

BF
20.5
UL
2002
C336
C:2

LUCIE CASAULT

STRUCTURE FACTORIELLE DE L'INVENTAIRE D'AGITATION
DE COHEN-MANSFIELD

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de Psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL

FÉVRIER 2002

© Lucie Casault, 2002



RÉSUMÉ

Près de la moitié des personnes âgées vivant dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) souffrent d'agitation. Il est donc essentiel pour les chercheurs de disposer de mesures valides et fiables de ce phénomène. Le Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) est l'un des instruments de mesure les plus utilisés dans le domaine. Il a récemment été traduit et partiellement validé. Cette étude vise donc à déterminer la structure factorielle de la version française de cet instrument, administré à 373 personnes âgées de plus de 60 ans. Les résultats de l'analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) suggèrent l'existence de trois facteurs (agitation verbale, agitation physique sans agressivité et agitation avec agressivité). Ces résultats corroborent ceux obtenus avec la version originale anglaise et la version allemande du CMAI. De plus, ils confirment que l'agitation est un concept multidimensionnel.

Lucie Casault
Candidate à la maîtrise

Philippe Landreville, Ph.D.
Directeur de recherche

AVANT-PROPOS

« À cœur vaillant, rien d'impossible. » Ce proverbe reflète bien ce qui m'habite actuellement. Grâce à de la détermination, j'ai réussi à mener à terme ce projet académique. Toutefois, je n'aurais pu y parvenir seule. Plusieurs personnes significatives m'ont épaulé et soutenu à divers niveaux dans la réalisation de ce projet. Je profite donc de cette opportunité pour leur souligner l'importance qu'ils ont eu tout au long de ce cheminement.

Je tiens d'abord à exprimer ma reconnaissance à mon directeur de recherche, M. Philippe Landreville, Ph.D. Sa grande disponibilité et sa rigueur scientifique ont été essentielles à la réalisation de ce mémoire. Un merci particulier pour sa compréhension, sa souplesse et la rapidité dont il a fait preuve notamment, lors de l'étape des corrections.

Sincères remerciements à la direction des trois CHSLD (Jeffery Hale, Hôpital Général et Pavillon St-Augustin) qui ont accepté la tenue de ce projet dans leur établissement. Un merci spécial à tous les soignants qui, malgré un horaire chargé, ont si gentiment accepté de collaborer à cette étude. La rigueur avec laquelle vous avez complété tous ces questionnaires fut exemplaire. Les discussions entretenues sur vos expériences professionnelles ont été tout aussi agréables que formatrices. Une pensée particulière est destinée à tous les bénéficiaires des CHSLD sélectionnés.

Je ne peux passer sous silence l'aide, le soutien et les moments de « folie » que m'a procurés mon « lab d'adoption », merci à vous les filles : Catherine, Sev, Vire, Marie-Hélène,

Domine, Méliss sans oublier Isabelle. Je tiens spécialement à remercier Josée Savard, Ph.D., pour sa grande écoute, sa disponibilité et ses encouragements soutenus. Merci aussi à Sébastien Simard qui, grâce à ses connaissances, m'a fourni de précieux conseils dans la rédaction de cet ouvrage.

« *L'amitié multiplie les joies et divise les peines* ». Merci à tous mes amis qui ont compris cela depuis longtemps : Catherine, Julie, Natacha, Nathalie et toute la « gang de Lévis ».

Je tiens particulièrement à exprimer ma gratitude envers ma famille. À mes parents qui ont toujours cru en moi et qui, par leurs encouragements constants et leur support, tant moral que financier, m'ont donné la force et le courage de réussir. À mes soeurs, Patricia et Jacinthe, qui, malgré la distance, ont su égayer mes moments plus difficiles.

C'est avec enthousiasme que je saisis l'occasion de faire connaître à tous la gratitude que j'ai pour Alain, qui partage ma vie depuis maintenant sept ans. Comment aurais-je pu accomplir ce travail sans ton support (psychologique et technique), ta compréhension, ta générosité et surtout, ton amour? Sache que ta présence et tes judicieux conseils comptent beaucoup pour moi. Remerciements sincères à ma belle-famille pour leur soutien sans limite.

Finalement, le dernier remerciement mais non le moindre, s'adresse au Fond de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ), réseau en géro-geriatrie. Par le biais de la bourse de formation que vous m'avez offerte, vous avez contribué au succès de ce projet en me permettant de m'y consacrer pleinement.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
RÉSUMÉ.....	i
AVANT-PROPOS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ANNEXES.....	vii
CHAPITRE I Introduction générale	
Introduction.....	2
Définition de l'agitation.....	3
Dimensions de l'agitation.....	4
Prévalence de l'agitation.....	5
Étiologie et variables associées.....	8
Conséquences de l'agitation.....	10
Mesures de l'agitation.....	12
Méthodes d'intervention.....	17
Objectif et pertinence de l'étude.....	22
Méthodologie.....	23
CHAPITRE II Structure factorielle de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (article)	
Page titre.....	25
Résumé.....	26
Introduction.....	27
Méthode.....	36
Participants.....	36
Mesures.....	37
Caractéristiques des participants.....	37
Agitation.....	37
Procédure.....	38
Résultats.....	39
Données descriptives.....	39

Structure factorielle.....	40
Discussion.....	43
Références.....	52
Tableau 1.....	58
Tableau 2.....	59
Tableau 3.....	60
Tableau 4.....	61
Tableau 5.....	62
CHAPITRE III Conclusion générale	
Conclusion.....	64
Résultats.....	64
Limites de l'étude et avenues de recherche futures.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Structure factorielle du CMAI et du CMAI-D selon différents auteurs.

Tableau 2 : Fréquence et rang de tous les comportements manifestés par les bénéficiaires.

Tableau 3 : Fréquence et rang des tous les comportements ayant occasionné du dérangement.

Tableau 4 : Structure factorielle de l'IACM, échelle de fréquence des comportements.

Tableau 5 : Structure factorielle de l'IACM, échelle de dérangement.

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Fiche signalétique

Annexe B : Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction

Malgré l'importance du phénomène de l'agitation chez certains sous-groupes de personnes âgées vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ce domaine d'étude est relativement récent. En effet, ce n'est depuis environ 25 ans qu'un intérêt empirique est manifesté pour ce sujet. Les dernières années ont été très prolifiques sur le plan des découvertes mais il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine en pleine effervescence. Toutefois, la très grande majorité des auteurs y œuvrant s'accordent pour dire que l'agitation est une problématique d'envergure pour tous, c'est-à-dire pour les personnes âgées elles-mêmes, leur famille et tous les gens qui en prennent soin de façon professionnelle ou non. Bélanger (1993) rapporte que l'agitation est devenue le problème le plus préoccupant dans plusieurs CHSLD.

La nécessité de s'intéresser à ce sujet est d'autant plus justifiée par l'augmentation du nombre de personnes âgées. Depuis quelques années, la cohorte des personnes âgées connaît le taux de croissance le plus considérable, tant au Québec qu'au Canada. En l'an 2000, au Canada, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans se chiffrait à 3,85 millions, ce qui représente 12,5% de la population totale comparativement à 3,2 millions (11,7%) en 1991 (Statistiques Canada, 2001). Cette tendance semble se maintenir puisque, selon les prévisions de Statistiques Canada (2001), la population des 65 ans et plus serait de 18,8% en 2021 et de 23% en 2041. Ce phénomène peut facilement s'expliquer par l'arrivée massive de la génération des « baby-boomers » au stade de la vieillesse ainsi que par l'accroissement important de l'espérance de vie dû, entre autres, aux progrès technologiques et médicaux (Vézina, Cappeliez, & Landreville, 1994).

Malheureusement, même si la longévité de ces individus augmente, ces derniers doivent composer avec les conséquences du vieillissement telles que la perte d'autonomie, la détérioration cognitive et l'agitation (Norland, 1994). Afin d'arriver à mettre sur pied des interventions efficaces pour contrer cette dernière problématique ainsi que les conséquences qui en découlent, des mesures spécifiques de l'agitation sont alors nécessaires.

Ce premier chapitre se veut donc une introduction au concept de l'agitation (définition, dimensions, prévalence, étiologie et variables associées, conséquences, méthodes d'évaluation et d'intervention). Le tout sera suivi de la pertinence et de l'objectif de la présente étude. Une présentation de la méthodologie employée viendra conclure ce chapitre.

Définition de l'agitation

À l'instar de termes tels que « comportements perturbateurs », « comportements dysfonctionnels » ou « problèmes de comportement », le terme « agitation » a été proposé pour désigner les comportements problématiques des bénéficiaires en CHSLD. En 1986, Cohen-Mansfield et Billig ont tenté de fournir une définition conceptuelle de ce phénomène. Selon eux, l'agitation est un terme clinique utilisé pour désigner une activité verbale, vocale ou motrice jugée inappropriée et qui ne résulte pas directement des besoins ou de la confusion de la personne agitée. Le comportement est considéré inadéquat s'il est abusif ou agressif envers la personne elle-même ou les autres (e.g., frapper), s'il est produit à une fréquence inadéquate (e.g., répéter les mêmes phrases plusieurs fois par jour) ou s'il ne correspond pas aux

normes sociales généralement acceptées pour une situation donnée (e.g., se déshabiller en public). C'est un observateur externe et non pas la personne elle-même qui détermine si le comportement est inapproprié. De plus, ces auteurs s'accordent maintenant pour affirmer que des manifestations d'agitation peuvent aussi traduire un besoin réel sous-jacent. Il est pertinent de mentionner que l'agitation n'est pas un diagnostic en tant que tel; c'est plutôt un ensemble de symptômes que l'on peut regrouper en différents syndromes et qui peut refléter un trouble psychiatrique organique ou fonctionnel (e.g., démence, schizophrénie), une condition médicale (e.g., un trouble cardio-vasculaire, pulmonaire, neurologique), les effets secondaires associés à la prise de divers médicaments ou encore, des pertes sensorielles (e.g., problèmes de communication; Cohen-Mansfield & Marx, 1989).

Dimensions de l'agitation

Telle que mentionné dans sa définition, l'agitation peut être considérée comme un concept unifié ou comme un ensemble de comportements plus ou moins reliés. Quelques systèmes de classification théoriques ont émergé pour tenter de clarifier ce phénomène (Hussian, 1981; Zimmer, Watson, & Treat, 1984). Cohen-Mansfield et Billig (1986) ont proposé une alternative à ces classifications. Leur système est basé principalement sur deux dimensions soit, les comportements agressifs-abusifs versus les comportements non-agressifs et les comportements physiques versus les comportements verbaux et vocaux. Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal (1989) ont été les premiers auteurs à adopter une approche empirique pour identifier les concepts sous-jacents à l'agitation. Ils ont mené une analyse factorielle sur le « Cohen-Mansfield Agitation Inventory » (CMAI). Les résultats démontrent que l'agitation se divise en

trois composantes principales : l'agitation verbale (e.g., demandes constantes d'attention, négativisme, répétition de phrases ou de questions), l'agitation physique sans agressivité (e.g., essayer de se rendre ailleurs, faire les cent pas, habillage ou déshabillage inapproprié) et l'agitation avec agressivité (e.g., donner des coups de pied, frapper, égratigner). À l'exception du facteur d'agitation verbale qui inclut tant les comportements agressifs que non, ces trois syndromes correspondent au modèle théorique proposé par Cohen-Mansfield et Billig (1986). L'existence d'un facteur additionnel (agitation verbale avec agressivité) est discutable puisqu'il serait fortement relié aux facteurs d'agitation verbale et d'agitation physique avec agressivité (Cohen-Mansfield, Werner, Watson, & Pasis, 1995; Cohen-Mansfield, & Werner, 1998).

Des sous-divisions à l'intérieur de ces trois composantes ou encore, des items pris indépendamment sont aussi considérés comme des dimensions de l'agitation. Pour leur part, Ryden, Bossenmaier et McLachlan (1991) se sont centrés uniquement sur les comportements agressifs et les ont classés en trois dimensions (comportements physiques d'agressivité, comportements d'agressivité verbale et comportements agressifs sexuels). Des typologies ont aussi été identifiées pour les comportements d'errance (Hussian, 1987; Martino-Saltzman, Blasch, Morris, & McNeal, 1991) et les comportements bruyants (Ryan, Tainsh, Kolodny, Lendrum, & Fisher, 1988).

Prévalence de l'agitation

La littérature sur la prévalence de l'agitation en milieu institutionnel indique une grande variabilité dans les taux rapportés par différents auteurs. En effet, les résultats

oscillent entre 26,4% et 93% (Beauchesne et al., 1997; Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, 1986; Cohen-Mansfield, Marx, et al., 1989; Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1989; Jackson et al., 1989; Zimmer et al., 1984). Toutefois, la prévalence d'agitation la plus élevée a été trouvée par Koss et al. (1997) mais l'étude ne s'est pas déroulée en établissement d'hébergement. Elle était plutôt menée auprès de gens atteints de la maladie d'Alzheimer et vivant dans la communauté.

