

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
JACINTHE GRISÉ

INTERPRÉTATION PAR L'INTERVENANT DE LA COMMUNICATION NON VERBALE  
DE LA PERSONNE ÂGÉE ATTEINTE DE DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER  
LORS D'UNE ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE

JUILLET 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

Dans la démence de type Alzheimer, avec l'évolution de la maladie, les personnes atteintes subissent une détérioration de leur capacité de communiquer : leur langage devient incompréhensible et les malades n'arrivent plus à se faire comprendre verbalement. L'aphasie devient globale, ce qui entraîne des difficultés dans l'interaction entre l'intervenant et la personne âgée lors des activités quotidiennes; il ne reste que la communication non verbale, mais celle-ci est difficile à interpréter. Cette étude a comme premier objectif d'identifier les différents types de messages exprimés par la communication non verbale des personnes atteintes sévèrement de démence de type Alzheimer, messages de nature physiologique (Asplund, Norberg, Adolfsson, Waxman, 1991; Epps, 2001; Gabre et Sjoquist ; 2002; Lane et al., 2003), de nature psychologique (Albert et al., 1996; Bar, Kruse et Re, 2003; Ekman et Friesen, 1978; Lawton, 1994; Lawton, Van Haitsma et Klapper, 1996; Mace, 1989; Magia, Cohen, Gombert, Malatesta et Culver, 1996; Re, 2003) et de nature sociale (Feyereisen, 1994; Wagener, Berkemeyer, Hock, Schneider, Winterberg et Ulmer, 1998). Le second objectif de cette recherche sera de mieux connaître le processus d'interprétation utilisé par les intervenants pour les décoder. La méthode employée fut qualitative, descriptive, exploratoire et interprétative. Quatre femmes âgées atteintes sévèrement de démence de type Alzheimer ont été filmées lors du repas du midi et quatre intervenants, deux femmes et deux hommes ont été rencontrés en entrevue. Un canevas d'entrevue semi-dirigée a été utilisé lors de ces rencontres avec les intervenants. Les données furent analysées suivant la méthode d'analyse de contenu de L'Écuyer (1990). Les résultats de cette étude montrent que les intervenants peuvent décoder l'origine de la communication non verbale chez les personnes atteintes sévèrement de démence de type Alzheimer. Le processus d'interprétation employé par les intervenants interrogés est mis à jour afin d'expliquer les moyens auxquels ils recourent pour interpréter plus facilement les différents signes émis par ces personnes. L'expression des yeux des personnes atteintes contribue souvent à identifier l'origine de cette communication. Selon les intervenants, il est clair que le contenu de cette communication n'est pas seulement relié à un état émotif : des yeux larmoyants peuvent

exprimer de la douleur physique plutôt que de la tristesse, un regard dirigé et fixe peut être interprété comme de l'intérêt envers quelque chose ou quelqu'un, un sourire peut être évalué comme un comportement social et non comme une émotion. En conclusion, cette recherche met en évidence que certains indices seraient plus importants que d'autres pour que les intervenants puissent décoder le contenu de la communication non verbale de cette clientèle et qu'ils utilisent des moyens pour en vérifier l'origine. Aucune des études recensées sur le sujet ne mettait en évidence le processus d'interprétation des différentes origines de la communication non verbale. Certains chercheurs ont identifié et qualifié des indices provenant de la communication non verbale d'origine psychologique, d'origine physiologique et sociale, mais ils ne se sont pas attardés à comprendre quel était le processus d'interprétation réalisé par les intervenants lors de l'observation de la communication non verbale. L'originalité des résultats obtenus dans cette recherche repose sur l'importance accordée par les intervenants aux expressions des yeux et sur les moyens utilisés pour interpréter la communication non verbale de la clientèle ciblée.

À ma grand-mère Ida  
et à ma mère Suzanne  
avec amour

## Table des matières

	Page
Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des matrices.....	x
Liste des figures.....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
1. Problématique.....	6
1.1 La démence de type Alzheimer et l'échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982).....	7
1.2 La validité et fiabilité de l'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982).....	14
1.3 L'impact de la démence de type Alzheimer sur la communication verbale de la personne âgée atteinte.....	15
1.4 Les difficultés de communication et l'interaction entre intervenants et personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer.....	16
1.5 L'interprétation de la communication non verbale d'origine physiologique, psychologique et sociale chez la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer.....	20
1.6 L'objectif général de la recherche.....	22
2. Cadre conceptuel de la communication non verbale.....	23
2.1 Les anciens.....	24
2.2 Duchenne de Boulogne.....	25
2.3 Darwin.....	26
2.4 Ekman et Friesen.....	30
2.5 Fridlund et Russell.....	33
2.6 Le courant actuel.....	34
3. Contexte empirique et expérimental.....	37
3.1 Les origines de la CNV et démence de type Alzheimer avancée.....	38
3.2 L'origine physiologique.....	41
3.3 L'origine psychologique.....	42
3.4 L'origine sociale.....	45
3.5 Processus reliés aux modalités d'interprétation de la communication non verbale.....	48
3.6 Les objectifs spécifiques de la recherche.....	57

4. Méthode .....	58
4.1 Perspective de recherche .....	59
4.2 Méthodes de collecte de données .....	61
4.2.1 L'entrevue semi-dirigée.....	61
4.2.2 La rétroaction vidéo .....	63
4.2.3 Le journal de bord.....	64
4.3 Choix des sujets.....	65
4.3.1 La population cible.....	65
4.3.2 L'échantillon.....	65
4.3.3 Les profils recherchés des sujets intervenants .....	65
4.3.4 Les profils recherchés des personnes âgées participantes .....	66
4.3.5 La sélection de l'activité de la vie quotidienne .....	67
4.4 Description des intervenants sélectionnés.....	68
4.5 Description du milieu d'accueil choisi.....	68
4.6 Démarches entreprises pour obtenir l'accord du milieu.....	69
4.7 Démarches entreprises pour obtenir l'accord des participants.....	69
4.8 Déroulement de la collecte de données.....	70
4.8.1 L'entrevue préliminaire.....	71
4.8.2 L'expérimentation.....	71
4.8.3 L'enregistrement du repas .....	74
4.8.4 L'entrevue semi-dirigée.....	74
4.9 Fin de l'expérimentation .....	76
4.10 Démarche d'analyse.....	76
4.10.1 La collecte des données à l'expérimentation .....	77
4.10.2 La transcription des données .....	78
4.10.3 La lecture flottante.....	79
4.10.4 Le codage.....	79
4.10.5 Les catégories .....	80
4.10.6 L'interprétation des données qualitatives .....	80
4.10.7 L'analyse de contenu du journal de bord .....	81
4.11 Réserves méthodologiques.....	81
4.12 Critères de scientificité .....	82
5. Résultats .....	84
5.1 Fréquence d'occurrence .....	86
5.2 Présentation des résultats qualitatifs .....	86

5.2.1 Identification de la CNV d'origine physiologique, psychologique et sociale lors du repas.....	87
5.2.2 La CNV des yeux.....	93
5.2.3 La connaissance des modalités d'interprétation de la CNV lors du repas .....	98
5.2.3.1 Le temps.....	101
5.2.3.2 La capacité de percevoir la CNV lors d'une activité de la vie quotidienne (le repas) .....	101
5.2.3.3 L'impact de la connaissance du résident sur le décodage de la CNV.....	104
5.2.3.4 La capacité à différencier et à analyser la CNV (origine physiologique, psychologique et sociale) suscitée par l'intervention .....	107
5.2.3.5 La capacité à faire des liens entre intervention et réaction.....	113
5.2.3.6 La validation des perceptions.....	120
5.2.4 Le paralangage comme intervention .....	122
5.2.5 Les ingrédients de l'interaction .....	124
5.2.6 Le contexte : le repas et les manifestations spécifiques .....	127
5.2.7 L'analyse du journal de bord.....	128
6. Discussion.....	131
6.1 Les indices de la CNV.....	132
6.1.1 Les manifestations physiologiques.....	133
6.1.2 Les manifestations psychologiques.....	133
6.1.3 Les manifestations sociales .....	134
6.2 Étapes du processus d'interprétation de la CVN des résidents lors du repas.....	136
6.2.1 Percevoir la CNV .....	136
6.2.2 Connaître le résident.....	137
6.2.3 Analyser et différencier les origines physiologique, psychologique et sociale de la CNV.....	138
6.2.4 Faire des liens entre l'intervention et les réactions du résident .....	139
6.2.5 Valider ses perceptions .....	144
Conclusion .....	145
Références.....	156
Appendice A - Définition des termes.....	166
Appendice B - Canevas d'entrevue .....	170
Appendice C - Données du journal de bord.....	174
Appendice D – Formulaire de consentement .....	181

Appendice E - Regroupements et classification des unités de sens provenant des entrevues.....	183
Appendice F - Fréquence des données qualitatives.....	187

*Liste des tableaux*

Tableau

1	Communication non verbale de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982).....	53
2	Manifestations de la CNV lors du repas.....	91
3	Indices provenant de la communication des yeux lors du repas .....	95
4	Origines des messages non verbaux, interprétation et manifestations observées .....	111
5	Indices de réactions positives et négatives lors de l'intervention durant le repas .....	119

*Liste des matrices*

**Matrice**

1	Modalité d'interprétation. Processus du décodage de la CNV .....	99
2	Modalité d'interprétation. Capable de percevoir .....	102
3	Modalité d'interprétation de la CNV et connaissance du résident.....	104
4	Modalité d'interprétation. Capacité de différencier la CNV à contenu physiologique, psychologique, sociale.....	109
5	Modalité d'interprétation. Lien entre le comportement de l'intervenant et les réactions du résident .....	114
6	Modalité d'interprétation. Valider ses perceptions.....	121

*Liste des figures*

Figure

1	Aménagement du lieu expérimental .....	72
2	Fréquence d'occurrence des manifestations de la CNV.....	88
3	Fréquence de la CNV.....	93

### *Remerciements*

Cette thèse est le résultat d'un travail auquel plusieurs personnes ont contribué. En premier lieu, je remercie vivement Madame Micheline Dubé Ph.D., professeure et chercheuse en psychologie, spécialiste en gérontologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui m'a fait l'honneur d'être ma directrice de recherche, envers qui je suis reconnaissante pour la qualité de l'encadrement dont elle m'a fait bénéficier et en particulier pour ses conseils, ses critiques éclairées, son expertise, sa disponibilité et sa qualité d'écoute.

Je remercie très chaleureusement Madame Colette Baribeau Ph.D., professeure et chercheuse en éducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières, spécialiste en méthode qualitative, membre de mon comité de doctorat, pour sa perspicacité, la confiance qu'elle m'a accordée, ses encouragements, sa bonne humeur, sa chaleur humaine et la qualité de ses interventions.

Mes remerciements vont également à Madame Sylvie Lapierre Ph.D., professeure et chercheuse en psychologie, spécialiste en gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, membre de mon comité de doctorat, qui a cru à mon projet de recherche dès que j'ai manifesté mon intention de poursuivre des études avancées en psychologie.

Je remercie Madame Hélène Larouche Ph.D., professeure et chercheuse en éducation de l'Université de Sherbrooke, membre du jury et correctrice externe pour ses remarques constructives et son expertise.

Mes remerciements vont également aux membres du personnel du CHSLD Biermens-Triest de Montréal pour leur participation et leur grand intérêt démontré lors de l'expérimentation de cette recherche.

Je remercie également madame Sylvie Robidoux ainsi que madame Manon Normandin pour les corrections apportées à ce document.

Enfin, je remercie mon conjoint Gilles pour sa patience, sa compréhension et ses encouragements, mes enfants, Louis-Philippe, Jannie et Véronique, ainsi que mes parents pour leur soutien.

## *Introduction*

La démence de type Alzheimer (DTA)<sup>1</sup> est la démence la plus fréquente chez les personnes âgées et représente 70 % des cas recensés. Aujourd'hui, une personne sur 13, âgée de plus de 65 ans, souffre de DTA ou de démence connexe, soit environ 300 000 Canadiens. Cette maladie pourrait toucher plus 750,000 Canadiens d'ici 2031 en raison du vieillissement de la génération du baby-boom (Statistique Canada, 2004). L'accroissement de l'espérance de vie augmente le nombre d'individus atteints de DTA. Le Canada pourrait être appelé à faire face à une crise de la gestion des conséquences de la DTA au cours du millénaire actuel. L'évidence de l'énorme fardeau social de cette maladie sur la société établit l'urgence de trouver des moyens efficaces pour composer avec cette problématique (Société Alzheimer du Canada, 2006).

Cette maladie afflige également l'environnement familial. Les aidants naturels vivent souvent de la détresse morale, de l'épuisement et une solitude extrême, surtout dans les phases tardives lorsque les malades nécessitent une surveillance de 24 heures sur 24, ce qui entraîne l'obligation d'héberger les malades (Orzeck, Guberman et Barylak, 2001).

Lorsque le maintien à domicile devient impossible, le patient doit trouver en institution une prise en charge adéquate. Cette prise en charge exige une compétence spécifique de la part des intervenants. Les intervenants en gérontologie sont donc appelés à prodiguer des soins à des personnes âgées qui ne peuvent plus communiquer verbalement leurs besoins puisque la DTA a de graves répercussions sur la communication verbale (Éthier, 1996). Lorsqu'il y a placement, les personnes atteintes de la DTA sont habituellement à un stade avancé de la maladie, ce qui implique une grande détérioration du langage verbal. La perte de la capacité de parler, l'oubli des mots, la palilalie (répétition d'un même mot) et la perturbation de la conception des mots font partie des effets de la maladie sur la communication (Dubé et Lemieux 1998). Il ne reste donc

plus que la communication non verbale (CNV) pour comprendre les différents besoins de cette clientèle, mais cette CNV n'est pas toujours facile à décoder. Les intervenants éprouvent certaines difficultés à interpréter les différents messages ainsi transmis, étant donné la diversité de sens que peuvent prendre les messages. Ceci entraîne des conséquences sur la qualité des soins, sur le vécu des personnes atteintes et celui de leur famille ainsi que sur les intervenants. D'où l'importance de poursuivre les recherches sur l'interprétation de la CNV par les intervenants.

S'il est encore peu probable de guérir à brève échéance la DTA, il existe des moyens et des interventions qui favorisent l'épanouissement de la personne atteinte. Ces moyens et ces interventions peuvent influencer favorablement le cours de la maladie.

Comme chercheuse, mes motivations à réaliser cette étude proviennent de ma réflexion sur les résultats obtenus dans le cadre d'une autre recherche effectuée lors de ma maîtrise en gérontologie à l'Université de Sherbrooke. Cette étude avait entre autres comme objectif d'identifier la CNV lors d'une tâche précise auprès de personnes âgées atteintes de déficits cognitifs (Grisé, 1997). Après avoir observé des périodes d'hallucinations chez les sujets déments (DSM-IV) et les difficultés éprouvées par les intervenants lorsqu'il s'agissait d'établir la provenance des comportements associés aux hallucinations, je me suis demandé comment les intervenants arrivaient à décoder et à différencier ce qui appartient au domaine physiologique, au domaine psychologique et au domaine social dans la CNV des patients qui leur sont confiés.

Certains chercheurs ont étudié la CNV d'origine physiologique (Asplund, Norberg, Adolfsson, et Waxman, 1991; Epps, 2001; Gabre et Sjoquist, 2002; Lane et al., 2003). D'autres ont plutôt étudié la CNV d'origine physiologique et psychologique (Asplund, Norberg, Adolfsson et Waxman, 1991; Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde et Volicer, 1992). D'autres études se sont attardé davantage à identifier les indices de la CNV d'origine psychologique (Bar, Kruse et Re, 2003; Ekman et Freisen, 1978; Mace, 1989; Re, 2003). D'autres se sont attardé à comprendre

---

1. Se référer à l'appendice A pour la définition des termes.

les indices d'origine sociale de la CNV (Feyereisen, 1994). Toutefois, aucune de ces recherches n'expliquait en profondeur les moyens que prenaient les intervenants pour distinguer les différentes origines de la CNV chez une clientèle atteinte de DTA avancée.

Comme il est possible de constater que la DTA entraîne chez la personne âgée des problèmes de communication, les intervenants relèvent les difficultés à dispenser une aide appropriée lors des activités de la vie quotidienne. Ces derniers se basent alors sur la CNV des résidents pour comprendre les différents messages non verbaux exprimés lors des interventions. Comment interprètent-ils la CNV chez la personne âgée atteinte de démence de DTA classée au stade 6/7 de l'échelle globale de Reisberg, Ferris, De Leon et Crook (1982)? Comment font-ils pour distinguer l'origine physiologique, psychologique ou sociale de la CNV à partir des indices disponibles? Ces interrogations constituent la trame de fond de la présente étude. Mon travail consistera à déterminer, par exemple, comment l'intervenant arrive à évaluer que la personne ressent de la douleur (origine physiologique) plutôt que de la tristesse (origine psychologique) quand il observe des yeux larmoyants et comment il arrive à décoder de la joie (origine psychologique) plutôt qu'un désir de contact (origine sociale) quand le résident sourit.

Le présent document comporte six chapitres. Dans le premier chapitre, il sera question de l'énoncé de la problématique, des déficits cognitifs reliés à la DTA et de l'échelle de Reisberg et al. (1982). Par la suite, nous verrons l'impact de la maladie sur la communication verbale de l'individu âgé et sur la relation entre l'intervenant et la personne atteinte lors d'une intervention, pour en arriver à différencier les contenus physiologique, psychologique et social dans l'interprétation de la CNV lors des activités de la vie quotidienne. Nous terminerons cette section en présentant les objectifs de la recherche.

Le deuxième chapitre est consacré au cadre conceptuel de la CNV, établi selon différents auteurs reconnus pour l'importance de leurs travaux dans le domaine.

Le troisième chapitre présente une synthèse de travaux théoriques et expérimentaux sur la communication non verbale des personnes âgées atteintes de DTA classées au stade 6/7 sur l'échelle de Reisberg et al. (1982). Une attention particulière sera portée aux indices et à l'interprétation de la CNV, relativement à cette clientèle.

Le quatrième chapitre expose la méthode retenue, c'est-à-dire le type de recherche choisi, la méthode de collecte de données, le choix des sujets, la description des participants et du milieu sélectionné, les considérations éthiques, le déroulement de la collecte de données, la démarche d'analyse, les réserves méthodologiques et les critères de scientificité auxquels cette recherche s'est soumise.

Le cinquième chapitre décrit les résultats et leur interprétation. Nous prendrons connaissance des indices de la CNV retenus par les intervenants lors du repas ainsi que des moyens utilisés pour décoder cette forme de communication chez les personnes âgées atteintes de DTA. Les indices les plus significatifs pour les intervenants seront donc identifiés et expliqués tout comme les modalités d'interprétation de ceux-ci.

Le dernier chapitre comporte une discussion qui propose des éléments d'explication aux résultats en relation avec les objectifs de recherche et une analyse des applications de ces résultats de recherche dans la pratique. Les forces et les faiblesses de la méthode employée sont ici présentées.

Enfin, la conclusion indiquera si les objectifs de l'étude ont été atteints en faisant ressortir les particularités propres à cette étude.

*Problématique*

L'évolution de la DTA entraîne chez les personnes atteintes des difficultés à s'exprimer verbalement. La parole devient incompréhensible, ce qui rend les interactions difficiles. Il ne reste que la CNV pour comprendre la personne atteinte, mais cette forme de communication est difficile à interpréter. Cette étude a comme objectif d'identifier les indices de la CNV d'origine physiologique, psychologique et sociale et de connaître les modalités d'interprétation de la CNV des personnes hébergées.

Afin d'identifier et de comprendre les difficultés que rencontre l'intervenant à interpréter la CNV, nous nous attarderons tout d'abord à l'impact de la DTA sur la communication de la personne âgée. Pour ce faire, nous tiendrons compte de l'évolution des problèmes de communication en regard des stades de l'échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982). La validité et la fiabilité de cet outil d'évaluation appréciant la sévérité de la DTA seront considérées. Nous prendrons d'abord connaissance de l'impact de la démence sur la communication, puis nous nous attarderons sur les difficultés de communication entre les intervenants et la clientèle, sur l'expression de la CNV à contenu physiologique, à contenu psychologique et à contenu social chez la personne âgée atteinte de DTA, pour finalement exposer les objectifs de recherche.

#### 1.1- La démence de type Alzheimer et l'échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982)

La DTA n'est pas une maladie mentale, mais plutôt une maladie neurologique, c'est-à-dire une maladie qui touche le système nerveux. La DTA est classée à début précoce si elle se manifeste avant 65 ans et à début tardif si les symptômes apparaissent après 65 ans (DSM-IV). Elle entraîne, entre autres, des problèmes sur le plan de la mémoire, du jugement, de l'orientation dans le temps et l'espace, de l'humeur et des comportements, tout en causant d'importants changements de personnalité. La perte des habiletés et des connaissances

acquises entraîne une diminution graduelle de l'autonomie, de sorte que, à partir d'un certain stade dans l'évolution de la maladie, la personne atteinte ne peut plus subvenir à ses propres besoins (Gauvreau et Gendron, 1994).

La DTA est une maladie dégénérative qui provoque des lésions au cerveau. Une personne atteinte de DTA a une moins grande quantité de cellules au cerveau qu'une personne qui n'a pas la maladie. Le rétrécissement et la disparition des cellules se poursuivent avec l'évolution de la maladie et résultent en des taches denses de forme irrégulière qu'on appelle des plaques. Ces plaques contiennent une protéine dite *protéine bêta-amyloïde* qui fait partie d'une protéine plus longue appelée *précurseur de la protéine bêta-amyloïde*. On retrouve la présence d'écheveaux dans les cellules du cerveau qui étouffent les cellules saines. La tomographie par émission de positons (TEP) est une technique qui permet d'obtenir des images du cerveau pour connaître la répartition et la concentration des substances chimiques naturelles dans le cerveau. On utilise cette imagerie pour tenter de détecter les plaques qui entourent les cellules du cerveau. Les changements de la chimie du cerveau des personnes atteintes de DTA se caractérisent donc par la dégénérescence neurofibrillaire des neurones et la formation de plaques amyloïdes (appelées plaques séniles) dans le cerveau.

Au fur et à mesure que la DTA affecte chaque région du cerveau, elle entraîne la perte de certaines fonctions ou habiletés. Il en résulte des symptômes ou des changements spécifiques dans le comportement de la personne. Une fois l'habileté perdue, elle peut rarement être apprise de nouveau. Bien que la maladie entraîne des changements, elle ne modifie pas la capacité de la personne à éprouver des sentiments comme la joie, la colère, la peur, l'amour ou la tristesse, et à réagir à ces sentiments.

Des changements dans le comportement d'une personne peuvent indiquer des dommages à certaines régions du cerveau. Quand c'est le système limbique qui est attaqué, la personne affectée a de la difficulté à trouver les choses et à se rappeler où celles-ci ont été rangées, elle a

l'impression qu'on lui vole ses effets personnels, se sent irritable, déprimée ou anxieuse. Le système limbique intervient sur le plan des émotions et de la mémoire, il relie entre eux les différents lobes du cerveau, leur permettant d'établir la connexion entre les souvenirs et le comportement, il gère les émotions et certaines fonctions quotidiennes comme le sommeil et l'alimentation. Lorsque le lobe temporal et l'hippocampe sont touchés, l'individu a des troubles de mémoire à court terme, ne se souvient plus des événements récents, vit dans le moment présent, perd ses aptitudes de vocabulaire, a de la difficulté à reconnaître les visages, les objets et les endroits connus. L'hippocampe traite la mémoire verbale et la mémoire visuelle (la mémoire verbale comprend les souvenirs associés à ce qui est dit ou entendu; la mémoire visuelle est sollicitée pour reconnaître les objets, les visages et les lieux pour nous repérer dans notre environnement). Le lobe temporal contrôle les apprentissages récents et la mémoire immédiate. Dans un tel cas où le lobe pariétal gauche est affecté, l'individu mélange les mots et les utilise à mauvais escient, il ne comprend pas ce que disent les autres, utilise des généralités plutôt que des détails dans son discours, ne peut plus écrire clairement, a de la difficulté à s'occuper de son compte bancaire ou à payer ses factures, perd son chemin facilement, a de la difficulté à comprendre comment s'habiller, a de la difficulté à évaluer les difficultés. Le lobe pariétal contrôle la faculté à comprendre des informations spatiales (par exemple, le lieu précis où l'on se trouve, et l'emplacement des lieux et des objets). Quant au lobe frontal, il permet de prendre des initiatives, de planifier et d'organiser les actions, d'adopter un comportement social approprié à la situation, d'interpréter les sentiments des autres et leurs réactions. La personne affectée par la DTA semble indifférente ou apathique; désintéressée, elle abandonne ses passe-temps ou autres activités qu'elle aimait faire, elle se désintéresse rapidement d'une activité, elle semble se contenter de rester assise sans rien faire et sans réagir aux autres, elle se replie sur elle-même, elle répète les mêmes gestes sans pouvoir s'arrêter. Le lobe occipital contrôle la vision, la faculté de voir et d'associer les couleurs, les formes, les angles et les mouvements, de manière intelligente. Les changements observés chez l'individu touché au niveau du lobe occipital sont caractérisés par une perception inhabituelle, par exemple, une perte de la perception de la

profondeur ou l'incapacité de percevoir le mouvement. Bien que le lobe occipital ne soit pas directement touché dans la DTA, les zones visuelles voisines qui permettent d'associer les éléments de la vision peuvent être atteintes (Société Alzheimer du Canada, 2006).

Les critères diagnostiques du DSM-IV identifient la DTA comme une affection complexe qui se manifeste par l'apparition de déficits cognitifs multiples. On peut, entre autres, constater une altération de la mémoire, qui est le symptôme le plus fréquemment observé dans la DTA. Selon Baddeley (2002), Eustache et Agniel (1995) et Derouesné (1994), ces troubles sont différents de ceux qui constituent l'oubli bénin de la sénescence. Les problèmes de mémoire les plus évocateurs sont une difficulté à apprendre de nouvelles informations. Pour comprendre la spécificité des atteintes résultant de la DTA, rappelons nous que la mémoire se divise en quatre systèmes : la mémoire de travail, la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale. La mémoire de travail permet d'effectuer des traitements cognitifs à court terme tels que raisonner, lire, écrire, calculer. La mémoire épisodique permet à un sujet de se souvenir des événements vécus la veille, du nom d'un ancien camarade. Ces deux mémoires sont les plus affectées dans la DTA. L'individu atteint de cette maladie éprouve de plus en plus de difficultés à traiter l'information qui est étroitement liée au mécanisme de l'attention, ainsi que de plus en plus de difficultés à mémoriser des événements nouveaux. Pour sa part, la mémoire sémantique permet à l'individu d'emmagasiner ses connaissances du monde. Il s'agit d'une mémoire de référence qui renferme des informations accumulées. La mémoire procédurale conserve les informations qui se manifestent directement dans l'action et n'est pas accessible à la conscience. Dans la DTA, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale sont épargnées plus longtemps, l'individu peut donc acquérir de l'information sous forme de procédures liées à l'action.

Selon le DSM-IV, les difficultés de langage (aphasie) reliées à la DTA sont les plus importantes après les difficultés mnésiques. Dans cette démence, la parole perd sa fonction, l'écriture et la lecture sont également de plus en plus perturbées. Les difficultés à reconnaître les objets ou les personnes (agnosie) sont de plus en plus présentes. Par exemple, le patient en

vient à ne plus reconnaître sa conjointe, ni sa maison. Une altération de la capacité à réaliser une activité motrice (apraxie) fait aussi partie des réalités de cette démence. Un ralentissement moteur peut être observé et des problèmes de coordination sont identifiables. Une perturbation des fonctions exécutives telles que planifier, organiser et ordonner est souvent rencontrée. L'évolution de cette maladie est caractérisée par un déclin cognitif continu et significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. Pour diagnostiquer la DTA, on doit éliminer tous les déficits cognitifs provoqués par d'autres affections. Le diagnostic certain ne peut être posé que lors d'une autopsie ou dans de rares cas où une biopsie cérébrale a été effectuée du vivant de l'individu. Dans les autres circonstances, il ne s'agit que d'un diagnostic de probabilité.

Il existe deux catégories d'instruments pour évaluer le niveau d'atteinte de la DTA : les tests utiles au diagnostic de la démence et ceux évaluant la sévérité de la maladie. Pour la présente étude, nous ne présenterons que les instruments qui évaluent la sévérité de la maladie puisque les patients sont déjà diagnostiqués. Ainsi l'Échelle de détérioration globale de (Reisberg et al., 1982; Reisberg, Ferris, de Leon et Crook, 1988) fait partie des instruments permettant d'évaluer la sévérité de la maladie et de cibler les personnes âgées qui ont de la difficulté à s'exprimer verbalement. Cette échelle, utilisée après le diagnostic de la maladie, identifie le stade du déficit cognitif et établit un classement de démence atteint chez la personne. Elle comprend sept stades et définit des caractéristiques propres à chaque stade.

Au premier stade, aucun affaiblissement intellectuel n'est observable. Le tableau clinique ne démontre aucun déficit évident de la mémoire lors de l'examen, aucun problème en ce qui concerne la parole et de compréhension langagière.

Au deuxième stade, on note quelques oublis bénins ainsi qu'un affaiblissement intellectuel très léger. Le tableau clinique indique des oublis tels que ne plus se souvenir où les objets familiers ont été placés, ne plus se souvenir du nom de vieilles connaissances. L'évaluation neuropsychologique est négative. Sur le plan de la parole, l'individu oublie des mots qu'il utilisait

auparavant, il y a perte d'initiative dans la conversation et une réduction du débit vocal. La compréhension langagière est encore possible avec les proches.

Au troisième stade, un affaiblissement intellectuel léger et une confusion précoce entraînant des difficultés au travail sont constatés. Le sujet démontre un état confusionnel léger, des troubles de la mémoire évidents, une baisse de l'attention et de la concentration. Le tableau clinique indique que le malade peut se perdre en se rendant à un endroit connu. Ses compagnons de travail peuvent s'apercevoir que celui-ci a de la difficulté à se remémorer des mots ou des noms. Il peut lire un passage ou un livre et ne pas s'en souvenir. La personne atteinte occupe encore son emploi. Elle peut éprouver de plus en plus de difficultés à se souvenir des noms des étrangers qu'on lui présente, elle vit alors de l'anxiété. Elle peut perdre et égarer des objets de valeur, elle peut aussi nier ou rationaliser ses problèmes. Une véritable altération des fonctions cognitives est constatée lors de l'évaluation neuropsychologique. Sur le plan du langage, le vocabulaire utilisé devient plus limité, restreint et répétitif. L'individu manifeste une difficulté à choisir les mots justes et appropriés ainsi que des problèmes sur le plan de la syntaxe et de la conception des phrases. La diminution de la mémoire, l'oubli des mots et des noms deviennent évidents pour les proches.

Le quatrième stade correspond à un affaiblissement intellectuel modéré et à un état confusionnel marqué. Le tableau clinique indique un déficit cognitif manifeste : lors d'une entrevue, la personne ne peut répondre correctement aux questions et préfère laisser son accompagnateur répondre. Le malade est moins au courant des événements actuels et récents. Il éprouve de la difficulté à se souvenir de certains événements de sa vie. Il manifeste des troubles de concentration lors d'efforts intellectuels. Il lui est de plus en plus difficile de voyager et de s'occuper de ses finances personnelles. Il a de la difficulté à interpréter des proverbes ou des notions abstraites. Il évite certaines situations. L'examen neuropsychologique révèle des lacunes évidentes sur le plan de la mémoire et du langage, ainsi que des difficultés de coordination et de planification des mouvements volontaires à une fin (praxie). L'examen neurologique est toujours

négatif. À ce stade, l'individu manifeste des difficultés d'évocation, il utilise plusieurs termes génériques, ce qui rend difficile la compréhension de ses phrases. L'utilisation de paraphrases et la répétition des mots de fin de phrase entraînent une incompréhension langagière.

Au cinquième stade, l'individu démontre un affaiblissement intellectuel modérément grave. Il a besoin d'assistance dans sa vie quotidienne et ne pourrait pas survivre sans cette aide externe. L'examen neuropsychologique indique une aggravation des déficits du stade antérieur. À l'examen neurologique, on note habituellement un ralentissement de la démarche et des mouvements. À ce stade, l'individu souffre de problèmes de langage graves telle la palilalie (répétition du même mot), il utilise des mots qui n'ont aucun sens et qui n'ont pas de lien phonétique. La compréhension langagière est de plus en plus difficile.

Le sixième stade correspond à un affaiblissement intellectuel grave. Le tableau clinique indique que le malade peut oublier le nom de son conjoint ou de l'aidant dont il est entièrement dépendant pour survivre. Il conserve une certaine capacité de mémorisation d'activités passées (mémoire émotive), mais ses souvenirs sont incomplets. Il est peu conscient de son environnement, du temps, du jour, du mois, de l'année, de la saison, etc. Il lui est difficile de compter de 10 à 0 et parfois, de 0 à 10. Son langage est très limité et incohérent. Il a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Il peut devenir incontinent, il a besoin d'assistance pour se déplacer, mais se souvient presque toujours de son nom. Il éprouve des troubles émotifs, présente des troubles de comportement et est sujet à une modification de sa personnalité. Les symptômes de ce stade sont des comportements délirants et obsessionnels, de l'anxiété, de l'agitation, de la violence ainsi qu'une perte de volonté. Sur le plan neuropsychologique, les déficits cognitifs sont de plus en plus accentués. L'examen neurologique révèle un ralentissement plus important des mouvements, des troubles de la démarche et des réflexes primitifs. La personne requiert de l'assistance pour s'habiller, pour prendre son bain, pour avoir une hygiène minimale. Elle présente de l'incontinence urinaire et fécale, la parole devient incompréhensible.

Le langage est très limité et incohérent. On constate une perte du langage (mutisme, jargon sémantique).

Le dernier stade, le stade 7, est identifié par un affaiblissement intellectuel très grave et une démence profonde. Le tableau clinique indique un mutisme fréquent, de l'incontinence urinaire et fécale, un besoin d'aide pour faire sa toilette et s'alimenter. Le sujet ne marche plus, il est grabataire, souvent en position fœtale. Il ne reconnaît plus ses proches. En ce qui a trait à la parole, l'aphasie devient totale, il présente une atteinte grave de langage (grognement). En début de stade, la parole est limitée à une douzaine de mots, par la suite à un seul mot, et l'on constate la non-reconnaissance des membres de la famille ou des personnes familières, une perte de la capacité de marcher et de l'habileté à s'asseoir. Il y a perte de la capacité à sourire et perte de l'état de conscience.

En ce qui concerne la communication verbale pour les stades 6 et 7, les déficits dans le vocabulaire et dans le langage augmentent avec la progression de la maladie. On retrouve une détérioration du langage, le vocabulaire se limitant à quelques mots et parfois même à des cris et des grognements. Au stade 6, l'habileté à exprimer des phrases complètes décline graduellement. La parole se limite à de simples mots ou à de courtes phrases, et le vocabulaire parlé se restreint à seulement quelques mots. Les quelques mots articulés restants peuvent être des termes d'affirmation comme un *oui*, ou de négation comme un *non*. La personne peut aussi répéter continuellement le même mot. La progression de la maladie finit par détériorer l'habileté à exprimer même ces quelques mots. Mais, il arrive que la personne âgée puisse articuler un mot qui était apparemment oublié.

#### 1.2- La validité et la fiabilité de l'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982)

L'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982) est reconnue comme étant une mesure valide et fiable. Wolfson Moride, Perrault, Momoli, Demers et Oremus (2000) ont publié une synthèse de plusieurs études portant sur la validité et la fidélité de l'échelle de Reisberg et al.

(1982). Les commentaires provenant de cette synthèse démontrent, entre autres, que la mise au point de l'échelle ne repose pas uniquement sur des fondements psychométriques ou statistiques. Cette échelle repose aussi sur la séquence d'apparition des différents symptômes de la maladie, le taux d'aggravation de l'état du malade, l'interaction de diverses formes de déficits cognitifs, le dysfonctionnement comportemental, la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et les symptômes psychiatriques (Wolfson et al., 2000). En ce qui a trait à sa validité empirique, Wolfson et al. (2000) font mention de coefficients de corrélation ( $r$ ) statistiquement significatifs entre l'échelle GDS et plusieurs autres échelles de mesure. Ces coefficients de corrélation se situent pour la plupart dans la gamme de 0,64 à 0,66. La fidélité de l'échelle, quant à elle, repose sur une constance test-retest. Wolfson et al. (2000) rapportent aussi les résultats d'une étude menée par Reisberg et al. (1988) sur la validité et la fidélité de l'échelle, où un coefficient de corrélation de 0,92 a été obtenu pour la fidélité inter-juges.

### 1.3-L'impact de la démence de type Alzheimer sur la communication verbale de la personne âgée atteinte

Parmi les effets de la DTA sur la communication verbale, on retrouve la perte de la capacité de s'exprimer, l'oubli des mots, la palilalie (répétition d'un même mot) et la perturbation de la conception des phrases. Selon la rapidité de l'évolution de la démence de chaque malade, tôt ou tard, une bonne partie des mots s'efface complètement de la mémoire et le choix des mots est de plus en plus limité. Les phrases deviennent alors incohérentes. La prononciation des mots est perturbée. Les malades bégaient et répètent maintes fois le même mot ou la même syllabe. Leurs paroles deviennent incompréhensibles et les malades n'arrivent plus à se faire comprendre verbalement. L'aphasie devient globale.

Plusieurs chercheurs ont travaillé à identifier les modifications dans la communication verbale chez cette clientèle (Barba et Boller, 1998; Ecklin et Schonenberger, 1992; Eustache, Lechevalier et Viader, 1996; Farvis et Hendryx-Bedalov, 2001; Frank, Fichette et Klawans, 1994; Gauvreau et Gendron, 1994; Holland et Reinmuth, 1998; Kramer et Duffy, 1996; Lévesque, Roux et Lauzon,

1990; Marquis, 1999; Mayhen, Acton, Yauk et Hopkins, 2001; McCann, 2000; Mitra, 1995; Smith, 2001; Wallesch et Hundsalz, 1994). Tous sont d'accord : la modification de la communication chez la personne âgée atteinte de DTA se concrétise par une difficulté à suivre les conversations rapides et complexes, surtout si l'environnement est bruyant. La personne âgée s'écarte souvent du sujet de la conversation. Elle est facilement distraite et les consignes doivent être souvent répétées. Au début, la personne atteinte éprouve des difficultés à formuler ce qu'elle veut dire. Elle est plus lente à s'exprimer, se répète souvent, oublie certains mots ou se trompe de mots. Peu à peu, les mots s'effacent de sa mémoire. Ainsi, ne trouvant plus le nom des objets, la personne décrit leur utilisation ou fonction. Son élocution ralentit et il lui arrive de répéter des phrases. Elle amorce moins souvent la conversation. Il devient plus difficile pour elle de raconter un événement de façon chronologique ou d'exprimer verbalement ce qu'elle ressent.

Selon Eustache et Agniel (1995), les perturbations sémantiques transparaissent évidemment dans toutes les situations de langage oral. Cependant, les déficits lexico-sémantiques peuvent être considérés comme le trait dominant de la sémiologie linguistique de la DTA. Le langage spontané, le discours narratif, l'élocution verbale, la désignation, les classifications en fonction de différents attributs et appariements d'images et de mots sont les domaines de perturbation les plus souvent rencontrés. Pour les patients, les difficultés de langage sont les plus importantes après les difficultés mnésiques, non seulement du fait de leur fréquence, mais également de leur retentissement sur les relations avec leur entourage. Parfois, ces problèmes de langage sont le premier symptôme à être notés sous la forme d'une difficulté à utiliser le bon terme lors d'une conversation ou à trouver le nom d'un objet spécifique (manque du mot) (Derouesné, 1994).

#### 1.4-Les difficultés de communication et l'interaction entre intervenants et personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer

Avant d'élaborer sur les difficultés de communication entre les intervenants et les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs, il serait tout à propos de prendre connaissance de la réalité des préposées aux bénéficiaires oeuvrant auprès de cette clientèle. Un sondage a été réalisé par

Bigaouette (2001) auprès de 1540 employés et cadres du réseau de la santé et des services sociaux afin d'identifier les situations difficiles. Le « manque de temps » est considéré par 60% des intervenants comme une difficulté majeure. L'étendue et la variété des troubles du comportement sont aussi rapportées. Les questions les plus souvent entendues chez les intervenants sont les suivantes : « *Comment intervenir quand le résident crie ? Comment donner un bain quand celui-ci s'y oppose physiquement ? Quelle conduite adopter avec le client errant ? Doit-on réprimer le comportement sexuel du client dément ? Comment communiquer avec une cliente ayant perdue la capacité de s'exprimer verbalement ?* » Cette réalité des soins demande que les intervenants recherchent « des trucs » pour composer avec ces problèmes. Selon l'auteur, les statistiques de la CSST montrent que l'incidence des lésions professionnelles est plus élevée dans les CHSLD que dans toutes les autres catégories d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. L'exposition répétée à la clientèle atteinte de déficits cognitifs sévères aurait un impact significatif sur les soignants. Cette reconnaissance répond à une réalité complexe constituée autour d'un enjeu important : la difficulté pour les soignants d'adopter de nouvelles stratégies d'intervention. La population du Québec vieillit rapidement. L'impact de ce vieillissement commence à se faire sentir dans le réseau de la santé et des services sociaux. Dans la vaste majorité des cas, cet hébergement est la conséquence directe d'une perte importante d'autonomie. Les déficits cognitifs associés à une démence constituent un aspect « fondamental » de cette perte d'autonomie. La présence de la clientèle démente est très importante dans les CHSLD québécois. D'ici 25 ans, le nombre de déments aura plus que doublé, atteignant 156 000 personnes au Québec. Ce qui laisse croire que les communications entre l'intervenant et le résident en seront affectées.

La communication est l'échange d'information entre deux personnes. Lorsque deux personnes interagissent, elles synchronisent leurs paroles et leurs gestes. Or, quand un des deux interlocuteurs souffre de troubles cognitifs importants, cette synchronisation devient chaotique

puisque les deux personnes n'arrivent pas toujours à interpréter mutuellement leurs messages (Gauvreau et Gendron, 1994).

La qualité de la communication avec la personne atteinte de DTA revêt un aspect fondamental lorsque l'intervenant veut lui prodiguer des soins (Santi, 1998). Selon Tappen (1991), l'intervenant doit s'exprimer plus lentement, plus concrètement et il doit souvent répéter. Communiquer peut s'avérer très difficile, voire impossible, si l'on s'attend à communiquer avec la personne démente de la même façon qu'antérieurement (Éthier, 1996). Certaines stratégies de communication ont été élaborées pour faciliter la compréhension des messages du patient. Dubé et Lemieux (1998) mentionnent que la qualité de la communication est un élément essentiel à une bonne relation. Selon ces auteures, la qualité des relations dépend de plusieurs facteurs : instaurer une relation de confiance entre le résident et l'intervenant, tenir compte des croyances du résident, utiliser des attitudes adéquates, être patient, tolérant, compréhensif, respectueux, avoir la capacité de s'adapter à l'évolution de la maladie, échanger de l'information avec l'équipe, identifier des solutions, s'adapter au rythme du résident, établir une atmosphère de calme et de gaieté, établir une cohérence entre la communication verbale et la communication non verbale lors de l'intervention, tout cela faciliterait l'interaction. Afin d'entrer en communication plus facilement avec la personne malade, les auteures mentionnent aussi qu'il est important d'annoncer son arrivée, d'éliminer les bruits environnants, de bouger lentement et de se placer face au résident, de s'asseoir à sa hauteur pour demeurer dans son champ de vision, d'établir un contact visuel pour éveiller l'attention et favoriser la concentration du résident, de toucher doucement la personne et de ne pas la forcer si elle ne veut pas entrer en contact. Hendryx-Bedalov (2000) a produit une synthèse de la documentation sur les différentes techniques de communication pour améliorer l'interaction avec les personnes âgées atteintes de DTA. Elle mentionne que la façon de communiquer des intervenants avec cette clientèle peut avoir un effet sur les interactions et sur le comportement de la personne atteinte de la maladie. Selon elle, il

faut considérer la communication comme un outil à deux voies, c'est-à-dire qu'il est possible d'utiliser la communication en recevant et en envoyant des messages.

