

Notre comité de lecture a retenu cet article d'une consœur diplômée en 2001 car il ouvre des perspectives intéressantes qui mériteraient d'être explorées. Ainsi le recours à un groupe témoin et/ou à une tâche de contrôle permettrait de valider les hypothèses émises. A suivre ,...

Glossa, n° 80 (54-67), 2002,

RÉSUMÉ :

Cet article se propose d'explorer de nouvelles pistes de recherche pour la prise en charge orthophonique de patients déments. Rappelons que la démence est définie par le D.S.M III comme « un affaiblissement intellectuel progressif et irréversible qui retentit dans la vie professionnelle, sociale et familiale du sujet avec des troubles de la mémoire et atteinte d'une ou plusieurs fonctions cérébrales (...) ».

En effet, peu d'auteurs se sont intéressés à la communication non verbale des patients Alzheimer. Nous proposons ici d'exposer l'élaboration d'un outil pragmatique d'évaluation de la communication non-verbale des patients déments sous forme de grille. Celle-ci a été expérimentée auprès de sept patientes démentes, nous exposerons ici les résultats de cette passation. Enfin, nous concluons sur ce que la communication non-verbale peut apporter à notre pratique clinique auprès de ces patients.

MOTS-CLÉS :

Démence - Communication non verbale - Émotions - Groupe - Évaluation.

ÉTUDE DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE CHEZ DES PATIENTS DÉMENTS

par Cécile Malécot

Cécile MALECOT
Orthophoniste
11, rue Saint-Quentin
94130 NOGENT SUR MARNE

SUMMARY :

Maintenance of non-verbal communication in patients with dementia

This article means to explore news ways of research for speech therapy services of demented. We have to remember that dementia is defined according to D.S.M. III as « a progressive and non-reversing intellectual weakening who reverberate throughout professional, social and family life of the patients with memory's troubles and blown out one or more cerebral functions. »

Indeed, a few authors have been interested by non-verbal communication of Alzheimer patients. First, we suggest to discribe the way we elaborated a pragmatic tool, a scale, for assesment of non-verbal communication. This one has been tested thanks to seven Alzheimer patients, we display the results of the experimental test. Afterwards, we conclude with the contributions of non verbal communication in our practice with Alzheimer patients.

KEY-WORDS

Dementia-non-verbal communication - Emotions - Group - Evaluation.

Du fait du vieillissement de la population, les professionnels médicaux et paramédicaux seront de plus en plus confrontés à des patients souffrant de maladies neurodégénératives et en particulier de la démence de type Alzheimer (D.T.A.).

Si de nombreuses études se sont attelées à la description minutieuse des déficits cognitifs, peu se sont intéressées aux capacités résiduelles de ces patients. Or, celles-ci pourraient ouvrir ultérieurement de nouvelles perspectives dans leur prise en charge. Ainsi, le contact avec les malades mais aussi les échanges avec le personnel médical et paramédical nous ont amenés à constater que si la communication verbale était parfois touchée chez les patients déments, la communication non-verbale semblait encore préservée. Cette constatation se retrouve dans la littérature : Ploton* stipule que « le patient conserve des possibilités d'expression non-verbale cohérentes ». Par ailleurs, Béland et Ska* ont décrit chez un patient Alzheimer une capacité intacte à mimer l'utilisation d'objets et l'utilisation adéquate de procédés gestuels dans le cadre d'un dialogue. Ces affirmations sont corroborées par Roudier et coll.* « l'absence de déficit de la reconnaissance des visages et des expressions faciales émotionnelles chez les malades Alzheimer, peut expliquer le fait bien connu que la communication non-verbale persiste souvent chez les patients de la maladie d'Alzheimer, même évoluée » .

LA CONSTRUCTION DE LA GRILLE DE COMMUNICATION NON VERBALE (CF. ANNEXES)

Il nous est ainsi apparu nécessaire d'évaluer de manière rigoureuse la communication non verbale de patients déments. Pour construire notre grille de la communication non-verbale nous nous sommes appuyés sur les principes de Rousseau* : constituer une évaluation écologique et pragmatique des capacités résiduelles des patients. Notre grille a donc été réalisée dans une situation réelle d'interlocution : il s'agit de deux groupes de langage constitués de patients déments, encadrés par des orthophonistes. La construction de cette grille s'appuie sur les travaux de Rousseau*, Cosnier** et coll. et Delacourt et coll*** .