Ce sont Jackson et ses collègues (1989) qui ont rapporté le plus faible taux d'agitation. Dans cette étude, seulement 26,4% des 3351 résidents d'établissements d'hébergement ont présenté au moins un comportement perturbateur dans les deux semaines précédant l'évaluation. La revue des dossiers médicaux, des rencontres avec les bénéficiaires et des consultations auprès du personnel soignant ont été les méthodes privilégiées pour recueillir les données.

La même année, Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989) ont publié les résultats d'une étude comprenant 408 résidents d'un centre d'hébergement, âgés entre 70 et 99 ans. Les résultats indiquent que 93% de ces gens ont manifesté un comportement d'agitation ou plus, au moins une fois par semaine et ce, durant la journée, la soirée ou la nuit. Une infirmière par quart de travail, connaissant bien chaque bénéficiaire, devait indiquer la fréquence de 29 comportements d'agitation pour une période spécifique de deux semaines. La fréquence des comportements était évaluée grâce à une échelle de type Likert allant de « 1 » (jamais) à « 7 » (plusieurs fois par heure).

Deux études réalisées au Québec (Beauchesne et al., 1997; Bélanger, 1993) rapportent des taux de prévalence similaires.

Pour leur part, Beauchesne et ses collègues (1997) ont décrit la prévalence de l'agitation chez 2913 résidents hébergés dans 29 CHSLD (71 unités) de la région métropolitaine de Québec. La mesure des troubles de comportement a été effectuée à l'aide d'une liste de comportements complétée par deux infirmières (une par quart de travail différent) connaissant bien les bénéficiaires. Les résultats indiquent que 70,3% de ces derniers auraient présenté au moins un comportement perturbateur au cours des deux semaines précédant la visite dans l'établissement.

D'autre part, Bélanger (1993) a évalué la prévalence de l'agitation, telle que définie par Cohen-Mansfield et Billig (1986), chez 489 résidents de quatre établissements d'hébergement de Québec. L'agitation a été mesurée par une observation directe des participants (84 périodes). Durant ces périodes, 67,1% de ces derniers ont présenté au moins un comportement d'agitation (physique ou verbale, avec ou sans agressivité).

Une autre étude importante, dirigée par Koss et al. (1997), a comparé la prévalence de l'agitation chez un groupe de 241 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à celle d'un autre groupe composé de 64 personnes non atteintes. Les résultats ont montré que 99,2% des gens appartenant au premier groupe ont manifesté au moins un comportement d'agitation durant l'évaluation comparativement à 56,2% pour le groupe contrôle. Ces taux ont été obtenus à partir d'une liste de 38 formes d'agitation.

Finalement, un relevé de littérature comprenant 14 études sur les comportements perturbateurs chez les personnes âgées vivant en milieu institutionnel et ayant des déficits

cognitifs a été fait par Beck, Rossby et Baldwin (1991). Une des conclusions tirées de ce rapport est que, sur un total de 5650 participants, une moyenne de 42,8% de ces gens ont présenté des comportements perturbateurs. Cet écart considérable entre tous les résultats présentés peut s'expliquer par l'utilisation de diverses définitions de l'agitation, par l'usage d'instruments de mesure variés (Cohen-Mansfield, 1989) ainsi que par les différentes populations étudiées (Landreville, Vézina, & Gosselin, 2000). Néanmoins, il est évident que l'agitation est un problème très répandu en CHSLD.

Étiologie et variables associées

Bien que l'agitation soit souvent reliée à d'autres troubles tels que les problèmes de sommeil, la démence, la sénilité, la dépression et l'anxiété (Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989), l'étiologie de ce problème reste encore obscure. Dans ce jeune domaine d'étude, un nombre restreint de chercheurs se sont penchés sur la question et les résultats de leurs efforts se sont souvent avérés contradictoires. Malgré cette lacune, un relevé de littérature effectué par Cohen-Mansfield et Billig (1986) suggère que les facteurs pouvant prédisposer les individus à devenir agités sont : une personnalité pré morbide (i.e., le type de personnalité que présentait un individu avant la survenue de la maladie), des déficits cognitifs et des détériorations cérébrales. Aussi, plusieurs conditions précipiteraient possiblement l'agitation, notamment le manque d'exercice, de stimulation et d'activités, les fluctuations dans le fonctionnement neurologique, la fatigue et le renforcement comme, par exemple, l'attention reçue pour un comportement agité.

Des observations cliniques rapportées par des soignants indiquent qu'il existe une multitude de raisons au développement de l'agitation (Cohen-Mansfield, 1986) pouvant être regroupées en quatre catégories inter-reliées : 1) humeur et besoins (e.g., frustration, ennui, solitude, besoin d'attention) 2) événements (e.g., comportements des autres résidents, l'obligation d'être nourri ou lavé) 3) incapacités et invalidité (e.g., surdité, confusion, constipation) et 4) problèmes passés non résolus et qui dérangent encore le bénéficiaire. D'autres facteurs tels que le niveau de stress (Cohen-Mansfield & Marx, 1989), l'agressivité vécue antérieurement (Cohen-Mansfield, 1989), la période de la journée, les conditions environnementales, les changements physiologiques (Cohen-Mansfield, Marx, & Werner, 1992), les déficits sensoriels (Bonin & Bourque, 1993), l'âge (Jackson et al., 1989) et l'usage d'une médication peuvent également affecter les comportements d'agitation.

Cohen-Mansfield et al. (1992) ont, pour leur part, identifié trois types de variables associées à trois formes d'agitation (agitation verbale, agitation physique sans agressivité et agitation avec agressivité). Dans un premier temps, ils ont répertorié les variables de sélection comme le sexe et le statut civil. En effet, la probabilité de présenter des comportements agressifs serait plus fréquente chez les hommes et les gens mariés habitant en CHSLD. La deuxième catégorie regroupe les variables prédisposantes telles que des expériences de vie menaçantes, l'immigration, un stress majeur vécu antérieurement, des problèmes financiers importants et la perte du conjoint. Les personnes ayant ces caractéristiques présenteraient davantage d'agitation physique avec et sans agressivité. Puis, il existe les variables

directes découlant des conditions médicales et psychosociales du patient qui sont reliées à l'agitation : la démence, l'état de santé général, l'humeur dépressive, le sommeil et la pauvre qualité des interactions sociales. Par exemple, l'agitation verbale se retrouve plus fréquemment chez les bénéficiaires dont l'état de santé est détérioré, qui souffrent d'une humeur dépressive, qui ont de faibles interactions sociales et qui ne souffrent pas de démence. Enfin, dans cette étude, certaines variables se sont avérées ne pas être reliées à l'un ou l'autre des trois syndromes d'agitation. Le nombre d'années de scolarité, le pays d'origine, la taille du réseau social en sont des exemples. Pour leur part, Weinrich, Egbert, Eleazer et Haddock (1995) ont répertorié des facteurs similaires, en plus de la perte d'autonomie dans les activités de vie quotidiennes (AVQ), de la tendance à chuter et de la relocalisation.

Des relevés de littérature réalisés par Beck, et al. (1991) ainsi que par Taft et Cronin-Stubbs (1995) font état des nombreux résultats contradictoires face aux variables associées ou non à l'agitation. Ce fait peut s'expliquer par la nature corrélacionnelle des études, par l'absence d'une définition opérationnelle de l'agitation, par des différences entre les populations étudiées ainsi que par le recours à des instruments de mesure variés et imprécis (Landreville et al. 2000). En somme, les causes de l'agitation, bien qu'elles apparaissent nombreuses, ne sont pas toujours spécifiques. Il faudrait d'ailleurs poursuivre les recherches sur le sujet.

Conséquences de l'agitation

En revanche, le portrait apparaît plus précis en ce qui a trait aux conséquences de l'agitation. En effet, les

conséquences qui en découlent peuvent affecter autant la personne elle-même que son entourage et le personnel soignant. L'agitation altère aussi la qualité de vie des personnes âgées vivant dans la communauté et augmente la probabilité d'être admis en CHSLD (Cohen-Mansfield, 1986). La qualité de leurs relations interpersonnelles se voient détériorées (Cohen-Mansfield & Billig, 1986) et leur bien-être diminue considérablement (Struble & Sivertsen, 1987). De plus, les comportements agités peuvent engendrer un cercle vicieux en aggravant la condition des bénéficiaires. En fait, une combinaison de comportements agités et de pertes des habiletés de communication peut entraîner une mauvaise évaluation des besoins et des traitements requis par le bénéficiaire (Cohen-Mansfield, 1995). Une autre conséquence de l'agitation physique sans agressivité est l'augmentation du risque de chutes chez ces personnes (Weinrich et al., 1995). Finalement, les comportements agressifs des résidents peuvent constituer une menace pour tous.

La présence de comportements agités peut aussi contribuer à augmenter le fardeau des soignants. La dépression, le stress et l'épuisement professionnel (Chrisman, Tabar, Whall, & Booth, 1991) résultant de l'agitation des bénéficiaires affectent grandement leur vie sociale et morale de même que leur santé physique (Cohen-Mansfield, 1995). Aussi, le fait d'assister les personnes agitées dans leur quotidien, de tenter des interventions et de constater les échecs provoquent une gamme de sentiments tels que l'impuissance, l'abandon, l'échec, la colère et la culpabilité (Bonin & Bourque, 1993). La qualité et le plan de soins en milieu d'hébergement s'en trouvent inévitablement affectés (Chrisman et al., 1991). En somme, l'agitation provoque une détresse importante et est un

facteur de stress considérable.

Toutefois, le fait d'interpréter les comportements agressifs comme une manifestation à explorer et à comprendre, plutôt que comme un comportement perturbateur à contrôler, pourrait permettre aux intervenants de percevoir la situation comme étant plus stimulante et moins menaçante (Ryden et al., 1991). Effectivement, les comportements d'agitation ne sont pas toujours dysfonctionnels. Ils s'avèrent parfois un moyen de communication ou du moins, une façon d'en apprendre davantage sur l'état interne de la personne (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996). Par exemple, l'agitation verbale peut s'interpréter comme une façon de s'exprimer, un appel au secours pour les personnes souffrant de maladies physiques et/ou de dépression. Aussi, certains comportement d'agitation physique sans agressivité (e.g., faire les cent pas) peuvent être compris comme un moyen d'adaptation offrant de la stimulation et permettant de faire de l'exercice (Weinrich et al., 1991). Enfin, certaines actions menées par des personnes âgées qui ne souffrent pas d'atteinte cognitive peuvent représenter des mécanismes d'adaptation, fonctionnels ou non, à travers desquels elles essaient de se protéger ou de protéger leurs biens des aspects réels ou imaginaires de leur environnement. Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal (1990) citent l'exemple d'une personne qui ressent le besoin d'amasser et de cacher des objets afin de protéger ses biens matériels personnels ou encore de s'assurer qu'elle n'en manquera pas dans le futur.

Mesures de l'agitation

L'évaluation du phénomène de l'agitation est complexe. Cela est, en partie, attribuable à la définition employée pour

définir ce terme. Parfois, l'agitation est considérée comme un terme global, multifactoriel et dynamique (Teri & Logsdon, 1994). Elle peut aussi être un item ou un symptôme d'un concept global tel que la dépression. Les mesures disponibles pour évaluer les problèmes de comportement varient beaucoup et, selon Teri et Logsdon (1994), elles auraient doublé depuis le début des années 90, ce qui vient confirmer l'évolution rapide de ce domaine d'expertise.

Il existe quatre grandes catégories de méthodes d'évaluation de l'agitation. Premièrement, Cohen-Mansfield et Billig (1986) rapportent que la technique généralement utilisée est l'impression générale, donnée par un médecin ou un chercheur, de la réponse du patient au traitement soit, la médication. Le développement d'instruments de mesure est donc venu pallier le manque de fiabilité de cette méthode.

L'évaluation par le soignant s'avère maintenant être la méthode la plus fréquemment employée pour évaluer l'agitation chez les personnes âgées (Cohen-Mansfield, 1996), tant celles habitant dans la communauté que celles résidant dans un établissement d'hébergement. Une personne connaissant bien le bénéficiaire (e.g., une infirmière, un membre de la famille) doit indiquer, par exemple, la fréquence à laquelle ce dernier manifeste des comportements d'agitation et ce, pour une période de temps spécifique. Selon Cohen-Mansfield (1999), les soignants sont généralement plus confortables avec des échelles de fréquence détaillées et spécifiques (e.g., plusieurs fois par jour, plusieurs fois par heure) qu'avec des échelles plus générales (e.g., parfois, souvent). Jusqu'à aujourd'hui un nombre impressionnant de questionnaires ont vu le jour : le CMAI (Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989), un des plus populaires dans sa catégorie, sert à évaluer la fréquence

de 29 comportements observables sur une échelle de type Likert variant de « 1 » à « 7 » et ce, pour une période spécifique de deux semaines avant l'évaluation. Il existe aussi une version de cet instrument pour évaluer la fréquence de l'agitation chez des personnes âgées vivant dans la communauté. Des items représentatifs de ce que vivent ces individus (versus les personnes en CHSLD) sont ajoutés.

