitables et dépendent fréquemment de leur contexte. Il semble très délicat de se prononcer de manière catégorique en terme d'appartenance ou de non-appartenance à telle ou telle classe d'adjectifs, sans émettre un jugement subjectif et contestable.

Aussi, une source de difficulté méthodologique réside dans la séparation entre les émotions et les non-émotions.

Pour Ortony et al. (1988), de nombreux termes inclus dans les diverses classifications proposées jusqu'alors ne correspondent pas à proprement parler à des émotions : pour constituer une émotion, il faut selon l'auteur que le terme puisse être employé à la fois avec les verbes *se sentir* et *être* (par exemple, je *suis* heureux et je *me sens* heureux). Dès lors, avec ce critère de sélection, seules 22 émotions distinctes subsistent.

Pour d'autres auteurs, les émotions de base constituent des états mentaux que nous ne pouvons relier à aucune représentation que ce soit.

Quelle que soit la classification retenue, le recours au langage afin de signifier l'état émotionnel demeure subjectif et imprécis, sans compter les difficultés supplémentaires à décrypter les expressions émotionnelles d'autrui. Toutefois, notre problématique nous a amenés à nous axer non pas sur des critères objectifs, mais sur les impressions subjectives que nous procure autrui. Notre classification elle-même se base sur des

critères spécifiques à notre étude et non transposables à d'autres recherches.

J. Cosnier écrit d'ailleurs à ce sujet qu'il existe autant de classifications des émotions que de chercheurs travaillant sur le sujet !

Dans un premier temps, nous avons néanmoins tenté de nous inspirer de certaines classifications émotionnelles reconnues comme pertinentes et fiables : celle de Ekman regroupe six émotions fondamentales (la joie, la surprise, la peur, le dégoût, la colère et la tristesse), celle d'Isard en comprend neuf (la joie, la surprise, la peur, le dégoût, la colère, la tristesse, l'angoisse, le mépris et l'intérêt).

Certains termes retenus dans notre étude sont inclus dans ces listes. Mais d'autres demeurent inexorablement à l'écart, relevant de caractéristiques assez spécifiques à la vieillesse, et en particulier à la démence sénile.

Il n'existe actuellement aucune classification des émotions élaborée spécifiquement pour cette population. Ce constat nous a conduit en définitive à construire notre propre outil d'analyse, en élaborant une classification à partir des observations subjectives les plus fréquemment citées lors des projections vidéos de notre travail de D.E.A.

Lors de cette recherche exploratoire, les personnes expérimentées (composés de professionnels de santé travaillant en gériatrie) devaient en effet s'exprimer sur leurs ressentis quant à l'état émotionnel des personnes âgées filmées. Les entretiens filmés étaient visionnés tout d'abord sans le son, puis avec le son. **Les observateurs ne disposaient alors d'aucune grille d'analyse préalable pouvant orienter leurs choix.**

Pour élaborer notre classification actuelle, nous avons relevé les **états ou émotions** les plus fréquemment cités dans cette pré-recherche, avec et sans le son des vidéos :

La plupart des qualificatifs les plus employés sans le son étaient identiques à ceux de la liste avec le son. Seules quelques nuances ont été relevées : l'état de crispation et d'abattement, relevé majoritairement sans le son, et l'état de désespoir et de désorientation, davantage perçu avec le son des vidéos. Nous les avons donc inclus dans notre nouvelle classification.

Il semble important de spécifier que les consensus observés à propos de l'état émotionnel des personnes âgées filmées ne doivent pas être considérés comme des réponses « justes », que les personnes âgées interrogées valideraient assurément : elles témoignent plutôt de ce que les personnes âgées *dégagent*, souvent inconsciemment, concernant leur disposition psychique ; les réponses émises peuvent davantage être envisagées comme des **pensées suggérées à la rencontre de deux inconscients** : l'état émotionnel qui relève de l'inconscient pouvait en effet en partie échapper aux personnes âgées filmées et donc ne pas être traduisible concrètement par des mots.

Nous souhaitions préalablement ajouter deux autres catégories de groupe d'observateurs :

- un groupe qui aurait pour sa part observé les vidéos avec l'apport d'un son faible. Nous voulions ainsi observer ce que la diminution de l'apport sonore, et donc de la compréhension qui pouvait parfois laisser place à la suggestion, pouvait modifier dans les impressions subjectives des observateurs. Nous avons choisi en dernier lieu

de ne pas rajouter cette catégorie, pensant que le son faible risquait de focaliser l'attention des observateurs sur le son de la vidéo et les distraire de façon trop importante de l'observation visuelle de l'entretien filmé.

nous avons également songé à l'élaboration d'un autre groupe, qui aurait uniquement écouté les bandes son des vidéos, sans aucun support visuel. Ce groupe aurait permis d'observer l'impact du langage, mais aussi de la tonalité et de la prosodie dans les jugements subjectifs. Il aurait aussi permis d'évaluer l'effet parasite éventuel produit par l'image, en analysant les réponses spécifiques produites par la seule écoute des entretiens.

Nous avons choisi de ne pas inclure cette distinction pourtant a priori très intéressante pour ne pas surajouter une variable à notre recherche, comprenant d'ores et déjà de nombreux critères d'analyse. Mais cette étude pourra faire l'objet, nous l'espérons, d'une recherche ultérieure.

1-5-b- Critiques concernant la méthodologie

Quelques reproches ont été formulés par les personnes soumises à l'expérimentation au fil des passations :

Tout d'abord la qualité médiocre de l'image dans trois vidéos (filmées à contre-jour et où les expressions faciales des intervenants se discernaient difficilement) a perturbé légèrement la qualité du visionnage et a pu influencer sur les réponses émises, notamment pour ceux qui ont visionné les vidéos sans le son. Comme nous l'avons mentionné plus haut, ces vidéos ont été enregistrées par une équipe de recherche INSERM ; l'objectif de croiser nos données avec d'autres études effectuées à partir de ces mêmes cassettes nous a incité, dans un souci de rigueur, à conserver la totalité des vidéos, malgré ce léger biais.

Ensuite, la question traitant de la qualité de vie est apparue souvent difficilement à renseigner, compte tenu du fait que le montage vidéo offre un gros plan des deux inter acteurs (la personne âgée et le thérapeute), sans fournir beaucoup d'éléments extérieurs concernant la qualité de l'environnement matériel de la personne âgée. Cette question s'en trouverait ainsi plus ou moins biaisée par une réponse nécessairement projective.

Enfin, la dernière critique émise touchait à l'inégale durée des projections vidéos ; en effet, celle-ci variait en fonction du temps consacré par la personne âgée à répondre à la question posée : certaines personnes âgées répondaient en moins d'une minute à la question, alors que d'autres dépassaient cinq minutes.

Cela relevait d'un choix méthodologique, pour la validité de nos données : nous avons préféré couper les séquences de cette façon afin de pouvoir discerner les expressions émotionnelles de la personne âgée filmée selon les trois thèmes (leur mère, un souvenir agréable et leur avenir), quel que soit le temps pris par les réponses.

Concernant les trois thèmes abordés systématiquement lors des entretiens filmés, nous avons pu effectuer certaines observations :

Tout d'abord, les trois thèmes imposés par le thérapeute n'ont pas toujours été

respectés par les personnes âgées : certaines d'entre elles, notamment celles atteintes de DSTA, surinvestissaient une question et appliquaient partiellement la consigne. C'est un enseignement à considérer pour l'analyse des états émotionnels spécifiques aux trois thèmes abordés ?

C'est ainsi que notamment les personnes âgées atteintes de DSTA sévère n'ont semble-t-il pas toujours compris certaines questions ou semblaient tout au moins ne pas souhaiter les aborder (phénomène d'évitement, de désintérêt ?).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que certaines personnes ont pu comprendre la question et ont répondu précisément à côté, dans un but défensif inconscient.

C'est le thème évoquant leur mère qui est apparu le plus investi et le plus mobilisateur d'affects. Celui traitant d'un souvenir agréable a fréquemment fait référence à des anecdotes familiales récentes et heureuses, tels le mariage d'un petit enfant ou un regroupement familial autour d'un banquet. Le troisième thème, concernant la manière dont les personnes âgées envisageaient leur avenir, est apparu souvent incongru et source d'ironie de la part des personnes âgées sans troubles cognitifs. Manifestement, les personnes âgées atteintes de DSTA ont plutôt eu tendance à éviter cette question.

1-5-c- L'éventuel « effet groupe »

Nous avons choisi de ne pas mesurer un possible "effet groupe" dans les réponses fournies par les personnes expérimentées, car l'hypothèse d'une influence des phénomènes de groupe dans la concordance des points de vue émis avait été étudiée lors du travail de D.E.A et s'était révélée peu significative : nous avons observé des nuances intergroupes, en particulier concernant l'accent mis sur la douleur physique et morale ou bien sur l'angoisse. Certains groupes se sont avérés plus consensuels dans leurs prises de position et ont émis des jugements relativement plus *positifs* ou *négatifs* que la moyenne.

Cependant, au-delà de ces variations restées guère significatives, l'ensemble des groupes n'a pas été influencé par des caractères propres ou des effets de dynamiques groupales dans le choix des réponses, qui apparaissent congruentes d'un groupe à l'autre.

Ainsi, nous pouvons considérer qu'il ne se produit pas d'effet groupe significatif attribuable à la culture institutionnelle ou à un effet de leadership en ayant recours à un protocole écrit de recueil des points de vue.

Conclusion de l'étude principale

Nous avons constaté des consensus lexicaux entre différents observateurs décrivant l'état émotionnel des personnes âgées démentes (y compris à un stade sévère), ce qui nous a permis d'envisager cette convergence des opinions comme attestant de la possibilité d'interpréter les messages non verbaux émis par ces patients.

Les indices comportementaux ayant conduit à ces consensus peuvent être entrevus comme cohérents et ainsi être pris en compte pour une analyse des ressentis

émotionnels des personnes âgées démentes.

Nous notons par ailleurs que la suppression du son génère une plus grande pluralité des réponses ; si elle diminue du même coup l'importance des consensus exprimés, elle accroît la richesse des réponses.

D'autre part, certains états émotionnels apparaissent particulièrement peu perçus sans le son et nécessiteraient dès lors une vigilance d'autant plus accrue qu'ils semblent difficilement perceptibles lorsque la personne âgée ne livre pas d'indices verbaux pouvant la suggérer ; c'est le cas de l'angoisse pour les aides-soignants et les infirmiers, ainsi que de la douleur physique (toutes professions confondues). Une sensibilisation concernant ces résultats permettrait d'appréhender plus finement les ressentis éprouvés par les personnes âgées atteintes de démence.

De plus, les observations concernant la population atteinte de démence sévère ont été largement étayées par des critères non verbaux, que le visionnage ait été effectué avec ou sans le son. Cette constatation montre la permanence d'informations non verbales lors de l'avancée de la maladie.

Nous notons par ailleurs que plus les observateurs prennent appui sur les informations non verbales des personnes âgées démentes, moins ils cochent la désorientation dans leurs réponses. Ce résultat souligne le **maintien des capacités d'expression de la personne âgée démente via ce mode relationnel non verbal**.

Enfin sont apparus chez les personnes âgées démentes **des états émotionnels distincts, en fonction du thème abordé lors de l'entretien** : même privés de l'indice sonore, les observateurs s'accordaient à percevoir en majorité de l'angoisse et de la désorientation chez les personnes âgées atteintes de démence sévère interrogées sur leur avenir, de la sérénité chez les personnes âgées démentes évoquant leur mère, et de la désorientation chez les personnes âgées démentes invitées à se rappeler un souvenir agréable. **Ainsi, non seulement les personnes âgées atteintes de démence expriment leurs ressentis à travers leur expressivité non verbale, mais elles comprennent manifestement le contenu de la question posée par leur interlocuteur, réagissant de façon homogène au thème évoqué.**

2- Etudes expérimentales secondaires

Introduction

Lors de notre étude principale, nous avons observé de nombreux consensus permettant de valider la continuité de l'expressivité non verbale des personnes âgées démentes, que cela soit au niveau de la cohérence des signes non verbaux émis avec les émotions ressenties ou de la pertinence de ceux-ci au fil de la maladie.

Dès lors, il nous a semblé important de réfléchir au poids des mots utilisés pour décrypter l'état émotionnel des personnes âgées démentes : étant à présent entendu que

nous tombons régulièrement d'accord sur les états émotionnels apparents chez ces malades, même à un stade évolué de la maladie, deux questions essentielles restent en suspend :

- la signification (et donc la compréhension) des termes utilisés sera t-elle identique pour les personnes âgées démentes, à qui nous serviront de « béquille verbale » afin de verbaliser les émotions que celles-ci nous suggèrent ?
- l'équipe pluridisciplinaire elle-même s'entendra t-elle sur une acception commune pour évoquer l'état émotionnel que leur inspire un patient dément ?

En marge de notre étude principale, il nous a donc paru pertinent d'effectuer un axe de recherche complémentaire en proposant une **étude lexicale en trois parties** :

- En reprenant les douze termes proposés dans notre fichier d'expérimentation (désespoir, excitation, angoisse,...), nous avons demandé à des personnes âgées atteintes de démence modérée, résidant en structure gériatrique, de définir et commenter à leur façon ces termes. Nous analyserons alors les propos émis, afin de dégager les consensus sémiologiques spécifiques à cette population âgée.
- Une analyse lexicale identique a été proposée cette fois à un échantillon de 100 élèves aides-soignants (Ecole du Sud-Est à Lyon) afin de mettre à jour là aussi une éventuelle spécificité de leurs définitions de par leur formation professionnelle. Nous souhaitons connaître le sens accolé à ces états émotionnels, largement employé dans le secteur gériatrique, afin de percevoir si celui-ci est approximativement identique pour cette population, ou bien s'il existe au contraire des disparités importantes.

Nous n'avons effectué cette analyse lexicale qu'avec une des trois populations étudiées précédemment, mais cette étude annexe mériterait à notre sens une recherche ultérieure plus approfondie, incluant alors les psychologues et les infirmiers, dans le cadre d'une étude comparative.

- A la suite de ces analyses lexicales, nous présenterons alors un partenariat effectuée avec un service de maintien à domicile lyonnais dans le cadre d'une mise en application pratique de nos enseignements : la recherche de l'élaboration d'un *langage commun* constitue le fil conducteur de cette « recherche-action », adressée aussi bien aux personnes âgées vivant à domicile pris en charge par les service de soins, à leurs proches et aux soignants eux-mêmes.

2-1- Travail de définition lexicale auprès de personnes âgées :

Définitions personnelles proposées par un groupe de résidants d'une Maison de retraite et d'un centre de Long Séjour lyonnais.

Cette étude, en marge de notre recherche, a été effectuée auprès de personnes âgées atteintes de Démence Sénile de Type Alzheimer au stade modéré (13 < M.M.S.

<25), vivant en institution gériatrique.

L'objectif consistait pour nous de laisser la parole aux résidents concernant la définition des termes utilisés dans notre recherche, afin de connaître le sens que revêtent pour eux les termes fréquemment utilisés à leur égard, ainsi que de comparer leurs définitions avec celles émises par le personnel soignant interrogé dans notre étude et d'en dégager d'éventuels écarts de sens.

Nous avons recueilli ces définitions à l'occasion d'ateliers mémoire, animés sur nos lieux de travail durant une année ; ces ateliers regroupaient environ huit personnes par séances, et deux à trois termes étaient définis à chaque rencontre.

Le centre de Long Séjour dans lequel nous avons effectué cette étude est un établissement privé à but lucratif, accueillant une population relativement aisée, à même de financer le coût élevé de l'hébergement. La maison de retraite, quant à elle, est un établissement privé à but non lucratif, habilité à l'aide sociale, accueillant des personnes d'horizon social plus varié. Nous précisons cette nuance car elle introduit des variations dans la richesse et la pertinence des mots usités, probablement liées au niveau de culture générale des personnes interrogées.

Nous nous sommes attaché à retranscrire littéralement les propos énoncés par les résidents, en n'effectuant aucune modification ou intervention sur le fond. Nous proposons enfin pour chacun des termes proposés une lecture comparative avec les définitions proposées par *Le petit Robert*.

La crispation

M.de R. (maison de retraite) : C'est quand on cherche un mot et qu'on ne le trouve pas.

On s'arrête de plaisanter, on est tendu, on a les nerfs en boule. C'est parce qu'on est contrarié, parce qu'on attend quelque chose ou quelqu'un qui n'arrive pas. C'est la déception qui nous crispe.

On est crispé quand quelqu'un nous dit du mal, quand on n'a pas supporté la conversation.

Il faut attendre que ça passe. Cela peut être provoqué par la peur, par exemple être surpris par l'orage, vivre un tremblement de terre, des inondations.

On est énervé, contrarié. C'est quand quelqu'un nous surprend. Par exemple, avoir peur la nuit parce qu'on entend des bruits.

On est aussi crispé quand on est toute la journée rivée sur un fauteuil, que l'on voudrait s'en aller et que l'on ne peut pas.

On a un visage tendu, morose ; on est renfrogné, pas souriant, on serre les dents, on ne dit plus rien. On est crispé quand on nous dit des choses méchantes ou par exemple quand on veut prendre le train et qu'on le manque.

C'est quand on essaye de nous faire faire quelque chose qu'on n'a pas envie de faire ou qui nous fait peur.

On peut enfin être crispé quand on n'ose pas dire les quatre vérités à quelqu'un.

L.S. (long séjour) : C'est le contraire de la sérénité ; être en colère, dans un état de nervosité. On a des mouvements de bras, des tremblements. On est peureux, tendu ; nos rides deviennent apparentes. Notre visage est grimaçant, nous avons un regard inquiet voire furieux.

Petit Robert : 1- Mouvement d'agacement, d'impatience, d'irritation. 2- Contraction involontaire, brusque et courte des muscles.

Antonyme : Détente.

Le détachement

M.de R. : Ca veut dire que l'on ne se parle pas, on devient indifférent ; on ne s'intéresse plus aux questions qui nous passionnaient il y a quelques temps. On ne pense à rien, on se détache de tout ; on a un visage triste, on est bien fatigué, on se laisse aller. Les yeux sont ailleurs, dans le vague. On ne montre aucune marque d'intérêt, quelque soit le sujet traité. Cela peut être provoqué par la lassitude, la déception. On est malade.

Ici, on s'est détaché du passé, de notre lieu de naissance, de nos appartements. Quand on a perdu un proche, on ne s'en remet pas et on reste détaché par rapport au reste du monde.

On peut aussi se détacher de quelqu'un qui nous a fait du mal : on ne lui fait pas de mal en retour mais on se détache ; c'est quand même une punition si on avait l'habitude de le voir souvent. Cela peut concerner quelqu'un qu'on a aimé et qu'on délaisse.

L.S. : C'est le fait de ne pas s'intéresser aux choses, être ailleurs. Ne plus connaître quelqu'un, avoir un regard vague, perdu, des pensées évasives. C'est manquer d'assurance, de la timidité. Cela peut être signe d'égoïsme : ne plus porter d'intérêt aux choses par manque de curiosité. On est calme, on pense à autre chose.

Petit Robert : 1- Abandon, renoncement. 2- Désintérêt, indifférence, insensibilité. Désinvolture, insouciance

L'étonnement

M. de R. : C'est quand quelque chose arrive et qu'on ne s'y attend pas, ou alors une découverte. On est surpris par un événement inattendu. On est étonné d'apprendre une nouvelle comme la réussite à un examen. Si la nouvelle est bonne (un mariage, un baptême), on est joyeux.

On est étonné quand une visite imprévue arrive : cela nous fait plaisir. Lorsqu'on est très étonné, on peut être abasourdi, stupéfait. Notre visage est alors en réflexion, on ouvre de grands yeux ; on a l'air de chercher quelque chose, une solution.

L.S. : C'est l'ébahissement, être surpris par un événement. On a l'air inquiet, on bredouille. Notre visage rougit, se contracte et devient tremblant. On a des yeux grands ouverts, nos dents se serrent, on n'y croit pas. On est méfiant.

Petit Robert : 1- Surprise causée par quelque chose d'extraordinaire, d'inattendu. Ahurissement, ébahissement, stupéfaction, surprise.

Antonyme : Indifférence.

Le mécontentement

M. de R. : Etre triste, ne pas être gai à cause d'une déception ou d'un malheur. On n'est pas heureux parce qu'on n'attendait pas ce qu'on a eu. Par exemple, être mécontent de la nourriture qu'on nous donne, être mécontent de se coucher trop tôt, attendre un succès à un examen et voire arriver un échec...On peut aussi être mécontent quand on devait aller faire une promenade et qu'on n'a pas pu y aller car il s'est mis à pleuvoir ou quand on attend quelqu'un de sa famille qui ne vient pas.

On fait la tête, on fait triste mine, on a le visage crispé, renfrogné, contracté. On a une mine sombre, pas joyeuse.

L.S. : C'est quand on est pas d'accord avec ce qui se passe et que l'on accepte pas les choses qui nous arrivent.

On éprouve du mécontentement quand, par exemple, on a froid et qu'il n'y a pas de chauffage, ou encore quand on a faim et qu'il n'y a rien à manger.

