

BF
20.5
UL
2003
B 299
C:2

ANNICK BÉDARD

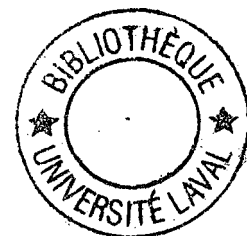
INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUE POUR RÉDUIRE L'AGITATION
VERBALE : UNE ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

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

SEPTEMBRE 2003

© Annick Bédard, 2003



RÉSUMÉ

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention comprenant de l'attention, de la stimulation sensorielle et une correction des sources d'inconfort pour réduire l'agitation verbale (AV) chez des personnes atteintes de démence et résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Un protocole AB à niveaux de bases multiples est appliqué auprès de deux participants. La fréquence et la durée de l'AV ont été mesurées par le décodage d'enregistrements sonores. Une diminution non significative de la durée et une augmentation de la fréquence de l'AV sont observées chez l'un des participants. Chez l'autre participant, l'analyse des graphiques, des moyennes et des médianes montrent une réduction de l'AV qui ne s'avère pas statistiquement significative. Les résultats suggèrent qu'une intervention visant à combler des besoins d'attention, de confort et de stimulation sensorielle peut contribuer à réduire les comportements d'AV chez certaines personnes mais non chez d'autres.

Annick Bédard

Candidate à la maîtrise

Philippe Landreville, Ph.D.

Directeur de recherche

AVANT-PROPOS

Ce mémoire est réalisé en réponse aux exigences du programme de maîtrise de l'École de psychologie de l'Université Laval. M. Philippe Landreville (Ph.D.), professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval, a agi comme directeur du mémoire. M. Landreville a proposé le cadre général de l'étude, soit le principe d'une intervention comprenant les composantes d'attention, de confort et de stimulation sensorielle. En tant que premier auteur de ce mémoire et de l'article qu'il contient, j'étais responsable de nombreuses étapes de l'étude, soit l'élaboration du protocole de recherche (choix du devis, nombre de sujets, nombre et moments des observations, ententes interjuges), l'opérationnalisation du protocole d'intervention (durée de chacune des composantes, nombre d'interventions et moment de leur application, choix du matériel), la conception du système d'observation ainsi que la sélection et la réalisation des analyses statistiques. Les variables à l'étude ainsi que l'hypothèse de recherche ont été élaborées conjointement avec le directeur de recherche. Par ailleurs, j'ai moi-même appliqué toutes les interventions et effectué les observations en collaboration avec Mme Guylaine Belzile, stagiaire de recherche. Finalement, j'ai réalisé la totalité de la rédaction de l'article, sous la supervision de M. Landreville. Cet article n'a pas encore fait l'objet d'une publication mais sera soumis ultérieurement à la revue « Sciences et comportement » en vue d'être publié.

La réalisation de cette étude a été soutenue financièrement par une bourse du Fond de recherche en santé du Québec (concours FCAR-FRSQ-Santé 2002-2003). La collecte de données a été facilitée par la présence de Mme Guylaine Belzile, qui a obtenu une bourse pour un stage d'été en recherche du Fond de recherche en santé du Québec.

Un travail comme celui-ci ne peut s'accomplir sans l'aide, la collaboration et l'appui de nombreuses personnes. J'aimerais donc saisir ici l'occasion de remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce mémoire. Je désire tout d'abord adresser de sincères remerciements à M. Philippe Landreville (Ph.D.), dont l'expertise, la rigueur et la disponibilité ont permis la réalisation de ce mémoire. Merci aussi à Guylaine Belzile pour son travail soutenu, sa grande disponibilité et sa générosité. Sans elle, j'aurais terminé la collecte de données avec beaucoup moins de souffle et de santé mentale!

Cette étude n'aurait pas été possible sans la précieuse collaboration des directions et membres du personnel soignant du Centre hospitalier Pavillon St-Augustin du CHA et de l'Hôpital Général de Québec. Remerciements tout particulier à M. Jean-Paul Martineau, directeur des soins infirmiers; Mme Diane Claveau, infirmière clinicienne; Mesdames Denise Parent et Chantale Bédard, infirmières-chef; Mme Mathilde Lefrançois, ainsi que tous les membres du personnel soignant des unités participantes et de celles contactées lors du recrutement au C.H. pavillon St-Augustin. À l'Hôpital Général, je désire remercier Mme Lucie Boucher, conseillère clinique; Mme Denise Beaudry, infirmière-chef; Mme Gisèle Renaud, assistante infirmière-chef ainsi que tous les membres du personnel soignant qui ont collaboré avec moi lors des interventions. Enfin, sincères remerciements à tous les résidents ayant participé à l'étude ainsi qu'à leur famille.

J'aimerais aussi témoigner ma reconnaissance à Léonie Jean, ma compagne de laboratoire, pour sa présence, son aide, son écoute, son support, sa générosité, sa belle personnalité et son amitié. Sa présence a grandement facilité mon adaptation à ma nouvelle ville d'adoption et m'a permis de vivre des moments des plus agréables au cours de ma maîtrise. Merci aussi à Lucie Casault pour son aide et ses conseils qui m'ont été très précieux.

Je désire aussi remercier toutes mes amies, particulièrement Marie-Hélène et Karine, qui malgré l'éloignement et la réduction de nos contacts n'ont pas cessé de me soutenir, de m'encourager et surtout...de me garder leur amitié si précieuse. Merci aussi à mes parents pour leur soutien moral et financier.

Finalement, un immense merci à mon amoureux qui n'a jamais cessé d'être à mes côtés pendant toutes ces années, malgré le manque de temps à lui consacrer et les moments d'anxiété et de découragement qui affectent souvent mon caractère et mon humeur! C'est son amour, sa patience, sa compréhension, son soutien, ses encouragements, ses paroles réconfortantes et tout ce qu'il a fait pour me faciliter la vie depuis le début de mes études universitaires qui m'ont donné la force de continuer jusqu'au bout.

Je dédie donc le fruit de mes efforts à tous ces gens qui m'ont tant aidé et qui ont rendu possible la réalisation de ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

| | <u>Page</u> |
|---|-------------|
| RÉSUMÉ..... | i |
| AVANT-PROPOS..... | ii |
| TABLE DES MATIÈRES..... | v |
| LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES..... | vii |
| LISTE DES ANNEXES..... | viii |
| CHAPITRE I Introduction générale | |
| Introduction..... | 2 |
| Définition de l'agitation verbale..... | 4 |
| Prévalence et conséquences de l'agitation verbale..... | 5 |
| Variables associées..... | 6 |
| Étiologie..... | 8 |
| Interventions..... | 9 |
| Objectif et pertinence de l'étude..... | 11 |
| Méthodologie..... | 12 |
| CHAPITRE II Intervention non pharmacologique pour réduire l'agitation verbale : une étude préliminaire (article) | |
| Page titre..... | 14 |
| Résumé..... | 15 |
| Introduction..... | 16 |
| Méthode..... | 21 |
| Participants..... | 21 |
| Mesures..... | 22 |
| Données descriptives..... | 22 |
| Sévérité de la démence..... | 22 |
| Agitation verbale..... | 22 |
| Procédure..... | 24 |
| Résultats..... | 26 |
| Madame J..... | 26 |
| Monsieur H..... | 27 |

| | |
|---|----|
| Discussion | 29 |
| Références | 35 |
| Tableau 1 | 42 |
| Tableau 2 | 43 |
| Figure 1 | 44 |
| CHAPITRE III Conclusion générale | |
| Résultats | 46 |
| Limites de l'étude et pistes de recherche | 47 |
| Bibliographie | 50 |
| ANNEXES | 59 |

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : Résumé des données descriptives et des résultats obtenus lors du test de Mann-Whitney pour Madame J.

Tableau 2 : Résumé des données descriptives et des résultats obtenus lors du test de Mann-Whitney pour Monsieur H.

Figure 1 : Fréquence et durée des comportements d'agitation verbale lors de chacune des observations quotidiennes.

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Fiche signalétique

Annexe B : Échelle d'Évaluation des Démences de Reisberg

Annexe C : Liste des comportements d'agitation verbale

Intervention pour réduire l'AV

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction

En raison de la proportion grandissante de personnes âgées dans les pays occidentaux, l'intérêt pour les domaines de la gérontologie et de la gériatrie s'est accru de façon considérable depuis un quart de siècle. Au Canada, les aînés représentent la cohorte qui subit la plus haute croissance démographique. En 2001, 3,92 millions de Canadiens étaient âgés de 65 ans et plus alors que les prévisions suggèrent qu'ils seront au nombre 6,7 millions en 2021, représentant alors 18,8% de la population canadienne (Statistique Canada, 2002). Le vieillissement de la population confronte la société à de nombreux enjeux et entraîne des conséquences politiques, économiques et sociales importantes. Ce phénomène semble avoir un impact sur le système de santé, notamment en ce qui concerne les ressources en hébergement et en soins de longue durée. En 1996, 240 000 Canadiens âgés résidaient en maison de soins et selon les prévisions, le nombre de lits de soins de longue durée pourrait tripler et même quadrupler d'ici 2031 (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1999). Le personnel de ces centres doit faire face à une clientèle aux prises avec des déficits physiques et cognitifs qui nécessitent de nombreux soins. En effet, en 1995, 75% des résidents âgés en hébergement de soins de longue durée nécessitaient une aide dans l'accomplissement d'une ou plusieurs tâches quotidiennes alors qu'une aide complète pour toutes ces tâches devait être apportée à 39% d'entre eux (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2002).

La démence constitue l'une des principales sources de déficits cognitifs dans la population âgée. Environ 62 000 personnes au Québec souffrent de démence et on estime que la moitié de celles-ci résident en institution (Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994). Quoique la démence soit caractérisée principalement par une détérioration des fonctions cognitives, des problèmes psychologiques et comportementaux peuvent aussi en découler tels la dépression, les hallucinations, les délires, l'apathie, l'errance, l'agressivité et

l'agitation. La terminologie désignant les comportements difficiles rencontrés chez les patients atteints de démence s'avère très variée et inclut les termes *comportements perturbateurs* (Beck, Frank, Chumbler, O' Sullivan, Vogelpohl, et al., 1998 ; Hallberg, Norberg, & Eriksson, 1990), *trouble du comportement* (Bird, Alexopoulos, & Adamowicz, 1995 ; Everitt, Field, Soumerai, & Avorn, 1991 ; Woods & Ashley, 1995 ; Zimmer, Watson, & Treat, 1984) *comportements excessifs* (Hussian & Davis, 1985; Landreville, Vézina, & Gosselin, 2000), *signes et symptômes psychologiques et comportementaux associés à la démence* (Bhana & Spencer, 2000 ; Low, Brodaty, & Draper, 2002 ; Miller, 2001) et *agitation* (Cohen-Mansfield & Billing, 1986 ; Gerdner, 1999 ; Sloane, Mitchell, Preisser, Phillips, Commander et al., 1998). Le terme agitation est privilégié dans ce document en raison de son utilisation courante tant par les chercheurs que par les cliniciens. De façon générale, l'agitation réfère à une activité verbale, vocale ou motrice qui est inappropriée, dérangeante et parfois même dangereuse comme la répétition de questions ou de mots, l'errance, les comportements agressifs, les demandes constantes d'attention, les menaces, les injures et les cris (Cohen-Mansfield & Billing, 1986). Ces comportements sont considérés comme inadéquats en raison de leur fréquence excessive, de leur agressivité ou de leur caractère inapproprié au contexte (Landreville et al., 2000). Trois dimensions de l'agitation ont été dégagées à partir de l'analyse factorielle d'un inventaire de comportements agités, soit les comportements agressifs, les comportements physiques non agressifs et les comportements verbaux agités (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989).

Les comportements perturbateurs comportent de lourdes conséquences pour la personne et son environnement. En effet, ils sont associés à un sentiment de fardeau chez les aidants naturels dans la communauté (Bédard, Molloy, Pedlar, Lever, & Stones, 1997), précipitent le placement en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

(Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994a) et sont difficiles à gérer par les soignants en centre d'hébergement (Whall, Gillis, Yankou, Booth, & Beel-Baltes, 1992). Le développement de stratégies de gestion de ces comportements s'avère donc essentiel au maintien d'une bonne qualité de vie des personnes atteintes de démence, des autres résidents, des soignants et de la famille.

Le présent chapitre constitue une introduction à l'un des principaux types d'agitation soit l'agitation verbale. La définition du concept, sa prévalence, ses conséquences ainsi que les variables qui y sont associées seront d'abord présentées. L'étiologie et les interventions visant la gestion de ces comportements problématiques seront ensuite abordées. Enfin, la pertinence et l'objectif seront énoncés avant de conclure cette section avec la présentation de la méthodologie employée.