Comme mentionné précédemment, une analyse factorielle a été menée par Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989) sur les items du CMAI. Les résultats obtenus indiquent que l'agitation se divise en trois composantes principales soit, l'agitation verbale, l'agitation physique sans agressivité et l'agitation avec agressivité. Le fait d'amasser et de cacher des choses a été observé exclusivement durant la journée par ces mêmes auteurs, ce qui en fait un quatrième facteur. À l'exception de cette dernière dimension, ces résultats ont été corroborés par une seconde analyse factorielle effectuée par Miller, Snowdon et Vaughan (1995) ainsi que par une autre réalisée sur la version allemande du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D; De Jonghe & Kat, 1996). Ces différentes études sont résumées au tableau 1.

Insérer le tableau 1

La popularité de la méthode de l'évaluation par le soignant, particulièrement le CMAI, est due aux multiples avantages qu'elle comporte : facile à remplir (ne nécessite pas d'expertise), rapide, fiable (qualités psychométriques à l'appui), cliniquement utile, couvre une longue période de temps (variant entre une semaine et quelques mois), appropriée pour l'évaluation de comportements à faible fréquence ou

fluctuants dans le temps et finalement, très économique (Cohen-Mansfield, 1996; Cohen-Mansfield, 1999; Shah, Evans, & Parkash, 1998; Teri & Logsdon, 1994). Toutefois, comme cette technique est subjective et rétrospective, les résultats peuvent être biaisés. En effet, la perception du soignant peut être influencée par la relation qu'il entretient avec la personne âgée évaluée, par le niveau de stress vécu, par l'habitude développée face à certains comportements, par la peur de rapporter ces comportements ainsi que par ses propres sentiments envers les résidents. De plus, un biais de rappel peut être attribuable au fait que l'évaluation soit rétrospective (Cohen-Mansfield, 1995; Cohen-Mansfield, 1996; Teri & Logsdon, 1994).

En revanche, l'observation directe soit, la troisième catégorie, permet de recueillir des informations plus objectives sur la fréquence des comportements manifestés ainsi que sur l'environnement naturel dans lequel ils se produisent comparativement à la méthode mentionnée précédemment. L'observation en temps réel, souvent sur une courte période de temps, donne aussi de l'information sur la durée des comportements ainsi que sur leur ordre d'enchaînement (Landreville et al., 2000). Cohen-Mansfield, Werner et Marx (1989) ont développé l'« Agitation Behavior Mapping Instrument » (ABMI) pour évaluer les comportements d'agitation en centres d'hébergement. Cet outil sert à l'observation systématique et donne une définition des comportements à l'étude. Les items inclus se rapportent autant aux sous-catégories de l'agitation (e.g., agitation physique avec agressivité, agitation sans agressivité et agitation verbale) qu'à l'environnement physique et social du résident (Cohen-Mansfield, 1999). Dorénavant, l'observation peut se faire à

l'aide d'ordinateur portable et les comportements peuvent être enregistrés sur bandes vidéo ou audio. Il va de soi que la codification requiert un entraînement et qu'il est parfois nécessaire d'observer durant de nombreuses heures afin de voir les comportements cibles, ce qui en fait une méthode d'évaluation très coûteuse (Cohen-Mansfield, 1996).

Finalement, l'enregistrement à l'aide d'un dispositif mécanique est aussi employé pour mesurer des comportements d'agitation, plus spécifiquement l'errance (faire les cent pas). Une étude menée par Cohen-Mansfield, Werner, Culpepper, Wolfson et Bickel (1997) a comparé quatre dispositifs mécaniques (le pedomètre, le « Stepsensor » [Madson, 1991], l'actigraphe et le « Personal Activity Monitor ») servant à mesurer les comportements d'errance. Bien que les dispositifs aient été tolérés par les participants et qu'une forte corrélation ait été observée avec le nombre de pas faits par le résident, le pedomètre et le « Stepsensor » se sont révélés les mécanismes les plus faciles à utiliser. Cette méthode s'avère moins dispendieuse que l'observation directe qui requiert des ressources humaines et beaucoup de temps pour observer et codifier les comportements d'agitation, augmentant ainsi les coûts y étant associés. Pour sa part, l'emploi de dispositifs mécaniques n'implique qu'un investissement monétaire de départ pour l'achat du matériel. Toutefois, cette technique peut être invasive pour l'individu portant les dispositifs (Cohen-Mansfield, 1999).

De nombreuses difficultés peuvent être rencontrées lors de l'évaluation ce qui en fait un défi de taille pour les chercheurs et les cliniciens : 1) les problèmes de communication et de perceptions de la personne âgée; 2) le manque de critères objectifs; 3) les différences inter-

individuelles; 4) la variabilité dans les comportements d'une même personne (même si un patron de comportements émerge pour une personne, il y a de la variabilité à l'intérieur de ce dernier ce qui fait qu'il est difficile à cerner) et 5) la faible fréquence de certains comportements (Cohen-Mansfield, 1999). Aucun consensus n'existe sur le choix de la méthode d'évaluation « idéale ». Les objectifs poursuivis par le chercheur, la population à l'étude ainsi que le budget disponible sont des facteurs pouvant influencer l'adoption d'une méthode plutôt qu'une autre.

Méthodes d'intervention

Une évaluation adéquate, à l'aide d'un outil valide et fidèle, est essentielle pour améliorer la prévention et la gestion des comportements d'agitation. Une bonne compréhension du phénomène guide logiquement les soignants vers une intervention efficace (Cohen-Mansfield, 1999). Cohen-Mansfield (1989) ainsi que Teri, Logsdon et Schindler (1999) mentionnent qu'une évaluation systématique d'une démence sous-jacente ainsi qu'une évaluation fonctionnelle complète des comportements, comprenant une description des antécédents, du développement et de la présentation des problèmes de comportements (intensité, durée et fréquence), est un préalable essentiel à l'implantation d'un traitement.

Les méthodes d'intervention se classent en trois grandes catégories principales soit, les approches comportementales, environnementales et pharmacologiques. Le but de la présente section n'est pas de faire un relevé exhaustif des méthodes d'intervention mais plutôt un survol permettant au lecteur de se familiariser avec les diverses approches. Plusieurs auteurs recommandent de privilégier une approche non-

pharmacologique (Rapp, Flint, Herrmann, & Proulx, 1992; Teri et al., 1999). En effet, agir sur une cause physique réversible telle que la faim et la douleur peut être suffisant pour enrayer, ou du moins, améliorer la situation (Landreville et al., 2000). L'approche comportementale regroupe plusieurs stratégies permettant de réduire l'agitation dont le contrôle par le stimulus, l'extinction, le retrait, la correction, les renforcements (e.g., économie de jetons) et la restriction. De façon plus détaillée, la restriction se définit comme le fait d'empêcher la personne âgée de pratiquer l'une de ses activités favorites après la survenue d'un comportement répréhensible. Pour sa part, le retrait se veut être le déplacement de la personne, en réponse à la production du comportement cible, dans un endroit où le renforçateur n'est pas disponible. Toutefois, peu importe la technique employée, il est primordial de tenir compte de considérations éthiques relatives aux droits des patients (Cohen-Mansfield, 1989).

L'approche environnementale consiste, entre autres, à modifier l'environnement physique de manière à réduire la stimulation du résident, ce qui a pour conséquence la modération ou la prévention des comportements d'agitation. La modification de l'environnement, par des moyens tels qu'instaurer des systèmes d'alarme, installer des barrures sur les portes ou aménager des endroits extérieurs bien protégés, s'est avérée efficace avec les individus présentant de l'errance ou faisant régulièrement les cent pas (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996).

D'autres méthodes (n'appartenant à aucune catégorie spécifique) comme l'agrandissement de l'espace personnel, l'orientation dans le temps, la stimulation des sens (e.g., musicothérapie) et la physiothérapie ou des programmes

d'activités physiques ont aussi connu un certain succès (Cohen-Mansfield, 1989; Cohen-Mansfield, 1991; Weinrich et al., 1995). Aussi, l'utilisation de contentions physiques, autre technique fréquente en CHSLD, est généralement employée pour protéger les résidents des effets de l'agitation comme les chutes ou les échanges de violence (Cohen-Mansfield, 1991). Weinrich et ses collègues (1995) ont répertorié des taux d'utilisation de contentions physiques variant entre 19 et 85%. Par contre, l'emploi de contentions ne donne pas toujours les résultats escomptés. En effet, cela augmente souvent le niveau d'agitation du résident et altère son fonctionnement mental et physique (Cohen-Mansfield, 1989).

Une autre méthode d'intervention proposée s'adresse particulièrement aux soignants. Pour prévenir ou réduire l'agitation, il faut souvent plus de personnel entraîné en place. Aussi, il est essentiel de conscientiser davantage les soignants à la problématique en leur donnant des formations sur le sujet. Tâcher de comprendre pourquoi la personne âgée est agitée, être capable de donner de l'affection ou de l'attention quand le résident se sent insécure et a besoin d'être rassuré et améliorer les patrons d'interaction avec le bénéficiaire (e.g., utiliser un langage clair, donner des instructions positives plutôt que négatives, porter une attention particulière à leurs propres humeurs et attitudes) sont des thèmes pouvant être abordés lors de ces formations.

Devant les insuccès d'une approche non-pharmacologique, les intervenants auront tendance à tenter une approche pharmacologique. Bien qu'il existe une vaste panoplie de médicaments, l'utilisation des neuroleptiques et des benzodiazépines est fréquente pour contrer l'agitation. Toutefois, les études portant sur l'efficacité de la



médication sont souvent des études de cas ou encore, la présence d'un groupe contrôle fait défaut. Cela amoindrit donc la solidité des conclusions que l'on peut en tirer ce qui, par le fait même, les rend difficilement généralisables. Les neuroleptiques, bien qu'ils comportent de nombreux effets secondaires (e.g., somnolence, hypotension orthostatique, effets extrapyramidaux et effets anticholinergiques; Roberge, 1996) et qu'ils n'améliorent en rien les fonctions cognitives, se révèlent « modérément » efficaces pour traiter l'agitation sévère reliée à la démence (e.g., agressivité) (Rapp et al., 1992). De plus, dans leur méta-analyse, Schneider, Pollock et Lyness (1990) en sont venus à la conclusion qu'aucun neuroleptique n'est supérieur à un autre. Lorsque ce type de médicament s'avère inefficace ou produit des effets secondaires incapacitants, les cliniciens se retournent souvent vers les benzodiazépines, habituellement employés pour traiter des comportements d'agitation sans agressivité (e.g., faire les cent pas; Weinrich et al., 1995). Teri et ses collaborateurs (1999) soulèvent que les benzodiazépines sont souvent utiles dans le traitement de l'agitation modérée des personnes âgées atteintes de démence mais qu'ils s'avèrent généralement inefficaces dans les cas d'agitation sévère. L'utilisation de cette médication comporte aussi des effets secondaires tels que la sédation, l'ataxie (Rapp et al., 1992) ainsi qu'une dégradation des déficits cognitifs, de la confusion et de l'agitation. Finalement, comme l'agitation peut être une manifestation de la dépression, le traitement par anti-dépresseurs, particulièrement le trazodone, ne doit pas être écarté (Teri et al., 1999).

L'utilisation de la médication comporte de nombreux risques dont tout médecin doit être conscient. Tout d'abord,

il est essentiel de veiller à un ajustement constant des doses afin de s'adapter aux changements métaboliques de la personne âgée. Puis, il faut savoir que les médicaments peuvent aggraver l'agitation plutôt que la diminuer. Par ailleurs, une réduction du niveau d'agitation peut survenir de façon concomitante avec une réduction du niveau de fonctionnement général. Aussi, comme les personnes âgées consomment déjà beaucoup de médication à cause de leur état de santé général, elles deviennent donc plus susceptibles de développer des effets secondaires supplémentaires (Cohen-Mansfield, 1989; Teri et al., 1999). Finalement, dans un contexte pharmacologique, l'agitation est souvent considérée comme un concept global plutôt que comme des comportements cibles séparés. Comme il fut mentionné précédemment, il est important de conserver à l'esprit que certains types de médicaments agissent mieux avec certains types d'agitation (e.g., les neuroleptiques sont plus efficaces pour traiter les comportements agressifs, les anti-dépresseurs semblent être un traitement intéressant pour l'agitation verbale; Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996).

Selon Teri et ses collègues (1999), lorsqu'une intervention seule rapporte des bénéfices mais que l'amélioration des symptômes n'est pas suffisante, la combinaison de deux approches est essentielle. Ces propos sont corroborés par ceux de Rapp et al. (1992) qui affirment que dans le cas de traitement individuel, la combinaison d'approches est souvent nécessaire et offre plus de chances de réussite.

Objectif et pertinence de l'étude

Comme il a été mentionné précédemment, un nombre impressionnant de questionnaires sont disponibles pour évaluer l'agitation. Par contre, ils sont tous en langue anglaise. Pour combler le manque d'instruments francophones, Deslauriers, Landreville, Dicaire et Verreault (2001) ont récemment traduit et partiellement validé le CMAI. Cette mesure est fréquemment employée dans diverses recherches ayant trait à l'agitation en raison de ses nombreuses qualités psychométriques : facile et rapide à administrer (Miller et al., 1995), spécifique à la problématique, peu coûteuse et possède de très bonnes qualités psychométriques (Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989; Finkel, Lyons, & Anderson, 1992; Miller et al., 1995; Shah et al., 1998). Les résultats de Deslauriers et al. (2001) démontrent que l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM), tout comme sa version originale anglaise, possède de bonnes qualités psychométriques. Par contre, la structure factorielle n'a pas été examinée, leur échantillon ($N = 99$) étant trop petit. Il est recommandé d'effectuer une analyse factorielle sur un échantillon dont le nombre de sujets est au moins 10 fois plus grand que le nombre de variables à l'étude (Tabachnick & Fidell, 1996). Comme l'IACM compte 29 items, un échantillon d'au moins 290 sujets est requis.