En premier lieu, nous avons retenu comme critère pertinent les typologies sur lesquelles il y avait un consensus entre les auteurs. Puis, nous avons emprunté les classifications de gestes en trois groupes (gestes à fonction référentielle, gestes à fonction relationnelle et gestes à fonction métalinguistique) à Rousseau*. A ceux-ci s'ajoutent les gestes communicatifs et extra-communicatifs en nous appuyant sur les travaux de Cosnier et coll.*, ainsi que sur nos propres observations. Les gestes extra-communicatifs ont été retenus car ils semblaient mettre en évidence une rupture de la communication. Compte-tenu de la relation entre communication non verbale et émotions décrite par Cosnier et coll. *, sept critères ont été retenus pour analyser les expressions faciales ainsi que celles du regard. Nous nous sommes ici appuyés sur le F.A.C. d' Ekman et Friesen*, ainsi que sur nos propres analyses. L'observation de deux sujets sains de 17 et 21 ans nous a permis de décrire précisément les mouvements de la face durant la production des sept « expressions primaires » (Cosnier*). Puis nous avons coté les mouvements produits selon la grille du F.A.C. L'âge des sujets ne constitue pas un biais méthodologique puisque les émotions sont universelles (Cosnier et coll.*). Par ailleurs, la littérature souligne que le fait de demander à un sujet d'adopter l'expression d'une émotion entraîne réellement l'émotion.

Les sept expressions de base retenues initialement ont été modifiées suite au visionnage des vidéos des patientes : les expressions de peur, de colère et de dégoût ont été ôtées de notre grille car elles n'étaient pas produites. Nous avons ajouté l'expression de doute. L'analyse des silences a été empruntée à Rousseau*. Aux deux catégories pré-existantes, nous avons distingué une troisième classe de silences : le silence signifiant la perte de communication.

* 1987

* cités par Feyressen, 1993

** 1996

* 2000a

* 2000b, **1986, ***2000

* 2000b

* 1986, 694-697

* 1984

* 1984

* 1984

* 1984

* 2000a

Afin d'illustrer notre propos, chaque catégorie de production non-verbale a été accompagnée d'exemples relevés dans les vidéos réalisées.

1. La population

Les sujets retenus participent depuis longtemps à deux groupes de langage encadrés par une ou des orthophoniste(s). Notre démarche consistait, en effet, à suivre des groupes de langage préexistants et non pas à créer des groupes expérimentaux, ne reflétant pas la réalité.

Le groupe I est constitué de six patientes fréquentant l'hôpital de jour, à raison d'une ou deux fois par semaine. Il s'agit de malades présentant toutes une démence au premier ou au second stade d'évolution de la maladie (démence d'atteinte légère à moyenne). Le diagnostic de démence n'a été retenu que s'il a été porté par l'équipe médicale de l'hôpital. Celui-ci reste très difficile à poser car, notamment en ce qui concerne la démence de type Alzheimer, il n'y a pas de marqueurs spécifiques de la maladie. Il s'agit donc d'un diagnostic d'élimination et de probabilité qui consiste à affirmer qu'il y a démence et à écarter une étiologie curable.

Le stade d'atteinte (légère, moyenne ou finale) est évalué par le M.M.S. de Folstein et coll.* dont l'échelle est de 30 points. Si le patient obtient entre 15 et 25 au M.M.S., il est à un stade d'atteinte légère de la démence ou stade précoce pour certains auteurs, si son score est compris entre 5 et 15, il est à un stade d'atteinte moyenne et en-dessous de 5, il s'agit du stade final.

Concernant ce groupe, deux patientes ont été écartées de notre étude, tout en continuant à participer au groupe. En effet, elles présentaient une dépression en plus de la démence, ce qui pouvait majorer les troubles concernant la communication non verbale. Le diagnostic de démence a été posé sans plus de précision pour trois patientes, pour une autre, l'équipe médicale a diagnostiqué une maladie d'Alzheimer.

Ce groupe est relativement homogène quant à la symptomatologie de la démence et le lieu de vie. Chez ces patientes la maladie se traduit principalement par des troubles de la mémoire, et plus particulièrement de la mémoire à court terme, le langage est encore relativement préservé et les troubles du comportement sont absents. Cependant, les patientes ont des niveaux socio-culturels et des profils neuro-psychologiques très différents.

Les activités proposées à ce groupe sont axées sur la restitution du nom de famille des participantes à l'aide de moyens mnémotechniques et sur le repérage spatio-temporel au moyen de discussion autour des dictons. La situation communicationnelle est donc relativement reproductible d'une fois sur l'autre.

Le groupe se réunissait durant une heure toutes les semaines. Le jour, l'endroit et le lieu étaient fixes, ceci afin de ne pas aggraver la désorientation spatio-temporelle. L'intégralité des cinq séances, du 09/11/2000 au 22/12/2000 a été filmée.

Le groupe II est constitué de trois patientes démentes (dont deux présentent une démence de type Alzheimer et la troisième une démence artériopathique), d'une patiente atteinte de dysarthrie parkinsonienne et d'un patient présentant un syndrome dépressif. Les deux derniers malades, ne souffrant pas de démence ont été écartés de notre étude. Il s'agit ici de patients institutionnalisés en long séjour, présentant une démence à un stade d'atteinte légère ou moyenne, tout comme le premier groupe. Néanmoins, les malades de ce groupe ont un langage très réduit, des troubles de la mémoire très marqués et une spontanéité verbale.