Certaines attitudes de l'intervenant peuvent faciliter l'interaction, mais tout de même, malgré ces stratégies, il deviendra de plus en plus difficile de maintenir une communication verbale entre l'intervenant et le malade (Ripich, Wykle et Niles, 1995). Becue (2002) mentionne que la CNV prend petit à petit le relais du langage et qu'il faut prendre en compte ces messages si on veut maintenir une bonne relation avec le résident, ce qui favorise un climat propice à l'interaction.

Comme la DTA se caractérise par l'apparition progressive et irréversible de troubles du langage, elle affecte la vie de tous les jours. À mi évolution de la maladie, la communication devient difficile, l'entourage de la personne âgée atteinte ne comprend plus très bien ce qu'elle dit. L'intervenant doit faire un effort supplémentaire pour saisir les messages que le malade lui adresse ou pour lui faire comprendre ses propres messages. Il doit s'adapter aux changements et modifier sa manière de communiquer avec les patients. Après cette phase, le malade utilise moins les mots et davantage le langage corporel et les gestes pour faire comprendre ses besoins. La communication verbale et la communication non verbale qui démontrent au malade qu'on s'occupe de lui sont essentielles, quel que soit le niveau de la démence. Même dans les dernières phases de la maladie, le patient demeure capable d'exprimer ses besoins sur un mode comportemental (Bayles, 1982; Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal 1990; Karbe, Hertsez et Polk, 1993).

Non seulement il devient difficile pour l'intervenant de comprendre la personne âgée atteinte de DTA, mais cette problématique du langage entraîne de nombreux inconvénients lors des soins et des activités de la vie quotidienne (Kemper, Marquis et Thompson 2001). L'intervenant éprouve beaucoup plus de difficultés à intervenir de façon efficace. Comme la personne âgée n'exprime plus verbalement ce qu'elle ressent, il devient ardu pour l'intervenant de bien saisir le ressenti de la personne âgée et d'interagir adéquatement avec celle-ci lors des activités de la vie

quotidienne. L'intervenant agit souvent sans connaître le ressenti de la personne âgée. Or, comprendre le ressenti de celle-ci lors des activités de la vie quotidienne peut aider considérablement l'intervenant à réaliser la tâche prévue, ce qui favorise une plus grande efficacité puisque ses actions sont mieux ajustées et plus adéquates lors des différentes interventions (Grisé, 1997).

#### 1.5-L'interprétation de la communication non verbale d'origine physiologique, psychologique et sociale chez la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer

Plusieurs chercheurs ont tenté de mieux saisir les contenus psychologiques, physiologiques et sociaux de la CNV des personnes atteintes de la DTA. Hurley et al. (1992) montrent qu'il existe plusieurs facettes de la CNV qui réfèrent aux aspects physiologiques, psychologiques et sociaux de l'individu tels que la respiration, la voix, les postures, l'agitation, le langage du corps et les expressions faciales, qui sont propres à chacun.

Considérons d'abord l'aspect psychologique. Selon Bartol (1979), la CNV peut être reliée à un état émotif, à un manque d'intérêt, ou à un besoin d'estime de nature psychologique chez la personne âgée atteinte de la DTA.

Voyons maintenant l'aspect social. Les cris sont, selon Koff, Zaitchik, Montepare et Albert (1999), une autre forme de CNV utilisée comme moyen par l'individu pour exprimer un message à son entourage. Glosser, Wiley et Barnoski (1998) font ressortir que la CNV à contenu social exprimée par une gestuelle diminue tout au long de la maladie. Heindel, Salmon, Fennema-Notestine et Chan (1998) remarquent que les gestes répétitifs que l'on rencontre souvent chez cette clientèle sont aussi reconnus comme des messages non verbaux sociaux et qu'il est possible pour l'intervenant de décoder ces messages quand ils se produisent toujours dans des situations similaires.

Buffum, Miaskowski, Sands et Brod (2001) identifient l'agitation comme étant une forme de CNV exprimant de la douleur (aspect physiologique). Epps (2001) identifie les cris, le timbre de

voix, le marmonnement, les grimaces, la posture, les frottements et les gestes de protection comme étant des facteurs démontrant une souffrance reliée à l'aspect physiologique.

Kovach et Magliocco (1998) identifient différents comportements de nature sociale ou émotive : le retrait et le rapprochement physique de la personne démente, les comportements détendus ou tendus, les mimiques telles que signe de la main, clin d'œil et regard sont des messages sociaux ou émotifs selon les contextes.

Tappen (1991) a également recensé certains comportements qui ont lieu au cours de différentes activités : l'expression des yeux peut, dans certains cas, démontrer de la gêne envers l'intervenant, tout comme la voix, la posture ou les expressions faciales peuvent exprimer un besoin, une recherche d'attention ou de la douleur.

Il est donc possible d'observer chez la personne âgée atteinte de DTA une CNV d'origine physiologique, d'origine psychologique et d'origine sociale. Cette communication devient donc un élément important lors des activités de la vie quotidienne puisqu'elle peut renseigner sur l'état du malade ce qui permet à l'intervenant de s'ajuster à la situation afin de mieux doser et adapter son intervention. En conséquence, il est important d'être en mesure de décoder les différentes manifestations de la CNV.

Certains auteurs ont même identifié, avec l'évolution de la maladie, des changements dans la CNV des personnes âgées atteintes de DTA. Kovack et Magliocco (1998) mentionnent que cette communication est présente jusqu'à la mort, mais qu'elle est limitée. Glosser et al. (1998) observent une diminution de la gestuelle avec l'évolution de la maladie tandis qu'Asplund, Jansson et Norbert (1995) remarquent l'existence de fragments d'expressions faciales chez une clientèle sévèrement atteinte. Selon ces derniers, l'expression de joie semble la plus facile à interpréter. Feil (1994) affirme que, lorsque la personne âgée atteinte de DTA se referme sur elle-même après avoir perdu l'usage de la parole, elle utilise la CNV pour exprimer son ressenti;

l'intervenant doit alors tenir compte de cette communication pour comprendre les différents messages exprimés par la personne.

Après avoir pris connaissance de l'existence de ces différents aspects de la CNV chez cette clientèle, certaines interrogations sont soulevées. Comment l'intervenant peut-il décoder le message du malade quand cette démence est très avancée? De quelle façon arrive-t-il à interpréter cette CNV? Peut-il établir une distinction entre une CNV d'origine physiologique telle la douleur, d'une CNV qui est d'origine psychologique, telle la colère, sans confondre les deux natures? Est-il possible d'interpréter un comportement non verbal social, tel le sourire, une habitude sociale, sans les confondre avec un sentiment? Sur quoi se base-t-il pour valider sa perception?

Asplund et al. (1995) mentionnent qu'il est très difficile d'interpréter la CNV chez les personnes âgées atteintes de DTA sévère et recommandent d'approfondir les recherches sur l'interprétation de la CNV chez cette clientèle. Aucune étude ne s'est appliquée à comprendre comment l'intervenant peut arriver à distinguer les différentes origines de CNV lors des activités de la vie quotidienne afin de mieux l'interpréter. Ainsi, il est plus facile de percevoir la CNV que de l'interpréter, puisque les déficits cognitifs des personnes âgées atteintes de la DTA génèrent chez elles des comportements qui ne sont pas toujours explicables.

#### 1.6- L'objectif général de la recherche

Cette étude s'intéresse à l'identification et à l'interprétation par les intervenants des différentes manifestations de la CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 sur l'Échelle de Reisberg et al. (1982), et ce, lors d'une activité de la vie quotidienne, dans le but d'identifier les indices susceptibles de différencier les contenus physiologiques, psychologiques et sociaux de la CNV et de connaître le processus d'interprétation de celle-ci.

*Cadre conceptuel de la communication non verbale*

Cette section présente les fondements théoriques de la CNV en retenant les théories qui ont particulièrement marqué l'évolution du savoir dans le domaine. Bien que ce chapitre s'attarde à expliquer les bases de la CNV, une attention particulière sera portée aux approches qui réfèrent aux aspects psychologique, physiologique ou social du contenu exprimé.

## 2.1- Les anciens

Les relations entre l'expression et la CNV font l'objet de réflexion depuis l'Antiquité. Déjà Aristote s'intéressait aux signes exprimés par le visage dans un de ses traités sur la physiognomonie (Courtine, 1994). Il définissait la colère comme l'impression d'un mal imminent qui cause la destruction ou la douleur. Descartes en fait une analyse dont il tire des conclusions similaires (Courtine, 1994). Les peintres se sont préoccupés depuis des siècles de la façon dont les mouvements du visage expriment les émotions, surtout en s'intéressant aux relations entre l'âme et le corps. Le peintre Le Brun du XVII<sup>e</sup> siècle décrit très bien l'expression de la frayeur, et que dire de l'énigmatique sourire de la Joconde de Léonard de Vinci qui occupe une place exceptionnelle dans le domaine de la connaissance du corps (Le Brun et Julien, 1994). Michel-Ange, quant à lui, se consacrait essentiellement à l'étude des mouvements du corps et de la musculature. On peut considérer que sa connaissance et sa compréhension du langage du corps auront influencé les générations suivantes. En se référant au 17<sup>e</sup> siècle, on peut également penser à l'œuvre de Descartes sur les passions de l'âme (D'Arcy, 1996) ou à Saint-Augustin qui disait que le visage d'un homme traduisait les sentiments et les mouvements de son âme. Ils identifient le lien entre l'âme et le sentiment exprimé par le visage, définissant ce langage comme un langage d'actions et considérant l'usage de ces signes comme des opérations de l'âme. Abordée sous cet angle, l'étude des représentations du corps s'inscrit comme approche culturelle, historique et sociale. Cette étude des représentations du corps au cours de l'histoire a

été considérée comme empreinte du comportement non verbal et elle fournit des indications très intéressantes pour toutes les cultures.

## 2.2- Duchenne de Boulogne

Lorsque l'on désire remonter aux premières études traitant de la CNV, on doit se rapporter aux travaux de Duchenne de Boulogne qui fut l'un des pionniers neurophysiologistes à étudier de façon approfondie les expressions faciales de l'homme. L'anatomiste français publiait en 1862 un livre intitulé *Le mécanisme de la physionomie humaine*. Il analysait la physionomie en utilisant l'électricité, les contractions de chaque muscle du visage ainsi que les sillons résultant des contractions musculaires. De magnifiques photographies illustraient les divers comportements du visage. Duchenne a rendu un grand service à la science en démontrant que les muscles ne sont pas seulement activés par le contrôle de la volonté, certains muscles s'activant par exemple sans commande, c'est-à-dire de façon spontanée. Observant une différence entre l'apparition du sourire spontané et l'apparition du sourire provenant de stimulation électrique du muscle zygomatique, Duchenne de Boulogne (1862) écrit :

Les muscles sont éminemment expressifs; leur action individuelle trahit un mouvement particulier de l'âme; chacun d'eux, en un mot, est le représentant unique d'une émotion.  
(p. 23)

Duchenne a identifié les muscles reliés aux différentes expressions faciales provoquées par certaines émotions telles que l'attention, la réflexion, la douleur, la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise, la peur et la colère. L'auteur ajoute que si la vue d'un mouvement facial nous fait reconnaître l'émotion, c'est que nous avons la faculté de reconnaître les émotions dès notre naissance. Duchenne réalise l'importance de la CNV et il est fasciné par l'aspect universel de ce langage qui, selon lui, se modifie par l'éducation et par la civilisation. Il tente donc dans ses recherches de démontrer quatre aspects fondamentaux :

- 1) chaque muscle facial est relié à l'expression;
- 2) les actions musculaires isolées ainsi que les capacités d'activités sont différentes selon l'âge;

- 3) il existe des activités musculaires individuelles, isolées de l'action combinée des autres muscles;
- 4) le rôle du mécanisme des expressions faciales humaines.

Duchenne démontre que la physionomie des personnes âgées influence la perception de l'expression. Dans son étude sur une personne âgée, il mentionne que l'on peut observer que les commissures des lèvres de son sujet âgé sont ordinairement abaissées, ce qui renforce l'expression, et que les commissures des lèvres de cet individu tombent naturellement comme chez tous les vieillards en général.

### 2.3- Darwin

Darwin fut considérablement influencé par les travaux de Duchenne de Boulogne. Ce dernier a permis à Darwin d'utiliser plusieurs de ses meilleures photographies réalisées en 1862 pour ses recherches sur l'interprétation des signes du visage. Ainsi, Darwin a demandé à une vingtaine de personnes d'âges différents d'identifier les émotions exprimées par la personne âgée photographiée par Duchenne de Boulogne. Plusieurs furent immédiatement reconnues. Dans son étude sur l'expression des émotions chez l'homme et les animaux (1872), Darwin cherche à savoir si les mêmes expressions sont présentes chez toutes les races humaines. Il en arrive à supposer que les mêmes mouvements des traits ou du corps expriment les mêmes émotions chez diverses races humaines et conclut que ces expressions sont probablement innées ou instinctives. Par contre, il ajoute que les expressions ou gestes conventionnels acquis par l'individu seraient probablement différents chez les diverses races. Dans son étude, Darwin veut offrir une explication théorique plausible sur la cause et l'origine des diverses expressions. Il écrit :

L'observation de l'expression n'est pas facile. Il est donc malaisé de déterminer avec certitude quels sont les mouvements des traits et les attitudes qui caractérisent habituellement certains états de l'esprit. J'espère que l'observation des enfants, des aliénés, des diverses races humaines, des œuvres d'art, enfin l'étude de l'action de l'électricité sur les muscles de la face, tel que l'a fait le docteur Duchenne, nous aurons permis de vaincre certaines difficultés et d'éclairer bien des points douteux. Reste une difficulté plus grande encore : c'est de pénétrer la cause ou l'origine des diverses

expressions et de juger s'il existe une explication théorique qui soit digne de foi. (Darwin, 1890, p.19)

Il établit donc trois principes qui lui paraissent expliquer la plupart des expressions et gestes involontaires chez l'homme :

1. Selon le principe de l'association des habitudes utiles, différentes actions sont accomplies en association avec un état d'esprit particulier. Devenues habituelles, elles apparaissent sans que la nécessité ne s'en fasse sentir, dès que l'individu se retrouve dans un état d'esprit similaire ou dans une situation particulière. Le premier principe démontre que lorsqu'une sensation, un désir, une répugnance, etc. ont provoqué un certain mouvement volontaire durant plusieurs générations, une tendance à l'accomplissement de ce même mouvement survient même dans le cas où ce mouvement n'aurait plus aucune utilité. Les mouvements habituels de cet ordre sont souvent, sinon constamment, héréditaires et peu différents, comme des actions réflexes.
2. Lorsque se produit un état d'esprit directement inverse, l'individu est fortement et involontairement tenté d'accomplir des mouvements absolument opposés. Ce deuxième principe met de l'avant que l'homme en colère, par exemple, qu'il le veuille ou non, manifeste extérieurement son sentiment : il redresse la tête, carre ses épaules, dilate sa poitrine, grince des dents, fronce les sourcils et serre les poings. Quelle est la raison de ces mouvements? Darwin l'explique avec ce principe d'antithèse inconscient. Plusieurs signes sont opposés les uns aux autres et ont une signification propre à leur origine. Il semble qu'il en soit ainsi des signes qu'emploient les sourds-muets pour désigner la lumière, l'obscurité, la force, la faiblesse, etc. Les gestes opposés d'affirmation et de négation, comme hocher la tête, soit la secouer de bas en haut ou de droite à gauche, démontrent probablement l'opposition naturelle. Ce principe permet à Darwin de concevoir la naissance des gestes et des expressions.

3. Le troisième principe est celui des actes reliés à la composition du système nerveux et complètement indépendants de la volonté ainsi que, jusqu'à un certain point, de l'habitude. La force nerveuse est engendrée et transmise dans certaines directions déterminées dépendant des connexions des cellules nerveuses. Ce troisième principe s'identifie par l'action directe du système nerveux.

Selon Darwin, certains comportements résultent directement du système nerveux. Ils sont indépendants de la volonté et en grande partie indépendants de l'habitude. Selon lui, l'exemple le plus impressionnant est celui de l'influence directe du système nerveux sur la décoloration des cheveux, décoloration qui succède à une peur extrême ou à une douleur excessive.

En terminant son étude, Darwin développe quelques exemples et explications supplémentaires sur ces trois principes en mentionnant que ceux-ci expliquent un grand nombre de mouvements et d'actes expressifs concernant tous les phénomènes de cet ordre. Tout acte, quelle que soit sa nature, qui accompagne constamment un état déterminé d'esprit, devient aussitôt expressif. Chez l'homme, ce sont par exemple, le haussement des épaules, le hérissément des poils, la sueur, les modifications de la circulation, la difficulté de la respiration, la production de sons divers ou d'autres mécanismes. Il mentionne que chez l'homme, les organes respiratoires jouent dans l'expression un rôle capital, non seulement par leur action directe, mais encore plus d'une manière indirecte, comme lorsque l'enfant crie sous l'influence de la faim ou de la douleur. Cet acte, au fil de nombreuses générations, s'est fortement enraciné et a été transmis par l'hérédité. Par la suite, avec le temps et les progrès de la civilisation, l'habitude de pousser des cris s'est presque entièrement éteinte. Il n'en n'est pas moins resté une tendance à la contraction des muscles péri-oculaires lors d'une contrariété même légère. Les principaux actes de l'expression, chez l'homme et l'animal, sont innés ou héréditaires, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas un produit de l'individu, c'est une vérité universellement reconnue. Les bébés poussent des cris de douleur aussitôt qu'ils sont nés et leurs expressions faciales se conforment à l'aspect qu'ils présenteront par la suite. Ces seuls faits suffisent pour établir, d'après Darwin, qu'un grand

nombre de nos expressions les plus importantes n'ont pas besoin d'être apprises. L'hérédité de la plupart de nos actes expressifs explique donc comment les aveugles-nés peuvent les reproduire tout aussi bien que les personnes dotées de la vue. Cette hérédité explique aussi comment jeunes et vieux, chez les races les plus diverses, aussi bien chez l'homme que chez l'animal, expriment les mêmes états d'esprit par des mouvements identiques.

Darwin mentionne que les mouvements expressifs du visage et du corps, quelles que soient d'ailleurs leurs provenances, sont en eux-mêmes d'une très grande utilité. Ils sont les premiers moyens de communication entre la mère et l'enfant. Elle sourit en signe d'approbation et encourage de cette manière son enfant à marcher dans la bonne voie. Elle fronce les sourcils en signe de désapprobation et réprimande celui-ci. Nous apprécions sans aucun doute la sympathie de ceux qui nous entourent, grâce à leurs expressions. Nos souffrances en sont adoucies et nos plaisirs augmentés. C'est ainsi que se solidifient les bons sentiments mutuels. Les mouvements de l'expression révèlent avec plus d'exactitude les pensées et les intentions que la parole peut tenter de camoufler.

Certains chercheurs contemporains, tel Costagliola (1995), réfutent l'opinion de Darwin sur les automatismes humains. Costagliola soutient que Darwin manquait de rigueur méthodologique à cause de l'insuffisance expérimentale de ses recherches; selon lui, ses preuves et postulats auraient été insuffisants pour appuyer ses points, alors il aurait inventé. Il ajoute que Darwin ramène exclusivement l'expression des états affectifs aux habitudes utiles associées à un type d'expérience et fixées par la sélection naturelle. La conception de Darwin et les difficultés que soulèvent les questions des relations entre les mouvements expressifs et de l'activation des émotions seront le fondement des explications proposées après lui par des auteurs comme Wundt (Nicolas, 2003), et particulièrement Freud (1964) qui avait établi chez certains patients hystériques des similitudes de comportements non verbaux. Les éthologues et les sociobiologistes abandonnent les idées propres de Darwin sur l'expression des émotions pour

considérer que les comportements, tout comme les organes, sont soumis au principe de la sélection naturelle.

#### 2.4- Ekman et Friesen

Ekman, Friesen et Tomkins (1971) s'inspirent des théories de Darwin (1872) et de Duchenne (1862) pour développer leur propre théorie. Selon ces auteurs, l'information provenant des expressions faciales dérive des émotions et l'information provenant du langage corporel dérive des attitudes et des rôles interpersonnels. Ces inférences sont aussi influencées par les circonstances de la vie. Les auteurs affirment que le langage du corps est supérieur au langage verbal. Selon les auteurs, l'observateur est capable d'interpréter l'information provenant de la CNV de façon intuitive, surtout quand le message de l'individu observé est intentionnel. Selon eux, le répertoire des comportements non verbaux s'identifie et se détermine par trois facteurs fondamentaux à la base de leur théorie : l'usage, l'origine et le codage. L'interrelation et les différences entre ces trois aspects de la CNV sont extrêmement complexes.

L'usage fait référence à la relation associative entre l'acte et le comportement non verbal, à l'imitation du geste, à l'intention de la personne de vouloir communiquer, à la réaction de la personne qui observe et au type d'information provenant d'un comportement.

L'origine fait référence à la provenance du répertoire des comportements non verbaux et à la source de l'action. Il existe trois types d'origines. La première est celle qui se rattache au système nerveux. Les expressions faciales, par exemple, peuvent se manifester sous forme de réflexes. La deuxième origine se rattache à l'expérience acquise et entraîne des comportements habituels. La troisième se rattache à la culture, à la famille, à la classe sociale et à l'éducation. Les comportements non verbaux peuvent être appris par les interactions sociales, par exemple l'imitation pour apprendre.

Le codage est le troisième aspect de la CNV. C'est un principe correspondant à la signification des comportements, c'est-à-dire à la relation entre l'acte et au contenu du message. Il permet de donner un sens à la CNV.

En résumé, il est nécessaire pour Ekman et Friesen (1969) de distinguer plusieurs aspects reliés aux différents signaux exprimés par un individu en se basant sur ces trois critères. Selon leurs conditions d'utilisation, on distinguera ainsi les signaux idiosyncrasiques ou marques individuelles de ceux qui conservent la même signification à travers une communauté. La théorie avancée par Ekman et al. (1971) et Ekman (1973, 1977) distingue alors quatre phénomènes qu'ils nomment les programmes faciaux, les déclencheurs, les règles d'exécution et les conséquences de l'expression sur l'environnement. Les programmes faciaux sont relatifs à une activation automatique d'ensembles musculaires après que l'émotion ait été suscitée; ils seraient inscrits dans la structure de l'organisme et posséderaient donc un statut d'universalité. Ceci expliquerait que les individus de cultures différentes peuvent juger de la même manière une même expression. Les déclencheurs représentent des événements se produisant dans l'environnement, des attentes ou des souvenirs de l'individu; la culture les influencerait spécifiquement. Les règles d'exécution consistent en un contrôle des expressions faciales dans le sens d'une exagération ou, au contraire, d'une atténuation, d'une dissimulation, d'un masquage; ces règles dépendent également de la culture. Les comportements prescrits et le découpage des expressions varient selon le milieu. Les conséquences sociales et affectives de l'expression sur l'environnement comportent la capacité d'adaptation, le ressenti et les différences culturelles qui semblent particulièrement se manifester dans l'expression d'émotions mixtes. Ainsi, un événement particulier peut susciter plusieurs émotions à la fois et les règles sociales peuvent imposer de travestir une expression en une autre plus acceptable, comme de cacher sa peine en affichant un sourire. Ce modèle théorique d'Ekman attire l'attention sur les nombreuses variables pouvant influencer les observations (Ekman et Oster, 1979).

Selon Ekman et Friesen (1978), le visage est la zone privilégiée pour exprimer la communication directe avec le monde extérieur. Il fait connaître aux autres nos états intérieurs, nos pensées, nos sentiments et nos émotions. Tous les individus présentent une CNV influencée par divers facteurs, tels la culture, l'éducation, l'âge et le sexe (Corman, 1991).

Le caractère d'universalité de la CNV a été souligné pour une première fois par Charles Darwin (1872) qui soulève la question des relations entre l'émotion et l'expression faciale. Les recherches exhaustives réalisées par Ekman et Friesen (1967, 1969) démontrent aussi l'universalité de l'interprétation des expressions faciales. Les résultats de ces études ont démontré un taux élevé de reconnaissance de six émotions de base : 93 % des personnes reconnaissent l'expression de la joie, 88 % reconnaissent l'expression de la surprise, 83 % reconnaissent l'expression du dégoût, 81 % reconnaissent l'expression de la tristesse, 76 % reconnaissent l'expression de la peur et 72 % reconnaissent l'expression de la colère.

De plus, les auteurs établissent que le visage est le lieu où l'on relève le plus de messages reliés aux émotions, et que l'aspect inné des émotions est présent chez tous les individus. Ils élaborent une façon de décoder les émotions à partir des mouvements faciaux. Cet outil d'observation est connu sous le nom de FACS (Facial Action Coding System) (Ekman et Friesen, 1978). Il évalue six émotions de base universelles : la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise et la peur. Selon ces auteurs, tout individu possède dès sa naissance des expressions faciales provenant des émotions de base. Par exemple, l'enfant aveugle, qui ne peut imiter aucune expression faciale, est capable de les manifester sans apprentissage (Ekman et Rainer, 1982). Les muscles sous la peau du visage, appelés muscles peauciers, sont très nombreux et sont les plus complexes de tout notre système musculaire. Ils réagissent au moindre influx nerveux et révèlent la plus faible trace d'émotion (Pacout, 1991).

## 2.5- Fridlund et Russell

Fridlund (1992) critique la thèse des émotions universelles avancée par Darwin et soutenue par Ekman, Friesen et Tomkins (1971). Il s'oppose à cette théorie puisque celle-ci néglige l'aspect contextuel dans l'évaluation de la CNV. Dans ses études, Fridlund a voulu démontrer que Darwin était limité dans sa façon d'analyser la CNV et que la thèse de l'universalité était basée sur des principes restreints, dirigés vers l'explication de la théorie de l'évolution. Il remet en question la thèse de l'universalité en s'appuyant sur des études menées en laboratoire avec des humains et sur des études sur le terrain démontrant que la CNV dépend aussi des contacts sociaux entre ceux qui émettent les messages et ceux qui les reçoivent. Pour Fridlund (1992), l'expression de la CNV n'est pas seulement reliée aux émotions, mais est plutôt le reflet d'un contexte social qui permet de montrer les intentions sociales des individus, ce qui implique prioritairement et nécessairement que la CNV a une fonction sociale. Selon lui, il est possible de croire qu'un sourire puisse exprimer de la gêne et non une émotion de joie comme le démontrent Ekman et Friesen (1978); tout dépend du contexte dans lequel l'individu se retrouve. Il ajoute que Darwin a proposé des mécanismes non adaptatifs en expliquant les raisons des mouvements expressifs et qu'il a négligé l'impact de l'aspect social sur la CNV. Selon Fridlund (1992), la CNV pourrait avoir évolué en tant que comportement qui serait utilisé pour faciliter l'interaction entre les membres d'une même espèce. L'auteur propose de relier davantage la CNV à l'aspect relationnel plutôt que de la relier aux trois principes fondamentaux émis par Darwin.

D'autres recherches majeures sur le même sujet sont réalisées par Russell (1994) qui revoit la théorie de l'universalité de la CNV de Darwin (1872) et d'Ekman et al. (1971) en réalisant une revue des études interculturelles sur le sujet. Il rapporte que la majorité des auteurs associent l'émotion et la CNV, mais que ces associations ne sont pas solidement démontrées et qu'elles varient selon la culture. Russell (1994) critique la revue de la documentation appuyant la thèse de l'universalité réalisée par Ekman et al. (1971) ainsi que les fondements méthodologiques utilisés pour démontrer cette même thèse. Par contre, il est d'accord sur le fait qu'il existe des

mouvements spécifiques aux muscles faciaux qui se produisent chez tous les humains, que certains patterns faciaux se manifestent pour les mêmes émotions et que les observateurs peuvent attribuer la même signification à des patterns faciaux dans toutes les situations. Il ajoute qu'il serait sans doute intéressant d'obtenir une information descriptive des différents types de CNV qui se produisent dans le quotidien. Bien que les muscles faciaux soient activés par des stimuli, les stimuli peuvent tous varier d'une culture à l'autre. Comme il a été mentionné par Russell (1994), on devrait se préoccuper davantage de la classification des réponses par l'observateur plutôt que de leurs productions. Pour reprendre l'idée de Russell (1994), nous ajouterons que lorsque les scientifiques étudieront dans le quotidien l'interprétation naturelle des individus de la CNV spontanée, une vue très différente pourra peut-être en émerger, et c'est ce que nous tenterons d'étudier dans cette présente recherche.

## 2.6- Le courant actuel

L'étude réalisée par Montepare (2003a, b) sur la CNV montre bien que le débat théorique sur les origines, les types, les fonctions et les conséquences de l'expression des comportements sur les autres se poursuit. Cette auteure explore l'évolution des théories sur l'origine de la CNV en présentant plusieurs études établissant principalement la fonction sociale de la CNV.

Depuis les années 1970, l'étude des comportements non verbaux s'est développée dans diverses sous-disciplines importantes de la psychologie selon plusieurs variétés d'approches et de perspectives. Les comportements non verbaux sont alors observés dans le domaine du marketing, de l'administration, du droit, de la santé, de l'éducation, dans différentes interactions sociales et dans les différentes cultures. Selon Feldman (1992), les chercheurs ont fait d'importantes percées théoriques dans la découverte des origines des comportements non verbaux et dans le fonctionnement et les conséquences de la CNV sur les comportements en général. Bien qu'il n'existe pas de théories unifiant les comportements non verbaux, certains théoriciens dans le domaine de la psychologie ont développé des approches théoriques à plus

petite échelle portant sur certains aspects sélectifs du comportement non verbal. On les retrouve dans les domaines de l'éthologie, de l'anthropologie, des communications et de la neurologie.

Ghiglione (1986) pour sa part, pose un regard critique sur l'interprétation de la CNV qui est selon lui trop souvent subjective. Il mentionne le manque de méthodologie théorisée et le peu de travaux sur les différents systèmes d'interprétation de la CNV qui rendent faible la valeur des études sur la CNV. Il ajoute que la CNV est un support à la communication verbale. Elle renforce le message exprimé verbalement.

Goffman (1969) exprime l'idée que la théorie sur la communication non verbale peut se révéler fructueuse si l'on parvient à démontrer comment les actions équivalent au message verbal dans l'interaction sociale. Les travaux de Goffman ont conduit la sociologie à s'intéresser à l'interaction sociale et proposent un ensemble d'idées, un éventail d'intuitions et de théories grâce auxquelles il est possible d'aborder une analyse détaillée de la CNV.

Le cadre théorique de Goffman sert de fondement à partir duquel les sciences comportementales peuvent préciser l'organisation sociale des conduites ordinaires et quotidiennes. Par exemple, discerner comment les mouvements corporels du locuteur peuvent simultanément réaliser plus qu'une seule action et se doubler d'une signification dans un contexte précis.

L'étude de la CNV a connu des avancements importants depuis les années 1970 et au cours de la dernière décennie. Les travaux ont porté principalement sur l'orientation théorique, et une partie des recherches concernait des théories relatives à des dimensions appliquées.

Les origines de la CNV semblent encore de nos jours susciter un débat qui éveille beaucoup d'intérêt chez les scientifiques. Les questions concernant la provenance des comportements non verbaux, leur utilité et leur impact sur les autres sont donc encore d'actualité et font référence à l'aspect émotif, à l'aspect social et à l'aspect physiologique de la CNV.

En résumé, Darwin (1872) et Ekman et al. (1971) proposaient une explication davantage centrée sur l'aspect physiologique et l'aspect psychologique de la CNV tandis que Fridlund (1992) et Russell (1994) s'attardent davantage à expliquer les raisons sociales. Il est donc possible d'identifier des origines physiologique, psychologique ou sociale à la CNV. Les différentes théories que nous venons de décrire sur la CNV nous reportent aux objectifs que nous nous sommes fixés, c'est-à-dire identifier les origines physiologique, psychologique et sociale lors de l'interprétation de la CNV des personnes âgées atteintes de DTA avancée. Sachant qu'il est possible de différencier ces différentes origines chez les individus, nous voulons maintenant comprendre comment les intervenants arrivent à les identifier chez les personnes âgées qui présentent de graves déficits cognitifs et connaître le processus d'interprétation utilisé afin de différencier ces trois origines. C'est ce que nous allons tenter de comprendre en explorant les différentes recherches dans ce domaine.

*Contexte empirique et expérimental*

Maintenant que nous avons pris connaissance des différentes origines de la CNV, nous analyserons dans un premier temps, les études qui ont identifié des indices indiquant l'origine des manifestations physiologiques, psychologiques ou sociales chez les personnes âgées atteintes de DTA avancée. Certains chercheurs ont travaillé uniquement sur les indices d'origine physiologique, ou d'origine psychologique ou d'origine sociale, d'autres ont regroupé les indices d'origine physiologique et psychologique, tandis que d'autres ont regroupé les indices d'origine psychologique et sociale. Ce sont ces études que nous présenterons en premier lieu. Dans un deuxième temps, nous aborderons le processus d'interprétation par les intervenants de la CNV de la personne âgée atteinte de DTA, c'est-à-dire que nous nous pencherons sur la façon dont les intervenants décodent la CNV, c'est-à-dire connaître le processus d'interprétation des intervenants.

### 3.1- Les origines de la CNV et démence de type Alzheimer avancée

Plusieurs chercheurs ont identifié les différentes origines de la CNV. On n'a qu'à se référer aux travaux réalisés sur la douleur chez des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs (Epps, 2001; Gabre et Sjoquist, 2002; Lane et al., 2003). Mais, peu d'entre eux expliquent comment distinguer la provenance ou l'origine de la CNV. Ainsi, comment déterminer avec certitude qu'une grimace est reliée à de la douleur plutôt qu'à de la colère? Certains auteurs (Hargrave, Maddock et Stone, 2002) évoquent l'importance de distinguer ces différentes origines afin d'améliorer la qualité de l'intervention en facilitant l'interprétation, mais ils ne s'attardent pas à démontrer comment faire cette distinction.

Darwin (1872) a été le premier à expliquer et à définir l'origine physiologique de la CNV en démontrant l'existence de signes physiologiques tels que la sueur, la moiteur des mains, la

couleur de la peau, les battements du cœur, la transformation de la couleur des cheveux avec le temps, la nervosité. Il avait décrit le *Pursing of the lips* chez une patiente atteinte de DTA (Voir Pilleri, 1966) en le considérant comme un phénomène moteur qui ressemble à la moue. Ekman et al. (1971), quant à eux, ont poursuivi ses travaux en voulant démontrer l'universalité des émotions de base par l'analyse du mouvement des muscles faciaux reliés à l'émotion. Mace (1989) a repris l'instrument de Ekman, le Facial Action Coding System (FACS), afin d'évaluer la CNV des personnes atteintes de la MA, sans valider si l'origine était bien émotive : elle pouvait provenir d'une douleur ou d'une réaction sociale conditionnée. D'autres auteurs, tels que Fridlund (1992) et Russel (1994), soutiennent que l'expression de la CNV est d'origine sociale et que le contexte l'influence considérablement. D'ailleurs, Feyereisen (1994) identifiait plusieurs indices sociaux, tels que le désir de contact visuel, le toucher, la distance, l'orientation du corps, la posture, les mouvements et les expressions faciales chez les personnes âgées atteintes de démence légère en faisant remarquer que ces signes différaient de ceux reflétant des émotions ou des réactions physiologiques et qu'il est difficile de les différencier. Il n'élabore pas sur les difficultés rencontrées avec les personnes âgées atteintes de la DTA avancée. De leur côté, Buss (1999) et Montepare (2003b) mentionnent les difficultés rencontrées dans l'identification de l'origine exacte de certains comportements chez les individus.

Qu'en est-il des études réalisées sur le sujet pour identifier l'origine de la CNV chez les individus atteints de DTA avancée? Peu d'études n'ont jusqu'à maintenant été menées sur le sujet et, selon Hargrave et al. (2002), il serait important de distinguer les différentes origines de la CNV afin d'améliorer la qualité de l'intervention avec cette clientèle. Selon ces auteurs, cette différenciation permettrait à l'intervenant de mieux adapter ses interventions.

Les études recensées évaluent différents phénomènes en liens avec l'évaluation de programmes d'activités, la qualité de vie ou la douleur en utilisant des indices soit physiologiques seulement (Asplund et al., 1991; Epps, 2001; Gabre et Sjoquist, 2002; Lane et al., 2003), soit physiologiques et psychologiques (Hurley et al., 1992), soit sociaux (Wagener et al., 1998), soit

psychologiques et sociaux (Duncan, 1993) ou psychologiques seulement (Albert et al., 1996; Bar et al., 2003; Lawton, 1994; Lawton et al., 1996 ; Mace, 1989; Magia, Cohen, Culver, Gomberg et Malatesta 1996; Re, 2003; Van Haitsma et Klapper, 1996).

Toutefois, aucune de ces recherches ne s'attarde spécifiquement à expliquer comment elles ont distingué la CNV provenant d'origine physiologique, psychologique et sociale chez les personnes âgées aux prises avec de graves déficits cognitifs et à justifier les raisons de leur association entre les indices et leurs origines respectives. Différents chercheurs qui ont élaboré des études reliées à la CNV chez cette clientèle se sont basés sur des études antérieures qui préconisaient l'utilisation d'un instrument de mesure nommé le *Facial Action Coding System* (FACS) dont la validité n'a pas été démontrée pour des personnes ayant des problèmes cognitifs graves. Par exemple, Mace (1989), qui a utilisé le FACS dans son étude, conclut inévitablement qu'un sourire observé chez le patient atteint de la DTA est relié à de la joie, une moue à de la tristesse. Malheureusement, à ce jour, il existe peu d'études qui auraient remis en question la validité de cet instrument pour une clientèle atteinte de déficits cognitifs graves.

Un autre phénomène à ne pas négliger lors du décodage de la CNV de la personne démente est ce que l'on appelle *le plongeon rétrograde*. Il est possible d'observer chez la personne âgée atteinte de DTA avancée des hallucinations pouvant entraîner des problèmes d'orientation temporelle. Par exemple, l'individu a l'impression de vivre à une autre période dans le temps, ce qui peut provoquer des pleurs, de l'anxiété, des rires, etc. Ce comportement n'a aucun lien avec la réalité. Les intervenants rapportent souvent ce phénomène et ils éprouvent de la difficulté à identifier ce qui cause le comportement observé. Il s'agit alors pour eux de tenir compte de ce phénomène en distinguant, par exemple, une douleur physique réelle du souvenir d'une douleur physique passée. Bref, l'intervenant est souvent démuni devant ce phénomène et ses interventions risquent alors d'être inadéquates. La CNV de la personne âgée atteinte de DTA avancée est donc difficile à décoder et il s'avère parfois laborieux de comprendre la personne âgée. Selon Grisé (1997), certaines observations réalisées aux unités prothétiques du CSSS

Champlain permettent de conclure que la distinction des différentes origines de la CNV est une façon de mieux identifier les besoins des résidents. Ainsi, les intervenants rapportent des observations et expliquent que chaque comportement a une signification unique et particulière pour chaque résident et que l'on ne peut généraliser l'interprétation d'une expression : un sourire n'est pas toujours un signe de satisfaction. Des intervenants mentionnent que l'expression de certains comportements est vraiment dépourvue de sens et que l'observation doit être constante et soutenue pour pouvoir déchiffrer la CNV qui diffère d'un résident à l'autre. Ceci supposerait que chaque résident possède son propre répertoire de CNV et qu'on doive alors le mémoriser.

Plusieurs études ont porté sur des indices d'origines diverses pour tenter de décoder les messages provenant de la CNV des personnes âgées atteintes de DTA sévère. Une brève synthèse de ces travaux fera maintenant ressortir la pertinence de considérer les sensations d'origine physiologique, psychologique ou le contexte social comme étant à la source de messages non-verbaux de la part de ces individus.

### 3.2- L'origine physiologique

Voyons maintenant les indices provenant d'une origine physiologique observés chez la personne âgée atteinte de DTA sévère. Asplund et al. (1991) ainsi que Hurley et al. (1992) ont identifié certains indices pour évaluer l'inconfort et le confort. Ils retiennent les battements du cœur, la respiration, la température et la couleur de la peau ainsi que l'expression faciale. La douleur est certainement un autre état essentiel à décoder chez cette clientèle. Elle se manifeste par différents indices physiologiques observables. Certains chercheurs (Epps, 2001; Gabre et Sjoquist, 2002; Lane et al., 2003) ont réalisé des études auprès de personnes âgées atteintes de DTA afin d'identifier des indices non verbaux de la douleur tels que l'expression faciale, la transpiration, la température du corps, l'agitation. Hurley et al. (1992) étudient également l'inconfort chez une clientèle similaire à partir des indices d'origine physiologique et psychologique, en élaborant une grille décrivant des manifestations précises dont la respiration, la voix, les expressions faciales de tristesse, de joie, de peur, le regard et la tension du corps qui

montrent un état détendu ou de nervosité lors des activités de la vie quotidienne. Dans cette étude, rien n'indique toutefois comment les indices retenus sont traités. Selon Epps (2001), il est difficile d'identifier des indices d'inconfort à partir de la douleur parce que plusieurs personnes âgées atteintes de DTA sévère ne manifestent aucun indice. Rien n'indique comment Hurley et al. (1992) ont contourné cette réalité.

L'analyse de ces recherches nous amène à conclure que le confort ou l'inconfort et la douleur peuvent être observés à partir de la CNV, mais ces observations demeurent problématiques pour les intervenants, car chaque état physiologique relevé n'est pas dissociable de l'état émotionnel et il est également possible que ces états puissent correspondre à des comportements sociaux.

### 3.3- L'origine psychologique

D'autres études sont orientées vers l'observation de l'expression des émotions (origine psychologique) pour évaluer différents états de la personne âgée atteinte de DTA avancée (Albert et al., 1996; Bar et al., 2003 ; Lawton, 1994; Lawton et al., 1996 ; Mace, 1989; Magia et al., 1996; Re, 2003). L'étude pilote réalisée par Mace (1989) auprès des personnes âgées atteintes de DTA avait comme objectif d'identifier leur niveau de satisfaction par rapport aux soins dispensés par les intervenants. La méthode de cette recherche consistait à filmer dix heures par jour les expressions faciales des individus et de les évaluer avec le FACS de Ekman et Friesen (1978). Cet instrument permet d'identifier des expressions faciales qui sont les indices de la joie, de la peur, de la colère, de la tristesse, du dégoût et de la surprise, à partir des différents mouvements faciaux enregistrés sur bande vidéo. Les résultats de l'étude confirment que la qualité des soins prodigués aux patients peut être améliorée si l'intervenant tient compte de l'état émotif de cette clientèle qu'il évalue à partir des expressions faciales. L'auteure conclut que le sourire est obligatoirement relié à une émotion de joie. Deux études qualitatives similaires à celle de Mace (1989) ont été réalisées par Re (2003) et Bar et al. (2003) afin d'identifier les émotions des résidents atteints de démence sévère. Encore une fois, le FACS fut l'instrument employé

pour observer les expressions faciales. En raison de la méthode utilisée dans ces deux études, on retrouve les mêmes lacunes que dans l'étude de Mace (1989), et les mêmes avantages aussi. Ainsi, Re (2003) a été en mesure d'établir que cette clientèle manifeste des patterns individuels et de constater des manifestations répétitives de l'expression faciale observable chez cette clientèle.