Le mécontentement, c'est quand quelque chose n'est pas dans les idées, comme la guerre entre les arabes et les juifs qui ne sont pas d'accord et qui s'entretue. C'est aussi quand les événements ne se passent pas comme on le désirait, on est en colère, comme quand une personne est en retard et qu'elle nous fait attendre pour le repas. C'est également quand ça ne va pas comme on le veut avec la nourriture qui n'est pas satisfaisante et que l'on ne nous donne pas de vin à table. Cela peut aussi correspondre au fait que c'est discordant avec ce que l'on rêve, comme quand on annonce une réunion et qu'elle n'a pas lieu ou encore quand les progrès médicaux ne suivent pas les annonces de médecins. Enfin, le mécontentement peut apparaître quand on a le nez qui coule et que l'on n'a pas de mouchoir.

Petit Robert : Sentiment pénible d'être frustré dans ses espérances, ses droits. Déplaisir, insatisfaction. Sujet de mécontentement : chagrin, contrariété ennui.

Antonyme : Contentement, plaisir, satisfaction.

La sérénité

M. de R. : Le calme de l'esprit, le repos du guerrier, la tranquillité. C'est l'absence de soucis ou de tracas, être sûr de ses choix.

On est serein quand il y a de l'agitation autour de nous et que nous contrastons par notre calme. On est dans un milieu qui nous convient.

Parfois, la sérénité peut être troublée par des conversations animées, des paroles violentes et véhémentes, des « cris de hiboux »...Une mauvaise nouvelle peut engendrer l'inverse de la sérénité : agitation, inquiétude, voire fureur...

Quand on est serein, on a un visage apaisé, calme, détendu. On est souriant, gracieux, aimable. Il y a une absence d'angoisse.

Il faut pour être serein ne pas avoir de soucis, dormir tranquille, avoir de bonnes

lectures, être bien entouré et avoir un milieu agréable à vivre.

Il faut se laisser aller au bonheur.

L.S. : Etre calme, avoir envie de dormir, être au repos. On est assis bien tranquille dans son fauteuil. Notre attitude et notre figure sont détendues. C'est la quiétude.

Petit Robert : Calme, égalité d'âme. Caractère d'un jugement serein (paisible, tranquille), objectif.

Antonyme : Agitation, émotion.

La gaieté

M. de R. : On est gai quand on est au milieu de la jeunesse, quand on nous adresse de joyeux sourires, quand il y a un beau soleil ; c'est être riant, content de vivre, quand on a une bonne santé ; c'est quand on a des problèmes d'argent ou de famille et que tout s'arrange bien, ou quand quelqu'un a été bien malade et qu'il s'en sort : c'est un miracle !

C'est quand on n'a plus de soucis, quand tout va bien et que tout se passe comme on le désire ; quand on est dans une assemblée heureuse, quand on apprend des bonnes nouvelles comme par exemple une naissance ou un mariage.

On est gai quand on voit des personnes qu'on n'a pas vu depuis longtemps, quand une maman qui habite en campagne vient voir ses enfants en ville ou quand on partage un bon repas en famille.

Quand on est gai, on a un visage détendu, épanoui ; nos yeux sont brillants, lumineux.

C'est quand on n'a pas d'ennui, pas de soucis, lorsqu'on apprend une bonne nouvelle comme la naissance d'un arrière petit-fils. C'est être content, souriant, heureux ; c'est le contraire de la tristesse, de la colère et de la morosité.

On est gai quand on danse parce qu'on a la santé et que la musique nous entraîne. On est gai lors d'un repas de famille, d'un mariage ou de l'anniversaire d'un des enfants.

Quand on va avoir la visite de gens qu'on aime bien, ça nous met du baume au cœur. Quand on broie du noir et qu'on a le cafard, ça nous fait plaisir lorsque des gens nous font des compliments, nous encouragent : ça chasse le cafard.

Quand les enfants viennent nous chercher et que l'on peut sortir dans la famille, on retrouve le sourire. On est gai quand un enfant vient, car ça se reporte tout sur lui quand on n'a plus d'autre famille.

L.S. : Avoir de la joie, du plaisir. Avoir envie de rire, être content. Avoir le sourire, du bonheur. Etre épanoui, heureux ; avoir les yeux pétillants et grands ouverts. Etre détendu, avoir confiance en soi. On chante, on est aimable et accueillant pour les autres.

Petit Robert : Etat ou disposition des êtres qu'animent le plaisir de vivre, une humeur riante. Alacrité, allégresse, enjouement, entrain, hilarité, joie, jovialité, jubilation, vivacité.

Antonyme : Chagrin, mélancolie, tristesse. Ennui.

L'abattement

M. de R. : C'est une grande fatigue, lorsqu'on ne réagit plus. Par exemple, quand on a couru ou quand on a des problèmes qui nous empêchent de dormir. On est parfois très fatigué en fin de journée quand on a une grande maladie ; on est ni bien, ni mal, on n'a plus de courage.

On peut être abattu quand on perd quelqu'un de notre famille ou un être cher. On est sans force, on est morose. On n'a pas le courage de réfléchir, on n'est vraiment pas gai ; on souffle, on est triste. On peut être abattu d'apprendre une mauvaise nouvelle.

On dit toujours « il ne faut pas se laisser abattre, se laisser aller », car autrement on ne peut plus remonter la pente ; on se laisse décourager.

On n'est pas souriant, on a les yeux pensifs, on n'a plus le courage de rien.

On est abattu le matin en se levant et le soir en se couchant : on est fatigué de ne rien faire.

Etre sans courage, avoir trop travaillé. On est abattu quand on est malade, quand on a de la température ou quand on a trop couru.

Etre triste, fatigué ; on n'a pas d'entrain, il y a quelque chose qui ne va pas : on peut être abattu par une mauvaise nouvelle, comme par exemple quand on nous met dans une maison de retraite.

C'est quand on a de la peine ou quand on n'a pas maintenu ses forces : on n'a plus de muscles, on a fait trop de travail à la fois. Mais quand on ne travaille plus, on s'ennuie parfois : quand on travaillait, on était moins abattu car maintenant on est abattu de trop réfléchir. On est morose, on ne veut plus rien faire.

C'est quand on n'est content de rien du tout. On a le visage pâle, triste et blême, on a des difficultés à respirer.

On peut être abattu quand le kiné nous apprend qu'on ne remarchera plus.

On est de mauvaise humeur, on pleure ; on est très ennuyé par une contrariété, mais on essaye de réagir.

L.S. : C'est de la tristesse. On est fatigué, éreinté. On ferme les yeux, on se met dans son fauteuil, on est assez ennuyé. On ne s'intéresse pas aux autres, on peut être grognon. Notre voix s'assourdit, devient nerveuse. On n'a plus de réaction, on est dans le doute.

On n'a plus envie de bouger. On est abattu parce qu'on a été grondé, parce qu'on a appris une mauvaise nouvelle ou à la suite d'une déception.

Petit Robert : 1- Grande diminution des forces physiques. Affaiblissement, épuisement, faiblesse, fatigue, lassitude, prostration, torpeur. 2- Dépression morale, désespoir calme. Accablement, affliction, consternation, découragement, dépression, désespoir, écoëurement, effondrement, neurasthénie.

Antonyme : Energie, excitation. Exaltation, joie.

Le désespoir

M. de R. : C'est une grande tristesse, souvent liée à un manque ; il s'exprime essentiellement par des larmes. On est désespéré quand on ne croit plus en rien, quand on est trop angoissé. Par exemple, on le ressent quand on perd son travail ou à l'occasion d'un deuil. On ressent un grand isolement. La solitude peut entraîner du désespoir quand on ne trouve personne en face de soi pour répondre à notre attente.

C'est ne plus rien espérer, être amer, voir tout en noir.

On le remarque au visage, à son expression triste. On ne fait que se plaindre car on est très ennuyé.

On est anéanti, déçu, on n'a plus goût à rien, on se sent isolé.

On ne peut pas rester toujours dans le désespoir, car autrement on ne s'en sortirait pas et alors il n'y aurait plus que la mort, il n'y aurait plus rien à faire. On peut faire aussi une dépression.

Un petit brin de soleil et nous voilà repartis : c'est l'annonce d'une bonne nouvelle, d'une chose positive comme une naissance ou un mariage...

Sortir d'une dépression, cela demande beaucoup de temps, d'énergie et d'affection autour de soi.

L.S. : C'est quand rien ne va comme on le désirait, quand on ne voit pas de solution dans une affaire qui n'a pas de fin, ou que rien ne va comme on le voudrait. Le désespoir, c'est le manque de confiance en soi et en l'avenir, c'est lorsque l'on ne compte plus sur rien.

On peut être désespéré, par exemple, quand on voit qu'il y a un renoncement aux idées auxquelles on tenait. Lorsque l'on est malade et que l'on ne voit pas ce que l'on peut faire pour nous rendre plus solide et valide. En effet, la mauvaise santé est un facteur de désespoir. On peut aussi être désespéré quand on perd un être cher, ou encore de rester ici plutôt que de rentrer chez soi.

Lorsque l'on est désespéré, on se sent triste, on renonce, on est sans ressort et on ne rebondit pas, on s'apitoie sur nous, on se sent serré, mal en point.

Par désespoir, on peut renoncer à une vie normale en abandonnant ses fonctions et son travail. On peut même aller jusqu'au suicide.

Le désespoir, c'est abandonner tout ce que l'on aurait fait si on n'avait pas été désespéré, c'est à dire renoncer à notre vie prévue, car le désespoir abouti au renoncement.

Petit Robert : 1- Perte d'un espoir ou de tout espoir. Etat de celui qui n'a plus d'espoir. Désespérance. 2- Affliction extrême et sans remède. Chagrin, désolation, détresse.

Antonyme : Confiance, espérance, espoir, joie. Consolation, joie.

La douleur

M. de R. : C'est lorsqu'on souffre intensément ; la douleur peut être de deux sortes : physique ou morale.

C'est quand on est mal dans sa peau, quand un organe nous fait souffrir.

La douleur la plus intense, c'est la perte d'un être cher, ne plus être aimé par son amoureux. Là, la douleur est trop forte : c'est quelque chose d'incompréhensible, on n'arrive pas à la partager.

On se sent alors seul, abandonné, on a besoin d'affection, d'être épaulé par quelqu'un, avoir une présence qui éventuellement pourrait partager notre douleur.

Etre malheureux par manque d'amour, c'est une horreur. Physiquement, on se sent amoindri, diminué. On est triste, notre visage est pâle et tourmenté, on pleure.

On est crispé, maussade. On ne sent pas très bien, alors on s'éloigne, on s'isole ; on ne supporte pas d'avoir du monde autour de soi. On se replie sur nous-même car c'est une réaction de douleur profonde et secrète.

On n'étale pas sa douleur car c'est personnel ; on a besoin de se replier sur sa peine.

L.S. : C'est quand on a mal quelque part. c'est un synonyme de la souffrance.

On peut avoir une douleur au cerveau : l'état de folie. C'est par exemple, quand on ne peut plus arriver à faire une définition. C'est l'amnésie, quand on a oublié et que les cellules du cerveau ne fonctionnent plus. Il y a aussi la névralgie qui correspond à une inflammation des méninges.

La douleur est due à une blessure, un mauvais fonctionnement de l'organisme si on reçoit un coup.

La douleur psychologique, elle, peut être, par exemple, quand on oublie ce qui c'est passé, que l'on ne se souviens plus du nom de ses enfants, de ses parents, de l'endroit où on se retrouve.

On éprouve de l'angoisse, de l'inquiétude, quand un petit chien est malade et que l'on ne peut pas le soulager.

La souffrance est morale et la douleur est physique.

Quand on éprouve de la douleur, on est crispé, tendu, angoissé, on dit aïe, on fait des grimaces, on crie et on se plaint beaucoup.

Synonyme de souffrance, cela ne s'explique pas : cela se ressent. On peut évoquer l'amplitude de la douleur : par exemple, une crampe peut gêner un petit peu ou aller jusqu'à raidir la jambe.

Quand on a mal, on prend des calmants, des remèdes ; on se repose et on se frictionne. On est parfois obligé de supporter la douleur. Alors parfois, on pleure, on est patraque. On se plaint car ça soulage.

On a le visage triste, les joues se creusent ; tout change : on est maladif, anxieux, notre teint est blanc, notre respiration devient rapide, les larmes nous coulent des yeux.

Nos yeux sont fatigués, las et parfois affolés ; les paupières se gonflent, nos traits se crispent.

La souffrance peut être morale (avoir un deuil, un chagrin, une absence dans la famille) ou physique (une brûlure, un corps au pied, un mal de dos).

Lorsqu'on souffre, il est bon d'avoir des amis à qui l'on se confie, pour parler de ses ennuis.

Petit Robert : 1- Sensation pénible en un point du corps (extérieur ou intérieur). Souffrir. Plainte. Mal. 2- Douleur morale, sentiment ou émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins. Affliction chagrin, déchirement, deuil. Blessure, plaie.

Antonyme : Euphorie ; bonheur, joie, plaisir.

La désorientation

M. de R. : C'est ne plus savoir où l'on est ; on nage un petit peu. Notre mémoire est oubliée : on ne souvient par exemple plus de quel jour on est. Ne plus avoir de sens ; il y a des mots qui ne veulent plus passer.

On est tout désorienté quand on n'a plus de vie de famille.

La désorientation peut être produite par l'angoisse : on a plein d'idées dans la tête qui ne sont pas normales. On s'imagine des choses qui n'existent pas. C'est aussi avoir des pertes de mémoire, comme le fait de ne pas se reconnaître entre nous, ne plus se rappeler où nous vivons. On a peur de se perdre quand on ne trouve pas sa chambre.

Cela peut être dû à un sentiment de faiblesse ou à l'ennui.

On a peur de ce qui ne se passe plus dans la tête. On est bien malheureux, on se sent isolé. Nos battements de cœur s'accélèrent.

Etre désorienté, c'est ne plus avoir d'espoir, avoir perdu ses repères. C'est le chagrin de ne plus être ce que l'on était.

L.S. : C'est quand on ne sait plus où l'on est, quand on a perdu le Nord : on n'a plus qu'à aller au Sud !

On est angoissé, on ne sait plus se diriger ; c'est quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il dit, ce qu'il fait. Quelqu'un qui cherche son chemin, qui est perdu. Quand on est désorienté, on ressent une peine immense ; c'est quand on perd la mémoire ou quand on a un immense chagrin lié à un deuil.

Petit Robert : Qui ne sait plus où il en est, ce qu'il doit faire. Dépaysé, embarrassé, hésitant, indécis, perdu.

L'angoisse

M. de R. : C'est quand on est ennuyé par quelque chose qui nous prend, nous empêche de respirer, par exemple quand on nous annonce une mauvaise nouvelle.

Certaines personnes sont angoissées quand elles s'ennuient. On la ressent aussi généralement quand on craint un événement, quand on est malheureux. Quand on est anxieux, c'est qu'on est encore plus tourmenté.

L'angoisse est une peur envahissante, absolue. Elle nous fait pleurer. On essaye de s'en libérer en pensant à autre chose, en essayant de se distraire et de rire.

Quand on est angoissé, on amplifie ses problèmes et on les attend : par exemple, on est angoissé quand on doit aller passer une visite médicale, car on appréhende le résultat et ce qui va devoir être fait.

On est souvent angoissé dans l'attente, ça nous rend mal à l'aise, ça nous prend, ça nous étouffe.

Il faut aller chercher sa respiration très loin.

L.S. : C'est une peur irraisonnée, un sentiment de stress ; par exemple, cela se produit quand on a ses enfants sur les routes ou quand quelqu'un est malade autour de soi. C'est ne pas savoir ce qui va se passer, être mal dans sa peau, avoir peur du futur. Cela peut être aussi ne pas savoir quoi répondre...

Ce sont des idées qui forment une situation stressante, quand on va chez le médecin ou bien quand on attend des résultats. On a peur de la maladie, peur de manquer d'argent, on a peur de se sentir responsable de quelque chose.

Quand on attend quelque chose qui tarde à venir, c'est un tourment. On a peur du lendemain, on ne sait pas ce qui va se passer par la suite.

On ne s'angoisse de rien quand on se fiche de tout.

Quand on est angoissé, on a une façon de parler triste et rapide. On est nerveux, on ne nous comprend pas bien. Il n'y a pas de suite dans nos raisonnements ; on ne parle plus car il n'y a que notre idée fixe qui nous perturbe. On est mal à l'aise et on n'est pas à même d'écouter les autres, de s'y intéresser. On a les yeux fuyants, vagues, inquiets. On est dans un tourment intérieur. On a la gorge serrée, la respiration est haletante et on ne salive plus.

Petit Robert : Malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée (gorge serrée). Anxiété, inquiétude, peur.

Antonyme : Placidité, sérénité, tranquillité.

L'excitation

M. de R. : Ce sont des personnes très nerveuses, qui passent leur temps à remuer les mains dans tous les sens. C'est être agité, protester pour tout et rien.

Déranger son entourage, énerver les gens en étant soi-même énervé. Crier tout le temps.

On peut aussi être excité quand on reçoit des nouvelles d'une lointaine amie, qui nous invite à son mariage, ou bien lorsqu'on fait une bonne rencontre.

Mais c'est souvent quand on nous dit des choses désagréables, quand on est contrarié car les choses ne se passent pas comme l'on voudrait.

L'excitation est très souvent négative car elle se traduit par une agitation superflue ;

par exemple, on peut faire des bêtises comme casser la vaisselle dans un coup de colère, car cela fait beaucoup de bruit et cela coûte cher.

L.S. : C'est de la nervosité qui se produit quand quelque chose nous inquiète. Mais cela peut aussi se produire pendant un moment de liesse, un événement heureux, comme par exemple quand quelqu'un nous promet de faire un voyage.

C'est quelque chose qui peut nous exciter positivement ou bien au contraire nous inquiéter.

Cela peut se produire quand on a trop bu, quand on est en colère, quand on nous embête, quand on attend un résultat. De toute façon, c'est quand on n'a plus le contrôle de ses nerfs.

On est excité quand on est en attente, la plupart du temps pour un événement heureux, comme par exemple à l'occasion d'une naissance ou d'un mariage. On a toujours un petit peu d'inquiétude lors d'un événement heureux car on aimerait que cela se passe bien.

Ce mot a un double sens : on peut être excité d'inquiétude ou bien excité de bonheur.

On est excité quand on se demande comment quelque chose va se produire.

On peut le manifester en tapant du pied, en ayant le cœur qui bat, en sentant des pulsions ; on ne reste pas en place, on va et vient. Le visage est rouge, ou au contraire tout pâle ; on est crispé. L'excitation, cela fait monter le sang. Les yeux sortent de la tête et les gestes sont plus ou moins contrôlés. On est stressé car on n'est pas soi-même. C'est quelque chose de renversant, un sentiment qui nous envahit.

Cela peut se produire lorsque l'on a la perspective d'un événement agréable, comme Noël, ou bien tout simplement un match de foot ou une lettre qu'on attendait qui est arrivée.

Petit Robert : Etat de celui qui est excité, accélération du processus psychique. Agitation, animation, énervement, fièvre, surexcitation trouble. Ardeur, désir, émoi. Exaltation enthousiasme.

Antonyme : Adoucissement, apaisement ; calme, dépression, flegme, tranquillité. Inhibition.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces définitions proposées lors de ces séances d'atelier mémoire ?

Tout d'abord, nous sommes surpris par la pertinence de certaines réflexions, appuyées la plupart du temps par des exemples quotidiens éclairants. Les personnes interrogées puisent dans leur expérience de vie des illustrations à leur propos, en se référant très fréquemment aux étapes marquantes de leur existence : mariage des enfants, deuil de proches, naissances :

« *On est gai quand on voit des personnes qu'on n'a pas vu depuis longtemps, quand une maman qui habite en campagne vient voir ses enfants en ville ou quand on partage un bon repas en famille.* »

De même, leur quotidien en institution gériatrique est souvent évoqué, de manière

plus détournée, dans leurs aspirations ou dans les contraintes de la vie en collectivité :

Le mécontentement, c'est également quand ça ne va pas comme on le veut avec la nourriture qui n'est pas satisfaisante et que l'on ne nous donne pas de vin à table. (...) Enfin, le mécontentement peut apparaître quand on a le nez qui coule et que l'on n'a pas de mouchoir.

Aussi, nous constatons une tendance particulière à s'étayer sur les changements physiques, notamment au niveau de l'expression du visage, pour compléter la définition d'une émotion :

« La douleur, c'est quand on a le visage triste, les joues se creusent ; tout change : on est malade, anxieux, notre teint est blanc, notre respiration devient rapide, les larmes nous coulent des yeux. »

« Nos yeux sont fatigués, las et parfois affolés ; les paupières se gonflent, nos traits se crispent. »

Si nous effectuons un comparatif avec les définitions fournies par les professionnels de soins, cette remarque semble spécifique aux personnes âgées : dans leur rapport aux autres, elles sont donc vigilantes et attentives aux modifications non verbales constatées ; l'outil non verbal semble ainsi constituer pour elles un critère fiable d'évaluation, tant il est pointé comme un support majeur pour percevoir les changements émotionnels.

Nous notons certaines formes d'humour, faisant parfois penser à de l'autodérision, ainsi que l'emploi fréquent de formulations imagées :

« La désorientation, c'est quand on ne sait plus où l'on est, quand on a perdu le Nord : on n'a plus qu'à aller au Sud ! »

« On peut avoir une douleur au cerveau : l'état de folie. »

Enfin, nous remarquons des allers-retours fréquents entre l'utilisation du « nous » ou du « on », lorsqu'elles se sentent particulièrement impliquées par les réponses ou les exemples fournis, et l'emploi de pronoms impersonnels lorsqu'une distanciation semble nécessaire avec les propos émis :

« La désorientation : On est angoissé, on ne sait plus se diriger ; c'est quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il dit, ce qu'il fait. ».