Les activités proposées à ce groupe sont la lecture d'un texte dont la chute est inattendue pour faire ressurgir l'expression des émotions, ainsi qu'un travail sur la mémoire à long terme par le biais d'une chanson connue. Celle-ci est, par ailleurs, très chargée affectivement. Le groupe de langage est aussi le moyen de recréer entre les participants des liens sociaux : se dire bonjour en arrivant, complimenter une personne sur sa tenue... Il s'agit ici de redonner au patient une image narcissique et sociale.

Les séances ont également lieu une fois par semaine, pendant une heure et demie. Le jour, l'heure et le lieu étaient également fixes pour les mêmes raisons que stipulées plus haut. Cependant, une patiente bénéficie, en plus, d'une séance individuelle hebdomadaire.

Deux films de 30 minutes ont été réalisés concernant ce groupe, par des professionnels, en 1994.

La population finale de notre étude comporte donc sept patientes réparties sur deux groupes de langage, présentant une démence à un stade d'atteinte légère ou moyenne. Il s'agit donc d'études de cas qui ne peuvent être généralisées à l'ensemble des patients déments.

Précisons que nous avons dans ce groupe une observation non participante, hors champ de la caméra. Celle-ci était placée de manière à avoir un plan fixe permettant l'observation générale de la tête, des membres supérieurs, de l'expressivité du visage, de la mobilité du regard mais pas des mouvements fins du regard. Ceci permettait aux malades d'oublier rapidement la caméra car il n'y avait personne derrière et celle-ci ne bougeait pas. Nous avons ainsi retrouvé rapidement des comportements qui semblaient naturels.

2. La passation

Pour chacune des sept patientes retenues, présentant une démence sans apraxie nous avons sélectionné trois minutes de vidéos, pendant lesquelles la malade se trouve soit émettrice, soit en dehors de la communication. Cette analyse a été réalisée par un seul examinateur, pour deux des cinq vidéos réalisées auprès du groupe I, en fonction des séquences qui nous paraissaient montrer le panel de la communication non verbale le plus diversifié. Le même travail a été entrepris concernant la vidéo réalisée auprès du groupe II, plusieurs années auparavant. Ces échantillons nous semblaient suffisamment conséquents pour construire notre grille de la communication non verbale. Etant donné que les vidéos n'ont été analysées que par un seul examinateur, du fait de la charge de travail que cette tâche représentait, les vidéos ont chacune été cotées deux fois pour chaque patiente, afin de diminuer la part imputable à la subjectivité.

3. La cotation

Nous avons choisi de tenir compte des productions verbales durant la cotation, en notant les gestes accompagnant une production verbale et ceux survenus hors production verbale. Les gestes s'inscrivant dans la durée ont été mis en évidence à l'aide du sigle : *.

Afin de préserver la lisibilité de nos grilles, les actes non-verbaux apparaissant sans production verbale ne sont pas mentionnés quand ils sont égaux à 0, le nombre indiqué en noir représente alors le total d'actes qui accompagne les productions verbales.

Nous avons procédé, dans un premier temps à une analyse quantitative individuelle, en notant scrupuleusement l'occurrence des différents actes constatés. Ensuite, nous nous sommes intéressés à l'étude qualitative individuelle, puis de groupe afin de tenter de dégager des observations d'ordre plus général.

Résultats

Dans un souci de concision nous n'évoquerons ici que les résultats quantitatifs en fonction du groupe de langage et du stade de démence, toutes démences confondues sous forme de tableau.

Tableau 1 : nombre total d'actes non verbaux concernant le groupe I (formes légère et moyenne de démence), en calculant une moyenne des gestes observés sur deux vidéos.