Dans un même ordre d'idées, Lawton et al. (1996) avaient comme objectif d'évaluer la qualité de vie des résidents en observant les émotions reliées aux affects positifs et aux affects négatifs des personnes âgées atteintes de DTA. Les sujets observés sont classés du stade 2 au stade 7 sur l'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982). L'échelle utilisée pour mesurer la CNV est la *Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale* de Lawton, Kleban, Rajagopal, Dean et Parmelee (1992) qui évalue le plaisir, l'intérêt, le contentement, la tristesse, l'ennui, l'anxiété, les mouvements du corps et la colère directement par les expressions faciales. Cette étude qualitative et quantitative confirme que les émotions peuvent être observées, que l'affect diffère d'un sujet à l'autre, que l'affect positif est moins fréquent que l'affect négatif, qu'il y a un affaiblissement de l'affect relié à la détérioration des fonctions cognitives et que les individus qui sont le plus engagés dans des activités sociales ont des comportements sociaux plus positifs. Toutefois, on constate que le degré d'expression des émotions est différent pour chaque sujet, indépendamment de son niveau d'atteinte. Les auteurs de cette étude concluent, entre autres, que si la personne n'a jamais été émotive, cette caractéristique individuelle sera constante pour toute sa vie, et ce, même si elle est atteinte de DTA. Ceci implique que les chercheurs doivent tenir compte de la personnalité de chacun. Cette étude démontre également qu'il est plus facile d'observer une émotion négative que d'observer une émotion positive chez cette clientèle. Les auteurs ne semblent pas avoir de difficulté à catégoriser la CNV des patients. Toutefois, les participants à cette étude ne sont pas uniquement des personnes âgées classées au stade 6 sur l'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982).

L'objectif de l'étude de Magia et al., réalisée en 1996, était aussi de vérifier, à partir des expressions faciales, si les sujets âgés, atteints de DTA, classés aux stades 5, 6 et 7 sur l'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982), étaient capables d'exprimer des émotions lors de visites de la famille. Les chercheurs étaient formés pour utiliser le *Maximally Discriminative Facial Movement Coding System* (Max) de Izard (1979), instrument de mesure qui permet de décoder les émotions à partir des mouvements des yeux et de la bouche. Les résultats de cette étude confirment que les émotions sont perceptibles à partir des expressions du visage, que la fréquence de l'expression des émotions diminue chez les personnes âgées atteintes de démence avancée et qu'il existe une relation entre l'expression de l'émotion et l'environnement. La méthode de l'étude n'indique pas non plus comment les chercheurs ont composé avec les hallucinations souvent rencontrées chez cette clientèle. Les résultats de cette étude laissent supposer que les expressions faciales véhiculent toutes des émotions.

Dans un même ordre d'idées, Albert et al. (1996) analysent l'affect exprimé par la CNV. Ils retiennent certains indices provenant des expressions faciales et du langage du corps de 130 personnes âgées atteintes de DTA sévère habitant à domicile et en centre gériatrique afin d'évaluer leur qualité de vie. L'objectif de cette recherche était donc de mesurer les indices de la qualité de vie à partir de l'évaluation des émotions des patients atteints de DTA en utilisant entre autre la CNV des sujets de l'étude. Deux instruments de mesure ont été utilisés pour mesurer la qualité de vie des sujets, soit le *Pleasant Events Schedule-AD* de Teri et Logsdon (1991) et le *Quality of Life in Alzheimer's disease (QOL)* de Lawton (1994). La méthode employée est quantitative et la recherche est longitudinale. Rien dans cette recherche ne réfère à la façon de distinguer des expressions d'origine physiologique ou sociale, chacune étant automatiquement reliée à une émotion.

Ces études s'inscrivent dans l'exploration des émotions des personnes atteintes de démence de type Alzheimer sans toutefois trop élaborer sur l'influence de la personnalité et de l'humeur sur la CNV. D'ailleurs, Malatesta, Izard, Culver et Nicolich (1987) montraient dans leur étude que la

personnalité et l'humeur des personnes âgées atteintes de la DTA influencent les expressions faciales. Les auteurs de plusieurs études dans le domaine utilisent le FACS pour évaluer les émotions sans expliquer les moyens utilisés afin d'exclure les indices provenant des autres origines.

### 3.4- L'origine sociale

Afin de nous aider à identifier les indices sociaux de la CNV chez la clientèle qui nous intéresse, nous avons retenu l'étude qualitative de Duncan (1993) qui présente des études de cas de dix personnes âgées atteintes de DTA classées à un stade avancé de la maladie. L'objectif de cette recherche était de vérifier, entre autres, si les thèmes abordés lors des entrevues provoquaient des réactions d'origine sociale ou psychologique. La méthode retenue consiste en des entrevues semi-structurées basées sur le questionnaire *Emotional Status Interview* (ESI) de Friesen (1972). Selon l'auteur, chaque individu développe un pattern émotionnel, chaque personne diffère dans ses capacités à se conformer au contexte social et développe différentes techniques pour moduler l'expression de chaque émotion pour être conforme aux normes. L'auteur conclut qu'il est possible, avec cette clientèle, d'identifier la joie, la tristesse, la peur, la colère et le dégoût. Toutefois, cette recherche comporte certaines limites. L'auteur ne précise pas quels sont les indices sociaux retenus, il a simplement observé des comportements et les a associés à des expériences du passé qui ont été rappelées lors des entrevues. Il est mentionné dans les résultats de cette étude que les problèmes d'aphasie rencontrés chez cette clientèle ont entraîné des difficultés lors des entrevues. Le chercheur a utilisé un questionnaire, ce qui semble inapproprié dans un contexte où les sujets sélectionnés montrent de graves problèmes de communication et de compréhension.

Certaines études se sont aussi intéressées à la CNV provenant d'origine sociale. Ainsi, Kovach et Magliocco (1998) explorent l'impact d'un programme thérapeutique sur les personnes âgées grabataires atteintes de DTA sévère. Ils concluent que l'interaction entre l'intervenant et la personne atteinte influence de façon importante la CNV de cette dernière. Les chercheurs ont

observé différents comportements indiquant, entre autres, l'impact positif de l'interaction entre la personne âgée et l'intervenant. Cette étude se veut exploratoire et descriptive. Selon les chercheurs de cette étude, établir un contact visuel avec les autres résidents et l'intervenant, faire des clins d'œil à l'intervenant, le suivre des yeux, le toucher, lui sourire et s'avancer vers lui sont des indices qui relèvent du domaine social. En conclusion, les auteurs mentionnent que les individus atteints de démence avancée peuvent participer aux différentes activités thérapeutiques et aux interactions et réagir aux divers stimuli provenant de ces échanges. De plus, les auteurs considèrent que les intervenants devraient être très sensibles aux indices provenant des messages non verbaux exprimés par le dément, de façon à anticiper ses besoins, ce qui augmenterait la participation de ce dernier. Cette étude établit donc un lien direct avec les réactions des sujets, la CNV et le contexte social et l'étroite relation avec l'intervention du personnel soignant. Cette étude s'attarde davantage à faire ressortir la CNV d'origine sociale reliée au besoin de communication et d'interaction des patients.

Des études de cas, réalisées par Wagener et al. (1998) auprès de cinq personnes âgées atteintes de DTA, avaient comme objectif d'explorer l'habileté des ces personnes à transmettre des messages non verbaux au cours de l'activité du repas, afin de faire comprendre leur satisfaction à l'intervenant. La méthode de cette recherche est qualitative : les patients ont été filmés lors du repas; leurs comportements positifs et négatifs ont été évalués durant cette période à partir de leurs expressions faciales. Le coefficient d'accord établi par une évaluation inter-juges lors du visionnement de la bande vidéo confirme qu'il est possible d'observer des indices déterminant la satisfaction du résident. Cette recherche se limite aux expressions faciales; le comportement du corps n'est pas évalué et aucune façon de distinguer des expressions pouvant provenir d'origine physiologique ou sociale n'est présentée.

L'influence du contexte a aussi été démontrée par Small, Perry et Lewis (2005) lors d'une expérience menée auprès d'aidants naturels et de leur conjoint atteint de la DTA. Les résultats de cette étude démontrent que la façon dont le conjoint exprime un message verbal à la personne

malade influence considérablement sa réaction. Selon ces chercheurs, il serait souhaitable d'enseigner aux aidants naturels l'utilisation d'un paralangage approprié pour interagir avec leur conjoint malade.

Les méthodologies des différentes études portant sur la CNV d'origine sociale abordent très peu l'impact du contexte sur l'expression de la CNV des patients. Les auteurs considèrent tout simplement les manifestations sociales sans présenter de méthode pour les distinguer. Pourtant, Fridlund (1992) et Russell (1994) montrent bien que dans certains cas, la CNV est un véhicule interactif qui est classé comme étant un comportement social et qu'il faut la distinguer des autres origines afin de valider son interprétation.

En résumé, nous avons pu constater dans les études répertoriées que les expressions faciales sont souvent utilisées pour décoder les émotions ainsi que les divers types de CNV. Les objectifs de l'utilisation de la CNV dans ces études sont aussi fort différents : évaluation du confort et de l'inconfort, de l'affect, évaluation de la qualité de vie et impact d'un programme d'activité thérapeutique. Toutefois, aucune étude ne valide ni ne distingue les différentes origines possibles de la CNV. Comment être certain que l'expression faciale est bien reliée à une émotion? Rien n'indique dans ces études que la CNV observée provient toujours des émotions. Les méthodes utilisées pour apprécier la CNV des sujets évalués sont pour la plupart qualitatives (Asplund et al., 1991; Duncan, 1993; Hurley et al., 1992; Wagener et al., 1998). Par contre, certains chercheurs (Kovach et Magliocco, 1998; Mace, 1989) choisissent une méthode à la fois qualitative et quantitative.

Le contexte est aussi un élément à considérer, et peu d'études ont tenu compte de ce facteur important lors de l'interprétation de la CNV. Il faut également prendre en compte que cette clientèle peut souffrir d'hallucinations; conséquemment, il est possible d'observer des comportements dépourvus de sens pour l'intervenant. Par contre, comme le mentionnent Bar et al., (2003), plus la personne âgée avance dans sa maladie, plus elle perd sa capacité de

s'exprimer verbalement. Mais le décodage de la CNV reste toujours possible, il s'agit d'interpréter celle-ci avec justesse. Il y a peu d'explications dans les études présentées concernant la manière de dissocier les différentes origines physiologique, psychologique et sociale. D'autre part, il aurait été intéressant d'obtenir davantage d'information sur le processus de dissociation de celles-ci et d'expliquer de façon plus approfondie en mentionnant de quelle manière on peut conclure avec certitude que la CNV évaluée provient d'une origine plutôt que d'une autre.

Dans la prochaine section, nous nous intéresserons aux difficultés d'interprétation par les intervenants de la CNV des personnes âgées atteintes de la DTA à un stade avancé.

### 3.5- Les processus reliés aux modalités d'interprétation de la CNV

Savoir interpréter ce que l'on perçoit est d'une grande importance lors des interactions avec les personnes âgées atteintes de DTA avancée et peu d'études ont été réalisées en ce sens auprès de cette clientèle. Selon Hargrave et al. (2002), décoder avec justesse la CNV de cette clientèle n'est pas facile, ceci demande un processus d'interprétation valide et fiable et il faut tenir compte de plusieurs facteurs. Pour eux, la CNV des intervenants est l'un des facteurs les plus importants, puisqu'elle influence celle de la personne âgée lors de l'interaction. Selon eux, il est difficile d'établir une relation si l'intervenant ne veut pas interagir.

En prenant connaissance de l'étude réalisée par Jansson, Norberg, Sandman, Athlin et Asplund (1992-93), il a été possible d'identifier à quel point il est difficile pour le personnel soignant d'interpréter la CNV des déments. Cette difficulté est reliée à l'incompréhension des comportements inappropriés des sujets atteints de DTA à un niveau sévère. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'interprétation par les intervenants des expressions faciales des patients en phase terminale au cours des activités de soins. Cette recherche est qualitative et descriptive. Quatre sujets ont été retenus pour l'étude : deux hommes et deux femmes classés au stade 7 sur l'Échelle de Reisberg et al. (1982) et alités en permanence. Pendant six semaines, les activités ont été observées par une infirmière, et les patients étaient filmés pendant six activités : les soins

du matin, la période de repos, l'écoute de musique, la période pour se bercer, le dîner et la lecture faite au patient. Une caméra était utilisée pour filmer l'activité en cours. Une description écrite de la CNV était réalisée; les sons et les quelques mots exprimés par les sujets étaient enregistrés. Les actions du soignant, le contexte et le contenu verbal exprimé étaient aussi enregistrés et notés. La validité de l'interprétation était basée sur les explications du soignant, qui s'exprimait lors de la visualisation des bandes vidéo. L'interprétation était basée sur trois critères : 1) l'action des expressions faciales, 2) les interventions et les paroles des intervenants et 3) les activités de soin en relation avec le contexte. Les résultats de l'étude démontrent que l'interprétation des expressions faciales obtenue à partir des notes des observateurs et des propos rapportés par les intervenants confirme qu'il est possible d'identifier et d'interpréter des expressions faciales. L'attitude de l'intervenant est aussi identifiée comme étant un stimulus provoquant des comportements non verbaux chez l'individu malade. Cette étude fait ressortir que les soins dispensés aux patients sont directement influencés par la perception qu'ont les intervenants des comportements du patient. De là toute l'importance de bien percevoir la CNV chez le malade afin d'améliorer la qualité de l'intervention. Les auteurs mentionnent qu'il est plus facile d'interpréter les expressions faciales des patients quand le personnel soignant connaît bien les résidents et qu'il est difficile d'interpréter la CNV à partir des enregistrements sur bandes vidéo. Les auteurs de cette recherche recommandent aux intervenants d'obtenir beaucoup de renseignements sur les résidents afin de mieux interpréter la CNV de ceux-ci. Cette étude démontre qu'il est possible de décoder la CNV même à un stade avancé de la maladie, par contre, le processus d'interprétation de la CNV qui y est rapporté est faible puisque l'on ne considère que la perception des expressions faciales, sans tenir compte des réactions corporelles (le langage du corps). De plus, on considère la perception de l'interaction et la perception du contexte sans les valider auprès des autres intervenants. Mais qu'en est-il de la CNV propre à l'individu, de la connaissance qu'a l'intervenant du résident? Peu d'importance y est accordée. Il aurait été intéressant de savoir comment l'intervenant en arrive à décider que la CNV observée est significative. Dans cette étude, seules les expressions faciales sont observées

comme indices de la CNV. Or, on sait que le paralangage est une source importante d'information et que les indices physiologiques, tels que la moiteur et la couleur de la peau (Epps, 2001) et la senteur que dégage l'individu, sont des indices qui pouvaient être observés et analysés chez cette clientèle. Les limites de cette recherche sont donc reliées au type de CNV retenue, soit les expressions faciales, ainsi qu'au manque d'investigation concernant la validité de l'interprétation. Le nombre d'observateurs limite aussi la validité des résultats, car on tient pour acquis que les arguments avancés par l'intervenant interrogé sont suffisants et complets.

Une autre étude a été réalisée en 1995 par Asplund et ses collègues dans laquelle ils comparaient deux méthodes d'évaluation de l'interprétation des émotions. La première méthode, dite naturelle, c'est-à-dire non structurée, consiste lors du visionnement des bandes vidéo, à observer et à interpréter des comportements chez la personne âgée atteinte de DTA sévère en notant les réactions émotives ressenties par les sujets et en tenant compte du contexte dans lequel se trouve la personne âgée. L'autre méthode consiste à utiliser le FACS qui identifie six émotions différentes. Les activités choisies et filmées étaient les soins du matin, la période de repos, l'écoute de musique, la période pour se bercer, le dîner et la lecture faite au patient. Les résultats indiquent que la méthode naturelle permet de noter une plus haute fréquence d'expressions faciales. Au total, 124 émotions ont été identifiées avec la méthode naturelle comparativement à 50 émotions perçues avec le FACS. Les signes particuliers retenus avec la méthode naturelle pour l'identification de la colère étaient les mouvements des sourcils; pour le dégoût, le plissement du nez et la réaction des lèvres; pour la joie, les commissures de la bouche surélevée, pour la tristesse, les commissures des lèvres dirigées vers le bas; pour la surprise, les sourcils et les paupières surélevés. Pour ce qui est du FACS, on demande à l'observateur de relier plusieurs mouvements propres à chaque émotion, par exemple pour identifier la tristesse, l'observateur devait identifier des mouvements de la bouche et le mouvement des yeux, ce qui rendait plus difficile l'identification de l'émotion puisqu'il y avait plusieurs éléments à considérer. Un coefficient d'accord de 48 % entre les résultats des deux méthodes a été obtenu. C'est

l'expression de joie qui obtient le meilleur consensus entre les deux méthodes, les observateurs étant d'accord à 98 % pour identifier de la joie chez un même sujet. Ces résultats s'expliquent par la facilité à reconnaître le sourire. La couleur de la peau observée n'a pas été interprétée, mais elle pouvait être notée comme étant rouge ou blanche dans différentes situations par la méthode naturelle. Les limites du FACS, identifiées par les chercheurs de cette étude, sont l'influence de la culture, la réduction des signes propres à chaque émotion et le manque de clarté des signes dans les expressions faciales de cette clientèle atteinte sévèrement, ce qui n'est pas rapporté avec la méthode naturelle. Finalement, on peut reprocher à cette recherche de ne pas examiner en profondeur le processus d'interprétation. Le coefficient d'accord entre les deux méthodes est le seul critère établissant la validité du processus d'interprétation de la CNV observée. Les auteurs recommandent de considérer le fait que certains intervenants perçoivent la CNV des résidents alors que d'autres en sont incapables, ce qui influence les résultats. En conclusion, malgré de meilleurs résultats obtenus par la méthode dite naturelle comparativement aux résultats obtenus par la méthode du FACS, aucune modalité d'interprétation n'est établie pour la méthode dite naturelle. Comment peut-on être certains de l'interprétation des émotions chez cette clientèle?

Selon Grisé (1997), les intervenants ne sont pas toujours sensibilisés aux différentes significations de la CNV de cette clientèle. Un intervenant peut tenir pour acquis qu'un sourire exprime une émotion de joie, mais un sourire peut également annoncer de la gêne ou être une habitude sociale. Pilleri (1966) donne un bel exemple de la difficulté à établir l'origine de la CNV en expliquant que le mouvement stéréotypé de la bouche que l'on retrouve chez les personnes atteintes de DTA est un phénomène moteur obéissant à un modèle générique qui n'a aucun rapport avec la recherche de nourriture. Pour leur part, Malatesta, Fiore et Messina (1987) font remarquer qu'il est possible que des signes apparents de colère ne soient pas reliés à une émotion chez cette clientèle. Certaines expressions de la CNV peuvent provenir de la personnalité de l'individu : ainsi, une personne âgée peut présenter une expression faciale qui

n'est pas reliée à un état émotif, mais plutôt à une habitude comportementale tirant son origine de sa personnalité. Il est aussi possible qu'une grimace soit provoquée par la douleur et non pas par la colère (Epps, 2001). Devant cette diversité des causes pouvant provoquer une même expression faciale, il est important de bien interpréter la signification de cette CNV pour chaque individu.

En résumé, comme nous pouvons le constater au Tableau 1, les différentes recherches se sont concentrées principalement sur les indices qui définissent l'inconfort, les besoins, les affects positifs et les effets négatifs, la capacité à exprimer des émotions, la qualité de vie, l'effet de programmes thérapeutiques à partir de l'expression de la CNV de la personne âgée ou sur la signification de la CNV. Comme nous l'avons constaté, aucune étude ne s'attarde à développer en profondeur un processus d'interprétation de la CNV d'une clientèle atteinte de DTA sévère. D'une part, Jansson et al. (1992-93) font ressortir qu'il est important d'obtenir le plus d'information possible sur le résident afin de mieux interpréter sa CNV et d'autre part, Asplund et al. (1995) mentionnent que l'interprétation de la CNV est plus juste quand l'intervenant en tient compte au moment précis où il perçoit un comportement, et non après le visionnement d'une bande vidéo permettant d'observer la CNV. Selon eux, identifier un comportement en contexte lui donne tout son sens.

Cette synthèse de la documentation sur le sujet résume les principales études qui identifient et interprètent certains indices d'origine physiologique, psychologique et sociale dans la CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée à un stade avancé. La plupart des études qui traitent du sujet ont utilisé une méthode qualitative, tandis que certaines combinent la méthode qualitative et la méthode quantitative. Il est étonnant de constater le peu d'études qui examinent le processus d'interprétation utilisé par les intervenants. Depuis les dernières années, les chercheurs dans le domaine de la CNV s'attardent davantage à élucider comment la personne âgée décode la CNV des intervenants (Bucks et Radford, 2004; Hargrave, et al., 2002; Shimokawa et al., 2001; Thompson, Aidinejad et Ponte, 2001).

Tableau 1  
*CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 de l'échelle globale de Reisberg et al. (1982)*

Auteurs	Études	Résultats
Origine physiologique		
Asplund et al. (1991)	Facial expressions in severely demented patients – A - Stimulus – Response study of four patients with dementia of the Alzheimer type	Le confort et l'inconfort sont observables à partir des expressions faciales
Epps (2001)	Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia	Il est possible de reconnaître la douleur à partir de la CNV.
Lane et al. (2003)	A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias	Plusieurs échelles sont identifiées pour évaluer la douleur.
Gabre et Sjoquist (2002)	Experience and assessment of pain in individuals cognitive impairments	Les problèmes neurologiques causés par la démence auraient une influence sur l'expression de la douleur; l'interprétation de la douleur par les intervenants est difficile.
Hurley et al. (1992)	Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients	L'inconfort est évalué par la CNV.
Origine psychologique		
Albert et al. (1996)	Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies	L'évaluation la qualité de vie à domicile et en institution est possible en décodant la CNV.
Bar et al. (2003)	Situation of emotional significance in residents suffering from dementia	Les six émotions sont identifiées à partir du FACS.
Lawton et al. (1994)	Quality of live in Alzheimer disease	L'évaluation de la qualité de vie est possible à partir de l'évaluation de la CNV.

Tableau 1  
*Études portant sur la CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 de l'échelle globale de Reisberg et al. (1982) (suite a)*

Auteurs	Études	Résultats
Origine psychologique		
Lawton et al. (1996)	Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease	La qualité de la vie peut être évaluée par des émotions positives et négatives exprimées par la CNV.
Mace (1989)	A new method for studying the patient's experience of care	Le FACS peut être utilisé pour évaluer la satisfaction.
Magia et al. (1996)	Emotional expression during mid-to-late-stage dementia	On retient les mouvements des yeux et de la bouche. Une corrélation existe entre l'expression et l'environnement dans lequel se trouve le malade.
Re, (2003)	Facial expression in severe dementia	Les six émotions sont identifiées à partir du FACS.
Origine sociale		
Duncan (1993)	Emotional and social behavior in severely impaired Alzheimer's subjects. A presentation of ten case studies Feeding of patients with Alzheimer's disease	Il est possible pour le malade atteint de la DTA avancée d'exprimer des comportements sociaux et des émotions lors d'interactions. L'impact de l'interaction entre patient et intervenant influence positivement ou négativement le repas.
Kovack et Magliocco (1998)	Late-stage dementia and participation in therapeutic activity	L'interaction influence grandement la participation des résidents. Ici la CNV est directement reliée au contexte.

Tableau 1  
*Études portant sur la CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 de l'échelle globale de Reisberg et al. (1982) (suite b)*

Auteurs	Études	Résultats
<b>Origine sociale</b>		
Wagener et al. (1998)	Feeding of patients with Alzheimer's disease	L'impact de l'interaction entre patient et intervenant influence positivement ou négativement le repas.
Small et al. (2005)	Perceptions of family caregiver's psychosocial behavior when communicating with spouses who have Alzheimer's disease	Il est possible de percevoir une interaction entre la famille et le patient atteint de la DTA.
<b>Interprétation de la CNV</b>		
Jansson et al. (1992-93)	Interpreting facial expressions in patients in terminal stage of the Alzheimer disease	Le décodage de la CNV était une interprétation intuitive de l'intervenant. L'intervenant qui connaissait davantage les patients observés avait plus de facilité à interpréter la CNV de ceux-ci.
Asplund et al. (1995)	Facial expressions of patients with dementia: A comparison of two methods of interpretation	La méthode naturelle a permis d'identifier davantage d'émotion que le FACS qui demande l'identification de plusieurs muscles faciaux propres à l'émotion.

Comme le mentionnent Hargrave et ses collaborateurs (2002), plus la maladie avance, plus il est difficile pour la personne âgée de décoder les différents signes provenant de la CNV des autres, ce qui influence négativement les interactions. Dans un même ordre d'idées, Ogrocki, Hills et Strauss (2000) tentent de décoder la signification des mouvements des yeux pour établir si la personne âgée atteinte de DTA est capable de reconnaître des émotions lors de

visionnement d'images. Keane, Calder, Hodges et Young (2002) étudient la capacité de cette clientèle à décoder le paralangage souvent utilisé par les intervenants lors des interactions. Toutes ces recherches des dernières années portent donc sur la capacité de la personne âgée atteinte DTA à reconnaître la CNV des autres (Hargrave et al., 2002; Keane et al., 2002; Shimokawa et al. 2001; Thompson et al., 2001) et peu d'études récentes ont tenté de comprendre comment les intervenants interprètent la CNV des personnes âgées atteintes de cette maladie. Une recension de la documentation récente démontre donc que les recherches actuelles ont pour objet d'étudier la capacité que possède la personne âgée à reconnaître la CNV de l'intervenant, alors que peu d'attention est portée à la façon dont les intervenants arrivent à interpréter la CNV des personnes atteintes de la maladie à un stade avancé.

Ainsi, pour pallier ce manque, notre étude permettra de prendre connaissance des moyens utilisés par l'intervenant pour décoder les différents messages de CNV chez les personnes âgées atteintes de DTA avancée dans un contexte naturel, afin de comprendre plus précisément le processus d'interprétation de cette CNV. Cette étude se veut exploratoire, descriptive et interprétative.

La pertinence de notre recherche est reliée à l'avancement des connaissances sur la CNV des personnes âgées atteintes de DTA avancée, en précisant l'impact que peut avoir l'interprétation de la CNV sur la relation d'aide lors d'une activité de la vie quotidienne auprès de cette clientèle. Les résultats de cette étude pourront sans doute aider l'intervenant à améliorer la qualité de son interaction et sa compréhension de la CNV de la personne âgée atteinte de DTA à un stade avancé. Ils pourront apporter aussi un éclairage nouveau sur le processus d'interprétation en distinguant plus précisément la CNV selon son origine physiologique, psychologique ou sociale afin d'offrir aux intervenants un moyen plus efficace pour interpréter cette communication lors de leurs interventions.

En conclusion, il est nécessaire de poursuivre la recherche dans ce domaine afin de mieux comprendre comment interpréter les différents indices propres à la CNV de cette clientèle. Pour y arriver, nous avons choisi une méthode de recherche qui nous permet d'évaluer les différentes origines et d'identifier le processus d'interprétation de la CNV en tenant compte des limites méthodologiques recensées dans cette critique de la documentation. C'est pourquoi nous aurons recours à l'analyse de contenu de L'Écuyer (1987), ce qui nous permettra d'aller en profondeur, de puiser davantage à partir des propos des intervenants lors des entrevues réalisées avec ceux-ci. Un canevas d'entrevue sera développé pour mieux comprendre comment les intervenants en arrivent à distinguer les messages d'origine physiologique, psychologique et sociale dans la CNV de personnes démentes de stade avancé et décrire leur processus d'interprétation de cette CNV.

La définition de chacun des termes que nous retiendrons ici provient du cadre conceptuel de la communication non verbale de la personne âgée atteinte de DTA avancée que nous venons de vous présenter ou de dictionnaires spécialisés en psychologie. Les termes employés sont regroupés à l'Appendice A pour que le lecteur puisse s'y référer afin de connaître leur signification dans le contexte de la présente étude.

### 3.6- Les objectifs spécifiques de la recherche

- 1- Identifier les indices physiologiques, psychologiques et sociaux manifestés dans la CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 de l'Échelle globale de Reisberg et al. (1982) tels que perçus par l'intervenant lors d'une activité de la vie quotidienne (le repas).
- 2- Connaître le processus d'interprétation utilisé par l'intervenant pour décoder la CNV de la personne âgée observée.

*Méthode*

Ce chapitre est consacré à la méthodologie employée pour identifier les indices et les modalités d'interprétation de la CNV retenues par les intervenants. Nous décrivons plus spécifiquement la perspective de recherche retenue, la méthode de la collecte de données, les critères de sélections des sujets et du milieu sélectionné, les considérations éthiques et le déroulement de l'expérimentation. Seront ensuite présentés les modalités de la collecte et du traitement des données, les réserves méthodologiques et les critères de scientificité.

#### 4.1- Perspective de recherche

Considérant les études antérieures portant sur le sujet et les objectifs de cette recherche, notre choix méthodologique se veut qualitatif. Cette recherche s'inscrit dans le domaine de la psychologie et les objectifs de connaissance sont exploratoires, descriptifs et interprétatifs, de façon à mieux cerner les indices et la démarche aidant les intervenants à interpréter la CNV des personnes âgées atteintes de DTA grave lors d'une activité de la vie quotidienne. Une recherche qualitative, de nature exploratoire, permet de rendre compte des représentations et des interprétations des acteurs sociaux, telles qu'elles sont vécues dans le quotidien. Grâce à différents moyens utilisés, tels que l'observation participante, les entretiens, le journal de bord et l'analyse de contenu, cette recherche qualitative permet tout particulièrement d'étudier en profondeur la complexité de certains événements signifiants.

Cette approche permet d'aller en profondeur, c'est-à-dire de comprendre comment et pourquoi l'intervenant retient et interprète certains indices provenant de la CNV de son patient. À l'aide d'un canevas d'entrevue, utilisé comme guide, il devrait être possible d'identifier comment l'intervenant décode les messages non verbaux et l'interprétation qu'il fait de certains indices. La méthode qualitative concerne prioritairement l'observation des phénomènes en milieu naturel (Deslauriers, 1991). Il ne s'agit pas ici de généraliser les résultats obtenus, mais d'identifier les éléments à contenus physiologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à l'interprétation par les intervenants de la CNV de cette clientèle. Ce type d'étude a recours à une méthode

d'analyse souple et davantage inductive, puisqu'elle s'inspire de l'expérience du sujet. Elle se concentre sur l'analyse du sens que les individus donnent à l'action dans leur vie et sur la construction de la réalité sociale (Deslauriers, 1991). L'analyse de contenu de L'Écuyer (1990) est la méthode retenue pour interpréter les données obtenues. Cette méthode permettra de traiter les informations de façon structurée et d'optimiser l'interprétation du matériel provenant des entrevues réalisées avec les intervenants. Elle révélera la signification des comportements des sujets âgés tels qu'ils sont interprétés par les intervenants lors du déroulement d'activités quotidiennes. Le procédé consiste à étudier les perceptions des intervenants et à déterminer les caractéristiques de leur interprétation en recueillant les données sur les situations qui se développent spontanément dans un milieu naturel.

Les devis des études consultées ne permettent pas de répondre aux objectifs de notre recherche. Une approche plus inductive à partir d'analyse de contenu est nécessaire afin de mieux comprendre les manifestations et l'interprétation de la CNV par les intervenants. La recherche de sens fait en sorte que nous aurons recours à une approche narrative et descriptive afin de comprendre le processus d'interprétation par l'analyse de leur discours. La nécessité d'approfondir le sujet dans ses détails les plus fins nous permettra de comprendre l'objet de la recherche. Cette posture épistémologique est une façon de comprendre et de rendre compte de la réalité. Ainsi, le recours à une approche qualitative et interprétative met en valeur l'intentionnalité, la subjectivité et l'action de l'objet de recherche étudié, ce qui oriente tout naturellement nos choix méthodologiques. La méthode qualitative a été retenue parce qu'elle a maintes fois été utilisée pour décrire une situation sociale circonscrite (recherche descriptive), ou pour explorer certaines questions (recherche exploratoire) que peuvent difficilement aborder les chercheurs qui font appel à des méthodes quantitatives. Une recherche descriptive permettra de comprendre, par l'étude des détails, le comment et le pourquoi des phénomènes observés; elle fournira de l'information contextuelle qui pourra servir de base à des recherches explicatives plus poussées.

#### 4.2- Méthodes de collecte de données

Deux outils sont utilisés pour recueillir les données de cette recherche : l'entrevue semi-dirigée qui requiert un canevas d'entrevue et un journal de bord qui sert à consigner de l'information pendant toute la durée de l'expérimentation. Ces outils sont utilisés pour leur complémentarité, car les notes et observations apportées au journal de bord permettent de situer les propos recueillis durant l'entrevue, c'est-à-dire avant et pendant la rétroaction vidéo. Voici une description des différents moyens utilisés pour recueillir les données.

##### 4.2.1- L'entrevue semi-dirigée

Le terme *entrevue désigne* une situation de communication interpersonnelle particulière où deux individus interagissent, surtout en échangeant questions et réponses, dans le but d'atteindre des objectifs précis. En certaines circonstances, les deux individus peuvent formuler des questions et des réponses, mais c'est le plus souvent la personne chargée de réaliser l'entrevue qui pose des questions alors que l'autre y répond. Toute entrevue se veut un moyen d'atteindre des objectifs particuliers qui structurent le contenu et l'organisation de la communication. Un chercheur doit donc choisir la structure d'entrevue la mieux adaptée à l'objectif qui est visé (Devito, 1993).

Pour cette recherche, l'entrevue semi-dirigée est retenue comme instrument de collecte de données. Il s'agit d'établir à l'avance les thèmes à aborder et de se laisser guider par l'interaction en cours pour formuler des questions pertinentes. Cette procédure est choisie parce qu'elle permet de s'adapter à la situation et d'approfondir une thématique spécifique abordée avec l'intervenant et que la personne interrogée est la plus apte à expliquer ses pensées et ses sentiments. Par conséquent, le rôle de la chercheuse est de s'appliquer à écouter son interlocuteur le mieux possible, à le motiver pour qu'il s'exprime et à veiller à accorder aux éléments du discours la même importance que le sujet leur accorde. La chercheuse est donc intéressée et disposée à entendre tout ce que son interlocuteur peut dire sur les thèmes abordés. Ainsi, quand la chercheuse aborde un thème, elle laisse l'intervenant exprimer sa pensée, pour

ensuite lui poser des questions pour l'amener à élaborer davantage sur le thème à approfondir. Par contre, si le sujet s'éloigne du thème, il s'agit de le ramener en lui posant des questions de façon à recentrer la discussion sur le thème.

Les entrevues semi-dirigées de cette recherche amènent les intervenants à dévoiler le sens qu'ils donnent aux indices lors du décodage de la CNV. Ce type d'entrevue permet d'accéder au décodage et, de ce fait, à l'interprétation que fait l'intervenant de la CNV par la suite. Ceci sert à explorer le phénomène étudié afin d'identifier les schèmes de référence des sujets. Un canevas d'entrevue est utilisé pour faciliter l'entrevue et cibler les sujets de discussion. L'entrevue semi-dirigée suit immédiatement chacune des activités de repas filmées et comprend deux parties; l'une avant le visionnement de la bande vidéo et l'autre pendant. La première partie est consacrée à des questions reliées aux thèmes établis (voir Appendice B), la seconde porte sur le contenu du vidéo et sert à approfondir les thèmes abordés dans la première partie, les questions sont alors posées durant la rétroaction vidéo.

Le premier thème de discussion porte sur l'origine des manifestations de la CNV et le deuxième thème porte sur le processus d'interprétation de la CNV. Les thèmes sont reliés aux objectifs de cette recherche qui sont de définir quelles sont les manifestations (indices) de la CNV de la personne âgée lors du repas et d'identifier le processus d'interprétation des intervenants de la CNV des personnes âgées. Chaque thème est traité afin d'identifier l'importance et la place que prend la CNV, lors des activités de la vie quotidienne, chez des personnes âgées atteintes de DTA classées au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982). Le canevas d'entrevue est construit autour de deux thèmes qui sont explorés et approfondis avant et pendant le visionnement de la bande vidéo (rétroaction vidéo).

Afin de valider les données recueillies auprès des intervenants lors de l'entrevue et de permettre l'étude en profondeur de chaque thème, la chercheuse peut, à partir des réponses obtenues, modifier ses questions, reformuler les réponses en question, encourager l'intervenant

à développer davantage, demander des précisions et exploiter les moments de silence. Par ces techniques, on vise à établir l'authenticité des énoncés et éviter les distorsions. Les données sont donc davantage compatibles, plausibles et consistantes.

Un tel canevas d'entrevue n'a pas besoin d'être standardisé puisque les questions ne sont pas toutes définies à l'avance. Elles sont davantage conçues sous l'angle d'un plan général où les thématiques à l'étude sont identifiées. Les questions varient donc et sont adaptées aux réponses et énoncés de l'intervenant lors de l'entrevue. En outre, une spécialiste en méthode qualitative a examiné le canevas d'entrevue de cette recherche afin de valider la pertinence des thématiques sélectionnés. Les critères retenus pour l'approbation du canevas d'entrevue sont basés sur le choix des thèmes et la clarté des questions. Le canevas d'entrevue a été également soumis aux intervenants participants pour leur permettre de l'étudier avant l'entrevue dans le but de s'assurer d'une meilleure compréhension des thèmes et des questions.

#### 4.2.2- La rétroaction vidéo

L'activité du repas est enregistrée sur bande vidéo. Pour procéder à une rétroaction, l'enregistrement est présenté à l'intervenant afin qu'il puisse commenter l'activité. Ce dernier peut arrêter à sa guise le déroulement de la bande vidéo pour avoir le temps de commenter ce qu'il observe. Les séances de rétroaction vidéo s'avèrent un moyen déterminant pour la collecte des données parce que les enregistrements permettent de noter les manifestations non verbales, ce qui facilite le repérage et l'attribution de certains éléments importants pour l'interprétation. La rétroaction vidéo s'avère une technique pertinente, car elle permet au participant d'exprimer à haute voix ses réflexions sur l'interaction. Elle lui permet aussi de contextualiser ses interventions et d'analyser sa pratique (Baribeau, 1996). L'intervenant est donc appelé à interpréter sa perception lors de la rétroaction vidéo, il doit se référer à ce qu'il a vécu avec le résident, afin d'expliquer ce qu'il perçoit lors de l'entrevue. Cette étape nécessitait de considérer le contexte dans lequel il se trouvait avec le résident afin de rendre avec objectivité l'observation de la CNV du résident lors du visionnement de la bande vidéo. Il doit alors contextualiser son interprétation.

#### 4.2.3- Le journal de bord

Le journal de bord est un instrument d'observation qui consiste à décrire une situation précise, une activité ou un temps libre auxquels la personne observée a participé. C'est en quelque sorte un rapport d'activités. On le rédige après l'événement que l'on désire décrire ou en situation d'observation. Le journal de bord se présente dans une version structurée ou non structurée. Dans une forme structurée du journal de bord, l'observateur doit tenir compte de consignes qui comprennent des éléments de temps (quand s'est déroulée l'action), de durée (pendant combien de temps), d'espace (à quel endroit) et d'autres consignes qu'il doit respecter lors de la rédaction (personnes impliquées, début de la situation, son déroulement, sa fin). L'observateur peut également rapporter son ressenti lors du déroulement de l'expérimentation. Nous retenons la forme non structurée, l'observateur n'a pas à suivre de consigne précise. Il est libre d'indiquer ce qu'il estime pertinent d'y inscrire. De plus, le journal de bord sert à consigner des notes méthodologiques et théoriques (Deslauriers, 1991).

Dans la présente recherche, l'utilisation d'un journal de bord permet de noter et de conserver les impressions personnelles de la chercheuse qui observe la CNV de la personne âgée. Ce journal de bord retient des notes descriptives du lieu, des participants, des événements. On y retrouve les pensées, les sentiments, les impressions de la chercheuse elle-même. Les notes de ce journal de bord s'apparentent à un compte rendu. Le journal de bord sert donc avant tout à recueillir les observations de terrain ainsi qu'à noter le ressenti de la chercheuse. Elle l'utilise également pour apporter les ajustements nécessaires au processus et pour consigner sa propre évaluation de la CNV de la personne âgée. Il est aussi employé pour noter les observations concernant les comportements non verbaux de la personne âgée ainsi que les actions de l'intervenant en relation avec ces comportements non verbaux lors de l'activité du repas. Il s'agit de rendre compte de sa propre interprétation de la manière la plus authentique possible. Des commentaires, des impressions et des propos sont aussi ajoutés si nécessaire par la chercheuse qui possède une formation en CNV validée par le Dr. Ekman de l'Université de Californie<sup>2</sup>. Il s'agit d'une formation concernant l'utilisation du FACS. Ce journal de bord permet de décrire le

---

2. Le FACS détermine 66 mouvements faciaux identifiant l'expression de six émotions (la joie, la tristesse, la surprise, le dégoût, la colère et la peur). Cette formation demande 500 heures d'apprentissage et un test d'interprétation des différentes expressions faciales à partir du visionnement d'une bande vidéo est évalué par le Dr. Paul Ekman de l'Université de Californie. La note de passage est de 75%.

contexte et de replacer les observations en contexte. (Les données du journal de bord sont présentées en Appendice C).

#### 4.3- Choix des sujets

La sélection des participants de cette recherche est de nature intentionnelle. Il s'agit de choisir des cas typiques qui fournissent des renseignements jugés représentatifs de l'ensemble.

##### 4.3.1- La population cible

La population cible est constituée d'intervenants, spécialisés auprès de personnes âgées atteintes de DTA grave, qui représentent l'ensemble des intervenants spécialisés oeuvrant auprès de cette clientèle. Il s'agit d'intervenants qui travaillent dans une unité prothétique, intégrée dans un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

##### 4.3.2- L'échantillon

Quatre intervenants ont été sélectionnés. Ils oeuvrent auprès de personnes atteintes de DTA classées au stade 6/7 sur l'Échelle de détérioration globale de Reisberg et al. (1982) depuis au moins un an, sont tous détenteur d'une formation de préposé aux bénéficiaires et deux d'entre eux ont réussi des études collégiales. Ces intervenants reçoivent régulièrement de la formation à l'interne sur différents sujets en liens avec la clientèle de l'unité prothétique.

##### 4.3.3- Les profils recherchés pour les participants intervenants

Les critères d'inclusion et les critères d'exclusion retenus pour sélectionner les intervenants sont les suivants. Critères d'inclusion :

- 1) désire participer à l'expérimentation;
- 2) détient un emploi régulier à temps plein;
- 3) démontre de bonnes aptitudes à communiquer;

- 4) maîtrise les bases de la CNV (ce critère est évalué par l'infirmière-chef responsable de l'unité prothétique qui identifie des intervenants intéressés par cette clientèle et qui portent attention à la CNV des patients);
- 5) présente une bonne réputation comme intervenant ;
- 6) possède un minimum d'un an d'expérience auprès de ce type de clientèle;
- 7) s'exprime en français.

Critères d'exclusion :

- 1) est intimidé par la caméra;
- 2) semble stressé lorsque l'activité est filmée (l'aide au repas);
- 3) démontre une mauvaise relation avec le sujet âgé, comme un manque d'affinité ou une incompatibilité de caractère;
- 4) manifeste un manque de transparence ou une peur d'exprimer ses opinions.

