

Université de Sherbrooke



31156007803474

Université de Sherbrooke

HQ  
1061  
H44  
1998  
G  
Thèse

IMPACT D'UN PROGRAMME D'INFORMATION SUR LES ATTITUDES  
DES RÉSIDENTS ÂGÉS LUCIDES À L'ÉGARD DES RÉSIDENTS  
ÂGÉS NON LUCIDES DANS UNE UNITÉ DE COHABITATION DE CHSLD

par Christine Henri, 1972-

I-1577

BIBLIOTHÈQUE U.S.

Maîtrise en Gérontologie  
Faculté des lettres et sciences humaines

Sherbrooke, juin 1998

Université de Sherbrooke

IMPACT D'UN PROGRAMME D'INFORMATION SUR LES ATTITUDES  
DES RÉSIDENTS ÂGÉS LUCIDES À L'ÉGARD DES RÉSIDENTS  
ÂGÉS NON LUCIDES DANS UNE UNITÉ DE COHABITATION DE CHSLD

par Christine Henri

Maîtrise en gérontologie

Département de psychologie

Faculté des lettres et sciences humaines

Composition du jury:

M. Gilbert Leclerc  
conseiller principal

M. René Thérien  
conseiller adjoint

Mme Monique Bourque  
lectrice

Sherbrooke, juin 1998



## REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.

Je tiens à remercier particulièrement ma bonne amie Annie sans qui , je n'aurais jamais fait le saut dans cette belle aventure, ici à Sherbrooke. Cette décision a été l'une des plus importantes de ma vie et des plus bénéfiques à ce jour.

Je tiens à remercier ma famille et mes ami(e)s pour leur soutien constant et leur marque de confiance indéniable dans mes projets. Malgré la distance nous séparant, leur encouragement a toujours été une source d'inspiration et de motivation.

Je tiens à remercier Monsieur Gilbert Leclerc qui a été mon principal conseiller, tout au long de cette recherche. Sa disponibilité, ses remarques pertinentes et ses marques d'appréciations constantes ont facilité ma démarche vers l'excellence et le goût du dépassement .

Je tiens à remercier Madame Monique Bourque pour ses judicieux conseils, Monsieur René Thérien, deuxième lecteur de la présente recherche, ainsi que tous les professeurs du programme de maîtrise en gérontologie et les étudiant(e)s de ma cohorte qui m'ont permis d'apporter constamment des améliorations dans le présent contenu de cette recherche.

Je ne peux passer sous silence le support remarquable de ma belle-soeur et amie Martine, graphiste, qui a contribué largement à l'accomplissement de ce projet. Sa générosité, sa patience et la rigueur de son travail transparaissent dans cette recherche. Je ne pourrais jamais assez la remercier de son aide si précieuse.

Je remercie également Madame Lise Trottier, consultante en statistiques, pour ses précieux conseils.

Merci aux intervenants du Foyer St-Joseph de Sherbrooke pour leur collaboration, et plus particulièrement à Mme Diane Roberge directrice.

Je désire remercier sincèrement toutes les personnes âgées qui ont accepté de participer à cette recherche, ainsi que Monsieur Yves Olivier, étudiant au certificat de gérontologie qui m'a été d'une grande aide pour réaliser ce projet.

## RÉSUMÉ

La démence chez les personnes âgées est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur et d'importance dans la société actuelle, compte tenu du vieillissement accéléré de la population. L'état de santé de la clientèle hébergée en soins de longue durée s'alourdit, ce qui engendre une nouvelle dynamique de cohabitation. Ainsi, des résidents lucides côtoient quotidiennement des résidents non lucides présentant des troubles cognitifs accompagnés souvent de comportements dysfonctionnels. Il est donc très important de se soucier de la qualité de vie des résidents lucides et non lucides et de favoriser la bonne entente entre ces deux clientèles. Or, dans la pratique, on relève de nombreux préjugés et de fausses croyances émanant d'un manque d'information relié au phénomène de la démence.

Très peu de recherches ont étudié l'influence de l'information sur les attitudes des résidents lucides à l'égard des résidents non lucides. Nous avons donc décidé d'explorer ce sujet, jusqu'ici peu documenté. L'objectif principal de notre recherche était d'expérimenter un programme d'information et d'évaluer l'impact sur la connaissance de la démence des personnes âgées lucides. Un second objectif consistait à vérifier tout changement sur les attitudes et les comportements des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides. Au total, 8 sujets ont participé à l'étude. Le programme était d'une durée de cinq semaines consécutives, à raison d'une rencontre par semaine, d'une durée d'une heure. Sur le plan statistique, les résultats démontrent une amélioration significative de la connaissance de la démence. Toutefois, aucun changement significatif des attitudes et des comportements n'a été démontré. Cependant, une plus grande tolérance a été notée à l'égard de la clientèle atteinte de déficience cognitive.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	2
RÉSUMÉ .....	4
TABLE DES MATIÈRES .....	5
LISTE DES TABLEAUX .....	9
LISTE DES FIGURES .....	11
AVANT-PROPOS .....	12
INTRODUCTION .....	13
CHAPITRE 1 .....	15
LA PROBLÉMATIQUE .....	15
1.1 Thème de la recherche .....	15
1.2 Question de recherche .....	18
1.3 Recension des écrits .....	18
1.3.1 Attitude à l'égard des personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de maladie mentale et des personnes handicapées physiquement .....	18
1.3.2 Attitudes des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides .....	21
1.3.3 Programme d'information sur la démence destiné aux personnes lucides .....	34
1.4 Théorie du niveau d'adaptation .....	38
1.5 Objectifs de la recherche .....	40
1.6 Hypothèses .....	40



<b>CHAPITRE 2</b> .....	41
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	41
<b>2.1 Identification du type de recherche</b> .....	41
<b>2.2 Méthode et procédure d'échantillonnage</b> .....	43
2.2.1 Population .....	43
2.2.2 Critères d'admissibilité .....	43
2.2.3 Taille de l'échantillon .....	44
<b>2.3 Opérationnalisation des variables</b> .....	44
2.3.1 Variable indépendante : le programme d'information .....	44
2.3.2 Variables dépendantes .....	45
2.3.2.1 La connaissance de la démence .....	45
2.3.3.2 Attitude .....	45
2.3.3 Variables de contrôle .....	45
2.3.3.1 La tolérance .....	46
2.3.3.2 Le niveau de scolarité .....	46
2.3.3.3 La durée d'hébergement .....	47
<b>2.4 Choix des instruments de mesure</b> .....	47
2.4.1 La connaissance de la démence .....	48
2.4.2 La grille des comportements perturbateurs .....	49
2.4.3 Le CPI (California Psychological Inventory) .....	50
<b>2.5 Procédure de collecte des données</b> .....	51
2.5.1 Stratégie de recrutement des sujets .....	51
2.5.2 Collecte des données relatives aux questionnaires .....	52
2.5.3 Collecte des variables dépendantes .....	52
2.5.3.1 La connaissance de la démence .....	52
2.5.3.2 Les attitudes .....	53
2.5.4 Collecte des variables contrôle .....	53
2.5.4.1 Le degré de tolérance .....	53
2.5.4.2 Le niveau de scolarité .....	53
2.5.4.3 La durée d'hébergement .....	53

2.5.5 Collecte des variables sociodémographiques . . . . .	54
2.5.6 Considérations éthiques . . . . .	54
<b>2.6 Plan d'analyse des données . . . . .</b>	<b>54</b>
<b>2.7 Réserves méthodologiques . . . . .</b>	<b>55</b>
<b>CHAPITRE 3 . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>LES RÉSULTATS . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Évolution des sujets durant l'expérimentation . . . . .</b>	<b>57</b>
<b>3.2 Description de l'échantillon . . . . .</b>	<b>59</b>
3.2.1 Répartition des sujets selon le sexe et l'âge . . . . .	59
<b>3.3 Comparaison des groupes . . . . .</b>	<b>60</b>
3.3.1 Le niveau de scolarité . . . . .	61
3.3.2 Le degré de tolérance . . . . .	62
3.3.3 La durée d'hébergement . . . . .	63
<b>3.4 Analyse confirmatoire . . . . .</b>	<b>65</b>
3.4.1 Vérification des hypothèses reliés à la connaissance de la démence . . . . .	66
3.4.2 Analyses détaillées . . . . .	67
3.4.2.1 Dimension affective . . . . .	68
3.4.2.2 Dimension cognitive . . . . .	72
3.4.2.3 Dimension comportementale . . . . .	76
3.4.3 Vérification des hypothèses reliés aux attitudes . . . . .	81
3.4.4 Analyses détaillées . . . . .	84
3.4.4.1 Fréquence et dérangement . . . . .	84
3.4.4.2 Sentiments éprouvés . . . . .	87
3.4.4.3 Comportements adoptés . . . . .	90
<b>3.5 Satisfaction face au programme . . . . .</b>	<b>93</b>

CHAPITRE 4. ....	95
DISCUSSION. ....	95
4.1 L'interprétation des résultats en regard de la connaissance de la démence. ....	95
4.2 L'interprétation des résultats en regard des attitudes. ....	98
4.2.1 Fréquence et dérangement. ....	98
4.2.2 Sentiments éprouvés. ....	99
4.2.3 Comportements adoptés. ....	100
4.3 Les résultats en relation avec le cadre théorique. ....	101
4.4 Suggestions méthodologiques pour l'amélioration du devis. ....	102
 CONCLUSION. ....	 104
BIBLIOGRAPHIE. ....	106
ANNEXE I   QUESTIONNAIRE SUR LE DEGRÉ DE TOLÉRANCE CPI. ....	111
ANNEXE II   QUESTIONNAIRE SUR LA GRILLE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS. ....	113
ANNEXE III  QUESTIONNAIRE SUR LA CONNAISSANCE DE LA DÉMENCE. ....	116
ANNEXE IV  QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE. ....	119
ANNEXE V   QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME. ....	120
ANNEXE VI  PROGRAMME D'INFORMATION. ....	122
ANNEXE VII  FORMULAIRE DE CONSENTEMENT. ....	128
ANNEXE VIII LETTRE D'APPROBATION DU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS DES CHSLD ESTRIADES. ....	130



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1	Dispositif de recherche . . . . .	42
Tableau 3.1	Répartition du nombre de sujets par groupe durant l'étude . . . .	58
Tableau 3.2	Comparaison des groupes expérimental et témoin selon le score de tolérance, la durée d'hébergement et le niveau de scolarité lors du pré-test (T-1) . . . . .	64
Tableau 3.3	Comparaison des groupes expérimental et témoin selon le score de tolérance, la durée d'hébergement et le niveau de scolarité lors du pré-test (T-1) . . . . .	65
Tableau 3.4	L'effet à court terme du programme sur la connaissance de la démence lors de la première intervention. . . . .	66
Tableau 3.5	L'effet à long terme du programme sur la connaissance de la démence dans le groupe expérimental . . . . .	67
Tableau 3.6	L'effet du programme sur la connaissance de la démence des deux groupes jumelés . . . . .	67
Tableau 3.7	Connaissance de la dimension affective dans le groupe expérimental (n=4 )au temps 1 et au temps 2 . . . . .	68
Tableau 3.8	Connaissance de la dimension affective dans le groupe témoin (n=4 ) au temps 2 et au temps 3 . . . . .	69
Tableau 3.9	Connaissance de la dimension affective dans les groupes combinés A (n=13 ) et B (n=8) . . . . .	70
Tableau 3.10	Connaissance de la dimension cognitive dans le groupe expérimental (n=4 )au temps 1 et au temps 2 . . . . .	72
Tableau 3.11	Connaissance de la dimension cognitive dans le groupe témoin (n=4 ) au temps 2 et au temps 3 . . . . .	73
Tableau 3.12	Connaissance de la dimension cognitive dans les groupes combinés A (n=13 ) et B (n=8) . . . . .	74
Tableau 3.13	Connaissance de la dimension comportementale dans le groupe expérimental (n=4 )au temps 1 et au temps 2 . . . . .	76
Tableau 3.14	Connaissance de la dimension comportementale dans le groupe témoin (n=4 ) au temps 2 et au temps 3. . . . .	77
Tableau 3.15	Connaissance de la dimension comportementale dans les groupes combinés A (n=13 ) et B (n=8) . . . . .	78
Tableau 3.16	Comparaison des scores totaux de la connaissance de la démence pour chacun des sujets. . . . .	80



Tableau 3.17	L'effet à court terme du programme sur la fréquence des comportements observés. . . . .	82
Tableau 3.18	L'effet à court terme du programme sur le dérangement éprouvé . . . . .	83
Tableau 3.19	Fréquence et dérangement éprouvé dans le groupe expérimental (n=4) au temps 1 et au temps 2. . . . .	84
Tableau 3.20	Fréquence et dérangement éprouvé dans le groupe témoin (n=4) au temps 2 et au temps 3 . . . . .	85
Tableau 3.21	Fréquence et dérangement éprouvé dans les groupes combinés A (n=13) et B (n=8) . . . . .	86
Tableau 3.22	Sentiments éprouvés dans le groupe expérimental (n=4) au temps 1 et au temps 2 . . . . .	87
Tableau 3.23	Sentiments éprouvés dans le groupe témoin (n=4) au temps 2 et au temps 3 . . . . .	88
Tableau 3.24	Sentiments éprouvés dans les groupes combinés A (n=13) et B (n=8) . . . . .	89
Tableau 3.25	Comportements adoptés dans le groupe expérimental (n=4) au temps 1 et au temps 2 . . . . .	90
Tableau 3.26	Comportements adoptés dans le groupe témoin (n=4). . . . . au temps 2 et au temps 3 . . . . .	91
Tableau 3.27	Comportements adoptés dans les groupes combinés A (n=13) et B (n=8) . . . . .	92

## LISTE DES FIGURES

1.1	Application du cadre théorique à la présente étude . . . . .	39
3.1	Évolution des sujets durant l'expérimentation . . . . .	58
3.2	Distribution des sujets selon le sexe dans l'échantillon initial . . . . .	59
3.3	Distribution des sujets selon l'âge dans l'échantillon initial . . . . .	59
3.4	Distribution des sujets selon le niveau de scolarité dans chacun des groupes . . . . .	61
3.5	Distribution des sujets selon leur tolérance dans chacun des groupes. . . . .	62
3.6	Distribution des sujets selon la durée d'hébergement dans chacun des groupes . . . . .	63
3.7	Distribution des sujets selon le score moyen obtenu dans la dimension affective aux différents temps de mesure (T1,2,3) . . . . .	71
3.8	Distribution des sujets selon le score moyen obtenu dans la dimension cognitive aux différents temps de mesure (T1,2,3) . . . . .	75
3.9	Distribution des sujets selon le score moyen obtenu dans la dimension comportementale aux différents temps de mesure (T1,2,3) . . . . .	79
3.10	Impact du programme d'information sur la connaissance de la démence dans chacun des groupes. . . . .	80

## AVANT-PROPOS

Mes études et mes interventions m'ont amené à côtoyer deux types de clientèle, des personnes âgées lucides et des personnes âgées non lucides en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ce contact s'est révélé des plus enrichissants mais, à également soulevé plusieurs questions dans mon esprit.

Dès lors, je me suis intéressée vivement à cette dynamique de la cohabitation, à ses enjeux et à ses répercussions. Après avoir consulté plusieurs intervenants sur ce sujet et avoir lu plusieurs écrits, j'ai pensé qu'il serait possible d'améliorer l'attitude des résidents lucides à l'égard des résidents non lucides.

Ce mémoire s'adresse aux étudiants, aux intervenants, aux gestionnaires et à tous ceux démontrant un intérêt particulier pour le phénomène du vieillissement de la population et soucieux de la qualité de vie de la clientèle en soins de longue durée.

## INTRODUCTION

Les études épidémiologiques démontrent qu'en raison du vieillissement démographique attendu au cours des prochaines décennies, la démence deviendra sans l'ombre d'un doute, la maladie la plus importante dans les sociétés vieillissantes (Hébert, 1997). À l'heure actuelle, une des causes principales d'institutionnalisation chez les personnes âgées est la présence d'atteintes cognitives (Mercier, 1997). Ce phénomène a un impact considérable sur l'alourdissement des clientèles dans les milieux d'hébergement.

Les maladies démentielles entraînent une détérioration progressive des facultés cognitives et souvent, des désordres comportementaux importants. Ces comportements ont un impact réel sur l'entourage immédiat du bénéficiaire, c'est-à-dire le personnel soignant et les autres bénéficiaires. Très souvent, le résident lucide est pris au dépourvu devant la manifestation d'un comportement perturbateur. Il adoptera une attitude de défense ou d'évitement à l'égard du résident non lucide (Bellemarre et Corriveau 1986). Ces attitudes sont le résultat d'une incompréhension du phénomène de démence.

Le sujet de la présente recherche est donc: "l'impact d'un programme d'information sur les attitudes des résidents âgés lucides à l'égard des résidents âgés non lucides".

À notre avis, il est possible d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées lucides et non lucides en résidence en utilisant un programme d'information sur la démence.



Par le biais de l'information, nous voulons d'une part, atténuer le dérangement éprouvé face aux comportements perturbateurs, les sentiments inconfortables liés à la présence des personnes non lucides et d'autre part, améliorer les attitudes des personnes lucides à l'égard des non lucides.

Étant donné la rareté des recherches utilisant un programme d'information, il nous a donc semblé pertinent et nécessaire d'effectuer une recherche sur ce sujet.

Ce mémoire présente d'abord la problématique traitant de la cohabitation des résidents lucides et non lucides. La recension des écrits explique les différentes attitudes adoptées à l'égard des personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de maladie mentale et des personnes handicapées physiques, des attitudes des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides ainsi que des recherches expérimentant un programme d'information sur la démence destiné aux personnes lucides. La théorie de Helson a été utilisé comme cadre théorique pour expliquer le changement attribuable au programme. On expose ensuite la méthodologie retenue et le processus de collecte de données. Les résultats sont décrits globalement puis présentés sous une forme plus détaillée. La discussion nous permet d'interpréter les résultats et en guise de conclusion, nous énonçons certaines recommandations à l'intention de recherches éventuelles.

# CHAPITRE 1

## PROBLÉMATIQUE

### 1.1 Thème de la recherche

En général, on estime que la démence de sévérité moyenne à grave affecte 8% des canadiens et 35% des personnes de plus de 85 ans (Canadian Study of Health and Aging, 1994) . Dans les établissements de soins de longue durée, on évalue que de 40 à 80 % des résidents souffrent de déficits cognitifs de sévérité au moins modérée (Pharand et al. 1993). Par ailleurs, si cette prévalence demeure inchangée, le nombre de cas de démence au Canada devrait tripler en 2031. Ces chiffres révèlent que la moitié des personnes manifestant des problèmes de démence sont actuellement placées dans un établissement.

Le nombre croissant de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, ou encore présentant des comportements dysfonctionnels en centres d'hébergement, occasionne des malaises et affecte sérieusement la qualité de vie des résidents lucides. Ces derniers vivent des émotions inconfortables, telles que la tristesse, la déprime, l'angoisse, une tension nerveuse dûes au fait de cohabiter avec des personnes âgées non lucides (Bellemare, 1986; Brousseau, Leclerc & Lavallée, 1989; Corriveau, 1986; Lefebvre-Girouard, 1986).

Certains résidents ont de la difficulté à comprendre et à accepter les personnes âgées non lucides, quelques-uns d'entre eux allant même jusqu'à les rejeter. Par contre, une des réactions les plus souvent rencontrées parmi les résidents est celle de

la résignation, accompagnée d'un sentiment de tolérance. On constate également que certains évitent tout simplement le contact avec les résidents non lucides, en diminuant peu à peu leur participation aux activités du centre, ou bien en se réfugiant dans leur chambre pour éviter d'être dérangés (Brauner 1989). Le climat actuel ne favorise guère l'épanouissement de ces groupes.

Dans les milieux d'hébergement, le problème de la cohabitation engendre de nombreuses discussions. Certains accordent leur préférence pour la cohabitation, tandis que d'autres proposent la ségrégation, c'est-à-dire le regroupement dans des unités séparées, isolées des personnes lucides.

Or depuis quelques années, il y a un engouement marqué pour les unités prothétiques, c'est-à-dire une unité de soins spécifiques où la clientèle démente bénéficie de programmes d'intervention spéciaux mis en place par du personnel de soins entraîné. Il va sans dire que cette alternative quoique innovatrice, s'apparente légèrement à une forme de ségrégation. Cependant, très peu d'études ont été réalisées à ce sujet. Il est donc trop tôt pour conclure à l'efficacité de ces unités.

La connaissance du phénomène de démence semble avoir un effet direct sur les réactions émotives et dépendre étroitement de la disposition à la cohabitation (Lévesque, Cossette 1991). Ceci suggère donc que les résidents qui ont de moins bonnes connaissances de ce phénomène seront beaucoup plus dérangés par les troubles de comportements et par conséquent auront des réactions émotives inconfortables, et indique qu'il faut agir directement sur la variable "connaissance" du phénomène de démence si l'on veut réussir à modifier les attitudes des résidents lucides envers leurs pairs non lucides.

Il peut être choquant, même bouleversant, pour une personne âgée, de retrouver dans sa chambre une personne qui furète dans ses tiroirs ou bien qui est paisiblement étendue dans son lit. Si toutefois, la personne âgée est informée que ces comportements sont dûs à la maladie et qu'ils ne sont pas faits dans le but d'agacer, elle sera beaucoup plus compréhensive et tolérante à son égard.

Comme le développement des attitudes est intimement lié au développement de la personnalité, aux traits de caractère et aux connaissances; il est raisonnable de croire qu'un programme axé sur le développement des connaissances aura un impact sur les attitudes.

C'est pour cette raison que la présente recherche a voulu créer un programme d'information destiné aux personnes âgées lucides en ayant pour but de fournir des renseignements sur l'aspect médical de la démence aussi bien que, sur la compréhension des comportements des pairs non lucides et sur les manières d'être et d'agir avec eux.



## **1.2. Question de recherche**

Est-ce qu'un programme d'information sur la démence peut améliorer les attitudes des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides cohabitant avec eux dans une unité de CHSLD ?

## **1.3 Recension des écrits**

La recension des écrits porte sur trois thèmes: en premier lieu sur les attitudes de la population à l'égard des personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de maladie mentale et des personnes handicapées physiques; deuxièmement sur les attitudes des personnes âgées lucides envers les co-résidents non lucides; enfin sur les programmes d'information de la démence destinés aux personnes lucides.

### **1.3.1 Attitudes à l'égard des personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de maladie mentale et des personnes handicapées physiques**

La folie est pressentie par la collectivité comme porteuse de violence, de dangers et, dans le cas de l'infirmité corporelle, elle est souvent perçue comme une sorte de déchéance, par rapport à une norme qui serait celle de la perfection. Le handicap provoque habituellement beaucoup plus de rejet à cause de sa visibilité que de sa gravité. Ainsi, plus le handicap est visible, plus les gens ont une attitude négative.