La recherche actuelle vise donc à déterminer la structure factorielle de l'IACM. Les résultats de l'analyse permettraient de vérifier si les principales dimensions évaluées par cet instrument correspondent aux trois facteurs déjà identifiés avec la version originale anglaise et la version allemande. Si tel est le cas, il serait possible de comparer les résultats obtenus avec des sujets francophones à

ceux obtenus avec des sujets anglophones ou allemands. L'analyse factorielle de l'IACM permettrait également aux utilisateurs de disposer de sous-échelles correspondant à des dimensions spécifiques de l'agitation ce qui est primordial pour la recherche et l'intervention en milieu francophone. Il importe de noter que la plupart des analyses factorielles sur cet instrument ont été conduites sur l'échelle de fréquence des comportements. Une autre échelle, celle de dérangement, n'a fait l'objet d'aucune analyse factorielle, à notre connaissance. Dans la présente étude, deux analyses factorielles, une pour chaque échelle, seront donc réalisées.

Méthodologie

Ce premier chapitre se veut une introduction aux concepts reliés à l'agitation. Il fait aussi état du principal objectif de l'étude de même que la pertinence de la réaliser. Pour sa part, le deuxième chapitre est rédigé sous forme d'article scientifique et se veut le corps du mémoire. L'article décrit la problématique, l'objectif principal de l'étude ainsi que la méthode employée et les résultats obtenus. Ces derniers font ensuite l'objet d'une discussion. Pour conclure cet ouvrage, un troisième chapitre résume les points forts et les limites de cette étude et suggère des avenues de recherches futures.

CHAPITRE II

Structure factorielle de l'Inventaire d'agitation

de Cohen-Mansfield

(ARTICLE)

Structure factorielle de l'Inventaire d'agitation
de Cohen-Mansfield

Lucie Casault, B.A. et Philippe Landreville, Ph.D.

École de Psychologie, Université Laval

Québec, Canada

Cette étude est supporté en partie par une bourse de formation de deuxième cycle de recherche en santé humaine du Fond pour la recherche en santé du Québec (FRSQ) accordée au premier auteur et par une subvention du FRSQ (990720-104).

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Philippe Landreville, École de psychologie, Université Laval, Québec, Québec, Canada, G1K 7P4, courrier électronique : philippe.landreville@psy.ulaval.ca

RÉSUMÉ

Près de la moitié des personnes âgées vivant dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) souffrent d'agitation. Il est donc essentiel pour les chercheurs de disposer de mesures valides et fiables de ce phénomène. Le Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) est l'un des instruments de mesure les plus utilisés dans le domaine. Il a récemment été traduit et partiellement validé. Cette étude vise donc à déterminer la structure factorielle de la version française de cet instrument, administré à 373 personnes âgées de plus de 60 ans. Les résultats de l'analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) suggèrent l'existence de trois facteurs (agitation verbale, agitation physique sans agressivité et agitation avec agressivité). Ces résultats corroborent ceux obtenus avec la version originale anglaise et la version allemande du CMAI. De plus, ils confirment que l'agitation est un concept multidimensionnel.

Structure factorielle de l'Inventaire d'agitation
de Cohen-Mansfield

L'agitation est un phénomène d'importance chez les personnes du troisième âge tant au niveau de sa prévalence que des conséquences qui en découlent. Selon Bélanger (1993), elle serait le problème le plus préoccupant dans plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La nécessité de s'intéresser à ce sujet est d'autant plus justifiée par l'accroissement considérable du nombre de personnes âgées. En l'an 2000, au Canada, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 12,5% de la population totale comparativement à 11,7% en 1991 (Statistiques Canada, 2001). Selon les prévisions de Statistiques Canada (2001), ce pourcentage pourrait atteindre les 18,8% en 2021 et les 23% en 2041, ce qui constitue près du quart de la population.

Pour tâcher de réduire l'ambiguïté quant à la signification du terme « agitation », Cohen-Mansfield et Billig (1986) ont tenté de le définir de façon opérationnelle. L'agitation se veut être un terme clinique utilisé pour désigner une activité verbale, vocale ou motrice jugée inappropriée et qui ne résulte pas directement des besoins ou de la confusion de la personne agitée. Le comportement est considéré inadéquat, par un observateur externe et non la personne elle-même, s'il est abusif ou agressif, s'il est produit à une fréquence inadéquate ou s'il

ne correspond pas aux normes sociales généralement acceptées pour une situation donnée. De plus, l'agitation n'est pas un diagnostic en tant que tel; c'est plutôt un ensemble de symptômes que l'on peut regrouper en différents syndromes et qui peut refléter un trouble sous-jacent (e.g., un trouble psychiatrique organique ou fonctionnel, une condition médicale, des pertes sensorielles; Cohen-Mansfield & Marx, 1989; Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989).

La littérature sur la prévalence de cette problématique d'envergure en milieu institutionnel indique une grande variabilité dans les taux répertoriés dans diverses études (Beauchesne et al., 1997; Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, 1986; Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989; Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1989; Jackson et al., 1989; Zimmer, Watson, & Treat, 1984). En effet, Jackson et ses collaborateurs (1989) ont rapporté le plus faible taux d'agitation, équivalant à 26,4%. À l'opposé, Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989) ont obtenu le taux le plus élevé en milieu institutionnel soit, 93%. Une des conclusions tirées d'un relevé de littérature sur les comportements perturbateurs chez les personnes âgées vivant en milieu institutionnel et ayant des déficits cognitifs est que, sur un total de 5650 participants, une moyenne de 42,8% de ces individus ont présenté ce type de comportement (Beck, Rossby, & Baldwin, 1991). L'écart considérable entre tous ces résultats

peut s'expliquer par l'utilisation de diverses définitions de l'agitation, par l'usage d'instruments de mesure variés et imprécis (Cohen-Mansfield, 1989; Weinrich, Egbert, Eleazer, & Haddock, 1995) ainsi que par les différentes populations étudiées (Landreville, Vézina, & Gosselin, 2000).

Les conséquences néfastes résultant de l'agitation peuvent affecter autant la personne elle-même que son entourage et les soignants. En effet, cette dernière altère la qualité de vie des personnes âgées vivant dans la communauté et augmente la probabilité d'être admis en CHSLD (Cohen-Mansfield, 1986). Aussi, la qualité de leurs relations interpersonnelles se voient détériorées (Cohen-Mansfield & Billig, 1986) et leur bien-être diminue considérablement (Struble & Sivertsen, 1987). En milieu institutionnel, les comportements agités peuvent engendrer un cercle vicieux en aggravant la condition des bénéficiaires. En fait, une combinaison de comportements agités et de pertes des habiletés de communication peut entraîner une mauvaise évaluation des besoins et des traitements requis par le bénéficiaire (Cohen-Mansfield, 1995). Finalement, les comportements agressifs des résidents peuvent constituer une menace pour tous.

La présence de comportements agités peut aussi contribuer à augmenter le fardeau des soignants. Leur vie sociale et morale de même que leur santé physique (Cohen-Mansfield, 1995) sont

affectées par de multiples facteurs notamment, la dépression, le stress et l'épuisement professionnel (Chrisman, Tabar, Whall, & Booth, 1991). Aussi, le fait d'assister les personnes agitées dans leur quotidien, de tenter des interventions et de constater les échecs provoquent une gamme de sentiments tels que l'impuissance, l'abandon, l'échec, la colère et la culpabilité (Bonin & Bourque, 1993). Inévitablement, la qualité et le plan de soins en milieu d'hébergement s'en trouvent affligés (Chrisman et al., 1991).

Malgré son importance et les conséquences flagrantes qui résultent de l'agitation, l'étiologie de ce phénomène demeure obscure. Toutefois, les résultats de plusieurs études démontrent que bon nombre de variables peuvent y être associées. Selon Cohen-Mansfield et Billig (1986), les déficits cognitifs et les détériorations cérébrales pourraient prédisposer les individus à devenir agités. Puis, d'autres facteurs tels que le niveau de stress (Cohen-Mansfield & Marx, 1989), l'agressivité vécue antérieurement (Cohen-Mansfield, 1989), la période de la journée, les conditions environnementales, les changements physiologiques (Cohen-Mansfield, Marx, & Werner, 1992), les déficits sensoriels (Bonin & Bourque, 1993), l'âge (Jackson et al., 1989), la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (Weinrich et al, 1995) et l'usage d'une médication peuvent également affecter les comportements d'agitation.

Aussi, Cohen-Mansfield et al. (1992) ont décelé que certaines variables provenant des conditions médicales et psychosociales du patient (e.g., la démence, l'état de santé général, l'humeur dépressive, le sommeil et la pauvre qualité des interactions sociales) s'avèrent fortement reliées à l'agitation, particulièrement celle de type verbale. À noter que de nombreux résultats contradictoires face aux variables associées ou non à l'agitation ont été répertoriés dans les relevés de littérature réalisés par Beck, et al. (1991) ainsi que par Taft et Cronin-Stubbs (1995). En plus de raisons mentionnées précédemment pour expliquer la variabilité de la prévalence de l'agitation, la nature corrélacionnelle des études est également une explication plausible à ces contradictions.

Parmi toutes les méthodes d'évaluation employées, celle de l'évaluation par le soignant est la plus utilisée (Cohen-Mansfield, 1996). Sa popularité est due aux multiples avantages qu'elle comporte (Cohen-Mansfield, 1996; Cohen-Mansfield, 1999; Shah, Evans, & Parkash, 1998; Teri & Logsdon, 1994). En effet, il est essentiel, tant pour la recherche que l'intervention en milieu clinique, de disposer d'instruments de mesure fiables de l'agitation. Ces derniers permettent, entre autres, d'obtenir des données quant à la prévalence du trouble, de suivre son évolution et de mesurer les effets d'une intervention (Chrisman et al., 1991; Miller, Snowdon, & Vaughan, 1995). Un nombre

impressionnant de questionnaires sont disponibles pour évaluer les problèmes de comportement. Toutefois, peu d'entre eux ne sont aussi spécifiques que le « Cohen-Mansfield Agitation Inventory » (CMAI; Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989), aussi l'un des instruments les plus renommés dans sa catégorie (Taft & Cronin-Stubbs, 1995). Cet inventaire, utilisé principalement en milieu institutionnel, sert à évaluer la fréquence de 29 comportements observables pour une période spécifique de deux semaines précédant l'évaluation.

De par sa définition, l'agitation peut se révéler comme un concept unifié ou encore, comme un ensemble de comportements plus ou moins reliés. Quelques systèmes de classification théoriques ont émergé afin de clarifier ce phénomène (Hussian, 1981; Zimmer, Watson, & Treat, 1984). Par exemple, Zimmer et ses collègues (1984) ont divisé les comportements d'agitation les plus importants en quatre catégories et ce, selon l'impact qu'ils provoquent chez les autres : 1) dangereux pour les autres; 2) dangereux pour soi; 3) dérangeants pour les autres et 4) non dangereux ni dérangeants mais qui préoccupent le personnel soignant. Une alternative à cette classification a été proposée par Cohen-Mansfield et Billig (1986), basée principalement sur deux dimensions soit, les comportements agressifs-abusifs versus les comportements non-agressifs et les comportements physiques versus les comportements verbaux et vocaux. Cohen-Mansfield,

Marx et al. (1989) ont été les premiers auteurs à adopter une approche empirique pour identifier les construits de l'agitation. Ils ont donc mené une analyse factorielle sur le CMAI. Les résultats indiquent que l'agitation se divise en trois composantes principales : l'agitation verbale (e.g., demandes constantes d'attention, négativisme, répétition de phrases ou de questions), l'agitation physique sans agressivité (e.g., essayer de se rendre ailleurs, faire les cent pas, habillage ou déshabillage inapproprié) et l'agitation avec agressivité (e.g., donner des coups de pied, frapper, égratigner). Le fait d'amasser et de cacher des choses a été observé exclusivement durant la journée par ces mêmes auteurs, ce qui en fait un quatrième facteur. À l'exception de cette dernière dimension, ces résultats ont été corroborés par une seconde analyse factorielle effectuée par Miller et al. (1995) ainsi que par une autre réalisée sur la version allemande du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D; De Jonghe & Kat, 1996). Ces différentes études sont résumées au tableau 1.

Insérer le tableau 1

Les trois principaux syndromes correspondent bien au modèle théorique proposé par Cohen-Mansfield et Billig (1986), à l'exception du facteur d'agitation verbale qui inclut les comportements agressifs ou non. L'existence d'un facteur

additionnel (agitation verbale avec agressivité) est discutable puisqu'il serait fortement relié aux facteurs d'agitation verbale et d'agitation physique avec agressivité (Cohen-Mansfield, Werner, Watson, & Pasis, 1995; Cohen-Mansfield, & Werner, 1998).