Nous constatons ici l'aspect apparemment défensif d'une telle tournure de phrase.

2-2- Travail de définition lexicale auprès de professionnels ayant participé à l'étude principale

Afin de connaître le sens que revêtaient les termes employés lors de l'étude principale pour les personnes expérimentées, il a été demandé à 100 personnes environ ayant participé à l'étude de 'définir les douze états' proposés pour le premier item, soit :

Sérénité.

1.

Crispation.	2.
Désespoir.	3.
Désorientation.	4.
Douleurs physiques.	5.
Angoisse.	6.
Détachement	7.
Etonnement	8.
Gaieté	9.
Abattement	10.
Excitation	11.
Mécontentement	12.

Plusieurs définitions pouvaient être données.

Ce travail nous semble éclairant, de part la diversité des réponses fournies.

Les réponses peuvent être classées en quatre types :

- 1- Les définitions par un mot synonyme (ex : sérénité = calme)
- 2- Les définitions au sens linguistique ou 'action de définir' ou 'énoncé servant à définir' (ex : sérénité = Etat psychique de bien-être).
- 3- Les définitions par la négation de l'état contraire qui tournent un peu en rond (ex : le désespoir = ne plus avoir d'espoir, que retient aussi le dictionnaire Robert en première définition mais aussitôt suivie de 'affliction extrême et sans remède').
- 4- Il y a enfin les définitions qui parlent plus des critères qui ont servi à choisir l'état (ainsi excité = parle vite) et qui se polarisent plutôt sur les effets.

1^{er} terme : Sérénité

Tableau 22 : Définition de la sérénité par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

SERENITE	
Calme	27
Tranquillité	6
Paisible	2
Calme dans son corps et dans sa tête	1
Apaisement	4
Détendu	1
<i>Etre bien (ou bien-être)</i>	14
<i>Bien-être global</i>	1
<i>Etat psychique de bien-être</i>	1
<i>Etre bien dans sa peau</i>	1
<i>Sagesse</i>	1
<i>Etre bien en soi</i>	1
<i>Etre zen</i>	2
Réalisme, voir la réalité en face	2
Etre sûr de soi	2
Etre sûr de ce que l'on dit	2
S'exprimer clairement	1
Paix avec soi-même	2
Bonheur	1
Etre égal à soi même	1
Etre sincère	2
Etre à l'aise	3
Etre reposé	3
Se rappeler de tout	1
Etre posé	4
Sensation de lucidité	3
Etre conscient de ce que l'on fait ou de ce que l'on dit	1
Etre bien dans sa tête	1
Douceur	1
Ne pas avoir d'inquiétude	1
Voir clairement	1
Cohérent	2

Nous avons vu que dans l'expérimentation, la sérénité est l'état qui recueille le plus de réponses : pour les personnes âgées témoins, le consensus sur sérénité est massif, mais aussi pour les personnes atteintes d'Alzheimer modéré et c'est encore le deuxième choix pour les personnes atteintes d'Alzheimer 'sévère' (après désorienté).

Le consensus sur la définition s'avérait donc déterminant.

43% des personnes testées définissent sérénité par le qualificatif **calme** (ou définitions connexes telles tranquillité), ce qui est d'ailleurs la définition courante des dictionnaires.

Dans le cadre de notre étude, cette simple mention pose un peu problème car il

faudrait savoir, notamment 'sans le son', si la définition est 'réversible' à savoir si les personnes sont jugées 'sereines' parce que 'calmes' (ce qui nous semble insuffisant) ou si on veut signifier que parce qu'elles sont 'sereines', il en résulte qu'elles sont calmes (entre autres).

Ceci pour souligner que le bloc de réponses qui s'articule autour de la définition de **bien-être** (Cf. notion de santé pour l'OMS), tel 'état psychique de bien-être' et qui représente près de 22% des réponses, nous semble plus riche (la définition par calme tend à aplatir la notion de sérénité, à l'appauvrir, dans le contexte de l'expérimentation).

Enfin, comme pour toutes les définitions, certaines réponses telle 'être sincère' demanderaient d'être discutées.

Deuxième terme : la crispation

Tableau 23 : Définition de la crispation par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

CRISPATION	
Angoisse	2
Sans relaxation	1
Renfermé	1
tendu	14
raideur ou tension physique (des muscles)	4
raideur ou tension physique (des muscles) lié ou accompagnée d'anxiété...	2
Blocage physique ou psychologique	1
repli musculaire ou moral	1
Corps rigide	2
Rester sur place sans bouger	1
Se raidir devant quelque chose	7
Avoir peur	5
Faire une grimace	1
Bouger pendant la question	1
Enervé	2
Frustré	1
Avoir peur de s'exprimer	1
Etre mal à l'aise	6
Peur d'aller au - delà	1
Sensation de gêne due à la peur	1
Contracté	2
Constipé	1
Impatience	1
Nervosité pour certaines questions	1
Etre gêné par rapport à la question	2
Se méfier	1
Stress	8
Se replier sur soi-même	1
Nervosité	2
Etre bloqué	1
Tétanisé	1
Sur la défensive	1
Angoisse qui se répercute sur une attitude stressée	1
Manque de confiance en soi	1
Coincé	1
Appréhension	1
Raide	1

L'état de crispation donne lieu à un fort **émiettement** des définitions.

Si crispation = **tendu** représente le premier consensus, juste après vient 'stressé' qui sera aussi, nous le verrons, la deuxième définition du terme 'angoisse', sans que cet

oscillation entre description au contenu physique et le mot un peu 'fourre tout' de stress ne fasse de ce mot un terme précis et consensuel.

Dans l'expérimentation, la crispation est un état qui a donné lieu à un consensus en troisième position pour les cas des personnes âgées témoins et d'aucun consensus chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer modéré ou sévère, ce qui méritait d'être noté.

Troisième terme : le désespoir

Tableau 24 : Définition du désespoir par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

DESESPoir	
Mal -être	2
Raconter les moments tristes de sa vie	1
Perte de sens	1
vision pessimiste du présent et de l'avenir	1
Sans projet, sans perspective, vitalité atteinte	1
Sentiment profond de manque d'espoir	1
Rien n'est positif	1
vision tout en noir	1
Résignation	1
Peine	1
Perte de l'envie d'exister	1
N'a plus d'espoir	8
Découragé	1
Penser qu'on ne peut plus rien faire	1
Malheureux	5
Vivre dans le néant	1
Triste, mais en plus intense	2
Perdu	1
Anéanti	3
Perte de goût de vivre (plus de goût à rien)	2
Perte de toute ambition	1
Pessimisme	2
Renoncer	1
Baisser les bras	3
Triste	8
Ne plus croire en rien	5
Ne plus avoir de pensées positives	1
Avoir envie de mourir	1
Peur de l'avenir et de son état physique	1
Avoir vécu de mauvaises choses, ne pas avoir eu de chance	1
N'avoir plus de goût à rien	2
Avoir de la peine	1
Regret de ne plus être ou de ne plus faire	1
Détresse morale	6
Dépourvu	1
Parler de choses tristes	1
Grande tristesse	1
Ne pas savoir quoi faire et en être triste	1
Souffrance morale	1
Fin du monde	1
Ne pas voir d'issue	1
Mal de vivre	1
Fatalisme	1

Appel au secours	1
------------------	---

Si on exclut l'évidence de désespoir = plus d'espoir, à l'instar de sérénité on trouve en deuxième position un terme qui aplatit, qui minore et appauvrit, le désespoir se définissant d'abord par **triste** et ne vient qu'ensuite un terme plus précis : '**détresse morale**'.

Connexe à triste on trouve ensuite 'malheureux' puis connexe à détresse morale : 'anéanti'.

Triste, pourquoi pas, mais alors comme le précisent deux personnes 'triste, mais en plus intense'.

La grande dispersion des termes pourrait toutefois être regroupée en deux classes, dont :

- Une tendance à une définition minorant la notion (triste, malheureux...) et qui pose problème dans son utilisation car significative d'une tendance à mettre les mots sur le même plan, en gommant les nuances, la gradation, l'effet profondeur.
- La deuxième classe comprend les tentatives de rendre compte de la profondeur de l'affliction, comme : détresse morale, anéanti, vivre dans le néant...

Notons que le terme 'désespoir' n'a fait l'objet d'aucun consensus dans l'expérimentation et qu'il n'est retenu pour aucune population.

Quatrième terme : la désorientation

Tableau 25 : Définition de la désorientation par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

DESORIENTATION	
Répond à côté de la plaque	1
Etre perdu	24
Etre perdu dans le temps et l'espace	4
Parler de tout et de rien sans vraiment faire allusion à la question posée	1
Perdu dans son espace	1
Absente physiquement et mentalement	1
Ne pas savoir ce que l'on dit	2
Parole n'ayant rien à voir avec la discussion	2
Ne pas répondre à la question	1
Agitation	1
Ne plus savoir son âge, ni l'année	1
Ne plus avoir aucun repère familial, ni souvenir de sa vie	1
Tout mélanger	1
Oublier	1
Ne pas pouvoir se repérer dans le temps et dans l'espace	1
Ne pas être dans la réalité (plus de lien avec la réalité)	2
Plus de repère	2
Ne pas se situer	1
Répondre à côté de la question	1
Perdre le sens de tout	1
Avoir des propos incohérents	3
Ne plus avoir sa tête	1
Ne pas reconnaître ni les choses, ni les mots	1
Déconnecté de la réalité	2
Incohérent	1
Troubles du comportement	1
Ne pas savoir où on en est	2
Confusion	1
Incompréhension	1
Ne plus se voir dans le temps	1
Ailleurs	3
Se sentir seul et perdu	1
Attitude physique et morale en décalage par rapport à la situation	1

Dans l'expérimentation, la désorientation apparaît comme deuxième état cité de façon consensuelle pour la population des personnes âgées atteintes de maladie Alzheimer modéré et comme premier état chez les malades 'sévères'.

Rappelons que ce consensus est moindre quand le visionnage s'est réalisé sans son, l'état de désorientation étant moins pointé. La désorientation est d'abord tirée de l'observation du discours verbal.

Pour la majorité, être désorienté, c'est '**être perdu**' sans autre précision. Pour une

petite minorité, désorienté se confond avec **incohérent**.

Cinquième terme : Douleurs physiques

Tableau 26 : Définition de la douleur physique par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

DOULEURS PHYSIQUES	
Avoir mal à une partie du corps	5
Avoir mal physiquement	27
Membres douloureux	3
Etat de mal ressenti dans le corps	1
Atteintes corporelles	1
Douleurs au niveau de l'organisme	2
Souffrance du corps	1
Tremblement et voix grave	1
Souffrance	10
Sensations anormales et pénibles, surtout perceptibles quand on fait un mouvement	1
Atteinte du corps	1
Maux corporels	3
Douleurs du corps dues à une maladie ou non, souffrances dues à une enfance dure (travaux,...)	1
Parler de sa douleur ou faire signe d'avoir mal.	1
Douleur que la personne laisse apparaître dans son comportement	1
Etre malade	2
Asthénie	2
Crispation due à un mal physique	1
Mal dans sa peau	1
Degré de sensation corporelle désagréable plus ou moins intense	1
Pathologie	1

Dans l'expérimentation, 'douleurs physiques' n'a été cité que pour la population témoin des personnes âgées.

Pas de surprise avec cet état, la majorité des personnes testées donnant des définitions proches d' « avoir mal physiquement ».

Dix personnes parlent cependant de 'souffrance' sans la lier au corps.

Sixième terme : l'angoisse

Tableau 27 : Définition de l'angoisse par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

ANGOISSE	
Stressé	14
Peur	23
Frayeur	2
Inquiétude sans savoir pourquoi	1
Etat psychique caractérisé par l'appréhension, la peur	1
Etat dépressif	1
Sentiment de peur	1
Peur de l'inconnu	1
Peur réelle ou supposée d'un objet d'hostilité	1
Se poser des questions inquiétantes	1
Inquiétude +++	1
La peur la plus intense	1
Mal être (moral)	6
Mal dans sa peau	2
Oppressé psychologiquement	3
Crainte	2
Anxiété	4
Tourment	1
La peur de l'avenir, du futur, de la mort	2
Ne pas comprendre la situation	1
Se sentir seul	1
Appréhension	1
Inquiétude qui nous étouffe et qui ne nous lâche pas	1
Se sentir mal à l'intérieur de soi	1
Inquiétude, peur, tourmente psychique non externalisée	1
Détresse	1
Difficulté à se maîtriser	1
Douleur de l'intérieur	2
Douleur morale	1
Etre troublé par quelque chose	1
Mal à l'aise	1
Très inquiet	1
Déprimé	2
Nervosité	1

Angoisse fait partie des termes qui se révèlent être employés comme dans l'usage commun, courant, sans effort d'un 'juste' emploi.

Ainsi, comme serein = calme, désespoir = triste, angoisse = **peur**.

Ainsi, ceux qui ont des difficultés à définir répondent par exemple : Inquiétude +++ (Cf. usage du signe plus dans les cahiers de relève), pointant indirectement que l'angoisse c'est quelque chose en plus de l'inquiétude ou de la peur (au delà de la dimension quantitative) ou une autre souligne 'inquiétude sans savoir pourquoi' s'approchant de la notion lacanienne de 'peur sans objet'.

Enfin, soulignons le retour de la notion de « stress » en deuxième définition comme elle l'était déjà pour l'état de crispation (et qui semble là aussi utilisée dans son usage banalisé).

Si angoisse = peur pour la majorité des participants, cela explique peut-être qu'elle soit si peu cochée dans les expérimentations vidéos.

Septième terme : le détachement

Tableau 28 : Définition du détachement par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

DETACHEMENT	
Se fier de tout	1
Etre ailleurs	9
Eloigné	3
Ne pas s'impliquer	4
Partir dans une autre conversation	3
S'échapper au niveau mentale	1
Ne pas répondre à la question posée	2
Démotivation sans en souffrir	1
Distance	1
Prise de recul	1
Désinvestissement	3
Couper les liens	1
En retrait	3
En dehors de la réalité	1
Désintérêt	20
Ne pas avoir confiance	1
Absence	2
Solitude	2
Dévier la conversation	1
Ne pas écouter	1
Etre lointain	1
Indifférence	3
être dans son monde	1
N'avoir quasiment aucune relation avec le monde extérieur	1
Ne pas regarder son interlocuteur	1
Se moquer de quelque chose, ne pas y faire attention, ne pas réagir	1
Ne pas accorder d'importance	1
Hors de soi	1
Etre à part	1
S'isoler	1
Etre dans un autre contexte	1
N'est plus dans la réalité	2
Découragement	1
Inattention	1
Défaut de concentration	1
Dans la lune	1

Dans l'expérimentation, détachement est un état cité après sérénité et désorientation pour les personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer modéré ou sévère, d'où l'intérêt de savoir dans quelles acceptions du terme (renoncement/abandon ou indifférence/désintérêt) elle était utilisée. Majoritairement le terme est ici utilisé comme marquant le désintérêt, l'indifférence.

Huitième terme : Étonnement

vertu de la loi du droit d'auteur.

Tableau 29 : Définition de l'étonnement par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

ETONNEMENT	
Surpris	46
Ebahi	2
Pris au dépourvu	1
Inattendu	2
Ne pas s'attendre à quelque chose	4
Ravisement	1
Questionnement	1
Interrogation	1
Choqué	1
Douter de soi	1
Se demander quelque chose	3
Ne pas comprendre pourquoi	1
Perplexe	1
Incompréhension	1
Emu	1

Le terme étonnement ne pose aucun problème, il est consensuel, étonné = **surpris**.

Neuvième terme : Gaieté

Tableau 30 : Définition de la gaieté par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

GAIETE	
Etre joyeux (ou joie de vivre)	44
Parler avec enthousiasme	1
Content	8
Plein d'entrain	
Heureux (de sa vie)	16
Sourire	5
Humour	2
Rire	6
Fait sentir sa joie dans ses paroles	1
Prendre la vie comme elle vient	1
Espoir	1
Rire en se remémorant des souvenirs	1
Joie du cœur	1
Bonne humeur	4
Avoir de l'entrain	1
Bonheur	1
Etre bien dans sa peau	1

Comme étonnement, gaieté est un état que la quasi majorité définissent

pareillement : être gai = être joyeux puis être heureux de sa vie.

Dixième terme : Abattement

Tableau 31 : Définition de l'abattement par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

ABATTEMENT	
Mal -être	2
Peiné	1
Désespoir avec notion de fatigue, de lassitude	1
Désespéré	3
Moral au plus bas	1
Désespoir avec notion de fatigue, de lassitude	1
Perte d'élan vital (moins que désespoir)	1
Grande fatigue morale	1
Sans réaction	2
Sans réaction, sans volonté, pessimiste	1
Découragé	2
Se plier contre soi (ou repli sur soi)	2
Déçu	1
Carrément tout lui retombe dessus	1
Tout porter sur ses épaules	1
Déprimé	3
Négatif	1
Vidée	1
Aucun intérêt	1
Lassitude	1
Terrassé psychologiquement	1
S'effondrer	2
Etre blasé	2
En avoir marre	1
Malheureux	2
Fatigue de la vie psychique	2
Triste	9
Se plaindre	1
Épuisé	1
Fatigué	5
Se laisser aller	4
Baisser les bras	3
Souffrance morale ou physique	2
Douleurs de certains souvenirs et même de l'avenir	1
Se poser des questions	1
Se renfermer	2
Sembler à bout	1
Relâchement	1
Ne pas sourire	1
Rester dans son coin	1
Perte de combativité	1
Se laisse vivre	2
Moral à zéro	1
Mal moralement	2

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Dépression	1
Défaitiste	1
Mal dans sa peau	1
Pas de conviction	1

Le terme abattement qui reste un terme fort pouvant concerner l'état physique ou moral, se voit là encore mis en équivalence avec des termes relativement faibles (**fatigué** pour l'état physique et **triste** pour l'état moral).

Tout comme le désespoir dont il partage dans une certaine mesure l'état de gravité, il est d'abord défini par le terme 'triste' qui le minore.

Onzième terme : Excitation

Tableau 32 : Définition de l'excitation par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

EXCITATION	
Etre comme un fil électrique	1
Etre passionné par ce que l'on dit ou ce que l'on écoute	1
Etre énervé	12
Agité	10
Ne pas tenir en place, physiquement ou verbalement	1
Impatiente	1
Stimulus qui rend actif, volubile	1
Agitation désordonnée	1
Joie, allégresse	1
Enervement en négatif ou surinvestissement en positif	1
Tension nerveuse	1
Contentement tout en étant super actif	1
Se réjouir à l'idée de faire quelque chose	1
Accélération au niveau du vocabulaire et des gestes	1
Dynamisme	1
Bouger dans tous les sens	5
Joie	2
Heureux	1
Gestes vifs : vivacité	3
Gesticuler	1
Perturbé	1
Heureux d'avoir quelqu'un à qui parler	1
Etre très heureux d'être là, ou au contraire non, s'énerve	1
Ne pas se contrôler (se maîtriser) totalement	2
Pulsion intensive pour exprimer le contentement ou non	1
Bouger, faire de grands gestes, parler vite	1
Etre euphorique	1
Ne pas tenir en place	5
Parler vite	1
Exaltation	1
Stressé et surpris	1
Plein d'énergie	1
Ne pas être calme	1
En colère	1
Sauter dans tous les sens	1

L'excitation est défini comme un état d'agitation (agité) souvent physique (bouger dans tous les sens ou ne pas tenir en place) ou d'énervement

Beaucoup oscillent entre une perception positive ou négative comme une trace de la notion de réponse à un stimulus en physiologie qui en fait un constat assez neutre de jugement (à la différence d'une définition psychiatrique qui insiste sur le caractère désordonnée donc connecté négativement).

La définition de cet état est ainsi marquée par une grande dispersion qui tendrait à

rendre son utilisation propice aux malentendus et l'usage doit préciser à quelle acception il est fait référence et les critères et descriptifs sur lesquels on se base.

Douzième terme : Mécontentement

Tableau 33 : Définition du mécontentement par 100 professionnels ayant participé à l'étude principale

MECONTENTEMENT	
Bouder	1
N'être pas content	11
Insatisfaction	10
Vouloir dire « non »	1
En désaccord	10
Marque de refus ou désagrément	1
Insatisfaction profonde	1
Tristesse	2
Enervé	3
Emotion désagréable	1
Colère non exprimée	1
Fâché	7
Déçu	2
Ne pas arriver à se faire comprendre	1
Ne pas être heureux, être malheureux	5
Ne pas être satisfait de ce que l'on a vécu dans sa vie	1
Agressivité	1
En avoir ras-le-bol	1
Avoir voulu que sa vie se déroule autrement	1
Ne pas être d'accord avec ce que l'on vit	1
Etre en opposition	1
Colère	12
Désapprouver	1
Contrarié	1
Partir dans d'autres directives	1
Contrariété	1

La première définition du mécontentement est 'en colère' qui cette fois majore le terme et qui montre une réelle difficulté à qualifier avec justesse les différents états.