Définition de l'agitation verbale

L'agitation verbale (AV) constitue l'une des formes d'agitation les plus répandues en milieu institutionnel (Cariaga, Burgio, Flynn, & Martin, 1991; Cohen-Mansfield, Marx et al., 1989; Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1989; Nelson, 1995). Elle réfère à des comportements verbaux ou vocaux répétitifs, dérangeants ou inappropriés au contexte dans lequel ils se manifestent (Cohen-Mansfield & Werner, 1994). Elle comprend entre autres les cris, la répétition de mots ou de phrases, les demandes constantes d'attention, les plaintes répétées, les injures, le langage agressif, les gémissements, le discours incohérent et le discours adressé à une personne qui n'est pas visible. Cette définition varie toutefois considérablement selon les auteurs et les études. En effet, alors que certaines études n'incluent parfois qu'un seul comportement tels les cris (Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1990), d'autres considèrent tout comportement vocal ou verbal qui soit répétitif ou dérangeant dans

leur définition de l'AV (Ray, Taylor, Lichtenstein, & Meador, 1992). La définition employée dans ce document regroupe plusieurs définitions employés par divers chercheurs et inclus tous les comportements verbaux ou vocaux qui soit dérangeants, répétitifs ou inappropriés au contexte (Cohen-Mansfield & Werner, 1994 ; Ray et al., 1992).

Prévalence et conséquences de l'agitation verbale

Parmi les patients vivant dans la communauté, la prévalence a surtout été étudiée pour les comportements d'agression verbale, qui varie entre 24% de 50% chez les personnes atteintes de démence alors que la prévalence des questions répétitives se situe entre 72 et 83% (Cohen-Mansfield & Werner, 1994). En milieu institutionnel, divers taux de prévalence sont observés et varient généralement entre 10% et 30% (Cohen-Mansfield & Werner, 1994) selon les comportements considérés, le type de mesure et la méthodologie utilisée. Dans une étude effectuée par Cariaga et al. (1991), 11% de résidents de deux centres de soins de longue durée manifestaient des vocalisations perturbatrices nécessitant une attention particulière dans le plan de soins alors que Jackson, Drugovich, Fretwell, Spector, Sternberg, et Rosenstein (1989) ont constaté un taux semblable (10%) auprès d'un échantillon de plus de 3000 participants. Un taux relativement plus élevé ressort d'une étude de Ryan et al. (1988), dans laquelle 31% des 636 résidents d'une institution de soins de longue durée ont été identifiés comme étant bruyants par au moins deux membres de personnel soignant. Everitt et al. (1991) ont observé des pourcentages semblables auprès de 346 résidents dont 27% manifestaient un comportement bruyant alors que 23% présentaient des verbalisations abusives.

Quoique variés, ces taux nous montrent que les comportements d'AV sont fréquemment rencontrés en milieu institutionnel où ils représentent un problème important. En effet, l'AV donne lieu à de nombreuses conséquences négatives pour les soignants, la

personne agitée et les autres résidants. Ainsi, l'agression verbale se retrouve au second rang des comportements considérés comme dérangeants par le personnel soignant, suivie par les cris (Whall et al., 1992). Par ailleurs, l'AV est fortement associée à de la détresse chez les membres du personnel soignant (Everitt et al., 1991) et peut affecter négativement leur moral, ce qui est susceptible d'influencer la qualité des soins du résidant lui-même (Burgio & Bourgeois, 1992) et ceux de tous les résidants (Burgio, Scilley, Hardin, Hsu, & Yancey, 1996).

Variables associées

Les variables associées à l'AV comprennent les caractéristiques de la personne agitée et les variables environnementales. En ce qui concerne les premières, des recensions des écrits révèlent que les patients manifestant de l'AV sont le plus souvent des femmes, ayant plus de troubles de sommeil et présentant plus de déficits fonctionnels et cognitifs (Cohen-Mansfield & Werner, 1994; Lai, 1999). L'association entre l'AV et la présence de déficits cognitifs est d'ailleurs établie par de nombreuses études (Burgio et al., 1994; Burgio et al., 1996; Cariaga et al., 1991; Cohen-Mansfield & Werner, 1997a; Friedman, Gryfe, Tal, & Freedman, 1992). Cependant, certaines recherches suggèrent que contrairement aux autres types d'agitation, l'AV serait surtout manifestée par les résidants ayant une détérioration modérée des fonctions cognitives (Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1990; Cohen-Mansfield & Werner, 1999). Par ailleurs, Cohen-Mansfield et Werner (1994) ont constaté que certains des comportements d'AV sont associés aux déficits cognitifs (par exemple les cris) mais d'autres non (par exemple les requêtes d'attention), ce qui pourraient s'expliquer par le fait que certains comportements d'AV nécessitent une certaine préservation du niveau de fonctionnement cognitif alors que d'autres peuvent être manifestés malgré un fonctionnement cognitif lourdement altéré. Outre les troubles de sommeil et les déficits cognitifs et fonctionnels, la dépression et la douleur

physique semblent aussi être plus fréquemment observées chez les personnes manifestant de l'AV. (Cohen-Mansfield, Marx, et al., 1989; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990; Cohen-Mansfield, & Werner, 1994; Dwyer & Byrne, 2000; Sloane, Davidson, Knight, Tangen, & Mitchell, 1999). Récemment, un lien a également été établi entre l'AV et la sévérité de l'atteinte langagière chez les personnes atteintes de démence (Matteau, Landreville, Laplante, & Laplante, sous presse).

En ce qui a trait aux variables environnementales, plusieurs auteurs établissent une association entre l'occurrence de l'AV et le fait d'être seul (Burgio et al., 1994; Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990; Cohen-Mansfield & Werner, 1995; Friedman et al., 1992) ainsi qu'à un environnement peu stimulant et à l'absence d'activités structurées (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996; Hallberg, Norberg, & Eriksson, 1989; Lindgren et al., 1992). Par ailleurs, l'AV augmente avant et pendant les soins quotidiens (Cariaga et al., 1991; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990) et lors de l'utilisation de contentions physiques (Cariaga et al., 1991; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990; Cohen-Mansfield & Werner, 1995; Sloane, Davidson, Knight, Tangen, & Mitchell, 1999).

Plusieurs hypothèses ont été tentées pour expliquer l'association de ces variables avec l'AV. Pour Cohen-Mansfield (2000), les corrélations entre l'AV et la dépression, la douleur physique et le fait d'être seul le soir et la nuit suggèrent une souffrance physique et mentale se traduisant globalement par un inconfort. Quant à l'augmentation de l'AV au réveil et pendant les soins, cela porte Cariaga et al. (1991) à poser l'hypothèse d'une utilisation des vocalisations pour affirmer un besoin comme celui d'être toiletté ou pour éviter une manipulation potentiellement douloureuse du personnel soignant, par exemple lors du bain. Les causes de l'AV restent cependant encore incertaines. Plusieurs auteurs ont toutefois développé certains modèles exposant des étiologies possibles de l'AV.

Étiologie

En général, quatre approches théoriques sont utilisées pour tenter d'expliquer la manifestation d'AV chez les personnes atteintes de démence (Cohen-Mansfield & Werner, 1997; Lai, 1999). La première stipule que l'AV serait le résultat de changements ou de lésions neurologiques associés à la maladie d'Alzheimer ou autres démences. Une autre explication envisage l'AV comme un opérant qui serait renforcé par l'attention du personnel et des autres résidents. Par ailleurs, l'AV pourrait être une réponse à la douleur exacerbée chez les personnes qui ont de la difficulté à communiquer, ce qui serait le cas, entre autres, chez les personnes atteintes de démence. Finalement, les comportements verbalement agités pourraient être le résultat d'une sous-stimulation sensorielle et de l'isolement sociale. Combinant deux de ces explications, Hallberg et al. (1990) suggèrent que les désordres du comportement des patients manifestant de l'AV puissent être dus à une interaction entre la privation sensorielle et les lésions cérébrales. Nelson (1995) énonce quant à lui un modèle basé sur la réduction progressive du seuil de tolérance au stress (Progressive Lowered Stress Threshold Model) pour tenter d'expliquer la manifestation d'AV. Selon ce modèle, le seuil de tolérance au stress serait réduit chez les personnes ayant des déficits cognitifs et c'est lorsque les stimuli environnementaux excèdent ce seuil que la personne pourrait réagir par des comportements perturbateurs.

Depuis quelques années, des chercheurs envisagent de plus en plus l'AV comme résultant de besoins non satisfaits. Algase et al. (1996) proposent un modèle basé sur ce principe, stipulant que l'AV pourrait être la manifestation de besoins que la personne ne peut exprimer autrement à cause des déficits provoqués par la démence. Selon ce modèle, ces comportements constituent la réponse la plus intégrée que la personne peut donner compte tenu des limitations imposées par la démence, des capacités préservées ainsi que des éléments

de l'environnement. Ce modèle basé sur les besoins attire maintenant de plus en plus d'auteurs, qui commencent à considérer l'AV comme découlant de tentatives de communication infructueuses de la personne atteinte de démence et de l'absence de satisfaction des besoins (Allen-Burge, Stevens, & Burgio, 1999; Beck & Vogelpohl, 1999; Cohen-Mansfield, 2000; Matteau et al., sous presse ; Miller, Nelson, & Mezey, 2000). Les besoins de confort physique et psychologique ainsi que de stimulation sensorielle et sociale ressortent plus particulièrement de ces modèles.

Interventions

Présentement, il n'y a pas de consensus ou de ligne directrice précise concernant le choix des interventions à adopter pour réduire l'AV autre que de privilégier les interventions comportementales et environnementales pour la gestion initiale de l'AV, à moins d'indications claires de trouble dépressif ou psychotique (Sloane et al., 1997). Plusieurs études semblent montrer l'utilisation fréquente de la thérapie pharmacologique dans les institutions (Cariaga, 1991; Zimmer et al., 1984). Parmi les médicaments employés notons les neuroleptiques, les benzodiazépines, les agents sérotonergiques et autres antidépresseurs, les anticonvulsivants et les bêtabloqueurs. Les effets thérapeutiques de ces médicaments peuvent s'adresser aux causes présumées des comportements d'AV, par exemples de la dépression, de l'anxiété et des symptômes psychotiques, ou peuvent être utilisés pour leur effet sédatif. L'efficacité des interventions pharmacologiques semble modérée et n'est pas solidement établie à l'heure actuelle, tout en étant associée à des effets secondaires multiples tels de la sédation, de l'hypotension orthostatique, des symptômes extrapyramidaux (e.g. dyskinésie, akinesie, akathésie), du délirium, un accroissement des risques de chute, des dysfonctions au niveau de la vessie et des intestins ainsi que des déficits de mémoire. (Burgio et al., 1996; Knopman &

Sawyer-DeMaris, 1990; Leisseig, 1998; Werner, Hay, & Cohen-Mansfield, 1995). Quelques études évaluent l'efficacité de traitements pharmacologiques pour réduire l'AV (Burgio & Hawkins, 1991; Friedman et al., 1992; Kopala & Honer, 1997; Pollock et al., 1997; Serra-Mestres, 1996). Verma, Davidoff et Kambhampati (1998) concluent de leur recension des écrits que les interventions pharmacologiques s'avèrent inefficaces pour réduire les cris, les verbalisations inappropriées et le langage vulgaire. L'utilisation de la thérapie pharmacologique constitue donc une avenue d'intervention controversée et demeure pour plusieurs une stratégie de dernier recours (Devanand & Lawler, 2000; Howard, Ballard, O'Brien, & Burns, 2001; Verma et al., 1998; Werner et al., 1995).