D'après une recherche menée par le Centre de recherche psychiatrique du C.H. Louis-H. Lafontaine (Lamontagne et al. 1984), un peu plus de 50% des sujets de l'étude entretiennent des attitudes positives envers les malades mentaux, peu importe l'âge, le sexe ou la scolarité. Cependant, il ressort que près de la moitié estiment que ces malades doivent toujours être hospitalisés, qu'ils sont dangereux pour la population, qu'ils manquent de volonté, qu'ils doivent être isolés de leur famille et ne pas prendre de médicaments.

En 1990, Ionescu et Despins effectuent une recherche sur les attitudes envers les personnes déficientes mentales. Les gens participant à l'étude sont tous des étudiants du Cégep et de l'Université de Trois-Rivières. Les résultats révèlent, que la majorité des répondants expriment des attitudes favorables à l'égard de l'intégration des personnes déficientes mentales dans la communauté et au travail. Cependant, plus de la moitié considèrent que les personnes déficientes sont incapables de subvenir à leurs besoins et de vivre de manière indépendante. Parmi les cinq variables étudiées (l'âge, le sexe, le nombre de contacts, le niveau d'information et les valeurs morales); le niveau d'information et le nombre de contacts s'avèrent les deux variables ayant le plus d'influence sur les attitudes des répondants. Ainsi, les sujets possédant une meilleure information ont une attitude plus positive et sont plus favorables à l'intégration des personnes déficientes mentales dans la communauté et à l'école. Le niveau d'information joue donc, un rôle important sur les attitudes.

À l'égard du malade mental, les pauvres et les riches se comportent différemment. On note habituellement une grande tolérance chez le pauvre. Ainsi, les quartiers populaires (quartiers du centre sud et de l'est de Montréal) sont souvent les seuls à accueillir les personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de maladie mentale. À l'opposé, la bourgeoisie craint cette population de marginaux et voit dans celle-ci des éléments de danger. (Dorvil 87, Bolduc et al. 88).

Selon Dorvil (1987), il ne faut pas brusquer la population par des campagnes de publicité sur la déficience intellectuelle et sur la maladie mentale. Il est plutôt préférable de procéder à une sensibilisation par personne interposée, soit par des travailleurs de la santé ou soit par l'intermédiaire de groupes communautaires.

Pour modifier les attitudes à l'égard des personnes handicapées physiques, les écrits démontrent que l'information et le contact s'avèrent les deux formes d'interventions les plus souvent utilisées et les plus efficaces. Le médium prend la forme, soit de l'écrit, de l'audio ou de l'audio-visuel. Le message a pour but de modifier dans une direction positive les attitudes des récepteurs à l'endroit des personnes discriminées (Leduc 1984).

Ainsi, en représentant la personne comme un être capable d'autonomie, capable d'apprendre, d'aimer, d'exceller dans des activités, il y a de bonnes chances d'éveiller chez la population, une attitude plus positive à l'égard de la personne handicapée (Girard, Leduc et Morissette 1987). De plus, lorsque les personnes handicapées agissent en tant qu'émetteur dans la communication, leur crédibilité serait plus grande (Leduc 1984).



### 1.3.2 Attitudes des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides

La recherche qualitative réalisée par Meacher (1972) a pour but d'identifier les réactions des personnes âgées lucides et du personnel face aux personnes démentes. L'étude se déroule en Angleterre, à l'intérieur de six milieux, dont trois "separatist homes", où les personnes âgées non lucides sont nombreuses et trois "ordinary homes" qui n'en hébergent que très peu. L'auteur effectue des entrevues auprès d'un échantillon de 260 résidents lucides et non lucides.

Il observe également la routine de chacun des résidents durant une demi-heure entre le déjeuner et le souper. Meacher élabore lui-même une échelle pour mesurer le degré de "démence" car, selon ce dernier, c'est le dysfonctionnement social qui affecte les autres résidents. Or voici les six critères de dysfonctionnement social retenus: la confusion verbale, l'errance, l'agitation, la désorientation spatio-temporelle, les comportements socialement marginaux et les pertes de mémoire.

L'auteur interroge chaque résident lucide et non lucide sur la perturbation occasionnée par certains comportements de leurs pairs: le langage incohérent, les dérangements nocturnes, l'errance diurne, l'interférence dans les affaires des autres, les comportements violents et agressifs, les habitudes de propreté, les irrégularités de l'habillement, l'incontinence et l'usage anormal des objets.

Les résultats démontrent que 42% des résidents lucides des "separatist homes" se disent dérangés par deux comportements en particulier, soit le langage incohérent et l'errance diurne. Dans les "ordinary homes", le comportement perturbateur rapporté par le plus grand nombre de résidents lucides est celui du langage incohérent avec 40%. Quant aux résidents non lucides, à l'intérieur des

“separatist homes”, c’est également le langage incohérent qui regroupe le plus grand nombre de répondants, soit 12,7%. Dans les “ordinary homes” , le comportement perçu comme perturbateur par le plus grand nombre de gens est le dérangement nocturne avec 22,8%.

Voici les attitudes adoptées par les résidents lucides envers les résidents non lucides: une attitude de rejet (la moins fréquente), une attitude d’indifférence (la plus fréquente dans les deux établissements), une attitude de tolérance accompagnée d’un sentiment de rancune et une attitude de tolérance accompagnée d’un sentiment de compréhension. Aucun pourcentage n’est fourni par l’auteur. Par ailleurs, lorsque l’auteur demande quelle politique adopter en ce qui a trait aux résidents déments, la majorité des résidents lucides privilégient la ségrégation.

Meacher croit que trois facteurs sont reliés aux critiques vis-à-vis des comportements de démence. Il s’agit de la proportion de résidents non lucides, de la fréquence et de la proximité du comportement offensant. Ainsi, lorsque le nombre de résidents non lucides est faible, la critique est plus forte car les résidents lucides sont à l’affût du moindre comportement perturbateur. Lorsque la proportion de résidents non lucides est élevée, les résidents lucides adoptent une attitude de rejet qui se manifeste par de l’isolement.

En plus, les résidents non lucides sont souvent réprimandés sans raison par leurs pairs lucides, parce qu’ils les croient responsables des dérangements non reliés aux comportements de démence.

Cette étude est considérable, compte tenu qu’ elle est une des premières à traiter de la problématique de la cohabitation. Au fil des ans, elle a servi de modèle à

plus d'un chercheurs. Cependant, il est important de souligner qu'il y a quelques lacunes au niveau de la méthodologie, notamment les biais de l'observateur et la non-validité des échelles utilisées.

L'étude d'Evans, Hughes, Jolley et Milkin (1981) consiste d'une part, à connaître l'avis du personnel et d'autre part, l'avis des résidents sur la situation de cohabitation qui prévaut dans leurs établissements. La recherche s'effectue dans six "residential homes" britanniques. Ces maisons hébergent 231 personnes, dont 50% sont lucides. Les auteurs enregistrent des entrevues semi-structurées auprès d'un échantillon composé de 60 résidents lucides.

Lorsque les auteurs interrogent les résidents lucides à propos des attitudes adoptées à l'endroit des pairs non lucides: 26% disent accepter leurs pairs non lucides, 37% les tolèrent, 26% expriment du rejet et 11% ne se prononcent pas. Plusieurs résidents parmi ceux qui expriment de l'acceptation ou de la tolérance, mentionnent qu'ils pensent de cette façon, par le fait qu'eux-mêmes peuvent devenir semblables à leurs pairs. Le rejet se retrouve davantage dans les maisons où les résidents non lucides sont plus nombreux. Par ailleurs, les personnes âgées lucides semblent plus tolérantes lorsque les comportements perturbateurs de leurs pairs ne les atteignent pas directement ou quand elles ont l'occasion de s'en éloigner ou de s'isoler.

Quant à la question portant sur la ségrégation, seulement 10% croient que les résidents non lucides ou ceux qui ont des troubles de comportements ne doivent pas être hébergés dans ces maisons et qu'ils devraient être déménagés ailleurs.

Cette étude comporte certaines limites méthodologiques, dues en particulier à la faible taille de l'échantillon et à son caractère non aléatoire. Pour leur part, les



auteurs soulignent que malgré l'aisance des gens à répondre aux questions, il est possible que l'effet de désirabilité sociale ait modifié leurs réponses.

L'étude de Bellemare (1986) a deux buts, soit la description de l'expérience de la cohabitation selon la perspective des personnes âgées lucides et l'identification des facteurs liés à cette expérience. L'étude se déroule dans six centres d'accueil choisis au hasard dans la région du Montréal métropolitain. L'auteure effectue des entrevues auprès d'un échantillon de 131 personnes âgées. Cette dernière utilise une grille qui renferme une liste de onze comportements dysfonctionnels. À l'aide de celle-ci, elle obtient de l'information sur la fréquence à laquelle la personne âgée est témoin de chacun des comportements, le degré de dérangement éprouvé, les réactions émotives et les réactions comportementales.

Lorsque l'auteure interroge les résidents lucides sur les attitudes adoptées à l'égard des pairs non lucides, 13 % disent les accepter, 45% expriment de la tolérance avec de la compréhension, 24,4% de la tolérance avec de la rancune, 5,3% du rejet et 5,3% de l'indifférence.

Par ailleurs, 53,1% des répondants disent être, quelques fois par semaine témoins de comportements dysfonctionnels, 44,6% le sont rarement et 2,3% à tous les jours. Cependant, plus de 50% des répondants rapportent que trois comportements se produisent à tous les jours: il s'agit de "marmonner sans arrêt", "crier ou se lamenter à haute voix" et "manger malproprement".

En ce qui a trait au dérangement, 33,1% se disent "beaucoup dérangés", 35,4% passablement, 23,8% un peu dérangés et 7,7% ne se disent pas du tout dérangés. Par contre, les répondants se disent particulièrement dérangés par quatre

comportements: “être l’objet de gestes violents”, “voir manger malproprement”, “fouille ou prend vos choses” et “se couche sur votre lit”.

Parmi les neuf sentiments de la grille, quatre d’entre eux ont été rapportés par plus de 50% des répondants. Il s’agit de “la répugnance”, “la colère”, “la peur” et “l’énervement”. Quant aux réactions des personnes âgées lucides, on observe que lorsqu’une personne marmonne sans arrêt ou crie ou se lamente à haute voix, plus de 50% des répondants s’enferment dans leurs chambres.

Par ailleurs, plus de 60% des résidents demandent de l’aide au personnel lorsqu’une personne se couche sur son lit et plus de 40% des répondants “chicanent” la personne qui a des paroles désagréables envers lui et également lorsqu’elle fouille ou prend ses choses. Il est à noter que les scores les plus bas sont enregistrés pour le comportement de support, de soutien.

En ce qui a trait à la connaissance du phénomène de démence, il ressort que 66,4% des répondants croient que le vieillissement amène inévitablement la démence. D’ailleurs, 38,1% des répondants disent avoir peur de devenir comme eux et 34,3% croient que les personnes âgées atteintes de démence agissent par mauvaise volonté.

À la question que convient-il “de faire avec les malades atteints de démence?”, 54% des personnes âgées lucides favorisent la ségrégation. Leur choix s’explique par des émotions inconfortables( tristesse, démoralisation) et du dérangement ressenti, dûs au fait de cohabiter avec des pairs non lucides.

Dans cette étude, il est intéressant de constater que les comportements dysfonctionnels ne se produisent pas tous à la même fréquence, et le dérangement qu’il



occasionne diffère selon le type de comportement. Par ailleurs, il est important de souligner que les répondants qui craignent de devenir comme leurs pairs non lucides, se disent plus dérangés par les comportements dysfonctionnels et favorisent pour la majorité la ségrégation.

L'instrument mis au point par l'auteure permet de recueillir des renseignements riches et variés. À l'aide de celui-ci, elle obtient de l'information sur la fréquence à laquelle la personne âgée est témoin de chacun des comportements dysfonctionnels, le degré de dérangement éprouvé, les réactions émotives et les réactions comportementales. Étant donné sa grande valeur et son efficacité, je prévois utiliser ce questionnaire dans ma recherche.

L'étude de Angers (1986) a pour but d'améliorer la qualité de vie et les services offerts aux personnes âgées qui présentent une détérioration cognitive en milieu institutionnel. Cette étude est exploratoire et de type qualitatif. Elle se déroule dans dix-huit établissements, soit neuf centres d'accueil d'hébergement, sept unités de soins de longue durée et deux centres hospitaliers de soins prolongés de la région Bas St-Laurent, Gaspésie et Iles-de-la-Madeleine. Afin de recueillir les données, des méthodes d'observation directe et des entrevues non-structurées ont été menées auprès de 234 intervenants.

Ces derniers ont identifié quelques comportements dérangeants des personnes âgées non lucides, il s'agit des cris répétitifs, des paroles et des gestes agressifs, d'un manque de coopération pour les soins donnés, de fouilles dans les chambres voisines, de se coucher dans le lit du voisin, de répandre de la nourriture lors des repas, d'errer ou de fuguer.

Toujours selon les intervenants, les personnes âgées lucides réagissent aux comportements de leurs pairs non lucides par: l'isolement, l'anxiété, la crainte, l'intolérance, la frustration, l'agressivité et le rejet.

Étant donné le caractère qualitatif de cette étude, aucun pourcentage n'est donné par l'auteure. Malgré cela, elle a réalisé une bonne analyse de contenu et a fait ressortir des points forts intéressants.

L'étude de Corriveau (1986) décrit les réactions générales des résidents lucides, liées à l'expérience de la cohabitation avec des pairs atteints de troubles cognitifs. Son étude se déroule à l'intérieur de deux centres d'accueil du Québec. Des entrevues ont été réalisées auprès d'un échantillon composé de deux groupes de 15 résidents lucides choisis aléatoirement.

Les résultats démontrent que 65% estiment que les résidents atteints de démence doivent être regroupés dans unité distincte ou dans un autre établissement spécialisé. De plus, la grande majorité des répondants, soit 81% n'ont jamais aidé une personne non lucide dans le besoin. Selon ces derniers, cette responsabilité revient au personnel soignant. Plus de 45% des répondants se disent indifférents à la présence de personnes non lucides et l'autre moitié expriment qu'ils se sentent mal à l'aise.

L'auteur insiste sur le fait qu'il y a un manque d'information et de nombreux préjugés face au phénomène de démence. Ces raisons expliquent, selon lui, les comportements des résidents lucides à l'égard de leurs pairs non lucides.

Cette dernière constatation apporte une justification à la présente recherche, c'est-à-dire, la nécessité d'informer les résidents lucides sur le phénomène de démence.

Il est toutefois important de souligner que cette recherche, quoique très intéressante, renferme des limites méthodologiques dues à la faible taille de l'échantillon.

L'étude descriptive de Brauner (1989) s'intéresse à l'impact de la présence des personnes âgées non lucides sur la qualité de vie des résidents lucides. Celle-ci se déroule dans un centre d'accueil de Montréal. En 1983, cet établissement changea de vocation et accepta à l'avenir sous son toit des personnes âgées non lucides.

Cependant, les deux groupes n'ont pas l'occasion de se côtoyer très souvent car, les deux tiers des personnes âgées non lucides sont regroupées sur des étages propres à eux. Le seul endroit où le contact peut s'établir entre les résidents lucides et non lucides, se situe dans la salle de séjour. L'échantillon est composé de 18 résidents lucides choisis non aléatoirement et admis avant 1983. L'auteur effectue des entrevues face-à-face.

Or, les trois quarts des répondants affirment que l'arrivée des personnes âgées non lucides détériore progressivement le climat de l'établissement. Par ailleurs, 38,9% disent éprouver des émotions inconfortables: tristesse, déprime, tension nerveuse, démoralisation, isolement ou honte lorsqu'ils reçoivent des visiteurs. L'autre moitié des répondants déclarent tolérer ou éviter le contact avec leurs pairs non lucides en se réfugiant dans leur chambre.

De plus, 11% notent une baisse de leur participation aux activités du centre. Les résultats démontrent également, que près de 80% des répondants s'opposent catégoriquement à des activités regroupant à la fois des personnes âgées non lucides avec des résidents lucides. Mais curieusement, tous les répondants manifestent de la sympathie à l'égard de leurs pairs non lucides.



Certaines limites méthodologiques affaiblissent cette recherche, notamment la petite taille de l'échantillon; celui-ci n'est pas aléatoire et aucune information ne nous est fournie quant à la validité des instruments utilisés. Toutefois, les résultats démontrent que la cohabitation s'avère une source de mécontentement et qu'elle affecte la qualité de vie des personnes âgées lucides. Ainsi, ce que notre recherche propose, c'est un enseignement qui permettra aux résidents lucides de comprendre les comportements dysfonctionnels de leurs pairs non lucides. Par conséquent, on peut donc espérer atténuer les émotions inconfortables face à la présence des pairs non lucides.

L'étude de Lévesque et Cossette (1991) vise à mieux comprendre la dynamique de la cohabitation selon la perspective des résidents lucides et selon le point de vue du personnel soignant. L'étude se déroule dans 19 centres d'accueil publics de Montréal. Les auteures effectuent des entrevues en face-à-face avec lecture des questions auprès d'un échantillon de 435 personnes âgées.

Elles décident également d'élaborer un modèle exploratoire de la disposition à la cohabitation des résidents lucides. Dans ce dernier, on retrouve les variables suivantes: la disposition à la cohabitation des résidents lucides, le dérangement vis-à-vis des comportements dysfonctionnels, la connaissance du phénomène de démence, les avantages de la ségrégation pour les résidents lucides, les désavantages de la cohabitation pour les résidents lucides et les réactions émotives inconfortables.

Pour la variable disposition à la cohabitation, les données démontrent que les deux tiers des répondants, soit 64,7% sont disposés à cohabiter, que 11,8% sont très disposés à cohabiter et que seulement 1,6% des répondants sont très peu disposés à cohabiter.

La variable dérangement vis-à-vis des comportements dysfonctionnels est composée de huit énoncés décrivant un comportement dysfonctionnel. Pour chacun des comportements observés au cours des trois derniers mois, le répondant lucide doit mentionner le degré de dérangement éprouvé lorsque celui-ci s'est produit. Ainsi, 75% des 35 résidents qui ont observé le comportement " a des gestes brusques envers vous" se disent beaucoup dérangés. Par ailleurs, deux autres comportements dérangent beaucoup les résidents, il s'agit de: "fouille ou prend vos choses" (64,6% des 86 résidents témoins) et "a des paroles désagréables envers vous" (62,7% des 48 résidents témoins).

Curieusement, les trois comportements observés par plusieurs résidents soit, "crier", "marmonner" et "entrer dans la chambre" sont parmi ceux qui dérangent le moins les résidents qui en sont témoins.

La variable connaissance du phénomène de démence est divisée en trois dimensions soit, affective, cognitive et comportementale. Pour la dimension affective, le nombre de personnes qui ont peu de connaissance dépasse celles qui en ont beaucoup . À l'énoncé suivant " on ne peut rien faire pour aider les personnes démentes à part les laver, les habiller et les alimenter", 26% ont répondu tout à fait d'accord, 36,6% plutôt d'accord, 11% je ne sais pas, 19,3% plutôt en désaccord et finalement 7,1% tout à fait en désaccord. Dans cette dimension, c'est l'aspect le moins bien connu.

Sur le plan cognitif, encore ici, on retrouve plus de gens possédant moins de connaissance que de sujets ayant beaucoup de connaissance. L'aspect le plus méconnu est celui-ci: " une personne âgée non lucide ne peut retenir aucune information" , 24,8% se disent tout à fait d'accord, 46,2% plutôt d'accord, 18,9% je ne sais pas, 9,2% plutôt en désaccord et 0,9% tout à fait en désaccord.

La dimension comportementale est la dimension, où l'on retrouve le plus grand pourcentage de réponses "je ne sais pas". À titre d'exemple: "Quant une personne âgée démente accuse les autres c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune", 7,8% sont tout à fait d'accord, 29,7% plutôt d'accord, 44,8% je ne sais pas, 11,5% plutôt en désaccord et 6,2% tout à fait en désaccord. Les résultats démontrent également, qu'il y a plus de résidents qui perçoivent peu de désavantages qu'il y en a qui en voient beaucoup.

Les auteures constatent que parmi les neuf réactions émotives présentées, un peu plus de la moitié des personnes âgées disent éprouver que quelques-unes d'entre elles. Néanmoins, les deux réactions émotives les plus souvent ressenties sont que les personnes âgées non lucides "énervent" ou "tombent sur les nerfs" ou bien, les résidents lucides se disent déprimés et démoralisés parce qu'ils cohabitent avec des personnes âgées non lucides.

À l'aide du modèle d'équations structurales de la disposition à la cohabitation, les auteures constatent que les réactions émotives sont directement influencées par deux autres variables, soit la connaissance du phénomène de la démence et le dérangement ressenti vis-à-vis des comportements dysfonctionnels. Par ailleurs, la variable connaissance de la démence semble avoir un lien direct avec la disposition à la cohabitation. Les auteures croient fortement qu'un enseignement portant sur les causes des comportements dysfonctionnels des résidents non lucides, sur leur caractère involontaire et sur les manières d'être et d'agir face à de tels comportements, peut diminuer le dérangement ressenti vis-à-vis ces comportements, ainsi que les réactions émotives inconfortables et favoriser la disposition à la cohabitation.



Cette recherche est somme toute l'une des plus approfondie sur la cohabitation. Elle renferme un modèle d'explication structurale composée de 11 variables. Les instruments d'évaluation sont appropriés et validés. Nous prévoyons utiliser le questionnaire sur la connaissance du phénomène de démence pour la recherche.

Effectuée au États-Unis, la recherche longitudinale (de follow-up) de Teresi, Holmes et Monaco (1993) consiste à analyser les effets de la cohabitation entre résidents lucides et non lucides, en ce qui concerne la qualité de vie des résidents lucides. L'échantillon est composé de 77 résidents lucides provenant de trois établissements de soins de longue durée. De ceux-ci, 23 individus (29%) vivent à proximité de résidents non lucides soit, parce qu'ils partagent une chambre ou une salle de bain avec eux.

À l'entrevue initiale, 36% des répondants se disent "très satisfaits de leur vie", 41% "relativement satisfaits", 10% "pas très satisfaits" et 13% "pas satisfaits du tout". Les statistiques lors du suivi sont de 23%, 51%, 13% et 13%.