ACTES	TOTAL ACTES		
	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
GESTES des mains (mono ou bi-manuels) et de la tête	22,4	7,6	14,8
Gestes communicatifs	12,5	2	10,5
<i>A fonction référentielle</i>	3,4	0,4	3
- Gestes mimétiques	2,7	0,2	2,5
• mime d'action	1,5	0,1	1,4
• mime de la forme de l'objet	1,2	0,1	1,1
- Gestes déictiques	0,3		
- Gestes symboliques	0,4	0,1	0,3
• arbitraires	0,1	0,1	0
• conventionnels	0,3		
<i>A fonction relationnelle ou communicationnelle</i>	6,4	1,5	4,9
- Gestes expressifs ou émotifs	0		
- Gestes conatifs	0,4		
- Gestes synchronisateurs	6	1,4	4,6
• phatiques	3		
• régulateurs	3	1,4	1,6
<i>A fonction métalinguistique</i>	2,8	0,3	2,5
- Fonction prosodique	0,3		
- Fonction de redondance	2,3	0,3	2
- Fonction de commentaire	0,3		
Gestes extra-communicatifs	9,9	5,6	4,3
- De confort	3,3	1,3	2
- Autocentrés	5,9	4	1,9
- Ludiques	0,8	0,4	0,4
EXPRESSIONS FACIALES	6,5	2	4,5
- Expression de la joie	2,1	0,6	1,5
- Expression de la surprise	1,5	0,1	1,4
- Expression de la tristesse	0		
- Expression du mépris	0,3	0,3	0
- Expression du doute	2,6	1	1,6
REGARD	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
Contacts visuels :	N.Q.		
- Avec le(s) récepteur(s) ou l'(les) émetteur(s)	N.Q.		
- Avec un objet évoqué	0		
Expressions du regard :	6,5	2	4,5
- Expression de la joie	2,1	0,6	1,5
- Expression de la surprise	1,5	0,1	1,4
- Expression de la tristesse	0		
- Expression du mépris	0,3	0,25	0
- Expression du doute	2,6	1	1,6
SILENCES	N.Q. pour une patiente		
- Réflexion	0,1		
- Interaction	0,1		
- Perte de l'acte de communication	N.Q. pour une patiente		

Tableau 2 : nombre total d'actes non verbaux concernant le groupe II (formes légère et modérée de démence), en calculant une moyenne des gestes observés sur deux vidéos.

ACTES GESTES des mains (mono ou bi-manuels) et de la tête	TOTAL ACTES		
	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
	10,3	4,6	5,6
Gestes communicatifs	6,3	1,3	5
<i>A fonction référentielle</i>	0		
- Gestes mimétiques	0		
• Mime d'action	0		
• Mime de la forme de l'objet	0		
- Gestes déictiques	0		
- Gestes symboliques	0		
• arbitraires	0		
• conventionnels	0		
<i>A fonction relationnelle ou communicationnelle</i>	2,6	2	0,6
GESTES des mains (mono ou bi-manuels) et de la tête	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
- Gestes expressifs ou émotifs	0,6	0,3	0,3
- Gestes conatifs	0,3		
- Gestes synchronisateurs	1,6	1,6	0
• phatiques	0		
• régulateurs	1,6	1,6	0
<i>A fonction métalinguistique</i>	3,6	0,3	3,3
- Fonction prosodique	1,3		
- Fonction de redondance	2,3	0,3	2
- Fonction de commentaire	0		
Gestes extra-communicatifs	4	3,3	0,6
- De confort	1,3	0,6	0,6
- Autocentrés	2,6	2,6	0
- Ludiques	0		
EXPRESSIONS FACIALES	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
	6	2	4
- Expression de la joie	1,3	0,6	0,6
- Expression de la surprise	1,5	0,3	1
- Expression de la tristesse	0,6		
- Expression du mépris	0,3		
- Expression du doute	2,3	1	1,3
REGARD			
Contacts visuels :	N.Q.		
Avec le(s) récepteur(s) ou l'(les) émetteur(s)	N.Q.		
- Avec un objet évoqué	0		
Expressions du regard :	6	2	4
- Expression de la joie	1,3	0,6	0,6
- Expression de la surprise	1,5	0,3	1
- Expression de la tristesse	0,6		
- Expression du mépris	0,3		
- Expression du doute	2,3	1	1,3
SILENCES	N.Q. concerne 1 patiente		
Réflexion	0		
Interaction	0		
Perte de l'acte de communication	N.Q. concerne 1 patiente		

Tableau 3 : moyenne des actes non verbaux concernant les quatre patientes à un stade d'atteinte légère, pour trois minutes de vidéo.

ACTES	TOTAL ACTES		
	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
GESTES des mains (mono ou bi-manuels) et de la tête	22,4	7,6	14,8
Gestes communicatifs	12,5	2	10,5
<i>A fonction référentielle</i>	3,4	0,4	3
- Gestes mimétiques	2,7	0,2	2,5
• mime d'action	1,5	0,1	1,4
• mime de la forme de l'objet	1,2	0,1	1,1
- Gestes déictiques	0,3		
- Gestes symboliques	0,4	0,1	0,3
• arbitraires	0,1	0,1	0
• conventionnels	0,3		
<i>A fonction relationnelle ou communicationnelle</i>	6,4	1,5	4,9
- Gestes expressifs ou émotifs	0		
- Gestes conatifs	0,4		
- Gestes synchronisateurs	6	1,4	4,6
• phatiques	3		
• régulateurs	3	1,4	1,6
<i>A fonction métalinguistique</i>	2,8	0,3	2,5
- Fonction prosodique	0,3		
- Fonction de redondance	2,3	0,3	2
- Fonction de commentaire	0,3		
Gestes extra-communicatifs	9,9	5,6	4,3
- De confort	3,3	1,3	2
- Autocentrés	5,9	4	1,9
- Ludiques	0,8	0,4	0,4
EXPRESSIONS FACIALES	6,5	2	4,5
- Expression de la joie	2,1	0,6	1,5
- Expression de la surprise	1,5	0,1	1,4
- Expression de la tristesse	0		
- Expression du mépris	0,3	0,3	0
- Expression du doute	2,6	1	1,6
RÉGARD	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
Contacts visuels :	N.Q.		
- Avec le(s) récepteur(s) ou l'(les) émetteur(s)	N.Q.		
- Avec un objet évoqué	0		
Expressions du regard :	6,5	2	4,5
- Expression de la joie	2,1	0,6	1,5
- Expression de la surprise	1,5	0,1	1,4
- Expression de la tristesse	0		
- Expression du mépris	0,3	0,25	0
- Expression du doute	2,6	1	1,6
SILENCES	N.Q. pour une patiente		
- Réflexion	0,1		
- Interaction	0,1		
- Perte de l'acte de communication	N.Q. pour une patiente		