Outre la pharmacothérapie, la modification du comportement et de l'environnement constituent les interventions les plus fréquemment utilisées en centre d'hébergement pour réduire l'AV (Lai, 1999). Parmi celles-ci notons la conversation, l'attention et l'interaction sociale, les réprimandes verbales ainsi que le toucher (Cariaga et al., 1991). Selon l'étude de Cariaga et al. (1991), l'attention contingente à l'AV et la conversation sont perçues par le personnel soignant comme étant les plus efficaces (chez 53% des résidents). Plusieurs autres interventions ont aussi été évaluées. Parmi celles-ci, notons la modification de comportement (Buchanan & Fisher, 2002; Christie & Ferguson, 1988; Hoodin & Fatis, 1989; Meares & Draper, 1999; Wanlass & Culver, 1990), l'exposition à de la musique (Casby & Holm, 1994; Gardiner, Furois, Tansley, & Morgan, 2000; Gerdner & Swanson, 1993; Goddaer & Abraham, 1994), l'enrichissement de l'environnement (Cohen-Mansfield & Werner, 1998), et l'intervention de soins individualisés (Lindgren et al., 1992). La modification du niveau de stimulation est aussi évaluée. Ainsi, la diminution de la stimulation peut permettre de réduire l'AV chez les personnes que l'on soupçonne d'être sur-stimulées par leur environnement (Doyon, Lazure, & Lévesque, 1993) alors que chez les patients isolés et sous-stimulés,

l'augmentation de la stimulation et l'apport d'attention peuvent être employés (Birchmore & Clague, 1983; Burgio et al., 1996; Cohen-Mansfield & Werner, 1997; Davis, 1983; Zachow, 1984). Ces études ont permis d'observer une certaine diminution de l'AV et laissent entrevoir des éléments d'intervention prometteurs dans la gestion de ces comportements, quoique des recherches supplémentaires soient nécessaires pour supporter leur efficacité. Cependant, les interventions évaluées dans la plupart de ces recherches ne découlent pas d'un modèle théorique de l'AV et ne sont pas basées sur les causes présumées de celle-ci (Beck & Vogelpohl, 1999). Rejoignant la plupart des modèles étiologiques proposés récemment, Cohen-Mansfield (2001) propose une série de principes de traitement de l'agitation basés sur l'approche des besoins. Ces principes impliquent tout d'abord de déterminer les besoins du patient agité afin d'y faire correspondre les interventions, ces dernières devant combler entre autres les besoins primaires de contact social et d'activités significatives et stimulantes du patient. D'autre part, étant donné l'association entre l'AV et la douleur, la dépression et le fait d'être seul, la diminution de la douleur physique et de l'isolement doit être considérée dans le traitement des comportements verbaux perturbateurs (Cohen-Mansfield, 2000).

Objectif et pertinence de l'étude

La présente étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention non pharmacologique comprenant trois composantes (attention, confort, stimulation) pour réduire l'AV chez deux patients atteints de démence et résidant en CHSLD

Contrairement à la plupart des études actuelles, celle-ci est basée sur un rationnel théorique découlant d'un modèle de l'AV, celui-ci concevant l'AV comme résultant de besoins insatisfaits que la personne ne peut exprimer de façon plus adéquate à cause de ses déficits cognitifs. De plus, le choix des besoins auxquels s'adresse l'intervention proposée

repose sur les variables associées aux comportements verbalement agités et sur les modèles étiologiques figurant dans la littérature. L'approche proposée se distingue aussi par le fait qu'elle combine différentes composantes dans une seule intervention. Étant donné que les besoins diffèrent d'une personne à l'autre ainsi que d'un moment à un autre chez une même personne à mesure que sa condition évolue, une intervention visant à combler plusieurs besoins pourrait se révéler efficace chez un plus grand nombre de personnes et sur une plus longue période de temps. La combinaison des trois composantes est également justifiée par le fait que le personnel soignant manque de temps pour sélectionner une intervention particulière à chaque patient en fonction de ses caractéristiques personnelles. L'utilisation de l'observation systématique comme outil de mesure de l'AV constitue un autre aspect original de cette étude dans la mesure où la majorité des recherches dans le domaine ont été effectuées à l'aide de questionnaires administrés au personnel soignant. L'observation permet une mesure plus neutre de la fréquence des comportements cibles et ne repose pas sur une évaluation rétrospective. De plus, elle permet de mesurer la durée des comportements en plus de leur fréquence.

Méthodologie

Le présent chapitre constitue une introduction à la problématique de l'agitation verbale. L'objectif principal de l'étude ainsi que la pertinence de cette dernière ont aussi été énoncés. Le chapitre suivant, présenté sous forme d'article scientifique, constitue le corps du mémoire. La problématique et l'objectif de l'étude, la méthodologie utilisée, les résultats ainsi qu'une discussion de ces derniers seront abordés. Enfin, une conclusion générale discute des forces et des limites de l'étude et propose des pistes pour les recherches futures.

CHAPITRE II

INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUE POUR RÉDUIRE L'AGITATION
VERBALE : UNE ÉTUDE PRÉLIMINAIRE.

(ARTICLE)

INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUE POUR RÉDUIRE L'AGITATION
VERBALE : UNE ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

Annick Bédard, B.A. et Philippe Landreville, Ph.D.

École de Psychologie, Université Laval

Québec, Canada

Cette étude est financée 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 ainsi que par une bourse de stage de recherche d'été de premier cycle du FRSQ accordée à madame Guylaine Belzile qui a participé à l'expérimentation.

Les auteurs remercient Jean Vézina, Ph.D., pour son aide quant à l'utilisation du logiciel The Observer.

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

RÉSUMÉ

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention comprenant de l'attention, de la stimulation sensorielle et une correction des sources d'inconfort pour réduire l'agitation verbale (AV) chez des personnes atteintes de démence et résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Un protocole AB à niveaux de bases multiples est appliqué auprès de deux participants. La fréquence et la durée de l'AV ont été mesurées par le décodage d'enregistrements sonores. Une diminution non significative de la durée et une augmentation de la fréquence de l'AV sont observées chez l'un des participants. Chez l'autre participant, l'analyse des graphiques, des moyennes et des médianes montrent une réduction de l'AV qui ne s'avère pas statistiquement significative. Les résultats suggèrent qu'une intervention visant à combler des besoins d'attention, de confort et de stimulation sensorielle peut contribuer à réduire les comportements d'AV chez certaines personnes mais non chez d'autres.

Intervention non pharmacologique pour réduire l'agitation verbale : une étude préliminaire.

L'agitation verbale (AV) réfère à des comportements verbaux ou vocaux répétitifs, dérangeants ou inappropriés au contexte dans lequel ils se manifestent. Elle comprend par exemple les cris, la répétition de mots ou de phrases, les demandes constantes d'attention, les injures, le langage agressif, les plaintes, les gémissements, le discours incohérent et le discours adressé à une personne qui n'est pas visible (Cohen-Mansfield & Werner, 1994). Cette forme d'agitation serait l'une des plus répandue en milieu institutionnel (Cariaga, Burgio, Flynn, & Martin, 1991 ; Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989 ; Cohen-Mansfield, Werner & Marx, 1989), les taux de prévalence observés variant entre 11% et 36% selon les comportements considérés et la méthodologie utilisée (Lai, 1999). L'AV est retrouvée le plus fréquemment chez les personnes atteintes de démence et présentant des déficits cognitifs (Cariaga, 1991 ; Cohen-Mansfield et al., 1990 ; Hallberg, Norberg, & Eriksson, 1990).

La réduction de l'AV est importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les comportements perturbateurs en général sont associées à un sentiment de fardeau chez les aidants naturels dans la communauté (Bédard, Molloy, Pedlar, Lever, & Stones, 1997), précipitent le placement en CHSLD (Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994) et constituent un problème important pour les soignants en centre d'hébergement (Whall, Gillis, Yankou, Booth, & Bee-Baltes, 1992). Par ailleurs, l'AV réduit la qualité de vie des résidants et provoque de la détresse chez le personnel soignant (Everitt, Field, Soumerai, & Avorn, 1991), ce qui peut influencer la qualité des soins du résidant agité (Burgio & Bourgeois, 1992) et celle de tous les résidants (Burgio, Scilley, Hardin, Hsu, & Yancey, 1996).

Selon une étude de Cariaga et al. (1991), l'attention contingente au comportement approprié et la conversation sont les interventions les plus fréquemment utilisées par les personnel soignant en centre d'hébergement (91% du temps), suivi par les réprimandes et la lecture (78%), les psychotropes (67 %) et le toucher (59%). Plusieurs autres interventions sont aussi employées. Parmi celles-ci, notons la diminution de la stimulation (Doyon, Lazure, & Lévesque, 1993), l'augmentation de la stimulation et l'apport d'attention (Birchmore & Clague, 1983 ; Burgio, Scilley, Hardin, Hsu, & Yancey, 1996 ; Cohen-Mansfield & Werner, 1997 ; Davis, 1983 ; Norberg, Melin, & Asplund, 1986 ; Zachow, 1984), l'exposition à de la musique (Casby & Holm, 1994 ; Gardiner, Furois, Tansley, & Morgan, 2000 ; Gerdner & Swanson, 1993 ; Goddaer & Abraham, 1994), l'enrichissement de l'environnement (Cohen-Mansfield & Werner, 1998), la modification du comportement (Buchanan & Fisher, 2002; Christie & Ferguson, 1988; Green, Linsk, & Pinkston 1986 ; Hoodin & Fatis, 1989 ; Meares, & Draper, 1999 ; Wanlass & Culver, 1990), un plan de soins individualisés (Lindgren, Hallberg, & Norberg, 1992) et l'association entre un indice et un comportement plus approprié ou une information pouvant modifier le comportement problématique (Bird, et al., 1995 ; Bourgeois, Burgio, Schulz, Reach, & Palmer, 1997). Ces études ont permis d'observer une certaine diminution de l'AV et laissent entrevoir des éléments d'intervention prometteurs dans la gestion de ces comportements, quoique des recherches supplémentaires soient nécessaires pour supporter leur efficacité. Cependant, les interventions évaluées dans la plupart de ces recherches ne découlent pas d'un modèle théorique de l'AV et ne sont pas basées sur les causes présumées de celle-ci (Beck & Vogelpohl, 1999)

Depuis quelques années, certains chercheurs commencent à considérer l'AV comme étant la manifestation de besoins que la personne ne peut exprimer efficacement à cause des déficits causés par la démence (Algase et al., 1996 ; Beck & Vogelpohl, 1999 ; Allen-Burge,

Stevens, & Burgio, 1999 ; Cohen-Mansfield, 2000 ; Miller, Nelson, & Mezey, 2000). Les connaissances actuelles suggèrent que trois catégories de besoins sont sous-jacentes à l'AV chez les personnes atteintes de démence, soit les besoins de stimulation, d'interaction sociale et de confort.

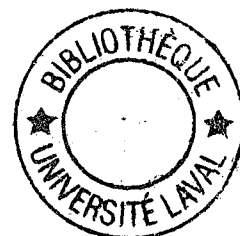
En ce qui concerne les besoins d'interaction sociale et de stimulation, la littérature révèle une association entre l'AV et le fait d'être seul (Burgio et al., 1994 ; Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996 ; Cohen-Mansfield & Werner, 1995 ; Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1990 ; Friedman, Gryfe, Tal, & Freedman, 1992) ainsi qu'à un environnement peu stimulant et à l'absence d'activités structurées (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996 ; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990 ; Hallberg, Norberg, & Eriksson, 1989). En outre, dans une étude de Cohen-Mansfield et Werner (1997a), des observateurs considéraient l'autostimulation et la demande d'attention comme raison apparente à la manifestation d'AV chez respectivement 77.8 % et 53.3 % des sujets. La réduction des comportements verbaux perturbateurs observée par l'apport d'attention et de stimulation sensorielle (Birchmore & Clague, 1983 ; Burgio et al., 1996 ; Cohen-Mansfield & Werner, 1997 ; Davis, 1983 ; Zachow, 1984) appuie également l'hypothèse de la contribution de ces besoins à la manifestation d'AV chez un grand nombre de résidents en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

L'inconfort physique et psychologique semble aussi jouer un rôle important dans la manifestation d'AV et se reflète entre autres par l'association de l'AV avec une fréquence plus élevée de dépression et de douleur physique (Cohen-Mansfield, 2000; Cohen-Mansfield, Marx, et al., 1989 ; Cohen-Mansfield, & Werner, 1994 ; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990 ; Dwyer & Byrne 2000 ; Sloane, Davidson, Knight, Tangen, & Mitchell, 1999). De plus, l'augmentation de l'AV constatée avant et pendant les soins quotidiens évoque la possibilité de l'utilisation des vocalisations pour affirmer un besoin comme celui d'être toiletté ou pour

éviter une manipulation potentiellement douloureuse du personnel soignant, par exemple lors du bain (Cariaga et al., 1991 ; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990). Finalement, l'occurrence plus fréquente d'AV lorsque le résidant est contentonné (Cariaga et al., 1991 ; Cohen-Mansfield & Werner, 1995; Cohen-Mansfield, Werner, et al., 1990 ; Sloane et al., 1999 ; Werner, Cohen-Mansfield, Braun, & Marx, 1989) pourrait aussi traduire un inconfort physique.

Certaines interventions visant à réduire l'inconfort et à augmenter l'apport d'attention et de stimulation ont montré une certaine efficacité pour réduire l'AV. Tout d'abord, Cohen-Mansfield & Werner (1997) ont évalué l'efficacité de quatre interventions pour réduire l'AV chez 34 participants. Celles-ci consistaient en un examen médical visant à identifier et traiter les causes physiques sous-jacentes de l'AV, une interaction sociale individuelle, la présentation d'une bande vidéo réalisée par la famille et l'exposition à de la musique. Le traitement médical a permis d'éliminer l'AV chez deux participants. Chez les participants restants ($n = 32$), les trois autres interventions se sont avérées significativement plus efficaces que l'absence de traitement. Une diminution de 56% des comportements d'AV a été observée pendant l'interaction sociale, 46% lors de la présentation des bandes vidéo, 31% pendant l'exposition à la musique et 16% dans la condition sans traitement. Dans cette étude, il ressort que les interventions comprenant à la fois un contact social et de la stimulation sensorielle soient les plus efficaces pour réduire l'AV. En effet, les auteurs avaient inclus des activités de stimulation sensorielle dans leur intervention d'interaction sociale individuelle. De plus, l'exposition aux bandes vidéo faites par la famille implique à la fois un contact social indirect et une stimulation visuelle et auditive.