Voici maintenant les résultats des analyses de la variable dépression/ démoralisation: 42% des répondants rapportent "un sentiment de tristesse ou de déprime au cours du dernier mois", un tiers a "pleuré au cours du mois dernier", 21% "pensent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue" et 19% "souhaitent être morts". Par ailleurs, 13% disent "se réveiller en pleine nuit avec des idées noires" et 17% se réveillent à cause "de changements d'humeur, et de tensions". Ces résultats sont mis en lien avec la cohabitation.

Par ailleurs, une analyse plus approfondie démontre que près de 40% souffrent de dépression et/ou de démoralisation et près de 20% souffrent de dépression et/ou de démoralisation aiguë, caractérisée par des pensées suicidaires En dépit de ces résultats, près de 75% des répondants se disent satisfaits de leur vie.

Les données sur l'insatisfaction vis-à-vis de l'environnement révèlent que 29% des sujets de l'échantillon rapportent une insatisfaction résultant de la cohabitation avec des individus non lucides ou ayant des troubles de comportements. Ainsi, 14% parlent d'un manque d'intimité et/ou une perte de dignité, 24% sont dérangés par les "troubles mentaux" et 15% disent être dérangés par les discussions, la méfiance et les sautes d'humeur des non lucides. Par ailleurs, 11% trouvent que le bruit hors de la pièce les trouble et 8% disent que ce bruit dérange leur sommeil.

Or parmi ceux qui vivent ou partagent une salle de bain avec une personne non lucide (23 des 77 individus), 34,8% ressentent un manque d'intimité et/ou une perte de dignité, 21,7% ressentent le besoin d'ajuster leurs habitudes personnelles, près de la moitié soit 47,8% se disent dérangés par les discussions et la méfiance de leur colocataire/voisin et 34,8% par le bruit dans la pièce. De même, 21,7% considèrent que leur sommeil est affecté et 26,1%, leur santé. Finalement, 39,1% des répondants estiment qu'une telle exposition à un colocataire atteint de troubles de la mémoire et de comportements est bouleversante et angoissante

Il est important de souligner que ceux qui vivent avec ou à proximité des résidents non lucides, ont un taux moyen d'insatisfaction 4 fois plus élevée que ceux qui ont moins de contacts étroits avec les résidents déments.

Selon les auteurs, les résultats indiquent qu'une option de séparation pourrait maintenir la santé mentale des résidents lucides. De plus, ils jugent qu'une attention doit être portée non seulement aux colocataires, mais aussi à la répartition de groupes pour les repas et les activités pour la population relativement lucide.



Il y a des limites méthodologiques liées à cette étude, par exemple les évaluations de la dépression/démoralisation. Selon les auteurs, les résultats de ces évaluations découlent de la cohabitation. Cependant, les échelles utilisées ne font pas mention du terme de la cohabitation. À titre d'exemple, "l'infirmière informatrice" a donné ses appréciations quant au fait que la personne âgée était: "habituellement de bonne humeur", "déprimée ou en colère au cours du mois précédent", "pleurait au cours du mois précédent", "était plus irritable que d'habitude".

Une autre échelle mesurant le sentiment de dépression /démoralisation a été complétée par le résident. Les éléments de l'échelle sont: "se sentir mal ou déprimé au cours du mois précédent" "a pleuré durant le mois précédent" et "se réveille en pleine nuit avec des pensées dépressives". Dans ces conditions, il s'avère impossible d'attribuer avec certitude, les résultats aux effets de la cohabitation. Car il peut exister une panoplie de facteurs extérieurs pouvant influencer l'état des gens, comme par exemple: la mort d'un proche, une dispute familiale, la détérioration de sa santé etc.

### **1.3.3 Programme d'information sur la démence destiné aux personnes lucides**

L'étude de Proulx (1989) vise à augmenter les connaissances des personnes âgées lucides qui cohabitent avec des pairs non lucides, au sujet du phénomène de la démence, des comportements de ces derniers et des approches à utiliser avec eux. L'étude se déroule dans un centre hospitalier de soins de longue durée à l'extérieur de Montréal. Celui-ci compte cinq unités mais seulement deux unités sont retenues. L'échantillon se compose de 6 résidents. L'auteure donne des séances d'information sous forme d'exposés et d'échanges, répartis sur sept semaines. Elle rencontre les

participants pour une durée d'une heure de façon hebdomadaire. L'auteure utilise un plan expérimental à groupe unique avec pré et post-tests.

L'instrument d'évaluation utilisé dans la recherche, est une échelle de connaissance du phénomène de la démence développée et validée dans le cadre d'une recherche menée par Louise Lévesque. Cet instrument compte 38 énoncés regroupés sous cinq dimensions: cognitive, affective, médicale, comportements dysfonctionnels et comportement de l'entourage envers les personnes "démentes".

Les résultats montrent que la majorité des participants (5 sur 6) augmentent leurs connaissances à propos de la démence. La participante qui obtient l'écart le plus important entre le pré et le post-test a accompagné pendant plusieurs années son mari atteint de troubles cognitifs.

Mais curieusement, cette dernière obtient le score le plus bas au prétest. Or, les séances d'information contribuent véritablement à modifier ses préjugés et ses croyances sur la démence.

La participante qui obtient l'écart le moins important entre le pré et le post-tests mais qui obtient le score le plus élevé au prétest, est une résidente qui participe activement à la vie sociale du centre hospitalier. À titre d'exemple, elle participe à la rédaction du journal local, elle est présidente du comité des bénéficiaires etc...

La participante qui obtient un écart négatif, est une personne âgée qui accepte difficilement sa perte d'autonomie et l'image qu'elle a d'elle-même. Par ailleurs, l'auteure remarque qu'elle n'est pas très attentive lors des rencontres, elle s'adresse très souvent à sa voisine en chuchotant.

L'énoncé qui occasionne une nette amélioration entre le pré et post-test chez le plus grand nombre de participants est celui-ci: "le fait d'avoir eu une maladie mentale conduit un jour ou l'autre à la démence". Par ailleurs, deux autres énoncés suscitent un changement positif chez 4 des 6 participants: "les personnes âgées démentes crient pour rien" et "les personnes âgées démentes radotent toujours".

L'auteure rédige un journal de bord qui lui permet de faire quelques ajustements dans sa méthode d'enseignement et d'être à l'écoute des préférences du groupe. À la fin du programme, une évaluation des rencontres d'information a révélé que la majorité avait apprécié le programme.

Comme le mentionne l'auteure, il est important d'apporter quelques réserves quant aux résultats, compte tenu de la faible taille de l'échantillon. De plus, l'absence de groupe témoin interdit d'affirmer, hors de tout doute, que le programme est le seul facteur responsable de cette amélioration de connaissance. Également, il lui est impossible de vérifier toute modification dans les comportements des résidents lucides envers leurs pairs non lucides.

Notre recherche était différente de celle-ci à plusieurs égards car, le nombre de sujets était plus élevé; il y a eu la présence d'un groupe témoin et nous avons été en mesure d'observer le changement d'attitudes à l'aide d'un questionnaire traitant des comportements dysfonctionnels.

Malgré la particularité de chacune des études mentionnées ci-dessus; concernant les buts, la méthodologie employée, il subsiste tout de même des similitudes quant aux résultats. Ainsi, l'ensemble des recherches traitant des attitudes, révèlent que les résidents lucides éprouvent des émotions inconfortables dues au



fait de cohabiter avec des personnes âgées non lucides. Parmi les réactions des résidents lucides, l'attitude de rejet s'avère la moins fréquente.

D'après trois recherches (Meacher, 1972; Bellemare, 1986; Lévesque, 1991) les comportements dysfonctionnels des résidents non lucides ne se produisent pas tous à la même fréquence et le dérangement qu'il occasionne varie selon le type de comportement.

Également, trois études ( Bellemare, 1986; Corriveau, 1986; Lévesque, 1991) observent chez les résidents lucides un manque de connaissances relatives au phénomène de démence.

Les résultats de trois recherches (Meacher, 1972; Bellemare, 1986; Corriveau, 1986) démontrent que plus de la moitié des répondants favorisent la ségrégation. À l'inverse, deux études (Evans, 1981; Lévesque, 1991) confirment que la grande majorité des répondants ne voient aucune objection à cohabiter avec des pairs non lucides.

Une seule recherche (Proulx, 1989) développe un programme d'information sur la démence. Les conclusions de celle-ci montrent une nette amélioration des connaissances des participants. Cependant, l'auteure ne peut déterminer s'il y a eu un changement dans les attitudes des résidents lucides à l'égard de leurs pairs non lucides. Aucune mesure en ce sens n'a été appliquée.

Les différentes conclusions de ces recherches démontrent à quel point il est essentiel d'élaborer un programme d'information visant à améliorer les connaissances sur la démence. Dans un premier temps, nous entrevoyons que l'effet de ce programme



réduira les réactions émotives inconfortables des résidents lucides et dans un deuxième temps favorisera une plus grande tolérance et une meilleure attitude à l'égard de leurs pairs non lucides. Cette démarche facilitera la disposition à la cohabitation.

#### **1.4 La théorie du niveau d'adaptation (Harry Helson)**

Selon la théorie du niveau d'adaptation de Helson, la perception physique est influencée par trois séries de facteurs; le stimulus c'est-à-dire ce qui est perçu au niveau des propriétés physiques, le contexte qui représente la situation dans laquelle le stimulus est présenté et les facteurs de personnalité qui comprennent des réactions déterminées génétiquement, les traits particuliers et les expériences antérieures. Lorsque Helson a poursuivi ses recherches, il lui est apparu que les trois types de facteurs influençant la perception physique auraient également une influence déterminante sur les perceptions sociales, les jugements et les **attitudes**.

En psychologie, on affirme que lorsqu'une personne ou un groupe tente de modifier les attitudes ou les comportements d'une autre personne, le recours à la persuasion s'avère un moyen fort utile. Ceci consiste à apporter de l'information à l'individu dont l'attitude doit être modifiée. C'est pourquoi, la communication est l'un des aspects les plus importants de la persuasion. Il existe quatre facteurs fondamentaux dans le processus de la communication: l'émetteur, le message, l'auditoire et la réaction de l'auditoire.

Dans la théorie du niveau d'adaptation de Helson, l'émetteur et le message sont des facteurs relatifs au stimulus, alors que le récepteur comprend les facteurs du contexte et les facteurs de personnalité qui déterminent l'influence que le message aura sur les attitudes.

L'émetteur est la personne qui tente de provoquer une modification des attitudes. La caractéristique la plus importante qu'un émetteur doit posséder est la crédibilité. Le contenu du message est aussi très important, mais la manière dont le message est présenté est un facteur essentiel dans la modification des attitudes. Les deux façons de transmettre un message sont l'attrait "émotionnel" et l'attrait "logique". Par ailleurs, l'émetteur doit obtenir le plus de renseignements possibles sur son auditoire car le message destiné à modifier les attitudes doit être adapté à la clientèle.

Le stimulus, le contexte et les facteurs de personnalité sont trois aspects pouvant influencer les connaissances et donc les attitudes. Dans le cadre de la recherche, le stimulus englobe à la fois l'émetteur et le programme d'information. Le contexte pour sa part, est représenté par le groupe, l'environnement social. Les facteurs de personnalité eux, comprennent le patrimoine génétique, les traits particuliers de la personne âgée et ses expériences passées.

Parmi les trois aspects mentionnés ci-dessus, le stimulus sera le seul élément exerçant une influence sur les connaissances et les attitudes. Car la présence du groupe témoin, aura tendance à neutraliser les effets du contexte et de personnalité.

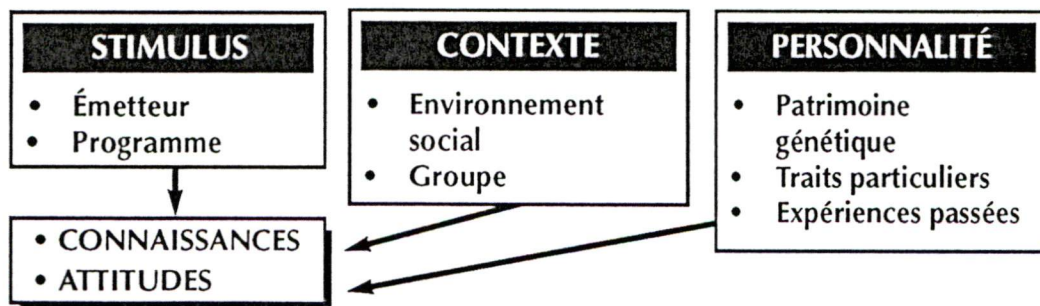


Figure 1.1 Application du cadre théorique à la présente étude

## 1.5 Objectifs de la recherche

Cette recherche visait plusieurs objectifs:

1. Adapter un programme d'information sur la démence offert à la clientèle âgée en centre d'hébergement et de soins de longue durée.
2. Expérimenter ce programme d'information en centre d'hébergement et de soins de longue durée.
3. Évaluer les effets de ce programme d'information sur la connaissance de la démence des personnes âgées lucides.
4. Évaluer les effets de ce programme d'information sur les attitudes et les comportements des personnes âgées lucides à l'égard des résidents non lucides.

## 1.6 Les Hypothèses

- Les personnes âgées du groupe expérimental auront une amélioration significative de leur connaissance de la démence
- Les personnes âgées du groupe expérimental auront une amélioration significative de leurs attitudes à l'égard de leurs pairs non lucides



# CHAPITRE 2

## LA MÉTHODOLOGIE

Dans cette prochaine section, nous allons aborder différentes parties traitant de la méthodologie soit, l'identification du type de recherche, la méthode et la procédure d'échantillonnage, l'opérationnalisation des variables, le choix des instruments, la procédure de collecte de données, le plan d'analyse des données et les réserves méthodologiques.

### 2.1 Identification du type de recherche

La finalité de la présente recherche est dite appliquée. Elle poursuit un objectif d'action qui se concrétise dans la réalité quotidienne par l'expérimentation d'un programme visant à améliorer les connaissances et à modifier les attitudes des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides. Cette expérimentation a pour objet également d'évaluer l'efficacité du programme d'information sur la démence de type Alzheimer, auprès d'une clientèle de personnes âgées lucides vivant en CHSLD. La recherche est donc évaluative et l'approche favorisée est l'évaluation sommative.

Le dispositif de cette recherche est de type longitudinal court. Le protocole utilisé est de nature quasi - expérimentale. Il se caractérise par l'application d'une séquence temporelle à groupes décalés. Ainsi pour débiter, le programme à l'étude a été expérimenté dans le groupe expérimental (n=7) mais non dans le groupe témoin (n=7). Il y eût deux moments d'évaluations, l'une au prétest et l'autre au post-test. Après le premier post-test, le programme a été offert au groupe témoin. De cette façon, l'effet de rejet a été contrôlé. Également, pour contrer l'effet de contagion, des instructions très claires ont été données aux sujets du groupe expérimental afin



d'éviter la révélation de certains aspects du programme. Finalement, une troisième mesure a été saisie auprès des deux groupes. Au total, 8 sujets ont suivi le programme d'information.

**TABLEAU 2.1 Dispositif de recherche**

*Protocole quasi-expérimental avec prétest et deux post-test,  
avec groupes appariés et inversés*

Groupes	T-1		T-2		T-3
E (A)	O-1	X	O-2		O-3
T (A)	O-4		O-5	X	O-6

(A) = groupe apparié  
 X = programme d'information  
 O = observation  
 E = expérimental  
 T = témoin

L'avantage de ce protocole est de permettre la vérification de "l'effet de persistance" dans le groupe expérimental, de doubler le nombre de sujets soumis à l'expérimentation et d'augmenter la puissance statistique des analyses.

À la fin de l'étude, tous les participants ont rempli en plus des instruments prévus, un questionnaire portant sur la satisfaction du programme. Ces données se sont avérées utiles pour compléter les résultats déjà obtenus et vérifier la pertinence d'un tel programme.

Le programme a duré cinq semaines consécutives, à raison d'une rencontre par semaine, d'une durée d'une heure. Les rencontres se sont déroulées en après-midi.

## 2.2 Méthode et procédure d'échantillonnage

### 2.2.1 Population

La population cible représente l'ensemble des personnes âgées lucides de 65 ans et plus, cohabitant avec des pairs non lucides dans une unité de CHSLD de la région de Sherbrooke.

### 2.2.2 Critères d'admissibilité

La sélection des sujets s'est fait sur la base des critères suivants:

*Critères d'inclusion:*

- être résident du foyer depuis au moins 6 mois
- être de sexe féminin ou masculin
- avoir 65 ans ou plus
- parler couramment le français
- cohabiter sur le même étage que des personnes non lucides
- accepter de participer
- obtenir un score approximativement de 24 au Folstein passé au cours de l'année 1996

*Critères d'exclusion:*

- avoir un problème d'audition sévère

Pour ce type de recherche, la méthode d'échantillonnage la plus appropriée est celle de type non-probabiliste. La méthode par choix raisonné a été retenue pour cette étude. Par souci d'économie de temps et de coûts, les sujets ont été sélectionnés dans un seul centre soit, le foyer St-Joseph (CHSLD Estriades) situé à Sherbrooke. Ce centre d'hébergement accueille 212 résidents répartis sur 5 unités de soins.

### **2.2.3 Taille de l'échantillon**

Pour chacun des groupes, expérimental et témoin, de 8 à 10 sujets ont été recrutés. Pour l'application d'un programme de type informatif, il est préférable de privilégier de petits groupes, car une atmosphère d'intimité est plus propice à une bonne écoute et à des échanges constructifs. De plus, l'émetteur aura un meilleur contrôle sur le groupe si celui-ci s'égare progressivement vers d'autres avenues.

## **2.3 Opérationnalisation des variables**

### **2.3.1 Variable indépendante: le programme d'information**

Le contenu du programme est composé des thèmes suivants: la description des signes associés au vieillissement normal, la différence entre les oublis bénins et les altérations cognitives, la définition des termes "confusion" et "sénilité" comme étant vagues et non appropriés, la présentation des caractéristiques de la démence (au sens large) et des comportements observés chez leurs pairs non lucides, divers moyens de communication facilitant l'approche avec les personnes âgées non lucides et les

interventions à faire lorsqu'ils sont témoins ou victimes de comportements dérangeants de la part des personnes non lucides. Le contenu du programme est présenté en annexe 6.

## **2.3.2 Variables dépendantes**

### **2.3.2.1 La connaissance de la démence**

La connaissance de la démence comporte trois dimensions conceptuelles: affective, cognitive et comportementale.

### **2.3.2.2 Attitude:**

L'attitude est une façon cohérente de penser, de se sentir, ou de répondre en présence d'un stimulus ou d'une donnée en provenance de l'environnement. Elle est composée d'éléments cognitifs, émotionnels et comportementaux. Cette définition suppose donc que notre comportement est conforme à nos croyances et à nos sentiments.

## **2.3.3 Variables contrôles**

La recension des écrits a permis d'identifier 3 variables qui peuvent influencer, à la fois, la connaissance de la démence et les attitudes des personnes âgées lucides à l'égard de leurs pairs non lucides. Ces variables contrôles sont les suivantes: le degré de tolérance en général, le niveau de scolarité et la durée d'hébergement.



### **2.3.3.1 La tolérance**

La tolérance, est une attitude qui consiste à admettre et à accepter chez autrui une manière de penser ou d'agir différente de celle qu'on adopte soi-même.

Le niveau de tolérance est très important, car ce concept fait partie intégrante de la personnalité d'un individu, de ses traits particuliers. Ainsi, une personne qui a toujours été très "intolérante de nature", c'est-à-dire qui manque d'indulgence et de compréhension envers différentes situations de vie ou différents groupes de la société, aura vraisemblablement la même attitude envers un groupe de personnes possédant certaines caractéristiques différentes d'elle-même.

### **2.3.3.2 Le niveau de scolarité**

Le niveau de scolarité est divisé en trois catégories: primaire, secondaire et post-secondaire.

Une personne ayant un niveau de scolarité relativement élevé possédera normalement certaines informations primaires reliées à la démence. Ces connaissances ne font certes pas de cet individu un expert en la matière, mais lui donnent déjà une ouverture d'esprit et un certain discernement. À l'inverse, une personne âgée ayant peu de scolarité, donc, disposant d'un acquis moindre de connaissances, aura plus de difficulté à comprendre ce phénomène. Habituellement, et ce pour toutes les catégories d'âges, un individu qui a peu d'informations sur un sujet quelconque, est plus enclin à entretenir de fausses idées et à développer des préjugés.

### **2.3.3.3 La durée d'hébergement**

La durée d'hébergement correspond au nombre de mois écoulés entre l'entrée en hébergement et le début de l'intervention.

La durée d'hébergement s'avère particulièrement importante dans cette étude car, l'environnement qui accueille la personne âgée est très différent du milieu d'origine et, au tout début, il sera perçu comme menaçant et imprévisible. La personne âgée a besoin d'une période d'adaptation. Par ailleurs, une personne âgée qui réside depuis six mois à la résidence et une autre qui réside depuis plus de cinq ans n'auront pas eu les mêmes interactions, les mêmes expériences de cohabitation avec les personnes âgées démentes.

## **2.4 Choix des instruments de mesure**

Trois instruments de mesure ont été retenus pour la présente recherche. De ce nombre, deux sont en relation directe avec les variables dépendantes, soit la connaissance de la démence et les attitudes des personnes âgées lucides envers leurs pairs non lucides. Le troisième, est en lien avec le niveau de tolérance en général, critère important pour l'appariement des sujets. Pour la connaissance de la démence, notre choix s'est arrêté sur l'instrument de Lévesque (1991) et pour vérifier les attitudes, nous avons choisi la grille des comportements perturbateurs de Bellemarre (1986).

Certes, pour mesurer ces variables il existe des tests autres que ceux-ci accompagnés d'études de fidélité et de validité solides. Malheureusement, leur contenu n'est pas approprié pour la présente recherche. Dans la majorité des cas, ces

instruments ont été appliqués à un groupe d'aidants naturels. Après mûre réflexion, nous estimons qu'il est davantage important de sélectionner un instrument adapté aux objectifs de la recherche qu'un instrument possédant de très bonnes qualités psychométriques, mais ne répondant pas aux exigences de l'étude.

#### **2.4.1 La connaissance de la démence**

Cet instrument de Lévesque (1991) mesure le degré de désaccord du résident lucide sur un ensemble d'énoncés exprimant de fausses notions concernant le phénomène de démence. Il repose en partie sur les travaux de Cutler (1986a, 1986b), de Kahan et al. (1985) et de Zarit, Orr et Zarit (1985).

L'instrument comporte trois dimensions: affective, cognitive et comportementale. L'analyse de consistance interne indique un coefficient alpha de Cronbach de 0,75. Pour chacun des 11 énoncés, le répondant doit manifester son accord ou son désaccord sur l'échelle suivante: tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord ou ne sait pas. Les scores minimaux et maximaux varient de 11 à 55. Ainsi plus le score est élevé, plus le résident lucide est en désaccord avec les énoncés. Ceci indique qu'il connaît davantage le phénomène de démence.