Si on exclut ensuite 'ne pas être content', l'équivalence proposée ensuite avec **insatisfaction** renoue avec un terme 'de même intensité'

Notons aussi qu'insatisfaction est citée à égalité avec '**en désaccord**'.

L'utilisation de malheureux ou de triste nous semble par contre marquer les limites du fonctionnement par antonymes (content devant être associé avec heureux et gai – qui en serait plutôt les effets - et le contraire mécontent se raccroche quelque peu abusivement au terme contraire de ces associations qui ne sont pas des synonymes).

2-3- Illustration de l'impact de notre recherche dans la pratique : partenariat avec un Service de Maintien à Domicile

En collaboration avec la Fondation Médéric Alzheimer, une recherche-action a été menée courant 2003 auprès d'une vingtaine de professionnels volontaires (aides à domicile, aides-soignantes et infirmières) intervenant au domicile de personnes âgées au sein de l'association SMD (Service de Maintien à Domicile) Lyon.

Ce groupe s'est ainsi intégré dans notre recherche, tout en y ajoutant des volets spécifiques : pour SMD, il s'agissait de sensibiliser ses professionnels au non verbal, traduire la culture de groupe dans sa dimension d'un langage partagé et d'ouvrir sur de nouvelles propositions d'accompagnement. C'est pourquoi nous avons ajouté à la phase de passation des vidéos, une action concernant la définition subjective des termes employés dans notre recherche, ainsi qu'une analyse détaillée des transmissions écrites de ces soignants, à travers leurs cahiers de transmission.

Suite à ce travail d'analyse, de réflexion lexicale et à la sensibilisation à la communication non verbale, un atelier sensoriel hebdomadaire a été mis en place auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer à un stade modéré, par des soignants travaillant d'autres écoutes « décentrées du verbal » et en évaluant les bénéfices de ces nouvelles pratiques sur la qualité de vie des personnes.

Le cheminement et la réflexion en amont sur l'écoute « non verbale », qui a permis in fine la création d'un tel atelier, nous semblent particulièrement intéressants car cela témoigne d'un exemple des débouchés pratiques de la recherche conduite dans le cadre du réseau INSERM « Démence et qualité de vie ».

La richesse de ce partenariat a donné lieu à plusieurs interventions de la directrice du SMD dans les séminaires organisés par Médéric Alzheimer en 2003 et 2004, ainsi qu'à la diffusion d'un article et d'un poster relatant les différentes étapes et enseignements de cette recherche action.

L'étude, qui s'est déroulée sur l'année 2003, a reposé sur différents matériaux et quatre phases méthodologiques. Nous en retraçons les principaux enseignements, exposés dans le rapport final :

1. La série d'observations de vidéos par les professionnels :

Chaque observateur a visionné les trente-six extraits d'entretiens cliniques sans le son, selon les contraintes méthodologiques propres à notre étude. Les réponses fournies par les professionnels ont été intégrées à l'ensemble des données expérimentales de notre recherche.

2. Analyse des termes et recherche lexicale :

Le travail de définition lexicale (définir les douze états émotionnels) effectué auprès d'aides-soignants en école de formation (Ecole du Sud Est, Lyon) a été aussi proposé à l'équipe SMD afin de mettre à jour un éventuel emploi consensuel de ces termes, du fait

de leur cohésion d'équipe.

Riche de 70 observations au total, nous avons pu croiser et comparer les définitions proposées, selon l'existence ou non d'une culture de groupe.

Nous présentons une synthèse des spécificités des réponses émises par les soignants de SMD (une vingtaine de personnes). Chaque personne s'est exprimée par écrit, sans consultation ou débat préalables en équipe, afin de ne pas influencer les réponses :

- La crispation : Contrairement à la dispersion de l'ensemble des réponses, l'équipe de SMD présente un consensus sur ce terme : il s'agit pour la majorité des participants d'un état somatique (raideur, tension, blocage des muscles) ; ce consensus est d'ailleurs en phase avec la définition des dictionnaires, proche de contracture.
- Le désespoir : Les réponses de l'équipe S.M.D. se concentrent autour de la gravité de cet état : *perte de sens ou de l'envie d'exister, vision pessimiste de l'avenir et du présent.*
- Le détachement : L'équipe SMD souligne la notion de prise de recul, de retrait et de désinvestissement.
- L'abattement : L'équipe de SMD souligne la gravité de cet état, en l'associant au désespoir, à la perte de l'élan vital et à une grande fatigue morale.

Les états émotionnels 'négatifs' font l'objet d'un fort consensus sémiologique au sein de l'équipe du SMD, qui expliquerait peut-être la place prise par ces états dans les cahiers de relèves. Cela délimiterait une culture commune de la réparation, du prendre soin et peut-être une 'atrophie' dans la capacité à observer ou échanger sur le bien-être, alors même que grandit l'exigence d'accompagner aussi les personnes âgées dans leur projet de vie, et pour cela de s'appuyer sur les ressources restantes.

3. Analyse des transmissions écrites :

En lien avec l'analyse des vidéos, les « cahiers de relèves » (où sont consignés lors des réunions de l'équipe soignante les faits marquants et les synthèses pour chaque usager, cahiers qui restent dans le service) ont été analysés. Ces transmissions écrites (suite à une discussion orale) constituent un moment fort pour l'équipe et tout professionnel doit s'y référer.

Bien que l'accent soit continuellement mis sur l'approche holistique de la personne âgée dans le discours des soignants, les écrits de ces cahiers de relèves concernent essentiellement la description somatique et les observations liées au traitement : on « écrit » relativement peu sur le psychisme ou sur le social.

D'autre part, des termes du diagnostic médical et les critères diagnostiques ont tendance à être adoptés sans précision : c'est ainsi que dépressif et déprimé ne semblent pas différenciés. Le maniement des diagnostics est souvent 'sec' : *délire de persécution, mélancolie, hystérie...*

Il y a une écrasante majorité de nombreux qualificatifs à connotation négative et

représentatifs d'une pulsion de mort : *se laisse aller, absente, désinvestie, fermée, affaissée, sidérée*, etc.

Le positif, c'est seulement : *va bien, bon moral*. C'est souvent une litote ou une atténuation de termes négatifs, employé avec des verbes en minorant la portée ou la relativisant, comme *semble moins désorientée* ou des évolutions rappelant l'état négatif antérieur : *meilleur moral, plus vif, plus vivant*.

Nous remarquons aussi le recours extensif aux signes de ponctuation, notamment l'usage du point d'exclamation (*Se plaint d'être toujours très fatiguée !*) et du point d'interrogation (*on note une euphorie : rires excessifs ?*).

Aussi, nous remarquons l'usage ambigu des guillemets (*Mme X se « tasse » ; « joue » à la cool mais est stressée ; le week-end « régresse »*) et des '+', '++', '+++' (*Perdue +++ ce week-end*).

Un meilleur consensus sémiologique devrait contenir cette inflation de signes notamment l'échelle des « + » qui pourrait être portée par des adjectifs différents. Le cahier de relève semble révélateur des représentations et du ressenti soignants. Il comporte fréquemment une fonction de décharge pour les soignants et des jugements de valeur sur les comportements des patients.

Une culture de groupe imprègne ces écrits : nous constatons l'apparition de « mots clefs » et de ponctuations ayant valeurs de messages codés et implicites, pour désigner certains comportements ou l'ampleur des troubles observés.

L'analyse des définitions témoigne ainsi d'un relatif consensus sémiologique de l'équipe du SMD, qui tranche par une moindre dispersion dans les réponses, un usage plus professionnel des termes ; la précision et la rigueur montrent qu'il s'agit d'une définition non 'pour soi', mais pour la transmission.

Pourtant, cette richesse disparaît dans les cahiers de relève, ce qui tend à valider une culture d'abord orale et qui peine à passer, sans s'appauvrir, à l'écrit. L'exigence désormais de prestations coordonnées et de travail interdisciplinaire, ainsi que le droit des malades (le droit de voir son dossier par exemple), obligeront à améliorer le passage de l'oral à l'écrit.

Conclusion de cette recherche-action

Pour le service de maintien à domicile S.M.D., cette recherche s'inscrit dans une démarche volontaire consistant, par l'analyse des situations professionnelles auprès de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés) et des écrits, à **construire une culture commune à l'organisation, des services d'aide et de soins** (sens de l'aide et des soins, consensus lexicaux)

Leur visée consiste à **améliorer la qualité de vie** de ces personnes : s'appuyer sur la persistance d'une communication non verbale pertinente et fiable chez ces personnes apparaît essentielle pour la compréhension et la prise en compte par les aidants -professionnels ou non- de leurs ressentis et émotions.

L'association forme ses professionnels à cette écoute et travaille à un langage

partagé, progressivement élaboré par chaque équipe de professionnels à domicile, afin de **réduire les malentendus et les imprécisions du discours commun.**

Une amélioration des contenus des cahiers de relève et des fiches de mission apparaît comme un des aboutissements possibles à une telle démarche, par exemple en facilitant à l'aide d'une grille, à la fois une lecture verbale et une lecture non verbale des observations et des faits constatés chez la personne âgée.

Cette réflexion concernant la prise en soins des personnes âgées démentes apparaît innovante, proposant aux soignants d'investir sous un autre éclairage la pathologie démentielle : se questionner sur la pertinence des termes employés et sur les apports de la communication non verbale permet une approche dynamique des troubles démentiels, source de motivation supplémentaire dans le travail soignant et d'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Conclusion des études expérimentales secondaires

Cette seconde partie traitant du sens des mots employés nous apparaît fondamentale, compte-tenu des conclusions qui s'en dégagent : les personnes âgées interrogées, pourtant atteintes de démence modérée, se sont montrées capables de définir avec précision et justesse ce que leur évoquaient les termes proposés. Ces personnes ont fait preuve de beaucoup de pertinence dans leurs définitions, précisant les signes cliniques majeurs correspondants et les situations concrètes pouvant y faire écho. Elles témoignent au travers d'anecdotes, de situations rencontrées dans leur quotidien, ainsi qu'en indiquant finement les modifications corporelles que ces états émotionnels déclenchent. Nous sommes toujours surpris de constater que ces personnes, malgré la maladie, expriment encore très précisément leurs ressentis, pour peu qu'on prenne le temps de les y inviter.

Concernant les soignants interrogés sur ces mêmes termes, nous constatons à la fois des consensus pouvant apparaître comme réducteurs ou ambigus (c'est le cas par exemple de la définition de la sérénité, avec la prédominance de l'adjectif « calme », sans autre précision), mais aussi des variations sémantiques pouvant entraîner des erreurs d'interprétation et des contresens (telle la notion de détachement, amenant des définitions diverses comme le désintérêt, le fait d'être ailleurs ou d'être hors de soi). Nous mesurons à travers cette étude l'intérêt de réfléchir dans notre pratique quotidienne aux sens et acceptions des mots employés, en ayant le réflexe de s'interroger sur ce qui peut être compris à travers eux.

Ainsi, les mots ont un impact considérable dans la prise en charge des patients. Dans une étude antérieure, nous avons relevé que les adjectifs les plus régulièrement mentionnés dans les cahiers de transmissions soignantes à propos des personnes âgées démentes présentaient pour la plupart d'entre eux une connotation très négative ; l'adjectif le plus utilisé était « agressif », suivi de « calme »⁵⁷, rare terme non négatif. Venaient ensuite par ordre décroissant : perturbé, agité, excité, fatigué, endormi, déprimé, énervé et désagréable.

L'étude du parler (et de l'écrit) soignant, ainsi que des représentations rattachées,

semble nécessaire pour comprendre les carences éventuelles au niveau de la formation, l'impact du groupe dans le vocabulaire employé et enfin l'influence sur la qualité de vie des personnes âgées démentes (attitudes et comportements soignants, communication et interactions, estime de soi, ...).

La plupart du vocabulaire employé se situait du point de vue des répercussions sur le travail des soignants (soit en positif : calme, soit en négatif : agressif). Ces adjectifs renvoyaient à des écarts (ou des conformités) par rapport aux comportements « attendus » et ne disaient quasiment rien des états ou émotions de la personne démente. Ils évoquaient essentiellement des manifestations bruyantes ou déstabilisantes perturbant l'homéostasie institutionnelle (suractivité, léthargie).

Dans le quotidien, il suffit par exemple qu'une personne soit définie comme « perturbatrice » pour que s'installe insidieusement une attitude de rejet à son égard. Ce qualificatif sous-entend pour les soignants un surcroît de travail, lié à la vigilance et la sollicitation que va demander le patient. Il s'agit alors davantage d'un terme quantifiant la pénibilité que va engendrer sa prise en charge quotidienne, que d'une réflexion sur son état général.

Lorsque nous prenons soin de nous centrer sur les ressentis du patient, nous parlerons alors davantage de personne « perturbée », reconnaissant alors la souffrance et le mal-être éprouvés par la personne et invitant à en analyser les causes et déterminants. Parler en terme de comportement « perturbé » ou « troublé » renvoie à la désorganisation psychique de la personne et au trouble de l'affectivité : cela permet de replacer la personne malade au centre de nos réflexions et d'éviter de considérer la personne avant tout comme sujet de désagréments avant d'être sujet souffrant.

De plus, cette nuance sémantique permet d'envisager les troubles du comportement de manière individualisée : même si deux personnes occasionnent la même gêne pour le service en déambulant dans l'établissement, il convient de chercher pour chaque personne le sens et la fonction de la déambulation.

Cette réflexion doit alors prendre en compte l'histoire personnelle de la personne âgée et la spécificité de sa souffrance.

De plus, au-delà des réflexions sémantiques ayant trait à la démarche qualité en cours dans les établissements gériatriques, les mots usités (leur sens, leurs connotations, ...) dépendra des règles éthiques de l'institution et du cadre de déontologique régissant leur usage.

⁵⁷ Dans notre étude expérimentale, les deux états ou émotions les plus couramment perçus sont la sérénité et la désorientation. Bien que limité par les différences méthodologiques, un rapprochement peut être effectué entre l'utilisation des termes dans les deux recherches.

Conclusion générale

Deux approches psychologiques ont été distinguées dans la littérature concernant le rapport du sujet à sa pathologie démentielle : la maladie a été envisagée comme altérant la perception identitaire du sujet ou bien comme mode d'expression comportemental « bruyant » du sujet.

Se représenter les manifestations de la démence comme obstacles ou révélateurs d'affects modifie donc considérablement l'angle d'approche de cette maladie, et dès lors notre rapport à ces malades.

Au cours de notre travail, nous avons exploré une voie possible de communication avec les personnes âgées atteintes de DSTA, lorsque la communication verbale se trouble. Notre approche théorique s'est inspirée principalement du **modèle psychodynamique de la démence**, suggérant en cas de doute de privilégier l'« hypothèse haute » : celle du maintien du sens, même caché, enfoui, loin des codes et des normes établis. Partir du postulat que la personne âgée démente prend acte de plus de choses qu'elle n'en laisse percevoir de prime abord implique de s'intéresser à son affectivité et à ses possibilités restantes pour manifester et transmettre ses émotions. De plus, il faut avec modestie se laisser porter selon un mode de raisonnement « autre » et l'accepter sans vouloir obstinément que la personne démente réintègre à tout prix nos propres schémas de pensée : l'accompagner en recherchant le sens profond de ses actions, le cheminement perturbé de la pensée. **Arriver à se décentrer du discours littéral de la personne, comme s'il constituait la seule voie de communication et de compréhension mutuelle possible.**

Cette approche constitue un enjeu majeur dans la pratique quotidienne des soignants et des aidants non professionnels : elle permet de se recentrer sur les ressentis des malades et de fournir des outils aux familles en souffrance (« mon parent ne me reconnaît plus, il n'éprouve plus rien, à quoi cela sert de venir le voir ? »), ainsi qu'aux soignants (« ce monsieur *perd la tête* »).

L'enjeu s'avère l'appropriation par les professionnels des enseignements de cette recherche : l'expressivité émotionnelle de ces personnes est bouleversée par leurs difficultés à les contrôler et les exprimer via l'expression verbale. Elles souffrent d'une maladie qui les isole et qui semble exacerber des ressentis tels que l'angoisse d'abandon, l'angoisse de mort, la quête de la présence maternelle et la baisse de l'estime de soi.

Apparaissant souvent à l'*état brut*, sans verbalisation possible, les émotions peuvent conduire à des comportements troublés (déambulation, cris, gestes répétitifs,...). Il nous appartient alors d'adopter de façon volontaire une posture attentive aux manifestations non verbales, de rechercher les conflits psychiques à l'origine de ces manifestations, les vécus émotionnels associés et de prendre le risque de leurs mises en mots. Servir ainsi de « béquille verbale » permet souvent l'apaisement des tensions, la personne malade percevant notre écoute et notre volonté de comprendre ses ressentis.

Parfois, des comportements demeurent incompréhensibles, même après réflexion en équipe : accepter que le sens profond nous échappe, ne soit pas mis à jour, c'est abandonner la position toute puissante (« *Je ne vois pas le sens, donc la personne est insensée* ») et accepter de se sentir dépassé ; ne pas tout comprendre, mais toujours et encore se poser des questions, émettre des hypothèses, même au risque d'erreurs. **Tout est préférable à l'absence de questionnement, synonyme d'abandon, de démission psychique.**

S'interroger sans cesse, accepter de ne pas toujours comprendre, implique de travailler sur nos limites et frustrations dans notre travail auprès de ces personnes. L'empathie relationnelle nécessaire pour une telle approche, n'apparaît ni une évidence, ni un acquis : elle s'étaye sur un fort positionnement éthique, à réinterroger constamment dans notre pratique quotidienne avec ces personnes, notamment à partir de l'analyse de situations concrètes.

Dans ce cadre, nous nous sommes penchés sur **l'étude de la communication non verbale** : les études sur ce sujet s'accordent à souligner l'importance de l'empathie et de l'étude de la proxémie dans notre communication non verbale à visée relationnelle.

Il faut s'interroger sur les corps en mouvement lors d'une relation avec une personne âgée démente, afin de percevoir chez elle des indices émotionnels perceptibles uniquement par cette voie de communication. Cela nous conduit à la fois à rechercher chez la personne âgée, à travers ses mimiques, sa gestualité, sa posture, des éléments pertinents sur lesquels nous fonder, mais aussi à nous interroger sur nos propres ressentis contre-transférentiels : qu'est-ce que cette personne nous fait vivre ? Que nous renvoie t-elle ? Nous fait-elle violence, nous perturbe t-elle ?

L'analyse des manifestations non verbales apparaît d'autant plus pertinente et essentielle que cette population se trouve parfois privée des moyens cathartiques offerts par la parole. Elle permet enfin d'éviter la mise en échec de l'effort de communication ou

de la vivre comme stérile ou vaine.

L'étude des émotions a permis de confronter les définitions, les classifications et les échelles d'intensité utiles à notre recherche expérimentale. Préciser ce que nous englobons dans ce vaste champ théorique des états émotionnels est apparu déterminant pour l'approche des ressentis des personnes âgées démentes : dès lors que nous admettons que ces malades perçoivent et ressentent des émotions complexes, même à un stade avancée de la maladie, il faut appréhender la fonction sociale des émotions, leur rôle dans la relation et la communication avec ces personnes ; autrement dit, comment pouvons-nous mobiliser ce matériel clinique riche et complexe dans nos interactions avec ces personnes ? C'est ce que nous avons souhaité illustrer par certaines méthodes utilisées par des professionnels de santé, que ce soit par des soignants (l'échelle Doloplus) ou bien par des psychologues (la méthode « La clef des sens » et la technique de Validation).

Notre recherche expérimentale est partie de cette préoccupation initiale de mieux comprendre les émotions que nous transmettent les personnes âgées démentes, consciemment ou non, à travers leur expressivité non verbale. Nous avons souhaité savoir s'il existait des convergences d'opinions et des consensus lexicaux entre observateurs quant à la qualification des émotions et des états supposés des personnes âgées démentes, étayées sur des informations non verbales et des indices comportementaux de ces patients, perçus comme cohérents.

Nous avons également voulu savoir si différait systématiquement ce que donnait à voir le malade, selon la question posée à la personne âgée démente, avec des thématiques à plus ou moins forte sollicitation émotionnelle.

A ces questions s'ajoutait la recherche de l'impact éventuel de la formation professionnelle des personnes interrogées, sur la perception des émotions ressenties par les personnes âgées démentes.

Les résultats de l'étude expérimentale ont conduit à plusieurs constats et enseignements :

Les personnes âgées atteintes de démence sévère ont entraîné les observateurs à s'appuyer davantage sur les indices fournis par la communication non verbale : en effet, par comparaison avec la population témoin ou atteinte de démence modérée, les observations concernant la population atteinte de démence sévère se sont largement étayées sur des critères non verbaux, que le visionnage ait été effectué avec ou sans le son. Cette constatation témoigne de **l'intensification du rôle de la communication non verbale avec l'avancée de la maladie**.

Nous notons par ailleurs que si, sans surprise, la notion de désorientation apparaît de plus en plus notée en fonction du degré de démence des personnes filmées, cette corrélation est nettement moins marquée pour ceux qui ont visionné les vidéos sans le son.

Ainsi, en s'appuyant sur la communication non verbale, les observateurs manifestent de nombreux consensus sur les émotions supposées des personnes âgées démentes qui ne font pas référence à l'incohérence ou à la désorientation.

De plus, sans le son, les réponses des observateurs couvrent une palette d'émotions plus large et plus riche.