Pour sélectionner les intervenants, la chercheure et l'infirmière-chef de l'unité prothétique identifient les sujets répondants aux critères de sélection.

#### 4.3.4- Les profils recherchés chez les personnes âgées participantes

Quatre personnes âgées aphasiques et d'autonomie restreinte, atteintes de la DTA avancée, deux hommes âgés de 62 et 75 ans et deux femmes âgées de 70 et 78 ans sont retenus. Nécessitant de l'aide pour leurs déplacements, certains présentent des troubles de comportements et éprouvent de la difficulté à s'exprimer verbalement. Les critères d'inclusion et les critères d'exclusion retenus pour sélectionner les personnes âgées sont les suivants.

Critères d'inclusion :

- 1) être âgé de 60 ans et plus; présenter le profil typique d'un malade atteint de la DTA classée au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982)
- 2) s'exprimer en français;
- 3) être habituellement alimenté par l'un des intervenants choisis pour l'expérimentation.

Critères d'exclusion

- 1) ne doit pas être atteint de la maladie de Parkinson parce que cette maladie inhibe les expressions faciales;
- 2) ne doit pas être nourri par gavage, ce qui peut nuire à la visibilité des expressions faciales lors de la rétroaction vidéo;
- 3) ne pas être aux prises avec des problèmes de dysphagie.

4.3.5- La sélection de l'activité de la vie quotidienne

Pour cette étude, nous devons choisir une activité de la vie quotidienne au cours de laquelle nous allons analyser la façon dont les intervenants décodent la CNV des personnes âgées atteintes de DTA. Cette activité devait pouvoir être filmée par l'observatrice chercheuse. De plus, les quatre intervenants retenus devaient y participer régulièrement afin que nous puissions observer leurs interactions avec les personnes âgées. Pour toutes les raisons suivantes, l'activité du repas du midi a été préférée aux autres activités de la vie quotidienne :

- 1) elle ne pose pas de problème au niveau éthique;
- 2) on évite les comportements reliés au syndrome crépusculaire;
- 3) il est facile de filmer les résidents lors du dîner (accessibilité);
- 4) cette activité a lieu fréquemment;
- 5) il est plus facile d'obtenir le consentement des familles pour cette activité;
- 6) cette activité favorise l'émission d'indices de CNV;

- 7) elle respecte l'intimité des personnes âgées, contrairement à l'activité du bain ou de l'habillement.

#### 4.4- Description des intervenants sélectionnés

La chercheuse prend connaissance des caractéristiques des intervenants potentiels et établit avec l'infirmière-chef la liste des intervenants les plus susceptibles de répondre aux critères de sélection retenus. Quatre intervenants âgés de 30 à 40 ans sont sélectionnés, soit deux sujets féminins et deux sujets masculins. Chacun d'eux répond aux critères de sélection exigés par l'étude, c'est-à-dire qu'il désire participer à l'étude en cours, compte plus d'un an d'expérience comme préposé, démontre de bonnes aptitudes à communiquer, maîtrise les bases de la CNV, présente de bonnes références comme professionnel, possède suffisamment d'expérience auprès de cette clientèle et s'exprime en français.

#### 4.5- Description du milieu d'accueil choisi

Le Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) Biermans-Triest a été sélectionné comme environnement de recherche. Ce CHSLD abrite une population âgée dont environ 20 % est atteinte de la MA. Afin de répondre aux besoins de cette clientèle, le CHSLD a implanté une unité prothétique. Il s'agit d'un milieu adapté à une clientèle qui présente des déficits cognitifs de modérés à sévères et qui manifeste un ou des comportements perturbateurs. Ce milieu de vie se caractérise par une approche axée sur l'autonomie globale et par l'aménagement thérapeutique de l'environnement afin d'assurer le mieux-être et l'épanouissement de cette clientèle. Le séjour au programme prothétique est temporaire et est déterminé par l'état de santé de l'individu. Lorsque les objectifs du programme ne répondent plus aux besoins de la personne âgée, une autre orientation lui est offerte. Par exemple, lorsque le résident devient grabataire, il est transféré dans une autre unité de vie. La clientèle admissible au programme prothétique doit avoir reçu un diagnostic de démence irréversible, soit une DTA, soit une démence résultant de multiples infarctus ou une démence mixte. La personne âgée doit donc

souffrir de déficits cognitifs de modérés à sévères et manifester des comportements d'errance, de fouille et de fugue.

#### 4.6- Démarches entreprises pour obtenir l'accord du milieu

Certaines démarches sont entreprises pour obtenir l'accord des participants et du milieu. Différentes considérations éthiques concernant cette recherche sont aussi établies avec le milieu et les participants à cette étude.

Considérations éthiques :

- 1) établir un processus en vertu duquel une personne peut accepter par écrit de participer à la recherche;
- 2) n'accepter aucune divulgation de renseignements entraînant des conflits d'intérêts réels, possibles et perçus;
- 3) établir un processus permettant à des sujets pressentis d'accepter ou de refuser de participer à une recherche;
- 4) établir un processus en vertu duquel un sujet pressenti pour la recherche consent à la publication des résultats de recherche.

#### 4.7- Démarches entreprises pour obtenir l'accord des participants

- 1) soumettre le projet aux autorités de l'institution pour obtenir leur accord;
- 2) soumettre le projet aux responsables légaux des participants âgés pour obtenir leur consentement. La famille ou le tuteur légal des personnes âgées filmées doit signer le formulaire de consentement. La personne âgée est informée du processus et consent à participer à l'étude dans la mesure où elle peut comprendre la situation;
- 3) s'engager à respecter la confidentialité et le code d'éthique du milieu choisi.

Le déroulement de l'expérimentation respecte ces règles et procédures. Voici maintenant les différentes étapes du déroulement de l'expérimentation.

#### 4.8- Déroulement de la collecte de données

La collecte de données se déroule en deux étapes et respecte les règles et procédures établies. Dans un premier temps, l'intervenant aide la personne âgée à s'alimenter. Cette séance est filmée sur bande vidéo. Par la suite, la chercheuse questionne l'intervenant sur les différents thèmes reliés à la CNV. Cette entrevue enregistrée à l'aide d'un magnétophone, se divise alors en deux temps : la première partie est consacrée à des questions reliées aux thèmes établis, la seconde au contenu de la vidéo réalisée un peu plus tôt avec la personne âgée lors du repas du midi. La chercheuse demande à l'intervenant de répondre aux questions ouvertes et de commenter le contenu de la bande vidéo afin d'expliquer sa perception de la CNV entre le résident et lui-même. Le sujet est appelé à commenter et à expliquer ses perceptions et la chercheuse note dans son journal de bord ce qu'elle observe et ressent durant l'expérimentation. Il est clair que le discours recueilli concerne la perception que l'intervenant a de lui-même et de son intervention et que, dans cet esprit, il s'agit de données construites, donc à caractère interprétatif, et non de données brutes (Van der Maren, 1995). Voici plus en détail la description de chacune des étapes de cette expérimentation.

Avant l'expérimentation terrain, certaines activités sont préalables à la mise en place de l'expérimentation afin de s'assurer du bon déroulement de celle-ci.

Voici la liste des activités préliminaires :

- la chercheuse rencontre la responsable des projets de recherche et soumet un document résumant le projet de recherche au comité d'éthique de l'établissement;
- la chercheuse rencontre l'infirmière-chef de l'unité prothétique;
- la chercheuse se familiarise avec les lieux physiques;
- la chercheuse prend connaissance des routines du milieu;
- la chercheuse identifie avec l'infirmière-chef de l'unité prothétique, les familles susceptibles de vouloir faire partie de l'étude;

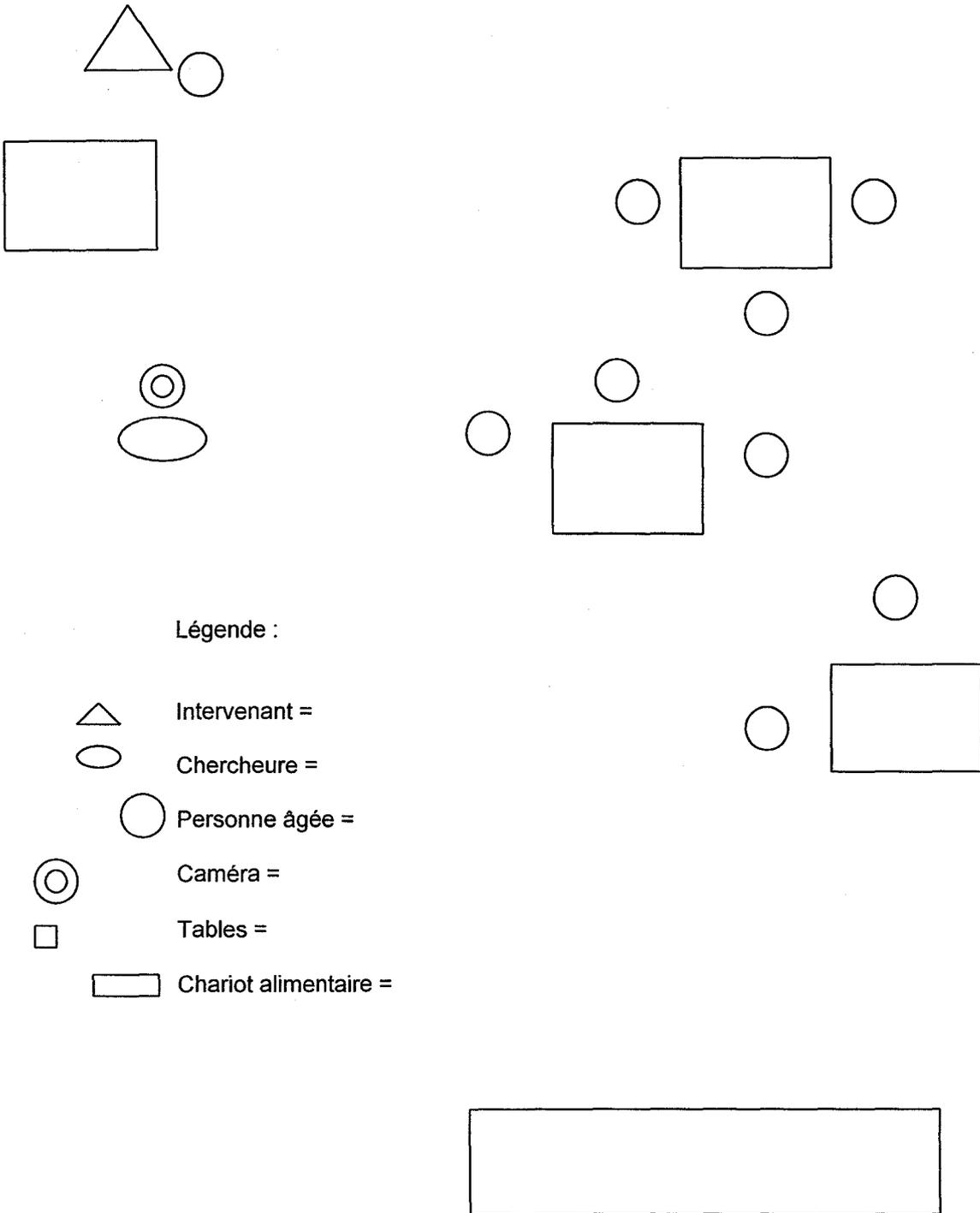
- l'infirmière-chef de l'unité prothétique et la chercheure choisissent le lieu réservé à l'expérimentation;
- l'infirmière-chef de l'unité prothétique informe les résidents du projet de recherche;
- l'infirmière-chef de l'unité prothétique contacte les familles légalement désignées, les informe du projet et obtient leur consentement;
- l'infirmière-chef de l'unité prothétique informe les intervenants de l'objectif du projet et sollicite leur participation;
- l'infirmière-chef de l'unité prothétique et la chercheure planifient une séance d'information sur le projet de recherche et la période de recrutement des intervenants participants;
- la chercheure s'entend avec la responsable (infirmière-chef) pour choisir les meilleures journées (dates) pour mener l'expérimentation;
- la chercheure visite les personnes âgées qui seront filmées durant l'heure du repas et rencontre les intervenants qui auraient besoin d'explications supplémentaires et obtient le consentement des intervenants (voir appendice D). La Figure 1 présente l'aménagement de la salle à manger lors de l'expérimentation.

#### 4.8.1- L'entrevue préliminaire

- Une entrevue préliminaire est réalisée. Une personne âgée est alors filmée au cours de son repas et une entrevue avec l'intervenant a lieu après le repas du midi. L'entrevue est enregistrée avec un magnétophone. Cette entrevue préliminaire est effectuée afin de s'assurer que les procédures permettent de recueillir les données anticipées. Cette entrevue permet de se familiariser avec le canevas d'entrevue et de s'ajuster aux aspects plus techniques.

#### 4.8.2- L'expérimentation

Quatre intervenants ainsi que quatre personnes âgées sont filmés durant le repas du midi, le lundi, mardi, jeudi et vendredi de la même semaine.



Légende :

-  Intervenant =
-  Chercheure =
-  Personne âgée =
-  Caméra =
-  Tables =
-  Chariot alimentaire =

Figure 1. Aménagement du lieu expérimental.

La CNV de la personne âgée est filmée tout au long du repas, même quand l'intervenant aide la personne âgée à s'alimenter. Pour obtenir le maximum d'interaction, le langage du corps, de la tête aux pieds, ainsi que tous les indices de toutes les formes de CNV possibles sont filmés. La chercheuse observatrice est en retrait et filme l'activité en cours avec, si nécessaire, des plans rapprochés (gros plans) des expressions faciales ou des mouvements du corps afin de faciliter l'interprétation ultérieure de la CNV. Cette activité nécessite plus ou moins 30 minutes, selon la durée du repas. La chercheuse observatrice ajoute des notes à son journal de bord et recueille de l'information supplémentaire sur le déroulement de l'expérimentation.

Voici le déroulement décrit en détail :

- La chercheuse observatrice aménage les lieux en disposant sa chaise à droite ou à gauche de la table. La personne âgée fait face à la caméra et l'intervenant se place à côté de la personne âgée pour ne pas nuire à l'enregistrement de la CNV de cette dernière.
- La chercheuse installe la caméra fixe devant la personne âgée à une distance suffisante pour que celle-ci fasse toujours partie intégrante du cadrage de la caméra, soit à une distance d'environ trois mètres. La caméra est installée sur un trépied et ajustée à la hauteur de la personne âgée assise, pour filmer tout son corps. L'observatrice est assise derrière la caméra et s'assure que le cadrage de la caméra permet d'enregistrer les images désirées.
- La séance est filmée lorsque la personne âgée est assise, que son tablier est placé et que l'intervenant est prêt à commencer l'activité.
- L'enregistrement est arrêté lorsque la personne âgée a terminé son repas et que l'intervenant lui a essuyé la bouche, retiré son tablier et a desservi (enlever l'assiette et le verre de la table).

La chercheuse observatrice se renseigne sur le menu, les goûts et les préférences de la personne âgée ainsi que sur les événements survenus avant l'enregistrement du repas avec la personne âgée. Ces renseignements sont consignés dans le journal de bord.

#### 4.8.3- L'enregistrement du repas

Pour filmer les interactions durant l'activité du repas du midi, la disposition de la caméra ainsi que le cadrage de l'image sont déterminés à la suite d'un prétest afin d'optimiser les paramètres de l'enregistrement. Ainsi, la caméra est placée devant la personne âgée afin d'être en mesure de la filmer de face et l'intervenant, de côté. La personne âgée assise est filmée de la tête aux pieds, ce qui permet de visualiser la CNV provenant de tout son corps. La caméra, fixe et immobile, est toujours disposée au même endroit. Un éclairage d'appoint peut également être utilisé si nécessaire. Un compteur de bande indique le temps pendant l'enregistrement, ce qui permet de situer chaque image dans le temps. Ceci facilitera par la suite le repérage des communications non verbales significatives lors de l'analyse à partir des enregistrements vidéo. Des piles de rechange, un cordon prolongateur et des cassettes vidéo supplémentaires sont prévus pour les enregistrements sur bandes vidéo. Une entrevue préliminaire est également effectuée pour valider les réglages des enregistrements vidéo.

#### 4.8.4- L'entrevue semi-dirigée

Cette séquence d'une durée de soixante minutes, consiste à réaliser l'entrevue semi-dirigée avec l'intervenant après le repas du midi du résident, c'est-à-dire environ une heure après avoir filmé le repas du midi du résident.

Voici comment se déroule l'entrevue :

- La chercheuse se renseigne auprès de l'infirmière-chef au sujet de l'intervenant qui sera interviewé afin de prendre connaissance de changements, de problèmes, de situations, etc., qui pourraient influencer le déroulement de l'entrevue. Ces renseignements sont notés dans le journal de bord.
- La chercheuse aménage les lieux afin de faciliter le visionnement du repas et l'enregistrement sonore de l'entrevue.

- La chercheure installe le magnétophone sur la table à proximité de la chaise réservée à l'intervenant ainsi que l'unité de visionnement face à l'intervenant.
- L'enregistrement est activé dès le début de l'entrevue avec l'intervenant.
- La chercheure explique à l'intervenant l'objectif de l'entrevue ainsi que son déroulement.
- Pendant la première partie de l'entrevue, la chercheure utilise son canevas d'entrevue afin de poser des questions ouvertes à l'intervenant en se référant aux deux thèmes de la CNV. (Les manifestations physiologique, psychologique et sociale de la CNV des personnes âgées atteintes de DTA avancée et les modalités d'interprétation de la CNV).
- La chercheure utilise son journal de bord pour noter ses impressions.
- La deuxième partie de l'entrevue consiste à poser des questions pendant la rétroaction vidéo afin d'identifier quel est le sens attribué aux communications non verbales perçues lors de l'activité du repas avec la personne âgée. La bande vidéo peut être arrêtée ou certains passages visionnés au besoin lorsqu'il est jugé nécessaire d'expliquer davantage certains éléments retenus.

L'objectif principal de cette entrevue est de demander à l'intervenant d'exprimer ses perceptions concernant l'identification et le processus d'interprétation de la CNV de la personne âgée durant l'activité du repas du midi à partir de questions qui lui sont posées avant la rétroaction vidéo et pendant la rétroaction vidéo. L'intervenant est appelé à décrire, à commenter et à expliquer ses schèmes de références pour décoder et interpréter les messages non verbaux exprimés par la personne âgée. Il se réfère au contexte pour établir des liens entre ce qu'il perçoit et son interprétation.

Ces différentes séquences font partie du devis de recherche de cette étude qualitative. Quatre repas sont filmés à raison d'un repas par jour à l'heure du midi, repas qui sont pris dans l'une des deux salles à manger de l'unité prothétique. La procédure est identique pour les quatre sujets intervenants. La durée des séances varie selon la durée du repas pour chaque personne

âgée. Chaque intervenant est jumelé à une personne âgée différente pour chaque repas filmé. Au total, quatre entrevues semi-dirigées sont donc réalisées.

L'enregistrement des données de chaque séance de travail est très important puisque celles-ci seront transcrites et analysées par la suite.

#### 4.9- Fin de l'expérimentation

Une rencontre de groupe avec les intervenants permet d'évaluer le déroulement de l'expérimentation et de produire un bilan. Les données recueillies au cours des entrevues sont présentées aux intervenants pour une validation écologique, dans le but de confirmer la justesse des interprétations de la chercheuse.

#### 4.10- Démarche d'analyse

Afin de dégager de façon optimale le sens du contenu des entrevues réalisées avec les intervenants, l'analyse de contenu de L'Écuyer (1987) est utilisée. Cette méthode est choisie pour son traitement systématisé et objectif des données ainsi que pour l'application d'un système de codification conduisant à l'identification d'un ensemble de catégories qui permettent de dégager le sens général du phénomène à l'étude (voir Appendice E). La procédure établie par L'Écuyer (1987) comprend six étapes : la collecte des données, la transcription des données, la lecture flottante, le codage et l'élaboration des catégories ainsi que l'interprétation des données. Il s'agit donc de décontextualiser les données recueillies en fractionnant les informations en unités comparables, pouvant être rassemblées et ordonnées par analogies et similitudes. Cette première classification servira à analyser les données. Par la suite, une entreprise de reconstruction et de synthèse sera réalisée afin de contextualiser les données pour l'interprétation des résultats; on empruntera donc le chemin inverse. Il s'agit alors de dégager un sens aux données, c'est-à-dire de remettre en contexte celles-ci et leur redonner une signification. Cette opération consiste à reprendre les propos obtenus des intervenants en les

transformants et en les substituant aux mots de la science pour faire connaître les résultats obtenus. La référence au cadre conceptuel contribue ici à appuyer cette étape.

La première étape consiste à recueillir les données en les enregistrant de différentes façons (avec enregistrement sonore et bande vidéo, grille d'observation, etc.). La deuxième étape comporte la transcription des données recueillies (le verbatim). La troisième demande de réaliser une lecture préliminaire des données transcrites, appelée lecture flottante. La quatrième étape comprend la définition des unités de sens ou codage. La cinquième étape consiste à catégoriser les unités de sens. La sixième consiste à dégager les diverses caractéristiques du phénomène étudié en mettant en évidence les ressemblances, les différences et la singularité qui existent entre les données obtenues. Il s'agit d'analyser ces relations en interprétant les résultats et en les mettant en relation avec les études recensées. Cette analyse de contenu permettra de répondre aux questions suivantes:

- Quels sont les indices provenant de la CNV des sujets âgés retenus par les intervenants?
- Quels sont les caractéristiques spécifiques de l'interprétation des intervenants et leurs liens avec les autres études traitant du même sujet ?
- Quelles sont les constances dans l'interprétation de la CNV par les intervenants ?

Voici une description des différentes étapes de l'analyse de contenu.

#### 4.10.1- La collecte des données de l'expérimentation

La collecte de données comprend différentes étapes. Les premières données (les communications non verbales filmées) sont recueillies à partir des bandes vidéos réalisées avec la personne âgée durant l'activité du repas, bandes vidéos qui sont utilisées en entrevue avec les intervenants afin d'obtenir d'autres données, à savoir leurs commentaires. Ce sont ces données qui seront analysées par la suite, c'est-à-dire celles qui ont été recueillies lors de l'entrevue. Les données reliées aux impressions de la chercheuse sont aussi analysées.

#### 4.10.2- La transcription des données

Il s'agit ensuite de transcrire les quatre entrevues réalisées avec les intervenants et enregistrées au magnétophone. Les commentaires les plus pertinents du journal de bord sont aussi retenus. Ces notes rapportent et décrivent les événements vus, entendus et répétés et elles sont prises de façon chronologique pour ensuite être analysées de façon synchronique.

Le verbatim de chaque entrevue est transcrit et certaines règles s'appliquent :

- le document transcrit rend justice aux différents interlocuteurs, il doit respecter les droits et la dignité des personnes concernées;
- le document (enregistrement) prévaut toujours sur la transcription;
- le document transcrit (le verbatim) doit reproduire le plus fidèlement possible ce qui a été enregistré;
- le transcripteur doit se soucier de rendre le document transcrit le plus accessible possible au lecteur;
- le transcripteur doit s'attacher au sens de ce qu'il transcrit et s'assurer de clarifier toute ambiguïté lors du passage à l'écrit;
- dans un même document transcrit, les difficultés semblables devraient être résolues de façon identique;
- une première transcription doit être généreuse et fournir le plus de renseignements possible; une information superflue peut toujours être éliminée alors que l'inverse n'est pas vrai. De plus, selon Deslauriers (1991), il faut transcrire le contenu des entrevues en respectant la pensée de l'interlocuteur, faire usage de ponctuation pour faciliter la lecture, préciser la pensée lorsque nécessaire, mais sans la transformer. Il faut respecter la concordance des verbes, bref, écrire dans une langue simple et correcte.

#### 4.10.3- La lecture flottante

Après la transcription des entrevues, nous devons faire une première lecture des données recueillies, ce que L'Écuyer (1990) appelle la lecture préliminaire ou flottante. Cette lecture donne une première idée des sujets discutés, de ceux qui reviennent le plus souvent lors des entrevues, ce qui aide la chercheuse à former les unités de sens et les catégories pour les classer. Cette lecture permet de dégager une première impression des réponses obtenues lors des entrevues.

#### 4.10.4- Le codage

Dans une recherche qualitative, le codage des données est un travail simultané de création, d'interprétation et d'induction (Charmaz, 1983). Dans cette recherche qualitative, l'aspect codage est prédominant. Cette opération désigne le découpage en unités de sens de l'information obtenue lors de l'entrevue. Il s'agit de prendre un élément d'information, de le découper et de l'isoler afin de le classer avec d'autres éléments du même genre. Une même unité de sens peut se retrouver sous deux catégories. Il est possible de constater que certains énoncés ont deux sens : par exemple, le timbre de voix et les types de CNV peuvent se retrouver dans des catégories différentes. Les unités de sens sont donc établies à travers les significations que les intervenants assignent à leur valeur et à leur contexte. Ces unités de sens participent à décontextualiser les données, ce qui a comme effet de sortir de son contexte des éléments qui rejoignent le cadre conceptuel, c'est-à-dire une série de mots liés, induisant une analyse centrée sur les mouvements du résident. Ces unités de sens seront par la suite recontextualisées lors de l'analyse des résultats. La juste compréhension du phénomène social étudié ne peut faire abstraction du contexte dans lequel il s'inscrit, parce que les éléments étudiés n'ont de sens que par rapport à leur réalité (Poupart et al., 1997). Les messages qui proviennent des intervenants prennent un sens que lorsque ceux-ci contextualisent ces messages. L'intervenant qui observe un résident pleurer doit faire le lien avec le contexte, il doit tenir compte de la réalité de celui-ci, par exemple, un résident peut pleurer de joie, donc les pleurs ne sont pas liés à de la tristesse. Selon L'Écuyer (1987), il faut construire les catégories de données. Cette étape consiste à

procéder à un classement des données recueillies (unité de sens) selon les thèmes abordés avec les participants. Le codage consiste donc à établir les unités de sens pour chaque réponse obtenue lors de l'entrevue, de diviser la phrase quand elle comporte plus d'un sens pour ensuite classer les unités par catégories. Chaque entrevue est codée individuellement, l'ordre dans lequel est réalisé ce codage respecte l'ordre de la réalisation des entrevues.

#### 4.10.5- Les catégories

La catégorisation des données s'établit selon Van der Maren (1995) en codant les différentes unités en catégories à partir du classement réalisé. Il s'agit de réunir les éléments sur la base de leur ressemblance. Les données codifiées conduisent à divers niveaux d'inférence et d'interprétation en vue d'une compréhension plus approfondie du sens des propos recueillis lors des entrevues cliniques. Un système catégoriel mixte, comprenant des catégories prédéterminées (thèmes) issues du cadre conceptuel et des catégories émergentes, est utilisé. Les propos des intervenants sont catégorisés en tenant compte du cadre conceptuel, ce qui permet de se référer à un cadre de référence facilitant le choix des catégories quand il s'agit de catégoriser les unités de sens. Les termes choisis à l'Appendice A réfèrent aux catégories et au cadre conceptuel de cette recherche.

#### 4.10.6- L'interprétation des données qualitatives

L'analyse des données a pour objectif de découvrir les liens qui émergent des faits accumulés (Deslauriers, 1991). Il s'agit de dégager le sens de ce qui est présenté pour classer tout ce que contient l'information recueillie. Selon Mucchielli (1979), l'analyse des données vise à découvrir la logique sous-jacente à la praxis de la personne, à comprendre le sens de ses propos et à en tirer une interprétation cohérente. La tâche de l'analyste consiste à dégager de ce mélange d'information la façon dont la personne voit son rapport au monde, l'interprétation qu'elle donne à son expérience globale de vie (Morin, 1974).

Selon Banister, Burman, Parker, Taylor et Tindall (1995), l'interprétation des données est capitale dans une recherche qualitative en psychologie. Cette interprétation a pour effet de vérifier les propositions de l'étude. Lorsque l'analyse perceptuelle est terminée, l'interprétation des résultats est alors réalisée. Cette étape consiste à dégager les différences et les ressemblances entre les résultats obtenus lors de l'entrevue avec les intervenants et les données du journal de bord, afin de répondre aux questions de recherche. Des graphiques représentant les données traitées sont interprétés de façon à dégager les résultats. Ceux-ci sont alors comparés aux résultats et concepts déjà existants dans les recherches similaires. L'élaboration de nouvelles propositions est alors possible. Des recommandations sont par la suite développées à partir des résultats obtenus dans cette recherche, recommandations qui pourront éclairer les recherches ultérieures dans ce domaine.

#### 4.10.7- L'analyse du contenu du journal de bord

À cette étape, un compte rendu des impressions les plus pertinentes notées au journal de bord est produit. Une analyse de ces impressions est aussi faite. Il s'agit de comparer, lors du visionnement de la bande vidéo, l'impression de la chercheuse observatrice avec celle de l'intervenant et d'identifier s'il y a lieu, les biais méthodologiques ou encore les variances dans l'interprétation des données.

#### 4.11- Réserves méthodologiques

Certains obstacles peuvent survenir durant l'expérimentation, ce qui veut dire que différents imprévus ou biais méthodologiques peuvent se manifester. Il s'agit alors de mettre en place des solutions afin de contrer ces obstacles. Quelques solutions sont ici apportées afin de corriger les situations particulières qui peuvent nuire à l'expérimentation (voir journal de bord).

Obstacles	Solutions
L'intervenant ne tient pas compte des réactions du résident lors de l'activité.	Sensibiliser les intervenants avant l'activité repas.
Le sujet se déplace hors du champ de vision de la caméra	Prévoir un cadre de vision assez large en marquant les lieux pour délimiter l'emplacement de la caméra.
Le sujet désire interrompre l'entrevue.	Arrêter l'expérimentation, faire une pause et demander ensuite au sujet de reprendre l'expérimentation.
Incommodé par des causes environnementales : visite, personnel, etc.	Afficher l'horaire des entrevues et une consigne demandant de ne pas déranger.
Les intervenants posent des questions qui n'ont pas de lien avec les thèmes abordés durant l'entrevue.	Revenir sur le sujet en posant des questions spécifiques.
L'intervenant s'efforce de performer (effet Hawthorne).	Sensibiliser les intervenants à l'impact de leurs attitudes et de leurs réponses sur les résultats.
Mauvaise perception de la CNV.	Vérifier les données plusieurs fois en visionnant la bande vidéo.
L'intervenant et la chercheure interprètent la CNV différemment	Objectiver les données recueillies en prenant connaissance du sens accordé par l'intervenant à la CNV

#### 4.12- Critères de scientificité

Cette recherche qualitative repose sur certains critères de scientificité tirés des études de Deslauriers (1991) et Poupart, Deslauriers, Laperrière, Mayer, Pires (1997), tels qu'énumérés ci-dessous :

- La crédibilité de cette étude est démontrée par une validité écologique : un retour sur les données recueillies est réalisé une semaine après la transcription des données afin de

vérifier l'interprétation de celles-ci auprès des sujets qui ont participé à l'étude. Il s'agit pour l'intervenant de lire les questions et réponses obtenues et commenter s'il y a lieu.

- La crédibilité de cette recherche est assurée par les activités sur le terrain, par les observations répétées et le lien avec le cadre conceptuel.
- La transférabilité : il s'agit de spécifier le contexte dans lequel les hypothèses et les concepts pourraient s'appliquer lors d'une recherche similaire. Des comparaisons avec des méthodes similaires sont réalisées. Il est impossible de généraliser à partir d'un échantillon, mais il est possible d'établir la transférabilité d'un contexte à l'autre.
- La fiabilité de cette étude s'établit à partir de l'expertise de spécialistes du même domaine. L'approbation de spécialistes a été obtenue. Des chercheuses expertes dans le domaine de l'analyse qualitative et de la gérontologie ont été mis à contribution.
- La validation s'établit par le contrôle des données recueillies. À cette fin, l'experte a passé en revue les données et vérifié si les procédures ont été suivies. Elle a vérifié et attesté que les résultats obtenus concordent avec les données recueillies. Il s'agissait donc de s'assurer de la justesse des interprétations recueillies auprès des sujets étudiés en vérifiant systématiquement leur valeur dans le temps et l'espace. Enfin, la triangulation des diverses sources de données et des diverses perspectives, constitue un autre moyen de s'assurer de l'objectivité, c'est-à-dire de la justesse des données. Dans tous les cas, on ne recherche pas la correspondance entre les données ou les perspectives, mais leur concordance (Poupart et al., 1997).

## *Résultats*

Cette étape de l'analyse permet donc répondre aux objectifs de l'étude qui sont dans un premier temps d'identifier la CNV provenant des différentes origines et, dans un second temps, de cerner le processus d'interprétation de celle-ci réalisé par les intervenants. Ce retour à des propos spécifiques, tels qu'énoncés en contexte, permet de redonner tout le sens aux propos recueillis.

Dans ce chapitre, nous étudierons la fréquence d'occurrence des données (voir Appendice F). L'analyse de la fréquence des occurrences vise une première étape pour repérer les indices les plus souvent mentionnés par les intervenants. Par la suite, les résultats seront présentés de façon linéaire afin de répondre aux objectifs de cette recherche, c'est-à-dire identifier les indices physiologiques, psychologiques et sociaux retenus lors de l'activité du repas et prendre connaissance du processus d'interprétation de la CNV énoncé par les intervenants. Des tableaux, des matrices et des graphiques viendront appuyer la présentation des résultats.

Le nombre des différentes unités de sens établit la fréquence d'occurrence. Ces données permettent d'analyser la réalité des intervenants et non pas de donner une importance aux nombres obtenus. Il est possible d'obtenir une quantité plus élevée d'unité de sens dans une catégorie en particulier. Cette réalité est reliée au fait que la chercheuse désirait lors des entrevues clarifier des informations sur un sujet afin d'approfondir sa compréhension du phénomène. La fréquence d'occurrence ne fait donc pas référence à l'importance que l'on accorde à certains phénomènes à partir du nombre d'unités de sens obtenues. Le contenu des messages est donc plus révélateur lors de l'analyse des résultats. Le construit des unités de sens se réfère aux valeurs et à la réalité des intervenants. De ce fait, ces unités de sens sont reliées aux contextes. La juste compréhension du phénomène social étudié ne peut faire abstraction du

contexte dans lequel il s'inscrit, puisque les éléments étudiés n'ont de sens que par rapport à leur réalité.

#### 5.1- Fréquence d'occurrence des manifestations de la CNV

Pour pouvoir procéder à l'analyse des résultats de cette recherche, les données ont d'abord été transcrites, codées, regroupées, classifiées, catégorisées et hiérarchisées. Puis, la fréquence des données codées a été calculée (voir Appendice F). Cette approche permet de faire ressortir les énoncés durant les entrevues en vue d'approfondir le sens qu'accordent les intervenants aux différentes composantes de la CNV. Ultérieurement, ces données seront mises en relation avec les objectifs de la recherche pour interpréter et analyser les réponses obtenues lors des quatre entrevues. Par la suite, la fréquence des unités de sens a été décrite par ordre décroissant dans le but d'identifier les unités de sens les plus souvent mentionnées lors des entrevues. La Figure 2 présente la fréquence d'occurrence lors du repas des manifestations de la CNV regroupées en catégories.

#### 5.2- Présentation des résultats qualitatifs

L'analyse des résultats considère uniquement le discours des intervenants. Pour établir quelles sont les manifestations de la CNV des personnes âgées atteintes de DTA classées au stade 6/7 sur l'Échelle de Reisberg et al. (1982) lors de l'activité repas et pour comprendre comment les intervenants les interprètent, nous allons d'abord identifier les différents indices physiologiques, psychologiques ou sociaux rapportés par les intervenants. Ensuite, nous allons identifier le processus, c'est-à-dire les moyens utilisés pour établir des modalités d'interprétation.

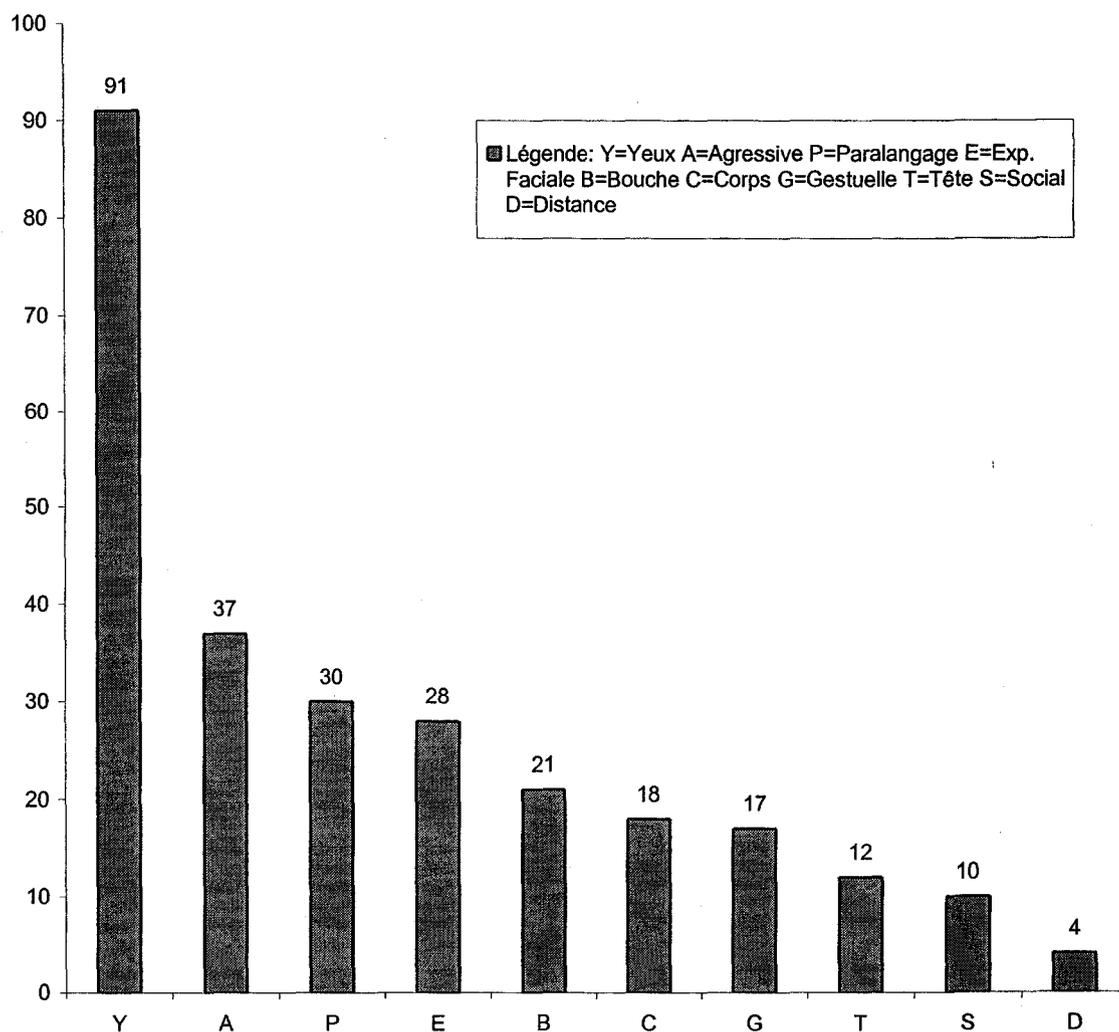


Figure 2. Fréquence d'occurrence des manifestations de la CNV.

### 5.2.1- Identification de la CNV d'origine physiologique, psychologique et sociale lors du repas

Les intervenants identifient plusieurs manifestations de CNV des résidents durant le repas. Les expressions des yeux, les comportements agressifs, le paralangage, les expressions faciales, les mouvements de la bouche, les mouvements corporels, la gestuelle, les mouvements de la tête, le comportement social et la distance sont, selon les intervenants, les manifestations les plus fréquemment observées durant le repas chez les personnes âgées atteintes de DTA. Ainsi, un ensemble très large de manifestations de la CNV peut être identifié lors du repas.

Lors de l'identification des unités de sens, il a été remarqué que certaines manifestations comportaient plus d'un contenu de sens. Par exemple, l'expression des yeux peut démontrer une manifestation d'agressivité, de surprise ou de tristesse; il existe donc trois unités de sens : les yeux agressifs, les yeux surpris et les yeux tristes. Le fait d'identifier une manifestation des yeux ne permet pas de classer cette manifestation dans une seule unité de sens. Les différentes unités de sens, sont par la suite catégorisées. Par exemple, sous la catégorie intervention on groupera toutes les unités de sens se rapportant aux yeux qui ont un lien avec l'intervention. Dans la catégorie CNV on groupera les unités de sens qui se rapportent aux expressions émotives.

L'expression des yeux est, selon tous les intervenants, l'indice de CNV le plus révélateur, le plus important et le plus significatif pour décoder différents messages provenant de la personne âgée. Les intervenants se basent donc principalement sur l'expression ou les mouvements des yeux pour interpréter les messages exprimés par la personne âgée. De plus, il est à noter que l'interprétation des messages varie beaucoup et dépend de chaque circonstance et de chaque individu, comme l'attestent les 91 énoncés recueillis sous ce thème dans les quatre entrevues.

Le comportement agressif envers l'intervenant ou les objets sont généralement rapidement perçus et décodés par les intervenants puisqu'ils en sont souvent la cible. Ce comportement agressif est perçu dans les manifestations suivantes : recevoir des coups de pied, des coups de poing, être frappé et bousculé par les résidents. Ce comportement signifie pour l'intervenant de l'insatisfaction, une mauvaise humeur ou un trait de caractère propre à la personne âgée. Trente énoncés touchant cette dimension sont recueillis.

Le paralangage du résident est aussi observé et décodé lors du repas. Le résident peut crier, marmonner ou gémir. Ces comportements sont interprétés comme étant de la peur, de l'insatisfaction, de l'anxiété, de la tristesse, de l'ennui ou de l'agressivité. Trente-sept énoncés réfèrent au paralangage.

Certaines expressions faciales sont remarquées lors du repas : visage crispé, tendu, fatigué, expression de dégoût, de colère, fragments de sourire et expression faciale neutre. L'interprétation de ces expressions varie d'un intervenant à l'autre et dépend de plusieurs facteurs comme l'état de santé du résident, le lien entre le résident et l'intervenant, l'humeur et la personnalité du résident, les événements passés. Vingt-huit énoncés se rapportent à ces expressions.

Les mouvements de la bouche sont aussi des éléments qui ont été retenus par les intervenants. Ils portent attention à certains indices provenant de la bouche comme fermer ou ouvrir la bouche, cracher, grimacer, avoir de la difficulté à avaler (aphagie), à mastiquer, se mordre la langue, s'étouffer et déglutiner ainsi que manifester un mouvement de succion avec ses lèvres ou sur sa main avant et durant l'heure du repas. Ces signes sont interprétés comme étant de la faim, de la satiété ou une insatisfaction quelconque. Selon les cas, ils sont décodés comme étant positifs ou négatifs. Vingt et un énoncés sont recueillis à ce sujet.

En ce qui concerne les mouvements du corps lors du repas, les intervenants remarquent que la personne âgée peut se retirer, se tourner, bouger beaucoup (agitation) ou ne pas bouger (calme). Ils interprètent ces comportements selon la circonstance et la connaissance qu'ils ont du résident. Parfois, ils décodent ces comportements comme étant positifs, d'autres fois comme étant négatifs. Dix-huit énoncés réfèrent à ce thème.

La gestuelle est aussi perceptible quand le résident réagit à l'action de l'intervenant. Il est possible pour le résident de faire des signes de la main. Il peut aussi démontrer une gestuelle agressive en montrant le poing ou en essayant de frapper avec les mains ou les pieds. Ces comportements sont interprétés de différentes façons. Pour certains intervenants, ces comportements sont explicables et pour d'autres, ils ne le sont pas. Ces comportements sont décodés, selon le cas, comme étant une manifestation positive ou négative. Dix-sept énoncés sont regroupés sous cette rubrique.