La dimension affective permet d'estimer les connaissances des résidents lucides envers les capacités de leurs pairs non lucides à réagir sur le plan affectif. La dimension cognitive permet d'évaluer si les répondants conçoivent que toutes les personnes non lucides ont un dysfonctionnement cognitif équivalent et ce, malgré l'évolution de la maladie. Finalement, la dimension comportementale évalue le degré de connaissance des raisons associées à l'apparition des comportements dysfonctionnels des résidents non lucides.



Afin de vérifier la validité de l'instrument, ce dernier a été présenté à cinq juges, soit deux professeurs et deux étudiantes de maîtrise en sciences infirmières et une sociologue. Il a fait l'objet d'un second examen de validité auprès de 6 cliniciennes spécialisées dans les soins infirmiers gériatriques et de 11 étudiantes de maîtrise en sciences infirmières. De plus, selon la technique du "focus group", un groupe de résidents lucides d'un CHSLD a été interrogé dans le but de connaître la signification qu'ils donnaient au phénomène de démence. Ceci a permis de vérifier l'exhaustivité du contenu de l'instrument. Finalement, ce dernier a été pré-testé auprès de 50 résidents de deux centres d'accueil publics francophones de Montréal.

#### **2.4.2 La grille des comportements perturbateurs**

La grille de Bellemarre (1986) renferme une liste de 11 comportements dysfonctionnels les plus souvent observés chez les personnes atteintes de démence. Cette liste a été créée à l'aide de l'étude de Meacher (1972) et du "Memory and Behavior Problems Checklist" de Zarit et Zarit (1984). L'instrument de Zarit et Zarit consiste à déterminer les problèmes comportementaux et les problèmes de mémoire chez les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs.

Le répondant doit indiquer pour chaque comportement dysfonctionnel s'il en est le témoin, c'est-à-dire s'il a eu connaissance d'un tel comportement ou s'il en est l'objet, c'est-à-dire s'il le subit. Si la réponse est affirmative, il doit, dans un premier temps, préciser la fréquence à laquelle il a été en contact avec le comportement et, dans un deuxième temps, préciser le dérangement occasionné.

Troisièmement, le répondant est invité à exprimer le (les) sentiment qu'il éprouve devant les comportements dysfonctionnels. Il y a neuf sentiments dans la grille.



Cet inventaire a été réalisé à partir de l'étude de Meacher (1972), Wilkin et al. (1982) et d'après les observations cliniques de Novick (1985).

Finalement dans la dernière section énumérée, il y a les comportements des répondants en réaction aux comportements dysfonctionnels des personnes âgées non lucides. Neuf comportements sont identifiés dans la grille et ils sont regroupés en trois catégories. La première catégorie est l'évitement, la seconde est la défense et la dernière le support. Il existe une catégorie "autre", où le comportement du répondant est : "j'endure". Pour dresser cette liste, l'auteure s'est inspirée des travaux de Meacher (1972).

Cet instrument a été validé auprès de dix juges cliniciens expérimentés sur le problème de la cohabitation. Dans ce groupe, on retrouve neuf infirmières possédant une maîtrise dans cette discipline ou étudiantes à ce niveau et une dixième personne détenant une maîtrise en psychologie. Ces derniers ont vérifié l'exactitude des termes relatifs aux sentiments et aux comportements, à savoir s'ils étaient les plus communs, s'ils étaient réciproquement exclusifs et s'ils étaient clairs et compréhensibles pour les personnes âgées. Un accord de 7 juges était nécessaire pour conserver un item. Par ailleurs, la grille a été prétestée auprès de six personnes âgées répondant aux critères d'échantillon de l'étude.

#### **2.4.3 Le CPI (California Psychological Inventory)**

Le California Psychological Inventory (CPI) a été conçu pour permettre l'explication et la prédiction de certains comportements liés aux problèmes de la personnalité. La première version date de 1951, elle incluait 15 concepts et 548 énoncés. La nouvelle version renferme 20 concepts et 436 énoncés. Pour les

besoins de la recherche, nous utiliserons seulement un des concepts étudiés, c'est-à-dire la tolérance. Cette catégorie englobe 32 énoncés.

La traduction française de l'instrument a été réalisée par des spécialistes en traduction de l'Institut de Recherche Psychologique de Montréal.

Lors de l'administration du questionnaire, le répondant doit pour chaque énoncé, exprimer son accord ou son désaccord. Il n'a qu'à marquer un X dans la case appropriée, soit vrai ou faux. Pour interpréter les résultats, il suffit de calculer le nombre de bonnes réponses. Un score élevé signifie que la personne est tolérante envers d'autres croyances et d'autres valeurs, qui ne sont pas nécessairement les siennes. Elle sait faire preuve d'une ouverture d'esprit. Un score relativement bas, signifie que la personne n'a pas une grande capacité de tolérance envers d'autres croyances et valeurs. (Celle-ci se montrant sceptique à propos de tout et de rien).

La cohérence interne estimée à l'aide du coefficient alpha de Crobach est de 0,68. Une étude de fidélité test-retest révèle un coefficient de corrélation intra-classe de 0,71 avec un intervalle de confiance à 95%.

## **2.5 Procédure de collecte des données**

### **2.5.1 Stratégie de recrutement des sujets**

La première étape de recrutement consista tout d'abord à établir une liste de bénéficiaires pouvant théoriquement participer à l'étude, et ce, avec la collaboration de l'équipe multidisciplinaire composé d'une ergothérapeute, d'une psycho-éducatrice,

d'une technicienne en réadaptation, d'une intervenante sociale, d'un animateur, d'une infirmière et d'un infirmier. Par la suite, l'équipe a identifié les sujets répondant aux critères d'admissibilité en s'appuyant d'une part, sur le dossier médical et d'autre part, sur le point de vue de chaque clinicien présent. La décision d'inclure ou d'exclure un sujet de l'étude appartenait au groupe. Après avoir obtenu une liste de noms des bénéficiaires, la période de recrutement des sujets s'est étalé sur 5 jours.

### **2.5.2 Collecte des données relatives aux questionnaires**

Les questionnaires ont été administrés par un étudiant-évaluateur, dans le cadre d'une entrevue n'excédant pas une heure. Toutes les entrevues ont été réalisées dans les chambres des sujets. L'évaluateur a pris place à côté du sujet pour ainsi créer un climat de confiance pour la personne âgée. L'évaluateur devait lire les questions, puis enregistrer lui-même les réponses du sujet interrogé. En tout temps, l'évaluateur pouvait intervenir afin de clarifier certains points nébuleux ou pour reformuler une question. De cette façon, il s'est assuré de s'ajuster au niveau de compréhension de chacun des sujets.

### **2.5.3 Collecte des variables dépendantes**

#### **2.5.3.1 La connaissance de la démence**

Le sujet répond aux questions en se servant de l'échelle qui est placée devant lui. Celle-ci est cartonnée et écrit en gros caractère. Également, lors d'un pré-test effectué auprès de 3 sujets, il s'est révélé nécessaire de remettre au sujet la liste des énoncés lus par l'évaluateur. Le temps de passation de ce test n'excède pas 15 minutes.



### **2.5.3.2 Les attitudes**

En ce qui a trait à la fréquence et au niveau du dérangement, c'est l'évaluateur qui fait la lecture de chacun des comportements à haute voix. Une fois connus, l'évaluateur sélectionne les comportements et passe à la deuxième et la troisième section du questionnaire traitant des sentiments et des comportements adoptés. Les différents items reliés à la fréquence, au dérangement, aux sentiments et aux comportements sont tous cartonnés, écrits en gros caractères et placés devant le sujet. Le temps nécessaire pour administrer cette grille est d'environ 20 minutes.

### **2.5.4 Collecte des variables contrôles**

#### **2.5.4.1 Le degré de tolérance**

Tout comme pour la connaissance de la démence, le pré-test a permis de constater qu'il était nécessaire pour le sujet de lire les énoncés en même temps que l'évaluateur. Ici, le sujet n'a qu'à répondre par vrai ou par faux à chacun des énoncés. Le temps nécessaire pour passer ce test est de 10 minutes.

#### **2.5.4.2 Le niveau de scolarité**

Le dossier des sujets ne contenant aucune information sur le niveau de scolarité, l'évaluateur a donc interrogé chaque sujet lors de la première évaluation.

#### **2.5.4.3 La durée d'hébergement**

Cette donnée a été obtenue en demandant à l'infirmière responsable de consulter le dossier du sujet.



### **2.5.5 Collecte des variables sociodémographiques**

Avec la collaboration de l'infirmière, la chercheure responsable a obtenu les données relatives à l'âge, le sexe et la proximité de cohabitation avec un sujet non lucide.

### **2.5.6 Considérations éthiques**

Ce projet d'étude a d'abord été présenté et approuvé par le comité d'éthique de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Sherbrooke. Le directeur des services professionnels des CHSLD Estriades a également donné son approbation à l'effet que la chercheure consulte les dossiers des usagers. Cette lettre se trouve en annexe 7.

Par ailleurs, tous les sujets admissibles à l'étude ont été rencontrés individuellement dans leur chambre pour les informer du projet. La chercheure a lu à voix haute, les diverses informations contenues dans le formulaire de consentement soit: l'objectif général de l'étude, le nombre et la durée des rencontres prévues, l'assurance du respect et de la confidentialité des renseignements obtenus et le droit à tout moment de se retirer de l'étude. Ce formulaire se retrouve à l'annexe 8. Cette lettre de consentement a été signée par tous les sujets participant à l'étude.

### **2.6 Plan d'analyse des données**

Tout d'abord, nous avons procédé à une description des caractéristiques individuelles des sujets soit, le sexe et l'âge. Nous avons utilisé la moyenne, la médiane et l'écart-type. Par la suite, les sujets du groupe expérimental ont été comparés avec les sujets du groupe témoin quant à ces caractéristiques. Pour ce

faire, le test du chi-carré a été utilisé pour les variables catégoriques, tandis que le test Mann-Whitney a été utilisé pour les variables continues.

En ce qui a trait aux variables contrôles, soit la tolérance, le niveau de scolarité et la durée d'hébergement, les variables continues ont été comparées avec le test Mann-Whitney afin de vérifier l'équivalence des groupes.

Enfin, nous avons procédé à l'analyse confirmatoire de nos hypothèses de recherche. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, des tests non-paramétriques ont été utilisés. Le test de Wilcoxon pour groupe apparié a été utilisé pour les analyses intra-groupe et pour déceler toutes différences intergroupes, soit entre le groupe expérimental et le groupe témoin, des analyses ont été réalisées par le test de Mann-Whitney pour groupes indépendants. Lorsque les deux groupes ont été combinés, un test de Wilcoxon a été effectué. Finalement, pour vérifier l'effet de persistance chez le groupe expérimental, un test de Friedman a été appliqué. Le degré de signification a été fixé à  $p \leq 0,05$ . À la fin du programme, un questionnaire de satisfaction a été complété par chaque participant.

## **2.7 Les réserves méthodologiques**

Cette recherche comporte certaines limites dues principalement au type de devis employé. Lorsqu'il y a une expérimentation, l'effet de Hawthorne où le sujet cherche à mieux performer, étant conscient d'avoir été choisi pour participer à l'étude est difficilement contrôlable de même que la désirabilité sociale, où le sujet répond aux questions en conformité avec ce qui est socialement acceptable.

Une autre réserve s'applique aux instruments de mesures sur la connaissance de la démence et à la grille des comportements perturbateurs. Bien qu'ils aient déjà été utilisés dans différentes recherches traitant de la problématique de la cohabitation, il n'existe pas à ce jour de tests psychométriquement rigoureux.

Également, la petite taille et le mode de sélection de l'échantillon réduisent les possibilités de généraliser les résultats à l'ensemble des CHSLD, mais ce n'était pas là le but de l'étude. Celle-ci visait à évaluer l'effet d'un programme. Sur ce point, signalons que la randomisation des groupes n'ayant pu être réalisée intégralement, il subsiste des possibilités que l'effet constaté soit dû à des différences non contrôlées entre les deux groupes.

De plus, l'effet d'apprentissage n'est certes pas un élément à négliger. Il est difficile de contrôler cet effet lors des trois moments d'évaluations, où les instruments de mesure sont tous les mêmes. L'effet de contamination est également un aspect à considérer, car les résidents ont plusieurs contacts entre eux et ce, tout au long du programme. Cependant, des directives très claires ont été données au groupe expérimental afin d'éviter la divulgation du contenu du programme.

Cependant, ces limites ont été compensées par une démarche expérimentale vigoureuse. Ainsi, il y a eu la présence d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin, ceux-ci ont été choisis au hasard puis appariés. Par ailleurs, lors des trois étapes d'évaluations, une personne autre que la chercheuse a procédé à la collecte des données. Ces facteurs enrichissent la validité de la recherche.



# CHAPITRE 4

## LES RÉSULTATS

Dans le présent chapitre, nous allons présenter les résultats de l'étude, plus précisément l'évolution des sujets durant l'expérimentation, la description de l'échantillon, la comparaison des groupes, l'analyse confirmatoire et la satisfaction face au programme.

### 3.1 Évolution des sujets durant l'expérimentation

Un total de dix-sept sujets répartis en deux groupes (exp =9, tém.=8) ont été recrutés pour la présente étude. Cependant, quatorze d'entre eux seulement ont été soumis au pré-test (exp =7, tém =7). Entre ces deux moments, il y a eu deux désistements dans le groupe expérimental (raisons personnelles) et, sous les recommandations de l'infirmier, un sujet du groupe témoin a été retiré de l'étude pour des raisons d'instabilité émotionnelle.

Au cours de l'intervention, trois sujets du groupe expérimental ont été contraints d'abandonner pour des raisons de santé physique. Quatre sujets ont donc participé au programme et répondu aux questionnaires du pré-test et du post-test. Dans le groupe témoin, un sujet a été retiré de l'étude au cours de l'intervention pour de sérieux problèmes de santé mentale; donc six sujets ont été soumis aux deux temps d'observation.

Dans le groupe témoin, il y eût un abandon d'un sujet avant même que la seconde intervention ne débute (motif d'ordre personnel) et entre le T2 et le T3, il y eût un décès. Donc, au total dans le groupe témoin, quatre sujets ont suivi le programme de la seconde intervention. Au total, 10 sujets ont été retenus pour les analyses entre le T1 et le T2, soit 4 sujets pour le groupe expérimental et 6 sujets pour le groupe témoin. Pour les analyses se situant entre le T2 et le T3, 8 sujets ont été retenus soit quatre dans chacun des deux groupes (voir figure 3.1).



À prime à bord, la durée du programme était de 7 semaines. Suite à l'annulation de 3 rencontres due principalement à l'absence de participants (ces derniers assistaient aux célébrations religieuses du temps de Paques), nous avons dû écourter la durée du programme. Ainsi, la durée réelle a été de 5 semaines.

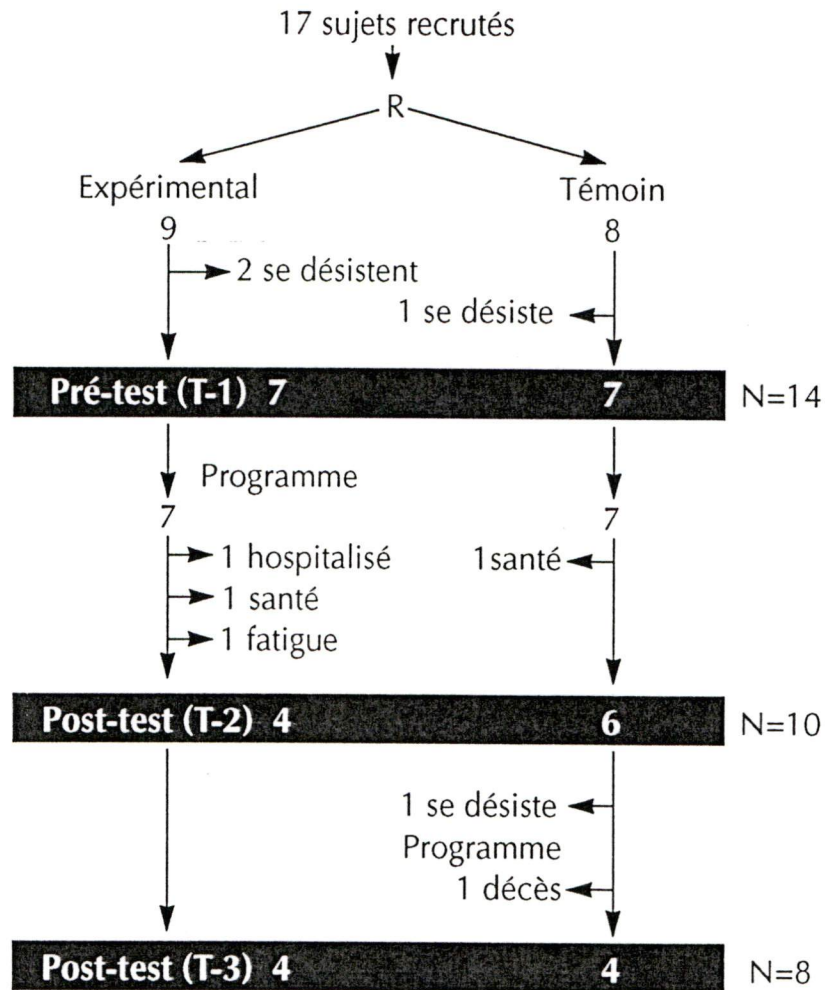


Fig 3.1 Évolution des sujets durant l'expérimentation

Tableau 3.1 Répartition du nombre de sujets par groupe durant l'étude

Groupes	T-1		T-2		T-3
Expérimental	7	X	4		4
Témoin	7		6	X	4

## 3.2 Description de l'échantillon

### 3.2.1 Répartition des sujets selon le sexe et l'âge

Dans notre échantillon initial, la distribution des sujets était la suivante: dix femmes et quatre hommes dont l'âge variait de 73 ans à 92 ans (moyenne = 84,4 ans, médiane = 85 ans et un écart-type = 5,62). Les figures 3.2 et 3.3 illustrent la distribution des sujets.

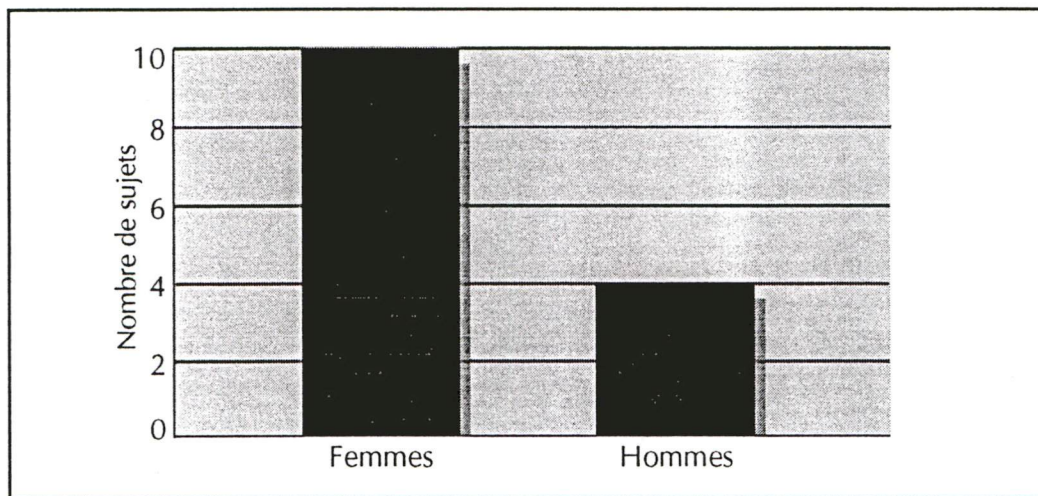
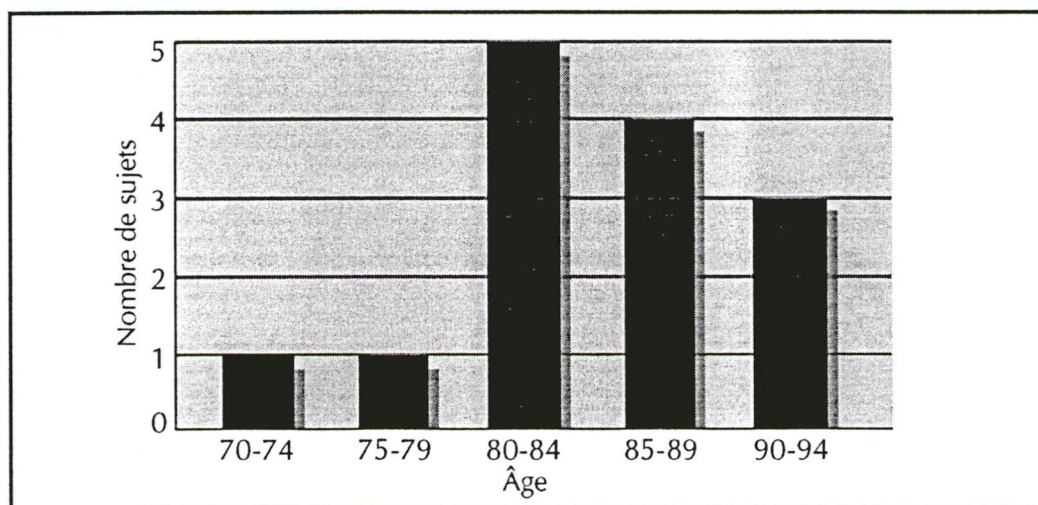


Fig: 3.2 Distribution des sujets selon le sexe dans l'échantillon initial



$X = 84,4$  ans, éc. = 5,62

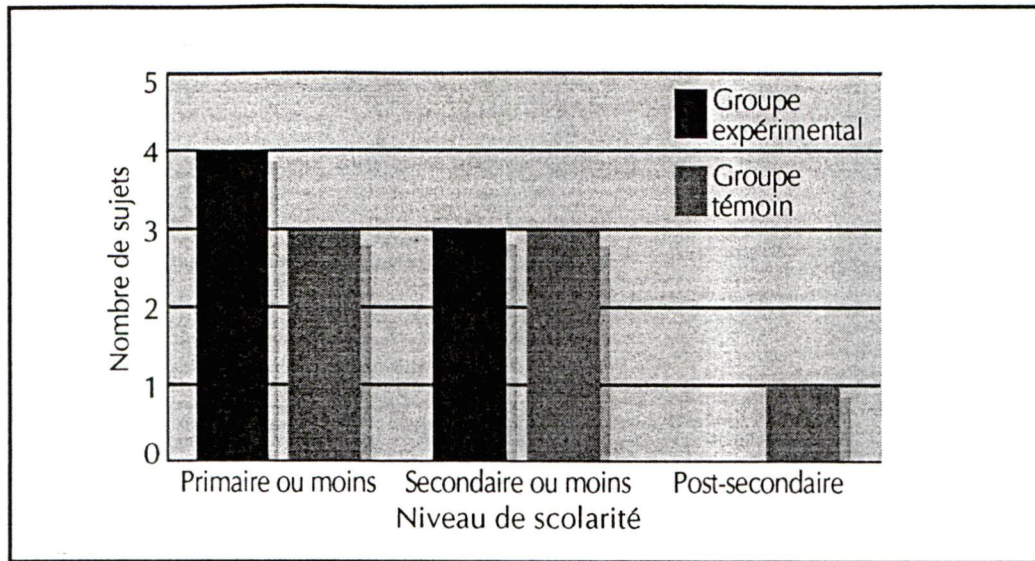
Fig: 3.3 Distribution des sujets selon l'âge dans l'échantillon initial

Au pré-test (T-1), on dénombre trois hommes et quatre femmes pour le groupe expérimental et un homme et six femmes pour le groupe témoin. Le test du chi-carré n'indique aucune différence significative quant au sexe ( $p=0,56$ ).