Burgio et al. (1996) ont tenté d'évaluer l'efficacité de « bruits blancs », soit des sons monotones et répétitifs, pour gérer les comportements verbalement agités chez 13 participants.



Des observations en temps réel assistées par ordinateur, effectuées avant et après l'exposition à des bruits d'océan et de montagne, ont permis de constater une réduction significative de l'AV entre les phases de niveau de base et d'intervention chez les participants ayant répondu favorablement à l'intervention ($n = 9$). Ces résultats font donc entrevoir la possibilité de réduire l'AV à l'aide d'une stratégie peu coûteuse et qui ne nécessite pas la présence constante de soignants. Cependant, cette intervention ne suscite pas la réponse attendue chez tous les résidents puisque seulement 9 participants sur 13 ont manifesté une diminution de l'AV.

Par ailleurs, une thérapie multisensorielle a été utilisée avec succès par Zachow (1984) pour gérer les vocalisations répétitives d'une résidente désorientée et non communicative. Cette intervention comprenait de la musique, de la relaxation par imagerie guidée, des techniques de validation, et de la stimulation sensorielle (auditive, visuelle, olfactive, tactile et motrice). La relaxation par imagerie était effectuée par l'intermédiaire d'un enregistrement audio comprenant des affirmations destinées à augmenter la confiance en soi, sur un fond de musique baroque. La thérapie de validation consistait à approuver les sentiments sous-jacents aux vocalisations, que l'auteure postulait être de la colère, de la rage et des sentiments d'abandon et d'impuissance liés à sa situation. Les conclusions de cette étude doivent cependant être considérées avec prudence étant donné l'absence de mesure du changement de comportement.

Il semble donc que chez certaines personnes, la stimulation sensorielle est associée à une réduction de l'AV alors que chez d'autres patients, l'attention sociale combinée à la stimulation sensorielle constitue la stratégie la plus efficace. De plus, l'examen des variables associées à l'AV suggère que le confort est l'un des besoins sous-jacents à ce type de comportements perturbateurs. Ainsi, une approche intégrant à la fois les composantes d'attention sociale, de stimulation sensorielle et de correction des sources d'inconfort pourrait

s'avérer efficace chez un plus grand nombre de personnes manifestant de l'AV et ce, pour une plus longue période de temps étant donné le changement possible des besoins en fonction de l'évolution de la maladie. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention comprenant trois composantes (attention, confort, stimulation sensorielle) pour réduire l'AV chez des patients atteints de démence et résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Contrairement à la plupart des études actuelles, l'étude proposée est basée sur un rationnel théorique découlant d'un modèle de l'AV, celui-ci concevant l'AV comme résultant de besoins insatisfaits que la personne ne peut exprimer de façon plus adéquate étant donné ses déficits cognitifs. De plus, le choix des besoins auxquels s'adresse l'intervention repose sur les variables associées aux comportements d'AV et sur les modèles étiologiques figurant dans la littérature. Nous émettons l'hypothèse que l'intervention aura pour effet de diminuer la fréquence et la durée de l'AV.

Méthode

Participants

Les participants ont été recrutés dans deux CHSLD de la région de Québec. Des résidents manifestant de l'AV ont d'abord été référés à la chercheuse principale (A.B.) par une infirmière clinicienne. Des membres du personnel soignant ont par la suite été consultés afin de vérifier la correspondance aux critères d'inclusion, soit (a) être âgé de 65 ans et plus, (b) résider dans le même centre d'hébergement depuis au moins trois mois, (c) avoir un diagnostic de démence inscrit au dossier médical et (d) manifester de l'AV plusieurs fois par jour. Les résidents pour lesquels l'AV était imprévisible, selon l'avis du personnel soignant, ont été exclus. Six participants ont débuté les observations mais seulement deux d'entre eux ont terminé le protocole. Les quatre autres résidents ont été retirés de l'étude lors de la collecte de données pour le niveau de base en raison d'une rémission spontanée de l'AV ou la présence

d'AV seulement deux ou trois jours pendant la ou les semaines d'observation, limitant la vérification de l'efficacité de l'intervention.

Mesures

Données descriptives. Une fiche signalétique (voir Annexe A) a été utilisée pour obtenir des informations telles que l'âge, le sexe, le statut civil, la durée de l'hébergement et les diagnostics médicaux.

Sévérité de la démence. Afin d'évaluer la sévérité de la démence, l'Échelle d'évaluation des démences de Reisberg (EEDR ; Bélanger, 1993), la version française du *Functional Assessment Staging* (FAST ; Reisberg, Ferris, & Franson, 1985) a été complétée par un membre du personnel soignant connaissant bien le participant. Cette échelle comporte sept niveaux caractérisant les conséquences fonctionnelles de l'atteinte cognitive associée à la démence. Les niveaux sont ordonnés selon une gradation progressive selon laquelle le premier niveau indique un fonctionnement cognitif normal alors que le septième est caractérisé par un état de démentiel profond (voir Annexe B). Le FAST présente des coefficients de corrélation de 0.87 avec le Mini Mental de Folstein, lorsque celui-ci peut être appliqué, ainsi que de 0.83 à 0.93 avec une évaluation clinique. Les coefficients de fidélité interjuges se varient entre 0.76 et 0.96 (Reisberg, 1988).

Agitation verbale. Étant donné le caractère exploratoire de l'étude, une conception très étendue de l'AV a été utilisée et incluait tous les comportements vocaux ou verbaux inappropriés, répétitifs ou dérangeants retrouvés dans les études portant sur l'agitation verbale. La liste des comportements d'AV incluent les cris ; demandes constantes ou inappropriées d'aide ou d'attention ; plaintes ; répétition de phrases, de mots ou de questions ; négativisme ; discours insensé ; agression verbale (menaces, injures, colère, sacres) ; avances sexuelles

verbales ; émission des bruits étranges (e.g. grognements, gémissements, marmonnements) ; paroles ou chants forts (voir Annexe C).

Les comportements verbaux et vocaux ont été enregistrés par l'intermédiaire d'un magnétophone placé à proximité du participant, sans toutefois que celui-ci puisse le voir. La fréquence et la durée des comportements d'AV ont été mesurées par le décodage des bandes audio à l'aide du logiciel The Observer (version 3.0 ; Noldus Information Technology, 1995). Le logiciel était configuré de sorte qu'une touche du clavier était associée au début d'un comportement d'AV et une autre à sa fin. Une troisième touche représentait le début d'un comportement qui ne constitue pas de l'AV (comportement « autre ») alors qu'une dernière touche était activée lors de la fin de ces comportements. Un délai de cinq secondes était respecté avant de considérer le comportement comme étant terminé afin d'éviter que les observateurs soient confrontés à des changements de touches trop fréquents et rapides. Un entraînement à l'utilisation du logiciel ainsi qu'au décodage des bandes audio a été effectué jusqu'à un pourcentage d'accord de 80% entre les observateurs et ce, lors de trois séances consécutives. Des enregistrements réalisés avant l'application du protocole ont servi à cet entraînement. Étant donné une diminution marquée du taux d'accord lors de l'introduction de l'intervention pour l'un des participants, un second entraînement a été nécessaire. Le décodage final a été réalisé après l'obtention des critères établis lors de l'entraînement initial. Afin de vérifier la fidélité des résultats, 25% des observations ont été effectuées par deux observateurs. Les séquences soumises à l'entente interjuges ont été déterminées au hasard à l'aide de la fonction ALEA.ENTRE.BORNES du logiciel Microsoft Excel (version 2002). Le résultat des accords interjuges révèle une bonne concordance entre les observateurs. Pour l'un des participants, le pourcentage d'accord moyen est de 94.52% pour la fréquence (variant de 86.67% à 100%) et de 89.36% pour la durée (variant entre 79.41% à 100%). Chez l'autre

résidant, le pourcentage d'accord moyen se situe à 92,37% pour la fréquence (variant de 90% à 100%) et à 83,37 % pour la durée (variant entre 72,22 % à 100%).

Procédure

Étant donné la détérioration cognitive des résidants, le consentement pour la participation à l'étude a été obtenu auprès d'un tiers autorisé, celui-ci étant le mandataire légal ou le tiers autorisé. Le mandataire ou le tiers autorisé était d'abord contacté par l'infirmière-chef de l'unité afin de lui présenter sommairement l'étude et d'obtenir son autorisation de transmettre ses coordonnées à la chercheuse principale. Cette dernière expliquait ensuite l'étude au mandataire ou au tiers autorisé afin d'obtenir un consentement signé. La chercheuse expliquait par la suite au participant potentiel la nature de sa participation afin de lui donner la possibilité de refuser de participer et ce, malgré le consentement du mandataire ou du tiers autorisé. Cette rencontre se faisait en présence d'un témoin (mandataire légal, tiers autorisé, ou soignant) si le participant se trouvait dans l'incapacité de signer le formulaire de droit de refus.

Un protocole à niveaux de base multiples de type AB a été utilisé. Pour chaque participant, l'enregistrement audio a été effectué à tous les jours pendant 30 minutes au moment de la journée où il manifestait le plus d'AV selon le personnel soignant. Les deux phases du protocole étaient effectuées toujours à la même heure. Aucune intervention n'a été effectuée durant la phase de niveau de base (A). Cette phase a été d'une durée d'une semaine (7 jours) pour l'un des participants et de deux semaines (15 jours) pour l'autre participant. Étant donné qu'aucun comportement d'AV n'a été manifesté lors du dernier jour du niveau de base pour l'un des participants, une journée d'observation supplémentaire a été effectuée. L'intervention était ensuite appliquée lors de 7 journées consécutives à raison de 30 minutes par jour (phase B). Durant cette seconde phase, l'enregistrement audio se déroulait durant l'application de l'intervention. L'intervention a été appliquée par la première auteure.

Chaque séance d'intervention était divisée en trois périodes de 10 minutes. Pendant la période d'attention, la thérapeute se présentait au résidant, s'informait de son état et discutait avec lui sur un sujet susceptible de l'intéresser. La communication avec le résidant était guidée par les recommandations de communication efficace avec les personnes atteintes de démence émises par Toseland et McCallion (1998). Durant la deuxième période, les sources possibles d'inconfort étaient recherchées et corrigées à l'aide d'un membre du personnel soignant. Les questions guidant l'intervenant pour cette tâche étaient les suivantes : Le patient est-il dans la même position depuis longtemps ? Est-il confortable dans la position où il est ? La lumière est-elle insuffisante pour lui permettre de bien voir ou est-elle trop intense ou aveuglante ? La température de la pièce est-elle trop froide ou trop chaude ? Le patient reçoit-il de l'air sur lui ou est-il situé trop près d'une source de chaleur ? La culotte, la couche ou la literie du patient sont-elles souillées ? L'environnement est-il trop bruyant ? Le patient a-t-il faim ou soif ? Lui manque-t-il quelque chose ? Finalement, durant la troisième période, une activité de stimulation sensorielle était initiée par la thérapeute. Cette activité était choisie parmi une liste préalablement établie, en tenant compte des intérêts du participant décrits par la famille. Les capacités du résidents, telles qu'évaluées par la thérapeute, influençaient aussi le choix de l'activité. De plus, une activité était retirée dans le cas où le participant la rejetait clairement par des gestes ou des paroles. La liste des activités comprenait des tâches de stimulation visuelle (regarder des revues ou des banques d'images sur un ordinateur portable), auditive (écouter de la musique ou des bruits de la nature), olfactive (sentir des produits de bain, des épices ou des huiles) et tactile (manipuler des tissus, une peluche, de la pâte à modeler ou une balle en caoutchouc).

Résultats

Madame J.