Selon la littérature, les trois dimensions suivantes : agitation verbale, agitation physique sans agressivité et agitation avec agressivité sont communes à plusieurs perspectives et donc, régulièrement employées d'un auteur à l'autre. Toutefois, des sous-divisions (incluant parfois des items pris séparément) à l'intérieur de l'une ou l'autre de ces trois composantes ont aussi fait l'objet de recherches. Ryden, Bossenmaier et McLachlan (1991) se sont centrés uniquement sur les comportements agressifs et les ont classés en trois dimensions soit, les comportements d'agressivité physique (e.g., frapper, tirer les cheveux), les comportements d'agressivité verbale (e.g., utiliser un langage hostile) et les comportements agressifs sexuels (e.g., faire des gestes obscènes, toucher les parties génitales des autres personnes). Des typologies ont aussi été identifiées pour les comportements d'errance (Hussian, 1987; Martino-Saltzman, Blasch, Morris, & McNeal, 1991) et les comportements bruyants (Ryan, Tainsh, Kolodny, Lendrum, & Fisher, 1988).

Comme il a été mentionné auparavant, un nombre important

d'instruments de mesure sont disponibles pour évaluer l'agitation. Par contre, ils sont tous en langue anglaise. Pour combler le manque d'instruments francophones, Deslauriers, Landreville, Dicaire et Verreault (2001) ont récemment traduit et partiellement validé le CMAI. Leurs résultats démontrent que l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM), tout comme sa version originale anglaise, possède de bonnes qualités psychométriques. La fidélité inter-juge ($r = .72$), la stabilité temporelle ($r = .72$), la consistance interne (alpha de Cronbach variant de .75 à .77), la validité concomitante ($r = .74$) et la validité de construit (tous les r sont significatifs, $p < .05$) ont été évaluées dans cette étude.

Par contre, Deslauriers et ses collaborateurs (2001) n'ont pas examiné la structure factorielle de l'IACM, leur échantillon ($N = 99$) étant trop petit. La recherche actuelle vise donc à déterminer la structure factorielle de l'IACM. Les résultats de l'analyse permettraient de vérifier si les principales dimensions évaluées par cet instrument correspondent aux trois facteurs déjà identifiés avec la version originale anglaise et la version allemande. Si tel est le cas, il serait possible de comparer les résultats obtenus avec des sujets francophones à ceux obtenus avec des sujets anglophones ou allemands. L'analyse factorielle de l'IACM permettrait également aux utilisateurs de disposer de sous-échelles correspondant à des

dimensions spécifiques de l'agitation ce qui est primordial pour la recherche et l'intervention en milieu francophone. Il importe de noter que la plupart des analyses factorielles sur cet instrument ont été conduites sur l'échelle de fréquence des comportements. Une autre échelle, celle de dérangement, n'a fait l'objet d'aucune analyse factorielle, à notre connaissance. Dans la présente étude, deux analyses factorielles, une pour chaque échelle, seront donc réalisées.

Méthode

Participants

Les participants ont été recrutés par le biais d'une étude plus vaste. Le recrutement s'est effectué entre mars 2000 et février 2001 et ce, dans 11 unités de trois CHSLD publics de la région de Québec (Jeffery Hale, Hôpital Général et Pavillon St-Augustin). Les 11 unités comptent un total de 413 résidents. Toutefois, 35 d'entre eux ont été exclus car ils ne rencontrent pas le critère d'âge qui est fixé à 60 ans et plus. De plus, cinq décès sont survenus dans les jours précédant l'expérimentation. L'échantillon total de cette étude comporte donc 373 résidents.

L'âge moyen des participants est de 82,2 ans (E.T. = 8,3) et varie entre 60 et 102 ans. Cent quatorze (30,6%) d'entre eux sont des hommes et 259 (69,4%), des femmes. Un peu plus de la moitié de ces individus (55,8%) présentent une forme de démence.

Parmi ces personnes démentes, 16% souffrent de démence alzheimer, 12,8% de démence vasculaire, 12,5% de démence mixte et 13,9% d'un autre type de démence. Le type de démence associé au diagnostic n'est pas disponible pour cinq participants. Le nombre de diagnostics médicaux répertoriés au dossier varie de 1 à 15 par personne (moyenne = 5,2; E.T. = 2,4). Finalement, la durée moyenne de l'hébergement est de 4,2 années (E.T. = 4,6; étendue = de 211 à 11 587 jours) pour l'ensemble de l'échantillon.

Mesures

Caractéristiques des participants. (annexe A). Une fiche signalétique, sert à recueillir des renseignements sur les bénéficiaires à partir de l'information contenue dans leur dossier médical et leur plan de soins : la date de naissance, le sexe, la date d'admission, les diagnostics médicaux actuels (incluant le diagnostic de démence) ainsi que les divers types de démence.

Agitation. (annexe B). L'IACM contient 29 comportements observables dont la fréquence est évaluée sur une échelle de type Likert allant de « 1 » (jamais) à « 7 » (plusieurs fois à l'heure). Chaque comportement est évalué sur une période couvrant les deux dernières semaines et l'instrument doit être complété par un soignant qui connaît très bien chacun des bénéficiaires. Cette version de l'IACM comporte aussi une échelle de dérangement de type Likert s'étendant de « 1 » (pas

du tout) à « 5 » (extrêmement). Le degré de dérangement est défini comme le degré auquel le comportement a incommodé le personnel soignant, les autres bénéficiaires ou les membres de la famille. Tous les indices calculés à partir de l'IACM correspondent à la somme du résultat obtenu pour chaque comportement.

Procédure

L'autorisation du Directeur des services professionnels de chaque établissement a été obtenue pour avoir accès au dossier médical des bénéficiaires. La fiche signalétique a été complétée par une assistante de recherche. De plus, une infirmière travaillant sur l'unité depuis plusieurs années et connaissant donc très bien chaque bénéficiaire a complété l'IACM en présence d'une autre assistante de recherche. Une seule infirmière par unité a effectué cette tâche dans huit unités; pour les trois autres unités, deux infirmières par unité se sont réparties la tâche. Une entente a préalablement été prise avec l'administration de chaque établissement afin de libérer l'infirmière de ses tâches habituelles pour une période d'environ trois heures et ainsi, lui permettre de compléter l'IACM. Après avoir expliqué en détail l'instrument, l'assistante de recherche demeure sur place durant toute la durée de la passation afin de répondre aux questions des

infirmières. Cette cueillette de données est menée durant le quart de travail de jour.

Résultats

Toutes les analyses de l'étude sont menées à l'aide du logiciel SPSS, version 10.0.

Données descriptives

Les résultats obtenus à l'échelle de fréquence de l'IACM varient de 29 (absence de comportement agité) à 99 pour l'ensemble des 373 participants avec une moyenne de 40,3 (E.T. = 12,4). Les résultats obtenus à l'échelle de dérangement oscillent entre 29 (absence totale de dérangement) et 78 pour tous les participants de l'étude. La moyenne est de 36,4 (E.T. = 9,5).

Deux cent quatre-vingt-dix-huit participants, soit 79,9% de l'échantillon total, ont présenté au moins un comportement d'agitation dans les deux semaines précédant la cueillette de données. Le tableau 2 fait état du nombre de bénéficiaires présentant chacun des 29 comportements de l'IACM. Parmi tous les items, « se plaindre » est celui le plus fréquemment rapporté. En effet, 140 des 373 (37,5%) résidents ont manifesté ce comportement dans les deux semaines précédant l'évaluation. Suivent alors, en ordre d'importance : le « négativisme » (31,1%), les « demandes constantes d'attention » (30,3%) et la « répétition de phrases ou de questions » (27,1%).

Insérer le tableau 2

Les résultats obtenus sur l'échelle de dérangement indiquent que 70,8% des bénéficiaires ont présenté au moins un comportement d'agitation qui s'est avéré minimalement « un peu » dérangent. Les comportements ayant occasionné le plus de dérangement (i.e., ceux ayant incommodé le personnel soignant, les autres bénéficiaires ou les membres de la famille) se sont aussi avérés être ceux les plus fréquents. Ils sont tous répertoriés au tableau 3.

Insérer le tableau 3

Structure factorielle

Une analyse factorielle a été menée sur les items de l'échelle de fréquence de l'IACM. Les comportements manifestés par moins de 5% de l'échantillon total ont été exclus de l'analyse. Il s'agit de : 1) déchirer ou arracher des choses; 2) avances sexuelles verbales; 3) avances sexuelles physiques; 4) chuter intentionnellement; 5) lancer des choses; 6) mordre; 7) manger des substances inappropriées et 8) se faire mal à soi-même. Le test du coude et les valeurs élevées à la mesure d'adéquacité de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Oklin (.79) indiquent qu'une analyse factorielle peut être menée. Les

valeurs propres (*eigenvalues*), la proportion de la variance expliquée et un test du coude de Cattell visent à déterminer le nombre de facteurs contenus dans l'IACM. Les 21 items restant ont donc été soumis à une analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax). Celle-ci suggère une solution à six composantes. Comme cette solution est difficilement interprétable, des essais visant à extraire un nombre précis de facteurs ont été faits (extraction de cinq, de quatre et de trois facteurs), permettant ainsi de nous donner un aperçu de structures plus simples. Parmi toutes les structures proposées, celle à trois composantes s'avère la plus interprétable et la plus logique. L'observation visuelle du test du coude de Cattell ainsi que les valeurs propres indiquent que le fait d'avoir extrait trois facteurs est justifié. Cette solution est donc retenue. Les trois facteurs expliquent respectivement 16,5%, 14,3% et 13,0% de la variance pour un total de 43,8%. Trois items (habillage ou déshabillage inapproprié, émettre des bruits étranges et maniérisme répétitif) ne semblent pas clairement associés aux trois composantes. D'ailleurs, les faibles communalités reliées à ces trois items soit, respectivement 0,20; 0,13 et 0,19, démontrent que la variance des ces items n'est pas très bien représentée par les trois facteurs retenus, contrairement aux autres items dont les communalités varient entre 0,30 et 0,75. La structure factorielle de l'IACM,

échelle de fréquence, est présentée au tableau 4. Suite à l'observation de ce tableau, il est possible de constater que le facteur 1 représente les comportements physiques avec agressivité, que le facteur 2 regroupe les comportements d'agitation verbale et que le facteur 3 inclut les comportements d'agitation sans agressivité.

Insérer le tableau 4

Une seconde analyse factorielle a été menée, cette fois-ci, sur les items de l'échelle de dérangement de l'IACM. Les items dont le degré de dérangement est inférieur à 5% ont été retirés de l'analyse. Il s'agit des même items que ceux de l'analyse précédente avec l'ajout d'un item supplémentaire soit, « cacher des choses ». Le test du coude et les valeurs élevées à la mesure d'adéquacité de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Oklin (.81) indiquent qu'une analyse factorielle peut être menée. Les 20 items restant ont donc été soumis à une analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax). Celle-ci suggère une solution à cinq composantes. Comme il a été mentionné dans le cadre de l'analyse précédente, l'extraction d'un nombre de facteurs déterminés, soit quatre et trois, a permis de nous donner un aperçu de structures simplifiées. La structure à trois composantes s'avère la plus interprétable et la plus logique parmi toutes celles proposées. Cette solution est

donc retenue. Les trois facteurs expliquent respectivement 17,9%, 17% et 12,7% de la variance pour un total de 47,6%. Trois items (les mêmes que ceux de l'analyse précédente) ne se retrouvent sur aucun des facteurs. Encore une fois, les faibles communalités reliées à ces trois items soit, 0,24; 0,15 et 0,23, démontrent que la variance de ces items n'est pas très bien représentée par les trois facteurs retenus, contrairement aux autres items dont les communalités varient entre 0,26 et 0,72. La structure factorielle de l'échelle de dérangement est la même que celle de l'échelle de fréquence mais la composition des facteurs de même que les pondérations factorielles des items diffèrent. Le tableau 5 présente la structure factorielle de l'IACM, échelle de dérangement.

Insérer le tableau 5

Discussion

L'objectif de la présente étude était d'explorer la structure factorielle de la version française du CMAI (IACM) et ce, avec chacune de ses deux échelles (i.e., fréquence des comportements et dérangement). Il ne s'agit pas ici de confirmer les structures déjà existantes. La structure factorielle de l'IACM s'est avérée similaire à celles obtenues avec la version originale anglaise (Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989; Miller et al., 1995) ainsi qu'à celle découlant de la version allemande (De

Jonghe & Kat, 1996). En effet, les résultats de l'analyse exploratoire supportent une solution comprenant trois composantes : 1) agitation physique avec agressivité; 2) agitation verbale et 3) agitation physique sans agressivité. Il est intéressant de constater que, pour la deuxième fois, la structure factorielle d'une version étrangère du CMAI donne des résultats identiques à ceux provenant de la version originale anglaise. Les résultats attestent de la robustesse des composantes de cet outil.