La moyenne d'âge du groupe expérimental se situe à 86,71 ans (médiane= 86,0 ans et écart-type= 4,92), alors que dans le groupe témoin la moyenne est de 82,14 ans (médiane= 81,0 ans et écart-type= 5,67). Le test Mann-Whitney pour groupe indépendant ne révèle aucune différence significative quant à l'âge ( $p=0,14$ ).

### **3.3 Comparaison des groupes**

Dans un premier temps, les figures 3.4, 3.5 et 3.6 présentent la distribution de chacun des groupes selon le niveau de scolarité, le score de tolérance et la durée d'hébergement. Par la suite, le tableau 3.2 présente l'équivalence des groupes au moyen de tests de comparaison effectués sur les trois variables mentionnées-ci-haut.



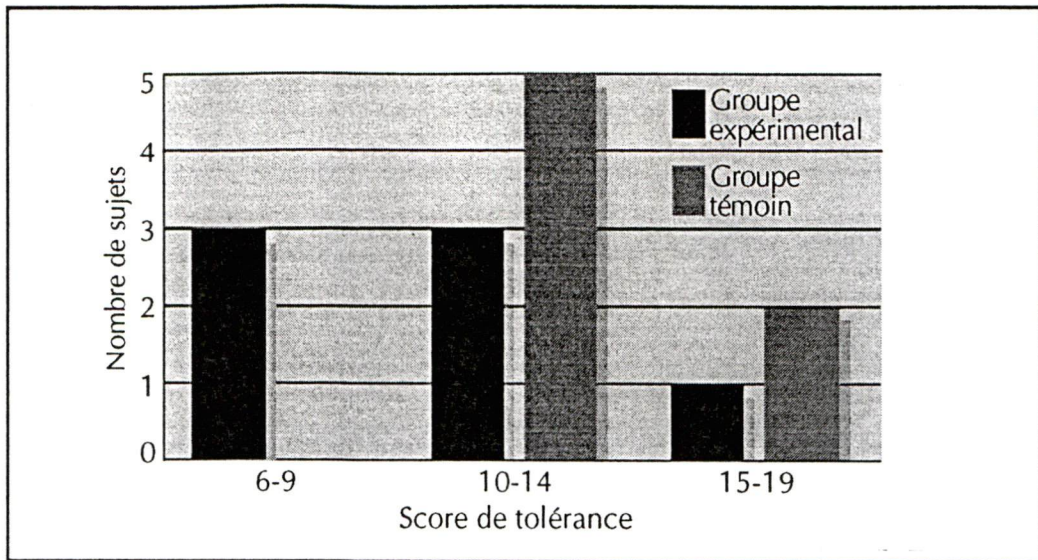
P = 0,52: N.S.

**Fig: 3.4** Distribution des sujets selon le niveau de scolarité dans chacun des groupes

### 3.3.1 Le niveau de scolarité

En ce qui a trait au niveau de scolarité, on observe que la moyenne du groupe expérimental se situe à 6,57 années (médiane = 7,0 années et écart type = 2,57), et celle du groupe témoin à 7,57 années (médiane = 8,0 années et écart-type = 2,64). Le test Mann-Whitney pour groupe indépendant ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes sur cette variable (p=0,52).



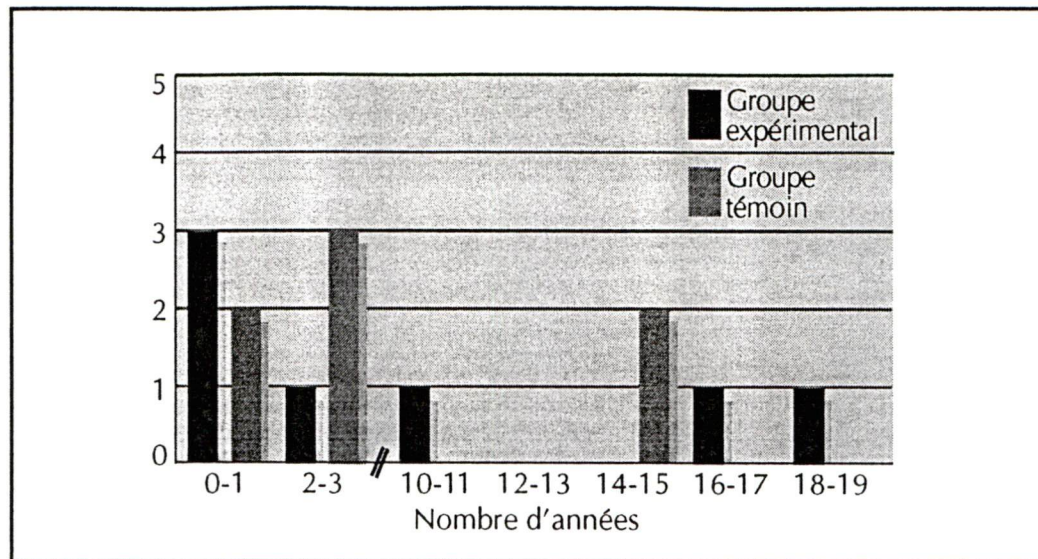


P = 0,52 N.S.

**Fig. 3.5** Distribution des sujets selon leur tolérance dans chacun des groupes

### 3.3.2 Le degré de tolérance

La moyenne du score de tolérance est sensiblement la même dans le groupe expérimental (12,0: médiane =13,0 et écart-type =4,97) et dans le groupe témoin (12,57:médiane =11,0 et écart-type = 2,76). Le test Mann-Whitney pour groupe indépendant n'indique aucune différence significative entre les deux groupes sur cette variable contrôle (p= 0,52).



P = 0,95 N.S.

**Fig. 3.6** Distribution des sujets selon la durée d'hébergement dans chacun des groupes

### 3.3.3 La durée d'hébergement

En ce qui a trait à la durée d'hébergement, on remarque que la moyenne du groupe expérimental se situe à 93,0 mois (médiane = 35,0 mois et écart-type = 96,0) tandis que celle du groupe témoin est de 68,71 mois (médiane = 26,0 mois et écart-type = 69,75). Le test Mann-Whitney pour groupe indépendant ne démontre pas de différence significative entre les deux groupes pour cette variable ( $p = 0,95$ ).

**Tableau 3.2 Comparaison des groupes expérimental et témoin selon le score de tolérance, la durée d'hébergement et le niveau de scolarité lors du pré-test (T-1)**

Variabes contrôles	Groupe Exp. n =7	Groupe Tém. n =7	Test de signification Inter-Groupes
Tolérance	X=12,0±4,97 Méd. = 13,0	X= 12,57±2,76 Méd. = 11,0	p= 0,52
Durée d'héb. Mois/ Héb.	X=93,0±96,0 Méd. = 35,0	X=68,71±69,75 Méd. = 26,0	p= 0,95
Scolarité	X=6,57±2,57 Méd. = 7,0	X=7,57±2,64 Méd. = 8,0	p= 0,52

Au cours de l'expérimentation, il y eût une variation dans le nombre de sujets. Cependant, les deux groupes sont demeurés équivalents quant à l'âge, au sexe, au niveau de scolarité, au score de tolérance et à la durée d'hébergement.

Au premier post-test (T-2), l'âge moyen du groupe expérimental se situait à 85,0 ans (médiane= 85,0 ans et écart-type= 5,77), alors que dans le groupe témoin, l'âge moyen était de 81,33 ans (médiane=81,0 ans et écart-type= 5,75). Le test Mann-Whitney pour groupe indépendant ne révèle aucune différence significative quant à l'âge (p=0,29).

Toujours au premier post-test (T-2), on comptait deux hommes et deux femmes pour le groupe expérimental et six femmes pour le groupe témoin. Le test du chi-carré ne révèle aucune différence significative entre les deux groupes quant au sexe (p=0,13).



**Tableau 3.3 Comparaison des groupes expérimental et témoin selon le score de tolérance, la durée d'hébergement et le niveau de scolarité lors du premier post-test (T-2).**

Variabes contrôles	Groupe Exp. n =4	Groupe Tém. n =6	Test de signification Inter-Groupe
Tolérance	X=14,0±5,35 Méd. = 13,50	X= 12,83±2,93 Méd. = 12,50	p= 0,91
Durée d'héb. Mois/ Héb.	X=121,0±115,95 Méd. = 121,0	X=76,33±73,14 Méd. = 36,50	p= 0,52
Scolarité	X=6,50±3,0 Méd. = 6,0	X=7,50±2,88 Méd. = 7,50	p= 0,59

### 3.4 Analyse confirmatoire

Dans un premier temps, cette étude prévoyait que le programme d'information améliorerait significativement la connaissance de la démence dans le groupe expérimental au T2 et dans le groupe témoin au T3. Ainsi, nous avons pris des mesures à trois reprises c'est-à-dire au pré-test (T-1), au premier post-test (T-2) et au second post-test (T-3). Les différences observées dans les groupes et entre les deux groupes seront tout d'abord analysées globalement puis présentées sous une forme plus détaillées, par des tableaux présentant les réponses des sujets à chaque dimension.



### 3.4.1 Vérification des hypothèses reliés à la connaissance de la démence

Afin de vérifier l'effet du programme sur la connaissance de la démence, nous utilisons pour chacun des groupes, le test non-paramétrique Wilcoxon Signed Rank et le test Mann and Withney pour échantillon indépendant pour déceler toute différence entre les deux groupes. Le tableau 3.4 démontre qu'il y a une équivalence entre les deux groupes au T1 ( $p=0,17$ ). Au T2, malgré une amélioration considérable de la connaissance décelée dans le groupe expérimental, l'analyse ne rapporte aucune différence significative ( $p=0,07$ ). Quant au groupe témoin, on peut noter une légère diminution non significative des résultats ( $p=0,40$ ). Au T2, malgré cette augmentation rapportée dans le groupe expérimental, l'analyse inter-groupe n'indique aucune différence significative ( $p=0,20$ ). Toutefois, l'interaction entre le groupe et le temps démontre une différence significative ( $p=0,02$ ).

**Tableau 3.4 L'effet à court terme du programme sur la connaissance de la démence lors de la première intervention**

Temps	T1	T2	Valeur "p" de la diff. dans le temps
Groupe exp.	25,75 ± 8,92	35,5 ± 8,19	0,07
Groupe tém.	31,67 ± 9,65	30 ± 9,65	0,40
Valeur "p" de la différence entre les groupes	0,17	0,20	Intéraction groupe x temps 0,02 *

\*  $p < 0,05$

Les effets à long terme du programme pour le groupe expérimental ont été vérifiés à l'aide d'un test non-paramétrique de Friedman pour mesures répétées. Ce test a rapporté une différence significative entre les trois temps de mesure  $p=0,05$ . Par la suite, nous avons appliqué le test de Wilcoxon lequel a permis de déceler cette différence entre le T1 et le T3. Cependant, les tests deux à deux (T1-T2, T2-T3 et T1-T3) n'ont décelé aucune différence.

**Tableau 3.5 L'effet à long terme du programme sur la connaissance de la démence chez le groupe expérimental**

			Valeur "p" de la diff. dans le temps
Groupe exp.	T1	T2	0,07
	25,75 ± 8,92	35,5 ± 8,19	
	T2	T3	0,47
	35,5 ± 8,19	36,75 ± 2,99	
	T1	T3	0,07
	25,75 ± 8,92	36,75 ± 2,99	

On se rappellera qu'au temps 2 les sujets du groupe témoin ont commencé à recevoir à leur tour le programme d'information. Ces derniers ont pu être jumelés avec les sujets du groupe expérimental. Cette méthode augmente la puissance des tests statistiques. Lorsque nous combinons les deux groupes expérimentaux (n=8), nous décelons à l'aide d'un test de Wilcoxon Signed Rank une différence significative (p=0,02) en ce qui a trait à l'effet intra-groupe du programme.

**Tableau 3.6 L'effet du programme sur la connaissance de la démence des deux groupes jumelés**

Temps	Avant expérimentation	Après expérimentation	Valeur "p" de la diff. dans le temps
Groupes jum.	28,08 ± 8,14	35,38 ± 5,61	0,02*

\* p<0,05

### 3.4.2 Analyses détaillées

La connaissance du phénomène de démence comporte trois dimensions: affective, cognitive et comportementale. Chacune des dimensions comportent une série de faux énoncés où le répondant est appelé à identifier son degré de désaccord selon l'échelle suivante: tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ne sait pas, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord.

**Tableau 3.7 Connaissance de la dimension affective dans le groupe expérimental (n= 4) au temps 1 et au temps 2**

Dimension affective	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Les personnes âgées confuses n'ont pas de sentiments.	2		1	1			1	2		1
Une approche affectueuse n'est pas efficace avec les personnes confuses.		2	1				3			2
On ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter.			1	1		2	3	1		
Les personnes âgées confuses ne sont pas capables d'avoir des comportements affectueux envers d'autres personnes.			1			1	3	1		2
<b>Total des réponses</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>

pour un maximum de 16 réponses par catégorie

### 3.4.2.1 Dimension affective

En examinant les résultats du groupe expérimental au T-1 (tableau 3,7) , on remarque que la catégorie "plutôt en désaccord" regroupe le plus de réponses (10 sur 16) . L'aspect le moins bien connu est celui-ci: "les personnes âgées confuses nont pas de sentiments " où trois sujets se disent en accord. Cependant, plus nombreux sont les sujets qui possèdent beaucoup de connaissances que peu de connaissances. Au (T-2), on observe chez le groupe expérimental une amélioration, c'est-à-dire un déplacement vers la catégorie "tout à fait en désaccord". Curieusement, à l'énoncé "une approche affectueuse n'est pas efficace avec les personnes confuses", nous retrouvons deux sujets dont les réponses se situent aux antipodes.



**Tableau 3.8 Connaissance de la dimension affective dans le groupe témoin (n= 4) au temps 2 et au temps 3**

Dimension affective	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Les personnes âgées confuses n'ont pas de sentiments.			3		1	1		3		
Une approche affectueuse n'est pas efficace avec les personnes confuses.					1		3	4		
On ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter.	1		2	3	1	1				
Les personnes âgées confuses ne sont pas capables d'avoir des comportements affectueux envers d'autres personnes.			1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total des réponses</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

pour un maximum de 16 réponses par catégorie

Dans le groupe témoin au premier post-test (T-2), on remarque que les réponses se divisent sous trois catégories soit: "plutôt d'accord", "je ne sais pas" et "plutôt en désaccord". Deux aspects sont peu connus soit " les personnes âgées confuses n'ont pas de sentiments" et "on ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter" où 3 sujets sur 4 sont en accord pour chacun des énoncés. Au T-3 dans le groupe témoin (groupe ayant suivi le programme à leur tour), la catégorie regroupant le plus grand nombre de réponses est celle-ci: "plutôt en désaccord" (8 sur 16). L'aspect qui demeure le moins bien connu de cette dimension est l'affirmation "on ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter" où 3 sujets sur 4 répondent "plutôt d'accord".



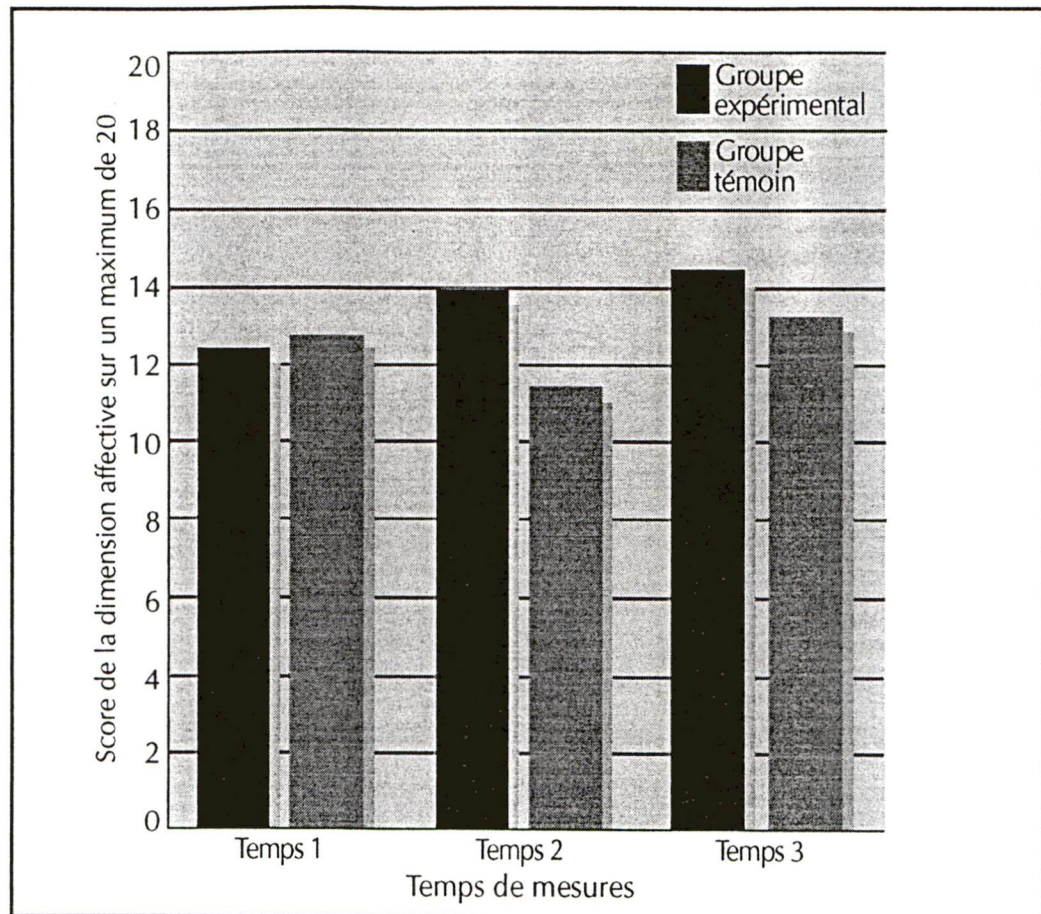
**Tableau 3.9 Connaissance de la dimension affective dans les deux groupes combinés A (n= 13) et B (n=8)**

Dimension affective	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Les personnes âgées confuses n'ont pas de sentiments.	3		3	1	2	1	3	5	2	1
Une approche affectueuse n'est pas efficace avec les personnes confuses.	1	2	2		1		7	4	2	2
On ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter.	2		3	4	1	3	6	1	1	
Les personnes âgées confuses ne sont pas capables d'avoir des comportements affectueux envers d'autres personnes.	2		1	1	1	2	6	2	3	3
<b>Total des réponses</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

A.:avant expérimentation / pour un maximum de 52 réponses par catégorie

B.: après expérimentation / pour un maximum de 32 réponses par catégorie

Pour le groupe A (deux groupes combinés avant l'expérimentation), on remarque que la majorité des réponses se retrouvent sous la catégorie "plutôt en désaccord" avec 22 sur 52. Par ailleurs, sur les 8 réponses mentionnées sous la catégorie "tout à fait en désaccord", 4 proviennent du même sujet. Cette dame connaît d'emblée la maladie, puisqu'elle a longuement aidé et supporté son mari atteint de la maladie d'Alzheimer. Pour le groupe B (deux groupes combinés après l'expérimentation), on remarque également que la catégorie "plutôt en désaccord" regroupe le plus de réponses soit 12 sur 32. Un aspect semble moins bien compris "on ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter" où 4 sujets sur 8 se disent plutôt en accord.



**Fig: 3.7 Distribution des sujets selon le score moyen obtenu dans la dimension affective aux différents temps de mesures (temps 1, 2 et 3)**

Tout d'abord, voici la distribution des points pour cet instrument. À la réponse "tout à fait d'accord" 1 point, "plutôt d'accord" 2 points, "je ne sais pas" 3 points, "plutôt en désaccord" 4 points et finalement "tout à fait en désaccord" 5 points. On remarque au T-1, que le groupe expérimental a obtenu un résultat de 12,5 points comparativement au groupe témoin qui obtient un résultat de 12,75. Au premier-post-test, on observe une amélioration chez le groupe expérimental, ce dernier a maintenant 14 points. Dans le groupe témoin, le score moyen a diminué sensiblement pour se retrouver à 11,5. Au second post-test (T-3), le score moyen du groupe expérimental demeure sensiblement le même avec 14,5. Pour le groupe témoin, il y a une amélioration comparativement au T-2 avec maintenant 13,5 points.

**Tableau 3.10** Connaissance de la dimension cognitive dans le groupe expérimental (n= 4) au temps 1 et au temps 2

Dimension cognitive	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Peu importe ce qu'on leur fait, les personnes âgées confuses ne s'en rendent pas compte.	2		1				1	3		1
Les personnes âgées confuses ne comprennent pas ce qu'on leur dit.	3			1	1	2				
Une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information.	2	1		1		1	2	1		1
<b>Total des réponses</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

pour un maximum de 12 réponses par catégorie

### 3.4.2.2 Dimension cognitive

Au pré-test (T-1), les résultats démontrent que dans le groupe expérimental, très peu de sujets possèdent de bonnes connaissances quant à cette dimension. La catégorie "tout à fait d'accord" regroupe le plus de réponses ( 7 sur 12). Au premier post-test (T-2), on remarque des gains pour les catégories "plutôt en désaccord" (4 sur 12) et "tout à fait en désaccord" (2 sur 12).