Madame J. est une octogénaire souffrant, selon le dossier médical, de démence frontale et de démence paranoïde associée. Selon l'évaluation du personnel soignant, elle se situait au moment de l'étude au stade 7 de l'EEDR. L'AV manifestée par cette résidente consistait en des cris très forts et constants qui pouvaient parfois durer plusieurs heures et ce, presque tous les jours. La communication avec cette dame était très difficile. Celle-ci ne répondait que rarement au personnel soignant et à l'intervenante et ces réponses consistaient le plus souvent en un « oui » ou un « non ». La plupart du temps, la résidente ne semblait pas réagir à la présence de l'intervenante et n'ouvrait presque jamais les yeux. Étant donné l'importance de la détérioration fonctionnelle et cognitive et l'absence presque totale de réaction à la présence de l'intervenante, peu d'activités de stimulation étaient réalisables. La stimulation auditive (musique classique et bruits de la nature) a donc été choisie pour cette participante puisque cela lui permettait d'être exposée à la stimulation sans nécessiter une participation active. La figure 1 illustre graphiquement la fréquence et la durée des comportements d'AV observés quotidiennement. L'analyse graphique et l'examen des moyennes dénotent une diminution de l'AV lors de l'introduction de l'intervention. Une fréquence moyenne de 32.29 ($ET = 34.75$) comportements d'AV a été observés au niveau de base (A) comparativement à 26 ($ET = 41.47$) pendant la phase d'intervention (B) (tableau 1). Le pourcentage de changement calculé sur les moyennes de fréquence de l'AV ($A - B / A * 100$) montre une réduction de 19.48% lors de l'introduction de l'intervention. Étant donné qu'une grande variabilité des données, telle que celle observée ici, peut limiter les conclusions tirées à partir des moyennes (Ottenbacher, 1986), un examen des médianes est aussi effectué. Une réduction marquée est constatée entre les deux phases d'intervention, la fréquence médiane de comportements d'AV

passant de 38 au niveau de base à 2 lors de l'introduction de l'intervention, ce qui représente un taux de changement de 94.74%. En ce qui concerne la durée, l'analyse graphique suggère une réduction de l'AV pendant la phase d'intervention, ce qui est confirmé par l'examen des moyennes. La durée moyenne se situe à 445.43 secondes ($ET = 543.02$) en A alors qu'elle est de 201.43 secondes ($ET = 328.85$) à la phase B, ce qui constitue une diminution de 54.78%. Les médianes quant à elles subissent une diminution de 96.83%, passant de 441 secondes en A à 14 secondes en B. En l'absence d'autocorrélation entre les données (évaluée avec le test de Bartlett), des tests statistiques standards ont pu être réalisés (Gorman & Allison, 1996). Le peu de données récoltées, l'absence de normalité dans la série de données pour la fréquence et la durée de l'AV ainsi que l'absence d'homogénéité de la variance pour la durée limitant l'utilisation de tests paramétriques, le test non paramétrique de Mann-Whitney a été effectué afin de comparer les deux phases du protocole. Un niveau alpha de .05 est utilisé. Aucune différence significative n'est constatée entre les phases A et B, tant pour la fréquence que la durée. Malgré l'absence de signification statistique, les durées moyennes et médianes ont été réduites de plus de moitié. Ces diminutions s'avèrent donc très marquées et sont probablement cliniquement significatives.

Monsieur H.

Monsieur H. est un octogénaire résidant en CHSLD depuis trois ans et six mois ayant un diagnostic de démence vasculaire. Selon l'infirmière, il se situait au stade 6 de l'EEDR, indiquant un état démentiel marqué. Monsieur H. avait été référé pour la répétition constante de la même prière, des demandes d'attention et des cris occasionnels. Au niveau de base, seule la répétition de la prière a été observée sous la forme d'un marmonnement pouvant être entendu jusque dans le corridor. Pendant l'intervention, Monsieur H. manifestait aussi parfois un discours insensé. À l'aide des informations obtenues auprès de l'épouse du résidant ainsi

que de l'intérêt manifesté par ce dernier aux différentes activités de stimulation, trois interventions sensorielles ont été principalement utilisées : regarder des revues de rénovation et de menuiserie (le résidant était charpentier-menuisier de métier), regarder des banques d'image d'animaux sur un ordinateur portable (le résidant avait habité sur une ferme), et écouter des bruits de la nature (le résidant venait de la campagne). Les stimulations tactiles ont été écartées car le participant les rejetait systématiquement. L'exposition à la revue n'a été utilisée que pour les deux premières interventions puisque le résidant les rejetait rapidement. Les banques d'images ont été utilisées lors des trois sessions suivantes. Par la suite, le participant a manifesté clairement son désintérêt pour l'activité. Les bruits de la nature ont donc été employés pour les deux dernières rencontres. L'examen des graphiques, des moyennes et des médianes (voir la figure 1) suggère une augmentation de la fréquence des comportements d'AV pendant l'intervention ainsi qu'une diminution de la durée ayant débuté lors des derniers jours du niveau de base. La fréquence moyenne est de 14.21 ($ET = 9.59$) en A et de 27.43 ($ET = 8.16$) en B, ce qui représente une augmentation de 93.03% lors de l'introduction de l'intervention. Quant à la fréquence médiane, elle se situe à 15 en A puis à 30 en B et augmente donc de 100% entre les deux phases. La durée moyenne se situe quant à elle à 418.93 secondes ($ET = 474.17$) au niveau de base pour chuter à 164.14 secondes ($ET = 79.33$) lors de l'application de l'intervention, ce qui constitue une réduction de 60.82%. Les durées médianes pour leur part révèlent un taux de diminution de 40.67%, passant de 211 secondes au niveau de base à 150 secondes pendant l'intervention. Les résultats du test de Mann-Whitney révèlent une différence significative de la fréquence entre le niveau de base et la phase d'intervention ($U = 15,50, p < 0,05$). Aucune différence statistiquement significative n'est constatée pour la durée. De plus, quoique importantes, soit au-dessus de 40%, la réduction de la durée ne peut être attribuée clairement à l'intervention puisqu'elle a débuté durant les

derniers jours du niveau de base.

Discussion

L'objectif de cette étude consistait à évaluer l'efficacité d'une intervention comprenant de l'attention, du confort et de la stimulation sensorielle pour réduire l'AV chez des personnes âgées atteintes de démence résidant en CHSLD. Selon les résultats obtenus, l'intervention évaluée a montré une certaine efficacité pour réduire la fréquence et la durée de l'AV chez l'un des participants (Madame J.). En effet, bien que les différences observées ne soient pas statistiquement significatives et que la diminution moyenne de la fréquence de l'AV soit peu élevée, la réduction de la durée s'avèrent marquée et probablement cliniquement significative. Chez l'autre participant, l'intervention s'est avérée peu efficace puisqu'elle est associée à un accroissement de la fréquence de l'AV. De plus, le changement observé dans la durée de l'AV ne peut être attribuable de façon certaine à l'intervention puisque la diminution a débuté pendant les derniers jours du niveau de base. L'analyse graphique ainsi que les données descriptives font aussi ressortir, pour les deux participants, une grande fluctuation dans la série de données. Cette variabilité pourrait être due, entre autres, à l'observation des participants pendant un laps de temps très restreint lors de chacune des journées. Des observations tenant compte du comportement des résidents sur une période de temps plus étendue pourrait donner lieu à une fluctuation plus réduite de l'AV. L'examen des moyennes permet par ailleurs de constater que la variabilité du comportement semble affectée par la phase du protocole. Chez Monsieur H. particulièrement, la variabilité de la durée de l'AV subit une réduction très marquée lors de l'introduction de l'intervention ($ET = 474.17$ en A1 et 79.33 en B). Il semble donc que l'intervention puisse avoir pour effet de restreindre la fluctuation de l'AV chez au moins l'un des participants. L'importance clinique de ce résultat demeure toutefois à explorer.

Bien que non significative, la réduction de la durée de l'AV chez Madame J. s'avère marquée (54.78%) et très similaire au taux de changement observé par Cohen-Mansfield & Werner (1997) lors d'une intervention d'interaction sociale comprenant de l'attention et des activités de stimulation (56%). Doyon, Lazure et Lévesque (1993) ont quant à eux observé une diminution de la durée des cris de 51% chez leur participante pendant la période de 12h à 19h en administrant une intervention incluant une réduction des sources d'anxiété et d'inconfort, de la stimulation et l'augmentation des opportunités d'expression verbale. L'intervention chez Madame J. dans cette présente étude était effectuée entre 13h et 13h30, période pendant laquelle la durée des cris ont subi une diminution de 54.78%. Par ailleurs, les réductions de l'AV observées dans la présente étude vont dans le sens de plusieurs autres recherches ayant montré l'efficacité de l'apport d'attention et de stimulation sensorielle pour réduire l'AV (Burgio et al., 1996 ; Davis, 1983 ; Norberg, Melin, & Asplund, 1986 ; Zachow, 1984). D'autre part, le manque d'efficacité chez l'un des participants est consistant avec d'autres études qui rapportent que tous les participants n'ont pas bénéficié de l'intervention évaluée. Par exemple, 4 participants sur 13 n'ont pas réagi favorablement lors de l'exposition à des *bruits blancs* (Burgio et al., 1996), alors que des stratégies incluant du renforcement contingent au comportement silencieux et des stimulations environnementales se sont avérées inefficaces pour réduire la production de bruits et de vocalisations perturbatrices chez 4 des 12 participants (Doyle et al., 1997). Enfin, le rationnel de l'approche proposée rejoint quelques études ayant montré l'utilité et l'efficacité d'une intervention à composantes multiples pour réduire l'AV (Doyle et al., 1997 ; Doyon, Lazure & Lévesque, 1993 ; Lindgren, Hallberg, & Norberg, 1992 ; Meares & Draper, 1999).

Contrairement à ce qui était attendu, l'intervention semble avoir eu pour effet d'accroître significativement la fréquence de l'AV chez l'un des participants (Monsieur H.).

Cet accroissement pourrait être attribuable à la division de l'AV en plusieurs manifestations plus brèves pendant l'intervention par rapport au niveau de base. De plus, il est possible que l'augmentation notée puisse être due au fait que l'intervention amenait le résidant à verbaliser davantage, ces verbalisations étant parfois insensées étant donné la désorientation causée par la démence. D'autres hypothèses peuvent aussi expliquer l'augmentation de la fréquence de l'AV chez ce participant. Ainsi, l'AV soit causée par une sur-stimulation et par conséquent, l'intervention aurait eu pour effet d'accroître l'excès de stimulation déjà présente dans l'environnement. Par ailleurs, des caractéristiques personnelles pourraient avoir influencé la réaction à l'intervention. À cet effet, Cohen-Mansfield et Werner (1998) ont constaté que l'AV augmentait pendant une interaction sociale chez trois participants ayant une personnalité difficile, des habiletés sociales limitées ainsi que des relations réduites avec le personnel soignant et les proches. Des études précisant la présence et le rôle de variables modératrices de la réponse aux interventions permettraient de cibler de façon plus efficace les stratégies de gestion de l'AV à appliquer. À cet effet, le type de comportement d'AV (e.g. cris vs demandes constantes d'attention), le type de démence (démence frontale vs démence de type Alzheimer ou vasculaire), le degré d'atteinte cognitive, la personnalité ainsi que le comportement prémorbide pourraient par exemple être investigués.

Quoique les limites de l'étude et l'absence de comparaison avec une autre intervention ne permettent pas démontrer le modèle d'Algase, les diminutions de l'AV observées chez Madame J. s'avèrent tout de même en accord avec ce modèle, selon lequel les comportements verbalement agités chez certains résidants puissent résulter de besoins insatisfaits et représenter la réponse la plus adéquate que peut fournir la personne compte tenu des déficits cognitifs. Par ailleurs, la présence de différences individuelles dans la réponse au traitement révèle l'importance de considérer d'autres facteurs en plus des besoins d'attention, de confort

et de stimulation. Le modèle d'Algase inclut d'ailleurs des facteurs contextuels prédisposants (neurologiques, cognitifs, psychosociaux, état de santé) en plus de facteurs précipitants personnels et environnementaux (social et physique) dans sa conception de l'étiologie de l'AV. Bien que les facteurs contextuels ne puissent être modifiés, leur rôle doit être considéré dans la compréhension du comportement problématique car ils peuvent servir entre autres à identifier les individus à risque de manifester de l'AV et orienter les stratégies de gestions appropriées, notamment dans la modification de l'environnement. Étant donné la diversité des facteurs impliqués dans la manifestation des comportements verbalement agités, une intervention à composantes multiples telle que celle proposée comporte l'avantage de pouvoir s'adresser à plusieurs d'entre eux de façon simultanée. Cette approche permet non seulement d'agir sur plusieurs plans chez une même personne mais réduit aussi la tâche du personnel soignant, qui manque souvent de temps et de ressources afin de choisir la stratégie susceptible d'être la plus efficace pour chaque personne.