Les mouvements de la tête se manifestent de différentes façons : la personne âgée oscille la tête de gauche à droite, elle peut tourner la tête lors de la présentation de la cuillère, elle peut approcher sa tête en direction de l'intervenant, peut exprimer des signes contradictoires avec la tête, c'est-à-dire que le résident fait un signe de tête qui peut s'interpréter comme un oui et tout de suite après, fait un autre signe de tête qui peut s'interpréter comme un non. Les intervenants ont formulé douze énoncés à cet effet.

Les intervenants remarquent également des comportements sociaux, qui impliquent des relations avec d'autres personnes, tels que la recherche d'un contact visuel avec les autres résidents ou les intervenants, le désir de vouloir s'asseoir à côté de certains résidents. Dix énoncés décrivent ces comportements. Finalement, la distance adoptée par le résident est remarquée par les intervenants. Selon eux, il est possible de percevoir un rapprochement du résident vers l'intervenant, ce qui est significatif d'un contact social positif. Quatre énoncés soulignent ce comportement.

Le Tableau 2 résume les différentes manifestations de la CNV retenues par les intervenants lors des entrevues. Les manifestations rapportées sont les suivantes : les expressions des yeux, le langage du corps, le paralangage, la gestuelle, le mouvement de la bouche, le mouvement de la tête, les expressions faciales, les comportements sociaux, les comportements agressifs et la distance. Nous remarquons qu'il y a des manifestations négatives de différents types rapportées par les intervenants : la fermeture de soi, les larmes, les pleurs, la colère, le dégoût, cracher, mordre sa langue, donner des coups de pieds, refuser de s'alimenter, démontrer de l'anxiété, de la nervosité, de la fatigue physique et psychologique, violence, etc.

Tableau 2

## Manifestations de la CNV lors du repas

Expressions des yeux	Langage du corps	Paralangage	Gestuelle
- Fermeture de soi	- Frissons de dégoût	- Timbre de voix	- Refus avec la main
- Conscient	- Sursaut de surprise	- Cris	- Coups de poing sur la table
- Contact visuel relationnel	- Agitation	- Marmonnement	- Touche l'endroit douloureux
- Intérêt	- Détente	- Gémissement	- Met la cuillère à sa bouche
- Regard neutre	- Bouge : a faim		
- Larmes, pleurs	- Bouge : dégoût		
- Yeux larmoyants	- Bouge : veut uriner		
- Yeux expressifs, révélateurs :	- Bouge :		
colère	insatisfaction		
joie	- Pas de réaction		
dégoût	- Se rapproche de l'intervenant		
refus	- Fige		
tristesse	- Se retire		
douleur	- Se tourne		
humeur	- Refus entier du corps		
- Yeux fermés	- Change de posture		
- Yeux somnolents	- Coups de pied		
- Regard dirigé sur la cuillère			
- Fronce les sourcils			
- Plisse les yeux			
- Agrandit les yeux			
Mouvements de la bouche	Mouvements de la tête	Expressions faciales	Comportements sociaux
- Ferme la bouche	- Tourne la tête	- Exprime une belle façon	- Cherche le regard des autres
- Ouvre la bouche	- Signe de tête : oui, non	- Sourire	- Se tient près et collabore avec l'intervenant
- Crache, rejette la nourriture	- Rapproche sa tête	- Anxiété : faciès crispé	- Réagit à la malpropreté des autres résidents et aux affinités avec les autres résidents
- Mord sa langue	- de l'intervenant	- Nervosité : faciès tendu	- Langage verbal incohérent dirigé
- Difficulté à avaler (dysphagie)	- Balance sa tête sans arrêt	- Visage expressif démontrant de la fébrilité	- Prend la main, le bras de l'autre
		- Dégoût	- Envoie des signes aux autres: gestuelle, cris
		- Fatigue physique	
		- Fatigue psychologique (relâchement musculaire ou traits tirés)	

Tableau 2

## Les manifestations de la CNV lors du repas (suite)

Comportements agressifs	Distance
- Violence envers objets : renverse l'assiette, repousse l'assiette	- Se maintient à une distance particulière durant la durée du repas
- Violence envers l'intervenant	- Établit une distance qui démontre le désir de ne pas être proche de l'intervenant
- Frappe l'intervenant	

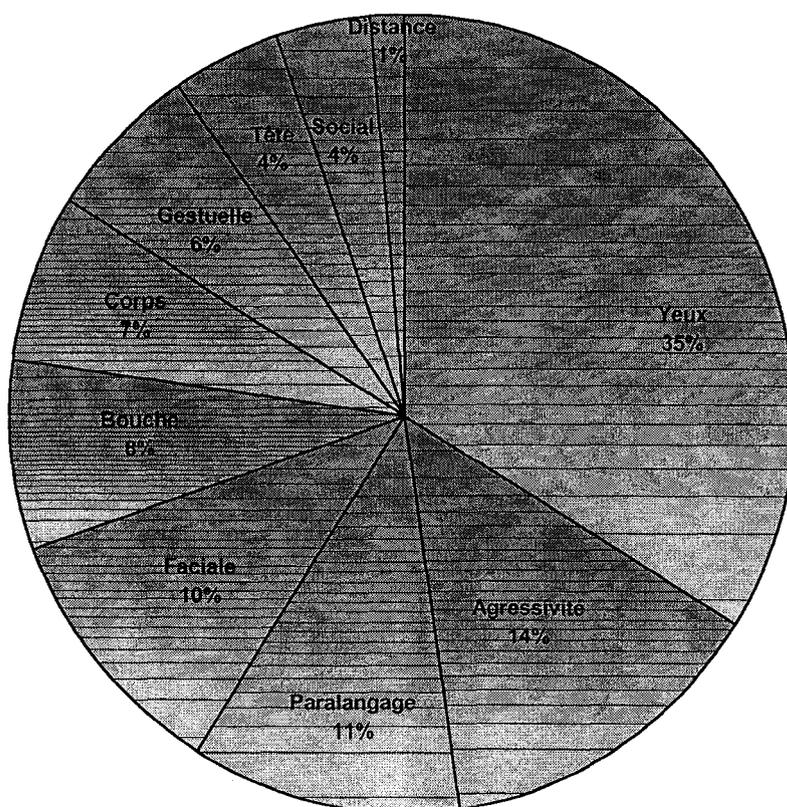


Figure 3. La fréquence des indices de la CNV selon les intervenants.

La Figure 3 présente la fréquence et l'importance accordée aux différents indices de la CNV selon les intervenants. Dans cette figure, les réponses obtenues concernant les indices les plus significatifs pour les intervenants sont exprimées en pourcentage en fonction du nombre total des données obtenues (N=268). Selon le nombre de fois mentionné et selon les commentaires des intervenants, ce sont les yeux qui sont l'indice le plus important lors du décodage de la CNV.

L'expression des yeux est l'indice le plus significatif, le plus important et le plus révélateur de l'état général de la personne âgée pour les intervenants. Plusieurs données ont été rapportées à ce sujet, c'est pourquoi nous allons développer davantage sur son interprétation.

#### 5.2.2- La CNV des yeux

Les résultats de cette étude montrent que l'expression et les mouvements des yeux sont des indices très importants pour les intervenants qui décodent la CNV. Ce sont les indices sur lesquels ils s'appuient le plus pour décoder lors de l'activité du repas, les messages exprimés par les personnes âgées atteintes de DTA classées au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982).

Lorsque l'intervenant parvient à décoder les différents regards du résident, il estime alors être en mesure de « sentir » (percevoir) si son intervention est adéquate ou non pour le résident. Ainsi, il extrait de l'information des expressions des yeux de celui-ci, il décode le message pour ensuite mieux orienter son intervention.

Afin de s'assurer qu'il y a réceptivité de la part du résident, l'intervenant cherche à obtenir son attention par le contact des yeux ou il lui demande de regarder la cuillère lors de l'activité du repas. Ce contact ne doit pas être perturbé ou interrompu à cause d'une autre tâche à accomplir, sinon l'intervenant risque de perdre l'attention du résident. C'est pourquoi les intervenants recommandent de maintenir le contact visuel avec un seul patient à la fois. En général, les intervenants interprètent l'absence de contact visuel comme une caractéristique propre à la DTA, qui influencerait négativement l'interaction et la qualité de l'activité du repas. Toutefois, il faut

aussi tenir compte des effets secondaires des médicaments qui peuvent avoir un impact sur le contact visuel. Par exemple, il arrive que le résident ferme souvent les yeux durant le repas. Même si celui-ci ferme ses yeux lors de cette activité, il peut ouvrir la bouche pour recevoir la nourriture.

Selon les intervenants, la douleur, la tristesse, la joie, la peur, la colère, l'humeur, le bien-être physique et psychologique ainsi que les contacts sociaux peuvent également être perçus dans le contact visuel avec le résident. Certains intervenants affirment être capables de décoder si un résident les reconnaît à partir de l'expression des yeux de celui-ci.

Le Tableau 3 présente la signification des différentes expressions des yeux, telles que mentionnées par les intervenants.

Il est mentionné que chaque personne âgée atteinte de DTA présente des expressions des yeux qui lui sont propres et sa personnalité en influence l'expression. Par exemple, une personne âgée peut présenter des yeux larmoyants quand elle souffre, alors que chez une autre personne qui éprouve de la douleur, on observe des yeux rétrécis ou crispés. Selon les intervenants, il existe différentes expressions du regard pour chacun d'entre eux et certains résidents possèdent des yeux plus expressifs que d'autres. Les intervenants prétendent être capables de distinguer la signification de certaines expressions des yeux : yeux fixes, larmoyants, fermés, émotifs, mobiles, changeants, plissés, froncés, somnolents, agrandis, ouverts, dirigés, neutres et agités.

L'intervenant a besoin que le résident le regarde durant l'activité du repas, car son regard est un élément déterminant et le guide dans ses interventions. Il cherche son attention en lui demandant, entre autres, de le regarder. Pour arriver à se faire comprendre, l'intervenant cherche à créer un contact visuel. Une absence de contact visuel signifie que le résident ne veut pas d'interaction ou s'explique par des symptômes de la maladie. Le regard peut aussi communiquer à l'intervenant l'état de conscience du résident.

Tableau 3  
Indices provenant de la communication par les yeux lors du repas

Expressions (indices)	Significations
Yeux fixes	Intérêt, attention, concentration
Yeux larmoyants	Douleur, tristesse, peur
Yeux fermés	Refus, dégoût, non-collaboration, retrait (dans son monde intérieur)
Yeux expressifs	Joie, colère, tristesse, dégoût, surprise, peur
Yeux mobiles	Nervosité, fébrilité, anxiété, impatience, insécurité, refus
Yeux changeants	Réaction à l'intervention, à l'intervenant, à la nourriture
Yeux plissés	Fatigue, souffrance, difficulté visuelle
Yeux froncés	Colère, souffrance, effort pour accomplir l'activité
Yeux somnolents	Effets secondaires des médicaments, fatigue, manque d'intérêt
Yeux agrandis	Surprise, colère, désire arrêter l'activité
Yeux ouverts	Intérêt, collaboration
Yeux dirigés	Intérêt, attention, concentration
Yeux neutres	Mauvaise humeur
Yeux agités	Démontre la faim

Il arrive que l'intervenant se base sur le fait que le regard est dirigé et fixe pour comprendre ce qui intéresse le résident. Selon l'intervenant, lorsque la personne âgée pose son regard sur quelqu'un ou quelque chose, c'est que ce quelqu'un ou ce quelque chose est significatif pour elle et présente de l'intérêt; l'intervenant doit en tenir compte.

Chaque changement dans l'expression des yeux est un message que l'intervenant doit apprendre à décoder avec le temps. En fait, le temps est un élément essentiel pour établir la validité de l'interprétation. Selon les intervenants, il est impossible d'être en mesure de décoder

adéquatement la CNV des personnes âgées atteintes de démence de DTA avancée sans connaître d'abord la signification des indices propres à chacun. Ceux-ci ne peuvent se décoder qu'après une longue période d'observation. Parce que le temps est un élément essentiel à la compréhension de la CNV, le personnel de remplacement ou le personnel occasionnel doit idéalement être jumelé aux mêmes résidents afin d'être en mesure de connaître et de décoder correctement la CNV de chaque résident le plus rapidement possible.

Selon les intervenants, la CNV passe d'abord par les yeux lors du repas et même durant les autres activités de la vie quotidienne. Selon eux, le regard de l'intervenant a aussi un effet direct sur l'expression des yeux du résident, ce qui signifie pour eux que le regard est un élément important dans la capacité d'interaction.

Voici les réponses obtenues lors des entrevues :

**Sujet A (Fiches 11-12)**

Question 11 : *Tu tiens compte de leur CNV?*

Réponse : *Je tiens compte de ce qu'ils me font comprendre. Tu sais, si ça va ou pas, tu le sens quand tu t'approches de la personne, par ses comportements. Elle va te regarder et tu le sens que c'est correct ou pas.*

Question 12 : *Ça se passe dans le regard?*

Réponse : *Moi, je dis que le regard aide beaucoup, surtout quand je leur parle. J'aime ça les regarder dans les yeux, la communication se fait là, étant donné que la communication verbale n'est plus. Avec les yeux, tu es capable d'aller chercher de l'information.*

**Sujet B (Fiches 9-10-11-12)**

Question 9 : *Ok, il y a des messages qui te sont transmis par des comportements propres à chaque résident?*

Réponse : *Oui, oui, oui, c'est comme la dame qui a été filmée hier, elle, elle va crisper le visage, ses yeux vont changer.*

Question 10 : *Que veux-tu dire exactement?*

Réponse : *Bien, tu peux voir, comment je te dirais ben ça, tu peux voir, c'est pas de la tristesse, elle peut être fâchée, tu le vois dans ses yeux !*

Question 11 : *C'est ses sourcils quoi?*

Réponse : *Non, non, c'est ses yeux, son regard, tu sais comme nous quand on fait ça (Imitation), c'est la façon de regarder l'autre.*

Question 12 : *C'est dans le regard?*

Réponse : *Oui, beaucoup.*

#### **Sujet C (Fiches 14-15-16)**

Question 14 : *Est-ce que c'est difficile pour un intervenant d'être à l'écoute du résident?*

Réponse : *Moi, je trouve pas ça difficile à faire, j'ai l'impression que c'est une habitude, on connaît nos résidents, leurs habitudes, les signes qu'ils vont nous donner. Quelqu'un ferme les yeux et ça veut dire, je ne veux rien savoir.*

Question 15 : *ça, c'est un signe?*

Réponse : *Oui, ça, c'est un signe.*

Question 16 : *Même pour les résidents classés 6/7?*

Réponse : *Oui, quelqu'un qui a les yeux fermés, bon, c'est clair.*

#### **Sujet D (Fiches 2-18-30-31-32)**

Question 2 : *J'aimerais que tu m'expliques quelle est l'importance de la communication non verbale lors du repas? Y a-t-il une communication lors de cette interaction?*

Réponse : *Oui, il peut y en avoir, mais des fois c'est pas toujours évident de décoder ce que la personne ressent. Eh l'expression du visage peut en dire beaucoup, mais c'est pas toujours*

*évident, y'a des choses que l'on peut percevoir dans l'expression soit des yeux ou des gestes, mais ça peut varier d'une personne à l'autre.*

Question 28 : *Qu'est-ce ce que tu veux dire?*

Réponse : *Il te donne des signes à travers ses expressions du visage, surtout ses yeux, ses yeux vont s'agrandir et il va te fixer et il va faire de quoi.*

Question 29 : *Le regard c'est très important?*

Réponse : *Oui, Oui.*

Question 30 : *Es-tu capable d'aller chercher d'autres informations dans le regard des résidents?*

Réponse : *Oui, avec les personnes qui sont ici actuellement, oui.*

Question 31 : *Ceux que tu connais?*

Réponse : *Oui*

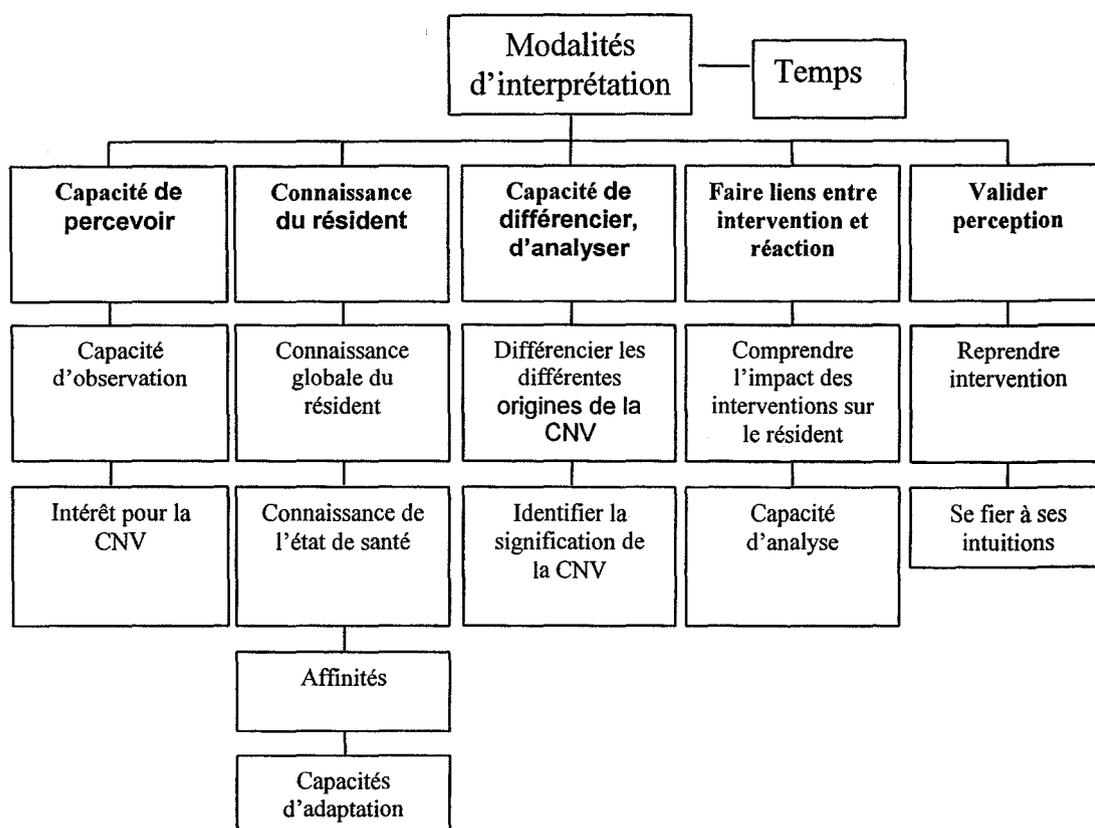
Question 32 : *Et avec les yeux, peux-tu différencier la souffrance de l'agressivité, de la joie?*

Réponse : *Oui, avec certains résidents. Comme Monsieur X, je sais faire la différence. À son arrivée, je voyais de la tristesse et je la vois encore aujourd'hui. Mais ce qui est important de comprendre, c'est de faire des liens entre ce qu'il vit et ses réactions, c'est important de respecter ça.*

Nous allons maintenant explorer les modalités d'interprétation de la CNV, c'est-à-dire la manière dont les intervenants arrivent à interpréter ce qu'ils perçoivent.

### 5.2.3- La connaissance des modalités d'interprétation de la CNV lors du repas

Le deuxième objectif de la présente recherche était de connaître le processus d'interprétation utilisé par les intervenants pour décoder la CNV des personnes âgées atteintes de DTA. Des matrices seront présentées afin de visualiser les différents éléments à respecter dans chaque étape du processus d'interprétation. Chaque matrice est développée en identifiant les éléments



*Matrice 1. Modalité d'interprétation. Processus du décodage de la CNV.*

nécessaires pour interpréter la CNV. Par exemple, à la Matrice 1, l'étape de la capacité à percevoir la CNV demande : une capacité d'observation et un intérêt envers la CNV. L'étape de la connaissance du résident demande : une connaissance globale du résident, une connaissance de l'état de santé, des affinités avec le résident et une capacité d'adaptation à travailler auprès de cette clientèle. Le lien qui unit les matrices et les différents regroupements d'unité de sens ont permis d'aider à l'identification du processus de l'interprétation de la CNV. Les différentes catégories comprennent les divers éléments rapportés par les intervenants pour décoder la CNV. Les réponses obtenues afin d'identifier les modalités d'interprétation de la CNV lors des entrevues ont donc permis de rapporter toutes les étapes identifiées par les intervenants pour

interpréter la CNV de la clientèle cible. Le thème abordé concernant les modalités d'interprétation lors des entrevues a donc permis de connaître des étapes précises et successives lors de l'interprétation de la CNV. Les intervenants considèrent qu'il est nécessaire de posséder diverses habiletés pour bien interpréter la CNV. Comme nous pouvons l'observer à la Matrice 1, il s'agit pour eux d'être capables de percevoir la CNV, de connaître les caractéristiques propres aux résidents, de savoir décoder et différencier les causes de la CNV, de faire un lien entre les interventions et les réactions des résidents et d'être capables de valider leurs perceptions lors de l'activité du repas. Comme nous pouvons le constater, chacune des étapes comporte des habiletés spécifiques. L'intervenant rapporte l'importance du processus à respecter pour bien interpréter la CNV de cette clientèle. Les étapes identifiées à la Matrice 1 doivent se réaliser successivement.

En ce qui concerne la capacité de percevoir la CNV, il s'agit pour l'intervenant de démontrer de l'intérêt pour la CNV et d'être capable de l'observer.

Connaître le résident nécessite d'acquérir plus d'informations sur la personne. Il est préférable de disposer de connaissances sur la DTA, de connaître l'état de santé du résident et les affinités que la personne entretient avec le personnel et les autres résidents et d'avoir une capacité d'adaptation afin de se centrer sur le résident.

La capacité de différencier l'origine de la CNV et de l'analyser demande à l'intervenant d'être en mesure d'identifier la provenance physiologique, psychologique ou sociale de la CNV et d'en faire l'analyse. Un des intervenants mentionne qu'il est important de faire des liens entre l'intervention et la réaction du résident lors de l'interprétation des comportements. Donc, selon lui, il est important de comprendre l'impact de l'intervention sur le résident pour ensuite valider son décodage en recommençant la même intervention pour vérifier son impact ou en s'informant auprès de son entourage ou encore, en se fiant à ses intuitions.

Ainsi les modalités propres à chaque habileté feront l'objet d'une matrice. La Matrice 1 s'intitule : Capacité à percevoir, la Matrice 2 s'intitule: Connaissance du résident, la Matrice 3 s'intitule: Capacité à différencier et à analyser, la Matrice 4 s'intitule: Faire des liens entre intervention et la réaction du résident et la Matrice 5 s'intitule : Valider nos perceptions. Voyons maintenant les différentes étapes à suivre pour interpréter la CNV en définissant chaque étape à partir des Matrices.

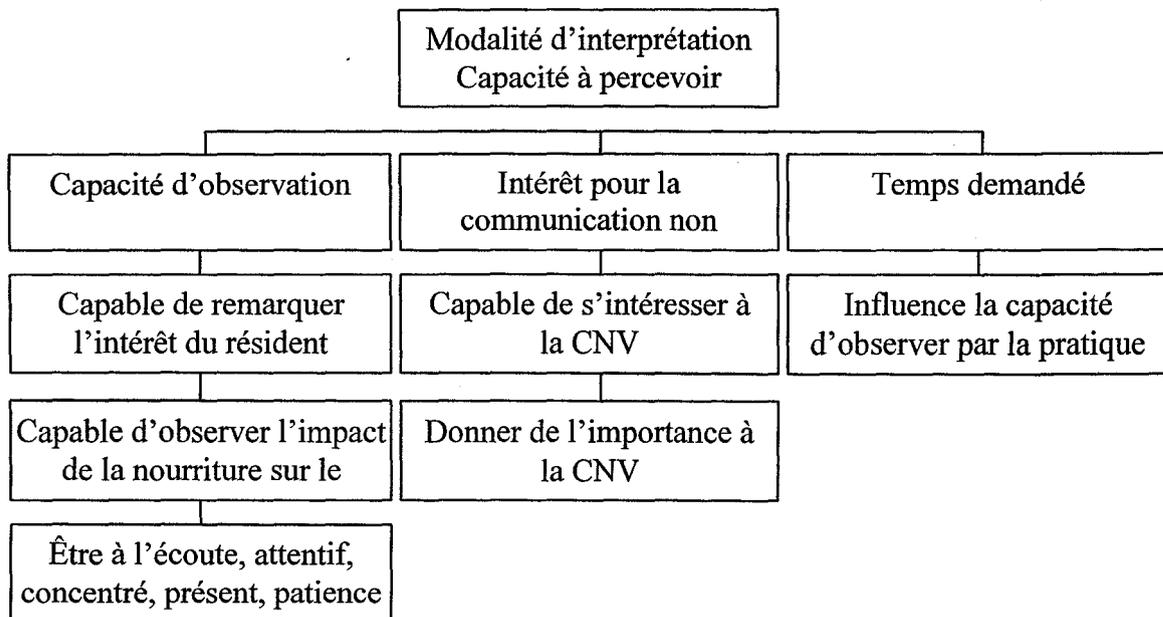
#### 5.2.3.1- Le temps

Le temps est un facteur déterminant pour l'interprétation de la CNV puisque certains intervenants mentionnent qu'il n'est vraiment possible de bien décoder la CNV du résident qu'après un certain temps. Pour un nouvel intervenant, trois à quatre mois de contacts réguliers avec un résident est la période de temps requise pour décoder sa CNV.

#### 5.2.3.2- La capacité de percevoir la CNV lors d'une activité de la vie quotidienne (le repas)

Selon les intervenants la première étape à réaliser pour interpréter la CNV est de percevoir celle-ci. Voici la Matrice intitulée *Capable de percevoir* reliée aux modalités d'interprétation.

L'interprétation de la CNV dépend principalement du sens d'observation de l'intervenant, de son écoute, de sa présence et de sa patience. Avoir l'habitude de remarquer et d'observer ce que fait le résident, influence la capacité de percevoir la CNV. Il faut être patient parce qu'il est difficile de différencier l'origine de la CNV (physiologique, psychologique ou sociale) des résidents lors des premières rencontres. Percevoir la CNV permet, selon les intervenants, d'obtenir de l'information concernant l'aspect physiologique, psychologique et social des résidents, ce qui aide à mieux les connaître, à mieux les aider, à mieux les assister, ce qui rehausse donc la qualité de l'intervention. Percevoir la CNV lors du repas est essentiel avec cette clientèle puisque ces personnes n'ont plus la capacité de s'exprimer autrement, ce qui permet à l'intervenant d'identifier la faim, la satiété, le dégoût, le refus, la satisfaction et l'insatisfaction. L'intervenant n'a



Matrice 2. Modalité d'interprétation. Capable de percevoir.

pas le choix de développer ses capacités d'observation qui ne sont pas toujours innées chez lui, puisqu'il est appelé à répondre aux différents besoins de cette clientèle, puisqu'il a donc à comprendre ce que le résident exprime. L'intervenant doit aussi être capable d'identifier différents besoins autres que la faim et la satiété lors des repas. Il peut aussi identifier l'humeur de la personne pour ensuite y adapter ses interventions. Percevoir la CNV permet donc d'intervenir adéquatement et aide à mieux interpréter les différents besoins en établissant une congruence entre l'action de l'intervenant et la réaction du malade. Il est possible de croire que plus l'intervenant expérimente et pratique l'observation de la CNV auprès de cette clientèle, plus il pourrait améliorer son sens de l'observation ainsi que sa patience et sa tolérance. Il a été noté que selon les intervenants, percevoir la CNV les amènerait à identifier entre autres les apprentissages réalisés par la personne âgée malade. Selon eux, des indices de CNV sont observables jusqu'à la mort et il est important de les décoder jusqu'à la fin.

Voici certaines réponses obtenues lors des entrevues à ce sujet :

**Sujet A Fiche (12)**

Question 12 : *Comment fais-tu pour être certain de ce que tu interprètes? Et pour vérifier ton interprétation?*

Réponse : *Tu peux les regarder, les toucher, afin de vérifier, exemple, quand ils ont mal, tu observes une réaction. Tu te fies à ton intuition.*

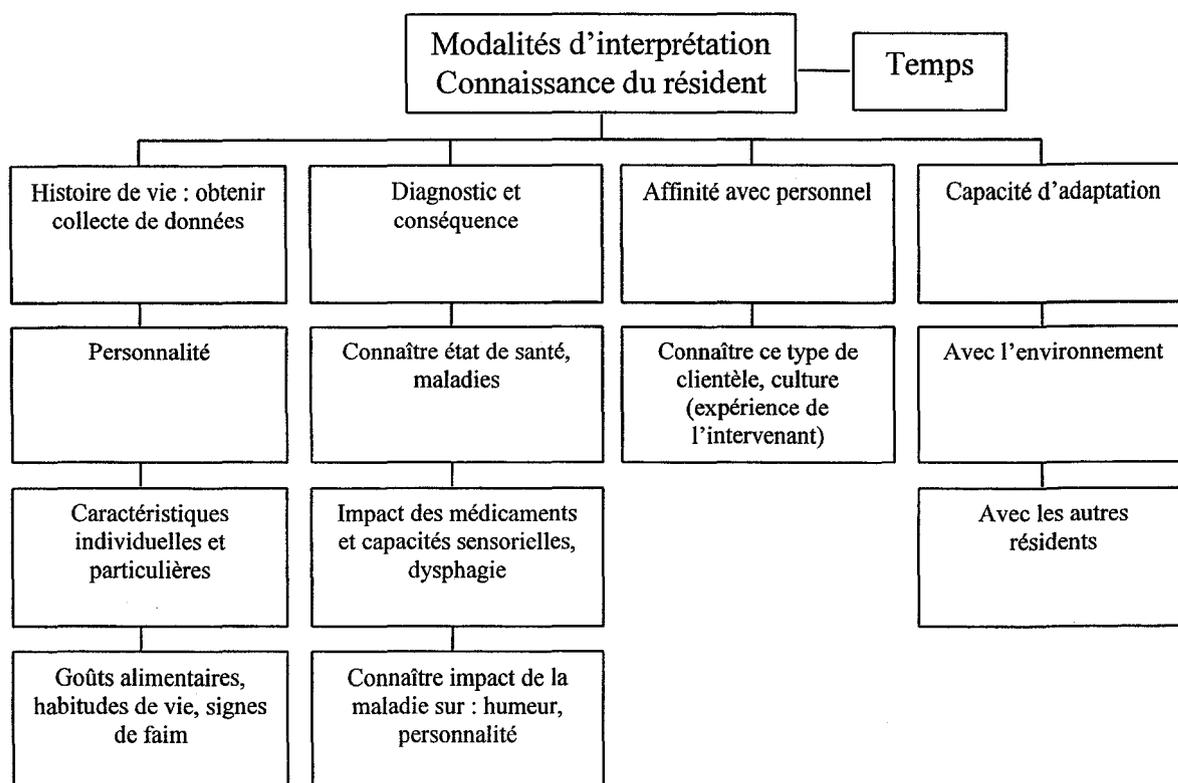
Question 51 : *Ok, donc si j'ai bien compris, tu penses que c'est important de percevoir la CNV chez cette clientèle?*

Réponse : *Ah oui, oui c'est important, même que je te dirais que c'est important pour toutes les maladies, pas juste pour l'Alzheimer.*

**Sujet C : Fiche (10)**

Question 10 : *Mais il existe une CNV. Est-ce que tu penses que c'est important pour un intervenant de percevoir la CNV durant le repas?*

Réponse : *Oui, moi, je pense que si on veut donner des bons soins de qualité, oui, c'est important. Si on est à l'écoute de la personne, oui, c'est important, sinon, c'est un être inanimé, une canne de soupe qui est devant nous, y'a pas d'interaction, y'a rien. Donc oui, c'est important que la CNV soit comprise.*



Matrice 3. Modalité d'interprétation de la CNV et connaissance du résident.

### 5.2.3.3- L'impact de la connaissance du résident sur le décodage de la CNV

Voici l'étape suivante, *la connaissance du résident*. La Matrice 3 résume l'ensemble des facteurs aidant l'intervenant à mieux connaître le résident pour mieux interpréter la CNV.

Bien connaître les résidents est, pour tous les intervenants rencontrés, un moyen de favoriser et de faciliter l'interprétation de la CNV. Il leur faut disposer d'un minimum de données sur un résident et idéalement du plus grand nombre de données possibles avant d'en interpréter efficacement la CNV. Pour eux, il est important de se renseigner sur l'état de santé du résident, ses antécédents, son histoire familiale et son histoire de vie, les particularités propres à la personne telles que la personnalité, les changements d'humeur, les capacités sensorielles, les goûts et les habitudes alimentaires, les réactions aux divers stimuli liés à l'environnement, à l'ambiance, à l'atmosphère, les réactions devant les intervenants de cultures différentes, les

affinités et les compatibilités avec le personnel soignant et les dernières expériences vécues (expliquant les réactions présentes). Ces différents facteurs aident à mieux interpréter la CNV, donc à mieux comprendre les réactions du résident lors du repas. Les intervenants estiment que les rencontres d'équipe sont essentielles pour obtenir de l'information et pour augmenter la quantité de renseignements à leur disposition. Elles leur offrent également l'occasion de valider avec les autres membres de l'équipe sa compréhension des changements de comportements observés qui peuvent être reliés à l'évolution de la maladie. Il est important pour l'intervenant d'obtenir de l'information exacte afin d'éviter de créer ou d'amplifier divers problèmes lors de l'intervention. Par exemple, le fait de savoir qu'un résident pleure quand il a faim aide l'intervenant à interpréter la CNV. Connaître les caractéristiques propres à chaque résident lors des repas et chercher à comprendre les raisons de certains comportements aident aussi à mieux interpréter la CNV.

Voici certains commentaires des intervenants qui illustrent bien, selon nous, l'importance qu'ils accordent à une bonne connaissance du résident pour bien décoder la CNV de celui-ci.

**Sujet A Fiche (3)**

Question 3 : *C'est important de bien connaître la personne?*

Réponse : *Il faut que tu connaittes la personne, oui, il faut la connaître.*

**Sujet B Fiches (83-84)**

Question 83 : *Quels conseils donnerais-tu à un nouvel intervenant pour qu'il soit capable de décoder la CNV des résidents?*

Réponse : *Qu'il vienne nous demander de l'information sur les résidents, exemple, si tu vois qu'il a une réaction anormale. Mais quelqu'un qui ne connaît pas le résident ne peut pas décoder ou à peu près pas.*

Question 84 : *Donc, ça prend du temps pour décoder, mais c'est faisable?*

Réponse : *Oui, mais ça prend du temps. On doit connaître la personne pour finir par décoder toute sa CNV.*

**Sujet C Fiches (3-12-33)**

Question 3 : *Avec le temps, à mesure que tu connais la personne?*

Réponse : *Oui, à force de les connaître, y'a des choses qu'on voit avec certains que l'on ne voit pas avec d'autres, ça peut être différent. Par exemple, avec certains, on voit des comportements d'agressivité qui vont se manifester de toutes sortes de façons et que l'on ne découvre pas chez d'autres ou qui vont le manifester d'une autre façon.*

Question 12 : *En fait, est-ce que c'est important d'aller chercher le plus d'information possible afin de mieux comprendre la CNV du résident lors du repas?*

Réponse : *Pour quelqu'un qui travaille juste de temps en temps ça c'est difficile. On est limité dans le temps. Mais pour quelqu'un qui est régulier, c'est important qu'il connaisse l'ensemble du résident et qu'il connaisse son vécu, ce qu'il faisait comme travail. Comprendre pourquoi le résident tout d'un coup fait du ménage dans les corridors, bien, c'est parce qu'il faisait de l'entretien ménager comme travail auparavant. Comprendre pourquoi le résident pleure quand sa fille quitte, bien y'a une raison à cela. Elle est joyeuse ou triste quand elle reçoit de la visite d'un tel? Ça c'est des choses en général qu'on peut remarquer, c'est de l'information qui vient d'une collecte de données et on tente autant que possible de transmettre cette information-là aux autres intervenants. Ça, c'est des choses qui vont être faciles à dire à une personne qui va travailler à temps plein. Donner des conseils va faciliter les choses. Je vais plus l'orienter sur les activités de la vie quotidienne.*

Question 33 : *Si je résume ce que tu m'as dit depuis le début, on arrive à décoder les signes du résident avec le temps. Plus on connaît le résident, plus on est capable de décoder ses messages?*

Réponse : *Oui, c'est ça !*

**Sujet D Fiches (12-26-81)**

Question 12 : *Il était capable de parler avant?*

Réponse : *Oui, c'est pour ça que c'est important d'avoir beaucoup d'information sur le vécu d'une personne. Il faut puiser dans son passé pour la rejoindre dans le présent en communiquant.*

Question 26 : *Crois-tu que ça prend du temps pour décoder et comprendre les réactions des résidents?*

Réponse : *Oui, il faut apprendre à les connaître, mais la seule façon de connaître la personne, c'est d'essayer d'être en relation avec elle pour mieux la comprendre. Moi, je pense qu'on devrait avoir plus de rencontres, pour connaître les différents moyens d'intervention qu'on pourrait utiliser avec la clientèle. On est assez limité dans l'intervention. On devrait nous donner plus d'information concernant la CNV de chacun. J'aimerais savoir ce que les autres détectent, les non dits.*

Question 81 : *Ici, je regarde ça et j'ai l'impression qu'il est complètement désintéressé de l'activité du repas?*

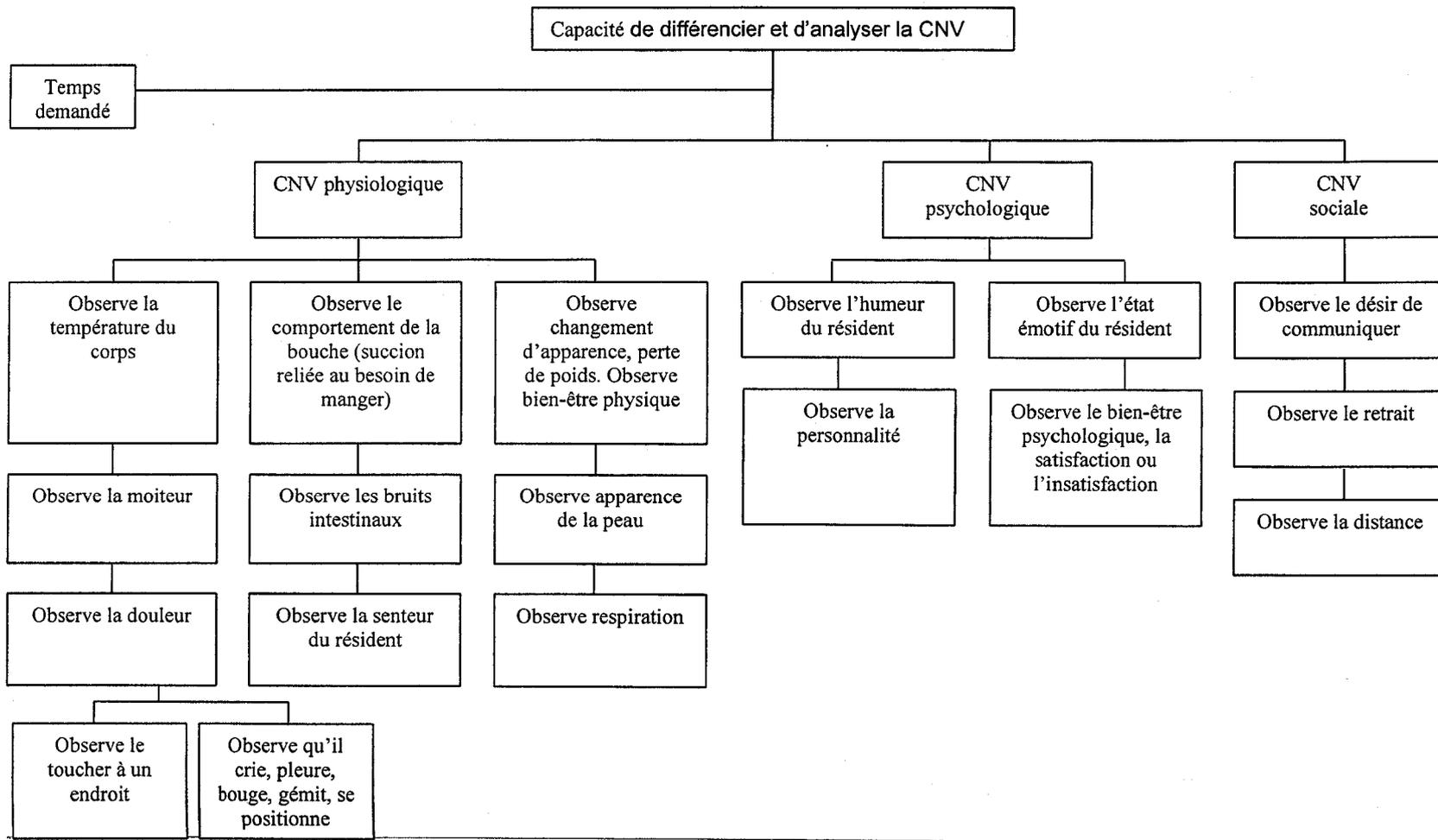
Réponse : *Oui ça c'est X. Y'est désintéressé parce qu'on dirait qu'une partie de sa conscience est désengagée, décrochée et c'est pour ça que je pense qu'on devrait comme intervenant avoir plus d'information sur la maladie afin de comprendre davantage ce qui se passe en eux.*

#### 5.2.3.4- La capacité à différencier et à analyser la CNV (origine physiologique, psychologique et sociale) suscitée par l'intervention

Selon les intervenants, la capacité de différencier et d'analyser la CNV est la prochaine étape dans l'interprétation de la CNV. La Matrice 4 présente la capacité de différencier et d'analyser la CNV des personnes âgées atteinte de DTA.

Cette étape facilite l'intervention et améliore sa qualité. Afin de bien différencier l'origine de la CNV et de bien analyser celle-ci, il faut, selon eux, faire la distinction entre les indices provenant des différents domaines : physiologique, psychologique et social. Selon les modalités illustrées à

la Matrice 4, les intervenants affirment qu'ils sont vraiment capables de différencier les différentes origines des messages qu'après un certain temps, c'est-à-dire après avoir côtoyé le résident pendant une période de trois ou quatre mois. Sans cette période, ils ne sont jamais complètement certains de l'exactitude de leurs interprétations et ils doivent régulièrement consulter leurs confrères intervenants pour valider leurs interprétations. Comme on peut le constater au Tableau 4, les diverses origines de la CNV semblent susciter des manifestations suffisamment distinctes pour orienter l'intervenant dans sa compréhension du message. Ce tableau rapporte les associations que réalisent les intervenants en identifiant des manifestations pour chacune des origines. Les intervenants sont capables de différencier une communication d'origine physiologique d'une communication d'origine psychologique ou sociale. Par exemple, quand le résident souffre d'une douleur physique, l'intervenant peut observer que le résident se frotte à un endroit particulier et en conclure qu'il a mal à cet endroit. Quand le résident perd du poids, il est possible d'en conclure que c'est un phénomène physiologique relié dans certains cas à un problème de santé. L'intervenant peut aussi distinguer une communication psychologique d'une communication sociale. La personnalité et l'humeur du résident sont distinctes d'un besoin d'entrer en relation avec l'environnement dans un contexte très précis. Notons ici que le contexte dans lequel l'intervenant réalise ses observations est un élément important pour interpréter la CNV. L'intervenant peut donc amorcer un processus d'analyse après avoir observé le ou les indices et après avoir pris connaissance de certains faits qui facilitent l'interprétation.