Tableau 4 : moyenne des actes non verbaux concernant les quatre patientes à un stade d'atteinte modérée, pour trois minutes de vidéo.

ACTES GESTES des mains (mono ou bi-manuels) et de la tête	TOTAL ACTES		
	Total	hors prod. verbale	Avec prod. verbale
	13,3	5	8,3
Gestes communicatifs	7,8	0,5	7,3
<i>A fonction référentielle</i>	1,3		
- Gestes mimétiques	0,5		
• mime d'action	0,4		
• mime de la forme de l'objet	0,2		
- Gestes déictiques	0		
- Gestes symboliques	0,8		
• arbitraires	0		
• conventionnels	0,8		
<i>A fonction relationnelle ou communicationnelle</i>	4	0,5	3,5
- Gestes expressifs ou émotifs	1	0,3	0,7
- Gestes conatifs	0,3		
- Gestes synchronisateurs	2,7	1,2	1,5
• phatiques	1,5		
• régulateurs	1,2	1,2	0
<i>A fonction métalinguistique</i>	2,5		
- Fonction prosodique	1,5		
- Fonction de redondance	1		
- Fonction de commentaire	0		
Gestes extra-communicatifs	5,5	4,5	1
- GESTES des mains (mono ou bi-manuels) et de la tête			
- De confort	1,7	1,5	0,2
- Autocentrés	3,6	2,8	0,8
- Ludiques	0,2	0,2	0
EXPRESSIONS FACIALES	2,2	0,8	0,4
- Expression de la joie	0,7	0,4	0,3
- Expression de la surprise	0,5	0,5	0
- Expression de la tristesse	0,7		
- Expression du mépris	0		
- Expression du doute	0,3		
REGARD			
Contacts visuels :	6	2,7	3,3
- Avec le(s) récepteur(s) ou l'(les) émetteur(s)	6	2,7	3,3
- Avec un objet évoqué	0		
Expressions du regard :	2,2	0,9	0,3
- Expression de la joie	0,7	0,4	0,3
- Expression de la surprise	0,5	0,5	0
- Expression de la tristesse	0,7		
- Expression du mépris	0		
- Expression du doute	0,3		
SILENCES			
- Réflexion	0,3		
- Interaction	0		
- Perte de l'acte de communication	N.Q. pour deux patientes		

ANALYSES ET DISCUSSION

Dans un souci de concision, nous n'évoquerons pas ici les analyses quantitatives et qualitatives individuelles

1. Analyse en fonction du groupe de langage

Précisons que le groupe I comporte une malade à un stade d'atteinte moyenne de la maladie pour trois à un stade d'atteinte légère, alors que le groupe II est constitué de deux patientes à un stade d'atteinte moyenne de la démence.

Il apparaît de manière très significative que le recours aux gestes des mains et de la tête est très réduit dans le groupe II, en comparaison avec le groupe I. De plus, les gestes référentiels sont totalement absents dans le second groupe. Trois hypothèses s'imposent ainsi à nous :

- soit cette réduction est inhérente au fait que l'avancée dans la démence se traduirait par une diminution des productions non verbales, les gestes référentiels seraient alors les gestes les plus touchés par la démence,
- soit les productions sont induites par les activités proposées par l'orthophoniste encadrant le groupe : les activités solliciteraient alors peu ou prou l'utilisation des gestes,
- soit le milieu de vie a un retentissement important sur les capacités de communication non-verbale de ces patientes car l'institutionnalisation des malades aggrave la désorientation spatio-temporelle, leur fait perdre leur identité d'être communiquant et réduit les situations de communication.