Il importe de souligner que l'existence d'un quatrième facteur soit, « cacher et amasser des choses » a été observé par Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989) pour leurs données recueillies durant la journée seulement. Dans notre cas, malgré le fait que la cueillette de donnée se soit aussi faite pendant le quart de travail de jour, un tel facteur n'a pas émergé corroborant ainsi les résultats de Miller et al. (1995) et De Jonghe & Kat (1996). Tout comme ces chercheurs, les deux items se sont retrouvés dans le facteur « agitation sans agressivité ». Une des explications possibles à la non-émergence d'un quatrième facteur serait que, dans cette étude, les soignants ayant complété l'IACM n'ont peut-être pas rapporté les comportements d'agitation étant survenus uniquement durant la journée. Les discussions quotidiennes avec leurs collègues des autres quarts de travail de même que les notes évolutives inscrites au dossier

ont pu, d'une certaine manière, influencer l'évaluation du soignant. De plus, au moins une des infirmières choisies pour la collecte de données travaille en alternance sur les trois quarts de travail (jour, soir et nuit)¹.

Malgré le fait que les analyses statistiques effectuées soient identiques à celles précédemment employées dans les autres recherches, la composition des trois facteurs diffère légèrement. La principale divergence est que, dans la présente étude, le facteur d'agitation verbale inclut aussi les items « sacrer ou agresser verbalement » et « crier » alors que ces deux items se retrouvent dans le facteur d'agitation physique avec agressivité pour l'étude de Miller et al. (1995) et celle de De Jonghe & Kat (1996). Pour leur part, Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989) ont aussi observé que l'item « sacrer ou agresser verbalement » se retrouve dans le facteur d'agitation physique avec agressivité mais toutefois, ils ont identifié l'item « crier » comme appartenant au facteur d'agitation verbale. De tous les items ayant des pondérations factorielles supérieures à 0,40, l'item « crier » est le seul de la présente recherche à s'insérer dans deux facteurs. Logiquement, il fait aussi partie du facteur d'agitation physique avec agressivité.

¹ À noter que lorsque des comparaisons sont soulevées entre les diverses études et la nôtre, il n'y a que les résultats découlant de l'échelle de fréquence des comportements qui soient utilisés, les chercheurs n'ayant pas, à notre connaissance, porté leur attention sur l'échelle de dérangement. Les divergences entre les résultats obtenus avec les deux échelles seront discutées ultérieurement.

Il existe des raisons pouvant expliquer les différences notées dans la composition des facteurs. Premièrement, il y a le nombre d'items enlevés avant d'effectuer l'analyse factorielle. Les auteurs s'entendent pour ne pas utiliser les comportements qui sont manifestés par moins de 5% de l'échantillon. Les items retirés pour chacune des études (variant entre quatre et huit) sont répertoriés dans le tableau 1. L'observation de ce tableau permet de constater que les items « avances sexuelles physiques », « chuter intentionnellement » et « se faire mal à soi-même » ont été manifesté par une très faible proportion des participants puisqu'ils ont été retirés de toutes les études. Il est donc justifié de se questionner sur la pertinence de conserver ces trois items dans un questionnaire mesurant les comportements d'agitation.

Le fait que huit items (27,6%) soient retirés des analyses peut être attribuable à l'état de santé précaire ou au niveau de détérioration cognitive élevé des personnes âgées (Norland, 1994). Les critères d'admission en CHSLD ayant été révisés en raison de l'accroissement de cette population, les cas admis dans ces établissements sont donc plus sévèrement détériorés tant au plan physique que cognitif. Ces gens sont peut-être plus limités quant à l'étendue des comportements manifestés. Aussi, une raison à la faible survenue de certains comportements est que, lorsque cela est possible, le personnel soignant développe des

stratégies alternatives afin de les enrayer (e.g., installer les bénéficiaires pour les repas et ne laisser aucune substance non-comestible dans le cabaret telle une poche de thé ou un sachet de biscuits vide; Bonin & Bourque, 1993). Puis, une troisième raison serait le biais de rappel, c'est à dire que les infirmières qui complètent l'IACM doivent se remémorer les comportements des résidents pour les deux semaines précédant la cueillette de données. De plus, elles notent souvent les comportements dont elles sont témoins ou encore ceux rapportés par leurs collègues de travail. Cohen-Mansfield (1996) a mentionné que les données recueillies avec ce type d'instrument reflètent les perceptions des soignants. Ces perceptions peuvent être influencées autant par le niveau de stress vécu que par l'habitation à un comportement manifesté depuis longtemps. Aussi, les soignants peuvent avoir tendance à rapporter une plus faible proportion de comportements agités car un haut niveau d'agitation pourrait projeter une image négative de la personne âgée ou encore des soins qui lui sont prodigués.

Deuxièmement, la cote minimale fixée pour déterminer les pondérations factorielles pourrait aussi expliquer des différences répertoriées dans la composition des facteurs. En suivant l'exemple de Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989) et Miller et al. (1995), seules les pondérations factorielles supérieures à 0,40 ont été retenues pour déterminer un facteur

dans cette étude. Ainsi, trois items (habillage ou déshabillage inapproprié, émettre des bruits étranges et maniérisme répétitif) ne se retrouvent sur aucune des trois composantes. Cohen-Mansfield, Marx, et al. (1989) ont trouvé que deux items n'appartenaient à aucun facteur tandis que Miller et al. (1995) en ont trouvé cinq (voir tableau 1). Pour leur part, De Jonghe & Kat (1996) n'ont pas déterminé de cote minimale quant aux pondérations à inclure. Tous les items de leur analyse se retrouvent sur au moins un facteur et une deuxième pondération par item doit être supérieure à 0,25 pour être incluse dans un second facteur.

Dans la présente étude, les trois facteurs obtenus expliquent 43,8% de la variance. Ce taux se compare à ceux des autres études, dont le pourcentage varie entre 37,6% et 44,3% (voir tableau 1). Cela indique donc, une fois de plus, que nos résultats sont similaires à ceux de Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989), de Miller et al. (1995) et de De Jonghe & Kat (1996). Toutefois, il faut garder à l'esprit qu'une part importante de l'agitation n'est pas expliquée par cet inventaire.

Une contribution originale de cette étude est qu'une analyse factorielle a aussi été menée sur l'échelle de dérangement de l'IACM. Il va de soi qu'il est impossible de comparer nos résultats à ceux de d'autres chercheurs. Les résultats indiquent que la structure factorielle menée sur l'échelle de dérangement

est similaire à celle faite sur l'échelle de fréquence.

Logiquement, des différences sont notées quant aux pondérations factorielles de chaque item, aux valeurs propres et aux pourcentages de variance expliquée. De plus, l'item « cacher des choses » n'a pas été inclus dans l'analyse puisque le degré de dérangement est inférieur à 5%. Aussi, l'item « demandes constantes d'attention » se retrouve dans deux facteurs soit, celui de l'agitation physique sans agressivité et celui de l'agitation verbale. Cette découverte quant à la similitude des résultats obtenus sur les deux échelles confirme doublement que la structure factorielle de l'IACM est fidèle.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats de l'analyse factorielle ont permis d'identifier trois facteurs ou plutôt, trois sous-échelles correspondant à des dimensions spécifiques du concept de l'agitation (agitation physique avec agressivité, agitation verbale et agitation physique sans agressivité). Sur le plan théorique, cela implique que des modèles doivent être développés à partir de chacune de ces dimensions. Effectivement, cela semble essentiel puisque Cohen-Mansfield et al. (1992) ont énoncé que chaque syndrome est différemment relié aux variables démographiques, médicales et psycho-sociales des bénéficiaires et qu'il doit être étudié indépendamment des autres. De plus, l'implantation de modèles théoriques permettrait de guider les recherches empiriques sur l'étiologie, l'évolution et le

traitement des comportements d'agitation. Ainsi, une conception plus adéquate de l'étiologie ou des variables associées à l'agitation faciliterait la prévention de comportements agités. Un exemple illustrant bien cela est qu'une meilleure gestion de l'environnement, telle une température ajustée à la convenance du patient, empêcherait ce dernier de se plaindre.

Sur le plan pratique, de connaître les items entrant dans la composition d'une dimension de l'agitation peut permettre un meilleur dépistage, une meilleure évaluation et éventuellement, un traitement plus adapté au problème. Il a été avancé que certains comportements tels que se plaindre, crier ou répéter des phrases peuvent être un appel à l'aide découlant d'une réelle souffrance physique ou émotionnelle (Cohen-Mansfield et al., 1992). Concrètement, ce fait soulève l'importance de ne pas ignorer ces comportements mais plutôt de leur porter une attention particulière et immédiate. Une autre implication pratique est le développement d'instruments de mesure spécialement adaptés aux comportements d'agitation ciblés. Par exemple, le Ryden Aggression Scale (Ryden, 1988) a été développé pour n'évaluer que les comportements agressifs d'agitation. Toutefois, l'utilisation de l'IACM demeure justifiée puisqu'il est maintenant possible d'obtenir un score pour chacune des sous-échelles, ce qui est préférable à l'obtention d'un score global, souvent peu représentatif de la situation du bénéficiaire.

Certaines limites sont associées à cette recherche. Le fait que l'instrument de mesure choisi requière une évaluation rétrospective (comportements effectués dans les deux semaines précédant l'évaluation) est une limite. Aussi, puisque ce type d'évaluation est subjective, il est fort probable que les réponses données par les infirmiers soient teintées de leurs perceptions de la situation (e.g., niveau de stress, phénomène d'habituation). Toutefois, même si l'observation directe aurait pu pallier ces manques, l'évaluation par le soignant demeure une méthode moins coûteuse offrant des résultats très utiles tant pour le clinicien que pour le chercheur.

En conclusion, cette étude a comme avantage d'avoir démontré que la structure factorielle de l'IACM semble robuste. Aussi, elle nous laisse croire que l'agitation est un concept multidimensionnel. Le fait d'avoir utilisé l'instrument avec la population cible pour laquelle il a été développé permet donc de nous assurer de la fiabilité de nos résultats. De plus, ces derniers pourraient facilement être généralisables à d'autres CHSLD puisque les données ont été recueillies auprès de plusieurs usagers provenant de trois centres différents. Dorénavant, il serait également possible de comparer les résultats obtenus avec des sujets anglophones et allemands à ceux obtenus avec la population francophone.

Références

Beauchesne et al. (1997, Mai). Prévalence de l'agitation chez les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Poster présenté au 13^e congrès de la Société québécoise de gériatrie, Montréal.

Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B. (1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. Archives of Psychiatric Nursing, 5, 281-291.

Bélanger, M. (1993). Agitation et atteinte cognitive : Étude transversale en établissement d'hébergement. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.

Bonin, C., & Bourque, M. (1993). Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée. Nursing Québec, 13, 19-26.

Chrisman, M., Tabar, D., Whall, A.L., & Booth, D.E. (1991). Agitated behavior in the cognitively impaired elderly. Journal of Gerontological Nursing, 17, 9-13.

Cohen-Mansfield, J. (1986). Agitated behaviors in the elderly II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 722-727.

Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation in elderly. Issues in Geriatrics Psychiatry, 19, 101-113.

Cohen-Mansfield, J. (1995). Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly : Function, methods, and difficulties. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 8, 52-60.

Cohen-Mansfield, J. (1996). Behavioral and mood evaluations : Assessment of agitation. International Psychogeriatrics, 8, 233-245.

Cohen-Mansfield, J. (1999). Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. Journal of Gerontological Nursing, 25, 42-51.

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly I. A conceptual review. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 711-721.

Cohen-Mansfield, J., & Marx, M.S. (1989). Do past experiences predict agitation in nursing home residents? International Journal of Aging and Human Development, 28, 285-294.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A.S. (1989). A description of agitation in a nursing home. Journal of Gerontology, 44, M77-M84.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Werner, P. (1992). Agitation in elderly persons : An integrative report of findings in a nursing home. International Psychogeriatrics, 4, 221-240.

Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). Longitudinal changes in behavioral problems in old age : A study in a adult day care population. Journal of Gerontology : Medical Sciences, 53A, M65-M71.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Marx, M.S. (1989). An observational study of agitation in agitated nursing home residents. International Psychogeriatrics, 1, 153-165.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Watson, V., & Pasis, S. (1995). Agitation among elderly persons at adult day-care centers : The experiences of relatives and staff members. International Psychogeriatrics, 7, 447-458.

De Jonghe, J.F.M., & Kat, M.G. (1996). Factor structure and validity of the dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). Journal of the American Geriatrics Society, 44, 888-889.

Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L., & Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. Revue canadienne du vieillissement/Canadian Journal on Aging, 20, 373-384.

Hussian, R.A. (1981). Geriatric Psychology : A Behavioral Perspective. New York, Van Nostrand Reinhold.

Hussian, R.A. (1987). Wandering and disorientation. Dans : L.L., Carstensen, & B.A., Edelman (Eds), Handbook of Clinical Gerontology (pp. 177-189). New York : Pergamon Press.

Jackson, M.E., Drugovich, M.L., Fretwell, M.D., Spector, W.D., Sternberg, J., & Rosenstein, R.B. (1989). Prevalence and correlates of disruptive behavior in nursing home. Journal of Aging and Health, 1, 349-369.

Landreville, P., Vézina, J., & Gosselin, N. (2000). Les comportements excessifs dans la démence. Dans P. Cappeliez, P. Landreville, & J. Vézina (Eds.), Psychologie clinique de la personne âgée (pp. 127-149). Presses de l'Université d'Ottawa. Masson.