Matrice 4. Modalité d'interprétation. Capacité de différencier la CNV d'origine physiologique, psychologique, sociale.

Il est donc possible pour l'intervenant d'identifier différentes origines de la CNV après avoir observé des indices et après avoir pris connaissance des données spécifiques au résident. De plus, le temps d'apprentissage est également un facteur important. Reconnaître la CNV physiologique est courant et est possible en observant plusieurs indices dont la température du corps, l'apparence de la peau telle que sa couleur et sa moiteur, en constatant la présence de douleur parce qu'il y a frottement de l'endroit douloureux, en écoutant les paroles, les cris, les pleurs, les gémissements, les murmures, les bruits intestinaux, en constatant de l'agitation, une posture particulière ou inhabituelle, des comportements réflexes de la bouche tels la succion et les bâillements et en percevant des odeurs de transpiration ou autres.

L'humeur, la personnalité, l'état de satisfaction ou d'insatisfaction sont des exemples rapportés qui permettent à l'intervenant d'identifier la CNV d'origine psychologique.

Pour ce qui est de la CNV sociale, comme on peut le constater à la Matrice 4, les intervenants se reportent souvent au désir de communiquer avec les autres. Ils y incluent également la distance sociale qui correspond, pour eux, à un indice du désir d'interaction du résident dans un contexte où il comprend qu'il a besoin de l'intervenant pour assouvir ses besoins, dont se nourrir. L'intervenant peut donc être en mesure de reconnaître les origines de la CNV. La collecte de données au sujet des résidents, l'information obtenue lors des rencontres d'équipe et avec la famille ainsi que l'expérience de côtoyer les résidents favorisent le développement de la capacité d'identifier la communication provenant d'origine physiologique, psychologique et sociale. Le Tableau 4 montre les associations que réalisent les intervenants entre les origines et les manifestations rencontrées chez les résidents.

Tableau 4

## Origines des messages non verbaux, interprétation et manifestations observées

Origines	Interprétations	Manifestations observées
Physiologique	Douleur	Frottement de l'endroit douloureux Agitation, expression des yeux Cris
	État de santé	Apparence physique Perte ou variation de poids Couleur de la peau : rougeâtre, très pâle Moiteur de la peau Transpiration corporelle Somnolence
	Bien-être physiologique	Calme, pas d'agitation
Psychologique	Personnalité	Expression et comportements propres au résident
	Agressivité	Gestuelle Cris Coups de pied Frappe Violence envers les objets ou le personnel
	Anxiété	Gestuelle Mobilité des yeux Marche beaucoup Agitation Inattentif, absent
	Bien-être	Expression des yeux Expressions faciales Gestuelle
Sociale	Humeur	État de calme Inactif Sourire Attitude envers l'intervenant Excitation
	Communication personnelle	Regard dirigé Regard fixe Regard intéressé Cherche le contact visuel Marmonne Crie Gesticule Cherche à toucher l'autre Cherche la proximité avec l'autre Sourit

Voici des réponses obtenues lors de l'entrevue concernant l'interprétation de l'origine de la CNV.

**Sujet A Fiche (28)**

Question 28 : *Es-tu capable de décoder les différentes origines de la communication non verbale? C'est-à-dire de différencier la douleur de la tristesse, des mimiques, etc.?*

Réponse : *C'est pas toujours évident et c'est difficile de valider ça. Si la personne a mal, elle va gémir ou je vais le remarquer par ses yeux.*

**Sujet B Fiche (38)**

Question 38 : *Tu étais capable de distinguer, quand la personne avait de la douleur, ou de la tristesse, ou faisait un sourire pour te dire bonjour?*

Réponse : *Oui, j'étais capable et même avec celle de ce matin.*

**Sujet C Fiche (9)**

Question 9 : *Est-ce que tu es capable de décoder la tristesse et la douleur? Comment fais-tu pour décortiquer tout ça? Est-ce que tu perçois bien la différence? Est-ce que tu sais faire la différence dans tout ça?*

Réponse : *C'est sûr que je peux en faire des bouts, c'est pas facile et on a de la difficulté à le vérifier aussi, parce que la personne ne pourra pas nous le dire, donc ça va être par une autre façon, en touchant ou en mobilisant la personne qu'on peut aller le vérifier. Mais je dirais qu'il faut connaître la personne, tsé, si je la vois seulement qu'une fois, oublie ça, je ne serai jamais capable de te dire qu'elle est souriante parce qu'elle est de bonne humeur ou parce qu'elle essaie de me dire bonjour. Je ne pense pas être capable de faire la différence. Par contre, si j'ai un vécu avec cette personne-là et que j'ai appris à la connaître, je vais peut-être avoir de la facilité, mais ça ne veut pas dire que je vais réussir, parce que je pense que c'est complexe. C'est complexe parce qu'il y a toutes sortes de situations, toutes sortes de faits qui peuvent arriver, ce n'est pas facile.*

**Sujet D Fiches (32-75-79)**

Question 32 : *Et avec les yeux, peux-tu différencier la souffrance de l'agressivité, de la joie?*

Réponse : *Oui, avec certains résidents. Comme Monsieur X, je sais faire la différence.*

Question 75 : *Ici, dans la vidéo, es-tu capable de décoder la communication physiologique, psychologique et sociale de Monsieur X?*

Réponse : *Oui, je suis en général capable de décoder, mais ça prend du temps. Par contre, il est difficile de décoder tous les signes et de les différencier dès le début, ça peut prendre un certain temps.*

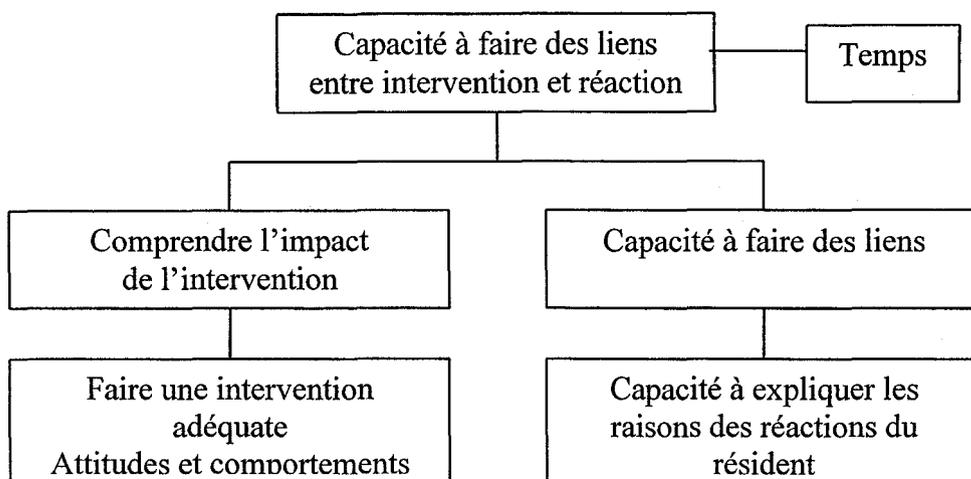
Question 79 : *OK, et es-tu capable, toi, de décoder la douleur chez ce Monsieur?*

Réponse : *Ils ont quelques fois des douleurs physiques comme X, on voyait qu'il avait mal au ventre et il me le disait en se tenant le ventre et je lui demandais : As-tu mal au ventre X?*

Après avoir pris connaissance de la troisième étape concernant le processus d'interprétation, voyons maintenant l'étape suivante.

#### 5.2.3.5- La capacité à faire des liens entre intervention et réaction

Selon les intervenants, les résidents réagissent et s'expriment par la CNV. Leurs réactions sont perçues comme positives ou négatives, ce qui permet à l'intervenant d'adapter ses interventions, de faire des liens entre son intervention et les réactions du résident lors de l'activité du repas. La Matrice 5 présente les sous-catégories importantes relevées par les intervenants pour comprendre comment ils arrivent à faire des liens entre leurs interventions et les réactions du patient. Les tableaux 5 et 6 présentent des indices de réactions positives et négatives.



Matrice 5. Modalité d'interprétation. Lien entre le comportement de l'intervenant et les réactions du résident.

Les intervenants rencontrés rapportent qu'il est aidant pour eux de faire le lien entre leurs propres comportements et les réactions du résident lors d'une intervention comme le repas. Ils estiment que comprendre l'impact de leur intervention, utiliser une intervention adéquate, être capable de faire des liens entre leur intervention et les réactions du résident et être capable d'expliquer ces réactions sont des éléments essentiels à l'interprétation de la CNV. Voyons les différents éléments rapportés par les intervenants et identifiés par la Matrice 5

En ce qui concerne la compréhension de l'impact de l'intervention sur le résident, les intervenants ont mentionné que le type d'intervention utilisé a un effet sur le résident. L'intervenant doit donc prendre conscience de sa manière d'intervenir. Il doit donc être en mesure d'interpréter l'impact de son intervention sur le résident et mémoriser celle-ci dans le but de l'utiliser ou de l'éviter lors d'interventions subséquentes.

En lien avec la prise de conscience de l'impact de l'intervention sur le comportement du résident, les intervenants mentionnent qu'il est important d'utiliser des attitudes adéquates. Une intervention adéquate demande une bonne approche ce qui facilitera l'interaction avec le résident et entraînera des répercussions directes sur le déroulement de l'intervention (la tâche, l'activité à

accomplir). Voici les différentes attitudes et comportements rapportés et souhaités pour faciliter l'intervention :

Il est préférable d'avoir *de l'expérience* dans ce type d'activité pour intervenir efficacement auprès de cette clientèle, puisque les résidents réagissent différemment selon les interventions. Un intervenant explique que, dans certains cas, lorsque le résident démontre de l'indifférence envers lui, c'est sa façon d'exprimer qu'il n'est pas intéressé à une relation interpersonnelle, qu'il désire tout simplement s'alimenter. Dans un tel cas, l'intervenant doit simplement vaquer à sa tâche (repas) et ne pas s'occuper du reste, ne pas essayer d'établir une interaction. On constate ce genre de réaction chez certains résidents.

*Être soi-même, être créatif, doux, à l'écoute, efficace, vigilant, innovateur, présent, calme et ne pas se sentir coupable* si l'interaction ne fonctionne pas comme désiré sont des caractéristiques qui influencent la CNV du patient. Vouloir connaître les réactions du résident, *vouloir le comprendre, être empathique* influencent aussi ses comportements subséquents.

L'activité du repas demande *un rythme et des gestes lents*. Utiliser une gestuelle et une vitesse d'exécution appropriées est un moyen efficace souvent mentionné par les intervenants. Les gestes brusques risquent de surprendre les résidents et de provoquer de l'agitation, des sursauts, de l'inquiétude, de l'anxiété, voire de l'agressivité. Selon les intervenants, prendre le temps nécessaire pour accomplir une activité influence considérablement la qualité de l'intervention et peut même avoir un impact significatif sur les réactions du résident. Il faut se donner le temps nécessaire pour établir une relation de confiance. Il est important de prendre le temps qu'il faut pour réaliser une activité, pour bien connaître le résident, pour le nourrir correctement et ainsi établir une relation de confiance qui facilitera l'intervention et qui suscitera des réactions positives de sa part.

*Démontrer de l'intérêt* envers le résident aura un effet à la fois sur la qualité de l'intervention et sur les relations avec sa famille. Il est donc important que les intervenants démontrent de

l'intérêt à communiquer avec le résident et sa famille, ce qui aura comme effet d'accroître la confiance du résident envers l'intervenant lors des interventions.

Les intervenants ajoutent que le fait de *donner l'exemple*, comme d'ouvrir la bouche lors du repas, peut également inciter la personne âgée à imiter l'intervenant. Ceci peut faciliter le déroulement de l'intervention. Plusieurs intervenants ont développé l'habitude d'ouvrir la bouche lorsqu'ils présentent la nourriture aux résidents. Cette réaction s'explique par un comportement réflexe ou par le besoin de donner l'exemple, d'inciter à l'imitation.

Une approche adéquate et efficace de la part de l'intervenant *développe la confiance* du résident envers ce dernier et aura des répercussions sur la qualité de leur relation. La qualité de l'intervention est également très liée aux réactions du résident. Il est donc important d'*observer* les réactions de celui-ci et de remettre en question son approche si nécessaire.

*Le respect* est également un élément important pour favoriser une bonne intervention. Respecter les goûts du résident, ses habitudes, ses refus, son appétit, ses signes de satiété, ses besoins, son besoin de tranquillité font partie des approches et des attitudes adéquates. Tenir compte des différents signes précurseurs d'une réaction agressive à l'égard de l'intervenant est également à conseiller. Prévenir les comportements difficiles en identifiant et en décodant tous les signes du résident qui pourraient annoncer que des coups sont imminents fait partie des techniques utilisées par les intervenants. C'est pourquoi, selon eux, la justesse de l'interprétation des différents indices est d'un grand intérêt, elle est même essentielle.

*La position physique* de l'intervenant est aussi importante lors du repas. Elle diffère d'un intervenant à l'autre, certains choisissent d'être debout, d'autres assis. Il semblerait que se placer face à face est un moyen efficace pour éviter les sursauts du résident et que cela aide à accomplir la tâche. Une vision faible ou des problèmes de perception expliqueraient ces réactions chez certains résidents.

L'instinct est aussi un élément mentionné par un intervenant. Pour lui, *se fier à son intuition* est un moyen qui l'aide à accomplir adéquatement sa tâche, c'est-à-dire qui lui permet de s'ajuster et de s'adapter à la situation selon ce qu'il ressent à un moment donné. Ses actions en seraient alors plus efficaces et plus satisfaisantes.

*Le toucher* est une autre approche et un moyen d'observation, qui favorise l'interaction et qui facilite l'intervention. Mais il n'est pas conseillé de toucher tous les résidents puisque cela peut provoquer chez certains individus de l'agressivité ou du stress. Il est important de se placer face à la personne et de s'assurer d'être bien vu lorsqu'on la touche, de façon à éviter de la surprendre et de la faire sursauter.

Pour l'intervenant, il est important d'obtenir la collaboration du résident. Il sait que lorsque le résident le regarde, il est plus facile de mener à bien une tâche. Ainsi, l'attention et à la concentration du résident importent durant l'heure du repas. Toutefois, le manque d'attention est malheureusement fréquent chez cette clientèle puisqu'il fait partie des conséquences de la maladie. *Être attentif* lors de l'intervention et être concentré sur l'activité du repas sont nécessaires et s'avèrent même des conditions obligatoires pour certains intervenants. Nourrir un seul résident à la fois est essentiel si l'on veut garder l'attention de celui-ci.

*Tenir compte des problèmes* sensoriels, du confort, des capacités de s'alimenter, des mémoires émotive et visuelle du résident sont aussi des éléments qui sont partie intégrante d'une bonne approche auprès de cette clientèle.

*Être sensibilisé* à l'effet secondaire des médicaments est aussi une attitude à développer. À titre d'exemple, dans certains cas, la somnolence observée n'est pas due à un manque d'intérêt du résident, mais est plutôt attribuable aux effets secondaires d'un ou de plusieurs médicaments.

Selon certains intervenants, il est aussi important de *tenir compte du potentiel résiduel* du résident qui est trop souvent négligé. Ceci permettrait de maintenir une certaine autonomie chez le résident, tout en ayant un impact positif sur l'estime de soi de ce dernier.

*La capacité d'adaptation* de l'intervenant est un élément très important. Si l'intervenant n'arrive pas à s'adapter à l'évolution de la maladie ainsi qu'aux changements qui en résultent, celui-ci risque d'éprouver de la difficulté à intervenir convenablement et efficacement.

La capacité de faire des liens entre une intervention et la réaction du résident fait partie intégrante des modalités d'interprétation. Pour arriver à évaluer ce lien, l'intervenant tient compte de la connaissance qu'il possède du résident, de sa capacité à percevoir et différencier les indices de communication, de sa capacité à analyser celle-ci et tient compte de l'impact de son intervention sur le résident afin de faire des liens et intervenir correctement.

Être en mesure d'expliquer les raisons des réactions du résident répond à un besoin chez les intervenants. Il est nécessaire pour eux de comprendre les raisons du comportement observé et d'être en mesure d'expliquer ces réactions manifestées par les résidents atteints de DTA. Être capable d'expliquer ce qui provoque des réactions permet d'éviter de provoquer des réactions négatives et de susciter des réactions positives.

L'intervenant se fie beaucoup aux réactions positives du résident pour accomplir son intervention. Il arrête ou change son intervention quand il décode des réactions négatives chez le résident qui ne s'exprime pas verbalement. Les Tableaux 5 et 6 présentent les indices de réactions positives et réactions négatives du résident face aux comportements des intervenants lors du repas. Ce tableau identifie les réactions les plus souvent rapportées par les intervenants. Nous constatons beaucoup plus de réactions négatives que de réactions positives. Cette situation est attribuable au fait qu'ils sont plus attentifs aux réactions négatives parce qu'elles génèrent des adaptations de leur part. Par conséquent, les intervenants ont tendance à moins tenir compte des réactions positives.

Tableau 5 Indices de réactions positives et négatives lors d'interventions durant le repas

Réactions	Indices
<b>Positives</b>	
Regard exprimant de la satisfaction	- Yeux détendus, non mobiles et peuvent être fixes
Aucune réaction des yeux	- Ouverture normale des yeux - Yeux fixent la cuillère et l'assiette - Suit les déplacements de l'intervenant
Réaction de la bouche	- Ouverture normale de la bouche, au bon moment
Réactions physiques	- Attitude calme et détendue - Se rapproche de la nourriture et de l'intervenant
Réaction d'indifférence	- Indifférence, ne cherche pas d'interaction, veut se nourrir
Réaction d'écoute	- Collabore en démontrant de l'écoute
Réaction verbale	- Répond oui ou non
Réagit à l'interaction	- Cherche un contact visuel
<b>Négatives</b>	
Pousse l'assiette	- Ne veut plus de nourriture
Réaction agressive	- Insatisfait
Ne réagit pas	- Absence totale, n'est plus là
Somnolence	- Démontre de la fatigue
Réaction d'incontinence	- Est en désaccord, frustré
Regard insatisfait	- Gros yeux, fronce les sourcils
Fermeture totale	- Fermeture des yeux, de la bouche
Agitation	- Bouge, démontre de l'impatience
Manque d'intérêt	- S'amuse avec la nourriture
N'a plus faim, n'aime pas la nourriture ou l'intervenant	- Crache, rejette la nourriture
N'est plus intéressé	- S'éloigne de la table - Est distrait, regarde ailleurs
Est ambivalent	- Veut ou ne veut pas se nourrir - Ouvre et ferme sa bouche

Il est donc possible de constater chez les résidents des réactions aux comportements de l'intervenant lors de d'interventions au cours d'activités de la vie quotidienne. Voici les réponses obtenues lors des entrevues et qui font référence à la Matrice 5.

**Sujet A Fiches (55-59)**

Question 55 : *Elle semble vouloir accepter ta manière de faire? Tu lui présentes la cuillère au bon moment? Et elle ouvre la bouche?*

Réponse : *Oui, mais je ne vais pas vite, si j'allais plus vite, tu verrais sa réaction.*

Question 59 : *Regarde ici, tu lui touches l'épaule et elle se retourne pour te regarder?*

Réponses : *(Rire). Le toucher, c'est important.*

**Sujet D Fiche (70)**

Question 70 : *Est-ce que c'est ton intervention qui facilite la tâche?*

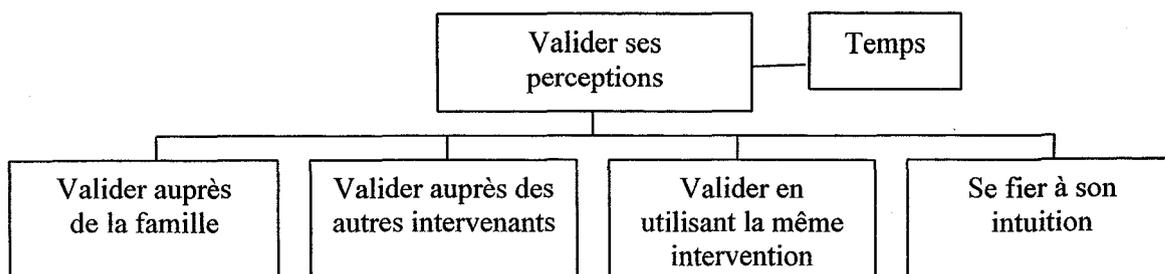
Réponse : *Oui, je pense que oui, parce que plusieurs ont de la difficulté avec lui, j'ai regardé ce qui pouvait l'intéresser et je lui parle de son passé.*

Voici la dernière étape pour interpréter la CNV.

**5.2.3.6- La validation des perceptions**

Valider son interprétation de la CNV avec d'autres membres du personnel soignant et auprès des familles est un autre moyen adopté par l'intervenant pour vérifier ses perceptions et qui fait partie intégrante des modalités d'interprétation.

Précédemment, l'intervenant a pu analyser les réactions provoquées lors du toucher, obtenir suffisamment d'information, différencier la provenance de la CNV et être attentif à l'impact de ses interventions. Valider, c'est aussi refaire l'intervention pour s'assurer que son interprétation est juste. Les intervenants précisent qu'ils se fient souvent à leur intuition pour valider leurs interprétations (voir Matrice 6).



Matrice 6. Modalité d'interprétation. Valider ses perceptions.

Voici les réponses obtenues en ce sens lors des entrevues :

**Sujet A** Fiches (12-24)

Question 12 : *Comment fais-tu pour être certain de ce que tu interprètes, pour vérifier ton interprétation?*

Réponse : *Tu peux les regarder, les toucher afin de vérifier. Exemple, quand ils ont mal, tu observes une réaction, tu te fies à ton intuition, pas à ton jugement, mais ce n'est peut-être pas ce que la personne veut.*

Question 24 : *Et si elle ne veut rien manger, es-tu bien certaine de ce que cela signifie?*

Réponse : *Bien là, je vais m'informer auprès des autres intervenants, afin de savoir ce qui cause cette situation. Si elle a bien mangé avant, ou si elle n'a pas beaucoup mangé avant, je vais peut-être insister pour qu'elle boive au moins son jus pour ne pas qu'elle soit déshydratée. Je peux peut-être insister, mais si elle ne veut pas, écoute, ce n'est pas en forçant que tu vas arriver à quelque chose.*

**Sujet C** (Fiches 9-53)

Question 9 : *Est-ce que tu es capable de décoder la tristesse, la douleur. Comment fais-tu pour décortiquer tout ça? Est-ce que tu perçois bien la différence, comment fais-tu pour valider ce que tu perçois?*

Réponse : *Ce n'est pas facile et on a de la difficulté à le vérifier aussi parce que la personne ne pourra pas nous le dire. Donc ça va être par une autre façon, en touchant ou en mobilisant la personne qu'on peut aller vérifier.*

Question 53 : *Ici, tu le touches, est-ce que tu cherches son attention?*

Réponse : *Non, je cherche à valider ce que je perçois et quand je n'ai aucune idée de ce qu'il veut dire, je demande aux autres intervenants ou à la famille si elle est présente.*

Nous venons donc de prendre connaissance des modalités d'interprétation établies par les intervenants. Nous allons maintenant traiter d'éléments qui ont été soulevés durant les entrevues et qui sont d'intérêt particulier pour l'intervention : le paralangage ou plus précisément, la réaction du résident au ton de la voix de l'intervenant, ainsi que les éléments qui influencent les interventions lors de l'activité du repas et le contexte : *le repas et les manifestations spécifiques.*

#### 5.2.4- Le paralangage comme intervention

Une des techniques de communication fréquemment utilisées par certains intervenants est le paralangage (voir l'Appendice A pour une définition). Ceux-ci y ont recours pour communiquer aux résidents différents messages. Le langage verbal devient alors un support au paralangage. Il s'agit pour l'intervenant d'utiliser un timbre de voix, une intonation, un débit qui seront compris et reconnus par les résidents. Le contenu du message vient en second plan. Par ce paralangage, l'intervenant peut faire passer toutes sortes de messages tels que de l'impatience, de la colère, de la nervosité, du calme, de l'agressivité, du mécontentement, de la satisfaction, de la tristesse, etc. Le résident reconnaît leur signification. L'utilisation du paralangage est une technique très efficace et très utilisée par les intervenants pour communiquer avec les résidents. Bien que ces données ne soient pas directement reliées à l'information recherchée, il apparaît essentiel de mentionner l'importance que l'intervenant accorde à ce type de moyen d'expression pour entrer en communication avec le résident.

Selon les intervenants, il est possible d'utiliser le paralangage comme façon de se faire comprendre du résident, et ce, jusqu'en fin de vie. Son impact lors de l'interaction est toujours

présent et consiste à stimuler le résident, à faciliter l'intervention et à maintenir une relation de complicité. Comme il a été reconnu lors des entrevues que les résidents ne comprennent plus le contenu du message, mais plutôt l'émotion derrière chaque message, il est judicieux d'utiliser ce stimulus. Le résident peut donc réagir au timbre de voix : fort, sévère, dynamique, nerveux, agressif, sec, triste ou inhabituel. Certains intervenants affirment même que les résidents sont capables de distinguer et de reconnaître les voix de chaque membre du personnel soignant. Certains auteurs (Keane, Calder, Hodges et Young, 2002) mentionnent l'importance pour l'intervenant d'identifier et de maîtriser sa propre CNV afin de faciliter l'interaction entre lui et le malade. Selon eux, déterminer ses propres messages non verbaux peut aider l'intervenant lors de l'interaction.

Voici des réponses obtenues lors de l'entrevue qui illustrent ce propos :

**Sujet B Fiches (14-15-16-17-18-19-20-21)**

Question 14 : *Même s'ils ne comprennent pas ce que tu dis?*

Réponse : *Même s'ils ne comprennent pas, et je ne peux pas dire qu'ils ne me comprennent pas, j'en ai vu qui étaient même alité au dernier stade, dernière semaine de vie, pis ils comprenaient quand même quand tu parlais.*

Question 15 : *Comment pouvais-tu vraiment savoir s'ils te comprenaient?*

Réponse : *Ils ne comprenaient peut-être pas ce que je disais, mais ils entendaient très bien ma voix.*

Question 16 : *Ta voix était-elle significative pour eux?*

Réponse : *Sûrement, c'est le ton de la voix qu'ils comprennent.*

Question 17 : *Le ton de la voix? Hum, j'ai remarqué que tu as une voix énergique quand tu leur parles. Est-ce que tu le sais ça? Est-ce que ça t'aide dans ta tâche?*

Réponse : *Sûrement, oui (rire), sûrement.*

Question 18 : *As-tu une voix aussi énergique avec tous les résidents?*

Réponse : *Bien sûr, bien sûr, comme elle, la malade de ce matin, si elle commence à vouloir frapper, faut que je change le ton de ma voix, devenir plus sévère, pis elle comprend ça.*

Question 19 : *Elle réagit?*

Réponse : *Ah oui, ah oui, ils réagissent tous à ça.*

Question 20 : *Donc, ils comprennent ton message par le ton de ta voix?*

Réponse : *Oui, c'est ça, généralement ils se calment avec ma voix.*

Question 21 : *Ils sont capables de décoder ta CNV?*

Réponse : *Oui, en tout cas, ils réagissent au ton de ma voix.*

### **Sujet C Fiche (38)**

Question 38 : *D'après toi, existe-t-il une communication entre eux? Entre les résidents de l'unité prothétique?*

Réponse : *Oui, je pense que oui, le ton de la voix, c'est quelque chose qu'ils vont capter entre eux.*

### **Sujet D Fiche (68)**

Question 68 : *Ok, ok, la voix a de l'importance?*

Réponse : *Tu placerais trois personnes une à côté de l'autre qui lui parlent et il se dirigerait vers la personne qui a un timbre de voix qu'il reconnaît.*

La section suivante porte sur les éléments qui influencent les interventions lors de l'activité du repas.

#### **5.2.5- Les ingrédients de l'interaction**

Les résultats de cette étude montrent que certains éléments influencent la qualité de l'interaction. Les affinités existantes entre résidents et intervenants contribuent à améliorer l'interaction. Selon les intervenants, il n'est pas utile de forcer les interactions. Il est préférable de respecter le refus du résident et de ne pas s'en sentir responsable. Compte tenu de la

personnalité de chacun, il y a compatibilité ou incompatibilité, ce qui influence la qualité de l'interaction. Plus il y a de complicité entre les individus concernés, plus il y aura de satisfaction lors des interactions, autant chez l'intervenant que chez le résident. Pour certains intervenants, la chimie existante entre un intervenant et un résident peut contribuer considérablement à rendre les rapports plus harmonieux lors d'une interaction. L'intensité de cette relation procure du bien-être et de la satisfaction à l'intervenant. C'est pourquoi, il est important de maintenir et de valoriser ce contact, cette relation privilégiée. Susciter l'intérêt du résident facilite selon eux le maintien de ce contact. Établir une relation de confiance est le secret des intervenants. La qualité et l'intensité de la relation sont pour eux des aspects à favoriser dans leurs contacts ce qui permet de vivre une relation privilégiée avec les résidents et ce qui facilite le décodage de la CNV. Pour ce faire, il est important d'avoir des affinités, de la complicité, une compatibilité de caractère. Selon certains intervenants, rechercher une relation intense avec le résident apporterait une grande satisfaction personnelle. Toutefois, la majorité d'entre eux sont axés sur la tâche et une minorité seulement cherche à maintenir une interaction indépendamment du temps requis pour la tâche.

Comme l'interaction entre le résident et l'intervenant est influencée par les affinités existantes entre eux, un bon jumelage intervenant-résident favoriserait la continuité de la relation et faciliterait l'intervention. Ainsi, un jumelage adéquat a des répercussions sur l'approche utilisée par l'intervenant et de ce fait même, sur la qualité de l'intervention. Les résultats de l'étude permettent d'identifier un facteur important qui peut avoir un impact sur la qualité de l'intervention. Il semble que la majorité des résidents réagissent aux intervenants d'autres ethnies (couleur de peau très foncée). Certains résidents vont jusqu'à refuser totalement d'être soignés par eux. Selon les intervenants, les réactions des résidents sont impressionnantes : malgré leur état cognitif détérioré et affaibli, ils arrivent à reconnaître ces différences. Les intervenants précisent que la direction du service a été informée de cette situation et des problèmes qui en résultent. Pour eux, ce ne sont pas les compétences et la qualité du travail des intervenants qui entraînent ces réactions, mais bien les différences ethniques. Une attention particulière doit donc être portée

au jumelage dans cette unité prothétique, puisque les bons jumelages favorisent la collaboration des résidents et la continuité, c'est-à-dire la capacité de maintenir une bonne relation. Les réserves par rapport aux différences culturelles doivent donc être respectées lors des jumelages intervenants-résidents, lorsque c'est possible.

Avoir recours à des familiarités est pour certains intervenants un moyen de garder le contact et de faire sentir à la personne âgée qu'elle est unique. Ces familiarités telles que « ma petite soie » ou « ma petite madame » sont des expressions qui favoriseraient le maintien d'une bonne relation. Pour les intervenants, ce sont des marques d'affection destinées uniquement à certaines personnes âgées. Par contre, pour d'autres intervenants, il s'agit d'un manque de respect envers la personne âgée.

Utiliser les intérêts des résidents est aussi un moyen très efficace pour entrer en relation lors des activités de la vie quotidienne. Il s'agit, par exemple, d'échanger sur les activités antérieures du résident qui avaient beaucoup d'importance pour celui-ci.

Entrer en relation n'est pas toujours facile pour certains intervenants. Plusieurs éléments peuvent nuire à la relation avec la personne âgée. Par exemple, si cette personne âgée avait dans son histoire de vie des comportements inappropriés envers les femmes, il se pourrait que ces éléments du passé influencent l'opinion que se fait l'intervenant du résident, ce qui entraînera des jugements de valeur à son égard et pourra influencer négativement l'intervenant dans son contact avec le résident.

L'humeur de la personne âgée a aussi un impact sur l'interaction. Par exemple, la personne âgée qui souffre d'un mal de ventre dû à une gastrite peut avoir une humeur différente, elle peut être moins intéressée à interagir avec l'intervenant, qui va, à son tour, moins interagir avec elle.

Ainsi, il est important de considérer le résident comme un être humain, même s'il a perdu plusieurs de ses facultés. Selon les intervenants, les résidents sont encore capables d'éprouver des émotions et de ressentir si on les considère ou pas. Selon eux, une interaction qui s'établit

spontanément entre le résident et la personne âgée démontre qu'il n'y a pas de contrôle dans la relation et que l'intervenant n'utilise pas de pouvoir sur le résident.

Un autre phénomène se dégage des réponses, soit la prédominance de la tâche à accomplir sur l'interaction. Ainsi, certains intervenants mentionnent avoir de la difficulté à accorder autant d'importance à l'interaction qu'ils en accordent à l'accomplissement de l'activité. Ils se disent d'abord centrés sur la tâche à accomplir, souvent à cause du manque de temps. Pour eux, leur premier mandat est de réaliser l'activité. Le peu de temps alloué au moment du repas est aussi un élément prépondérant. Certains intervenants ont réalisé, après avoir visionné l'enregistrement vidéo, qu'ils ne sont pas très présents dans l'interaction avec la personne.

#### 5.2.6- Le contexte : le repas et les manifestations spécifiques

Pour cette section, nous nous attarderons à identifier certaines manifestations remarquées par les intervenants particulièrement lors du repas en regard de l'attrait de la nourriture. Ainsi, le dégoût, le refus de manger, la manifestation de la faim et de la satiété sont souvent observés lors des repas.

Voici maintenant les observations les plus fréquemment mentionnées par les intervenants.

Selon eux, les manifestations de refus de la nourriture ou de dégoût exprimées par les personnes âgées sont des comportements fréquemment observés lors du repas. Pour identifier les comportements de dégoût ou de refus de se nourrir, ils se basent sur divers indices : les mouvements des yeux, les frissons, la fermeture de la bouche, les mouvements du corps (se retire, se tourne), le changement de posture, la gestuelle, les comportements agressifs envers l'intervenant et les objets, le rejet de la nourriture (cracher, enlever la nourriture de sa bouche avec ses mains, s'amuser avec la nourriture, renverser son assiette, faire des grimaces, tourner la tête, manquer d'attention, faire des mouvements de tête répétitifs, certaines expressions faciales de dégoût et de fatigue et manque de collaboration).

Les manifestations de la faim, quant à elles, s'expriment par de l'agitation, des yeux mobiles, de l'impatience, des comportements de succion avec les lèvres et sur la main, une bonne collaboration lors de l'activité : ouvre la bouche, mastique les aliments, avale et est attentif à recevoir la nourriture.

Quant aux comportements de satiété, ils se manifestent par un état plus calme, une fermeture de la bouche, un retrait du corps (s'éloigne), un mouvement de la tête (tourne la tête), une gestuelle avec des signes d'arrêt, un signe de la tête (non), des comportements agressifs (montre le poing).

Les comportements de faim sont plus souvent perçus par les intervenants que les comportements de satiété parce que les intervenants qui doivent aider les personnes âgées à s'alimenter sont davantage centrés sur l'accomplissement de la tâche. Pour eux, les personnes âgées doivent terminer leur repas afin de satisfaire les familles qui veulent s'assurer que leur parent est bien nourri. Ainsi, à la demande des familles, l'intervenant doit s'assurer de ne pas oublier les jus, les collations, de vérifier si le résident a mangé tous ses légumes, etc. Ces demandes influencent le comportement des intervenants. Ils en arrivent à penser qu'ils doivent nourrir le résident pour répondre aux exigences des familles, ce qui peut les amener à négliger les signaux de satiété émis par les résidents.

De plus, les familles rappellent souvent aux intervenants que la nourriture « a un impact sur la santé ». Selon certains intervenants, la pression exercée par certaines familles ressemble quelque peu à de l'acharnement thérapeutique. Donc, pour certains intervenants, répondre aux demandes des familles est très important, tandis que d'autres se laissent moins influencer par ces exigences et considèrent davantage les signes de satiété émis par le résident.

#### 5.2.7- L'analyse du journal de bord

L'analyse du journal de bord porte sur l'identification des indices provenant de la CNV et sur l'interprétation de celle-ci par la chercheuse observatrice lors de la rétroaction vidéo qui compare

avec les résultats obtenus. Ce journal de bord permet donc, d'énoncer des données ponctuelles, ce qui permet de recontextualiser celles-ci.

Dans un premier temps, la CNV exprimée par les résidents au cours de l'expérimentation a été identifiée et interprétée par la chercheuse observatrice. Les observations sont notées dans un journal de bord et tiennent compte surtout du langage du corps, des expressions faciales, de la gestuelle, du paralangage, de la distance, de l'agressivité, de l'agitation, et de l'indifférence des résidents. Toutefois, des difficultés d'interprétation sont survenues lors de cette tâche. En voici quelques exemples. Un résident ouvrait la bouche pour recevoir la nourriture et tournait la tête en même temps pour dire non. Ces comportements opposés étaient difficiles à interpréter. Quel était le message? Le résident refuse par un signe de la tête, mais accepte la nourriture en ouvrant la bouche. Pour la chercheuse observatrice, cette réaction ne peut être reliée au goût du résident, puisqu'il accepte très facilement la nourriture en début de repas. Selon elle, il s'agirait plutôt d'un signe de satiété. Le fait que ce comportement soit très difficile à interpréter confirme le besoin de bien connaître le résident afin de mieux interpréter la CNV.

L'agitation d'une résidente a aussi été difficile à interpréter. On aurait dit que la résidente avait hâte de se nourrir, mais il s'est avéré par la suite qu'elle voulait se rendre à la toilette. Cet exemple illustre bien que sans vérification de son impression auprès des autres intervenants, il est difficile de bien interpréter ce que l'on perçoit. L'indifférence d'une autre résidente a interpellé l'observatrice chercheuse qui a interprété ce comportement comme un refus ou une absence de motivation à communiquer avec un intervenant en particulier. Mais par la suite, lors de l'entrevue, cet intervenant a expliqué que cette attitude est souvent adoptée par cette résidente et que ce comportement s'explique par la personnalité de la résidente. Celle-ci désire s'alimenter et n'aime pas l'interaction lors du repas. Les difficultés d'interprétation de la chercheuse observatrice confirment donc la nécessité de bien connaître le résident et de consulter les autres membres du personnel pour pouvoir interpréter adéquatement les messages non verbaux des personnes âgées atteintes de la DTA au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982).

Après avoir identifié les manifestations de la CNV et pris connaissance des modalités d'interprétation de celle-ci par les intervenants, nous pouvons constater que les intervenants différencient les différentes origines en portant une attention particulière au regard de cette clientèle. D'autres aspects de la CNV sont aussi retenus, mais secondaires. L'identification des modalités d'interprétation nous permet ainsi de conclure qu'il est possible d'établir un processus pour décoder la CNV chez cette clientèle. Les résultats de cette étude appuient certains aspects relevés dans des études antérieures. Comme le mentionnent Jansson et al. (1992-1993), la connaissance des sujets est un élément important afin de mieux décoder la CNV. Par contre, plusieurs recherches utilisent le coefficient d'accord interjuges en utilisant le FACS pour décoder la CNV. Nos résultats soulèvent aussi l'importance de valider avec les autres nos perceptions des émotions, mais aussi de connaître le répertoire de CNV de la personne âgée atteinte de la DTA afin de faciliter cette interprétation de la CNV chez cette clientèle.

## *Discussion*

Les objectifs de cette recherche étaient d'identifier les différentes manifestations de la CNV de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 sur l'Échelle de Reisberg et al. (1982) et de décrire comment l'intervenant s'y prenait pour interpréter cette CNV lors du repas du midi. Les résultats de cette recherche font ressortir l'existence de plusieurs indices pour comprendre la CNV et le fait que certains sont plus importants que d'autres. Ils mettent aussi en évidence que les intervenants ont développé un processus d'interprétation de la CNV.

Discutons d'abord des résultats à la lumière des objectifs de notre recherche. Attardons-nous en premier lieu sur les différents indices de la CNV, pour ensuite identifier le processus d'interprétation utilisé par les intervenants, c'est-à-dire les différentes étapes qui amènent l'intervenant à interpréter la CNV.

#### 6.1- Les indices de la CNV

Selon les intervenants participants à l'étude, il existe différentes origines de CNV, soit l'origine physiologique, psychologique ou sociale. Les indices de nature physiologique correspondent à des réactions physiques telles que la douleur, le tremblement au froid, la rougeur et la moiteur de la peau causée par la fièvre, ou encore aux effets secondaires de médicaments qui provoquent le sommeil. Les indices de nature psychologique correspondent à l'extériorisation de différentes émotions telles que la peur, la tristesse, la joie ou la colère et de l'expression de certains comportements causés par un trouble de la personnalité. Les indices de nature sociale peuvent indiquer le besoin d'interaction avec les autres, le désir d'échanges, ou de communication avec l'environnement, etc. Pour les intervenants, différencier les différentes significations de la CNV contribue à mieux orienter leurs interventions.

Pour eux, il apparaît possible de mieux comprendre les personnes âgées atteintes de cette maladie en décodant l'expression de leurs yeux, qui devient l'indice le plus important. Les yeux peuvent exprimer de la souffrance (origine physiologique), de la tristesse (origine psychologique), un besoin d'interaction avec l'environnement (origine sociale), etc. Pour être en mesure de bien comprendre le message provenant des yeux, les intervenants utilisent un processus d'interprétation qui les renseigne sur l'origine de la CNV afin de mieux intervenir par la suite. Par exemple, quand un intervenant perçoit une expression des yeux particulière ou inhabituelle chez un résident, il se réfère à ce qu'il connaît du résident pour ensuite analyser, faire des liens et valider ce qu'il a perçu. Les intervenants décodent donc certains mouvements des yeux qui les renseignent sur les différentes origines de la CNV, ce qui leur permet de mieux comprendre par la suite l'état ou les besoins des résidents. Ces comportements ont une signification qui diffère d'un individu à l'autre, c'est-à-dire que chaque résident possède sa propre CNV. Par exemple, la colère peut s'exprimer de différentes façons selon les résidents.

#### 6.1.1- La manifestations physiologiques

La transpiration, le changement de couleur de la peau, la moiteur des mains, la respiration du malade, l'agitation, les réactions à la douleur, la perte de poids du patient, le sommeil peuvent être perçus comme des indices physiologiques. Le résident peut avoir de la difficulté à déglutiner (dysphagie), à mastiquer (problèmes reliés à la dentition ou à la grosseur des aliments), se mordre la langue, s'étouffer et ne plus goûter les aliments (perte sensorielle). Pour les intervenants, ces comportements sont d'ordre physiologique et peuvent être distingués des autres comportements. Pour eux, avoir faim est une CNV à contenu physiologique qui se manifeste ainsi : le résident ouvre la bouche quand il a faim ou peut aussi adopter un comportement de « succion » avec ses lèvres ou avec sa main.

#### 6.1.2- Les manifestations psychologiques

Pour les intervenants, il est possible de décoder certains messages à teneur psychologique. Par exemple, les cris peuvent accompagner les comportements violents sans qu'il y ait une

expression faciale. Il est à noter que chaque individu a sa façon bien à lui d'exprimer sa colère. Pour certains, se mordre la langue peut donner à l'intervenant l'indice d'une colère grandissante qui évoluera par la suite vers des coups de poing et des agressions corporelles envers autrui. La signification des cris est aussi différente pour chacun et il est donc intéressant de comprendre ce que les cris signifient pour chacun d'entre eux. Certains résidents crient très rarement tandis que d'autres crient fréquemment. Il semblerait que les intervenants identifient les cris comme étant un message à connotation négative. Pour eux, les cris ne sont pas un indice positif lors du repas, ils sont identifiés comme étant un signe exprimant du mécontentement. Ces manifestations sont visibles quand le résident rejette soit l'intervention, soit l'intervenant ou quand il réagit aux autres résidents lors du dîner. Son timbre de voix peut aussi être perçu et décodé selon la circonstance. Les expressions faciales retenues et observées par les intervenants lors du repas sont celles qui démontrent de l'anxiété, de la colère, de la fatigue, du dégoût, de la surprise, des fragments d'expression de satisfaction (léger sourire) et des expressions faciales neutres. Ces dernières sont particulièrement significatives : le fait de ne rien observer, c'est-à-dire d'observer le niveau de base de l'expression faciale (expression faciale habituelle) signifie pour l'intervenant que tout va bien et que le résident est bien.