Il est important de préciser ici que cette dégradation significative épargne les gestes expressifs et émotifs, ainsi que les gestes métalinguistiques. La production de ces derniers concerne principalement l'émission de gestes prosodiques, tous produits lors de la chanson. Ces trois catégories de gestes sont ainsi deux fois plus nombreuses dans le groupe II. Nous pouvons donc émettre les hypothèses suivantes : il existe peut-être un lien entre l'avancée dans la démence et l'accroissement des capacités d'expression des émotions ou alors la production des malades est inhérente aux activités proposées, fortement axées sur la résurgence des émotions.

Par ailleurs, il faut souligner que les gestes les plus fréquemment rencontrés dans le premier groupe correspondent aux gestes les moins fréquents du second groupe.

Nous pouvons ici penser que la prise en charge du groupe I est principalement axée sur le langage, les gestes les plus fréquemment produits sont ceux qui s'accompagnent d'une production orale, contrairement au second groupe. Ceci met en exergue l'idée qu'un renforcement de la communication non verbale de ces patientes est possible. Nous avons également pensé, suite aux résultats du groupe II, que les capacités d'expression des émotions étaient plus importantes avec l'avancée dans la maladie mais cette hypothèse a été infirmée par la suite de nos travaux.

2. Analyse en fonction du stade de démence

Sur le plan quantitatif, tous les types de productions non-verbales sont significativement réduits à un stade d'atteinte modérée de la démence, en comparaison avec les patientes à un stade d'atteinte légère de la maladie. L'hypothèse selon laquelle l'expression des émotions serait plus importante à un stade plus avancé de la démence est ici infirmée. Il est plus probant que la production de ces expressions soit en rapport avec la manière dont l'orthophoniste du second groupe encadre les patientes. Ainsi, même à un stade d'atteinte modérée, on peut stimuler la production d'expression des émotions des patients, par le biais du canal non-verbal. Les malades peuvent alors encore nous communiquer leur vécu intérieur, ce qui peut avoir des répercussions importantes sur leurs troubles du comportement.

D'autre part, nous avons constaté que les gestes extra communicatifs qui concernent des gestes ludiques, notifiant une perte de l'acte de communication ou des changements

de position traduisant un inconfort physique ou psychique sont moins fréquents chez des patientes à un stade d'atteinte modérée de la démence, en comparaison avec des patientes à un stade d'atteinte légère. Les patientes peuvent donc être canalisées durant l'activité, ce que nous avons pu constater dans d'autres groupes de langage avec parfois des malades plus atteints.

Cette réduction significative de tous les actes non-verbaux des patientes à un stade d'atteinte modérée de la maladie montre qu'il existe une certaine homogénéité des productions au même stade d'atteinte de la démence. Cette diminution épargne cependant trois types de productions : les gestes symboliques, les gestes expressifs et l'expression de la tristesse. Ainsi, la thèse selon laquelle la rééducation orthophonique augmenterait les capacités de communication non-verbales, notamment pour les gestes liés à l'émotion est ici renforcée.

L'importance des productions des expressions de la face et du visage, tout comme les gestes à fonction prosodique n'est pas inhérente à un stade mais à la stimulation dont ces productions font l'objet.

Sur les trois types d'actes non-verbaux rencontrés à un stade d'atteinte moyenne de la démence, deux concernent des moyens pour les malades d'exprimer leurs émotions : les gestes émotifs et les expressions de la tristesse. Il semble donc qu'à un stade d'atteinte avancée, les malades sont plus aptes à exprimer leur vécu intérieur que des patientes à un stade d'atteinte légère, ceci par le biais de gestes et de l'expression de la tristesse.

Enfin, notre étude montre que les mécanismes sous-jacents assurant la synchronie ou la dissociation de la communication verbale et non-verbale semblent relativement similaires pour ces sept patientes démentes.

Rappelons que ces résultats ne peuvent en aucun cas être généralisés à l'ensemble des malades déments. Il s'agissait pour nous de trouver des pistes de recherche afin « d'aider un malade à conserver jusqu'au bout le statut d'être communicant, et donc tout simplement le statut d'être humain » (Rousseau*).

* 1997, 172

CONCLUSION

Soulignons que malgré nos efforts la grille d'analyse de la communication non-verbale reste encore subjective, sa passation est relativement fastidieuse et elle ne fut appliquée qu'à sept patientes démentes. Cependant, elle nous a permis de dresser un profil de la communication non-verbale de chaque patiente, pouvant servir de pistes pour la prise en charge orthophonique, de mettre en exergue des hétérogénéités inter et intra individuelles, mais surtout de souligner **l'apport positif d'une prise en charge orthophonique auprès de patients déments à un stade modéré de la démence par la stimulation de la production des actes non-verbaux traduisant des émotions**. Ceci permet aux malades de rester des êtres communicants en ayant la possibilité d'exprimer leur vécu interne ainsi que de restaurer leur image narcissique et sociale. Ceci induit que la « **stimulation sensorielle permet d'intervenir, de parler dans un langage émotionnel dont la structure semblerait assez indépendante des déficits d'un système cognitif plus élaboré. Le registre des émotions constituerait un espace intermédiaire entre les régulations biologiques et les fonctions supérieures mais formerait l'étape initial de la conscience de soi** ». (Damasio*).