Ce constat suggère **un maintien des capacités expressives de la personne âgée démente via le mode relationnel non verbal**, validant notre hypothèse principale. Malgré la dégradation cognitive, un lien relationnel peut être préservé à travers ce que ces personnes nous communiquent par le registre non verbal.

Ce constat est d'autant plus pertinent que nous avons souligné l'importance croissante des informations non verbales émises par les personnes âgées démentes, dans notre effort d'évaluation de leur état émotionnel. Demeurant parfois l'unique support à notre disposition lorsque la communication verbale se délite, il semble ainsi nécessaire d'en reconnaître la fiabilité et la pertinence.

Deux hypothèses secondaires de notre recherche ont donné des résultats moins probants :

Tout d'abord, il apparaît des différences marginales dans les observations en fonction de la catégorie professionnelle des observateurs interrogés. On note toutefois chez les aides-soignants un plus grand recours à la notion de désorientation par rapport aux infirmiers et chez ces derniers par rapport aux psychologues. Certains états ou émotions apparaissent rarement perçus d'emblée et nécessiteraient peut-être une attention et une vigilance d'autant plus accrues qu'ils semblent peu perçus ; c'est le cas de l'angoisse, notamment chez les aides-soignants et les infirmiers.

A l'opposé, on observe chez les psychologues une perception accrue de la notion d'angoisse, une plus grande diversité des réponses, ainsi que la référence plus fréquente aux messages non verbaux. Les aides-soignants soulignent quant à eux plus souvent une impression de souffrance physique.

Cependant, la majorité des distinctions constatées a trait à la suppression ou non du son des vidéos et au degré de sévérité de démence de la population filmée.

La seconde hypothèse quant à l'impact du son dans les réponses se vérifie partiellement : la suppression du son génère une plus grande variété des réponses et augmente la dispersion des consensus exprimés. Avec le son, certaines vidéos entraînent des consensus proches du plébiscite (comme par exemple la sérénité ou la désorientation, en fonction de la population filmée) ou conduisent à des réponses tranchées et définitives, ce qui apparaît moins marqué sans le son, avec des réponses plus nuancées et moins affirmatives.

Mais sur le fond, les états émotionnels dominants apparaissent régulièrement identiques, avec ou sans le son : lorsque nous ne bénéficions pas d'indices verbaux, peut-être nous risquons nous simplement davantage à émettre des hypothèses complémentaires concernant l'état émotionnel des personnes âgées (parce que nous restons en questionnement), alors que les indices verbaux nous apparaissent plus fiables. D'où le besoin constaté dans l'étude de se raccrocher au verbal, même supposé, lorsque le son fait défaut.

D'autre part sont observés chez les personnes âgées démentes des états émotionnels distincts, en fonction du thème abordé lors de l'entretien : même

privés de l'indice sonore, les observateurs s'accordaient à percevoir en majorité de l'angoisse et de la désorientation chez les personnes atteintes de démence sévère interrogées sur leur avenir, de la sérénité chez les personnes âgées démentes évoquant leur mère et de la désorientation chez les personnes âgées démentes conviées à évoquer un souvenir agréable.

Ce résultat va au-delà de notre hypothèse initiale : non seulement les personnes âgées atteintes de démence expriment divers ressentis à travers leur expressivité non verbale, mais manifestement le contenu de la question posée par leur interlocuteur a un impact émotionnel spécifique chez elle. Ainsi, même si la personne démente ne semble pas « entendre » la question, même si elle répond « à côté » ou soliloque, ses manifestations corporelles témoignent d'une forme de compréhension globale et source d'éprouvés psychiques. Ce constat est déterminant car il s'inscrit à l'opposé des impressions de « mort psychique », d'insensibilité émotionnelle de ces malades considérés à tort comme reclus dans une « bulle inaccessible ». Il doit davantage inciter à s'adresser à ces malades, en tant qu'interlocuteur à part entière ressentant et exprimant des affects jusqu'au stade ultime de la maladie.

Concernant la question sur le besoin relationnel des personnes âgées filmées, celui-ci est jugée d'autant plus important que la démence augmente, la personne âgée manifestant de plus en plus une demande, à la fois verbale et non verbale, perceptible à travers le visionnage.

La qualité relationnelle instaurée avec le thérapeute, ainsi que la qualité de vie apparente de la personne âgée, est apparue relativement bonne, se dégradant toutefois lors de l'avancée de la maladie.

Nos études annexes ont permis de mettre en avant les débouchés concrets permis par notre recherche. Il est apparu que le sens des mots couramment utilisés en gériatrie (tels que l'angoisse, le détachement ou l'agitation) varie non seulement en fonction de notre cursus professionnel, mais aussi de la culture du groupe avec qui nous partageons des références implicites communes. Il nous faut donc sans cesse interroger et inventer un langage commun, faisant partie de la culture du groupe. Non seulement les professionnels doivent partager le sens donné à chaque terme récurrent (sachant que le vocabulaire utilisé fonctionne avec un certain nombre de *mots-clefs*, largement employés, variant en fonction des formations professionnelles, mais aussi des lieux de travail), mais ils doivent être attentifs au fait que les personnes âgées elles-mêmes peuvent percevoir des sens variables aux termes employés.

Notre recherche a aussi pu mettre en avant l'importance d'une sensibilisation, voire d'une formation à l'écoute des messages non verbaux des personnes âgées démentes, afin d'adopter de façon volontaire une posture attentive aux signes non verbaux ; ceci pour faciliter la prise en compte des ressentis et des émotions de la personne âgée démente, améliorer la qualité de vie par l'échange relationnel ainsi permis, et redonner corps à un projet d'accompagnement professionnalisé riche de sens.

Nous proposons pour conclure ce schéma récapitulatif, reprenant à notre sens la clef de la communication non verbale auprès de ces personnes :

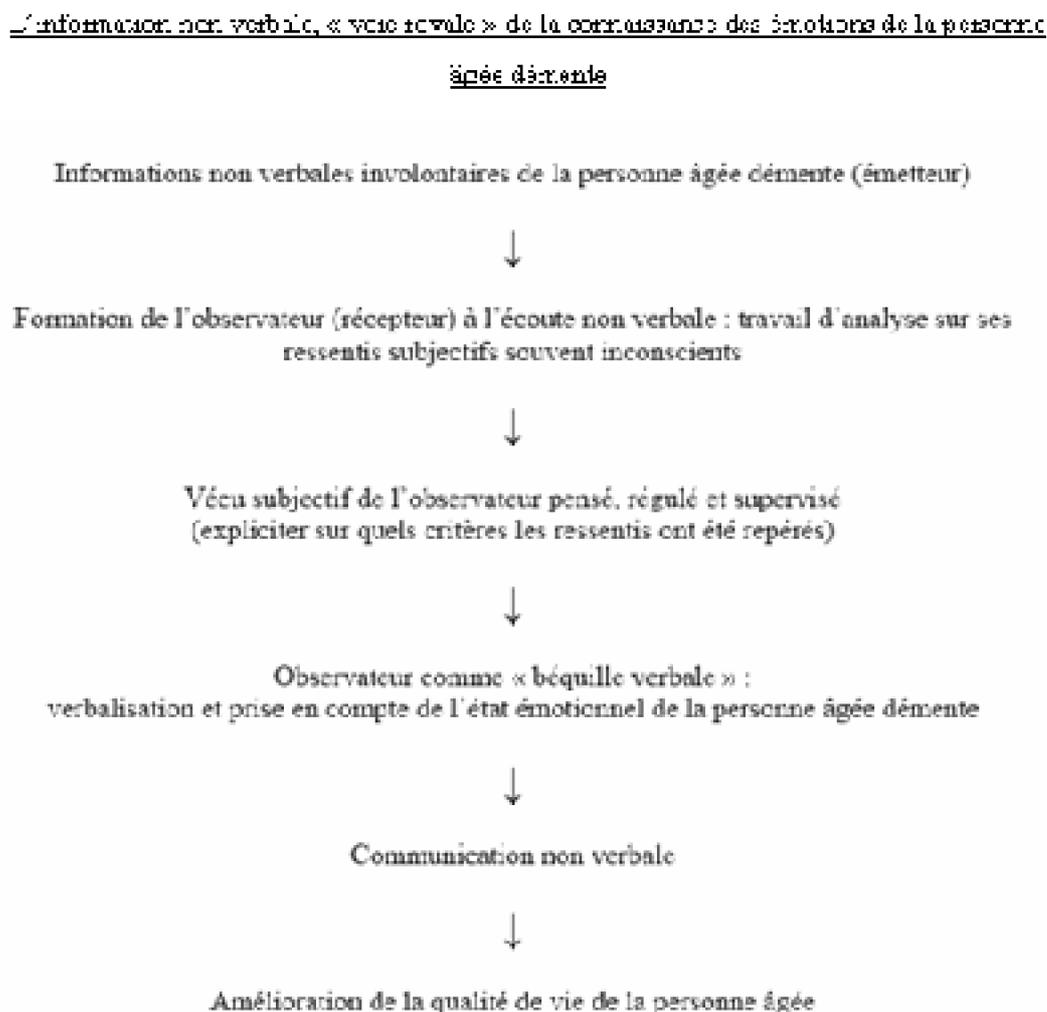


Tableau 34 : L'information non verbale, « voie royale » de la connaissance des émotions de la personne âgée démente

Cette étude ouvre de nombreuses pistes de réflexion concernant les émotions des personnes âgées démentes :

Nous souhaitons ultérieurement entreprendre un travail expérimental traitant de l'impact de nos représentations sur la formulation de nos questions : cette expérience se basera sur la retranscription littérale de la formulation des questions posées aux personnes âgées filmées lors de notre étude principale ; nous demanderons à un échantillon représentatif de personnes de donner leur avis subjectif sur ces différentes formulations : ces questions semblent-elles s'adresser à des personnes âgées souffrant de démence sénile ou non ?

Cette étude aura pour objet de déterminer si les thérapeutes filmés adaptent, consciemment ou non, leur formulation en fonction de l'état de leur interlocuteur.

Concernant cette étude, nous émettons l'hypothèse que le degré de sévérité de

démence de la personne âgée induit un type spécifique de formulation de la question qui interfère dans la relation.

Un autre projet consistera à interroger les personnes âgées (atteintes ou non de démence) sur les expressions faciales de sujets photographiés, éprouvant des émotions négatives ou positives, afin de connaître la perception des émotions selon l'atteinte démentielle : comment des émotions comme la peur, la joie, la tristesse, sont identifiées en cas de pathologie démentielle ; quelles sont les difficultés à les discerner, à les distinguer les unes des autres ?

Ce travail permettra l'analyser la convergence entre ce que la personne âgée décrit et ce qu'elle discerne. L'objectif sera de mieux connaître le vécu des personnes âgées atteintes de démence sénile dans leur relation aux autres.

Rappelons que le projet final dans lequel nous entendons nous inscrire vise à évaluer l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées démentes à travers des actions spécifiques de prise en compte de leurs expressions non verbales, rétablissant la voie d'un échange possible au-delà du verbal.

Bibliographie

- Abric, J.C. (1996). *Psychologie de la communication*. Paris : Armand Colin.
- Aguglia, E., Onor, M.L., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M., Saina, M., & Maso, E. (2004). Stress in the caregivers of Alzheimer's patients : An experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 4, pp.248-252.
- Akkerman, R., Ostwald, S. (2004). Reducing anxiety en Alzheimer's disease family caregivers : The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 2, pp.117-123.
- Ancelin Schutzenberger, A. (1978). *Contribution à l'étude de la communication non verbale*. Thèse de Doctorat.
- Aupetit, H. (1991). *La maladie d'Alzheimer au quotidien*. Paris : Odile Jacob.
- Bateson, G., & Birdwhistell, R-L. (1981). *La nouvelle communication*. Paris : Seuil.
- Bernard, M. (1995). *Le corps*. Manchecourt : Seuil.
- Berrendonner, A., & Parret, H. (1990). *L'interaction communicative*. Berne : Peter Lang.
- Bizouard, C. (1997). *Vivre la communication*. Lyon : Chronique sociale.
- Blanchard, F. (2000). *Etude de la qualité de vie à partir des manifestations non verbales exprimées dans la démence de type Alzheimer : Rapport intermédiaire*. Reims : Auteur.
- Blanchard, F., Blique, S., Ploton, L., Georges, M.Y., Lamaze, B., & Plaquet, B. (1995).

- Pour un autre regard sur la démence ou les soins relationnels améliorent-ils la qualité de vie des déments ? *Gérontologie et Société*, 72, pp. 156-166.
- Bousquie, P. (1997). *Le corps, cet inconnu*. Paris : L'Harmattan.
- Brossard, A. (1992). *La psychologie du regard*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : PUF.
- Burns, T., McCarten, R., Adler, G., Bauer, M., & Kusuowski, M.A. (2004). Effects of repetitive work on maintaining function in Alzheimer's disease patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 1, pp.39-44.
- Charazac, P. (1998). *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Paris : Dunod.
- Christophe, V. (1998). *Les émotions*. Villeneuve d'Ascq : Presse Universitaire du Septentrion.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1994). L'agitation verbale du sujet âgé. *L'année gérontologique*, 8, pp. 357-358.
- Condon, W.S. (1984). Une analyse de l'organisation comportementale. In J. Cosnier & A. Brossard, *La Communication non verbale* (pp.31-70).Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
- Cordonnier, C., & Lebert, F. (1998). *Maladie d'Alzheimer : Guide des symptômes comportementaux*. Paris : Auteur.
- Corraze, J. (1980). *Les communications non verbales*. Paris : PUF.
- Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Retz : Nathan.
- Cosnier, J., & Brossard, A. (1984). *La Communication non verbale*. Textes de base en psychologie, Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
- Dantzer, R. (1988). *Les émotions*. Paris : PUF.
- De Bonis, M. (1996). *Connaître les émotions humaines*. Belgique : Mardaga.
- Despret, V. (1999). *Les émotions qui nous fabriquent*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthelabo.
- Dione, P., & Ouellet, G. (1990). *La communication interpersonnelle et organisationnelle : l'effet Palo Alto*. Boucherville, Québec : G. Morin.
- Dolto, F. (1987). *Tout est langage*. Paris : Vertiges-Carrère.
- Dos Santos, C. (1995). Analyse du livre « Le déclin de la vie psychique » de M. Peruchon. *Gérontologie et société*, 72, pp. 206-209.
- Dumouchel, P. (1995). *Emotions*. Paris : Dunod.
- Durand, J. (1981). *Les formes de la communication*. Paris : Dunod.
- Durand-Dassier, J. (1971). *Structure et psychologie de la relation*. Paris : EPI.
- Ekman, P., Friesen, W.V., & Scherer, K.B. (1976). Body movement and voice pitch in deceptive interaction. *Semiotica*, pp. 37-58.
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (1984). La mesure des mouvements faciaux. In J. Cosnier & A. Brossard, *La Communication non verbale* (pp. 101-124).Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
- Fossnier-Varney, N., Morel-Vulliez, P., & Chapuy, P.H. (1999). De la convivialité au soin

- relationnel avec des patients grabataires dits déments. *La revue de Gériatrie*, 8, 24, pp. 625-630.
- François, F. (1990). *La communication inégale*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Frey, S. (1981). Das Berener System zur Untersuchung Nonverbalier Interaktion. In Winkler, P. *Methoden der Analyse von Face-to-face Situationen*, Stuttgart, Metzler, pp. 203-236.
- Frey, S. (1984). Analyse intégrée du comportement non verbal et verbal dans le domaine de la communication. In J. Cosnier & A. Brossard, *La Communication non verbale* (pp. 145-228), Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
- Gaugler, J.E., Anderson, K.A., Leach, M.S., Smitt, F.A., & Mendiondo, M. (2004) The emotional ramifications of unmet need in dementia caregiving. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, pp. 369-380
- Geffroy, Y. (1978). *La vidéo en psychothérapie : La confrontation de soi*. Thèse de Doctorat.
- Gibson, M.C., MacLean, J., Borrie, M., & Geiger, J. (2004). Orientation behaviors in residents relocated to a redesigned dementia care unit. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 1, pp.45-49.
- Goujon, E., & Cazenave-Gassiot, S. (1998). Démence, mémoire et identité : intérêt de la biographie. *Cahiers de la FNADEPA*, 62, pp. 31-33.
- Grand, A. (1995). L'aide informelle aux personnes âgées atteintes de démence sénile. *Gérontologie et Société*, 72, pp. 53-66.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective : Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Guillaume, D. (1995). Le langage des soignants face aux déments séniles. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 3, pp. 4-10.
- Hall, E. (1971). *La Dimension cachée*. Paris : Seuil.
- Hall, E. (1973). *Le langage silencieux*. Paris : Mame.
- Jacobson, E. (1974). *Biologie des émotions*. Paris : ESF.
- Kiss, A., & Bertrand, D. (2000). *Les émotions*. Condé-sur Noireau : L'Harmattan.
- Khosravi, M. (2003). *La vie quotidienne du malade Alzheimer*. Paris : Doin.
- Laurent-Kenesi, M.A., Cognon, N., & Lejonc, J.L. (1996). Comment évaluer un effet antalgique chez les sujets âgés confus ou déments : Résultats préliminaires. *La Revue de Gériatrie*, 21, 5, pp. 309-312.
- Le Gouës, G. (1991). *Le psychanalyste et le vieillard*. Paris : PUF.
- Levesque, L. (1990). *Comprendre pour mieux aider*. Ottawa : Renouveau Pédagogique.
- Lipiansky, E.M. (1992). *Identité et Communication*. Paris : PUF.
- Manceaux-Demiau, A. (1999). Communiquer avec les personnes âgées démentes. *Cahiers de la FNADEPA*, 59, pp. 39-59.
- Marc, E., & Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*. Paris : PUF.
- Marquis, F. (1999). Langage et démence : intérêt du maintien de la communication. *Soins Gérontologie*, 16, pp. 17-19.

- Martinig, S. (1999). *Les effets d'un environnement sensoriel sur les troubles du comportement des personnes âgées démentes : Note de réflexion*. CESS Psychologie du vieillissement.
- Maury, L. (1993). *Les émotions de Darwin à Freud*. Paris : PUF.
- Mémin, C. (1986). Parole et communication comme traitements non pharmacologiques de la démence. In *Les Thérapeutiques de la démence* (pp. 207-212), Paris : Maloine, Fondation Nationale de Gérontologie.
- Micas, M., & Dedieu, M. (1999). Les troubles psychocomportementaux. *Soins Gérontologie*, 16, pp. 13-15.
- Michel, J.P. (1989). Comportement et conduite : approches générales chez les sujets âgés. *Psychologie Médicale*, 21, pp. 1029-1032.
- Mok, W., Chow, T.W., Zheng, L., Mack, J., & Miller, C. (2004). Clinicopathological concordance of dementia diagnoses by community versus tertiary care clinicians. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 3, pp.161-165.
- Nee, L.E., Tierney, M.C., & Lippa, C.F. (2004). Genetic aspects of Alzheimer's disease, Pick's disease, and other dementias. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 4, pp.219-225.
- Novella, J.L. (2002). Comment évaluer la qualité de vie dans la démence : Revue de la littérature. In Fondation Mederic Alzheimer, *Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action* (pp. 75-88). Paris : Serdi Edition.
- Olievenstein, C. (1987). *Le non-dit des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Pagès, M. (1986). *Trace ou sens*. Paris : Hommes et Groupes.
- Pancrazi, M.P., & Metais, P. (2005). Diagnosis of psychological and behavioural disorders in Alzheimer's disease. *Presse Med*, pp.661-666.
- Perron, M. (1996). *Communiquer avec des adultes âgés : La « clef des Sens »*. Lyon : Chronique Sociale.
- Personne, M. (1998). *Prendre en charge les personnes âgées dépendantes*. Paris : Dunod.
- Phaneuf, M. (1998). *Démarche de soins face au vieillissement perturbé*. Paris : Masson.
- Plantin, C. (2000). *Les émotions dans les interactions*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Plety, R. (1993). *Ethologie des communications humaines*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Ploton, L. (1982). Le vieillard nous parle de lui, on ne lui parle pas. *La revue de gériatrie*, 7, 5, pp. 217-218.
- Ploton, L. (1982). La démence sénile : diagnostic réactionnel ?. In *Le temps et la vie* (pp. 97-108), Lyon : Chronique sociale.
- Ploton, L. (1995). *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon : Chronique sociale.
- Ploton, L. (1996). *Maladie d'Alzheimer : A l'écoute d'un langage*. Lyon : Chronique sociale.
- Ploton, L. (2004). Cours de D.U. d'Alzheimerologie.