**Tableau 3.11 Connaissance de la dimension cognitive dans le groupe témoin (n= 4) au temps 2 et au temps 3**

Dimension cognitive	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Peu importe ce qu'on leur fait, les personnes âgées confuses ne s'en rendent pas compte.	1		1		2			4		
Les personnes âgées confuses ne comprennent pas ce qu'on leur dit.	2		1	1	1		2			
Une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information.	3	1		2	1	1				
<b>Total des réponses</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

pour un maximum de 12 réponses par catégorie

Au T-2 dans le groupe témoin, la catégorie "tout à fait d'accord" regroupe le plus de réponses (6 sur 12). Quant au T-3, c'est la catégorie "plutôt en désaccord" qui obtient le plus haut taux de réponse ( 6 sur 12). Cependant on remarque que l'énoncé suivant: "une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information" demeure l'aspect le moins bien connu de cette dimension.



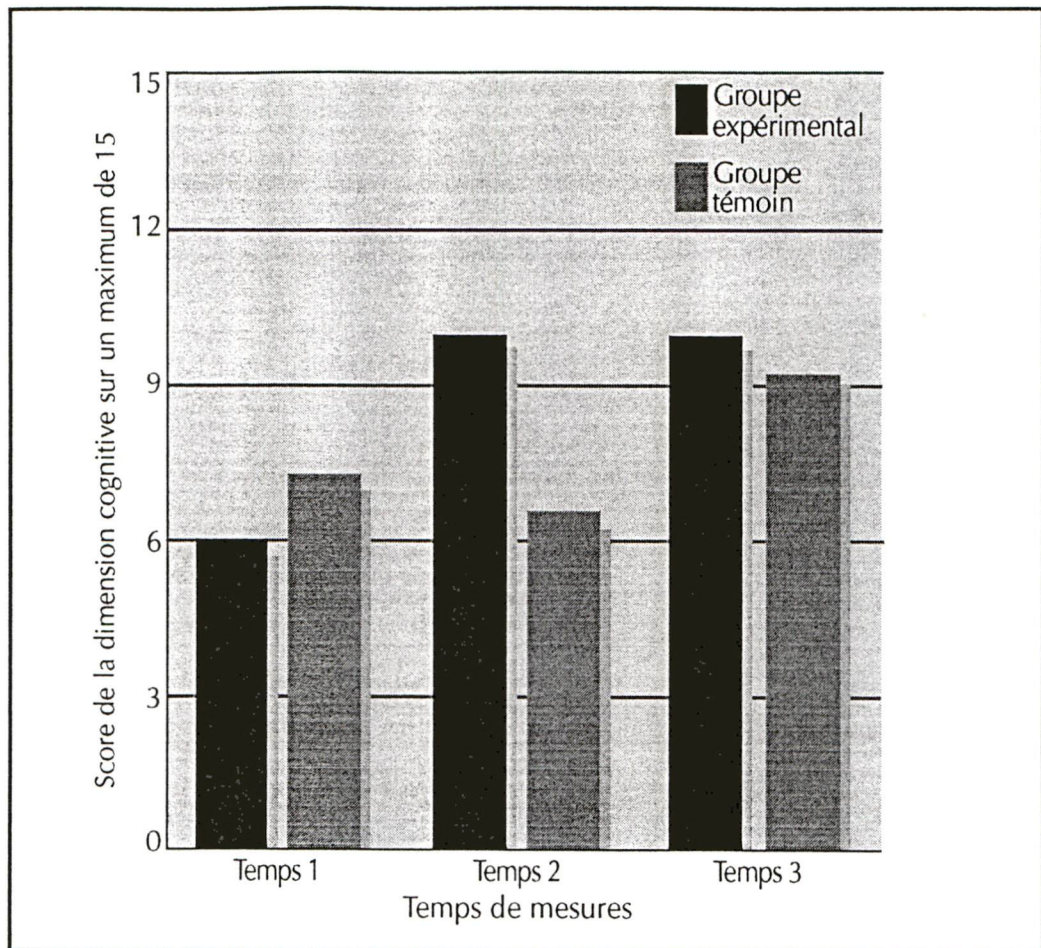
**Tableau 3.12 Connaissance de la dimension cognitive dans les groupes combinés A (n= 13) et B (n=8)**

Dimension cognitive	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Peu importe ce qu'on leur fait, les personnes âgées confuses ne s'en rendent pas compte.	6		2		1		4	7		1
Les personnes âgées confuses ne comprennent pas ce qu'on leur dit.	7		3	2	1	3	2	2		1
Une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information.	7	2	1	3		2	5	1		
<b>Total des réponses</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

A.: avant expérimentation / pour un maximum de 39 réponses par catégorie

B.: après expérimentation / pour un maximum de 24 réponses par catégorie

On remarque que pour le groupe A, la majorité des réponses se retrouvent sous la catégorie "tout à fait d'accord" avec 20 sur 39. Pour le groupe B, on observe que le nombre de sujets possédant de bonnes connaissances est plus élevé que celui en possédant peu de connaissances suite à l'application du programme.



**Fig: 3.8** Distribution des sujets selon le score moyen obtenu dans la dimension cognitive aux différents temps de mesures (temps 1, 2 et 3)

Au pré-test (T-1), on remarque que les deux groupes obtiennent des résultats similaires avec 6 points pour le groupe expérimental et 6,75 pour le groupe témoin. Au premier post-test (T-2), on constate une amélioration du score moyen chez le groupe expérimental avec un résultat de 10 points comparativement à 6 au temps 1. Le résultat du groupe témoin est de 6,5. Au second post-test (T-3) il y a un maintien du score obtenu chez le groupe expérimental et une amélioration de 3,5 dans le groupe témoin avec un score moyen de 9,25.

**Tableau 3.13** Connaissance de la dimension comportementale dans le groupe expérimental (n= 4) au temps 1 et au temps 2

Dimension comportementale	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Les personnes âgées confuses se comportent bizarrement juste pour attirer l'attention.	2			2			2	2		
Par leurs comportements bizarres, les personnes âgées confuses montrent qu'elles ne veulent pas s'améliorer.	3			2			1	2		1
Quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde.	2	1	2	2				1		
Quand une personne âgée confuse accuse les autres c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune.	2		2			2		1		
<b>Total des réponses</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

pour un maximum de 16 réponses par catégorie

### 3.4.2.3 Dimension comportementale

En observant la distribution des fréquences au tableau 3.13, on note dans le groupe expérimental au T-1 un fort taux de réponse à la catégorie "tout à fait d'accord" et ce pour chacun des énoncés ( 9 sur 16). Au premier post-test (T-2), on remarque que la majorité des réponses se divisent entre deux catégories "plutôt d'accord" et "plutôt en désaccord" avec 6 réponses pour chacune des catégories. Dans cette dimension, l'aspect le moins bien compris demeure celui-ci "quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde" où plus de la moitié des répondants se disent en accord.



**Tableau 3.14** Connaissance de la dimension comportementale dans le groupe témoin (n= 4) au temps 2 et au temps 3

Dimension comportementale	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Les personnes âgées confuses se comportent bizarrement juste pour attirer l'attention.			2		1	2	1	2		
Par leurs comportements bizarres, les personnes âgées confuses montrent qu'elles ne veulent pas s'améliorer.	1		1	1	1	2	1	1		
Quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde.			3	2			1	2		
Quand une personne âgée confuse accuse les autres c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune.		1	1		1	1		2		
<b>Total des réponses</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

pour un maximum de 16 réponses par catégorie

Dans le groupe témoin au T-2, on dénote que les réponses sont étalées sur beaucoup de catégories. Toutefois, la catégorie "plutôt d'accord" regroupe le plus de réponses (7 sur 16). Au T-3, on constate que la catégorie "plutôt en désaccord" regroupe maintenant le plus de réponses (7 sur 16).



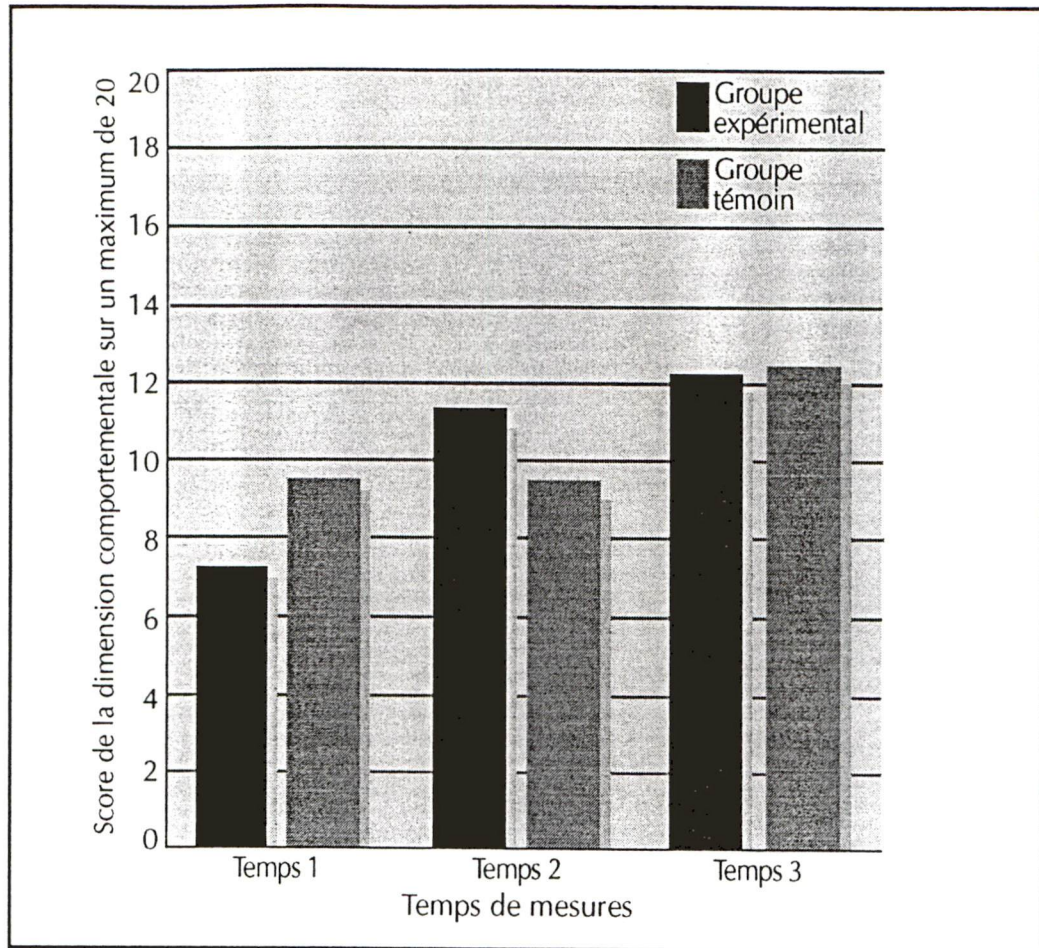
**Tableau 3.15** Connaissance de la dimension comportementale dans les groupes combinés A (n= 13) et B (n= 8)

Dimension comportementale	tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		ne sait pas		Plutôt en désaccord		Tout à fait en désaccord	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Les personnes âgées confuses se comportent bizarrement juste pour attirer l'attention.	3		3	2		2	6	4		1
Par leurs comportements bizarres, les personnes âgées confuses montrent qu'elles ne veulent pas s'améliorer.	6		2	3		2	3	3		2
Quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde.	4	1	6	4			3	3		
Quand une personne âgée confuse accuse les autres c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune.	5	1	5		1	2	2	3		
<b>Total des réponses</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

A.:avant expérimentation/ pour un maximum de 52 réponses par catégorie

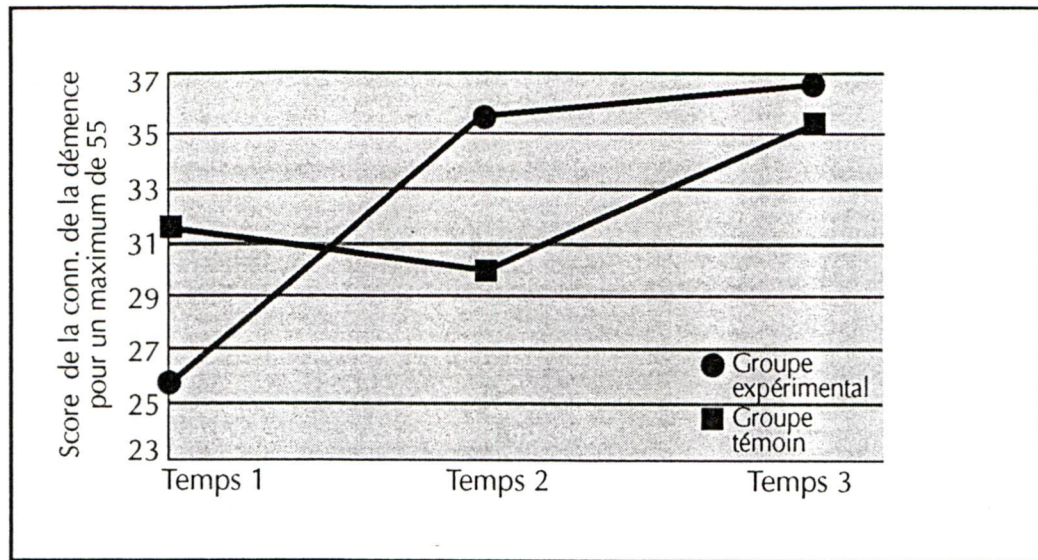
B.: après expérimentation / pour un maximum de 32 réponses par catégorie

Pour le groupe A, on remarque que 10 sujets sur 13 se disent en accord avec les énoncés suivant " quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde" et "quand une personne âgée confuse accuse les autres c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune". Pour le groupe B, c'est la catégorie "plutôt en désaccord" qui regroupe le plus de sujets (13 sur 32). Cependant, à l'énoncé portant sur l'agressivité 5 sujets sur 8 se disent en accord.



**Fig: 3.9** Distribution des sujets selon le score moyen obtenu dans la dimension comportementale aux différents temps de mesures (temps 1, 2 et 3)

On remarque au T-1, que le groupe expérimental a obtenu un score moyen de 7,25 et le groupe témoin un score de 9,5 points. Au premier post-test (T-2), il y a une amélioration des résultats du groupe expérimental avec 11,5 et une stabilité chez le groupe témoin avec 9,5 points obtenus. Au second post-test (T-3), on constate même une légère augmentation chez le groupe expérimental avec 12,25 et une légère amélioration chez le groupe témoin comparativement au T-2 avec maintenant 12,5 points.



**Fig: 3.10** Impact du programme d'information sur la connaissance de la démence dans chacun des groupes

**Tableau 3.16** Comparaison des scores totaux de la connaissance de la démence pour chacun des sujets ayant suivi le programme

Sujets	T-1	T-2	T-3
Sujet 1	23	X	42
Sujet 2	20	30	
Sujet 3	21	27	
Sujet 4	39	43	
Sujet 5		23	X 32
Sujet 6		24	35
Sujet 7		26	36
Sujet 8		34	38

X = Programme d'information

La figure 3.10 démontre bien un impact du programme dans le groupe expérimental entre le T-1 et T2. Par la suite, nous remarquons qu'entre le T-2 et le T-3, les résultats du groupe expérimental demeurent stables, alors que dans le groupe témoin, ils s'améliorent et rejoignent ceux du groupe expérimental.



### 3.4.3 Vérification des hypothèses reliés aux attitudes

L'instrument de départ comportait 11 éléments. Cependant lors de la compilation des résultats, nous avons remarqué que certains comportements étaient peu ou rarement observés par les sujets (cette situation est due à la faible proportion de sujets à l'étude). Nous avons donc procédé à une sélection. Lorsqu'un comportement était observé par plus de 3 sujets et ce pour un temps de mesure, soit le T-1, le T-2 ou le T-3 ce dernier était maintenu.

Or, nous avons gardé six comportements qui à notre avis, nécessitent une attention particulière dans l'analyse des résultats. Les voici donc: entre dans votre chambre, fouille ou prend vos choses, a des paroles désagréables envers vous, crie ou se lamente à haute voix, marmonne sans arrêt et mange malproprement..

Dans un premier temps, nous procéderons aux analyses globales pour ensuite présenter une analyse plus approfondie. Pour les analyses détaillées, nous n'avons pas inscrit de résultats totaux dans les tableaux. Étant donné que tous les sujets n'ont pas observé tous les comportements et que ces derniers peuvent choisir plus d'un sentiment et plus d'un comportement pour le dit comportement observé, il s'avère donc inapproprié ici d'aditionner les réponses obtenues.



Pour chacun des groupes, l'effet à court terme du programme sur la fréquence et le dérangement fut évalué en utilisant le test non-paramétrique Wilcoxon Signed Rank et le test de Mann and Withney pour échantillon indépendant, afin de déceler toute différence entre les deux groupes.

Pour ce qui est de la fréquence des comportements perturbateurs observés, le tableau 3.17 montre une différence significative entre les deux groupes au T1,  $p= 0,04$  ( $p<0,05$ ). Malgré l'application du programme, on ne dénote dans le groupe expérimental aucun changement au niveau de la fréquence et par conséquent aucune différence significative ( $p= 0,72$ ). Le groupe témoin n'ayant pas bénéficié du programme accuse une légère diminution de la fréquence qui ne s'avère toutefois pas significative ( $p= 0,11$ ). Au T2, l'analyse inter-groupe ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes ( $p= 0,23$ ). L'interaction groupe/temps ne rapporte pas de changement statistiquement significatif à  $p= 0,75$ .

**Tableau 3.17 L'effet à court terme du programme sur la fréquence des comportements observés**

Temps	T1	T2	Valeur "p" de la diff. dans le temps
Groupe exp.	3,25 ± 2,5	3,25 ± 2,06	0,72
Groupe tém.	6,5 ± 1,38	4,83 ± 2,14	0,11
Valeur "p" de la différence entre les groupes	0,04*	0,23	Intéraction groupe x temps 0,75

\* $p<0,05$

Pour ce qui est de la variable de dérangement, on observe au tableau 3.18 que les deux groupes sont statistiquement comparables au T1 ( $p= 0,33$ ). Au T2, malgré une diminution marquée de cette variable dans le groupe expérimental, l'analyse ne rapporte cependant aucune différence significative ( $p= 0,27$ ). Dans le groupe témoin,

on dénote une légère diminution du dérangement. Cependant, cette différence n'est pas significative ( $p=0,89$ ). Au T2, malgré la diminution du dérangement dans le groupe expérimental, l'analyse n'indique aucune différence significative entre les deux groupes ( $p= 0,38$ ).

**Tableau 3.18 L'effet à court terme du programme sur le dérangement éprouvé**

Temps	T1	T2	Valeur "p" de la diff. dans le temps
Groupe exp.	6,5 ± 4,66	3,5 ± 1,73	0,27
Groupe tém.	5,33 ± 1,63	5,0 ± 3,35	0,89
Valeur "p" de la différence entre les groupes	0,33	0,38	Intéraction groupe x temps 0,39

Les effets à long terme du programme ont été vérifiés à l'aide d'un test non-paramétrique de Friedman pour mesures répétées. Ce dernier n'a pas démontré de différence significative pour la fréquence ( $p= 0,65$ ) ni pour le dérangement avec  $p= 0,47$ .

Lorsque nous combinons les deux groupes expérimentaux  $n=8$  au T3, le test de Wicoxon Signed Rank n'indique aucune différence significative au niveau de la fréquence ( $p= 0,36$ ) ni au niveau du dérangement ( $p= 0,47$ ).

**Tableau 3.19 Fréquence et dérangement éprouvé dans le groupe expérimental (n= 4) au temps 1 et au temps 2**

Comportements dysfonctionnels	Fréquence						Dérangement							
	Rarement		Souvent		Très souvent		Pas du tout		Un peu		Passable		Beaucoup	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Entre dans votre chambre	2													2
Fouille ou prend vos choses	1				1						1	1		
A des paroles désagréables envers vous	3	2							1		1	1		2
Crie ou se lamente à haute voix	2	2			1				2		2	1		
Marmonne sans arrêt	3	2					1		1		2	1		
Mange malproprement	2	1							2	1				

### 3.4.4 Analyses détaillées

#### 3.4.4.1 Fréquence et dérangement

Dans le groupe expérimental au pré-test (T-1), on remarque que l'ensemble des comportements dysfonctionnels sont rares. Deux d'entre eux ressortent plus que les autres: être victime de paroles désagréables et entendre marmonner sans arrêt. La fréquence de ces derniers est relativement faible mais le dérangement occasionné est élevé. Au premier post-test (T-2), on remarque que deux sujets observent à tous les jours (très souvent) les comportements suivants, fouiller ou prendre les choses et entendre crier à haute voix. Par ailleurs, on constate un décalage vers la gauche dans les niveaux de dérangement, c'est-à-dire une diminution ressentie.



**Tableau 3.20** Fréquence et dérangement éprouvé dans le groupe témoin (n= 4) au temps 2 et au temps 3

Comportements dysfonctionnels	Fréquence						Dérangement							
	Rarement		Souvent		Très souvent		Pas du tout		Un peu		Passable		Beaucoup	
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3
Entre dans votre chambre		1										1		
Fouille ou prend vos choses	1			1					1			1		
A des paroles désagréables envers vous						1						1		
Crie ou se lamente à haute voix	2	2						2	1					1
Marmonne sans arrêt	2	1	1			1		1	1	1				1
Mange malproprement	3					1			2	1				1

Dans le groupe témoin au T-2, la majorité des répondants n'observent que rarement des comportements dysfonctionnels et ces derniers les dérangent peu ou beaucoup (tableau 3.20). Au T-3, après avoir suivi le programme, nous remarquons la même tendance que dans le groupe expérimental au T-2, à savoir qu'il y a un déplacement vers les niveaux moins dérangeants.

**Tableau 3.21** Fréquence et dérangement éprouvé dans les groupes combinés A (n= 13) et B ( n= 8)

Comportements dysfonctionnels	Fréquence						Dérangement							
	Rarement		Souvent		Très souvent		Pas du tout		Un peu		Passable		Beaucoup	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Entre dans votre chambre	3	1	2								1	1	4	
Fouille ou prend vos choses	1		1	1	1						2	2		
A des paroles désagréables envers vous	4	2	1		1				1		2	2	3	
Crie ou se lamente à haute voix	2	4	1		1		1	2	2		2	1		
Marmonne sans arrêt	5	3			1		2	1	2		3	1		
Mange malproprement	4	1	1		1		1		1	2	3			

A.: avant expérimentation    B: après expérimentation

Au tableau 3.21, on remarque dans le groupe A qu'il y a trois comportements qui ressortent beaucoup, soit "a des paroles désagréables envers vous", "marmonne sans arrêt" et "mange malproprement". Ces derniers sont observés plutôt rarement mais ils dérangent passablement et même beaucoup. Dans le groupe B, on constate des réponses sous la fréquence "rarement" mais également sous la fréquence "très souvent". Les comportements dérangent peu ou passablement.