#### 6.1.3- Les manifestations sociales

Les intervenants portent aussi attention aux comportements sociaux des résidents lors des repas. Ceux-ci peuvent chercher le regard de l'intervenant, se rapprocher de lui. Ces manifestations sont perçues comme des désirs d'interaction et d'attention. On remarque même que les résidents peuvent aussi communiquer entre eux, par le regard, les cris, les réactions d'acceptation ou de refus d'être assis à table à côté de certains individus. Ces comportements sont facilement décodés par les intervenants surtout quand ils sont fréquents, c'est-à-dire lorsque l'intervenant perçoit les mêmes comportements dans une même situation, et ce, de façon habituelle. Connaître les habitudes comportementales des résidents devient donc essentiel pour décoder la signification de la CNV.

Darwin (1872) ainsi que Ekman et Friesen (1969) ont su expliquer l'aspect physiologique et l'aspect psychologique de la CNV tandis que Fridlund (1992) et Russell (1994) croyaient davantage à une explication reliée à des causes sociales. Hargrave et al. (2002) mentionnent l'importance de distinguer les différentes origines de la CNV afin de mieux intervenir auprès de cette clientèle sans toutefois démontrer les différents aspects propres à chacune. Selon ces auteurs, cette distinction permet à l'intervenant d'adapter plus facilement ses interventions, mais il y a peu de recherches qui s'attardent à démontrer l'importance de distinguer les origines physiologique, psychologique ou sociale de la CNV chez les personnes âgées aux prises avec de graves déficits cognitifs alors que nos données indiquent leur importance dans le processus d'interprétation.

Kovack et Magliocco (1998) avaient eux aussi considéré ces différentes manifestations de CNV dans le but non pas d'identifier les origines de la CNV lors d'un repas, mais d'explorer l'impact d'un programme thérapeutique sur la CNV. Ils n'ont donc pas validé l'origine de la CNV. Par contre, ils ont observé les mouvements et l'expression des yeux, les mouvements de la tête, les différentes expressions faciales et le langage du corps. Ils concluent eux aussi que les intervenants devraient être très sensibles à ces différents indices, de façon à comprendre les stimuli derrière les comportements.

L'existence de divers indices de la CNV a été mentionnée dans plusieurs études présentées au chapitre *Contexte empirique et expérimental*. Toutefois, aucune de ces études ne mettait l'accent sur l'importance de distinguer l'origine des messages et sur l'importance d'observer les mouvements ou l'expression des yeux chez les personnes âgées atteintes de DTA avancée lors d'un repas. Peu d'études en font mention dans d'autres situations. Tappen (1991), pour sa part, a identifié la manifestation du mouvement des yeux chez cette clientèle sans en faire la description : elle mentionne que le contact visuel et le maintien de ce contact facilitent l'interaction, mais sans donner plus d'information. Asplund et al. (1991) avaient observé une modification dans le mouvement des yeux selon les situations plaisantes et déplaisantes ou dans

les interactions sociales, mais sans trop de précision. Magia et al. (1996) se sont attardés à coder les mouvements changeants des yeux et de la région de la bouche reliés spécifiquement aux émotions, sans tenir compte des autres causes possibles de la CNV (physiologique, sociale). Une limite importante de cette dernière recherche provient de son incapacité à déterminer la provenance de la CNV, puisqu'elle ne retient que l'expression des émotions.

## 6.2- Étapes du processus d'interprétation de la CNV des résidents lors du repas

Pour arriver à interpréter le plus correctement possible la CNV des personnes âgées, les intervenants procèdent selon différentes étapes. Premièrement, l'intervenant doit percevoir la CNV du résident, connaître le résident, ensuite différencier l'origine de la CNV, faire des liens entre son intervention et la réaction du résident, pour finalement valider sa perception. Il s'agit d'un processus linéaire, d'une suite d'opérations menant à un aboutissement caractérisé par différents éléments. Voyons maintenant les liens que nous pouvons établir entre nos résultats et ceux des recherches antérieures.

### 6.2.1- Percevoir la CNV

Selon les intervenants interrogés, percevoir les indices de la CNV du résident est une étape prioritaire dans le processus d'interprétation de celui-ci. Cela demande d'abord d'être observateur et d'être patient. Il ne suffit pas de prendre connaissance de l'importance de la CNV pour la décoder, mais cette étape du processus d'interprétation est nécessaire selon eux. Pour y arriver, il s'agit de développer son écoute, d'être présent, attentif et surtout patient, car il ne s'agit pas seulement de développer le sens de l'observation, mais de retenir aussi toutes les données relatives aux réactions de chaque résident afin d'établir un répertoire de CNV pour chacun d'eux. Cela demande du temps. Certains intervenants constatent qu'un minimum de trois mois d'interaction à temps complet avec un résident est nécessaire pour commencer à décoder les messages non verbaux exprimés par ce dernier. Plus l'intervenant pratique l'observation de la CNV, plus il aura de la facilité à la décoder. Il développera alors son sens de l'observation ce qui lui permettra de comprendre les résidents plus rapidement et de mieux intervenir auprès d'eux.

Selon les intervenants, l'observation de la CNV est essentielle avec cette clientèle, puisque les résidents n'ont plus la capacité de s'exprimer verbalement. Ils ajoutent que la CNV peut se décoder jusqu'à la fin de la maladie, c'est-à-dire jusqu'au stade 7/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982). Ceci implique que même si cette communication devient presque inexistante avec l'évolution de la maladie, il est toujours possible de la décoder, de l'interpréter. Par contre, Shimokawa et al. (2001), Thompson et al. (2001), Hargrave et al. (2002) et Keane et al. (2002) notent que plus la maladie de la personne âgée évolue, plus il est difficile de reconnaître la CNV, mais que cela reste possible, autant pour l'intervenant que pour le résident.

En somme, il apparaît difficile pour l'intervenant de décoder l'origine de la CNV d'un résident atteint de démence avancée, surtout quand ce dernier est nouvellement arrivé, quand il est médicamenté pour différentes raisons, quand il démontre des troubles de personnalité, quand il a des hallucinations ou en plongeon rétrograde, ce qui est causé par la DTA. Malgré tout, l'intervenant peut arriver à bien décoder la CNV lorsqu'il met en application toutes les étapes du processus d'interprétation.

#### 6.2.2- Connaître le résident

La connaissance de l'individu est essentielle et complémentaire à l'observation de la CNV des résidents. Pour les intervenants, il est fondamental de connaître les résidents afin de mieux décoder la CNV. Selon eux, il n'est pas possible de déterminer et de standardiser les indices de la CNV, par exemple ceux exprimant l'inconfort ou le confort d'un résident. Il faut connaître les individus, c'est-à-dire être en mesure d'associer leurs réactions habituelles au contexte. Chacun possède sa propre façon d'exprimer de la satisfaction ou de l'insatisfaction lors du repas. Par exemple, quand une résidente n'a aucune réaction particulière lors du repas, l'intervenant décode une manifestation de bien-être. Selon les intervenants interviewés, la majorité des réactions inhabituelles sont décodées comme exprimant un état négatif vécu par le résident. L'intervenant essaie alors de comprendre ce qui ne va pas chez celui-ci. Selon eux, il est important de connaître et de respecter la CNV propre à chacun pour être en mesure de la décoder. Obtenir le

plus d'informations possible sera facilitant. Il s'agit d'aller chercher cette information auprès de l'équipe de travail, de la famille et du résident lui-même, si c'est possible. L'histoire de vie contient généralement beaucoup de renseignements et aide l'intervenant à mieux connaître le résident. Ces renseignements sont consignés au dossier du malade dès son arrivée en CHSLD. On y traite de tous les aspects de la vie du résident et la famille participe activement à élaborer ce dossier qui est, pour le personnel, une bonne source d'information sur le passé des résidents. Toutefois, dans toute la documentation consultée pour cette recherche, nous n'avons trouvé aucune étude qui s'attardait ou qui mettait en lumière un lien entre l'histoire de vie et l'interprétation de la CNV.

#### 6.2.3- Analyser et différencier les origines physiologique, psychologique et sociale de la CNV

Selon les intervenants, il existe différentes significations à la CNV. Cette CNV peut provenir de l'origine physiologique, psychologique ou sociale et il est important de bien les différencier afin d'intervenir adéquatement. Les résultats de cette recherche montrent que la capacité de différencier les différentes origines de la CNV est un moyen d'en faciliter l'interprétation. Identifier correctement l'origine de la CNV permet à l'intervenant de mieux comprendre les besoins des résidents et de tenir compte des différences entre eux. Par exemple, un comportement agressif n'est pas nécessairement relié à l'impatience de l'individu, mais plutôt à une douleur ressentie. Un comportement d'indifférence ne signifie pas nécessairement un manque d'intérêt pour le repas, mais peut exprimer un désaccord envers l'intervenant ou l'approche utilisée, ou même une indifférence à l'interaction sociale. Le fait que l'intervenant perçoive adéquatement l'origine de la CNV aide la personne âgée à se faire comprendre. Par exemple, l'intervenant qui remarque un comportement agressif peut associer celui-ci à une insatisfaction d'ordre psychologique ou physiologique plutôt qu'à une habitude sociale adoptée dans certaines circonstances et qui se traduit par des coups de pied. Cette hypothèse pourrait expliquer une situation observée lors de l'expérimentation : une personne âgée montrait son poing à l'intervenant, mais ouvrait la bouche

pour recevoir de la nourriture. Il y a là une contradiction dans le message : l'individu accepte la nourriture, mais semble être en désaccord avec autre chose.

Peu d'études dans la documentation consultée font état de l'importance de différencier l'origine physiologique, de l'origine psychologique ou de l'origine sociale de la CNV, car la majorité des recherches s'attardent à identifier des indices dans un contexte précis, sans chercher à savoir si le sourire perçu, par exemple, pourrait être une façon d'entrer en relation avec l'intervenant plutôt que l'expression d'une satisfaction reliée à un état de satiété lors du repas. De plus, aucune validation répétée des réactions habituelles dans un contexte donné n'est faite, on établit un coefficient d'accord inter-juges qu'après une seule expérience. Pourtant, le fait de différencier les différentes origines de la CNV facilite la compréhension des comportements, permet d'identifier les causes des réactions et donne des points de repère aux intervenants qui sont souvent démunis devant des réactions inappropriées. Par exemple, l'intervenant qui identifie que la CNV provient d'un trouble de personnalité aura plus de facilité à adapter ses interventions parce qu'il saura que le comportement n'est pas relié à lui, ni à un problème de santé, ni à des effets secondaires de médicaments, etc.

L'intervenant arrive à établir cette relation et à distinguer l'origine de la CNV parce qu'il procède par élimination, c'est-à-dire qu'il exclut la possibilité des autres provenances après avoir mis en application les trois premières étapes du processus d'interprétation c'est-à-dire, percevoir la CNV, connaître le résident et analyser les indices. Après avoir identifié les indices, l'intervenant se réfère à ce qu'il connaît de l'individu, il procède alors à l'analyse et à l'élimination des sources non probantes. Par exemple, l'intervenant identifie que la CNV est de nature psychologique parce qu'il a perçu un sourire chez le résident lors de l'arrivée de son met préféré. Il en conclut, connaissant ses goûts alimentaires et ses réactions habituelles, que ce sourire était un sourire de satisfaction, de plaisir, et qu'il n'était pas d'origine sociale ou physiologique.

Selon les recommandations de certains intervenants interviewés, il est possible de prévenir des accidents. Il s'agit donc de décoder assez rapidement les signes précurseurs à l'agressivité qui permettent de prévoir le risque d'agression envers l'intervenant ou les autres résidents. L'importance du décodage est ici incontestable. Comme on le sait, l'agressivité fait partie des comportements perturbateurs reliés à la DTA. Ces comportements perturbateurs ont été identifiés par le passé par plusieurs chercheurs dans le domaine (Lévesque et al., 1990). La plupart des auteurs qui s'intéressent à la DTA identifient très bien les comportements perturbateurs qui peuvent se traduire, entre autres, par des comportements violents envers l'entourage et l'environnement. Ainsi, savoir décoder les signes précurseurs à l'agressivité devient donc très utile pour les intervenants qui veulent prévenir les agressions.

L'intervenant peut aussi tenir compte du niveau de base des expressions faciales habituelles pour identifier si le résident est bien. Il ne cherchera pas à déceler un sourire, par exemple, pour savoir si le résident aime son repas. Si la personne âgée n'a pas l'habitude de sourire lors du repas, mais qu'elle ouvre la bouche sans problème, l'intervenant comprendra alors que tout va bien. Mais il réagira davantage à la CNV de colère, de dégoût, et de surprise lors du repas. Il sera alors forcé d'établir une interaction pour comprendre la cause du comportement négatif.

Les intervenants ont également mentionné l'utilité d'observer les mouvements de la bouche. D'une part, parce qu'ils sont directement reliés à l'accomplissement de l'activité de la vie quotidienne (le repas du midi) et d'autre part, parce qu'ils sont aussi reliés à la réussite de l'activité. Selon les intervenants, quand le résident n'ouvre pas la bouche, il est essentiel d'en comprendre la raison, ce qui permet à l'intervenant d'ajuster son intervention en conséquence et d'accomplir sa tâche. Il est possible pour l'intervenant de donner un sens aux différents mouvements de la bouche. Ainsi, fermer la bouche peut être une manifestation de rejet causé par une présentation non acceptable de la nourriture, une température des aliments inadéquate, un inconfort, une mauvaise humeur ou la façon dont le résident exprime qu'il n'a pas faim.

Étant donné que l'analyse de la CNV s'est faite lors du repas des résidents, il est normal d'observer des manifestations de dégoût, de refus, de satisfaction, de faim et de satiété, car ces comportements sont habituellement perçus lors des repas. Il est donc important de souligner que les comportements de faim sont plus fréquemment et plus facilement perçus par les intervenants que ceux reliés à la satiété. Les intervenants expliquent ce fait en mentionnant qu'ils tiennent davantage compte des comportements plus visibles tels que l'agitation, les grimaces, le retrait, et qu'ils remarquent moins l'état de calme manifesté après le repas.

Bref, l'étude du processus d'interprétation employé par les intervenants met en évidence l'importance qu'ils accordent au fait de réussir à différencier les différentes causes de la CNV. Ainsi, plus l'intervenant observe le résident et apprend à le connaître, plus il sera en mesure de distinguer les différentes origines de la CNV (physiologique, psychologique et sociale) propres à chaque résident.

#### 6.2.4- Faire le liens entre l'intervention et les réactions du résident

Les intervenants interviewés mentionnent que les réactions à l'intervention sont aussi un élément important du processus d'interprétation. Ainsi, après avoir observé un comportement, l'intervenant se réfère à ce qu'il connaît du résident, pour ensuite analyser l'information et distinguer l'origine de la CNV pour arriver à vérifier le lien existant entre son intervention et la réaction de celui-ci. Selon les intervenants, une bonne intervention repose sur une attitude et une approche adéquates qui se manifestent par des comportements jugés positifs. Avoir un timbre et un débit de voix appropriés (paralangage), des attitudes positives, exprimer de la chaleur humaine en utilisant la douceur, la patience, l'écoute, l'empathie et la compréhension provoquent chez le résident des réactions positives. Les comportements de l'intervenant vont donc faciliter l'activité ou au contraire la rendre plus difficile. La façon d'intervenir auprès du résident peut susciter soit des réactions positives, soit des réactions négatives. Ainsi, faire des gestes lents, visibles pour le résident, respecter celui-ci, se positionner correctement lors du repas en considérant son bien-être et le bien-être du résident, se fier à son intuition et utiliser le toucher

sont des approches et des attitudes qui favorisent l'intervention et qui facilitent le déroulement de l'activité. Considérer la façon dont le résident réagit à une intervention est important afin d'être en mesure de bien interpréter. Il arrive parfois que l'intervenant ne soit pas toujours conscient de l'effet de son comportement sur le résident, c'est pourquoi il est important de considérer les réactions du résident lors des activités de la vie quotidienne.

Établir une relation de confiance est la meilleure façon d'obtenir la collaboration du résident lors d'une intervention. Un jumelage adéquat peut faciliter la relation entre l'intervenant et le résident, tandis qu'un manque d'affinités entre eux peut rendre la relation plus difficile. La personnalité des individus est donc à considérer lors du jumelage de l'intervenant et du résident. Selon les intervenants, il n'est pas à conseiller de jumeler un intervenant et un résident d'ethnies différentes (identifié par la couleur de peau). Cela peut provoquer de l'agressivité ou un refus de la part du résident et avoir un impact sur la confiance qu'il aura par la suite envers les intervenants déjà connus, puisque l'individu atteint de DTA possède une mémoire émotive, c'est-à-dire qu'il se souvient du sentiment vécu en présence d'un même intervenant.

Un fait particulier ressort de l'analyse des données. Plusieurs intervenants expliquent de la même façon l'absence de CNV lors du repas. Pour eux, lorsqu'on n'observe pas de signes de CNV chez la personne âgée, c'est que tout va bien, la personne âgée est satisfaite. L'absence de CNV est alors perçue comme étant un signe positif. Il est aussi possible de remarquer l'inverse, c'est-à-dire d'observer des comportements d'agitation. En fait, cela signifie que lorsque la personne âgée est agitée, quelque chose ne va pas et lorsqu'elle est calme, c'est que tout va bien. L'intervenant n'a pas tendance à essayer de comprendre cet état de calme.

La gestuelle est un autre indice de CNV observé lors du repas quand le résident veut arrêter de manger, il fait un signe de la main qui veut dire « c'est assez, j'ai fini ou laisse-moi tranquille ». La gestuelle peut parfois prendre une forme agressive, comme montrer le poing ou essayer de frapper l'intervenant. Celui-ci comprend alors qu'il doit arrêter d'intervenir auprès du résident.

Les mouvements de la tête sont aussi mentionnés à plusieurs reprises par les intervenants. Ils expriment de l'agitation ou un refus. Le balancement de la tête de gauche à droite est perçu par les intervenants comme un signe d'impatience et de manque d'attention du résident. Tourner la tête à l'approche de la cuillère est aussi perçu comme un signe de refus. Rapprocher sa tête en direction de l'intervenant est perçu comme un geste de collaboration. Les signes contradictoires de la tête sont les plus difficiles à décoder pour l'intervenant, le résident exprimant simultanément un oui et un non avec la tête quand l'intervenant lui présente la cuillère. L'intervenant ne sait plus alors s'il doit arrêter ou continuer de nourrir le résident. L'intervenant comprend difficilement cette situation qui se présente chez beaucoup de résidents : il lui est très difficile de décoder un message contradictoire (la personne âgée dit oui et non en même temps). L'intervenant doit alors vérifier si le résident accepte par un oui ou refuse par un non la nourriture. Certains intervenants préfèrent respecter le non tandis que d'autres réagissent plutôt au oui. Les intervenants qui ne respectent pas le non essaient de trouver des solutions immédiates pour composer avec le refus. Ils peuvent par exemple offrir le dessert ou changer de menu, ils peuvent modifier leur façon de travailler ou se lever pour alimenter le résident. Quand ils sont en mesure de considérer que la réaction du résident est reliée à une mauvaise intervention de leur part, ils essaient d'en comprendre la cause. Pour ce faire, ils reviennent sur les différentes étapes faisant partie du processus d'interprétation : percevoir, connaître, analyser et différencier, pour en arriver par la suite à vérifier les liens entre leur intervention et les réactions et remettent en question leur interprétation. Les réactions positives sont plus souvent identifiées par les intervenants qui se basent sur la connaissance qu'ils ont du résident. Ils savent que lorsqu'ils agissent d'une certaine façon, le résident réagira à son tour. Ils doivent donc maîtriser des attitudes favorisant la relation, ce qui diffère pour chaque résident.

La proximité entre l'intervenant et le résident démontre aussi que le résident accepte l'intervention. Il est possible pour l'intervenant de percevoir un rapprochement du résident quand il lui est familier ou lorsque ce dernier le reconnaît.

Cependant, l'intervenant doit tenir compte du fait que les réactions du résident ne proviennent pas toujours des effets de l'interaction. Ainsi, il est possible de remarquer qu'une personne âgée peut fermer les yeux et ouvrir la bouche lors du repas, simplement pour recevoir de la nourriture. Selon les intervenants, les effets secondaires des médicaments peuvent aussi provoquer un état somnolent sans pour autant signifier que l'individu n'est pas intéressé à manger du fait qu'il a les yeux fermés. L'interprétation de certains phénomènes n'est pas toujours facile, surtout quand survient une situation inhabituelle. Par exemple, l'agitation d'un résident lors du repas peut parfois être provoquée non pas par la faim, mais par l'inconfort de celui-ci. Il est donc important de connaître les réactions du résident dans plusieurs situations afin d'interpréter correctement ce que l'on perçoit.

L'intervenant demande, cherche et a besoin de l'attention du résident. Cette exigence va au-delà du simple fait qu'il désire réussir à faire manger le résident. Certains trouvent une satisfaction personnelle quand ils réussissent à obtenir l'attention ou la concentration du résident : c'est pour eux une façon d'identifier que le résident désire une interaction. L'intervenant semble alors être satisfait davantage par l'attention qu'il obtient du résident, qui se traduit par un désir d'interaction, que par l'accomplissement de la tâche. Pour certains intervenants, être centré sur le résident est plus valorisant que d'être centré sur la tâche. Par contre, d'autres expliquent que compléter correctement l'activité et arriver à terminer le repas est plus valorisant que l'interaction existante entre eux et le résident lors du repas. En ce qui concerne l'attitude, l'approche à utiliser auprès du résident, il semblerait que la majorité des intervenants ont les habiletés requises pour intervenir auprès de cette clientèle. Selon eux, le temps influencerait la qualité de leur intervention, c'est-à-dire que plus ils ont du temps pour réaliser l'activité de la vie quotidienne, plus le résident interagira positivement.

#### 6.2.5- Valider ses perceptions

Décoder la CNV demande aux intervenants une évaluation juste de leurs perceptions. Afin d'être bien certains de leurs interprétations, les intervenants vont valider leurs perceptions auprès

des autres intervenants, ils vont se renseigner au sujet du résident auprès de l'équipe multidisciplinaire et auprès des familles. Ils peuvent aussi faire des essais, analyser les réactions et mémoriser les réactions de l'individu dans certaines situations. Valider son interprétation requiert donc une approbation extérieure qui nécessite l'accord de plusieurs personnes connaissant bien le résident, pour arriver à un consensus. Par exemple, l'intervenant qui veut valider les goûts alimentaires d'un résident, pourra s'informer auprès des autres intervenants ou de la famille s'il ne comprend pas ses réactions lors du repas. Il peut aussi prendre connaissance de ses habitudes alimentaires et ainsi mieux comprendre les réactions de celui-ci.

En résumé, cette étude confirme l'existence de plusieurs indices de CNV présents chez les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs graves. Ces indices permettent à l'intervenant de déchiffrer les messages provenant d'origines physiologique, psychologique et sociale exprimées par le résident. Bien connaître le résident afin de mieux interpréter la CNV est aussi essentiel. Cela suppose que l'intervenant qui ne connaît pas le résident aura beaucoup plus de difficulté à comprendre ce dernier.

Les résultats de cette recherche font aussi ressortir que les intervenants sont très sensibles aux mouvements des yeux. Ces derniers les renseignent sur l'état de résident. Cette constatation remet donc en question la place que prenait l'utilisation de grilles évaluant les expressions faciales dans le décodage de l'état du résident puisque selon les sujets interrogés, les expressions faciales ne sont pas toujours présentes et que l'expression des yeux est suffisante pour exprimer un message. Un regard de tristesse est suffisant pour que l'intervenant identifie l'émotion sans avoir à observer les autres signes provenant du visage, telle la moue, pour interpréter cette émotion. Il n'est donc pas nécessaire pour identifier la tristesse d'observer plusieurs mouvements faciaux, comme le demande le FACS.

Notre recherche identifie les expressions et les comportements qui vont au-delà des émotions, c'est-à-dire que la CNV des personnes âgées atteintes de DTA sévère comporte aussi

des messages à contenus physiologiques et sociaux. Si l'intervenant connaît bien chez un résident l'expression de la CNV dans divers contextes, il arrive à décoder les messages de celui-ci.

Plusieurs recherches avaient identifié les expressions faciales comme étant le phénomène le plus pertinent pour interpréter divers états de la personne âgée démente, malgré le fait que les expressions faciales sont peu présentes et difficiles à décoder chez cette clientèle. Asplund et al. (1991), Asplund et al. (1995), Mace (1989), Duncan (1993) évaluent la CNV à partir des expressions faciales et utilisent le FACS pour les identifier. Lawton et al. (1996) quant à eux, se servent du *Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale* qui évalue le plaisir, l'intérêt, le contentement, la tristesse, l'ennui, l'anxiété, la colère et qui se limite aux expressions faciales et aux mouvements du corps. Albert et al. (1996) utilisent eux aussi les expressions faciales et les mouvements du corps pour mesurer la qualité de vie à partir de l'instrument de mesure de Lawton (1994) comprenant six états de l'affect, positifs et négatifs. Kovack et Magliocco (1998) évaluent le langage du corps et les expressions faciales lors d'un programme thérapeutique sans toutefois préciser la signification des différents mouvements des yeux identifiés lors de l'application du programme. Toutefois, ces études ne s'attardent pas à remettre en question les différentes interprétations et ne cherchent pas non plus à approfondir la signification des différents mouvements des yeux de la personne atteinte de DTA. Aucune étude approfondie n'avait identifié l'importance prépondérante des mouvements des yeux des personnes âgées atteintes de DTA classées au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982).

Les résultats de notre recherche indiqueraient que les expressions faciales agissent comme support à l'expression du regard, c'est-à-dire qu'elles servent parfois à renforcer le message exprimé par les yeux. La congruence entre les expressions faciales et les mouvements des yeux est donc possible et très significative lors du décodage de la CNV des résidents par les intervenants.

Selon les intervenants, il est clair que la CNV n'est pas toujours reliée à un état émotif, elle peut aussi exprimer autre chose. Un froncement des sourcils peut vouloir démontrer de l'incompréhension ou de la souffrance par exemple. Un sourire peut être un signe de rapprochement social ou un signe d'approbation et ne pas être relié à l'état émotif. Bien sûr, le contexte influence l'interprétation de la CNV par les intervenants, mais selon ceux-ci, connaître les réactions du résident dans différents contextes, les aide davantage à mieux interpréter la CNV. Selon eux, observer un sourire lors de la visite d'un proche suppose que ce contexte, cette situation, favorise une réaction de joie. Mais, il faut aussi reconnaître que certaines personnes pleurent de joie lors d'une visite significative, ce qui suppose que chaque individu réagit différemment et que l'intervenant gagne à connaître les réactions des résidents en différents contextes. À la suite de ces énoncées, il apparaît difficile de retenir le FACS pour évaluer la CNV des personnes âgées atteintes de DTA, puisque, par exemple, les expressions de joie ne s'expriment pas toutes de la même manière parmi cette clientèle. La joie peut s'exprimer seulement par le regard, sans sourire.

Jansson et al. (1992-93) ont identifié les difficultés que rencontre le personnel soignant dans l'interprétation de la CNV des personnes âgées atteintes de démence. Selon eux, identifier correctement la signification de la CNV est très complexe, car elle est causée par différents éléments. Selon nos résultats, l'expression de la CNV n'est pas toujours facile à décoder pour l'intervenant, mais il est possible de le faire avec le temps, et ce, malgré l'évolution de la maladie. Les impressions de la chercheuse annotées à son journal de bord vont dans le même sens. Ces données recueillies ont permis de constater que lorsque l'on ne connaît pas la personne âgée, il est difficile d'interpréter sa CNV.

En fait, les résultats de cette recherche permettent de mieux comprendre la complexité du décodage de la CNV de cette clientèle qui dépend du contexte dans lequel le résident évolue. L'originalité de cette recherche provient du fait que malgré la sévérité de la maladie, il est quand

même possible de décoder les émotions, les besoins, et les souffrances des résidents de CHSLD afin de communiquer avec eux jusqu'en fin de vie.

Cependant, cette étude comporte certaines limites : une période de temps trop limitée pour chaque entrevue. Une période de temps plus étendue nous aurait permis d'obtenir davantage d'information concernant la CNV ce qui aurait permis la saturation des réponses émises. Une diversité des sources de collectes de données, échelonnée sur une période plus longue, aurait enrichi davantage l'analyse des données. Des entrevues espacées dans le temps auraient permis des périodes de réflexion prolongée afin d'enrichir la collecte de données. Ces temps d'introspection auraient favorisé une analyse plus élaborée, donc des réponses plus près de la réalité de l'intervenant.

*Conclusion*

Suite aux résultats obtenus dans cette étude, notre regard se pose sur la capacité de communiquer des personnes âgées atteintes de DTA avancé. Les recherches sur le sujet montrent bien que la communication verbale devient de plus en plus difficile avec le temps. Malgré tout, il est possible de croire que la communication interpersonnelle demeure présente jusqu'à la fin de la vie. D'une façon générale, pour qu'une communication existe entre deux individus, il faut qu'il y ait échange, ce qui est indissociable selon DeVito et al. (2001). En fait, la communication débute au moment où l'objet de l'échange a la nature d'une information qui se présente sous forme de signes qui composent un message. Autrement dit, la communication suppose le transfert d'un message à un émetteur. Selon les données recueillies dans notre étude, les intervenants semblent être capables de décoder les différents messages exprimés par le regard, le paralangage, la gestuelle, les expressions faciales, le langage du corps et la distance. Au-delà de cette capacité à décoder la CNV, les intervenants continuent de communiquer avec le résident en utilisant leur paralangage. Ils sont capables de moduler leur voix afin de susciter une réaction, une réponse attendue chez le malade. Ce qui nous amène à conclure que si le résident est réceptif au paralangage de l'intervenant, il y a là un échange de message, donc une communication. Par contre, il nous apparaît évident que cette communication interpersonnelle est difficile à évaluer. Les données recueillies, entre autres, lors de la dernière entrevue soulèvent le fait qu'il existerait une communication interpersonnelle entre résidents. L'intervenant nous explique comment les patients communiquent entre eux à partir de signes particuliers, par exemple en fixant du regard. Ils communiquent avec leur non-dit ou en utilisant un discours incohérent, mais qui semble être accepté par l'interlocuteur (voir Journal de bord, 4e journée). Il mentionne qu'il a souvent vu deux personnes discuter de façon incohérente et il avait l'impression que les deux résidents se comprenaient. La CNV n'est pas juste un moyen

d'exprimer un état, une émotion ou un besoin, elle peut aussi avoir une intention consciente de faire parvenir un message à son entourage.

Notre étude se voulait qualitative, principalement descriptive, et visait l'exploration de nouvelles avenues dans le domaine de la CNV des personnes âgées atteintes de DTA classées au stade 6/7 sur l'Échelle de Reisberg et al. (1982). Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les indicateurs de la CNV et leur signification et d'établir quels sont les moyens (le processus) utilisés par les intervenants pour interpréter les messages de la CNV afin de mieux comprendre les comportements des résidents et d'intervenir adéquatement auprès de ceux-ci lors d'une activité de la vie quotidienne. Selon les résultats obtenus, on peut conclure que certains indicateurs sont plus importants que d'autres chez cette clientèle et que le processus d'interprétation doit se faire selon certaines conditions.

La majorité des études réalisées sur la CNV des personnes âgées atteintes de démence de DTA sévère se sont attardées à définir la signification de la CNV de cette clientèle dans différents contextes. Les recherches actuelles tentent surtout d'établir quelles sont, pour les personnes âgées atteintes de démence de DTA, les possibilités de décoder la CNV des intervenants. L'originalité des résultats de notre recherche repose principalement sur l'importance accordée à la communication des yeux et sur les moyens utilisés par l'intervenant pour s'assurer d'un meilleur décodage, en faisant ressortir les étapes du processus d'interprétation de la CNV avec cette clientèle lors d'une activité de la vie quotidienne.

La pertinence de cette étude vient du fait qu'elle apporte aux intervenants un éclairage nouveau sur les capacités de communiquer de la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 sur l'Échelle de Reisberg et al. (1982), en identifiant les différents indicateurs de CNV propre à chacun et en rapportant les moyens utilisés pour interpréter cette communication lors du repas. Connaître cette clientèle permet donc d'aider au décodage de la CNV.

L'expression et les mouvements des yeux sont des sources de renseignements qui retiennent principalement l'attention des intervenants qui nourrissent ces individus. Selon DeVito et al. (2001), le regard représente une source d'information très importante. Les messages transmis par les yeux varient en fonction de la direction, de la durée et de la qualité du regard. Lorsque le contact visuel est de 15 % seulement ou dépasse 80 % du temps, il suscite une impression spécifique. D'une façon générale, lorsqu'il se prolonge quelque peu, le contact visuel est perçu comme la manifestation d'un intérêt particulier pour l'autre, une invitation à communiquer. Le regard mutuel procure un sentiment d'intimité, d'attraction réciproque, d'ouverture de soi et il remplit diverses fonctions. L'une d'elles consiste à percevoir les réactions des auditeurs. Les mouvements des yeux font savoir à notre interlocuteur que la communication est ouverte et transmettent l'invitation à parler. Le regard nous renseigne sur la nature de la relation existante entre les interlocuteurs : un regard attentif indique que la relation est positive et l'évitement du contact visuel, indique l'inverse. Le regard peut aussi traduire un comportement de domination visuelle. Le regard a toujours été investi d'un pouvoir particulier, un pouvoir d'action sur autrui. Un regard peut « lancer des flèches », il peut par ailleurs « caresser », « déshabiller », ou « être pénétrant ». Ainsi, le regard se décode et c'est ce qui est perçu comme la première source d'information retenue par les intervenants dans la présente étude. Décoder le message des yeux lors de l'activité repas nous a permis de vérifier l'existence d'une communication entre résidents et intervenants. Si décodé le message des yeux est possible durant l'activité du repas, il s'avèrerait possible de percevoir le même phénomène dans les autres activités de la vie quotidienne.

Les autres indicateurs de communication non verbale, tels que les mouvements de la bouche, de la tête, et du corps, la distance, le paralangage sont aussi observés par les intervenants qui y attachent toutefois moins d'importance quand ils cherchent à comprendre les messages exprimés par la personne âgée malade.

Des résultats de cette étude, nous pouvons dégager, entre autres, une grille qui présente les différentes expressions des yeux et qui décrit la signification que leur donnent les intervenants interrogés, en des modalités d'interprétation de la CNV définies en cinq points interreliés. L'étude souligne aussi l'importance de bien connaître les résidents si l'on veut arriver à décoder leur CNV et l'importance de valider ses perceptions auprès de l'équipe multidisciplinaire et des familles pour s'assurer de la justesse de son jugement.

L'impact du paralangage des intervenants sur la personne âgée retient aussi notre attention. Le paralangage est une CNV qui s'exprime par le ton de la voix, le débit, les rythmes, les silences et qui fait partie intégrante du message verbal qui, lui, est souvent dépourvu de sens pour la personne âgée malade. Les intervenants sont convaincus que le paralangage a plus d'impact sur le résident que le message verbal. Le paralangage devient donc un moyen efficace et souvent utilisé par les intervenants pour se faire comprendre des résidents. Le timbre et le débit de la voix peuvent être efficacement employés lors de l'interaction entre le patient et l'intervenant. D'ailleurs, on remarque que la documentation récente sur la CNV porte davantage sur les capacités de la personne âgée atteinte de DTA à décoder la CNV de l'intervenant. Cet élément de la CNV devrait être davantage exploré étant donné son impact sur les résidents.

Un fait étonnant, rapporté par les intervenants lors des entrevues, est que les personnes âgées atteintes de démence de DTA avancée réagissent négativement aux intervenants d'ethnies différentes (quand la couleur de la peau est différente). Il serait intéressant d'approfondir les connaissances dans ce domaine, de comprendre pourquoi les personnes âgées atteintes de démence avancée réagissent ainsi à la couleur de la peau des intervenants alors qu'elles ne sont plus capables de reconnaître leurs proches. L'hypothèse de départ soulevée ici serait de vérifier si ces réactions sont causées par la nouveauté, la différence ou par l'inhabituel.

Le manque de temps soulevé par les intervenants lors de l'entrevue est un facteur qui risque d'influencer l'interprétation de la CNV. Comme il a été mentionné, il faut prendre le temps de

connaître la personne afin de bien décoder la CNV. Le temps alloué aux activités de la vie quotidienne semble être restreint à l'accomplissement de la tâche. Le contexte social dans lequel oeuvrent les travailleurs en CHSLD nous amène à croire qu'une clientèle qui s'alourdit demande plus de soins donc, plus de temps. Cette réalité devient un obstacle si l'on considère que le temps est nécessaire pour bien décoder la CNV chez cette clientèle.

Parmi les recommandations suggérées, il apparaîtrait utile d'approfondir l'étude de la CNV exprimée par les yeux afin de raffiner le répertoire codifié de la présente recherche.

Une seconde recommandation a trait au stade de la DTA. Il serait intéressant de connaître les particularités de la CNV pour le stade 7/7 de l'Échelle de Reisberg et al.(1982) reliées à l'origine et au processus d'interprétation des intervenants lors d'une autre activité de la vie quotidienne.

Une troisième recommandation serait d'établir la portée du paralangage des intervenants sur les personnes âgées atteintes de DTA avancée.

La quatrième recommandation serait de tenir compte des réflexes du résident lors de l'évaluation de la CNV. Par exemple, le fait que la personne ouvre la bouche à l'approche de la cuillère n'est peut-être pas un signe d'approbation devant la nourriture, puisque l'on peut percevoir en même temps un signe de la tête qui exprime un non. Selon nous, le signe de tête pourrait être relié au désir du résident, et tandis que l'ouverture de la bouche lorsque l'on approche une cuillère correspondrait davantage à un réflexe.

Étant donné l'intérêt des intervenants envers la CNV mentionné lors des entrevues, la cinquième recommandation serait de donner l'occasion à des intervenants de participer à une recherche collaborative formative de façon à partager avec les autres leur intérêt en réalisant des entrevues de groupe pour laisser les gens s'exprimer et échanger sur leurs intérêts concernant la CNV.

La dernière recommandation que nous ferions pour aider les intervenants qui veulent mieux comprendre la CNV des personnes âgées atteintes de DTA avancée serait d'établir un répertoire de CNV propre à chaque résident en tenant compte du processus d'interprétation. Ainsi, comprendre la signification de la CNV exprimée dans différentes situations en utilisant les modalités d'interprétation développées à travers la présente recherche, aiderait l'intervenant régulier ou occasionnel dans son travail.

Cette étude ouvre donc la voie à de futures recherches, de manière à approfondir le domaine de la CNV, ce qui permettra d'outiller les intervenants qui cherchent des moyens de comprendre une clientèle qui a de plus en plus de difficulté à s'exprimer.

Cette recherche qualitative a donc permis de faire ressortir la place centrale qu'occupe l'expression des yeux du résident atteint de la DTA dans l'interprétation de la CNV en vue d'établir un répertoire de la CNV propre à la personne âgée atteinte de DTA classée au stade 6/7 de l'Échelle de Reisberg et al. (1982). Elle a aussi contribué à l'élaboration des modalités d'interprétation de cette CNV et a permis de bâtir un premier répertoire de mouvements et d'expressions des yeux des personnes âgées atteintes de DTA avancée, utile pour les intervenants qui croient qu'il est encore possible de décoder la CNV des personnes âgées atteintes de démence sévère, et ce, jusqu'à la fin de leur vie.

## *Références*

- Albert, S. M., Del Castillo-Castaneda, C., Sano, M., Jacobs, D. M., Marder, K., Bell, K., Bylsma, F., Lafleche, G., Brandt, J., Albert, A., & Stern, Y. (1996). Quality of life in patients with Alzheimer's disease as report by patient proxies. *Journal American Geriatric Society*, 44(11), 1342-1347.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. G. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Asplund, K., Jansson, L., & Norbert, A. (1995). Facial expressions of patients with dementia : A comparaison of two methods of interpretation. *International Psychogeriatrics*, 7(4), 527-534.
- Asplund, K., Norberg, A., Adolfsson R., & Waxman, H. M. (1991). Facial expressions in severely demented patients - A stimulus – Reponse study of four patients with dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatry*, 6, 599-606.
- Athlin, E., Norberg, A., & Asplund, K. (1990). Caregiver's perceptions and interpretations of severely demented patients during feeding in a task assignment system. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4, 147-156.
- Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working? *European Psychologist*, 7, 85-97.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (1995). *Qualitative methods in psychology. A research guide*. Philadelphia: Open University Press Buckingham.
- Bar, M., Kruse A., & Re, S. (2003). Situation of emotional significance in residents suffering from dementia. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 36(6), 454-462.
- Barba, D. G., & Boller, F. (1998). Memory and language in neurodegenerative diseases. *Current Opinion in Neurology*, 11(5), 429-433.
- Baribeau, C. (1996). La rétroaction vidéo et la construction des données. *Revue des sciences de l'éducation*, 22(3), 577-598.
- Bartol, M. (1979). Nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 5(4), 21-31.
- Bayles, K. A. (1982). Language function in senile dementia. *Brain Language*, 16(2), 265-280.
- Becue, M. (2002). Faire face à la maladie d'Alzheimer 1/6- La communication. *Soins gérontologie*, 38, 31-34.
- Bigaouette, M. (2001). La gestion professionnelle des émotions et l'approche prothétique : un nouveau travail prescrit pour soigner les déments. *Revue d'information de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires social (ASSTSA)*, 3(1), 12-18.

- Bucks, R. S., & Radford, S. A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging Mental Health, 8*(3), 222-32.
- Buffum, M. D., Miaskowski, C., Sands, L. & Brod M. (2001). A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing, 22*(2), 80-85.
- Buss, D. M. (1999). *Evolutionary psychology*. Boston : Allyn and Bacon.
- Charmaz, K. (1983). The grounded theory method : An explication and interpretation. In R.M. Emerson (Éd.), *Contemporary Field Research* (pp.109-126). Boston : Little Brown.
- C.H.S.L.D. Biermans-Triest. (1996). *Un milieu de vie adapté : Programme prothétique*.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1990). Dementia and agitation in nursing home residents : How are they related? *Psychology and Aging, 5*(1), 3-8.
- Corman, L. (1991). ABC des expressions du visage : le moyen de communication le plus sûr entre les hommes. Paris : Grancher.
- Courtine, J. J. (1994). *Histoire du visage*. Paris : Payot.
- Costagliola, J. (1995). *Faut-il brûler Darwin ou l'imposture darwienne*. Ville : L'Harmattan.
- D'Arcy, P. (1996). Les passions de l'âme. René Descartes : introduction, notes, bibliographie et chronologie. Paris : Flammarion.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London : John Murray.
- Darwin, C. (1890). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. Édition de 1890 (deuxième édition française). Paris : Reinwardt.
- Derouesné, C. (1994). *La maladie d'Alzheimer*. Bordeaux-Le-Bouscat : L'esprit du temps.
- Descartes, R. (1970). *Les passions de l'âme*. Paris : Vrin. (Ouvrage original publié en 1647).
- Deslauriers, J. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Devito, J. A. (1993). *Les fondements de la communication humaine*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Dubé, M., & Lemieux, C. (1998). *Personnes âgées atteintes de déficits cognitifs : manuel d'intervention*. Cap-de-la-Madeleine : Regroupement Cloutier-du Rivage.
- Duchenne de Boulogne, C. B. (1862). *Mécanisme de la physionomie humaine ou analyse électrophysiologique de l'expression des émotions*. Paris: Baillière.
- Duncan, B. (1993). *Aging in place with dignity*. Westport, CO : Praeger.
- Duncan Danner, D. (1993). Emotional and social behavior in severely-impaired Alzheimer's subjects : A presentation of ten case studies. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy at the University of Kentucky.