- Ploton, L., Gaucher, J., Joubert, C., Ribes, G., Talpin, J.M., Israël, L., & Blanchard, F. (2003). La modélisation du fonctionnement mental à l'épreuve de la démence, *La revue de gériatrie*, 18, 1, pp.43-48.
- Poch, B., & Cinq-Fraix, S. (2003). Comportement perturbateur ou comportement perturbé ? La relation avec le dément. *La revue de gériatrie*, 28, 7, pp. 23-26.
- Rigaux, N. (1998). *Le pari du sens*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.
- Rime, B., & Scherer, K. (1993). *Les émotions*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Rochard, M.F. (1994). *Soignants face à la démence*. Mémoire de capacité de gériatrie.
- Salzer, J. (1981). *L'expression corporelle*. Paris : PUF.
- Sarraute, N. (1983). *Enfance*. Paris : Gallimard.
- Scherer, K.R. (1984). Les fonctions des signes non verbaux dans la conversation. In J. Cosnier & A. Brossard, *La Communication non verbale* (pp. 71-100), Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.
- Schreiner, A.S., Yamamoto, E., & Shiotani, H. (2005). Positive affect among nursing home residents with Alzheimer's dementia : the effect of recreational activity. *Aging Ment Health*, pp.129-134.
- Schwarz, B., Chaudhury, H., & Brent Tofle, R. (2004). Effect of design interventions on a dementia care sitting. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 3, pp.172-176.
- Selmes, J., & Derouesne, C. (2004). On the disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, pp.133-140.
- Slepoj, V. (1997). *Géographie des sentiments*. Paris : Payot.
- Talpin, J.M., & Talpin-Jarrige, O. (1996). Non verbal et métapsychologie dans le travail psychothérapique avec les déments. In *Psychothérapie des démences* (pp. 148-152), Paris : John Libbey Eurotext.
- Touati, A. (1987). Communications. In *Journal des Psychologues*, hors série.
- Urwand, S. (2000). Le monde sensoriel, du sensuel, du sensible. In *Chimères* (pp.31-42), 39.
- Vignat, J.P. (1993). La souffrance du soignant face à la démence. *Gérontologie*, 86, pp. 15-19.
- Vincent, J.D. (1986). *Biologie des passions*. Evreux : Seuil.
- Vincent, J.D. (1996). *La chair et le diable*. Paris : Odile Jacob.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
- Werner, P. (2005). Social distance towards a person with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, pp.182-188.
- Zandi, T. (2004). Relationship between subjective memory complaints, objective memory. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 6, pp.353-360.
- Zinetti, J., Dare, F., Rabus, M.T., & Fosse, D. (1988). Démence sénile et communication. *La revue de gériatrie*, 13, 10, pp. 503-506.

Zvi Aminoff, B., Adunsky, A. (2004). Dying dementia patients: Too much suffering, too little palliation. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19, 4, pp.243-247.

Colloques et séminaires

Société Rhône-Alpes de Gérontologie, (1998), *Alzheimer 98*, Valence, 60^e journée régionale de gérontologie, 94p.

La qualité de vie, Journées d'étude JALMAV, 27 et 28 Avril 2001, Lyon

2^{ème} Journée d'étude de l'ARAGP, *Expression et déficit*, Novembre 1985, Lyon

5^{ème} Journée d'étude de l'ARAGP, Décembre 1988, Lyon

8^{ème} Journée d'étude de l'ARAGP, Décembre 1991, *Démence et penser*, Lyon

Les psychothérapies de la personne âgée, 3^{ème} congrès de l'association internationale de gérontologie psychanalytique, Lyon, 6 et 7 Juin 1986, organisé par l'ARAGP

Le corps et sa mémoire, (1984), acte du 6^{ème} congrès international de psychomotricité, La haye, Doin, 332p.

CHAPUY P.H. et ali., Première journée régionale du FARAP, pp.283-319, Lyon, le 9 Novembre 2001, in Associations et Forums Alzheimer de Régions, Le livre blanc 2001, 319p., Paris

CYRULNIK B. et ali., Vieillesse et résilience, Réseau Alzheimer du pays d'Aix, Salon de Provence, 29-30-31 Janvier 2004

GINESTE Y., Formation au toucher tendresse dans les techniques de capture sensorielle, Hôpital de Fourvière, Lyon, 1-2-3 Juin 2004

MEMIN C., (1986), Parole et communication comme traitements non pharmacologiques de la démence, pp. 207-212, in *Les Thérapeutiques de la démence*, Paris, Maloine S.A., Fondation Nationale de Gérontologie, Actes du 3^e colloque, 277p.

PLOTON L., (2004), Cours de D.U. d'Alzheimerologie, Université Lyon 2, Bron

Annexes

Annexe 1. Exemple d'une fiche d'expérimentation

FICHE D'EXPERIMENTATION N° ____

NOM PRENOM :

PROFESSION :

4. Évaluez ce que la personne âgée filmée exprime de manière dominante :

vertu de la loi du droit d'auteur.

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Des réponses qui à tous les moments :

Système de notation : 1 = Faible 2 = Important 3 = Particulièrement peu

Inspection	1 2 3	Usure	1 2 3
Énoncé	1 2 3	Excitation	1 2 3
Détachement	1 2 3	Abattement	1 2 3
Angoisse	1 2 3	Mécontentement	1 2 3
Douleur physique	1 2 3	Désespoir	1 2 3
Sévérité	1 2 3	Déconscience	1 2 3
Autre	1 2 3		

|

Il y a-t-il des faits particuliers ayant déterminé une ou plusieurs de vos réponses ? (citez-les
SVP la réponse choisie)

5- Quels sont vos besoins subjectifs liés à la :

Qualité de la relation intergénérationnelle entre la personne âgée et le thérapeute

1 = très insatisfaisant

2 = insatisfaisant

3 = correct

4 = satisfaisant

5 = très satisfaisant

6- Évaluez la qualité de vie de la personne âgée :

1 = mauvaise

2 = moyenne

3 = relativement incorrecte

4 = très incorrecte

Commentaire :

6- Évaluez la qualité de vie de la personne âgée :

1 = très insatisfaisant

2 = insatisfaisant

3 = correct

4 = satisfaisant

Pour cette question, quel a été votre principal critère d'appréciation (une seule réponse)?

- l'état émotionnel de la personne âgée
- la qualité de son environnement matériel
- les soins procurés à son apparence extérieure
- autre :

Annexe 2. Tableau d'analyse des consensus vidéos par vidéos

[poncin-jeanne_m_annexe2.pdf](#)

Annexe 3. Recensement des consensus concernant l'expression dominante des personnes âgées

Items dominants

1- Groupe témoin

Infirmiers avec son	Sérénité (8) Autre (3)
Infirmiers sans son	Sérénité (4) Mécontentement (3) Crispation (2) Douleurs physiques (1) Gaieté (1) Abattement (1)
Aides-soignants avec son	Sérénité (7) Désorientation (1)
Aides-soignants sans son	Sérénité (8) Mécontentement (2) Gaieté (1) Douleurs physiques (1)
Psychologues avec son	Sérénité (6) Douleurs physiques (1) Angoisse (1) Abattement (1) Crispation (1)
Psychologues sans son	Sérénité (3) Gaieté (2) Douleurs physiques (1) Mécontentement (1) Crispation (1)

2- Démence modérée

Infirmiers avec son	Sérénité (4) Gaieté (2) Détachement (2) Autre (1) Désorientation (1)
Infirmiers sans son	Sérénité (6) Désorientation (2) Abattement (1) Angoisse (1) Mécontentement (1) Détachement (1) Excitation (1)
Aides-soignants avec son	Sérénité (5) Gaieté (1) Désorientation (1) Abattement (1)
Aides-soignants sans son	Sérénité (6) Désorientation (2) Angoisse (1) Crispation (1) Abattement (1)
Psychologues avec son	Sérénité (4) Abattement (3) Gaieté (2) Angoisse (1) Désorientation (1)
Psychologues sans son	Sérénité (4) Abattement (2) Angoisse (1) Désorientation (1) Crispation (1)

3- Démence sévère

Infirmiers avec son	Désorientation (6) Sérénité (2) Détachement (2) Angoisse (1)
Infirmiers sans son	Désorientation (4) Sérénité (2) Angoisse (2) Détachement (1) Crispation (1) Mécontentement (1) Excitation (1)
Aides-soignants avec son	Désorientation (9) Angoisse (1) Sérénité (1) Détachement (1)
Aides-soignants sans son	Désorientation (4) Sérénité (3) Détachement (1) Angoisse (1) Excitation (1)
Psychologues avec son	Désorientation (5) Angoisse (3) Sérénité (1) Détachement (1)
Psychologues sans son	Désorientation (3) Sérénité (2) Angoisse (1) Excitation (1) Mécontentement (1)

Annexe 4. Recensement des consensus concernant les critères d'évaluation de l'état émotionnel des personnes âgées

1- Population témoin

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

	Critères item dominant	Critères item secondaire
Infirmiers avec son	Verbal (7)	Verbal (3)
Infirmiers sans son	Non verbal non spécifié (3) Non verbal : gestuel et tonicité (3) Non verbal : expression du visage (1)	Non verbal non spécifié (3)
Aides-soignants avec son	Verbal (7)	Verbal (1)
Aides-soignants sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (7) Non verbal : expression du visage (4) Verbal (3)	Non verbal non spécifié (1) Non verbal : gestuel et tonicité (1) Non verbal : expression du visage (1)
Psychologues avec son	Verbal (10) Non verbal non spécifié (1) Non verbal : gestuel et tonicité (1)	Verbal (8) Non verbal non spécifié (1)
Psychologues sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (10) Non verbal : expression du visage (7)	Non verbal : gestuel et tonicité (4) Non verbal : expression du visage (4) Non verbal non spécifié (2)

2- Démence modérée

	Critères item dominant	Critères item secondaire
Infirmiers avec son	Verbal (9) Non verbal non spécifié (1)	Verbal (1)
Infirmiers sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (4) Non verbal non spécifié (3) Non verbal : expression du visage (1) Verbal (1)	Non verbal : gestuel et tonicité (1)
Aides-soignants avec son	Verbal (6)	Verbal (2)
Aides-soignants sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (6) Verbal (5) Non verbal : expression du visage (4) Non verbal non spécifié (3)	Non verbal non spécifié (3) Non verbal : gestuel et tonicité (1)
Psychologues avec son	Verbal (6) Non verbal : gestuel et tonicité (2) Non verbal non spécifié (1) Non verbal : expression du visage (1)	Verbal (7) Non verbal : expression du visage (2) Non verbal : gestuel et tonicité (1)
Psychologues sans son	Non verbal : expression du visage (10) Non verbal : gestuel et tonicité (9)	Non verbal : expression du visage (6) Non verbal : gestuel et tonicité (5) Non verbal non spécifié (1)

3- Démence sévère

	Critères item dominant	Critères item secondaire
Infirmiers avec son	Verbal (3) Non verbal : gestuel et tonicité (3) Non verbal : expression du visage (1)	Verbal (1) Non verbal non spécifié (1)
Infirmiers sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (5) Non verbal : expression du visage (2)	Non verbal : gestuel et tonicité (2) Non verbal : expression du visage (2) Non verbal non spécifié (1)
Aides-soignants avec son	Verbal (5) Non verbal : gestuel et tonicité (1)	
Aides-soignants sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (8) Non verbal : expression du visage (3) Verbal (3) Non verbal non spécifié (2)	Non verbal : gestuel et tonicité (4) Non verbal : expression du visage (2) Non verbal non spécifié (2)
Psychologues avec son	Verbal (10) Non verbal non spécifié (3) Non verbal : gestuel et tonicité (3) Non verbal : expression du visage (1)	Verbal (6) Non verbal : gestuel et tonicité (3) Non verbal : expression du visage (2)
Psychologues sans son	Non verbal : gestuel et tonicité (8) Non verbal : expression du visage (5)	Non verbal : gestuel et tonicité (4) Non verbal : expression du visage (3) Non verbal non spécifié (2)

Annexe 5. Recensement des consensus concernant l'expression dominante ou secondaire des personnes âgées

Items dominants ou secondaires

1- Groupe témoin

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Infirmiers avec son	Sérénité (9) Autre (4) Abattement (2) Détachement (1)
Infirmiers sans son	Sérénité (6) Gaieté (4) Mécontentement (4) Abattement (4) Crispation (2) Douleurs physiques (1) Angoisse (1)
Aides-soignants avec son	Sérénité (10) Mécontentement (2) Autre (1) Abattement (1) Désorientation (1)
Aides-soignants sans son	Sérénité (9) Gaieté (3) Mécontentement (2) Douleurs physiques (1) Abattement (1)
Psychologues avec son	Sérénité (8) Abattement (5) Autre (4) Crispation (2) Angoisse (2) Détachement (2) Douleurs physiques (1) Gaieté (1) Désorientation (1) Mécontentement (1)
Psychologues sans son	Sérénité (6) Gaieté (3) Abattement (2) Mécontentement (2) Douleurs physiques (1) Angoisse (1) Crispation (1)

2- Démence modérée

Infirmiers avec son	Sérénité (7) Gaieté (4) Détachement (3) Abattement (3) Autre (2) Désespoir (2) Désorientation (2) Etonnement (1)
Infirmiers sans son	Sérénité (9) Abattement (3) Détachement (3) Gaieté (2) Désorientation (2) Crispation (2) Excitation (1) Angoisse (1) Mécontentement (1)
Aides-soignants avec son	Sérénité (7) Gaieté (4) Détachement (3) Abattement (2) Désorientation (1) Désespoir (1)
Aides-soignants sans son	Sérénité (7) Gaieté (4) Détachement (3) Désorientation (2) Abattement (2) Crispation (2) Angoisse (1)
Psychologues avec son	Sérénité (5) Gaieté (5) Abattement (4) Excitation (1) Détachement (1) Etonnement (1) Désespoir (1) Angoisse (1) Crispation (1) Désorientation (1) Autre (1)
Psychologues sans son	Sérénité (5) Gaieté (4) Crispation (3) Détachement (3) Abattement (2) Désorientation (2) Désespoir (1) Autre (1) Etonnement (1) Angoisse (1)

3- Démence sévère

Infirmiers avec son	Désorientation (7) Angoisse (3) Sérénité (2) Désespoir (2) Détachement (2) Douleurs physiques (1) Autre (1) Excitation (1) Gaieté (1) Crispation (1)
Infirmiers sans son	Désorientation (5) Détachement (4) Sérénité (2) Gaieté (2) Angoisse (2) Autre (1) Mécontentement (1) Excitation (1) Douleurs physiques (1) Crispation (1)
Aides-soignants avec son	Désorientation (10) Angoisse (4) Détachement (3) Sérénité (2) Gaieté (2) Excitation (1) Crispation (1)
Aides-soignants sans son	Détachement (4) Sérénité (3) Désorientation (3) Excitation (2) Gaieté (2) Angoisse (1) Crispation (1) Mécontentement (1)
Psychologues avec son	Désorientation (9) Angoisse (7) Crispation (3) Désespoir (2) Détachement (2) Sérénité (2) Douleurs physiques (1) Abattement (1) Gaieté (1) Excitation (1)
Psychologues sans son	Désorientation (4) Gaieté (3) Sérénité (2) Douleurs physiques (2) Angoisse (2) Crispation (1) Autre (1) Excitation (1) Détachement (1) Mécontentement (1)

Annexe 6. Recensement des consensus concernant la qualité relationnelle et le besoin relationnel des personnes âgées

1- Population témoin

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

	Qualité relationnelle	Besoin relationnel
Infirmiers avec son	Correcte (10)	Relativement important (7) Faible (4)
Infirmiers sans son	Correcte (12)	Relativement important (11)
Aides-soignants avec son	Correcte (11)	Relativement important (7)
Aides-soignants sans son	Correcte (11)	Relativement important (2) Faible (1)
Psychologues avec son	Correcte (11)	Relativement important (9) Faible (3)
Psychologues sans son	Correcte (12)	Relativement important (8)

2- Démence modérée

	Qualité relationnelle	Besoin relationnel
Infirmiers avec son	Correcte (10)	Relativement important (4) Faible (2) Très important (1)
Infirmiers sans son	Correcte (11)	Relativement important (6) Faible (3)
Aides-soignants avec son	Correcte (10)	Relativement important (8) Faible (1)
Aides-soignants sans son	Correcte (8) Très satisfaisante (1)	Faible (5) Relativement important (1) Relativement important (1)
Psychologues avec son	Correcte (9) Médiocre (1)	Relativement important (7) Faible (3) Très important (1)
Psychologues sans son	Correcte (9) Très satisfaisante (3)	Relativement important (7) Faible (1)

3- Démence sévère

	Qualité relationnelle	Besoin relationnel
Infirmiers avec son	Correcte (6) Médiocre (2) Très satisfaisante (1)	Relativement important (3) Faible (2) Très important (1)
Infirmiers sans son	Correcte (5) Médiocre (1) Très insatisfaisante (1)	Relativement important (7) Faible (2)
Aides-soignants avec son	Correcte (7) Très satisfaisante (1)	Relativement important (4) Faible (1)
Aides-soignants sans son	Correcte (5) Très satisfaisante (1)	Relativement important (2) Aucun (1)
Psychologues avec son	Correcte (7) Médiocre (1)	Relativement important (9) Faible (1)
Psychologues sans son	Correcte (8) Médiocre (1) Très satisfaisante (1)	Relativement important (9)

Annexe 7. Recensement des consensus concernant la qualité de vie des personnes âgées

1- Population témoin

	Qualité de vie	Critères d'évaluation
Infirmiers avec son	Correcte (12)	Etat émotionnel (1) Environnement matériel (1)
Infirmiers sans son	Correcte (10)	Apparence extérieure (8) Environnement matériel (1)
Aides-soignants avec son	Correcte (10)	
Aides-soignants sans son	Correcte (10)	Apparence extérieure (2) Environnement matériel (1)
Psychologues avec son	Correcte (12)	Etat émotionnel (7) Environnement matériel (1)
Psychologues sans son	Correcte (10) Médiocre (1)	Etat émotionnel (1) Environnement matériel (1) Apparence extérieure (1)

2- Démence modérée

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

	Qualité de vie	Critères d'évaluation
Infirmiers avec son	Correcte (9) Très satisfaisante (1)	Etat émotionnel (2) Apparence extérieure (1)
Infirmiers sans son	Correcte (6) Très satisfaisante (2) Médiocre (1)	Apparence extérieure (5)
Aides-soignants avec son	Correcte (11)	Etat émotionnel (3)
Aides-soignants sans son	Correcte (9) Très satisfaisante (1)	Apparence extérieure (5)
Psychologues avec son	Correcte (8) Très satisfaisante (2) Médiocre (2)	Etat émotionnel (6) Apparence extérieure (1)
Psychologues sans son	Correcte (9) Très satisfaisante (1) Médiocre (1)	Etat émotionnel (2) Apparence extérieure (2)

3- Démence sévère

	Qualité de vie	Critères d'évaluation
Infirmiers avec son	Correcte (7) Médiocre (4)	Etat émotionnel (4) Apparence extérieure (1)
Infirmiers sans son	Correcte (5) Médiocre (3)	Apparence extérieure (6)
Aides-soignants avec son	Correcte (6)	Etat émotionnel (5) Apparence extérieure (1)
Aides-soignants sans son	Correcte (8)	Apparence extérieure (1)
Psychologues avec son	Médiocre (8) Correcte (4)	Etat émotionnel (6) Apparence extérieure (1)
Psychologues sans son	Correcte (7) Médiocre (2)	Etat émotionnel (1)

Annexe 8. Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées (toutes vidéos confondues)

Qualité de vie jugée globalement « satisfaisante »

	Avec le son	Sans le son
Aides-soignants	69,4%	80,3%
Infirmiers	69,9%	68,5%
Psychologues	65,6%	63,7%

Qualité de vie jugée globalement « insatisfaisante »

	Avec le son	Sans le son
Aides-soignants	24,6%	21,1%
Infirmiers	30%	31,1%
Psychologues	34,2%	27,1%

Attention ! Possibilité de quelques non réponses, pouvant légèrement fausser le résultat total.