Martino-Saltzman, D., Blasch, B.B., Morris, R.D., & McNeal, L.W. (1991). Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. Gerontologist, 31, 666-672.

Miller, R.J., Snowdon, J., & Vaughan, R. (1995). The use of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in the assessment of behavioral disorders in nursing homes. Journal of the American Geriatrics Society, 43, 546-549.

Norland, J.A. (1994). Profil des personnes âgées au Canada. Scarborough : Prentice Hall Canada.

Ryan, P.R., Tainsh, S.M.M., Kolodny, V., Lendrum, B.L., & Fisher, R.H. (1988). Noisemaking amongst the elderly in long-term care. Gerontologist, 28, 369-371.

Ryden, M.B. (1988). Agressive behavior in persons with dementia who live in the community. Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 2, 342-355.

Ryden, M.B., Bossenmaier, M., & McLachlan, C. (1991). Agressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. Research in Nursing and Health, 14, 87-95.

Shah, A., Evans, H., & Parkash, N. (1998). Evaluation of three aggression/agitation behaviour rating scales for use on an acute admission and assessment psychogeriatric ward. International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 415-420.

Statistique Canada. (2001). Population, selon le sexe et l'âge. [document électronique]. Disponible en format HTML : [http:// www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

Statistique Canada. (2001). Population projetée pour les années 2001, 2006, 2016, 2021, 2026 au 1^{er} juillet. [document électronique]. Disponible en format HTML : <http://www.statcan.ca>

Struble, L.M., & Sivertsen, L. (1987). Agitation : Behaviors in confused elderly patients. Journal of Gerontological Nursing, 13, 40-44.

Taft, L.B., & Cronin-Stubbs, D. (1995). Behavioral symptoms in dementia : An update. Research in Nursing and Health, 18, 143-163.

Teri, L., & Logsdon, R.G. (1994). Assessment of behavioral disturbances in older adults. Dans M.P. Lawton & J.A. Teresi (Eds.), Annual review of gerontology and geriatrics. Vol. 14 : Focus on assessment techniques (pp.107-124). New-York : Springer.

Weinrich, S., Egbert, C., Eleazer, G.P., & Haddock, K.S. (1995). Agitation : Measurement, management, and intervention research. Archives of Psychiatric Nursing, 9, 251-260.

Zimmer, J.G., Watson, N., & Treat, A. (1984). Behavioral problems among patients in skilled nursing facilities. American Journal of Public Health, 74, 1118-1121.

Tableau 1
Structure factorielle du CMAI et du CMAI-D selon différents auteurs

Variables	Études		
	Cohen-Mansfield, Marx et al. (1989)	Miller et al. (1995)	De Jonghe & Kat (CMAI-D; 1996)
Population étudiée	Individus habitant dans un établissement d'hébergement	Individus habitant dans un établissement d'hébergement	Individus souffrant de démence et provenant d'une population psychiatrique
Nombre de participants	408	704	157
Âge moyen des participants	85 ans	80.4 ans	76.5 ans
Répartition entre les sexes	Femmes = 77.5% Hommes = 22.5%	Femmes = 68.5% Hommes = 31.5%	Femmes = 65.6% Hommes = 34.4%
Items dont la fréquence est inférieure à 5%	21-23-24-25-26-27-28-29	23-24-25-29	13-24-25-27-28-29
Items qui ne s'insèrent dans aucun facteur	3-11	11-21-22-28-30	Aucun
Total de variance expliquée par les facteurs	Les quatre facteurs obtenus pour le quart de travail de jour seulement expliquent 51.7% de la variance Les trois facteurs obtenus, tous quarts de travail confondus, expliquent 37.9% de la variance	Les trois facteurs obtenus expliquent 37.6% de la variance	Les trois facteurs obtenus expliquent 44.3% de la variance

Note. L'item # 30 du CMAI, tel que rapporté par Miller et al. (1995), correspond à « faire des mouvements étranges », traduction libre de *strange movements or making faces*.

Tableau 2

Fréquence et rang des tous les comportements manifestés par les bénéficiaires

Items de l'IACM	Fréquence (/373)	Pourcentage	Rang
Faire les cent pas	68	18.2%	9
Habillage ou déshabillage inapproprié	49	13.1%	11
Cracher	46	12.3%	12
Sacrer ou agresser verbalement	93	24.9%	5
Demandes constantes d'attention	113	30.3%	3
Répétition de phrases ou de questions	101	27.1%	4
Frapper	76	20.4%	8
Donner des coups de pied	43	11.5%	14
Empoigner	68	18.2%	9
Pousser	44	11.8%	13
Émettre des bruits étranges	56	15.0%	10
Crier	79	21.2%	7
Égratigner	26	7.0%	18
Essayer de se rendre ailleurs	33	8.9%	15
Turbulence générale	43	11.5%	14
Se plaindre	140	37.5%	1
Négativisme	116	31.1%	2
Manipuler des choses incorrectement	32	8.6%	16
Cacher des choses	21	5.6%	19
Amasser des choses	27	7.2%	17
Déchirer ou arracher des choses	16	4.3%	20
Maniérisme répétitif	81	21.7%	6
Avances sexuelles verbales	10	2.7%	22
Avances sexuelles physiques	5	1.3%	25
Chuter intentionnellement	6	1.6%	24
Lancer des choses	14	3.8%	21
Mordre	9	2.4%	23
Manger des substances inappropriées	5	1.3%	25
Se faire mal à soi-même	4	1.1%	26

Tableau 3
Fréquence et rang des tous les comportements ayant occasionné du
dérangement

Items de l'IACM	Fréquence (/373)	Pourcentage	Rang
Faire les cent pas	45	12.1%	9
Habillage ou déshabillage inapproprié	42	11.3%	12
Cracher	44	11.8%	10
Sacrer ou agresser verbalement	87	23.3%	5
Demandes constantes d'attention	96	25.7%	3
Répétition de phrases ou de questions	88	23.6%	4
Frapper	74	19.8%	6
Donner des coups de pied	42	11.3%	12
Empoigner	65	17.4%	8
Pousser	42	11.3%	12
Émettre des bruits étranges	43	11.5%	11
Crier	74	19.8%	6
Égratigner	26	7.0%	15
Essayer de se rendre ailleurs	33	8.8%	13
Turbulence générale	42	11.3%	12
Se plaindre	108	29.0%	1
Négativisme	106	28.4%	2
Manipuler des choses incorrectement	28	7.5%	14
Cacher des choses	19	5.1%	17
Amasser des choses	23	6.2%	16
Déchirer ou arracher des choses	14	3.8%	18
Maniérisme répétitif	67	18.0%	7
Avances sexuelles verbales	7	1.9%	20
Avances sexuelles physiques	5	1.3%	22
Chuter intentionnellement	6	1.6%	21
Lancer des choses	14	3.8%	18
Mordre	8	2.1%	19
Manger des substances inappropriées	4	1.1%	23
Se faire mal à soi-même	4	1.1%	23

Tableau 4
 Structure factorielle de l'IACM, échelle de fréquence des
 comportements

Items de l'IACM	Facteurs			Communalités
	1	2	3	
# 7 Frapper	0.85		0.13	0.75
# 9 Empoigner	0.76	-0.12		0.60
# 8 Donner des coups de pied	0.74	0.15		0.57
#13 Égratigner	0.63	0.13		0.41
#10 Pousser	0.60			0.38
# 3 Cracher	0.52	0.16		0.30
#16 Se plaindre		0.78		0.63
# 6 Répétition de phrases ou de questions		0.69	0.29	0.57
#17 Négativisme	0.11	0.69	-0.11	0.50
# 5 Demandes constantes d'attention		0.67	0.32	0.55
# 4 Sacrer ou agresser verbalement	0.39	0.58	0.15	0.51
#12 Crier	<i>0.43</i>	0.50		0.44
# 1 Faire les cent pas			0.74	0.56
#14 Essayer de se rendre ailleurs			0.72	0.52
#18 Manipuler des choses incorrectement	0.16		0.56	0.34
#20 Amasser des choses		0.12	0.56	0.33
#19 Cacher des choses		0.13	0.54	0.31
#15 Turbulence générale	0.22	0.31	0.50	0.40
# 2 Habillage ou déshabillage inapproprié	0.19	0.20	0.35	0.20
#11 Émettre des bruits étranges	0.27	0.16	0.19	0.13
#22 Maniérisme répétitif	0.13	0.32	0.26	0.19
Valéurs propres (eigenvalues)	3.47	3.00	2.73	
Pourcentage de variance expliquée	16.51	14.28	13.00	

Note. Les pondérations factorielles inférieures à 0.10 ne sont pas présentées. Celles appartenant à un facteur sont mises en caractère gras (\geq à 0.40).

La seconde pondération factorielle supérieure à 0.40 pour un même item (crier) est mise en italique.

Même si les items 2-11-22 n'appartiennent à aucun facteur, ils sont présentés pour illustrer leur faible communalité.

Tableau 5
Structure factorielle de l'IACM, échelle de dérangement

Items de l'IACM	Facteurs			Communalités
	1	2	3	
# 7 Frapper	0.82	0.18	0.11	0.72
# 9 Empoigner	0.80			0.64
# 8 Donner des coups de pied	0.75	0.25		0.63
#13 Égratigner	0.70			0.49
#10 Pousser	0.51		0.20	0.30
# 3 Cracher	0.62	0.16		0.41
#16 Se plaindre		0.81		0.67
# 6 Répétition de phrases ou de questions		0.74	0.23	0.60
# 5 Demandes constantes d'attention		0.68	0.41	0.64
#17 Négativisme	0.19	0.67		0.49
# 4 Sacrer ou agresser verbalement	0.32	0.64	0.10	0.53
#12 Crier	0.44	0.53		0.47
#14 Essayer de se rendre ailleurs			0.81	0.67
# 1 Faire les cent pas		0.22	0.77	0.64
#15 Turbulence générale	0.20	0.34	0.55	0.46
#20 Amasser des choses	-0.14		0.51	0.28
#18 Manipuler des choses incorrectement	0.22		0.46	0.26
# 2 Habillage ou déshabillage inapproprié	0.18	0.25	0.38	0.24
#11 Émettre des bruits étranges	0.24	0.27	0.12	0.15
#22 Maniérisme répétitif	0.11	0.38	0.27	0.23
Valeurs propres (eigenvalues)	3.58	3.38	2.54	
Pourcentage de variance expliquée	17.85	16.95	12.72	

Note. Les pondérations factorielles inférieures à 0.10 ne sont pas présentées. Celles appartenant à un facteur sont mises en caractère gras (\geq à 0.40).

La seconde pondération factorielle supérieure à 0.40 pour un même item est mise en italique.

Même si les items 2-11-22 n'appartiennent à aucun facteur, ils sont présentés pour illustrer leur faible communalité.

CHAPITRE III

CONCLUSION GÉNÉRALE

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de déterminer la structure factorielle de l'IACM et ce, avec chacune de ses échelles soit, l'échelle de fréquence des comportements et l'échelle de dérangement. Les données ayant été recueillies auprès de la population ciblée par cet instrument (i.e., les personnes âgées vivant en CHSLD), cela permet donc de s'assurer de la fiabilité des résultats présentés dans cette étude. Ce chapitre présente donc les principaux résultats de l'étude, les limites y étant associées et suggère des avenues de recherche.

Résultats

Les résultats des deux analyses factorielles exploratoires en composantes principales avec rotation orthogonale (type varimax) suggèrent que la structure factorielle de l'IACM est similaire à celles précédemment obtenues avec la version originale anglaise et la version allemande. En effet, les résultats supportent une solution à trois composantes : 1) agitation physique avec agressivité; 2) agitation verbale et 3) agitation physique sans agressivité. Quelques différences ont été quant à la composition des facteurs dues, entre autres, au nombre d'items enlevés avant d'effectuer les analyses (comportements manifestés par moins de cinq % de l'échantillon) ainsi qu'à la cote minimale fixée pour inclure les saturations factorielles dans un facteur. De plus, une contribution originale de cette étude est qu'une analyse factorielle a aussi été menée sur les items de l'échelle de dérangement de l'IACM. La similitude des résultats découlant des deux échelles confirme doublement que la structure de l'IACM est solide.

Cette étude a comme avantage d'avoir démontré la robustesse de l'IACM. Aussi, il est intéressant de constater

que pour la deuxième fois, la structure factorielle d'une version étrangère du CMAI donne des résultats similaires à ceux de la version originale. Également, l'analyse factorielle est venue confirmer que l'agitation est un concept multidimensionnel.

Limites de l'étude et avenues de recherche futures

La méthode de l'évaluation par le soignant comporte en soi des désavantages. Le fait que l'instrument de mesure choisi requière une évaluation rétrospective (comportements effectués dans les deux semaines précédant l'évaluation) est une limite. Aussi, il fut mentionné précédemment que ce type d'évaluation est subjective puisque les réponses données par les infirmiers sont souvent teintées de leurs perceptions de la situation (e.g., niveau de stress, phénomène d'habituatation). Toutefois, même si l'observation directe aurait pu pallier ces manques, l'évaluation par le soignant demeure une méthode moins coûteuse offrant des résultats très acceptables tant pour le clinicien que pour le chercheur.