**Tableau 3.22 Sentiments éprouvés dans le groupe expérimental (n= 4) au temps 1 et au temps 2**

Comportements dysfonctionnels	Sentiments éprouvés																		
	Ça me déprime		Ça m'énerve		Ça me gêne		Ça me laisse indifférent		Ça me fait peur		Ça me répugne		J'éprouve de la pitié		Ça me fâche		J'éprouve de la compréhension		
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	
Entre dans votre chambre			1													2			
Fouille ou prend vos choses			1								1					1	1		
A des paroles désagréables envers vous			1								1					2	2		
Crie ou se lamente à haute voix			1	3		1										1			
Marmonne sans arrêt			3	2															
Mange malproprement											2								

N.B Un sujet peut choisir plus d'un sentiment pour le même comportement.

#### 3.4.4.2 Sentiments éprouvés

Au pré-test (T-1), on constate dans le groupe expérimental que les sentiments "être fâché" et "être énervé" regroupent le plus grand nombre de réponses (tableau 3.22). Au premier post-test (T-2), on observe que le sentiment d'énervement est manifesté lorsque les sujets entendent des cris ou des marmonnements répétitifs.



**Tableau 3.23 Sentiments éprouvés dans le groupe témoin (n= 4) au temps 2 et au temps 3**

Comportements dysfonctionnels	Sentiments éprouvés																		
	Ça me déprime		Ça m'énerve		Ça me gêne		Ça me laisse indifférent		Ça me fait peur		Ça me répugne		J'éprouve de la pitié		Ça me fâche		J'éprouve de la compréhension		
	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	T2	T3	
Entre dans votre chambre						1													
Fouille ou prend vos choses	1					1													
A des paroles désagréables envers vous			1	1															
Crie ou se lamente à haute voix			2		1		2												
Marmonne sans arrêt			1	1			1												
Mange malproprement				1			1	1		3		1							

N.B Un sujet peut choisir plus d'un sentiment pour le même comportement.

Dans le groupe témoin au T-2, on constate que le sentiment d'être énervé est celui qui regroupe le plus de sujets. Au second post-test (T-3), on constate comparativement au temps 1 et au temps 2 que le sentiment d'indifférence est éprouvé lorsque les résidents atteints de démence crient à haute voix, marmonnent sans arrêt ou mangent malproprement.

**Tableau 3.24 Sentiments éprouvés dans les groupes combinés  
A (n = 13) et B (n= 8)**

Comportements dysfonctionnels	Sentiments éprouvés																	
	Ça me déprime		Ça m'énerve		Ça me gêne		Ça me laisse indifférent		Ça me fait peur		Ça me répugne		J'éprouve de la pitié		Ça me fâche		J'éprouve de la compréhension	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Entre dans votre chambre			2		1											3		
Fouille ou prend vos choses			2		1						1				2	1		
A des paroles désagréables envers vous			2	1							2	1			3	2	1	
Crie ou se lamente à haute voix			3	3	3	1		2							2			
Marmonne sans arrêt			5	3	1			1										
Mange malproprement				3				1			7							

A.:avant expérimentation

B.: après expérimentation

N.B Un sujet peut choisir plus d'un sentiment pour le même comportement.

On constate pour le groupe A, que les comportements "être énervé" et "être fâché", regroupent le plus de réponses (tableau 3.24). Dans le groupe B, on remarque encore ici beaucoup de réponses sous la catégorie "ça m'énerve". Cependant, on observe un sentiment nouveau, c'est-à-dire "ça me laisse indifférent".

**Tableau 3.25 Comportements adoptés dans le groupe expérimental (n= 4) au temps 1 et au temps 2**

Comportements dysfonctionnels	Comportements des répondants									
	Évitement			Défense			Support			Autre
	Je m'éloigne	Je m'enferme dans ma chambre	Je l'ignore	Je le repousse	Je demande de l'aide au personnel	Je le chicane	je le reconduis ailleurs	J'essais de l'aider	J'essais de lui changer les idées	J'endure
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Entre dans votre chambre	1		1		2					
Fouille ou prend vos choses				1	1	1				
A des paroles désagréables envers vous	1			2		2		1		1
Crie ou se lamente à haute voix	1		1	1	2	1				2
Marmonne sans arrêt	1				2					2
Mange malproprement			1		2					

N.B Un sujet peut choisir plus d'un comportement.

### 3.4.4.3 Comportements adoptés

Selon le tableau 3,25, il ressort au T-1 que les comportements les plus utilisés par les sujets du groupe expérimental sont ceux de défense. Ces derniers demandent surtout de l'aide au personnel. Au premier post-test (T-2), on constate que le comportement "endurer" regroupe maintenant le plus de réponses. On dénote également que lorsqu'un sujet est témoin de paroles désagréables, il essaie d'aider cette personne. Dans le groupe témoin au T-2, les comportements se regroupent sous la catégorie de défense plus particulièrement à l'item "je demande de l'aide au personnel".



**Tableau 3.26 Comportements adoptés dans le groupe témoin (n= 4) au temps 2 et au temps 3**

Comportements dysfonctionnels	Comportements des répondants									
	Évitement			Défense			Support			Autre
	Je m'éloigne	Je m'enferme dans ma chambre	Je l'ignore	Je le repousse	Je demande de l'aide au personnel	Je le chicane	je le reconduis ailleurs	J'essais de l'aider	J'essais de lui changer les idées	J'endure
	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3	T2 T3
Entre dans votre chambre					1					
Fouille ou prend vos choses				1	1 1	1				
A des paroles désagréables envers vous					1					1
Crie ou se lamente à haute voix	2		1		1					2 1
Marmonne sans arrêt			1							1
Mange malproprement			2 1	1	1					

N.B Un sujet peut choisir plus d'un comportement.

Dans le groupe témoin au T-2, les comportements se regroupent sous la catégorie de défense plus particulièrement à l'item "je demande de l'aide au personnel" (tableau 3.26). Au T-3 dans le groupe témoin, il y a deux comportements qui ressortent soit le comportement "endurer" et "ignorer".

**Tableau 3.27 Comportements adoptés dans les groupes combinés  
A (n= 13) et B (n= 8)**

Comportements dysfonctionnels	Comportements des répondants									
	Évitement			Défense			Support			Autre
	Je m'éloigne	Je m'enferme dans ma chambre	Je l'ignore	Je le repousse	Je demande de l'aide au personnel	Je le chicane	Je le reconduis ailleurs	J'essais de l'aider	J'essais de lui changer les idées	J'endure
	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
Entre dans votre chambre	1		1		3 1				1	
Fouille ou prend vos choses					2				1	
A des paroles désagréables envers vous	2		3	3	1	3		1		3
Crie ou se lamente à haute voix	2 1		2 2	1	3	2	1			3
Marmonne sans arrêt	2		1 1		3					3
Mange malproprement	2		2 2		7					

A: avant expérimentation      B: après expérimentation  
N.B Un sujet peut choisir plus d'un comportement.

On constate dans le groupe A que pour le comportement "mange malproprement", 7 réponses se retrouvent sous la catégorie de défense plus particulièrement à l'item "je demande de l'aide au personnel". On dénote également 3 réponses sous la catégorie de support. Ces dernières proviennent du sujet possédant déjà certaines connaissances sur la maladie. Pour le groupe B, on observe plusieurs réponses sous la catégorie "j'endure" et "je l'ignore".

### 3.5 Satisfaction face au programme

Voici les résultats du questionnaire d'évaluation du programme d'information. Pour les questions 1, 2 et 3, il s'agissait pour les participants d'indiquer leur choix de réponse sur une échelle graduée comportant les catégories: très fortement, fortement, moyennement, faiblement ou très faiblement. Pour la question 4, les choix étaient ceux-ci: très utile, utile, moyennement utile, peu utile ou inutile. Les quatre premières questions débutaient comme ceci: croyez-vous que...

- *le programme a répondu à vos besoins?* La grande majorité des sujets soit 6 sur 8 estiment que le programme a répondu soit " très fortement " (1 sujet) ou " fortement " (5 sujets) à leur besoin.
- *le programme a développé votre connaissance de la maladie?* 5 sujets ont répondu " fortement " et 3 sujets "moyennement ".
- *le programme a augmenté votre préoccupation à l'égard des personnes non lucides?* 2 sujets ont répondu " fortement " à cette question tandis que 5 sujets "moyennement".
- *ce que vous avez appris vous sera utile dans votre vie quotidienne?* Le contenu a semblé intéressant car 6 sujets sur 8 estiment que les informations leur sera " très utile " (1 sujet) ou " utile "( 5 sujets).

Pour les questions 5.1 et 5.2, nous avons demandé aux participants de nous indiquer dans quelle mesure les divers moyens mis en oeuvre au cours du programme les ont aidés à comprendre cette maladie. Le choix de réponses était celui-ci: très aidant, aidant, moyennement aidant, peu aidant ou très peu aidant. Voici les résultats:



- *En ce qui a trait aux activités d'information (exposés, vidéos), la grande majorité des répondants soit 7 sujets sur 8 choisissent " très aidant " (3 sujets) ou " aidant " (4 sujets).*
- *Pour les échanges d'idées et d'expériences entre les participants, 3 sujets ont répondu " aidant " et 4 sujets " moyennement aidant ".*
- *Finally, à la question pour l'ensemble du programme quel serait votre degré de satisfaction?, l'ensemble des sujets semblent avoir grandement apprécié le programme car 4 sujets ont répondu " très satisfait " et la seconde moitié " satisfait ".*

# CHAPITRE 5

## LA DISCUSSION

Dans cette dernière partie, nous allons présenter l'interprétation des résultats en regard de la connaissance de la démence ainsi qu'en regard des attitudes, les résultats en relation avec le cadre théorique et les suggestions méthodologiques pour l'amélioration du devis.

### 4.1 L'interprétation des résultats en regard de la connaissance de la démence

Dans un premier temps, nous sommes en mesure d'affirmer que le programme d'information a amélioré de façon significative la connaissance de la démence des sujets. Les analyses impliquant l'interaction entre groupe/temps,  $p= 0,02$  confirment notre première hypothèse: " **les personnes âgées du groupe expérimental auront une amélioration significative de leur connaissance de la démence** ". Étonnamment, des résultats non significatifs ont été obtenus lors des analyses intra et inter-groupes. Ceux-ci s'expliquent par la petite taille de l'échantillon. Cependant, chacun des sujets du groupe expérimental s'est amélioré du temps 1 au temps 2. Il en est de même pour les sujets du groupe témoin dont les résultats rejoignent ceux du groupe expérimental.

Par ailleurs, lorsque les résultats des deux groupes sont combinés, une amélioration significative se manifeste. Il est donc très vraisemblable, qu'un nombre plus élevé de sujets aurait donné des résultats significatifs lors des analyses intra et inter-groupes.

Également, lorsqu'est mesuré l'effet de persistance pour les 4 sujets du groupe expérimental concernant la connaissance de la démence, les résultats montrent une différence significative ( $p= 0,05$ ). Cependant, l'application d'un test pour déceler cette différence entre

le temps 1 et le temps 3, ne nous révèle pas de différence significative ( $p= 0,07$ ). Ces derniers résultats sont plutôt étonnants, étant donné que nous avons de prime abord détecté une différence significative. Le petit nombre de sujets peut expliquer ce résultat puisque, plus le groupe est petit, plus les différences doivent être importantes pour être significatives.

En ce qui a trait à la connaissance de la démence, l'étude de Proulx (89) met en lumière également des différences globales entre le pré-test et le post-test pour l'ensemble des participants et ce, pour les cinq dimensions impliquées. Notons ici, que nous avons utilisé pour notre étude une version abrégée et améliorée du questionnaire incluant trois dimensions. Tout comme l'auteure, nous avons relevé avec les commentaires des participants, une certaine progression dans la compréhension de la démence à la fin du programme. Les nombreux préjugés et les fausses croyances répandus à l'égard du processus de détérioration cognitive se sont estompés graduellement.

Lorsque nous portons un regard plus attentif aux différentes dimensions, nous constatons là encore une amélioration sur plusieurs aspects, notamment dans la dimension comportementale à l'énoncé suivant: "quand une personne âgée confuse accuse les autres, c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune".

Cependant, nous observons pour le groupe expérimental au premier post-test (T-2) et pour le groupe témoin au second post-test (T-3), qu'un aspect du niveau cognitif demeure très peu compris des sujets soit l'énoncé " une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information". Les résultats de Lévesques (1991), abondent dans le même sens où à peine 1% des résidents sont tout à fait en désaccord avec l'énoncé et 9,2% plutôt en désaccord. Par ailleurs, au niveau comportemental l'aspect le moins bien connu est celui-ci: "quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde".



En regard de la première constatation concernant l'apprentissage, nous pouvons tenter de chercher une explication au fait, que plusieurs sujets croient qu'une personne présentant des troubles de la mémoire, se manifestant en partie par la répétition constante des mêmes mots, est incapable de retenir de l'information si banale soit-elle. Dans leur quotidien, cette situation se produit à maintes et maintes reprises. Les personnes âgées n'ont à peu près jamais l'occasion d'observer des manifestations de la capacité d'apprentissage des personnes confuses. Il leur est donc très difficile de croire à des affirmations contraires.

La seconde constatation portant sur l'agressivité, nous porte à croire que toute personne ayant un comportement agressif et ce, indépendamment du fait que ce dernier découle oui ou non d'un trouble quelconque, provoque habituellement chez l'entourage immédiat des réactions très négatives et une incompréhension face aux gestes posés. Lorsque nous sommes victimes d'agressivité, beaucoup d'émotions émergent en nous et il est difficile d'user de discernement. Cette situation est encore plus déroutante pour les personnes âgées.

On observe également, que plusieurs sujets du groupe expérimental et du groupe témoin n'ont pu répondre à certaines questions dans les dimensions affective et cognitive. Lorsqu'un sujet répond "je ne sais pas", une valeur de 3 points lui est tout de même accordée. Les auteurs du questionnaire jugent qu'il est préférable pour un sujet de n'émettre aucune réponse (je ne sais pas) que de s'avouer d'accord avec une fausse connaissance. Toutefois, nous devons prendre en considération que cette valeur de 3 points se trouve dissimulée dans le score final.

## 4.2 L'interprétation des résultats en regard des attitudes

### 4.2.1 Fréquence et dérangement

Tout d'abord, nous constatons au T1 que les deux groupes ne sont pas équivalents quant à la fréquence des comportements observés. Ces résultats sont probablement reliés à l'utilisation de petits groupes. Dans un cas pareil, un seul sujet peut modifier l'ensemble des résultats. Le moindre écart faible ou élevé, se fait ressentir sur le groupe.

**Également, que ce soit pour les analyses intra et inter-groupes au T2, l'interaction entre le groupe/temps ou bien en groupes combinés, aucune diminution significative de la fréquence n'a été notée.** Ces résultats ne nous étonnent pas. Nous avons même redouté l'effet contraire, c'est-à-dire une augmentation de la fréquence. Dans le cadre du programme, nous avons abordé les troubles de comportements les plus communément associés à la démence. Ainsi, les sujets étaient en mesure de reconnaître plus facilement les comportements et donc par le fait même, d'augmenter la fréquence des comportements observés.

À l'aide des analyses détaillées, nous constatons que les comportements mentionnés dans le questionnaire ne sont pas nécessairement observés par l'ensemble des répondants et qu'il y a une variation du nombre de comportements observés durant l'étude. On remarque également et ce, pour les deux groupes aux différents temps de mesures, que la catégorie "rarement" regroupe le plus de sujets. Il y a une seule exception et on la retrouve chez le groupe témoin au T-1, où la catégorie "souvent" est la plus souvent mentionnée.

**En ce qui a trait au niveau de dérangement, les différentes analyses mentionnées ci-haut ne révèlent aucune diminution significative après l'application du programme.** Également, nous pouvons conclure au T-1 que la fréquence est inversement proportionnelle au dérangement ressenti. Nos résultats diffèrent de ceux de Bellemare (1986). La littérature ne propose aucune réponse ou piste d'explication sur ce sujet. Peut être est-ce seulement le fruit du hasard, dû principalement à la faible taille de l'échantillon ou bien, sommes-nous en train d'assister à une certaine accoutumance et à une acceptation qui s'installent à mesure que les comportements sont plus fréquents. De sorte, que ceux-ci font partie du quotidien des personnes âgées lucides. Cependant il y a un comportement qui ne respecte pas cette règle, soit lorsqu'un résident a des paroles désagréables envers autrui. Dans cette situation, même à fréquence élevée, le dérangement ne s'estompe point.

Cependant, lorsque nous regardons le tableau 3.20 nous remarquons pour le groupe expérimental au T2 que les comportements semblent être moins dérangeants. Par ailleurs, on constate la même situation pour le groupe témoin au second post-test (T-3). C'est donc dire que, suite au programme d'information, il semble y avoir une légère amélioration au niveau du dérangement éprouvé. Par ailleurs au second post-test (T-3), le groupe expérimental conserve les mêmes valeurs obtenues au T-2.

#### **4.2.2 Sentiments éprouvés**

Une constance semble se manifester dans le groupe expérimental entre le T-1 et T-2. Ainsi, il y a deux sentiments qui ressortent beaucoup soit, "être énervé" et "être fâché". Au premier post-test (T-2), on ne dénote aucun changement dans le groupe expérimental. Cependant au T-3, on observe chez les deux groupes que quelques sujets expriment un sentiment d'indifférence face à certains comportements.



Est-ce ici un signe d'une amélioration d'une attitude passant d'une orientation négative à une orientation passive ?

#### 4.2.3 Comportements adoptés

Au T-1 dans le groupe expérimental, la majorité des réponses se retrouvent sous la catégorie de défense, plus particulièrement à "je le repousse" et "je demande de l'aide au personnel".

Au premier post-test (T-2), on observe chez le groupe expérimental un aspect nouveau: une forte proportion de sujets disent qu'ils endurent les comportements dysfonctionnels. De plus, on trouve une réponse sous la catégorie de support. Le même scénario se produit au second post-test (T-3) pour le groupe témoin et pour le groupe expérimental (maintien des réponses).

Suite à l'application du programme, les sujets ne démontrent pas les comportements de support souhaités donc nous devons infirmer notre seconde hypothèse exprimant ceci: " **les personnes âgées du groupe expérimental auront une amélioration significative de leurs attitudes à l'égard de leurs pairs non lucides**". Cependant, les sujets acquièrent un autre comportement celui d'endurer. Il semble donc se manifester une tendance. Nous sommes conscients que ce comportement est passif, mais à notre avis il est beaucoup plus positif que ceux se retrouvant sous les catégories d'évitement et de défense. Ils ne résistent pas, ils ne s'éloignent pas à la vue d'un comportement perturbateur, ils endurent tout simplement, ce qui implique déjà une certaine acceptation du comportement.

Au cours des séances d'information, nous avons donné des exemples, des façons de réagir et de se comporter lorsqu'on est témoin d'un comportement perturbateur. Nous avons alors perçu une certaine résistance à vouloir aider un résident non lucide. Les sujets comprennent très bien les différentes raisons qui peuvent amener un résident à se comporter de façon étrange, mais ils ne sont pas prêts à aller jusqu'à les aider.

Un sujet a exprimé ceci : " j'ai assez de problèmes avec ma santé que je vais plutôt penser à moi avant de penser aux autres". Proulx (1989) et Corriveau (1986) ont rapporté des résultats semblables à ceux-ci où l'attitude dominante est teintée à la fois de compréhension et d'évitement. Peut-être est-ce trop leur demander, mais une chose demeure c'est qu'ils comprennent et semblent tolérer davantage.

#### **43 Les résultats en relation avec le cadre théorique**

Selon la théorie de Helson , la perception physique est influencée par trois séries de facteurs; le stimulus c'est-à-dire ce qui est perçu au niveau des propriétés physiques, le contexte qui représente la situation dans laquelle le stimulus est présenté et les facteurs de personnalité qui comprennent des réactions déterminées génétiquement, les traits particuliers et les expériences antérieures. En poursuivant ses recherches il lui est apparu que les trois types de facteurs influençant la perception physique auraient également une influence déterminante sur les attitudes. Dans le cadre de cette recherche, le stimulus englobait à la fois l'émetteur et le programme d'information. Le contexte était représenté par le groupe, l'environnement social et les facteurs de personnalité comprenaient le patrimoine génétique, les traits particuliers de la personnes âgées et ses expériences passées.

Ainsi, en donnant de l'information nous voulions dans un premier temps, exercer une influence sur les connaissances et dans un deuxième temps exercer une influence sur les attitudes. Depuis peu d'années, le système de santé québécois privilégie la méthode préventive au profit de la méthode curative. Au moyen de campagnes de sensibilisation, différents messages sont véhiculés dans la société. Jusqu'ici, les résultats semblent convaincants. Connaissant donc les propriétés et la puissance reliées à cette méthode, nous étions convaincus que nous pouvions réaliser des transformations à l'aide l'information. Notre premier objectif a été atteint, c'est-à-dire qu'il y a une amélioration significative des connaissances. En ce qui a trait aux attitudes, une tendance semble se dégager, mais sans obtenir de résultats significatifs.

Notre objectif était sans doute trop ambitieux, car il est très difficile de changer les attitudes d'une personne en quelques semaines. Nos attitudes, nos comportements sont ancrés en nous depuis notre enfance. Aussi, le processus de changement exige-t-il normalement plusieurs années.

#### **4.4 Suggestions méthodologiques pour l'amélioration du devis**

Premièrement, nos résultats manifestent qu'il serait souhaitable qu'une étude poursuive les mêmes objectifs mais en incluant un plus grand nombre de sujets. De cette façon, les chances d'obtenir des résultats significatifs s'en trouveraient améliorées.

Par ailleurs, il serait important d'ajouter à la collecte de données des entrevues réalisées auprès du personnel soignant afin d'obtenir des renseignements sur les agissements et les comportements des résidents lucides à l'égard de leurs pairs non lucides suite à l'application du programme.



Également afin de diminuer la mortalité expérimentale, il serait plutôt préférable de donner un incitatif (ex:billet de loterie, un petit montant d'argent) à tous les sujets suivant le programme du début à la fin.

Afin de détecter un changement dans les attitudes, il serait important de prolonger de 4 à 5 semaines la durée du programme. Un contenu théorique devrait être donné dans les premières semaines et par la suite, l'emphase devrait être mise exclusivement sur les attitudes et les comportements à adopter. Pour faciliter la compréhension des sujets, il serait indiqué d'introduire dans le programme des jeux de rôles, des simulations et des visionnements de vidéos où des résidents lucides et non lucides seraient en interaction.

Finalement, il serait préférable d'utiliser des instruments accompagnés d'études de fidélité et validité solides.