Annexe 9. Critères « autres » d'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées (toutes vidéos confondues)

Si « Autre », précisez :

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Son discours	mentionné 48 fois	20,0%
Son comportement	11	4,6%
Etat de santé	9	3,8%
Un peu tout	6	2,5%
Son état de santé	5	2,1%
Un peu de tout	4	1,7%
Etat physique	3	1,3%
Le bruit environnant	3	1,3%
Sa désorientation	3	1,3%
Sa façon de s'exprimer	3	1,3%
Son attitude	3	1,3%
Son état physique	3	1,3%
Un tout	3	1,3%
Environnement familial	2	0,8%
L'ensemble des propositions	2	0,8%
Sa façon d'être	2	0,8%
Sa gestuelle	2	0,8%
Sa maladie	2	0,8%
Sa posture	2	0,8%
Ses gestes	2	0,8%
Son entourage familial	2	0,8%
A l'air d'être conditionnée par la toilette puisqu'elle se déshabille	1	0,4%
Ambiance claire et propre	1	0,4%
Apparence physique	1	0,4%
Assise confortablement	1	0,4%
Attitude non verbale	1	0,4%
Attitude physique	1	0,4%
Aucun signe ne montre que la qualité de vie est incorrecte	1	0,4%
Barrière au lit	1	0,4%
Besoin de parler	1	0,4%
Besoin relationnel	1	0,4%
Blessure au bras	1	0,4%
Bruit environnant	1	0,4%
Bruits extérieurs gênants	1	0,4%
Capacité à être en relation et à se raconter	1	0,4%
Commentaires sur la structure et l'équipe soignante	1	0,4%
Crainte d'être espionnée	1	0,4%
Dépourvue d'expression verbale	1	0,4%
Désir de la personne non pris	1	0,4%

en compte		
Désir de mort	1	0,4%
Desorientation	1	0,4%
Détachement	1	0,4%
Détachement vis-à-vis du thérapeute	1	0,4%
Difficulté à communiquer	1	0,4%
Difficulté d'audition et d'expression	1	0,4%
Discours embrouillé	1	0,4%
Discours et gestuelle	1	0,4%
Douleur physique	1	0,4%
Douleurs physiques	1	0,4%
Echange relationnel	1	0,4%
Ensemble des propositions	1	0,4%
Entourage familial	1	0,4%
Entourage prévenant et attentif	1	0,4%
Envie de communiquer	1	0,4%
Environnement affectif	1	0,4%
Environnement bruyant	1	0,4%
Environnement médical	1	0,4%
Environnement social	1	0,4%
Environnement social et familial	1	0,4%
Etat de santé apparent	1	0,4%
Etat de santé visiblement dégradé	1	0,4%
Etat intellectuel	1	0,4%
Etat relationnel	1	0,4%
Famille présente	1	0,4%
Incomprise	1	0,4%
Indépendance	1	0,4%
Indifférence à son environnement	1	0,4%
L ensemble	1	0,4%
L'environnement soignant	1	0,4%
L'évocation de son couple	1	0,4%
La qualité de son entourage	1	0,4%
La relation au thérapeute	1	0,4%
Le tout	1	0,4%
Liens familiaux	1	0,4%
Manière dont elle se présente, se dévoile	1	0,4%
Manque de relation	1	0,4%

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Objectivité sur sa condition humaine	1	0,4%
Pas de besoin relationnel	1	0,4%
Pas de plainte	1	0,4%
Personnel soignant a l'ecoute des demandes de la personne agee	1	0,4%
Peu de stimulation psycho-affective	1	0,4%
Qualité de vie familiale	1	0,4%
Sa bonne humeur	1	0,4%
Sa capacité à être en lien	1	0,4%
Sa douleur	1	0,4%
Sa douleur apparente	1	0,4%
Sa façon de voir sa fin de vie	1	0,4%
Sa lucidité et son acceptation	1	0,4%
Sa mélancolie	1	0,4%
Sa mobilité dans son fauteuil	1	0,4%
Sa nostalgie	1	0,4%
Sa plaisanterie	1	0,4%
Sa position avancée	1	0,4%
Sa santé	1	0,4%
Sa sérénité, son bien-être	1	0,4%
Sa simplicité	1	0,4%
Sa situation en tant que personne âgée	1	0,4%
Sa surdité	1	0,4%
Sa tristesse	1	0,4%
Sa vie sociale	1	0,4%
Se prend bien en charge	1	0,4%
Semble épanouie et s'adresse avec beaucoup d'entrain au thérapeute	1	0,4%
Semble heureuse malgré sa désorientation	1	0,4%
Sentiment d'avoir réussi sa vie	1	0,4%
Ses liens relationnels	1	0,4%
Ses relations avec sa famille	1	0,4%
Son agitation	1	0,4%
Son aisance	1	0,4%
Son angoisse	1	0,4%
Son apparence physique et son état de santé	1	0,4%
Son attitude figée	1	0,4%
Son attitude inadaptée	1	0,4%

Son besoin de communiquer	1	0,4%
Son besoin de parler	1	0,4%
Son déshabillage	1	0,4%
Son désintéressement pour le monde extérieur	1	0,4%
Son désintérêt	1	0,4%
Son détachement	1	0,4%
Son discours "on entend tout ici"	1	0,4%
Son discours pessimiste	1	0,4%
Son état général	1	0,4%
Son état mental	1	0,4%
Son état psychologique	1	0,4%
Son handicap physique	1	0,4%
Son hospitalisation	1	0,4%
Son incohérence	1	0,4%
Son insouciance	1	0,4%
Son intérêt pour d'autres choses qu'à lui	1	0,4%
Son isolement	1	0,4%
Son logement	1	0,4%
Son réflexe de se déshabiller, pensant qu'on allait lui faire sa toilette	1	0,4%
Son sourire	1	0,4%
Son visage	1	0,4%
Souriante	1	0,4%
Souvenirs paisibles	1	0,4%
Surcharge pondérale	1	0,4%
Tres bavarde	1	0,4%
Tres entourée	1	0,4%

Nombre de valeurs différentes : 140

'*son discours*' est le plus cité : 48 observations.

Il y a 10952 non-réponses.

Annexe 10. Evaluation du besoin relationnel des personnes âgées (toutes vidéos confondues)

Besoin relationnel jugé globalement « important »

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

	Avec le son	Sans le son
Aides-soignants	63,7%	56,5%
Infirmiers	59,8%	66,5%
Psychologues	72,6%	64,6%

Besoin relationnel jugé « pas ou peu important »

	Avec le son	Sans le son
Aides-soignants	36,2%	45,3%
Infirmiers	40,1%	33,3%
Psychologues	27,3%	35,7%

Attention ! Possibilité de quelques non réponses, pouvant légèrement fausser le résultat total.

Annexe 11. Evaluation de la qualité relationnelle (toutes vidéos confondues)

Qualité relationnelle jugée globalement « satisfaisante »

	Avec le son	Sans le son
Aides-soignants	78,3%	79,3%
Infirmiers	72,3%	73,8%
Psychologues	69,6%	80,6%

Qualité relationnelle jugée globalement « insatisfaisante »

	Avec le son	Sans le son
Aides-soignants	21,6%	22,5%
Infirmiers	27,6%	26%
Psychologues	30,3%	19,3%

Attention ! Possibilité de quelques non réponses, pouvant légèrement fausser le résultat total.

Annexe 12. Choix « Autre » proposés pour l'item dominant

Choix « Autre » proposés pour l'item dominant :

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Tristesse	mentionné 139 fois	13,7%
Neutre	68	6,7%
Résignation	52	5,1%
Lucidité	51	5,0%
Nostalgie	48	4,7%
Confusion	28	2,8%
Réalisme	21	2,1%
Fatalisme	18	1,8%
Intérêt	16	1,6%
Nervosité	13	1,3%
Anxiété	12	1,2%
Calme	12	1,2%
Regret	12	1,2%
Agitation	11	1,1%
Attention	10	1,0%
Fatigue	9	0,9%
Lassitude	9	0,9%
Timidité	9	0,9%
Agressivité	8	0,8%
Désintérêt	8	0,8%
Indifférence	8	0,8%
A l'aise	7	0,7%
Enervement	7	0,7%
Fierté	7	0,7%
Mélancolie	7	0,7%
Nostalgique	7	0,7%
Stress	7	0,7%
Cohérence	6	0,6%
Dépression	6	0,6%
Douleur morale	6	0,6%
Enthousiasme	6	0,6%
Pessimisme	6	0,6%
Préoccupation	6	0,6%
Satisfaction	6	0,6%
Agacement	5	0,5%
Conscience	5	0,5%
Contentement	5	0,5%
Démence	5	0,5%
Gêne	5	0,5%
Méfiance	5	0,5%
Négative	5	0,5%
Réaliste	5	0,5%
Souriante	5	0,5%
Surdité	5	0,5%
Bavarde	4	0,4%

Colère	4	0,4%
Contente	4	0,4%
Décontraction	4	0,4%
Déprime	4	0,4%
Détente	4	0,4%
Incompréhensible	4	0,4%
Incompréhension	4	0,4%
Amertume	3	0,3%
Communicative	3	0,3%
Confuse	3	0,3%
Critique	3	0,3%
Curiosité	3	0,3%
Défensive	3	0,3%
Désintéressement	3	0,3%
Détendu	3	0,3%
Détermination	3	0,3%
Emue	3	0,3%
Ennui	3	0,3%
Fataliste	3	0,3%
Incohérence	3	0,3%
Inquiétude	3	0,3%
Morbidité	3	0,3%
Rationnel	3	0,3%
Résignée	3	0,3%
Sociabilité	3	0,3%
Solitude	3	0,3%
Tension	3	0,3%
Vivacité	3	0,3%
Ambivalence	2	0,2%
Amnésie	2	0,2%
Amusement	2	0,2%
Assurance	2	0,2%
Attentive	2	0,2%
Bien dans sa peau	2	0,2%
Bien-être	2	0,2%
Décalage	2	0,2%
Déception	2	0,2%
Défaitisme	2	0,2%
Distance	2	0,2%
Emotion	2	0,2%
Excitation	2	0,2%
Fragilité	2	0,2%
Heureuse	2	0,2%
Inadaptée	2	0,2%
Intéressée	2	0,2%

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Isolement	2	0,2%
Malaise	2	0,2%
Neutralité	2	0,2%
Omnubilation	2	0,2%
Peine	2	0,2%
Pensive	2	0,2%
Perdue	2	0,2%
Plainte	2	0,2%
Plaisir	2	0,2%
Présence	2	0,2%
Ralentissement	2	0,2%
Refoulement	2	0,2%
Refus	2	0,2%
Résistance	2	0,2%
Stressée	2	0,2%
Tranquillité	2	0,2%
Triste	2	0,2%
Troubles de mémoire	2	0,2%
A l'ecoute	1	0,1%
Abandon	1	0,1%
Abattement	1	0,1%
Absence	1	0,1%
Absent	1	0,1%
Adaptée	1	0,1%
Admiration	1	0,1%
Admirative	1	0,1%
Agacée	1	0,1%
Agressive	1	0,1%
Ahurissement	1	0,1%
Aigrie	1	0,1%
Aisance	1	0,1%
Aisance verbale	1	0,1%
Alicale	1	0,1%
Besoin d'être rassurée	1	0,1%
Besoin de communication	1	0,1%
Besoin de communiquer	1	0,1%
Besoin de parler	1	0,1%
Besoin relationnel	1	0,1%
Bien	1	0,1%
Bonheur	1	0,1%
Brieveté	1	0,1%
Certitude	1	0,1%
Chaleur humaine	1	0,1%
Choqué	1	0,1%
Clairvoyance	1	0,1%

Complicquée	1	0,1%
Compréhension	1	0,1%
Concentration	1	0,1%
Confiance	1	0,1%
Conscient	1	0,1%
Curieux	1	0,1%
Décalée dans son discours	1	0,1%
Décidée	1	0,1%
Défaitiste	1	0,1%
Démence légère	1	0,1%
Démotivation	1	0,1%
Déni de son placement et de sa maladie	1	0,1%
Désolation	1	0,1%
Désolément	1	0,1%
Désordonnée	1	0,1%
Détachée de la réalité	1	0,1%
Détérioration	1	0,1%
Détresse	1	0,1%
Difficulté d'expression	1	0,1%
Discrète	1	0,1%
Douleur liée au souvenir	1	0,1%
Douleurs psychiques	1	0,1%
Doute	1	0,1%
Dramatique	1	0,1%
Dynamisme	1	0,1%
Dysphorie émotionnelle	1	0,1%
Effacée	1	0,1%
Embarras	1	0,1%
Embêtée	1	0,1%
En confiance	1	0,1%
En difficulté	1	0,1%
Energie	1	0,1%
Espérance	1	0,1%
Euphorie	1	0,1%
Evitement	1	0,1%
Expressive	1	0,1%
Faiblesse	1	0,1%
Figé	1	0,1%
Fluctuation	1	0,1%
Fluctuation de l'humeur	1	0,1%
Franchise	1	0,1%
Froideur	1	0,1%
Frustration	1	0,1%
Fuite	1	0,1%

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Heureux	1	0,1%
Humour	1	0,1%
Impatience	1	0,1%
Incohérent	1	0,1%
Indignation	1	0,1%
Inexpressif	1	0,1%
Insatisfaction	1	0,1%
Interressement	1	0,1%
Intimidation	1	0,1%
Irritabilité	1	0,1%
Le bonheur	1	0,1%
Locacité	1	0,1%
Logorrhée	1	0,1%
Lucide	1	0,1%
Mal être	1	0,1%
Mauvaise	1	0,1%
Méchanceté	1	0,1%
Mépris	1	0,1%
Modestie	1	0,1%
Monotonie	1	0,1%
Morbide	1	0,1%
Motivation	1	0,1%
Naturelle	1	0,1%
Négativité	1	0,1%
Nostalgique	1	0,1%
Opposition	1	0,1%
Oppression	1	0,1%
Optimisme	1	0,1%
Outrée	1	0,1%
Paisible	1	0,1%
Paradoxe	1	0,1%
Paranoïa	1	0,1%
Partage de son vécu	1	0,1%
Participante	1	0,1%
Participation	1	0,1%
Paticipation	1	0,1%
Perplexité	1	0,1%
Perte de mémoire	1	0,1%
Perte des illusions	1	0,1%
Peu enthousiaste	1	0,1%
Peu intéressée	1	0,1%
Plaintes somatiques	1	0,1%
Plaisir à se remémorer	1	0,1%
Préoccupée	1	0,1%
Ralentissement psychomoteur	1	0,1%

Rationnelle	1	0,1%
Réceptif	1	0,1%
Réceptive	1	0,1%
Réfléchie	1	0,1%
Réflexion	1	0,1%
Réfraction	1	0,1%
Refus de communiquer	1	0,1%
Remord	1	0,1%
Renfermée	1	0,1%
Repli	1	0,1%
Réservé	1	0,1%
Réservée	1	0,1%
Résolu	1	0,1%
Ressentiment	1	0,1%
Réticence	1	0,1%
Retrait	1	0,1%
Rigidité	1	0,1%
Seche	1	0,1%
Self-control	1	0,1%
Sérénité	1	0,1%
Sociable	1	0,1%
Songeuse	1	0,1%
Souci d'être compris	1	0,1%
Soucis	1	0,1%
Souffrance	1	0,1%
Souffrance morale	1	0,1%
Souffrance psychique	1	0,1%
Souvenir	1	0,1%
Statique	1	0,1%
Stoïque	1	0,1%
Sympathie	1	0,1%
Tendue	1	0,1%
Terrorisée	1	0,1%
Tranquille	1	0,1%
Tranquillité relative	1	0,1%
Tremblement	1	0,1%
Vitalité	1	0,1%
Volonté	1	0,1%
Volubile	1	0,1%

Nombre de valeurs différentes : 263

'TRISTESSE' est le plus cité : 139 observations.

Il y a 10176 non-réponses.

Annexe 13. Choix « Autre » proposés pour l'item secondaire

Choix « Autre » proposés pour l'item secondaire :

Tristesse	mentionné 128 fois	20,3%
Nostalgie	31	4,9%
Résignation	31	4,9%
Lucidité	18	2,8%
Regret	14	2,2%
Calme	12	1,9%
Réalisme	12	1,9%
Confusion	11	1,7%
Nervosité	11	1,7%
Agitation	8	1,3%
Anxiété	8	1,3%
Enervement	8	1,3%
Fatalisme	8	1,3%
Fatigue	8	1,3%
Désintérêt	6	0,9%
Douleur morale	6	0,9%
Heureuse	6	0,9%
Incompréhension	6	0,9%
Inquiétude	6	0,9%
Nostalgique	6	0,9%
Agressivité	5	0,8%
Attention	5	0,8%
Bavarde	5	0,8%
Cohérence	5	0,8%
Intérêt	5	0,8%
Mélancolie	5	0,8%
Réaliste	5	0,8%
Satisfaction	5	0,8%
Contentement	4	0,6%
Déception	4	0,6%
Méfiance	4	0,6%
Plaisir	4	0,6%
Ralentissement psychomoteur	4	0,6%
Répétition	4	0,6%
Stress	4	0,6%
Surdité	4	0,6%
Confuse	3	0,5%
Décontraction	3	0,5%
Ennui	3	0,5%
Espérance	3	0,5%
G�ne	3	0,5%
Indifférence	3	0,5%
Lassitude	3	0,5%
Lucide	3	0,5%
Négative	3	0,5%

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Préoccupation	3	0,5%
Solitude	3	0,5%
Timidité	3	0,5%
Triste	3	0,5%
A l'écoute	2	0,3%
Admiration	2	0,3%
Agacement	2	0,3%
Aigrie	2	0,3%
Amertume	2	0,3%
Attentif	2	0,3%
Colère	2	0,3%
Curiosité	2	0,3%
Défensive	2	0,3%
Dépression	2	0,3%
Dépressive	2	0,3%
Déprime	2	0,3%
Désintéressement	2	0,3%
Détente	2	0,3%
Enthousiasme	2	0,3%
Evitement	2	0,3%
Fierté	2	0,3%
Fragilité	2	0,3%
Fuite	2	0,3%
Impatience	2	0,3%
Incohérence	2	0,3%
Omnubilation	2	0,3%
Optimiste	2	0,3%
Peine	2	0,3%
Pensive	2	0,3%
Perplexité	2	0,3%
Philosophe	2	0,3%
Posée	2	0,3%
Rancune	2	0,3%
Reconnaissance	2	0,3%
Renfermement	2	0,3%
Révolte	2	0,3%
Souffrance	2	0,3%
Souriante	2	0,3%
Tranquillité	2	0,3%
Tremblement	2	0,3%
Vivacité	2	0,3%
Volonté	2	0,3%
Abscence	1	0,2%
Absence de réceptivité	1	0,2%
Accompli	1	0,2%

Agitée	1	0,2%
Agréable	1	0,2%
Aimabilité	1	0,2%
Ambivalence	1	0,2%
Apathie	1	0,2%
Assurance	1	0,2%
Attachante	1	0,2%
Besoin de réconfort	1	0,2%
Besoin de vie sociale	1	0,2%
Bien-être	1	0,2%
Censée	1	0,2%
Communicative	1	0,2%
Consciente de ses troubles	1	0,2%
Conviction	1	0,2%
Coopérante	1	0,2%
Coquetterie	1	0,2%
Crainte	1	0,2%
Crispation	1	0,2%
Défaitisme	1	0,2%
Défensif	1	0,2%
Démence	1	0,2%
Déprimée	1	0,2%
Détendu	1	0,2%
Dévalorisation	1	0,2%
Dialogue	1	0,2%
Dispersion	1	0,2%
Douleur psychique	1	0,2%
Dynamisme	1	0,2%
Effacement	1	0,2%
Effroi	1	0,2%
Embarras	1	0,2%
Emotive	1	0,2%
Empathie	1	0,2%
Emue	1	0,2%
Euphorie	1	0,2%
Explicative	1	0,2%
Expressivité	1	0,2%
Fixation	1	0,2%
Force de caractère	1	0,2%
Forte	1	0,2%
Furieuse	1	0,2%
Gesticulation	1	0,2%
Hautaine	1	0,2%
Humeur labile	1	0,2%
Impliquée dans la relation	1	0,2%

L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée

Inattention	1	0,2%
Incohérence verbale	1	0,2%
Intimidation	1	0,2%
Ironie	1	0,2%
Jargonnante	1	0,2%
Jovial	1	0,2%
Mal à l'aise	1	0,2%
Malentendante	1	0,2%
Manie	1	0,2%
Manque d'envie	1	0,2%
Marrante	1	0,2%
Mépris	1	0,2%
Monotonie	1	0,2%
Morbide	1	0,2%
Nerveuse	1	0,2%
Nostalgie	1	0,2%
Participation	1	0,2%
Perdu	1	0,2%
Perte de mémoire	1	0,2%
Plainte	1	0,2%
Plaisante	1	0,2%
Plaisanterie	1	0,2%
Positive	1	0,2%
Questionnement	1	0,2%
Ralenti	1	0,2%
Rancoeur	1	0,2%
Realité	1	0,2%
Réassurance	1	0,2%
Réceptive	1	0,2%
Reconnaissance du lieu	1	0,2%
Reconnaissance envers les gens qui l'entourent	1	0,2%
Recul	1	0,2%
Refus de dialoguer	1	0,2%
Renoncement	1	0,2%
Repli	1	0,2%
Réserve	1	0,2%
Réservée	1	0,2%
Résignée	1	0,2%
Résolution	1	0,2%
Satisfaite	1	0,2%
Sensibilité	1	0,2%
Sociabilité	1	0,2%
Sociable	1	0,2%
Songeur	1	0,2%

vertu de la loi du droit d'auteur.

Soucieuse	1	0,2%
Souffrance psychique	1	0,2%
Souvenir poignant	1	0,2%
Tracasement	1	0,2%
Tremblements	1	0,2%
Tristesse ou nostalgie	1	0,2%
Tristesse	1	0,2%
Versatile	1	0,2%

Nombre de valeurs différentes : 189

'TRISTESSE' est le plus cité : 128 observations.

Il y a 10560 non-réponses.

Annexe 14. Analyse des résultats en fonction du degré de sévérité de démence de la personne âgée filmée

a- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec un groupe contrôle de personnes âgées « témoins » (pas d'altérations physiques majeures, ni d'altérations cognitives) et M.M.S. (Mini Mental State) ≥ 24 :

Vidéo 3

Sans le son, les participants perçoivent à 38,5% de la crispation, alors qu'avec le son, la sérénité prime à 37,3% (en item dominant ou secondaire).

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

Discours → **impression prédominante de sérénité**

Message non verbal → **impression dominante de crispation**

Avec le son, le besoin relationnel apparaît légèrement plus important.

La qualité relationnelle et la qualité de vie sont jugées correctes.

Vidéo 5

Sans le son, l'impression de mécontentement est manifeste (52,9% des personnes l'ont mentionné en item dominant ou secondaire). Avec le son, l'impression prédominante est la sérénité (30,5% en item dominant ou secondaire).

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

Discours → impression principale de sérénité

Message non verbal → impression dominante de mécontentement

La qualité de vie et le besoin relationnel sont jugés à plus de 50% corrects par tous les participants. Le besoin relationnel apparaît relativement important.