Cette étude préliminaire présente certes plusieurs limites. Tout d'abord, le peu de données recueillies pourrait camoufler une autocorrélation dans les données et amener à conclure faussement à une différence statistiquement significative entre les phases du protocole. Cependant, même dans cette éventualité, la plupart des résultats demeurent non significatifs. Par ailleurs, la présence d'un biais lors du décodage des bandes audio est envisageable dans la mesure où les observateurs n'étaient pas aveugles aux hypothèses de l'étude. Toutefois, la sévérité de la méthode de calcul des ententes interjuges réduit la possibilité d'un effet majeur à ce niveau. En effet, un écart de maximum cinq secondes était toléré pour considérer un comportement comme ayant été détecté par les deux observateurs et une marge d'erreur d'une seconde a été établie pour vérifier l'accord sur la durée des épisodes d'AV. D'autre part, la réalisation d'études auprès d'un nombre plus important de participants

serait nécessaire afin de clarifier l'effet de l'intervention proposée sur la manifestation d'AV. Une mesure de validation sociale devrait également être ajoutée afin de vérifier l'importance clinique des résultats. Une procédure incluant l'observation d'enregistrements effectués immédiatement avant, pendant et après l'intervention pourraient être utilisées. Les observations devraient être effectuées par des juges aveugles aux hypothèses de recherche qui seraient sélectionnés parmi plusieurs groupes (e.g personnel infirmier, préposés, familles, aidants naturels, membre de la communauté, etc.) afin d'accroître la validité externe (Foster & Mash, 1999 ; Storey & Horner, 1991). Finalement, il serait intéressant de vérifier l'effet de la stratégie proposée non seulement sur la fréquence et la durée mais aussi sur l'intensité de l'AV, par l'ajout d'une mesure de décibels. En effet, il est possible que même en l'absence de diminution de la fréquence ou de la durée de l'AV, une réduction de l'intensité soit suffisante cliniquement pour rendre le comportement moins perturbateur.

Les résultats de cette étude justifient donc une évaluation plus étoffée de l'intervention proposée afin de clarifier son effet sur la fréquence et la durée des comportements d'AV. Certaines modifications pourraient être apportées à l'intervention afin de rendre celle-ci plus efficace. Par exemple, une implication plus importante personnel infirmier ou la présence d'un ergothérapeute permettrait peut-être de cibler et de corriger de façon plus adéquate les sources d'inconfort, puisque ces personnes sont formées dans ce domaine. Par ailleurs, l'intervention pourrait être davantage individualisée. En effet, le choix des modalités d'intervention à appliquer pourrait être basé sur les résultats d'une analyse fonctionnelle visant à déterminer les causes probables de l'AV chez chaque individu ou, autrement dit, identifier de façon plus précise les besoins insatisfaits de chaque personne. Enfin, une approche basée sur la satisfaction des besoins et sur le principe que l'AV constitue une tentative de communication de la part de la personne ayant des déficits cognitifs s'avère prometteuse dans la mesure où

elle vise non seulement la réduction de la détresse des soignants mais aussi, et surtout, l'augmentation du bien-être des patients.

Références

- Algase, D.L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease, 11*(1), 10-19.
- Allen-Burge, R., Stevens, A.B., & Burgio, L.D. (1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(3), 213-228.
- Beck, C.K., & Vogelpohl, T.S. (1999). Problematic vocalizations in institutionalized individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(9), 17-26.
- Bédard, M., Molloy, D.W., Pedlar, D., Lever, J.A., & Stones, M.J. (1997). Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *International Psychogeriatrics, 9*(3), 277-290.
- Bélanger, M. (1993). *Agitation et atteinte cognitive. Étude transversale en établissement d'hébergement*. Mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Québec, Québec, Canada.
- Birchmore, T., & Clague, S.A. (1983). A behavioural approach to reduce shouting. *Nursing Times, 79*, 37-39.
- Bird, M., Alexopoulos, P., & Adamowicz, J. (1995). Success and failure in five case studies: Use of cued recall to ameliorate behavior problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 305-311.
- Bourgeois, M.S., Burgio, L.D., Schulz, R., Reach, S., & Palmer, B. (1997). Modifying repetitive verbalizations of community-dwelling patients with AD. *The Gerontologist, 37*(1), 30-39.
- Buchanan, J.A., & Fisher, J.E. (2002). Functional assessment and noncontingent

reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients.

Journal of Applied Behavior Analysis, 35, 99-103.

Burgio, L.D., & Bourgeois, M. (1992). Treating severe behavioural disorders in geriatric residential setting. *Behavioral Residential Treatment*, 7(2), 145-168.

Burgio, L., Scilley, K., Hardin, M., Hsu, C., & Yancey, J. (1996). Environmental "white noise": An intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B(6), 364-373.

Burgio, L., Scilley, K., Hardin, M., Janosky, J., Bonino, P., Slater, S.C., et al. (1994). Studying disruptive vocalization and contextual factors in the nursing home using computer-assisted real-time observation. *Journal of Gerontology*, 49(5), 230-239.

Canadian study of health and aging working group. (1994). Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Revue canadienne du vieillissement/Canadian Journal on Aging*, 13, 470-487.

Cariaga, J., Burgio, L., Flynn, W., & Martin, D. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 501-507.

Casby, J.A., & Holm, M.B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of person with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(10), 883-889.

Christie, M., & Ferguson, G. (1988). Can't anyone stop that screaming? *The Canadian Nurse*, 84, 30-32.

Cohen-Mansfield, J. (2000). Use of patient characteristics to determine non-pharmacologic interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12[Suppl.1], 373-380.

- Cohen-Mansfield, J., & Deutsch, L. H. (1996). Agitation: subtypes and their mechanisms. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 325-339.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A.S. (1989). A description of agitation in nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44, M77-M84.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: an integrative summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10(1), 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1994). Verbally disruptive behaviors in elderly persons: A Review. Dans: B.J. Vellas, J.L. Albaredo, P.J. Garry (Eds.), *Facts and research in gerontology: Dementia and cognitive impairments* (pp. 73-89). New York: Springer.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A(6), M369-M377.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997a). Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1079-1091.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). Determinants of the effectiveness of one to one social interactions for treating verbally disruptive behaviors. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(3), 323-334.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. & Marx, M.S. (1989). An observational study of agitation in agitated nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 1(2), 153-165.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Marx, M.S. (1990). Screaming in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 785-792.
- Davis, A. (1983). Back on their feet: behavioural techniques for elderly patients. *Nursing*

Times, 79, 26-27.

- Doyle, C., Zapparoni, T., O'Connor, D., & Runci, S. (1997). Efficacy of psychosocial treatments for noisemaking in severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 9(4), 405-422.
- Doyon, J., Lazure, H., & Lévesque, L. (1993). Les cris répétés. *Canadian Nurse/ L'infirmière Canadienne*, 89, 42-44.
- Dwyer, M., & Byrne, G.J.A. (2000). Disruptive vocalization and depression in older nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 12(4), 463-471.
- Everitt, D.E., Fields, D.R., Soumerai, S.S., & Avorn, J. (1991). Resident behavior and staff distress in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 792-798.
- Foster, S.L. & Mash, E.J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308-319.
- Friedman, R., Gryfe, C.I., Tal, D.T., & Freedman, M. (1992). The noisy elderly patient: Prevalence, assessment, and response to the antidepressant doxepin. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, 187-191.
- Gardiner, J.C., Furois, M., Tansley, D.P., & Morgan, B. (2000). Music therapy and reading as intervention strategies for disruptive behavior in dementia. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 31-46.
- Gardner, L.A., & Swanson, E.A. (1993). Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 284-291.
- Goddaer, J., & Abraham, I.L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 150-158.
- Gorman, B.S., & Allison, D.B. (1996). Statistical alternatives for single-case designs. Dans:

- P.D. Franklin, & D.B. Allison (Eds), *Design and analysis of single-case research* (pp. 159-214). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Green, G.R., Linsk, N.L., & Pinkston, E.M. (1986). Modification of verbal behavior of the mentally impaired elderly by their spouses. *Journal of the Applied Behavior Analysis*, 19, 329-336.
- Hallberg, I.R., Norberg, A., & Eriksson, S. (1989). A comparison between the care of vocally disruptive patients and that of other residents at psychogeriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 410-416.
- Hallberg, I.R., Norberg, A., & Eriksson, S. (1990). Functional impairment and behavioral disturbances in vocally disruptive patients in psychogeriatric wards compared with controls. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 53-61.
- Hoodin, F., & Fatis, M. (1989). Differential reinforcement to reduce excessive requests for toileting assistance of geriatric nursing home resident. *Clinical Gerontologist*, 9(1), 15-29.
- Lai, C.K.Y. (1999). Vocally disruptive behaviors in people with cognitive impairment: Current knowledge and future research directions. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(3), 172-180.
- Lindgren, C., Hallberg I.R., & Norberg, A. (1992). Diagnostic reasoning in the care of a vocally disruptive severely demented patient. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 97-103.
- Meares, S., & Draper, B. (1999). Treatment of vocally disruptive behaviour of multifactorial aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 285- 290.
- Miller, L.L., Nelson, L.L., & Mezey, M. (2000). Comfort and pain relief in dementia: awakening a new beneficence. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9), 32-40.

- Noldus Information Technology (1995). *The Observer*, base package for the Macintosh, (Version 3.0) [Logiciel informatique et manuel de référence]. Wageningen, The Netherlands.
- Norberg, A., Melin, E., & Asplund, K. (1986). Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International Journal of Nursing Study*, 23(4), 315-323.
- Ottenbacher, K.J. (1986). *Evaluating clinical change strategies for occupational and physical therapist*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., & Franssen, E. (1985). An ordinal functional assessment tool for Alzheimer's-type dementia. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 593-595.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 653-659.
- Sloane, P.D., Davidson, S., Knight, N., Tangen, C., & Mitchell, C.M. (1999). Severe disruptive vocalizers. *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 439-445.
- Storey, K., & Horner, R.H. (1991). An evaluative review of social validation research involving persons with handicaps. *Journal of Special Education*, 25, 352-401.
- Toseland, R. W., & McCallion, P. (1998). *Maintaining communication with persons with dementia*. New York: Springer.
- Wanlass, W., & Culver, S. (1990). *Behavior modification in a demented nursing home patient*. Papier présenté au congrès annuel de l'American Geriatric Society/American Federation for Aging Research, Atlanta, GA.
- Werner, P., Cohen-Mansfield, J., Braun, J., & Marx, M. (1989). Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1122-1126.

Whall, A., Gillis, G.L., Yankou, D., Booth, D.E., & Bee-Baltes, C.A. (1992). Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing, 18*(10), 13-17.

Zachow, K.M. (1984). Helen, can you hear me? *Journal of Gerontological Nursing, 10*(8), 18-22.

Tableau 1

Résumé des données descriptives et des résultats obtenus lors du test de Mann-Whitney chez Madame J.

| Phase | Fréquence | | | | | Durée | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|------------|-----------------------|----------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>Mdn</i> | Somme des rangs | <i>U</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>Mdn</i> | Somme des rangs | <i>U</i> |
| Niveau de base ^a | 32.29 | 34.75 | 38 | 63.50 | | 445.43 | 543.02 | 441 | 72.00 | |
| Intervention ^b | 26.00 | 41.47 | 2 | 56.50 | | 201.43 | 328.85 | 14 | 48.00 | |
| | | | | | 27.50 | | | | | 20.00 |

Note : Les résultats du test de Mann-Whitney ne sont pas significatifs.