Malgré le fait que les résultats provenant de cette recherche soient particulièrement intéressants, il reste encore beaucoup à faire dans ce champ de recherche qu'est l'agitation. Cette étude est venue confirmer de nouveau que l'agitation est un concept multidimensionnel. Éventuellement, cela pourrait permettre des recherches plus spécifiques sur des sous-catégories de l'agitation. Ainsi, le développement de modèles théoriques de même que d'instruments de mesure francophones, adaptés à ces composantes, serait une avenue à explorer. Une autre possibilité est que des analyses comparatives pourraient être effectuées sur les trois facteurs obtenus plutôt que sur la vingtaine d'items de l'IACM.

Les analyses factorielles effectuées dans le cadre de cette étude étaient d'ordre exploratoire. Mener une analyse factorielle de type confirmatoire (Lisrel) ne serait pas à négliger. Ainsi, il serait possible de confirmer ce que proposent les modèles théoriques. Aussi, puisque nos résultats sont comparables à ceux des populations anglophone et allemande, il serait pertinent de répliquer certaines études concernant, par exemple, les prédicteurs de l'agitation ou encore les caractéristiques des bénéficiaires agités, afin de constater les similitudes ou les différences entre les diverses populations.

L'agitation est aussi une problématique fréquente auprès des personnes âgées vivant dans la communauté. De traduire et valider le CMAI (version à 36 items) pourrait être bénéfique pour la recherche en milieu francophone. De façon générale, poursuivre les recherches dans les domaines de l'évaluation et des méthodes d'intervention non-pharmacologiques semble essentiel pour améliorer la qualité de vie des individus vivant en CHSLD et ce, d'autant plus que le nombre de personnes âgées ne cesse de s'accroître. De plus, offrir des programmes de formation aux soignants qui sont confrontés régulièrement au phénomène de l'agitation s'inscrirait facilement dans le cadre des recherches d'avenir en gérontologie.

Les pistes de recherches futures à explorer apparaissent illimitées. De nombreuses études ont démontré que l'IACM se révèle être un outil de choix pour évaluer les comportements d'agitation chez les personnes âgées. Ses nombreuses qualités viennent appuyer ce fait : qualités psychométriques acceptables, simple, peu coûteux et rapide à administrer. Il pourrait donc être légitime de pousser plus loin son utilisation. Des études sur les comportements perturbateurs

auprès d'une population psychiatisée, âgée ou non, en seraient un exemple.

Bibliographie

Beauchesne et al. (1997, Mai). Prévalence de l'agitation chez les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée. Poster présenté au 13^e congrès de la Société québécoise de gériatrie, Montréal.

Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B. (1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. Archives of Psychiatric Nursing, 5, 281-291.

Bélangier, M. (1993). Agitation et atteinte cognitive : Étude transversale en établissement d'hébergement. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.

Bonin, C., & Bourque, M. (1993). Gérer les comportements perturbateurs en soins de longue durée. Nursing Québec, 13, 19-26.

Chrisman, M., Tabar, D., Whall, A.L., & Booth, D.E. (1991). Agitated behavior in the cognitively impaired elderly. Journal of Gerontological Nursing, 17, 9-13.

Cohen-Mansfield, J. (1986). Agitated behaviors in the elderly II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 722-727.

Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation in elderly. Issues in Geriatrics Psychiatry, 19, 101-113.

Cohen-Mansfield, J. (1991). The agitated nursing home resident. Dans Harper, M.S. (Ed.), Management and care of the elderly : Psychosocial perspectives (pp. 89-103). Newbury Park, CA : Sage Publications.

Cohen-Mansfield, J. (1995). Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly : Function, methods, and difficulties. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 8, 52-60.

Cohen-Mansfield, J. (1996). Behavioral and mood evaluations : Assessment of agitation. International Psychogeriatrics, 8, 233-245.

Cohen-Mansfield, J. (1999). Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. Journal of Gerontological Nursing, 25, 42-51.

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly I. A conceptual review. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 711-721.

Cohen-Mansfield, J., & Deutsch, L.H. (1996). Agitation : Subtypes and their mechanisms. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 1, 325-339.

Cohen-Mansfield, J., & Marx, M.S. (1989). Do past experiences predict agitation in nursing home residents? International Journal of Aging and Human Development, 28, 285-294.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A.S. (1989). A description of agitation in a nursing home. Journal of Gerontology, 44, M77-M84.

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, 3-8.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Werner, P. (1992). Agitation in elderly persons : An integrative report of findings in a nursing home. International Psychogeriatrics, 4, 221-240.

Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). Longitudinal changes in behavioral problems in old age : A study in a adult day care population. Journal of Gerontology : Medical Sciences, 53A, M65-M71.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Culpepper, W.J., Wolfson, M., & Bickel, E. (1997). Assessment of ambulatory behavior

in nursing home residents who pace and wander : A comparaison of four commercially available devices. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 8, 359-365.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Marx, M.S. (1989). An observational study of agitation in agitated nursing home residents. International Psychogeriatrics, 1, 153-165.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Watson, V., & Pasis, S. (1995). Agitation among elderly persons at adult day-care centers : The experiences of relatives and staff members. International Psychogeriatrics, 7, 447-458.

De Jonghe, J.F.M., & Kat, M.G. (1996). Factor structure and validity of the dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). Journal of the American Geriatrics Society, 44, 888-889.

Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L., & Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. Revue canadienne du vieillissement/Canadian Journal on Aging, 20, 373-384.

Finkel, S.I., Lyons, J.S., & Anderson, R.L. (1992). Reliability and validity of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in institutionalized elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry, 7, 487-490.

Hussian, R.A. (1981). Geriatric Psychology : A Behavioral Perspective. New York, Van Nostrand Reinhold.

Hussian, R.A. (1987). Wandering and disorientation. Dans : L.L., Carstensen, & B.A., Edelstein (Eds), Handbook of Clinical Gerontology (pp. 177-189). New York : Permagon Press.

Jackson, M.E., Drugovich, M.L., Fretwell, M.D., Spector, W.D., Sternberg, J., & Rosenstein, R.B. (1989). Prevalence and correlates of disruptive behavior in nursing home. Journal of Aging and Health, 1, 349-369.

Koss, E. et al. (1997). Assessing patterns of agitation in alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 11, S45-S50.

Landreville, P., Vézina, J., & Gosselin, N. (2000). Les comportements excessifs dans la démence. Dans P. Cappeliez, P. Landreville, & J. Vézina (Eds.), Psychologie clinique de la personne âgée (pp. 127-149). Presses de l'Université d'Ottawa. Masson.

Madson, J. (1991). Study of wandering in persons with senile dementia. American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 6, 21-24.

Martino-Saltzman, D., Blasch, B.B., Morris, R.D., & McNeal, L.W. (1991). Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. Gerontologist, 31, 666-672.

Miller, R.J., Snowdon, J., & Vaughan, R. (1995). The use of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in the assessment of behavioral disorders in nursing homes. Journal of the American Geriatrics Society, 43, 546-549.

Norland, J.A. (1994). Profil des personnes âgées au Canada. Scarborough : Prentice Hall Canada.

Rapp, M.S., Flint, A.J., Herrmann, N., & Proulx, G-B. (1992). Behavioural disturbances in demented elderly : Phenomenology, pharmacotherapy and behavioural management. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 651-657.

Roberge, R.F. (1996). L'agitation chez la personne âgée : Approche diagnostique et thérapeutique. Le Médecin de famille canadien/Canadian Family Physician, 42, 2392-2398.

Ryan, P.R., Tainsh, S.M.M., Kolodny, V., Lendrum, B.L., & Fisher, R.H. (1988). Noisemaking amongst the elderly in long-term care. Gerontologist, 28, 369-371.

Ryden, M.B., Bossenmaier, M., & McLachlan, C. (1991). Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. Research in Nursing and Health, 14, 87-95.

Schneider, L.S., Pollock, V.E., & Lyness, S.A. (1990). A meta-analysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 38, 553-563.

Shah, A., Evans, H., & Parkash, N. (1998). Evaluation of three aggression/agitation behaviour rating scales for use on an acute admission and assessment psychogeriatric ward. International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 415-420.

Statistique Canada. (2001). Population, selon le sexe et l'âge. [document électronique]. Disponible en format HTML : [http:// www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

Statistique Canada. (2001). Population projetée pour les années 2001, 2006, 2016, 2021, 2026 au 1^{er} juillet. [document électronique]. Disponible en format HTML : [http:// www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

Struble, L.M., & Sivertsen, L. (1987). Agitation : Behaviors in confused elderly patients. Journal of Gerontological Nursing, 13, 40-44.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). Using multivariate statistics. (3^{ième} éd.). New York : Harper Collins College Publishers.

Taft, L.B., & Cronin-Stubbs, D. (1995). Behavioral symptoms in dementia : An update. Research in Nursing and Health, 18, 143-163.

Teri, L., & Logsdon, R.G. (1994). Assessment of behavioral disturbances in older adults. Dans M.P. Lawton & J.A. Teresi (Eds.), Annual review of gerontology and

geriatrics. Vol. 14 : Focus on assessment techniques (pp.107-124). New-York : Springer.

Teri, L., Logsdon, R.G., & Schindler, R.J. (1999). Treatment of behavioral and mood disturbances in dementia. Generations, 23, 50-56.

Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). Psychologie g rontologique. Montréal, PQ : Ga tan Morin.

Weinrich, S., Egbert, C., Eleazer, G.P., & Haddock, K.S. (1995). Agitation : Measurement, management, and intervention research. Archives of Psychiatric Nursing, 9, 251-260.

Zimmer, J.G., Watson, N., & Treat, A. (1984). Behavioral problems among patients in skilled nursing facilities. American Journal of Public Health, 74, 1118-1121.

ANNEXES

ANNEXE A

Fiche signalétique

Fiche signalétique (bénéficiaire)

1. Date de naissance

- 1. Jour: _____
- 2. Mois: _____
- 3. Année: 19 _____
- 4. Âge: _____ ans

2. Sexe

- 1. Masculin []
- 2. Féminin []

3. Date d'admission

- 1. Jour: _____
- 2. Mois: _____
- 3. Année: 19 _____

4. Diagnostics médicaux actuels (incluant diagnostic de démence)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre total de diagnostics: _____

5. Diagnostic de démence?

- 1. Oui []
- 2. Non []

Si oui, précisez le type:

- 1. Alzheimer
- 2. Vasculaire
- 3. Mixte
- 4. Autre (précisez: _____) []

ANNEXE B

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

IACM

Veillez lire chacun des 29 comportements agités et encercler la fréquence et le degré de dérangement de chacun au cours des deux dernières semaines. (Par dérangement, nous entendons le degré auquel le comportement a dérangé le personnel soignant, les autres bénéficiaires ou les membres de la famille. Si le comportement a été dérangent pour quiconque, indiquez le plus haut degré de dérangement occasionné pour cette personne).

FRÉQUENCE

1 = jamais
 2 = moins d'une fois par semaine
 3 = une ou deux fois par semaine
 4 = plusieurs fois par semaine
 5 = une ou deux fois par jour
 6 = plusieurs fois par jour
 7 = plusieurs fois par heure

DÉRANGEMENT

1 = pas du tout
 2 = un peu
 3 = moyennement
 4 = beaucoup
 5 = extrêmement

1. Faire les cent pas	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
2. Habillage ou déshabillage inapproprié	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
3. Cracher	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
4. Sacrer ou agresser verbalement	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
5. Demandes constantes d'attention	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
6. Répétition de phrases ou de questions	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
7. Frapper	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
8. Donner des coups de pied	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
9. Empoigner	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
10. Pousser	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5

FRÉQUENCE

1 = jamais
 2 = moins d'une fois par semaine
 3 = une ou deux fois par semaine
 4 = plusieurs fois par semaine
 5 = une ou deux fois par jour
 6 = plusieurs fois par jour
 7 = plusieurs fois par heure

DÉRANGEMENT

1 = pas du tout
 2 = un peu
 3 = moyennement
 4 = beaucoup
 5 = extrêmement

11. Émettre des bruits étranges	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
12. Crier	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
13. Égratigner	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
14. Essayer de se rendre ailleurs	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
15. Turbulence générale	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
16. Se plaindre	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
17. Négativisme	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
18. Manipuler des choses incorrectement	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
19. Cacher des choses	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
20. Amasser des choses	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
21. Déchirer ou arracher des choses	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
22. Maniérisme répétitif	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
23. Avances sexuelles verbales	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5

FRÉQUENCE

- 1 = jamais
 2 = moins d'une fois par semaine
 3 = une ou deux fois par semaine
 4 = plusieurs fois par semaine
 5 = une ou deux fois par jour
 6 = plusieurs fois par jour
 7 = plusieurs fois par heure

DÉRANGEMENT

- 1 = pas du tout
 2 = un peu
 3 = moyennement
 4 = beaucoup
 5 = extrêmement

24. Avances sexuelles physiques

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5

25. Chuter intentionnellement

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5

26. Lancer des choses

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5

27. Mordre

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5

28. Manger des substances inappropriées

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5

29. Se faire mal à soi-même

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5

MERCI DE VOTRE COLLABORATION