Vidéo 9

L'impression de sérénité prédomine, pour 53,7% des participants sans le son et 43,2% des participants avec le son (en item dominant).

Sans le son, l'impression de gaieté apparaît davantage (36,4% en item dominant ou secondaire).

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle est jugée consensuellement correcte.

Vidéo 12

L'impression de mécontentement prime, quels que soient le mode de visionnage ou la formation professionnelle ; elle apparaît toutefois **plus importante** lors des visionnages **sans le son** (47,5% des personnes l'ont mentionné en item dominant ou secondaire) qu'avec le son (37,3% dans les mêmes conditions).

Vidéo 13

Avec (33,7%) ou sans le son (34,7%), toutes catégories professionnelles confondues, **l'impression de sérénité est également mentionnée en item dominant.**

Mais avec le son, les aides-soignants se démarquent des autres en relevant d'abord de la désorientation : 37,9% d'entre eux l'ont pointée en **item dominant.**

Cette notion de **désorientation** se retrouve d'ailleurs **davantage dans les réponses avec le son** : 37,4% des professionnels l'ont observée en item dominant ou secondaire, alors que cette notion n'est guère pointée lors des visionnages sans le son.

La qualité de vie et la qualité relationnelle sont jugées consensuellement correctes, tout comme le besoin relationnel apparaît « relativement important ».

Vidéo 17

Les items choisis pour cette vidéo sont assez dispersés.

Sans le son, les infirmiers perçoivent à 50% du mécontentement (en item dominant ou secondaire), les aides-soignants davantage de sérénité (42,9%) et les psychologues de l'abattement (36,1%) et de l'angoisse (31,8%).

Avec le son, les seuls professionnels à se démarquer sont les psychologues, qui

perçoivent de l'angoisse à 50% et de l'abattement à 40,9% (en item dominant ou secondaire).

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle et la qualité de vie sont jugées consensuellement correctes. Le besoin relationnel apparaît quant à lui « relativement important ».

Vidéo 19

Sans le son, les infirmiers remarquent particulièrement de l'abattement (30% d'entre eux l'ont mentionné en item dominant).

Avec ou sans le son, les aides-soignants et les psychologues ont perçu **en item dominant de la sérénité** (respectivement à 49% et 54,5%).

L'impression de sérénité apparaît deux fois plus manifeste avec le son : en effet, avec le son, 82,1% des participants (toutes catégories professionnelles confondues) ont mentionné de la sérénité en item dominant ou secondaire, contre seulement 36,1% sans le son.

Discours → impression de sérénité plus manifeste

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité de vie et la qualité relationnelle sont jugées consensuellement correctes et le besoin relationnel « relativement important ».

Vidéo 22

Quels que soient la profession ou le mode de visionnage des participants, **l'impression de sérénité prédomine** largement (62,1% avec le son et à 73,6% sans le son, en item dominant).

La qualité relationnelle et la qualité de vie sont jugées consensuellement correctes, et le besoin relationnel « relativement important ».

Vidéo 26

Toutes catégories professionnelles confondues, **l'impression de sérénité prédomine** (45,3% avec et à 39,7% sans le son, en item dominant).

Sans le son, **la notion de gaieté est elle aussi très importante** chez l'ensemble des professionnels : elle représente 36,4% des items dominants fournis par les participants.

Les participants sans le son se sont principalement aidés des expressions du visage de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle et la qualité de vie sont jugées consensuellement correctes. Par contre, les personnes expérimentées sans le son considèrent à 53,2% d'entre elles que le besoin relationnel de la personne âgée semble faible.

Vidéo 28

L'impression de sérénité apparaît très marquée chez l'ensemble des participants (35,3% avec et 50,4% sans le son, en item dominant).

Sans le son, la gaieté est mentionnée par 42,2% des observateurs en item dominant ou secondaire.

Avec le son, l'impression d'abattement de la personne âgée filmée apparaît particulièrement chez les psychologues (59,1% des items dominants ou secondaires) et les infirmiers (35,3%).

La qualité de vie et la qualité relationnelle sont jugées consensuellement correctes et le besoin relationnel « relativement important ».

Vidéo 32

La notion de sérénité, très représentée, apparaît davantage avec le son : toutes catégories professionnelles confondues, 58,1%, des personnes expérimentées avec le son l'ont mentionnée en item dominant ou secondaire, pour seulement 33,6% sans le son.

Toujours avec le son, les psychologues remarquent de la crispation pour 36,4% d'entre eux en item dominant.

Sans le son, cette notion de crispation est davantage pointée chez les psychologues (43,5% l'ont mentionné en premier choix), ainsi que chez les infirmiers (42%).

La qualité relationnelle et la qualité de vie apparaissent consensuellement correctes.

Vidéo 34

Sans le son, pour l'ensemble des participants, **la douleur apparaît manifeste** (56,2% des items dominants ou secondaires), **ainsi que la notion d'abattement** (33,9%).

Avec le son, la notion de sérénité se ressent davantage pour l'ensemble des professionnels : 36,3% d'entre eux l'ont mentionné en item dominant.

Le son favorise aussi la perception de douleurs physiques chez les psychologues (31,8% en item dominant).

La qualité relationnelle apparaît correcte et le besoin relationnel consensuellement « relativement important ».

b- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec des personnes âgées souffrant de démence modérée (12 < M.M.S. <24) :

Vidéo 2

Avec le son, les infirmières et les aides-soignantes perçoivent majoritairement de la sérénité (respectivement à 43,1% et 46,6% en item dominant), alors que **les psychologues ont des jugements plus dispersés et ne relèvent aucun item consensuel**. Si nous prenons en compte l'item secondaire, les psychologues perçoivent avec le son de la sérénité, de l'excitation et de la gaieté.

Sans le son, les infirmières et les aides-soignantes perçoivent toujours beaucoup de sérénité (respectivement 42% et 34,7% en item dominant ou secondaire), mais pointent aussi de façon importante de **l'excitation** (respectivement 44% et 32,6%). Toujours aucun consensus n'apparaît pour les psychologues.

Sans le son, les participants se sont principalement basés sur la gestuelle et sur « l'agitation verbale » apparente de la personne âgée.

La qualité de vie et la qualité relationnelle sont jugées consensuellement correctes. L'état émotionnel a été le critère principal d'appréciation pour évaluer la qualité de vie.

Le besoin relationnel a été jugé relativement important, voire très important.

Vidéo 4

Relative équivalence entre ce qui est perçu avec ou sans le son : sont mentionnées la gaieté, la sérénité et/ou la désorientation de la personne filmée.

Sans le son, les participants se sont intéressés davantage à l'apparence extérieure de la personne, plutôt qu'à son état émotionnel, pour évaluer sa qualité de vie.

Vidéo 8

Impression prédominante de sérénité avec le son (43,7%.en item dominant) et sans le son (36,1%). Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle et la qualité de vie sont jugées consensuellement correctes.

A part les aides-soignantes avec le son, la majorité des participants a jugé faible le besoin relationnel de la personne.

Vidéo 10

La sensation d'abattement apparaît prégnante pour toutes les catégories professionnelles, mais **s'observe davantage avec le son** (55,8% des participants l'ont mentionné en item dominant ou secondaire) que sans le son (seulement 35,8% dans les mêmes conditions).

L'impression de désespoir est elle aussi plus présente avec le son (31,6% en item dominant ou secondaire).

Sans le son apparaît d'abord la sensation de détachement (36,7% en item dominant ou secondaire).

Le besoin relationnel a été consensuellement jugé faible, sauf par les psychologues sans le son.

Vidéo 14

Toutes catégories professionnelles confondues, **l'impression de sérénité prédomine** et apparaît relativement identique avec ou sans le son (58,7% des personnes l'ont mentionnée en item dominant sans le son, pour 53,7% des personnes avec le son).

De même, en item dominant ou secondaire, **la gaieté** est mentionnée par 51,3% des personnes interrogées sans le son, pour 47,9% des personnes avec le son.

La qualité de vie est qualifiée de correcte de manière consensuelle.

Vidéo 16

En item dominant, l'impression de sérénité prédomine, pour 53,7% des participants avec le son et 49,6% des participants sans le son.

En item dominant ou secondaire, cette impression est **couplée avec celle de gaieté** pour l'ensemble des professionnels, sauf pour les infirmières ayant visionnées les vidéos sans le son : celles-ci perçoivent pour 36% d'entre elles du mécontentement en item dominant.

L'impression de gaieté apparaît plus marquée avec le son (64,7% des professionnels l'ont mentionnée en item dominant ou secondaire, toutes professions confondues), contre 33,9% sans le son.

La qualité relationnelle apparaît globalement correcte, ainsi que la qualité de vie (qui est même jugée « très satisfaisante » pour 57% des personnes interrogées sans le son).

Vidéo 21

Sans le son, l'angoisse est manifeste : elle est mentionnée par 40,5% des participants en item dominant ; plus d'un participant sur deux l'a mentionnée en item dominant ou secondaire. Nous relevons aussi la notion de crispation, mentionnée par 36,4% des personnes en item dominant ou secondaire.

Avec le son, seuls les psychologues perçoivent une prédominance de l'angoisse : ils sont en effet 63,7% à la mentionner en item dominant ou secondaire. Les infirmiers et les aides-soignants perçoivent quant à eux une relative **sérénité** chez la personne âgée filmée : 37,2% des infirmiers et 31,9% des aides-soignants l'ont mentionnée en item dominant ou secondaire.

Discours → impression dominante de sérénité (hors psychologues)

Message non verbal → impression dominante d'angoisse

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle et la qualité de vie apparaissent consensuellement correctes, quels que soient la profession ou le mode de visionnage des participants.

Le besoin relationnel apparaît « relativement important ».

Vidéo 23

Quels que soient la profession ou le mode de visionnage des participants, **l'impression de désorientation prédomine** largement.

Toutefois, cette impression apparaît **deux fois plus marquée avec le son** (91,6% l'ont mentionnée en item dominant ou secondaire) que sans le son (48,8% des participants dans les mêmes conditions).

Discours → impression de désorientation deux fois plus manifeste

La qualité de vie a été jugée consensuellement correcte.

Vidéo 25

Sans le son, l'impression de **crispation** a été particulièrement ressentie par les aides-soignants (51% en item dominant) et les psychologues (31,8%). De même, **la notion de détachement apparaît spécifique au visionnage sans le son**.

Avec le son, les infirmiers et les psychologues notent davantage l'abattement. Les aides-soignants sont quant à eux plus dispersés dans leurs réponses et n'établissent pas de consensus.

Les participants sans le son se sont principalement basés sur la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle et la qualité de vie apparaissent globalement correctes, ainsi que le besoin relationnel, qualifié fréquemment de « relativement important ».

Vidéo 30

Sans le son, l'impression de sérénité prédomine (38% des items dominants ou secondaires, toutes catégories professionnelles confondues).

Avec le son, l'impression de détachement se distingue (38,4% des items dominants ou secondaires, toutes catégories professionnelles confondues).

Discours → impression dominante de détachement

Message non verbal → impression dominante de sérénité

La qualité de vie et la qualité relationnelle sont jugées consensuellement correctes.

Le besoin relationnel est quant à lui apparu globalement faible.

Vidéo 31

Sans le son, l'impression d'**abattement domine** (72,5% des items dominants ou secondaires, toutes catégories professionnelles confondues). **L'abattement est aussi perçu lors du visionnage avec le son**, mais est moins manifeste : il constitue 41,8% des items dominants ou secondaires, toutes catégories professionnelles confondues.

Avec le son, c'est l'impression de **détachement qui prédomine** chez les infirmiers (72,7% des items dominants ou secondaires) et chez les aides-soignants (65,3%).

La qualité relationnelle est consensuellement jugée correcte.

Les personnes expérimentées sans le son considèrent comme faible le besoin relationnel pour 59,2% d'entre elles.

Enfin, un psychologue sur deux a jugé médiocre la qualité de vie de la personne âgée filmée.

Vidéo 35

Les impressions de sérénité et de gaieté sont majoritaires, quels que soient le mode de visionnage et la catégorie professionnelle.

La qualité relationnelle est jugée consensuellement correcte et le besoin relationnel est globalement qualifié de « relativement important ».

Enfin, la qualité de vie est considérée comme « très satisfaisante » par une majorité de professionnels sans le son, et de « correcte » par les professionnels avec le son.

c- Concernant les douze vidéos filmant des scènes d'entretiens avec des personnes âgées souffrant de démence sévère (M.M.S. ≤12) :

Vidéo 1

Les infirmières et les aides-soignantes perçoivent à plus de 30% du détachement en item dominant. Les psychologues sont plus nuancés et perçoivent de nombreux affects chez la personne âgée filmée.

Les infirmières et les aides-soignantes se sont principalement aidées de l'expression du visage pour répondre, alors que les psychologues se sont davantage intéressés à la gestuelle de la personne.

La qualité relationnelle et la qualité de vie sont jugées correctes à plus de 50% par l'ensemble des personnes interrogées.

Le besoin relationnel est jugé davantage important par les psychologues.

L'apparence extérieure a été le critère principal évaluant la qualité de vie de la personne.

Vidéo 6

Que cela soit avec ou sans le son, l'angoisse est ressentie à plus de 30% par tous en item dominant, sauf par les aides-soignantes avec le son qui perçoivent principalement la désorientation de la personne (36,2% en item dominant).

Cependant, **l'angoisse est beaucoup plus manifeste sans le son** : 70,8% l'ont mentionné en item dominant ou secondaire, pour seulement 45,2% des personnes avec le son.

Sans le son, les infirmières notent aussi de la crispation pour 40% d'entre elles en

item dominant.

Avec le son, 46,3% des personnes perçoivent de la désorientation (en item dominant ou secondaire), alors que les personnes sans le son n'ont pas perçu de désorientation manifeste.

Discours → davantage de désorientation perçue

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

La qualité relationnelle est jugée consensuellement correcte.

Vidéo 7

Une proportion très importante de personnes a perçu de la désorientation avec le son (70,5% l'ont mentionné en item dominant ou secondaire), alors que les personnes ayant visionné sans le son n'ont pas perçu de désorientation manifeste.

Sans le son, l'ensemble des participants perçoit principalement de la gaieté : en item dominant ou secondaire, la gaieté est perçue par 50,8% des personnes, toutes catégories professionnelles confondues.

Discours → impression dominante de désorientation

Message non verbal → impression dominante de gaieté

Les participants sans le son se sont principalement aidés des expressions de visage de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

Consensuellement, la qualité relationnelle est jugée très satisfaisante et le besoin relationnel relativement important.

Vidéo 11

Vidéo particulièrement éclairante :

47,9% des professionnels l'ayant observée sans le son ont perçu en item dominant de la sérénité.

La sérénité apparaît ainsi l'élément principal retenu sans le son, quelle que soit la profession de la personne expérimentée.

Avec le son, l'impression de sérénité n'est pratiquement plus évoquée. L'item le plus représentatif est alors la notion de désorientation, pointée par 70% des professionnels en item dominant.

Discours → impression dominante de désorientation

Message non verbal → impression dominante de gaieté

Vidéo 15

Avec l'apport du son, l'impression la plus marquante est le détachement, mentionné à 31,6% en item dominant (légèrement moins remarqué sans le son).

L'impression de désorientation apparaît beaucoup plus présente sans le son : 50% des personnes expérimentées sans le son l'ont mentionnée en item dominant.

En item dominant ou secondaire, 70,8% des personnes interrogées sans le son ont perçu de la désorientation (principalement par le biais de la gestualité de la personne), pour seulement 40% des personnes interrogées avec le son.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'éventuelle désorientation de la personne était particulièrement visible dans sa gestuelle, ce à quoi les participants avec l'outil sonore ont été moins attentifs.

Les infirmières et les psychologues ayant visionné la vidéo avec le son ont pourtant été particulièrement réceptifs aux messages non verbaux émis par la personne.

Les infirmières ayant visionné la vidéo sans le son ont enfin été particulièrement réceptifs à l'impression de douleurs physiques (mentionnée en item dominant ou secondaire dans 34% des cas).

Vidéo 18

Toutes les catégories professionnelles, avec ou sans le son, ont perçu en item dominant de la désorientation, excepté les psychologues qui remarquent avec le son particulièrement de l'angoisse (54,5% l'ont mentionnée en item dominant, 81,8% en item dominant ou secondaire).

Avec le son, les psychologues notent pour 40,9% d'entre eux du désespoir (en item dominant ou secondaire). De même, 40,9% d'entre eux mentionnent de la désorientation, alors que sans le son, la proportion de psychologues percevant de la désorientation s'élève à 72,7%(en item dominant ou secondaire).

Particulièrement remarquée par les psychologues, la notion d'angoisse apparaît beaucoup plus manifeste avec le son : 51,6% des professionnels ayant visionné la vidéo avec le son l'ont repéré en item dominant ou secondaire.

Discours → impression d'angoisse plus manifeste

Vidéo 20

Vidéo riche d'enseignements :

Avec le son, l'impression la plus manifeste est celle de **désorientation** : elle est mentionnée par 40,5% des participants en item dominant. Seules se démarquent les infirmières, qui pointent à 35,3% de la sérénité en item dominant.

Sans le son, l'impression de désorientation n'apparaît pas particulièrement marquée : la personne âgée filmée paraît par contre sereine pour 46,3% des participants (en item dominant).

Ce contraste entre l'apparente sérénité de la personne sans le son et l'impression de désorientation avec le son s'avère particulièrement marqué pour les aides-soignantes et les psychologues.

Discours → impression dominante de désorientation

Message non verbal → impression dominante de sérénité

Les participants sans le son se sont principalement aidés de la gestualité de la personne âgée pour motiver leurs réponses.

Ainsi, nous constatons que l'impression de désorientation s'effectue par le biais du message verbal, et n'est pas du tout évidente dans les messages non verbaux émis par la personne âgée filmée.

La qualité relationnelle et la qualité de vie apparaissent globalement correctes ; de même, le besoin relationnel est jugé « relativement important » pour une grande majorité de participants.

Vidéo 24

L'impression de désorientation apparaît très présente, quels que soient le mode visionnage ou la formation professionnelle des participants. Elle apparaît toutefois plus marquée avec le son (83,1% des items dominants ou secondaire) que sans le son (69,2%).

Sans l'apport sonore, la sensation d'excitation de la personne est davantage soulignée (65,2% des items dominants ou secondaires sans le son, pour 44,2% avec le son).

La gestualité de la personne âgée filmée a été le critère dominant pour évaluer ses ressentis, que ce soit avec ou sans le son. Notons qu'il est rare qu'un critère non verbal soit celui majoritairement perçu lors des visionnages avec le son, le discours verbal l'emportant généralement sur le non verbal.

Discours → impression de désorientation plus manifeste

Vidéo 27

On observe un **consensus général, avec ou sans le son, sur la notion de désorientation** : 90,1% des professionnels sans le son et 87,9% des professionnels avec le son l'ont mentionnée en item dominant ou secondaire. **L'impression de détachement est aussi présente** : elle est spécifiée en item dominant ou secondaire dans 43,8% des cas par les professionnels ayant visionné la vidéo sans le son, et dans 33,7% des cas par les professionnels ayant bénéficié du son.

Toutes catégories professionnelles et modes de visionnage confondus, la qualité de vie apparaît consensuellement médiocre.

Vidéo 29

Avec le son, l'impression de sérénité apparaît largement majoritaire : 63,2% des participants l'ont mentionnée en item dominant.

Cette impression apparaît nettement moins évidente sans le son et laisse place à celle de mécontentement, mentionnée dans 42,1% des cas en item dominant.

Discours → impression dominante de sérénité

Message non verbal → impression dominante de mécontentement

La qualité de vie et la qualité relationnelle sont jugées consensuellement correctes et le besoin relationnel apparaît « relativement important ».

Vidéo 33

Les infirmiers perçoivent sans le son de l'angoisse, pour 46% d'entre eux (en item dominant ou secondaire). Ce sont les seuls à percevoir si manifestement de l'angoisse sans le son. En effet, **l'angoisse est beaucoup plus manifeste avec le son pour les aides-soignants et les psychologues** : les psychologues visionnant avec le son perçoivent pour 59,1% d'entre eux de l'angoisse en item dominant ou secondaire, alors que les psychologues visionnant sans le son ne l'ont pas perçu de manière significative (moins de 30%).

Les psychologues se sont par contre davantage préoccupés que les autres professionnels de l'impression de douleurs physiques, mentionnées par 36,4% d'entre eux (sans le son, en item dominant ou secondaire).

La qualité relationnelle et la qualité de vie apparaissent consensuellement correctes, sauf pour les psychologues sans le son qui jugent la qualité de vie médiocre à 63,6% d'entre eux.

Vidéo 36

Le son de la vidéo favorise l'impression de désorientation constatée chez l'ensemble des professionnels : 64,2% d'entre eux l'ont pointée en item dominant ou secondaire avec le son, alors qu'elle n'apparaît pas comme un item significatif (moins de 30%) lors des projections sans le son.

Discours → impression dominante de désorientation

Annexe 15. Tableaux Excel - Analyse statistique

Explication des abréviations utilisées dans les tableaux ci-après :

AS	aides-soignants
IDE	infirmiers
PSY	psychologues
as	avec son
ss	sans son
DSTA +	démence sénile de type Alzheimer, stade évolué
DSTA -	démence sénile de type Alzheimer, stade modéré
Témoin	population témoin

[poncet-jeanne_m_annexe15.pdf](#)