^a $n = 8$. ^b $n = 7$

Tableau 2

Résumé des données descriptives et des résultats obtenus lors du de Mann-Whitney chez Monsieur H.

| Phase | Fréquence | | | | | Durée | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|------------|-----------------------|----------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>Mdn</i> | Somme des rangs | <i>U</i> | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>Mdn</i> | Somme des rangs | <i>U</i> |
| Niveau de base ^a | 14,21 | 9,59 | 15 | 120,50 | | 418,93 | 474,17 | 211 | 160,00 | |
| Intervention ^b | 27,43 | 8,16 | 30 | 110,50 | | 164,14 | 79,33 | 150 | 71,00 | |
| | | | | | 15,50* | | | | | 43,00 |

^a $n = 14$. ^b $n = 7$

* $p < .05$

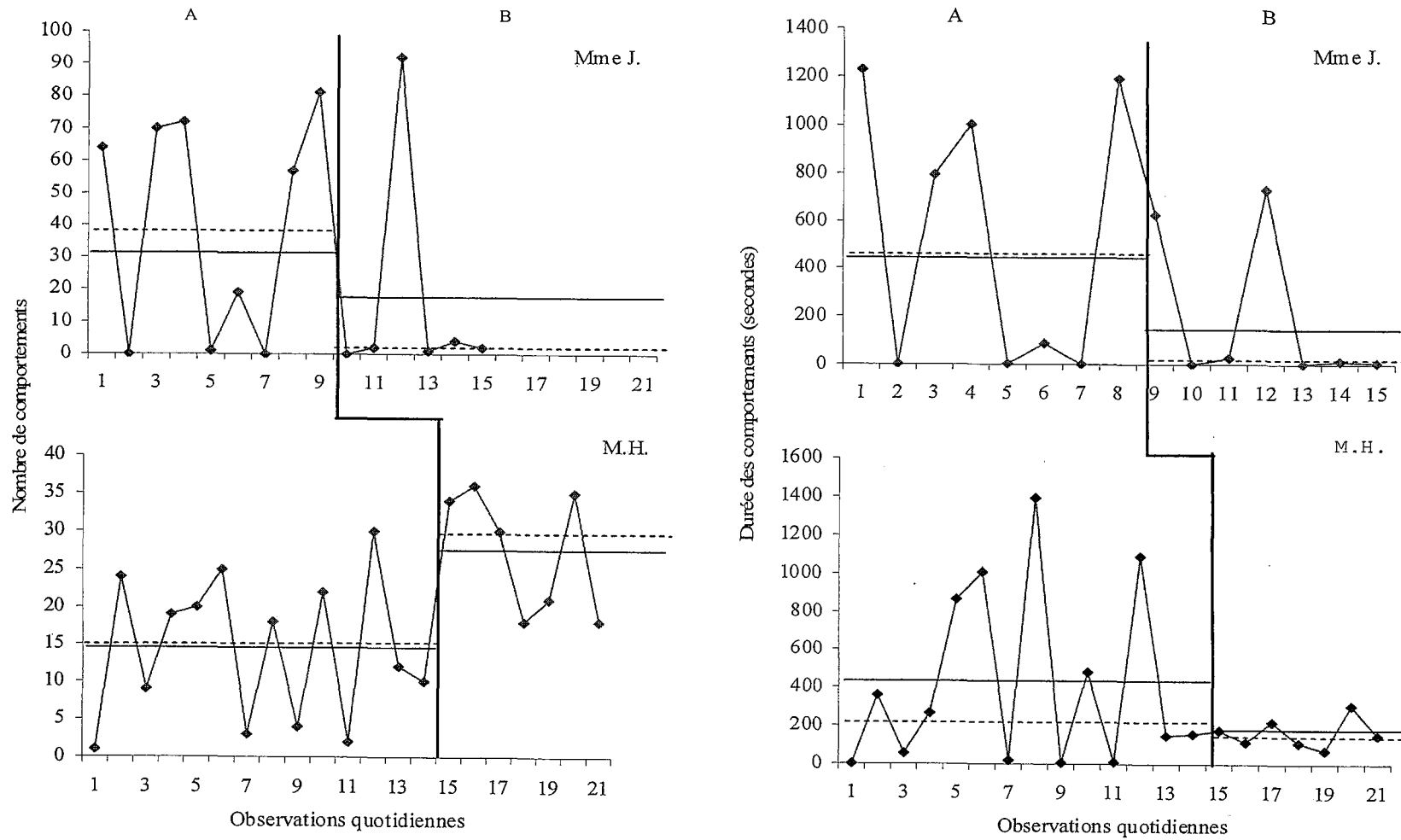


Figure 1. Fréquence (graphique de gauche) et durée en secondes (graphique de droite) des comportements d'agitation verbale lors de chacune des observations quotidiennes. Les lignes horizontales pleines représentent les moyennes de la fréquence et de la durée des comportements et les lignes pointillées représentent les médianes. Les lignes verticales délimitent les phases du protocole.

CHAPITRE III

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif de ce mémoire consistait à évaluer l'efficacité d'une intervention à composantes multiples (attention, stimulation, confort) pour réduire la fréquence et la durée de l'agitation verbale (AV) chez des personnes âgées atteintes de démence. Ce chapitre présente un résumé des principaux résultats et fait état des limites de l'étude. Enfin, des pistes pour les recherches subséquentes sont énoncées.

Résultats

Les résultats obtenus dans cette étude suggèrent une certaine efficacité de l'intervention proposée chez au moins l'un des participants. En effet, l'analyse graphique ainsi que l'examen des moyennes et des médianes montrent une réduction de la fréquence et une diminution marquée de la durée de l'AV pendant l'intervention chez Madame J., bien que celle-ci ne soit pas significative d'un point de vue statistique. La réduction importante de la durée semble cependant cliniquement significative et s'avère similaire à celle observée dans d'autres études. De plus, ces résultats supportent ceux de d'autres études ayant montré une efficacité de l'apport d'attention et de stimulation pour réduire l'AV chez certains patients atteints de démence. Chez Monsieur H., l'intervention semble avoir été peu efficace puisqu'une augmentation de la fréquence de l'AV est constatée lors de son introduction. De plus, la diminution de la durée de l'AV ayant débuté lors des derniers jours du niveau de base, il est possible qu'elle ne soit pas attribuable à l'intervention. L'accroissement de la fréquence de l'AV chez ce participant pourrait s'expliquer par une division de l'AV en plusieurs manifestations plus brèves pendant l'intervention par rapport au niveau de base ainsi que par une augmentation des verbalisations, ces dernières étant souvent insensées en raison des déficits cognitifs. Il se pourrait aussi qu'une sur-stimulation soit à l'origine de l'AV chez ce

résidant, l'intervention ne faisant qu'accroître l'excès de stimulation déjà présent dans l'environnement.

Les résultats de cette étude font entrevoir la possibilité que, tel qu'énoncé par le modèle d'Algase (1996), des besoins insatisfaits puissent être à l'origine des comportements d'AV et que ceux-ci soient susceptibles de représenter la réponse la plus adéquate que peut fournir la personne compte tenu de ses déficits cognitifs. De plus, ils font ressortir l'importance de tenir compte de plusieurs facteurs contextuels, personnels et environnementaux dans la compréhension du comportement problématique. Cette diversité de facteurs contributifs à l'AV justifie d'ailleurs l'utilisation d'une intervention à composantes multiples. Par ailleurs, cette approche est destinée à être plus facilement applicable dans le milieu de la santé, dans la mesure où elle s'adresse à plusieurs besoins à la fois, simplifiant la tâche du personnel soignant qui ne dispose pas toujours du temps nécessaire afin de déterminer quelle composante serait potentiellement la plus efficace chez chacun des patients. Enfin, la présence de facteurs multiples dans la manifestation d'AV pourrait expliquer en partie les différences individuelles observées dans la réponse au traitement.

Limites de l'étude et pistes de recherche

Étant donné son caractère préliminaire, cette étude présente certes plusieurs limites. Tout d'abord, un biais de la part des observateurs peut être survenu dans la mesure où ceux-ci n'étaient pas aveugles aux hypothèses de recherche. Cependant, l'utilisation d'un logiciel permettant de décoder les comportements en temps réel ainsi que la sévérité des critères d'entente interjuges réduisent la possibilité d'un effet significatif à ce niveau. Par ailleurs, l'emploi d'un protocole à cas unique auprès de seulement deux participants n'autorise nullement la généralisation des résultats obtenus. De plus, l'absence de signification statistique

ne permet pas d'établir clairement l'efficacité ou l'inefficacité du traitement. Des études supplémentaires incluant un plus grand nombre de sujets seraient nécessaires afin de vérifier de façon plus précise les effets de l'intervention proposée sur la fréquence et la durée des comportements d'AV. De plus, certaines modifications pourraient être apportées à l'intervention afin de rendre celle-ci plus efficace. Par exemple, une implication plus importante personnel infirmier ou la présence d'un ergothérapeute permettrait peut-être de cibler et de corriger de façon plus adéquate les sources d'inconfort puisque ces personnes sont formées dans ce domaine. Par ailleurs, l'intervention pourrait être davantage individualisée. En effet, le choix des modalités d'intervention à appliquer pourrait être basé sur les résultats d'une analyse fonctionnelle visant à déterminer les causes probables de l'AV chez chaque individu. Une mesure de validation sociale devrait également être ajoutée afin de vérifier l'importance clinique des résultats. Des enregistrements effectués immédiatement avant et après l'intervention pourraient être soumis à des observateurs aveugles aux hypothèses de recherche (infirmières, préposés aux bénéficiaires, résidants, familles, aidants naturels, membres de la communauté), qui évalueraient globalement le changement de comportement (Foster & Mash, 1999, Storey & Horner, 1991).

Il reste encore beaucoup à faire afin de cerner adéquatement la problématique de l'AV. Tout d'abord, l'élaboration d'une typologie de l'AV serait essentielle afin de mettre en lumière la nature, la fonction et l'étiologie des différents comportements d'AV qui pour le moment, sont considérés à l'intérieur d'un même concept. Certains auteurs ont déjà tenté d'établir une telle typologie (Ryan, Tainsh, Kolodny, Lendrum, & Fisher, 1988; Cohen-Mansfield & Werner, 1997a.). Cependant, aucune classification n'est établie de façon claire et empirique. De plus, des connaissances plus poussées concernant la typologie de l'AV

ouvriraient la porte à des recherches portant sur l'efficacité des diverses stratégies de gestion en fonction des différents types d'AV afin de permettre la mise en place d'interventions ciblées selon la catégorie de comportement manifestée. De plus, l'investigation des variables prédictrices ou modératrices de la réponse aux interventions contribuerait au développement de programmes d'intervention plus efficaces en guidant le choix des interventions vers celles étant le plus susceptibles de montrer une efficacité.

Des plans de gestions efficaces des comportements perturbateurs devraient en outre tenir compte de la perception de l'efficacité de ceux qui les utilisent ainsi que de leur acceptabilité morale pour le patient, les soignants, les médecins, les familles et les personnes âgées en général. Ces informations s'avèrent capitales dans l'applicabilité des interventions car elles permettraient de concentrer les efforts et les ressources sur les stratégies qui seront le plus susceptible d'être utilisées au quotidien, au lieu de demeurer cantonnées à la littérature scientifique. Enfin, étant donné le manque de ressources financières et humaines prévalant dans le milieu de la santé, les stratégies découvertes en recherche ne peuvent souvent être poursuivies par les membres du personnel soignant qui sont déjà surchargés par leurs tâches usuelles. En ce sens, la recherche de moyens pour réduire les coûts des interventions est importante. L'évaluation de l'applicabilité d'interventions par des non professionnels constitue donc une avenue de recherche prometteuse dans l'élaboration de programmes efficaces de gestion des comportements perturbateurs. En outre, cela permettrait d'étendre les stratégies aux patients agités vivant dans la communauté, dans la mesure où celles-ci pourraient être enseignées et utilisées par les aidants naturels.

Bibliographie

- Algase, D.L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease, 11*(1), 0-19.
- Allen-Burge, R., Stevens, A.B., & Burgio, L.D. (1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(3), 213-228.
- Bhana, N., & Spencer, C.M. (2000). Risperidone: a review of its use in the management of the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Drugs Aging, 16*(6), 451-471.
- Beck, C., Frank, L., Chumblor, N.R., O' Sullivan, P., Vogelpohl, T.S., Rasin, J., Walls, R., & Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist, 38*(2), 189-198.
- Beck, C.K., & Vogelpohl, T.S. (1999). Problematic vocalizations in institutionalized individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(9), 17-26.
- Bédard, M., Molloy, D.W., Pedlar, D., Lever, J.A., & Stones, M.J. (1997). Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *International Psychogeriatrics, 9*(3), 277-290.
- Birchmore, T., & Clague, S.A. (1983). A behavioural approach to reduce shouting. *Nursing Times, 79*, 37-39.
- Bird, M., Alexopoulos, P., & Adamowicz, J. (1995). Success and failure in five case studies: Use ofcued recall to ameliorate behavior problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 305-311.
- Buchanan, J.A., & Fisher, J.E. (2002). Functional assessment and noncontingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients.

Journal of Applied Behavior Analysis, 35, 99-103.

Burgio, L., Scilley, K., Hardin, M., Hsu, C., & Yancey, J. (1996). Environmental "white noise": An intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B(6), 364-373.

Burgio, L., Scilley, K., Hardin, M., Janosky, J., Bonino, P., Slater, S.C., et al. (1994). Studying disruptive vocalization and contextual factors in the nursing home using computer-assisted real-time observation. *Journal of Gerontology*, 49(5), 230-239.

Burgio, L.D., & Bourgeois, M. (1992). Treating severe behavioural disorders in geriatric residential setting. *Behavioral Residential Treatment*, 7(2), 145-168.

Burgio, L.D., & Hawkins, A.M. (1991). Behavioral assessment of the effects of psychotropic medications on demented nursing home residents. *Behavior Modification*, 15(2), 194-212.

Canadian study of health and aging working group. (1994). Canadian study of health and aging: Study methods and prevalence of dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 150, 899-913.

Canadian study of health and aging working group. (1994a). Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Revue canadienne du vieillissement/Canadian Journal on Aging*, 13, 470-487.

Cariaga, J., Burgio, L., Flynn, W., & Martin, D. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 501-507.

Carlyle, W., & Ancill, R. (1991). ECT: An effective treatment in the screaming demented patient. *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 637-639.