* 1999, 56

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉCASSIS J. (1985). Importance du geste dans la communication verbale chez l'enfant, *Bulletin d'Audiophonologie*, vol 1 n° 5 et 6, 657-674.
- COSNIER J. et coll. (1984). *La communication non verbale, textes de base en psychologie*, Paris : Delachaux et Niestlé, 244 p.
- COSNIER J. et coll. (1986). Evaluation de la gestualité communicative, *Bulletin d'Audiophonologie*, vol 1, n° 5 et 6, 687-700.
- DAMASIO A. (1999). *Le sentiment même de soi*, Paris : O.Jacob, 162 p.
- DARRIGAN B., MAZEAUX J.M. (2000). L'échelle de communication verbale de Bordeaux : une évaluation des compétences communicatives des personnes aphasiques, *Glossa*, n° 73, 4-15.
- DEFIVES-EYOUM I., COUTURE G. (1994). Interactivité verbale et non verbale au sein d'un groupe thérapeutique de langage, *Rééducation orthophonique*, 25-26.
- DELACOURT A. et coll. (2000). Elaboration d'une nouvelle évaluation de la communication : le TLC, *Glossa*, n° 72, 20-29.
- DEVEVEY A. (1998) : Aspects lexico-sémantiques du langage dans la maladie d'Alzheimer : catégories, prototypes et typicalité, *Glossa*, n° 60, 28-33.
- EKMAN P., FRIESEN V. (1984). La mesure des mouvements faciaux (F.A.C.). In J. COSNIER et coll.(éds.), *La communication non-verbale, textes de base en psychologie*, Paris : Delachaux et Niestlé, 100-123.
- EUSTACHE F. (1992). La mémoire des déments, *Glossa*, n° 28, 24-30.
- FEYRESSEN P. (1993). La communication non verbale chez les sujets déments de type Alzheimer : note de lecture, *Questions de logopédie*, n°27, 67-69.
- FEYRESSEN P., LANNON J.D.(1985). *Psychologie du geste*, Bruxelles : Pierre Mardaga, 364 p.
- FOLSTEIN M.F. et coll. (1975). Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal of Psychiatry Research*, n°12, p.189-198.
- GIROLAMI-BOULINIER A. (1986). La prise en charge du langage des personnes âgées, *Bulletin d'Audiophonologie*, vol X, n° 4, 411-428.
- GONZALEZ L. (1996). *Une autre approche de la personne âgée handicapée mentale : la communication non verbale*, Actes des journées scientifiques de l'école d'orthophonie de Lyon, le 29 et 30 novembre 1996, 179-186.
- GUERINEAU M., TESSIER F. (1988). *Etude du langage et de la communication non-verbale chez des personnes âgées saines, dépressives et démentes (éléments différentiels)*, mémoire d'orthophonie, Bordeaux, 143 p.
- HABIB M., JOANETTE Y., PUEL M. (1991). *Démences et syndromes démentiels : approche neuropsychologique*, Paris :Masson, 298 p.
- HUFF J.F. (1992). Le langage dans le vieillissement normal et dans celui lié aux maladies neurologiques, *Glossa*, n° 28, 4-17.
- LAZENNEC-PRÉVOST G., VENDEUVRE I. (1997). Expérience de groupes pour des personnes âgées démentes présentant une réduction importante du langage, *Entretiens d'Orthophonie*, 186-191.
- Mc KHAN G., STERN Y., SPARDON S. (1985). Heterogenity of dementia of the Alzheimer type : evidence of subgroups, *Neurology*, 34, 934-944.
- METELLUS J. (non publié). *Détérioration du langage chez le vieillard dit dément*, 3 p.
- PLOTON L. (1987). *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*, Lyon : *Chronique Sociale*, 1999, 2^{ème} édition, 170 p.
- PONCET M., CECCALDI M. (1991). Les troubles du langage des sujets âgés, *Rééducation orthophonique*, vol 29, n°167, 301-312.
- RIMÉ B., SCHERRER K. (1989). *Les émotions, textes de base en psychologie*, Paris : Delachaux et Niestlé, 303 p.
- ROUSSEAU T. (1997). Prise en charge des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer, *Entretiens d'Orthophonie*, Paris : Expansion Scientifique Française, 167-175.
- ROUSSEAU T. (2000a). Bilan du patient atteint de démence de type Alzheimer, *Entretiens d'Orthophonie 2000*, Paris : Expansion Scientifique Française, 171-177.
- ROUSSEAU T. (2000b). *Communication et démence de type Alzheimer*, journées de formation du 27 et 28 octobre 2000, UNADREO.
- SADEK D. (1985). Perspectives...entr'ouvertes sur le geste, *Bulletin d'Audiophonologie*, vol 1 n° 5 et 6, 675-686.
- SAUVAGEOT B., LEWIK-DERAISON S. (1996). Les rééducations de l'avenir en gériatrie, *Rééducation Orthophonique*, vol. 34, n°188, 449-454.
- SCHERER K. (1984). La fonction des signes non verbaux dans la conversation. In J. Cosnier et coll. (éds.) : *La communication non verbale, textes de base en psychologie*, Paris : Delachaux et Niestlé, 71-100.
- SKA B., MONTELLIER M., NESPOULOUS J.L. (1991). Communication et vieillissement normal. In M. Habib et coll. (éds.). *Démences et syndromes démentiels : approche neuropsychologique*, Paris : Masson, 145-152.
- VERDON S. (1999). *Etude de la communication de patients déments de type Alzheimer à partir d'un support olfactif. Expérience de groupe en hôpital de jour et en long séjour*, mémoire d'orthophonie, 161p.