- Ecklin, R., & Schonenberger, P. M. (1992). Verbal ability of Alzheimer's disease. Patients and very elderly control patients using the Aachen aphasia test. Article en allemand. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 143(4), 371-379.
- Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression*. New York: Academic Press.
- Ekman, P. (1977). Biological and culture contributions to body and facial movement. In J. Blacking (Ed.), *Anthropology of body*. London : Academic Press.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1967). Head and body cues in the judgments of emotions. *Perceptuel and Motor Skills*, 24, 711-724.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavioral categories : Origins, usage and coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *Facial action coding system*. San Francisco: Human Interaction Laboratory Departement of Psychiatry, University of California.
- Ekman, P., Friesen, W.V., & Ancoli, S. (1980). Facial signs of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1125-1134.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Tomkins. S. S. (1971). The facial affect scoring technique : A first validity study. *Semiotica*, 3, 37-58.
- Ekman, P., & Oster, H. (1979). Facial expression of emotion. *Annual Review Psychology*, 30, 527-554.
- Ekman, P., & Rainer, S. K. (1982). *Handbook of methods in nonverbal behavior research*. Cambridge : University Press.
- Epps, C. D. (2001). Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatric Nursing*, 22(2), 71-79.
- Éthier, S. (1996). *L'ABC de la maladie d'Alzheimer*. Montréal : Méridien.
- Eustache, F., & Agniel, A. (1995). *Neuropsychologie clinique des démences : Évaluations et prises en charge*. Paris : Solal.
- Eustache, F., Lechevalier, B., Viader, F. (1996). *La mémoire*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Farvis, M., & Hendryx-Bedalov, B. (2001). Communication between clients, carers and staff in a dementia care facility. *Australian Nursing Journal*, 44, 1-3.
- Feil, N. (1994). *Validation mode d'emploi. Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*. Paris : Pradel.
- Feldman, N. J. (1992). *Applications of nonverbal behavioral theories and research*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.
- Feyereisen, P. (1994). The behavioural cues of familiarity during social interactions among human adult : A review of the literature and some observations in normal and demented elderly subjects. *Behavioural Processes*, 33, 189-212.

- Frank, A. W., Fichette, I. V., & Klawans, H. L. (1994). Cases stories and the ethics of voices; the case; an eloquent region; when music is last to be lost neurologist's perceptive; overview : Hearing and editing good stories. *Second Opinion*, 19(3), 44-63.
- Freud, S. (1964). *A case of hysteria*. London : Hogarth Press.
- Fridlund, A. J. (1992). Darwin's anti-Darwinism in the expression of the emotions in man and animals. *International Review of Studies on Emotion*, 2, 117-137.
- Friesen, W. (1972). *Cultural differences in facial expressions in a social situation : An experimental test of the concept of display rules*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.
- Gabre, P., & Sjoquist, K. (2002). Experience and assessment of pain in individuals with cognitive impairments. *Special Care in Dentistry*, 22(5), 174-180.
- Gauvreau, D., & Gendron, M. (1994). *Questions réponses sur la maladie d'Alzheimer*. Montréal : Le Jour.
- Ghiglione, R. (1986). *L'homme communiquant*. Paris : Armand Colin.
- Glosser, G., Wiley, M., & Barnoski, E. J. (1998). Gestural communication in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20(1), 1-13.
- Goffman, E. (1969). *Le parler frais*. Paris : Les éditions de minuit.
- Grand dictionnaire de psychologie*. (1997). Paris : Larousse.
- Grisé, J. (1997). *Impact d'une nouvelle méthode d'intervention sur la communication non verbale auprès de personnes âgées atteintes de déficits cognitifs*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke.
- Hargrave, R., Maddock, J., & Stone, V. (2002). Impaired recognition of facial expressions of emotion in Alzheimer's disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14(1), 64-71.
- Heindel, W. C., Salmon, D. P., Fennema-Notestine, C., & Chan, A. S. (1998). Repetition priming with nonverbal stimuli in patient with dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychology*, 12(1), 43-51.
- Hendryx-Bedalov, P. M. (2000). Alzheimer's dementia. Coping with communication decline. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(8), 20-24.
- Holland, A. L., & Reinmuth, O. M. (1998). Aphasia or dementia : The cautionary tale of Dr. JJ. *Seminars in Speech and Language*, 19(1), 41-47.
- Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing and Health*, 15, 369-377.
- Izard, C. E. (1979). The maximally discriminative facial movement coding system (MAX). Newark, DE : University of Delaware, Instructional Ressources Center.

- Izard, C. E. (1994). Innate and universal facial expressions : Evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, 115, 288-299.
- Jansson, L., Norberg, A., Sandman, P. O., Athlin, E., & Asplund, K. (1992-1993) Interpreting facial expressions in patients in terminal stage of the Alzheimer disease. *Omega*, 2(4), 309-224.
- Karbe, H., Hertsez, A., & Polk, M. (1993). Profiles of language impairment in primary progressive aphasia. *Archives of Neurology*, 50(2), 193-20.
- Keane, J., Calder, A. J., Hodges, J. R., & Young, A. W. (2002). Face and emotion processing in frontal variant frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 40, 655-665.
- Kemper, S., Marquis, J., Thompson, M. (2001). Longitudinal change language production : Effects of aging and dementia on grammatical complexity and propositional content. *Psychology and Aging*, 16(4), 600-614.
- Koff, E., Zaitchik, D., Montepare, J., & Albert, M. S. (1999). Emotion processing in visual and auditory domains by patients with Alzheimer's disease. *Journal International Neuropsychological Society*, 5(1), 32-40.
- Kovach, C. R., & Magliocco, J. (1998). Late-stage dementia and participation in therapeutic activities. *Applied Nursing Research*, 11(4), 167-173.
- Kramer, J. H., & Duffy, J. M. (1996). Aphasia, apraxia, and agnosia in the diagnosis of dementia. *Dementia*, 7(1), 23-26.
- Lane P., Kuntupis, M., MacDonals, S., McCarty, P., Panke, J. A., Warden, V., & Volicer, L. (2003). A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Healthcare Nurse*, 21(1), 32-37.
- Lawton, M. P. (1994) Quality of live in Alzheimer disease. *Journal of Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(3), 138-150.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D., Dean, J., & Parmelee, P. A. (1992). The factorial generality of brief positive and negative affect measures. *Journal of Gerontological Science*, 47, 228-237.
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K., & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology : Psychological sciences*, 51 B(1), 3-14.
- Le Brun, C., & Julien, P. (1994) *L'expression des passions et autres conférences*; Correspondance. Paris : Maisonneuve et Larose.
- Le grand Robert de la langue française*. (2001). Paris : Dictionnaires le Robert.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notion, et étapes. In J.-P. Deslaurier (Éd.), *Les méthodes de recherche qualitatives*, (p. 30). Sillery : Les Presses de l'Université du Québec.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthode de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Sillery : Les Presse de l'Université du Québec.

- Lévesque, L., Roux, C., & Lauzon, S. (1990). *Alzheimer comprendre pour mieux aider*. Montréal : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Mace, N. (1989). A new method for studying the patient's experience of care. *American Journal of Alzheimer's Care*, 4(5), 4-6.
- Magia, C., Cohen, C., Gomberg, D., Malatesta, C., & Culver, C. (1996). Emotional expression during mid-to-late-stage dementia. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 383-395.
- Malatesta, C. Z., Fiore, M. J., & Messina, J. J. (1987). Affect, personality, and facial expressive characteristics of older people. *Psychology and Aging*, 2(1), 64-69.
- Malatesta, C. Z., Izard, C. E., Culver, C., & Nicolich, M. (1987). Emotion communication skills in young, middle-aged and older women. *Psychology and Aging*, 2, 193-203.
- Marquis, F. (1999). Langage et démence : intérêt du maintien de la communication. *Soins gériatriques*, 16, 17-19.
- Mayhen, P. A., Acton, G. J., Yauk, S., & Hopkins, B. (2001). Communication from individuals with advanced DAT : Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric Nursing*, 22(2), 106-110.
- McCann, D. (2000). Treating patients with Alzheimer's disease. The challenges and rewards. *Fortnightly Review of the Chicago Dental Society*, 93(4), 10-14.
- Michel, B., Soumireu-Mourat, B., & Dubois, B. (1996). *Système limbique et Maladie d'Alzheimer*. Paris : Solal.
- Mitra, K. (1995). *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer*. Paris : Doin.
- Morin, L. (1974). *La méthodologie de l'histoire de vie*. Québec : Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, collection Instruments de travail, no 10.
- Montepare, J. M. (2003a). Introduction evolution and nonverbal behavior : Adaptative social perceptions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(2), 61-64.
- Montepare, J. M. (2003b) . Introduction evolution and nonverbal behavior : Adaptative social interaction strategies. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), 141-143.
- Mucchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu des documents et des communications* (3<sup>e</sup> édition). Paris : Éditions ESF.
- Nicolas S. (2003). *La psychologie de Wundt (1832-1920)*. Paris : L'Harmattan.
- Norberg, A., & Hirschfeldm, M. (1995). Feeding of severely demented patients in institutions : Interviews with caregivers in Israel. *Pflege*, 8(1), 5-13.
- Ogrocki, P. K., Hills, A. C., & Strauss, M. E. (2000). Visual exploration of facial emotion by healthy older adults and patients with Alzheimer disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 13(4), 271-278.

- Orzeck, P., Guberman, N., & Barylak, P. (2001). *Des interventions novatrices auprès des aidants naturels*. Montréal : Les Éditions Saint-Martin.
- Pacout, N. (1991). *Le langage des gestes*. Belgique : Marabout.
- Pilleri, G. (1966). Schippenzeichen von Darwin (Pursing of the lips) beim morbus Alzheimer. Darwin's pursing of the lips sign in Alzheimer's disease. *Psychiatria Neurologia Basel*, 152, 301-305.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative*. Montréal : Gaetan Morin
- Rau, M. (1993). *Coping with communication challenges in Alzheimer's disease*. San Diego, CA : Singular Publishing Group.
- Re, S. (2003). Facial expression in severe dementia. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 36(6), 447-53.
- Reisberg, B., Ferris, H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale (GDS): An instrument for the assessment of primary degenerative dementia (PDD). *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1988). Global deterioration scale (GDS). *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (4), 661-662.
- Reisberg, B., Schneck, M. K., Ferris, S. H., Schwartz, G. E., & de Leon, M. J. (1983). The Brief cognitive rating scale (BCRS): Findings in primary degenerative dementia (PDD). *Psychopharmacology Bulletin*, 19, 47-50.
- Ripich, D. N., Wykle, M., & Niles, S. (1995). Alzheimer's disease caregivers : The focused program. A communication skills training program helps nursing assistants to give better care to patients with disease. *Geriatric Nursing*, 16(1), 15-19.
- Roudier, M., Marcie, P., Grangeher, A. S., Tzortzis, C., & Starkstein, S., & Boller, F. (1998). Discrimination of facial identity of emotions in Alzheimer's disease. *Journal of Neurological Sciences*, 154, 151-158.
- Russell, J. A. (1994). Is there universal recognition of emotion from facial expression? *Psychological Bulletin*, 115, 102-141.
- Russell, J. A. (1995). Facial expressions of emotion : What lies beyond minimal universality? *Psychological Bulletin*, 11, 379-391.
- Russell, J. A., & Fernandez-Dols, M. (1997). *The psychology of facial Expression*. Cambridge : University Press.
- Santi, S. (1998). *Oralité et gestualité*. Montréal : L'Armattan.
- Saumier, A, Provost, J., & Lacourt, L. (1995). *La méthodologie de la recherche en sciences humaines*. Montréal : Éditions du Renouveau pédagogique.

- Shimokawa, A., Yatomi, N., Anamizu, S., Toril, S., Isono, H., Sugai, Y., & Kohno, M. (2001). Influence of deteriorating ability of emotional comprehension on interpersonal behavior in Alzheimer-type dementia. *Brain and Cognition*, 47, 423-433.
- Small, J. A., Perry, J., & Lewis J. (2005). Perceptions of family caregiver's psychosocial behavior when communicating with spouses who have Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20(5), 281-289.
- Smith, J. (2001). Communication and dementia. *Nursing Older People Journal*, 12(10), 14-15.
- Société d'Alzheimer du Canada. (2000). *La société d'Alzheimer craint pour la génération du baby-boom*. <http://www.alzheimer.ca/french/index.php>.
- Société d'Alzheimer du Canada. (2006). *Les baby-boomers vont-ils s'attaquer à la maladie d'Alzheimer ?* <http://www.alzheimer.ca/french/index.php>.
- Statistique Canada. (2004). *Santé et incapacité chez les aînés*. [http://www.statcan.ca/francais/reference/refcentre/index\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/reference/refcentre/index_f.htm).
- Tappen, R. M. (1991). Alzheimer's disease : Communication techniques to facilitate perioperative care. *AORN Journal*, 54(6), 1279-1286.
- Teri, L., & Logsdon, R. G. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease : The pleasant events schedule-AD. *Gerontologist*, 31, 124-127.
- Thompson, L. A., Aidinejad, M. R., & Ponte, J. (2001). Aging and effects of facial and prosodic cues on emotional intensity ratings and memory reconstructions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25(2), 101-125.
- Van Der Maren, J. M. (1987). *Méthodes qualitatives de recherche en éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Van Der Maren, J. M. (1995). *Méthode de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal et De Boeck.
- Vollen, K. H. (1996). Coping with difficult resident behaviors takes time. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(8), 22-26.
- Yesavage, J. A., Brooks, J. O., Taylor, J., & Tinkenberg, J. (1993). Development of aphasia, apraxia, agnosia and decline Alzheimer's disease. *American Journal Psychiatry*, 150(5), 742-747.
- Young, K. W., Binns, M. A., & Greenwood, C. E. (2001). Meal delivery practices do not meet needs of Alzheimer patients with increased cognitive and behavioral difficulties in a long-term care facility. *The Journal of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical science*, 56(10), 656-661.
- Wagener, R., Berkemeyer, C., Hock, G., Schneider, A., Winterberg, C., & Ulmer, E. M. (1998). Essen und trinken bei menschen mit Alzheimer-demenz. Article en allemand. *Verlag Hans Huber Bern*, 11, 89-95.

- Wagener, R., Ulmer, E. M., & Margraf, K. (1999). Feeding of patients with Alzheimer's disease. *Pflege Aktuell*, 357-360.
- Wallesch, C. W., & Hundsatz, A. (1994). A language function in delirium : A comparison of single word processing in acute confusional stades and probable Alzheimer's disease. *Brain and Language*, 46(4), 592-606.
- Watzlawick, P., & Guy, M. (1982). *L'interaction en médecine et en psychiatrie*. Paris : Genitif atelier alpha bleu.
- Watzlawick, P., Helmick, Bearvin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. London : Faber and Faber.
- Wolfson, C., Moride, Y., Perrault, A., Momoli, F., Demers, L., & Oremus, M. (2000) *Pharmacothérapie de la maladie d'Alzheimer. Examen des instruments de mesure utilisés dans les essais cliniques*. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).
- Zebrowitz, L. A. (2003). Commentary overgeneralization effects in perceiving non verbal behavior : Evolutionary and ecological origins. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(2), 133-138.

*Appendice A*

*Définition des termes*

## Définition des termes

Activité de la vie quotidienne (AVQ) : période consacrée à une activité précise qui a lieu à un moment précis de la journée. Par exemple, l'habillage, le bain, les repas, les activités ludiques sont des AVQ (Lévesque et al., 1990).

Affect : expression émotionnelle, éventuellement réprimée ou déplacée, des conflits constitutifs du sujet (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Agressivité : tendance à attaquer autrui ; ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Attention : orientation de l'activité par des buts qui a pour effet d'augmenter l'efficacité des processus de prise d'information et d'exécution de l'action (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Attitude : état de préparation dans lequel se trouve un individu qui va recevoir un stimulus ou donner une réponse et qui oriente de façon momentanée ou durable certaines réponses motrices ou perceptives, certaines activités intellectuelles (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Caractère : ensemble des habitudes, sentiments et idéaux qui rendent les réactions d'un individu relativement stables et prédictibles (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Caractéristique : qui caractérise, marque l'appartenance à une chose (Le grand Robert, 2001).

Communication : processus et ensemble de comportements servant à la production, à la transmission et à la réception d'information par l'entremise de systèmes symboliques partagés et définis socialement (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Communication interculturelle : communication entre des personnes qui sont issues de milieux culturels différents ou qui présentent des croyances, des valeurs ou des comportements culturels distincts (Devito, 1993).

Communication interpersonnelle : communication entre deux individus ou au sein d'un petit groupe par opposition à la communication publique ou de masse; communication de nature personnelle plutôt qu'impersonnelle (incluant les rapports familiaux ou intimes). On utilise fréquemment ce terme pour désigner la communication entre deux personnes ou au sein d'un petit groupe (Devito, 1993).

Communication non verbale : la communication non verbale se définit comme un comportement qui permet d'entrer en communication avec quelqu'un d'autre sans avoir à recourir à la parole. L'expression des yeux, du visage, les silences, le toucher, la distance sociale, la voix, l'apparence physique, le langage du corps et la gestuelle sont des signes de communication (Devito, 1993).

Communication relationnelle : communication entre deux individus qui entretiennent une relation intime ou étroite. Certains théoriciens emploient ce terme comme synonyme de *communication interpersonnelle* (Devito, 1993).

Comportement : manière d'être et d'agir des animaux et des hommes, manifestations objectives de leur activité globale (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Confiance : fait de croire, espérance ferme en quelqu'un ou quelque chose; assurance qui en découle (Le grand Robert, 2001).

Contexte : situation au sein de laquelle se trouve un stimulus (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Décoder : transformation d'un message préalablement codé en vue de son utilisation (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Déficits cognitifs : présence d'une détérioration des fonctions cérébrales qui affecte la mémoire, la communication, l'orientation dans le temps et l'espace, le jugement, la personnalité, l'autonomie, l'humeur, les comportements et la perte des connaissances acquises (DSM-IV).

Démence de type Alzheimer : maladie dégénérative qui conduit à une altération progressive de la mémoire et qui est associée à des troubles cognitifs suffisamment marqués pour handicaper les activités de la vie quotidienne (DSM-IV).

Émotion : constellation de réponses qui comportent des manifestations expressives, physiologiques et subjectives typiques (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Écoute : prise d'informations auditives impliquant un processus attentionnel (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

État : manière d'être (physique, intellectuelle, morale) de quelqu'un (Le grand Robert, 2001).

Expression émotionnelle : ensemble des traits comportementaux par lesquels se révèle l'émotion, tel le sourire, les pleurs, les mimiques faciales, les attitudes (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Expressions faciales de base ou dites fondamentales : Manifestation par l'expression du visage des émotions primaires telles que la joie, la surprise, la tristesse, la colère, le dégoût et la peur (identifiées par Ekman et Friesen en 1967 comme des émotions universelles).

Gestuelle : mouvement dirigé vers un objectif extérieur, caractérisé par la projection d'un ou de plusieurs segments corporels dans l'espace (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Humeur : état thymique fondamental dominant la vie affective et les réactions émotionnelles d'un individu (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Indices : caractéristiques d'un comportement, à partir duquel on peut directement inférer un processus psychologique (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Interaction sociale : ensemble des influences réciproques résultant de l'activité ou de la simple coexistence des divers membres d'un groupement, social ou non (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Interprétation : ensemble des processus correspondant à la compréhension du langage, l'accent étant mis alors sur le fait que chaque sujet élabore sa propre version de ce qu'il entend ou lit (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Intervention : prendre part à une action, à une affaire en cours, dans l'intention d'influer sur son déroulement (Le grand Robert, 2001).

Modalité : forme particulière d'un acte, d'un fait, d'une pensée, d'un être ou d'un objet (Le grand Robert, 2001).

Origine : création, naissance. Commencement. Ce qui explique l'apparition ou la formation d'un fait nouveau, ou d'une réalité nouvelle (Le grand Robert, 2001).

Paralangage : moyen non linguistique d'expression vocale. Le paralangage englobe les caractéristiques de la voix (dont l'étendue, la résonance et le rythme), les modes d'expression vocale (tel que rire ou pleurer, hurler ou murmurer), les nuances de la voix (comme l'intensité et le ton), ainsi que les éléments vocaux distincts tels que *hmm*, *hmm*, qui signifie *non*, et *chut*, qui commande le silence (Corman 1991).

Personnalité : ensemble de caractéristiques affectives, émotionnelles, dynamiques, relativement stables et générales de la manière d'être d'une personne dans sa façon de réagir aux situations dans lesquelles elle se trouve (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Perception : ensemble des mécanismes et processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens (Grand dictionnaire de psychologie, 1997).

Processus : ensemble de phénomènes se déroulant dans le même ordre; façon de procéder. Suite ordonnée d'opérations aboutissant à un résultat (Le grand Robert, 2001).

Regard : action, manière de diriger les yeux vers un objet, afin de le voir; l'expression des yeux, quant aux sentiments, aux états d'âme de la personne qui regarde (Le grand Robert, 2001).

Relation interpersonnelle : relation entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre (Grand dictionnaire de psychologie, 1997)

Temps : milieu indéfini où paraissent se dérouler irréversiblement les existantes dans leur changement, succession. Portion limitée de cette durée globale; espace de temps (Le grand Robert, 2001).

*Appendice B*

*Le canevas d'entrevue*

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### CANEVAS D'ENTREVUE

Interprétation par l'intervenant de la communication non verbale de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer classée au stade 6/7 de l'échelle de Reisberg et al. (1982).

Les thèmes proposés permettent de décrire l'interprétation de la communication non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer (stade 6/7 Reisberg et al.) par les intervenants lors d'une activité de la vie quotidienne (le repas) et de connaître comment ils font pour décoder cette communication non verbale.

Trois thèmes sont abordés.

#### THÈME 1

*La manifestation physiologique, psychologique et sociale de la CNV des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer avancée.*

Décrire ce que vous savez des comportements non verbaux démontrés par la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer avancée lors du repas :

---

---

---

Quels sont les éléments qui retiennent votre attention quand vous aidez à s'alimenter une personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer ?

---

---

---

---

---

---

---

Selon vous, quels sont les comportements les plus fréquents chez ces individus lors du repas? Décrire.

---

---

---

---

---

---

---

D'après vous, existe-t-il des réactions ou des comportements propres à chaque individu âgé atteint de démence de type Alzheimer (6/7 Reisberg et al.) lors du repas? Expliquez.

---



---



---



---



---



---



---



---

Quels sont les comportements de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer les plus importants pour vous lors des activités de la vie quotidienne? Les cris, les expressions faciales, le langage du corps, les signes physiologiques tels que les battements du cœur, la rougeur de la peau, la sueur, les émotions telles la joie, la tristesse, les interrelations, etc.?

---



---



---

## THÈME 2

*Le processus du décodage (modalité d'interprétation) de la communication non verbale de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer lors du repas.*

Comment parvenez-vous à décoder les comportements et les réactions d'une personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer lors du repas?

---



---



---

Êtes-vous capable de distinguer les signes de douleur, de fatigue et les émotions telles la joie, la colère, la tristesse lors du repas? Expliquez.

---



---

Avez-vous l'impression que tous les intervenants perçoivent les réactions et les comportements de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer avancée (classé au stade 6/7 de l'échelle de Reisberg et al.)? Expliquez

---



---



---



---

*Appendice C*

*Les données du journal de bord*

## Les données du journal de bord

Une journée type ressemblait à ce qui suit : La chercheure explique à l'intervenant le déroulement de la collecte de données et les réserves méthodologiques établies avant le début de l'enregistrement du repas. L'intervenant installe confortablement la personne âgée sur une chaise ou dans son fauteuil roulant habituel devant la table prévue pour l'enregistrement, à la salle à manger; cette table est placée à l'écart des autres tables où les autres résidents attendent leur repas (voir Figure 1). Le chariot de nourriture est localisé à l'entrée de la salle à manger, à l'écart des résidents. Quand l'intervenant entreprend l'activité du repas avec le résident, la chercheure-observatrice filme l'activité. L'intervenant installe le tablier et explique le menu à la personne âgée. Il demande à celle-ci de faire des choix et attend une réponse, une réaction. Si le résident ne fait pas de choix, l'intervenant décide d'offrir, selon sa connaissance des goûts du résident, ce qui est proposé au menu pour le repas du midi. C'est l'intervenant qui fait le choix des aliments pour la personne âgée. L'intervenant ne stimule pas la personne à manger seule, il fait manger le résident. Quand l'intervenant décode que la personne âgée semble démontrer de la satiété, il retire l'assiette du repas principal et poursuit avec le dessert. Le temps requis pour le repas est d'une heure, mais la majorité des résidents termine le repas en vingt minutes. Quand le résident ne réagit pas à la vue du dessert, l'intervenant essaie à nouveau de le stimuler à manger en présentant un autre dessert. L'intervenant cesse de le nourrir quand il perçoit des signes de satiété. Il demande alors au résident s'il veut continuer ou arrêter. À la fin du repas, il enlève le tablier du résident et lui essuie la bouche. L'enregistrement vidéo prend fin lorsque le résident a terminé son repas. À la suite de cet enregistrement, l'intervenant se rendait à la salle prévue pour visionner avec la chercheure la bande vidéo. L'intervenant s'assoyait à côté de la chercheure, face au téléviseur, et regardait le déroulement de l'activité repas qui avait été filmé une heure plus tôt. L'intervenant commentait ce qu'il percevait de la CNV des personnes âgées et la chercheure enregistrait les données sur magnétophone. Le visionnement de la bande vidéo s'arrêtait parfois, quand l'intervenant voulait développer davantage sur ce qu'il percevait. Avant le visionnement de la bande vidéo, l'intervenant répondait aux questions de la chercheure qui

utilisait son canevas d'entrevue et les réponses étaient aussi enregistrées sur magnétophone. La salle prévue pour le visionnement de la bande vidéo avait été préparée par la chercheuse avant l'enregistrement du repas. Le temps requis pour l'entrevue est de trente minutes.

Journée 1 : L'infirmière-chef renseigne la chercheuse observatrice sur la personne âgée filmée, elle décrit son caractère, sa famille et ses habitudes et résume le menu des repas établi pour la semaine. Cette résidente est atteinte de DTA, elle est âgée de 70 ans et démontre une grande perte d'autonomie, elle a besoin d'aides pour toutes les activités de la vie quotidienne. On dit d'elle qu'elle est de nature distante avec les autres résidents, mais capable d'interaction avec les intervenants et surtout avec sa famille. L'ambiance de la salle est très calme. Certains résidents reçoivent des visiteurs avant le repas. Certaines familles posent des questions sur l'objectif de la recherche et vérifient avec leurs parents qui seront filmés si tout va bien. Il semble que la résidente filmée aujourd'hui est consciente de la présence de la chercheuse-observatrice, mais il est difficile de vérifier cette observation. Nous avons remarqué le regard de la personne âgée qui de temps en temps, se dirige vers la caméra et la fixe, comme si elle réalisait qu'elle était filmée. La résidente semble indifférente à l'intervenant. Elle ne démontre ni expression faciale, ni agitation. Elle ne cherche pas de contact interpersonnel, ne répond pas aux stimuli extérieurs provenant de l'environnement, mais semble s'intéresser à la caméra, car elle fixe la caméra. Elle complète son repas sans problème. Il s'agit peut-être d'une incompatibilité avec l'intervenant puisqu'elle ne réagit aucunement lorsque l'intervenant lui explique doucement que c'est le temps du repas et quand il lui demande si elle a faim. Quand l'intervenant cherche son regard, elle fixe la caméra devant elle. Ne connaissant pas cette résidente il est difficile d'expliquer son attitude, mais j'ai l'impression que cette résidente n'est pas intéressée au préposé aux bénéficiaires, son intérêt est strictement centré sur la caméra et ma présence, même si elle mange avec appétit. La seule CNV perçue est son regard fixé sur la caméra comme si elle comprenait la situation.

L'intervenant filmé a sa façon propre d'intervenir. Il aide la personne âgée à s'alimenter et démontre une attitude très respectueuse. Il est aussi possible de remarquer que l'intervenant ne s'impose pas : il reste à l'écart, il ne cherche pas l'interaction, ce qui semble plaire à la résidente. Elle s'alimente sans problème et ne semble pas incommodée par ce manque d'interaction.

Durant l'entrevue, l'intervenant reste calme, empathique et démontre de l'intérêt pour le sujet de discussion. L'entrevue dure plus longtemps que prévu de trente minutes : l'intervenant développe beaucoup sur le sujet et insiste sur les différents types de communication non verbale. L'entrevue se passe sans heurt et l'intervenant offre de me rencontrer de nouveau si l'expérimentation le demande.

Journée 2 : La personne âgée qui a été filmée la veille me fixe du regard, elle semble s'intéresser à ce qui se passe. L'ergothérapeute décrit la résidente qui sera filmée aujourd'hui. Cette dame est âgée de 78 ans et est atteinte de DTA. Elle est totalement dépendante pour les activités de la vie quotidienne et requiert de l'aide pour ses déplacements. Elle réagit facilement aux stimuli dérangeants comme le bruit. Elle peut démontrer une attitude désagréable avec certains intervenants en manifestant des comportements d'agressivité. L'ergothérapeute qui lui prodige des soins perçoit cette résidente comme une personne agressive. Lors de son arrivée dans la salle, elle dormait. L'intervenante essaie de la maintenir éveillée. Dès le début du repas, la résidente démontre un bon appétit. Elle bouge beaucoup les pieds sur sa chaise, elle donne des coups de pied et semble insatisfaite. Elle semble avoir faim. Elle marmonne en faisant des petits cris aigus, mais étouffés. L'intervenante semble très à l'aise avec la résidente. L'intervenante parle continuellement et s'adapte aux comportements agressifs de la personne âgée. Elle utilise l'humour durant l'activité et son timbre de voix est assez enthousiaste. Les autres intervenants dans la salle semblent être indisposés par ce timbre de voix. J'ai l'impression que la personnalité de l'intervenante facilite l'activité du repas. Son sens de l'humour et son enthousiasme aident celle-ci à accomplir son travail. Par contre, son timbre de voix dérange les

autres intervenants parce que la consigne établie à l'unité prothétique est de ne pas faire de bruit lors du repas. Les autres résidents semblent calmes.

Durant l'entrevue, l'intervenante reste très surprise de son apparence sur la bande vidéo et fait allusion aux aspects négatifs du vieillissement et de la DTA. Elle semble un peu nerveuse en début d'entrevue, je crois que lors du visionnement de la bande vidéo, elle n'était pas à l'aise avec son attitude, son intervention réalisée auprès de la résidente qui donnait des coups de pieds. Par contre, l'intervenante se confie plus facilement à mesure que l'entrevue avance. Elle en arrive même à exprimer des opinions personnelles sur sa vie professionnelle et demande qu'elles ne soient pas divulguées. Ce qui pour moi démontre une attitude de confiance envers la chercheure.

Journée 3 : L'infirmière renseigne la chercheure-observatrice sur l'individu filmé. C'est un résident atteint de DTA qui est âgé de 75 ans. Selon l'infirmière, il n'a pas bon caractère et aime manger toujours la même chose. Il est issu d'un milieu défavorisé et sa famille a décidé de le placer en Centre d'hébergement de soins de longue durée parce qu'il a un mauvais caractère. Il a peu de contact et quand sa famille vient le visiter, il devient agressif en essayant de frapper son entourage. L'infirmière mentionne que les intervenants connaissent les réactions de ce résident. Celui-ci semble de mauvaise humeur, peu d'intervenants l'approchent, il est seul à la table et attend son repas. La salle est réaménagée et on installe monsieur X seul, à l'endroit où il sera filmé : il ne semble pas conscient du changement. Pendant le repas, il manifeste de l'opposition : il hoche négativement de la tête et ouvre simultanément la bouche, c'est peut-être parce qu'il n'a plus faim ? Je constate des réactions agressives durant le repas, il semble mécontent. Ce résident semble être antipathique. L'intervenante ne semble pas à l'aise avec lui. Est-ce l'effet de la caméra ou la personnalité du résident qui dérange l'intervenante? L'intervenante paraît distante et sur ses gardes. Son implication durant l'activité est limitée à la tâche, il y a peu de communication verbale, mais elle observe le moindre geste du résident.

Journée 4 : L'infirmière renseigne la chercheuse-observatrice sur la personne âgée filmée : résident âgé de 62 ans atteint de DTA qui progresse rapidement, donc en grande perte d'autonomie. Cet homme était pilote d'avion et démontre encore un intérêt pour les avions. Selon les commentaires de l'infirmière, il est encore possible de susciter un intérêt chez le patient quand on aborde le sujet. Elle m'informe des attitudes de la famille envers la maladie du patient. Les membres de la famille n'acceptent pas la maladie du résident. Durant le repas, le médecin vient rendre visite aux autres résidents dans la salle; on remarque alors que le patient porte son regard sur le médecin. Le résident semble très fatigué, il est somnolent, mais démontre quand même de l'intérêt pour la nourriture en ouvrant la bouche quand on lui présente la cuillère. Le résident semble avoir de la difficulté à avaler la nourriture. Une résidente crie et marmonne des mots incompréhensibles. Elle donne l'impression d'engueuler sa voisine. La résidente qui a été filmée la deuxième journée demeure calme, elle ne bouge pas du tout, ce qui laisse croire qu'elle bougeait de façon inhabituelle lors de ce repas. Le résident s'avance vers l'intervenant quand celui-ci lui chuchote quelque chose à l'oreille. L'intervenant démontre une attitude très douce, il démontre beaucoup de patience et de compassion. Il parle au résident très calmement et on n'entend presque rien, mais le résident semble comprendre les messages exprimés par l'intervenant. On remarque une complicité évidente. Le résident semble lui faire confiance totalement. Il exprime même un sourire quand l'intervenant revient avec le dessert. Le résident se rapproche facilement et sans crainte de l'intervenant.

Lors de l'entrevue, l'intervenant discute des capacités de communication interpersonnelle de cette clientèle et explique qu'il est possible de percevoir une CNV entre eux. Il ajoute aussi que les patients communiquent entre eux avec leur non-dit ou en utilisant un discours incohérent. L'intervenant s'écarte du sujet et cherche à discuter de problèmes vécus dans certains milieux de travail. Il est difficile de diriger la discussion, car il s'éloigne souvent des thèmes abordés durant l'entrevue. J'ai l'impression que l'intervenant en a beaucoup à dire, il semble qu'il aimerait se prononcer sur différents sujets. Je dois recentrer la discussion sur les thèmes à aborder et

formuler de nouvelles questions qui ont comme effet de ramener l'intervenant aux sujets traités.

L'entrevue dure plus longtemps que prévu.

*Appendice D*

*Le formulaire de consentement*

*Appendice E*

*Catégories*

*Regroupements et classification des unités de sens provenant des entrevues*

Les différentes catégories regroupant toutes les unités de sens retenues lors des entrevues avec les intervenants sont présentées. Ces unités de sens sont classées en catégories. Les titres des colonnes représentent donc les catégories de données, et les unités de sens sont distribuées dans chaque catégorie (colonne).

Regroupements et classification des unités de sens provenant des entrevues

<b>CATÉGORIES</b>				
<b>Intervention</b>	<b>CNV du résident</b>	<b>Caractéristiques du résident</b>	<b>Temps de l'activité</b>	<b>Activité du repas du midi</b>
Tâche à accomplir	Expression mouvements des yeux	Connaissance du résident	Exécution de la tâche	Refus
Interaction	Comportements agressifs	Connaissance DTA	Vitesse d'exécution	Réaction à la nourriture
Attitude	Paralangage	Habitude alimentaire, appétit	Durée du repas	Plaisir de manger
Approche	Capacité : facilité ou difficulté	Désire communiquer	Temps demandé par le résident	Présentation et condition de la nourriture
Valeurs	Expression de refus	Humeur	Temps demandé pour connaître le résident	Quantité de la nourriture
Réaction à l'intervention	Mouvement de la bouche	Personnalité	Temps demandé pour apprendre à décoder la CNV du résident	Dépendance
Comprendre le résident	Réaction stimuli environnement	Goût alimentaire	Temps demandé pour connaître, l'intervenant	Potentiel résiduel
Expérience de travail	Mouvement du corps		Durée de la CNV	Choix alimentaire du milieu
Impact de l'expérience de travail	Gestuelle			Impact de la nourriture sur le résident

<b>CATÉGORIES</b>				
<b>Intervention</b>	<b>CNV du résident</b>	<b>Caractéristiques du résident</b>	<b>Temps de l'activité</b>	<b>Activité du repas du midi</b>
Ajustement, adaptation	Expression de la douleur			
Importance de la CNV	Position, distance			
Toucher	Expression de la faim	Difficultés physiques et mécaniques : ouvrir la bouche, avaler, condition dentition, mastication		
Valider et vérifier La CNV	Être attentif, concentré	Difficultés sensorielles : vision goût, odorat, température : froid, chaud		
Répondre aux besoins du résident	Expression de dégoût	CNV propre à chaque résident		
Importance de décoder la CNV	Mouvement de la tête	Impact de l'évolution de la maladie		
Importance pour l'intervenant d'être compris	Comportements habituels	État de santé		
Collaboration du résident	Comportement agité			
Potentiel résiduel	Expression de satiété			
Complicité	Comportements émotifs			
Intuition	Comportement social			
Importance	Expression Physiologique : sueur, moiteur, couleur de peau			
	Comportement difficile			
Intensité de la relation	Comportement anxieux, nerveux, inquiet			
Remise en question de l'intervention	Comportement calme			

<b>CATÉGORIES</b>				
<b>Intervention</b>	<b>CNV du résident</b>	<b>Caractéristiques du résident</b>	<b>Temps de l'activité</b>	<b>Activité du repas du midi</b>
Affinité/incompatibilité	Comportement d'impatience			
Importance du jumelage	Apparence physique			
Interaction famille	Comportement contradictoire			
Opinion au sujet du gavage	Réactions aux Médicaments, somnolence			
Durée de la relation entre R et I	Atmosphère, ambiance			
Type de relation	Comportement neutre			
Préserver qualité de vie	Comportement de fébrilité			
Le décodage aide à la prévention	Mémoire émotive			
Importance du bien-être du résident	Mémoire visuelle			
	Réaction de malaise			
	Expression de colère			
	Décode			

*Appendice F*

**Fréquence des données qualitatives**

## Fréquence des données qualitatives

327 unités de sens : Intervenir

91 unités de sens : Mouvement des yeux, expression des yeux.

73 unités de sens : Impact de la connaissance des résidents sur le décodage de la CNV des résidents.

57 unités de sens : Importance de percevoir, de décoder la CNV.

37 unités de sens : Comportement, expression agressive et compulsive.

30 unités de sens :

- Paralangage.
- Comprendre les résidents influence les modalités d'interprétation de la CNV.

28 unités de sens :

- Capacité : facilité ou difficulté à décoder la CNV (observation).
- Expressions faciales.

27 unités de sens : Connaissance des caractéristiques de la DTA par les sujets : isolement, rupture avec l'environnement.

26 unités de sens : Temps accordé pour exécuter la tâche : vitesse d'exécution, durée du repas, heure des repas.

22 unités de sens : Expression de refus.

21 unités de sens :

- Habitude alimentaire et appétit des résidents différences pour chacun.
- Mouvement de la bouche.

20 unités de sens : L'impact de l'expérience de travail sur le décodage de la CNV des résidents.

19 unités de sens : Désir de communiquer (maintenir le contact).

18 unités de sens :

- Réaction aux stimuli extérieurs (environnement).
- Mouvement du corps.
- Ajustement nécessaire et adaptation auprès de cette clientèle lors des interventions.

17 unités de sens : Gestuelle.

16 unités de sens : Expression de la douleur.

15 unités de sens :

- Le refus de la nourriture exprimé par la communication non verbale.
- La personnalité du résident.
- Position, distance, proximité entre intervenant et résident.

14 unités de sens : Expression, démonstration de la faim.

## 13 unités de sens :

- Les goûts alimentaires des résidents.
- Temps demandé par le résident lors du repas pour avaler, mastiquer, goûter, apprécier le repas.
- Impact du toucher sur le résident.

## 12 unités de sens :

- L'importance d'être attentif à l'intervention et la capacité d'être attentif et concentré lors du repas.
- Expression du dégoût.
- Mouvement de la tête.
- Valider et vérifier les perceptions des intervenants lors du décodage de la CNV des résidents.

## 11 unités de sens :

- Comportement ou situation habituels.
- Comportement agité.
- La satiété et la fin du repas exprimé par la CNV des résidents.
- Répondre aux besoins du résident.

## 10 unités de sens :

- Comportement émotif.
- Comportement social.
- La durée de la CNV.

## 9 unités de sens :

- Réaction à la nourriture.
- L'importance et le plaisir de manger.
- L'humeur du résident.
- Intensité de la relation.
- Le temps exigé pour être en mesure de bien décoder la CNV des résidents.
- Les difficultés physiques lors des repas : ouvrir la bouche, avaler, la condition de la dentition, mastication, vision, décoder la saveur, la chaleur, le froid, aspect sensoriel, etc.

## 8 unités de sens :

- Remise en question de l'intervention de l'intervenant (attitude, approche).
- Temps pour décoder.
- La présentation et la condition de la nourriture provoquent une CNV chez les résidents.

## 7 unités de sens :

- La quantité de nourriture offerte aux résidents.
- Expression physiologique.
- La CNV de chaque résident.

## 6 unités de sens :

- Comportement ou situation inhabituels.
- L'humeur de l'intervenant est décodée par les résidents.
- L'impact de la CNV de l'intervenant (couleur de la peau) sur la CNV du résident (aspect culturel).

## 5 unités de sens :

- L'importance pour l'intervenant d'être compris par le résident.
- La collaboration du résident.

- Comportement difficile.
- L'impact de l'évolution de la maladie sur la CNV des résidents.

4 unités de sens :

- Comportement anxieux, nerveux, inquiétude.
- Comportement de calme.
- Comportement d'impatience.
- L'apparence physique du résident.
- L'état de santé du résident.
- Affinités entre intervenant et résident versus incompatibilité.
- Importance du jumelage intervenant-résident.
- Comportement contradictoire lors du repas.
- Réaction aux médicaments (impact sur la CNV).

3 unités de sens :

- Interaction entre intervenant et famille.
- La dépendance lors des repas.
- Potentiel résiduel.
- Les choix alimentaires.
- L'impact de la nourriture sur le résident.
- L'atmosphère lors du repas.

2 unités de sens :

- La complicité entre intervenant et résident.
- L'importance de l'intuition lors de l'intervention du repas.
- Comportement neutre (signe que tout va bien).
- Opinion sur le gavage.
- Comportement de fébrilité.
- Durée de la relation.

1 unité de sens :

- Mémoire émotive du résident.
- Mémoire visuelle.
- Type de relation.
- Réaction de malaise.
- Préserver qualité de vie, bien-être.
- Prévention de l'agressivité par le décodage des signes.
- L'importance du bien-être des résidents.
- Expression de la colère.