Casby, J.A., & Holm, M.B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations

- of person with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(10), 883-889.
- Christie, M., & Ferguson, G. (1988). Can't anyone stop that screaming? *The Canadian Nurse*, 84, 30-32.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Use of Patient characteristics to determine non-pharmacologic interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12[Suppl.1], 373-380.
- Cohen-Mansfield, J. (2001, May/June). Managing agitation in elderly patients with dementia [Rapport spécial]. *Geriatric Times*, 2(3). Récupéré le 6 août 2001, de <http://www.geriatrictimes.com/g010533.html>
- Cohen-Mansfield, J., & Billing, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatric Society*, 34, 711-721.
- Cohen-Mansfield, J., & Deutsch, L. H. (1996). Agitation: subtypes and their mechanisms. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 325-339.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A.S. (1989). A description of agitation in nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44, M77-M84.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1994). Verbally disruptive behaviors in elderly persons: A Review. Dans: B.J. Vellas, J.L. Albarede, P.J. Garry (Eds.), *Facts and research in gerontology: Dementia and cognitive impairments* (pp. 73-89). New York: Springer.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: an integrative summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10 (1), 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A(6), M369-

M377.

- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997a). Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*, 1079-1091.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). Determinants of the effectiveness of one to one social interactions for treating verbally disruptive behaviors. *Journal of Mental Health and Aging, 4*(3), 323-334.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1999). Longitudinal predictors of non-aggressive agitated behaviors in the elderly, *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 831-844.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. & Marx, M.S. (1989). An observational study of agitation in agitated nursing home residents. *International Psychogeriatrics, 1*(2), 153-165.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Marx, M.S. (1990). Screaming in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society, 38*, 785-792.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (1999). *1999 et après : les défis d'une société Canadienne en vieillissement*. Ottawa : Conseil consultatif national sur le troisième âge.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (2002). *Écrits en gérontologie : Santé mentale et vieillissement*, Ottawa : Conseil consultatif national sur le troisième âge.
- Davis, A. (1983). Back on their feet: behavioural techniques for elderly patients. *Nursing Times, 79*, 26-27.
- Devanand, D.P., & Lawler, B.A. (2000). *Treatment of behavioral and psychological symptoms in Dementia*. London: Martin Dunitz.
- Doyon, J., Lazure, H., & Lévesque, L. (1993). Les cris répétés. *Canadian Nurse/ L'infirmière Canadienne, 89*, 42-44.

- Dwyer, M., & Byrne, G.J.A. (2000). Disruptive vocalization and depression in older nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 12(4), 463-471.
- Everitt, D.E., Fields, D.R., Soumerai, S.S., & Avorn, J. (1991). Resident behavior and staff distress in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 792-798.
- Friedman, R., Gryfe, C.I., Tal, D.T., & Freedman, M. (1992). The noisy elderly patient: Prevalence, assessment, and response to the antidepressant doxepin. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, 187-191.
- Foster, S.L. & Mash, E.J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308-319.
- Gardiner, J.C., Furois, M., Tansley, D.P., & Morgan, B. (2000). Music therapy and reading as intervention strategies for disruptive behavior in dementia. *Clinical Gerontologist*, 22(1), 31-46.
- Gerdner, L.A. (1999). Individualized music intervention protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(10), 10-16.
- Gerdner, L.A., & Swanson, E.A. (1993). Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 284-291.
- Goddaer, J., & Abraham, I.L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 150-158.
- Hallberg, I.R., Norberg, A., & Eriksson, S. (1989). A comparison between the care of vocally disruptive patients and that of other residents at psychogeriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 410-416.
- Hallberg, I.R., Norberg, A., & Eriksson, S. (1990). Functional impairment and behavioral

- disturbances in vocally disruptive patients in psychogeriatric wards compared with controls. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 53-61.
- Hoodin, F., & Fatis, M. (1989). Differential reinforcement to reduce excessive requests for toileting assistance of geriatric nursing home resident. *Clinical Gerontologist*, 9(1), 15-29.
- Howard, R., Ballard, C., O'Brien, J., & Burns, A. (2001). Guidelines for the management of agitation in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 714-717.
- 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 the nursing home. *Journal of Aging and Health*, 1(3), 349-369.
- Knopman, D.S., & Sawyer-DeMaris, S. (1990). Practical approach to managing behavioral problems in dementia patients. *Geriatrics*, 45(4), 27-30.
- Kopala, L.C., & Honer, W.G. (1997). The use of Risperidone in severely demented patients with persistent vocalizations. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 73-77.
- Lai, C.K.Y. (1999). Vocally disruptive behaviors in people with cognitive impairment: Current knowledge and future research directions. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14(3), 172-180.
- 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.
- Lesseig, D.Z. (1998). Pharmacotherapy for long term care residents with dementia associated behavioral disturbance. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(2), 27-31.
- Lindgren, C., Hallberg I.R., & Norberg, A. (1992). Diagnostic reasoning in the care of a

- vocally disruptive severely demented patient. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6(2), 97-103.
- Low, L.F., Brodaty, H., & Draper, B. (2002). Study of premorbid personality and behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 779-783.
- Matteau, E., Landreville, P., Laplante, L., & Laplante, C. (sous presse). Disruptive vocalizations: A means to communicate in dementia? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*.
- Meares, S., & Draper, B. (1999). Treatment of vocally disruptive behaviour of multifactorial aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 285-290.
- Miller, L.J. (2001). Gabapentin for treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(4), 427-431.
- Miller, L.L., Nelson, L.L., & Mezey, M. (2000). Comfort and pain relief in dementia: awakening a new beneficence. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9), 32-40.
- Nelson, J. (1995). Influence of environmental factors in incidents of disruptive behavior. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(5), 19-24.
- Pollock, B.G., Mulsant, B.H., Sweet, R., Burgio, L.D., Kirshner, M.A., Shuster, K., et al. (1997). An open pilot study of citalopram for behavioral disturbances of dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(1), 70-78.
- Ryan, D.P., Tainsh, S.M.M., Kolodny, V., Lendrum, B.L., & Fisher, R.H. (1988). Noise-Making amongst the elderly in long term care. *The Gerontologist*, 28(3), 369-371.
- Serra-Mestres, J., Shapleske, J., & Tym, E. (1996). Treatment of palillia with Trazodone. *The American Journal of Psychiatry*, 3(3), 369-378.
- Sloane, P.D., Davidson, S., Buckwalter, K., Lindsey, B.A., Ayers, S., Lenker, V., et al. (1997).

- Management of the patient with disruptive vocalization. *The Gerontologist*, 37, 675-682.
- Sloane, P.D., Davidson, S., Knight, N., Tangen, C., & Mitchell, C.M. (1999). Severe disruptive vocalizers. *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 439-445.
- Sloane, P.D., Mitchell, C.M., Preisser, J.S., Phillips, C., Commander, C., & Burker, E. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 862-869.
- Snowdon, J., Meehan, T., & Halpin, R. (1994). Continuous screaming controlled by electroconvulsive therapy: A case study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(11), 929-932.
- Statistique Canada. (2002). *Population projetée pour les années 2001, 2006, 2016, 2021, 2026 au 1^{er} juillet*. [document électronique]. Disponible en format HTML : <http://www.statcan.ca>
- Storey, K., & Horner, R.H. (1991). An evaluative review of social validation research involving persons with handicaps. *Journal of Special Education*, 25, 352-401.
- Verma, S.D., Davidoff, D.A., & Kambhampati. (1998). Management of the agitated elderly patient in the nursing home: The role of atypical antipsychotics. *Journal of clinical psychiatry*, 59(suppl. 19), 50-55.
- Wanlass, W., & Culver, S. (1990, May). *Behavior modification in a demented nursing home patient*. Papier présenté au congrès annuel de l'American Geriatric Society/American Federation for Aging Research, Atlanta, GA.
- Werner, P., Hay, D.P., & Cohen-Mansfield, J. (1995). Management of disruptive vocalizations in the nursing home. *Nursing Home Medicine*, 3(9), 217-225.

- Whall, A., Gillis, G.L., Yankou, D., Booth, D.E., & Beel-Baltes, C.A. (1992). Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing, 18*(10), 13-17.
- Woods, P., & Ashley, J. (1995). Simulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatric Nursing, 16*(1), 9-14.
- Zachow, K.M. (1984). Helen, can you hear me? *Journal of Gerontological Nursing, 10*(8), 18-22.
- Zimmer, J., 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

Code _____

Date : ____ / ____ / ____
 Jour/ Mois/ Année

FICHE SIGNALÉTIQUE

1. Date de naissance

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

2. Sexe

- 1. Masculin :
- 2. Féminin :

3. Date d'admission

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

4. Depuis combien de mois le bénéficiaire est-il en centre d'hébergement ? (incluant celui-ci et d'autres centres dans lequel il aurait résidé précédemment). _____

4. Statut civil :

- 1. Marié (e)
- 2. Veuf/veuve
- 3. Séparé(e)
- 4. Divorcé (e)
- 5. Célibataire

5. Type de démence :

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

6. Diagnostics médicaux et handicaps physiques:

7. Médication :

Nom

Dose

Fréquence

ANNEXE B

Échelle d'Évaluation des Démences de Reisberg

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES DÉMENCES DE REISBERG (Bélanger, 1993)

Valeurs possibles :

Stade 1 : Normal, aucune atteinte subjective ou objective du fonctionnement.

Stade 2 : Oublis bénins, atteinte subjective mais non objective. A ce stade le patient peut se plaindre de problème de mémoire mais ceci n'a aucun impact sur son fonctionnement.

Stade 3 : Atteinte objective légère. Mémoires légèrement déficientes, aucune difficulté dans des tâches courantes (gérer ses dépenses) ou à s'orienter dans des endroits connus. Présente cependant des difficultés lors de ses déplacements dans des endroits non connus.

Stade 4 : Atteinte modérée, mémoires déficientes de façon évidente (incapable de faire des courses, oublie des demandes simples, incapable de gérer leurs dépenses) désorientation spatiale. Peuvent fonctionner de façon indépendante, peu d'impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ). Si le patient est limité physiquement pour d'autres raisons il demandera de l'aide pour ses besoins.

Stade 5 : État démentiel évident, mémoires franchement déficientes, désorientation temporo-spatiale, début de perte pour orientation personnelle. Difficulté à choisir son linge, négligent pour son hygiène. A besoin de stimulation et de surveillance.

Stade 6 : État démentiel marqué, perte des mémoires importante, désorientation personnelle, a besoin d'aide dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne. Ne peut s'habiller seul, il mettra son linge de jour par-dessus son linge de nuit. Incapable de se laver. Incontinence urinaire et fécale. Ne demande pas pour ses besoins.

Stade 7 : État démentiel profond, orientation nulle dans les trois sphères, aide totale pour les AVQ. Discours limité, presque nul, non adapté à la situation. Ne marche plus seul.

Annexe C

Liste des comportements d'agitation verbale

Liste des comportements d'agitation verbale

- Demandes d'aide ou d'attention : implorer, supplier, demandes d'aides inappropriées, harcèlement ou toute autre demande verbale destinée à obtenir de l'attention.
- Répétition de phrases, mots ou questions : répéter toujours la même phrase, question ou le même mot.
- Plaintes : se plaindre de quelque chose (même si cette plainte est justifiée) ; plaintes sur soi, l'environnement physique ou une autre personne ; plaintes somatiques ; rouspéter ; ronchonner.
- Négativisme : mauvaise attitude, refus verbal, n'aime rien, rien n'est correct.
- Discours insensé : la personne emploie des mots mais le discours n'est pas cohérent. Inclut aussi le fait de parler avec une personne qui n'est pas visible.
- Agression verbale : menacer une personne, la disputer, se « chicaner » avec une personne, utilise un langage méchant, crier des noms, insulter, utiliser des mots obscènes, colère exprimée verbalement. N'inclut que des verbalisations intelligibles.
- Sacrer
- Avances sexuelles verbales : allusions sexuelles claires, propositions sexuelles.
- Émission de bruits étranges : inclut pleurer, pleurnicher, grogner, gémir, grincer des dents, faire des bruits avec la bouche ou la gorge, mâchouiller, émettre des bourdonnements, marmonner, sons courts et indistincts émis en succession rapide, émettre un rire bizarre.
- Crier : cris, hurlements, éclats de voix aigus, stridents, perçants, stridents.
- Parler fort ou autres verbalisations perturbatrices : toute verbalisation qui se compose de mots distincts qui est dérangeante et qui ne fait pas partie des autres catégories de comportements mentionnés dans la liste.
- Chanter fort : chanter assez fort pour être entendu hors de la chambre ou déranger le compagnon de chambre. Vocalisations qui ont une mélodie ou des sons qui ressemblent à la répétition d'une chanson.

Inspiré de Cohen-Mansfield, Werner et Marx (1989), de Cohen-Mansfield et Werner (1997b) et de Deslauriers et al. (2001).