GRILLE D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE DE PATIENTS DEMENTS EN SITUATION DE GROUPE DE LANGAGE :

Patient :	Date :
Situation de communication : groupe de langage	Thème :
Interlocuteurs : X patients et X orthophoniste(s)	Durée : 3 minutes

ACTES	EXEMPLES
Gestes	
<p>Gestes communicatifs (Cosnier, 1986, p.694, Rousseau,2000, , Delacourt et al, 2000, 25-26) :</p> <p>A fonction référentielle (Rousseau,2000) : geste à fonction illustrative quand il accompagne ou remplace le discours verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestes mimétiques : relation d'analogie au référent. Il s'agit de gestes intransitifs car il n'y a pas de présentation d'objet <ul style="list-style-type: none"> • mimes d'action ou d'utilisation de l'objet • mimes de la forme de l'objet - gestes déictiques (dictionnaire d'orthophonie, p. 54) : élément(s) (...) qui renvoie(nt), dans le cadre de l'énoncé et du contexte d'énonciation à un objet précis (objet situé dans l'ici et maintenant) - gestes symboliques (Rousseau,2000) renvoient au code culturel ou personnel - arbitraires (code personnel) - conventionnels (code culturel) 	<ul style="list-style-type: none"> - mimer le vaporisateur (avec accompagnement vocal) - mimer une robe - montrer du doigt une autre patiente - moulinets du poignet pour signifier la descendance à l'instar du geste « après » - frotter l'index et le majeur contre son pouce pour signifier l'« argent »
<p>A fonction relationnelle ou communicationnelle (Rousseau,2000): le geste fait référence à la situation et aux interlocuteurs. Il est plus ou moins volontaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestes expressifs ou émotifs : se rapportent à l'émetteur - gestes conatifs : se rapportent où s'adressent au récepteur lui signifiant quelque chose - gestes synchronisateurs (Cordon et Ogston, cités par Cosnier et coll., 1984, p.269) : - phatiques : activité de l'émetteur, destinée à maintenir ou vérifier le contact (surtout visuel mais aussi corporel), - régulateurs : activité du récepteur en réponse aux précédentes (feed-back). ces synchronisateurs obéissent à un code pragmatique. Ils varient selon la personnalité des interactants, l'appartenance socio-culturelle et les dispositions proxémiques (=spatiales) 	<ul style="list-style-type: none"> - geste emphatique signifiant « mais maintenant, ce n'est plus pareil » - patiente qui désigne la chaise hors propos - lever l'index au moment de la prise de parole - hochement de tête approuvateur

Regard	
Contact visuel :	
- avec le(s) récepteur(s) - avec un objet évoqué	
Expressivité du regard :	
- expression de la joie :	- accompagnée d'un plissement des yeux (serrement des paupières)
- expression de la surprise :	- accompagnée d'une élévation de la paupière supérieure et d'une élévation des sourcils (yeux écarquillés)
- expression de la peur :	- accompagnée d'une élévation des sourcils et d'une dilatation des pupilles
- expression de la colère :	- accompagnée d'un plissement des yeux
- expression de la tristesse :	- accompagnée d'une baisse de la commissure labiale et des commissures palpébrales
- expression du dégoût :	- accompagnée d'une élévation des sourcils plus marquée que pour la peur
- expression du mépris :	- accompagnée d'un haussement des sourcils et d'une occlusion légère des paupières
Silence: (<i>Rousseau, 2000</i>) pause survenant au cours de l'échange marquant :	
- une réflexion avant la reprise du discours verbal : permet les opérations mentales	- « je ... », traduit également le manque du mot
- une interaction : pause à caractère social où l'interlocuteur manifeste sa reconnaissance du degré et du type de participation attendue	- une patiente se tait pour permettre à l'orthophoniste de reprendre ce qu'elle disait
- la perte de l'acte de communication	- regard dans le vide