## CONCLUSION

Avec le vieillissement accéléré de la population, où une forte proportion de personnes atteintes de déficits cognitifs résident en CHSLD (40 à 80% selon Pharand et al.1993), il s'avère important de se soucier de la qualité de vie et du bien-être des personnes lucides cohabitant avec ces derniers. Cette étude a permis de mettre en évidence les effets d'un programme d'information, tant au niveau de la connaissance de la démence qu'au niveau des attitudes adoptées à l'égard des résidents non lucides.

Bien que cette étude ait été réalisée auprès d'un échantillon restreint et qu'elle ait comporté certaines réserves méthodologiques, un programme d'information comme celui présenté dans cette étude devrait être donné dans l'ensemble des résidences accueillant à la fois des personnes âgées non lucides et lucides. Les résultats le démontrent, très peu de sujets ont des connaissances adéquates.

La façon dont un individu se comporte vis-à-vis des autres est influencée par ses croyances et ses valeurs. Par le biais de l'information, nous sommes en mesure d'infirmer ou de confirmer les croyances du résident lucide et ce dernier, dispose d'éléments nouveaux susceptibles de changer sa propre perception de la démence et par le fait même, ses attitudes et ses comportements. Ainsi, nous favorisons l'apprentissage et le développement de comportements adéquats envers la clientèle démente.

Suite aux résultats de cette recherche, nous insistons fortement sur l'importance de sensibiliser et de former le personnel soignant au sujet de la démence, afin que ces derniers puissent développer des compétences pouvant leur permettre de répondre adéquatement aux besoins des clientèles non lucides et lucides.

De même, il serait important d'entreprendre ultérieurement des recherches sur les effets de la cohabitation, sur le bien-être des résidents lucides et non lucides ainsi que sur leur qualité de vie. Dans le même ordre d'idée, il serait utile d'étudier plus profondément les impacts des unités prothétiques sur la qualité de vie des résidents non lucides.

Finalement, il serait intéressant de reproduire cette étude auprès de personnes âgées vivant en résidences autonomes ou semi-autonomes. Puisque nous favorisons à l'heure actuelle de plus en plus le maintien à domicile, une étude de ce genre pourrait également être reproduite auprès des personnes âgées vivant à domicile. Bien entendu, on ne parle plus de la même problématique, c'est-à-dire de la cohabitation mais bien du phénomène de démence, réalité tout aussi importante et préoccupante.

## BIBLIOGRAPHIE

- Angers, C. (1986). Étude du phénomène confusionnel chez les personnes âgées en milieu institutionnel (Rapport de recherche inédit). Québec; Conseil de la santé et des services sociaux, région Bas Saint-Laurent, Gaspésie, Iles-de-la-Madeleine, septembre
- Bellemare, D. (1986). La cohabitation dans les unités de soins infirmiers, des personnes lucides avec celles atteintes de déficits cognitifs. Mémoire de maîtrise inédit, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Bolduc, M., Chamberland, C., Lavoie, L. (1988). L'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle: bilan du processus vécu dans cinq centres d'accueil québécois de réadaptation. Québec: MSSS, Service de l'évaluation-réadaptation et services de longue durée, 55 p.
- Brauner, S.S (1989). Impact of the confused elderly on the lucid aged in a nursing home. Journal of Gerontological Social Work.14 (1/2), 137-152
- Brousseau, C., Leclerc, M., & Lavallée, F. (1989). La cohabitation en centre d'hébergement des personnes lucides et des personnes confuses favorise-t-elle l'épanouissement de ces personnes ? Le Gérontophile. 11 (2), 8-11
- Canadian Study on Health and Aging Working Group. Canadian Study on Health and Aging: Risk factors for Alzheimer's disease in Canada. Neurology 1994
- Corriveau, A. (1986). Évaluation de l'unité psycho-gériatrique Centre-d'accueil St-Antoine. Rapport d'étape, Département de Santé Communautaire, Hôpital du Saint-Sacrement.
- Dorvil, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. Santé mentale au Québec. Vol XII, no 1, 55-65



- Ducros-Gagné, M. (1984) Intégration ou ségrégation en centres gériatriques des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale. Montréal: Laboratoire d'interventions. Cliniques appliquées Chevalier-Delorimier, Centre d'accueil Chevalier-Delorimier.
- Evans, G., Hughes, B., Wilkin, D., & Jolley, D. (1981). The management of mental and physical impairment in non-specialist residential homes for the elderly. (Research report no.4) England: University of Manchester, Department of Psychiatry and Community Medicine.
- Girard, L., Leduc, A., Morissette, D. (1987). Les attitudes des élèves du secondaire à l'égard des handicapés. Revue des sciences de l'éducation. Vol XII, no 1
- Harrison G, Gough. (1987). California Psychological Inventory, administrator's guide. Consulting Psychologist Press.
- Hébert, R. (1997). Épidémiologie des démences. Vieillessement cognitif normal et pathologique. Actes du congrès scientifique, Sherbrooke 1997, 74-85
- Hébert, R., Girouard, D., Leclerc, G., Bonin, C. (1992). Programme de groupe de soutien aux familles de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. Rapport de recherche, Programme de subvention nationales au bien-être social, Santé et Bien-Être Social Canada.
- Henderson A.S. (1995). Démence et épidémiologie des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Ionescu, S., Despins, C. (1990). Facteurs en relation avec les attitudes envers les personnes déficientes mentales. Revue francophone de la déficience intellectuelle. Vol 1, no 1, 5-19
- Lamontagne, Y., Robert, E., Gaydos, S. (1984). L'attitude des Montréalais devant la maladie mentale: une enquête d'opinions. L'Union Médicale du Canada. Vol 113, no 5, 346-350



- Leduc, A. (1984) Recherches sur le béhaviorisme paradigmatique ou social. Québec, Behaviora.
- Lefebvre-Girouard, A. (1986). Les comportements psycho-sociaux des personnes âgées hébergées. (Rapport analytique et méthodologique). Montréal: Association des centres de services sociaux du Québec
- Lévesque, L., Cossette, S. (1991). La dynamique de la cohabitation avec des personnes atteintes de troubles cognitifs dans les centres d'accueil. Rapport de recherche, Subvention du conseil québécois de la recherche sociale.
- Lévesque, L., Marot, O. (1988). Un défi simplement humain. Des soins pour les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Lévesque, L., Roux, C., Lauzon, S. (1990). Alzheimer: Comprendre pour mieux aider. Montréal: Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Maheu, S.E. (1991) Guide de formation destiné aux animateurs de groupes de soutien Alzheimer. Société Alzheimer de Montréal inc.
- Mc Ewan, K.L., Donnelly, M., Robertson, D., & Hertzman, C. (1991). Troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada: considérations d'ordre démographique et épidémiologique. Ottawa: Ministre des Approvisionnement et Services Canada
- Meacher, M. (1972). Taken for a ride. London: Longman.
- Mercier, L. (1997). Interventions socio-environnementales en milieu institutionnel pour personnes avec troubles cognitifs. Vieillesse cognitive normale et pathologique. Actes du congrès scientifique, Sherbrooke 1997, 95-101
- Noël, L. (1989). L'intolérance, une problématique générale. Montréal; Boréal, 308 p.
- Novick, L.J. (1988). Coping with the intermingling of the lucid and confused. Health Care Management Forum/ Gestion des soins de santé. 1(1), 18-22

- Pharand, S. & al. (1993). Bilan de consultation en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Document de travail. Québec et Chaudière-Appalaches: Régies régionales de la santé et des services sociaux de la région Québec et Chaudière-Appalaches.
- Potvin, P. (1984). L'utilisation de l'information et du contact pour modifier les attitudes à l'égard des personnes objets de discrimination, in A. Leduc (Ed): Recherches sur le behaviorisme paradigmatique ou social (pp. 245-257).
- Proulx, D. (1989). Séances d'information selon une perspective infirmière à l'intention d'un groupe de personnes âgées lucides cohabitant avec des pairs non lucides. Mémoire de maîtrise inédit, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec.
- Rathus, S A. (1991). Psychologie générale, Éditions études vivantes.
- Teresi, J-A., Holmes, D., Monaco, C. (1993). An evaluation of the effects of commingling cognitively and noncognitively impaired individuals in long-term care facilities. Gerontologist, Vol 33 (3) 350-358 Jun.

# ANNEXES



# ANNEXE I

## QUESTIONNAIRE SUR LE DEGRÉ DE TOLÉRANCE

(Provenant du *California Psychological Inventory*)

	Vrai	Faux
1- Plusieurs fois par semaine, j'ai l'impression que le ciel va me tomber sur la tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- J'ai eu des expériences très étranges et très bizarres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- J'ai l'impression d'être un raté quand j'apprends le succès de quelqu'un que je connais bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- J'ai tendance à me tenir sur mes gardes en présence de personnes qui sont passablement plus gentilles que ce quoi je m'attendais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- J'ai souvent rencontré des gens soi-disant experts qui n'étaient pas meilleur que moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Je suis convaincu qu'il n'y a qu'une seule religion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Je n'aime pas voir les gens habillés de façon négligente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Il m'est arrivé, en certaines occasions, d'être très en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- De la façon où vont les choses, il est difficile de garder l'espoir de devenir quelqu'un.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Je ne blâme pas ceux qui tentent de mettre la main sur tout ce qu'ils peuvent ici-bas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- J'aime la poésie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- La plupart des gens se font des amis parce qu'ils peuvent aussi leur être utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Il n'y a pas de mal à contourner la loi pourvu qu'on ne la viole pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- La plupart des gens sont prêts à employer des moyens assez douteux pour obtenir un gain ou un avantage plutôt que d'y renoncer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Il faut adapter ses idées et sa conduite au groupe dans lequel on se trouve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 16- J'éprouve parfois le besoin de me faire du mal à moi-même ou d'en faire à autrui.
- 17- J'ai eu plus que ma part de soucis.
- 18- Je me suis souvent rendu compte que les gens m'enviaient mes bonnes idées tout simplement parce qu'ils n'y avaient pas songé avant moi.
- 19- La plupart des gens ne sont honnêtes que par crainte de se faire prendre.
- 20- Cela me met en colère quand j'entends parler de quelqu'un qu'on a injustement empêché de voter.
- 21- Intérieurement, la plupart des gens n'aiment pas se forcer pour aider les autres.
- 22- Il n'est pas nécessaire de se soucier des autres si chacun prend soin de lui-même.
- 23- L'avenir est trop incertain pour permettre de faire des projets sérieux.
- 24- La personne qui provoque la tentation en laissant sans protection un objet de valeur est pratiquement aussi à blâmer que le voleur lui-même.
- 25- J'ai souvent le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ou de méchant.
- 26- J'aime les sciences.
- 27- Je crois que la plupart des gens sont prêts à mentir pour servir leurs intérêts.
- 28- Lorsque j'étais enfant, j'ai été renvoyé temporairement de l'école, une ou plusieurs fois, pour des raisons disciplinaires.
- 29- J'estime que j'ai souvent été puni sans raison.
- 30- Je serais prêt à contribuer de ma poche pour redresser un tort, même si je n'étais pas directement mêlé à l'affaire.
- 31- Je préférerais ne pas être aimé plutôt que d'être méprisé.
- 32- Je me conduis quelquefois comme un lâche.

## ANNEXE II

### QUESTIONNAIRE SUR LA GRILLE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

de Mme Danielle Bellemare

Comportements dysfonctionnels	Fréquence				Dérangement			
	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Pas du tout	Un peu	Passable	Beaucoup
Entre dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fouille ou prend vos choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche sur votre lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des paroles désagréables envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrompt sans raison vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des gestes Brusques ou violents envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie ou se lamente à haute voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marmonne sans arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine partout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se promène tout nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange malproprement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# QUESTIONNAIRE SUR LA GRILLE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Comportements dysfonctionnels	Sentiments éprouvés								
	Ça me déprime	Ça m'énerve	Ça me gêne	Ça me laisse indifférent	Ça me fait peur	Ça me répugne	J'éprouve de la pitié	Ça me fâche	J'éprouve de l' a compréhension
Entre dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fouille ou prend vos choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche sur votre lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des paroles désagréables envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrompt sans raison vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des gestes Brusques ou violents envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie ou se lamente à haute voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marmonne sans arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine partout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se promène tout nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange malproprement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# QUESTIONNAIRE SUR LA GRILLE DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Comportements dysfonctionnels	Comportements des répondants									
	Évitement			Défense			Support			Autre
	Je m'éloigne	Je m'enferme dans ma chambre	Je l'ignore	Je le repousse	Je demande de l'aide au personnel	Je le chicane	Je le reconduis ailleurs	J'essais de l'aider	J'essais de lui changer les idées	J'endure
Entre dans votre chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fouille ou prend vos choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se couche sur votre lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des paroles désagréables envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interrompt sans raison vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des gestes Brusques ou violents envers vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crie ou se lamente à haute voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marmonne sans arrêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine partout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se promène tout nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange malproprement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ANNEXE III

## QUESTIONNAIRE SUR LA CONNAISSANCE DE LA DÉMENCE

de Mme Louise Lévesque

Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord  
avec chacun des énoncés suivants:

Dimension affective	tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	ne sait pas	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Les personnes âgées confuses n'ont pas de sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une approche affectueuse n'est pas efficace avec les personnes confuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes âgées confuses ne sont pas capables d'avoir des comportements affectueux envers d'autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dimension cognitive	tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	ne sait pas	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Peu importe ce qu'on leur fait, les personnes âgées confuses ne s'en rendent pas compte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les personnes âgées confuses ne comprennent pas ce qu'on leur dit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dimension comportementale	tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	ne sait pas	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Les personnes âgées confuses se comportent bizarrement juste pour attirer l'attention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par leurs comportements bizarres, les personnes âgées confuses montrent qu'elles ne veulent pas s'améliorer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand une personne âgée confuse accuse les autres c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANNEXE IV

### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1- Nom: \_\_\_\_\_

2- Unité: \_\_\_\_\_

3- Le pourcentage de déficits cognitifs sur l'unité: \_\_\_\_\_

4- Date d'admission: \_\_\_\_\_

5- Âge: \_\_\_\_\_

6- Sexe: \_\_\_\_\_

7- Cohabitation à proximité d' un patient non lucide:

- Y-a-t-il un résidant non lucide dans la même chambre?  oui  non
- Y-a-t-il un partage d'une salle de bain avec un résidant non lucide?  oui  non
- Y-a-t-il un résidant non lucide dans la chambre voisine?  oui  non

8- Scolarité: \_\_\_\_\_

## ANNEXE V

### QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME

Croyez vous que:

1. Le programme à répondu à vos besoins?

- 5..... Très fortement
- 4..... Fortement
- 3..... Moyennement
- 2..... Faiblement
- 1..... Très faiblement

2. Que le programme a développé votre connaissance de la maladie?

- 5..... Très fortement
- 4..... Fortement
- 3..... Moyennement
- 2..... Faiblement
- 1..... Très faiblement

3. Que le programme a augmenté votre préoccupation à l'égard des personnes non lucides?

- 5.....Très fortement
- 4..... Fortement
- 3..... Moyennement
- 2..... Faiblement
- 1..... Très faiblement

4. Croyez-vous que ce que vous avez appris vous sera utile dans votre vie quotidienne?

- 5..... Très utile
- 4..... Utile
- 3..... Moyennement
- 2..... Peu utile
- 1..... Inutile

5. Indiquez dans quelle mesure les divers moyens mis en oeuvre au cours du programme vous ont aidé à comprendre cette maladie.

5.1 Les activités d'information (exposés, vidéos).

- 5..... Très aidant
- 4..... Aidant
- 3..... Moyennement aidant
- 2..... Peu aidant
- 1..... Très peu aidant

5.2 Les échanges d'idées et d'expériences entre les participants.

- 5..... Très aidant
- 4..... Aidant
- 3..... Moyennement aidant
- 2..... Peu aidant
- 1..... Très peu aidant

6. Pour l'ensemble du programme quel serait votre degré de satisfaction?

- 5..... Très satisfait
- 4..... Satisfait
- 3..... Plus ou moins satisfait
- 2..... Insatisfait
- 1..... Très insatisfait

# ANNEXE VI

## PROGRAMME D'INFORMATION

(Tiré et adapté du programme de Mme Dominique Proulx)

### Première rencontre

Objectifs	Contenu	Activités/ moyens d'apprentissage
Les participants seront capables de:	Présentation des participants et du déroulement du programme	
1. Exprimer leurs croyances au phénomène de démence	Réflexion reliées à: <ul style="list-style-type: none"><li>• La connaissance de la démence</li><li>• Comportements "bizarres" des personnes non lucides</li><li>• Avantages et inconvénients de la cohabitation pour les participants et pour les résidents non lucides</li></ul>	Discussion dirigée à l'aide de questions ouvertes inspirées du protocole d'entrevue utilisée lors du processus de validation de l'échelle de connaissance.



## Deuxième rencontre

Objectifs	Contenu	Activités/ moyens d'apprentissage
2. Décrire les signes associés au vieillissement normal	<p>Changements cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intelligence générale fluide</li><li>• Intelligence générale cristallisée</li><li>• Capacité d'apprendre</li></ul> <p>Changements physiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Baisse des performances</li><li>• Diminution de la vitesse d'exécution</li><li>• Diminution de la vitesse du traitement de l'information</li></ul>	Exposé + Discussion à partir de leurs expériences
3. Établir la différence entre les oublis bénins et les altérations cognitives	<p>Définition des oublis bénins, conséquences sur le comportement quotidien</p> <p>Principes de bases pour favoriser une bonne mémoire</p>	Exposé + Discussion Visionnement d'un vidéo: "Votre mémoire flanche ,pas de panique !".

## Troisième rencontre

Objectifs	Contenu	Activités/moyens d'apprentissage
4. Reconnaître les termes "confusion" et "sénéilité" comme étant vagues et non appropriés	Clarification de ces termes	Exposé + Discussion
5. Reconnaître les caractéristiques de la démence (au sens large)	Démences réversibles Démences irréversibles  Caractéristiques de la démence <ul style="list-style-type: none"> <li>• causes</li> <li>• manifestations</li> <li>• évolution</li> <li>• fréquence</li> </ul>	Exposé + Visionnement d'un vidéo : Entrevue réalisée au Centre Hospitalier Côte-Des-Neiges  Travail à faire: observer les comportements d'un résidant non lucide pour rapporter à la prochaine rencontre

## Quatrième rencontre

Objectifs	Contenu	Activités/ moyens d'apprentissage
6. Expliquer les comportements observés chez leurs pairs non lucides	Présentation des troubles comportementaux les plus communs associés à la démence: <ul style="list-style-type: none"><li>• radotage</li><li>• errance</li><li>• fugue</li><li>• agitation, agressivité</li><li>• comportements alimentaires anormaux, etc..</li></ul>	Exposé + Discussion sur les observations effectuées à la dernière rencontre
	Capacité de ressentir/ dimension affective, émotions	Discussion: les personnes démentes ressentent-elles? Ont-elles connaissance de ce qu'il leur arrive?

## Cinquième rencontre

Objectifs	Contenu	Activités/ moyens d'apprentissage
7. Décrire divers moyens de communication facilitant l'approche avec les personnes non lucides	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manifester notre arrivée</li><li>• Parler d'un ton calme avec gestes appropriés</li><li>• Approcher lentement par l'avant</li><li>• Établir un contact visuel</li><li>• Utiliser le toucher</li><li>• Éliminer les bruits</li><li>• Utiliser des mots simples</li><li>• Compléter les messages avec des objets ou des gestes</li><li>• Répéter quelques mots du discours de la personne</li></ul>	Exposé + Simulation par jeux de rôles



## Cinquième rencontre (suite)

Objectifs	Contenu	Activités/ moyens d'apprentissage
9. Décrire les interventions à faire lorsqu'ils sont témoins ou victimes de comportements dérangeants de la part des non lucides	Interventions dans les situations suivantes: <ul style="list-style-type: none"><li>• le résidant non lucide est agité ou agressif envers vous (gestes ou paroles)</li><li>• le résidant non lucide entre dans votre chambre et fouille dans vos choses ou se couche sur votre lit</li><li>• le résidant non lucide demande constamment la même question</li></ul>	Exposé + Discussion par rapport aux expériences vécues (interventions employées dans ces moments) par rapport aux moyens suggérés  Court exposé  Visionnement d'un vidéo: "Le coeur ne fait pas d'alzheimer"

# ANNEXE VII

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### TITRE DU PROJET:

Impact d'un programme d'information sur les attitudes des résidents âgés lucides à l'égard des résidents âgés non lucides dans une unité de cohabitation de CHSLD.

### RESPONSABLE:

Christine Henri, étudiante à la Maîtrise en gérontologie à l'Université de Sherbrooke.

### OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE:

L'étude consiste à appliquer un programme visant à donner une meilleure connaissance sur l'aspect médical de la démence et une meilleure compréhension des comportements des pairs non lucides et sur les manières d'être et d'agir avec eux. Elle a pour objectif également, de vérifier s'il y a un changement significatif dans les attitudes et les comportements des personnes âgées lucides à l'égard des résidents non lucides suite à l'application du programme.

### NATURE DE LA PARTICIPATION DU SUJET:

Le sujet assistera à des séances d'information hebdomadaires sur la démence. À chaque rencontre, il y aura des exposés suivis de périodes de discussion. La durée des séances sera de 1 heure incluant la pause. Le programme est échelonné sur 7 semaines. Ces rencontres auront lieu dans votre centre. Vous aurez à répondre à des questionnaires sous supervision d'une personne ressource et ce, à 3 reprises.

Une fois que vous aurez donné votre consentement, les sujets seront répartis au hasard dans un groupe composé approximativement de 10 personnes. Un premier groupe suivra le programme pendant les 7 semaines et le second groupe les 7 semaines suivantes.

### BÉNÉFICES:

Les bénéfices que vous en retirerez seront d'augmenter vos connaissances personnelles et d'être utile à l'avancement des recherches sur les aînés. Un résumé des résultats de recherche sera remis à chaque participant.

### INCONVÉNIENTS PERSONNELS

#### POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET:

Il n'existe aucun inconvénient découlant de la participation du sujet à cette recherche.

### INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET:

La chercheuse s'engage à répondre à toute question concernant la participation du sujet au projet de recherche.

RETRAIT DE LA PARTICIPATION DU SUJET:

Vous pourrez à tout moment mettre fin à votre participation au projet, simplement en avisant le responsable du projet.

CONFIDENTIALITÉ:

Il est entendu que les informations individuelles recueillies au cours de cette étude demeureront strictement confidentielles.

Je déclare avoir lu et/ou compris les termes de la présente formule.

\_\_\_\_\_  
Signature du répondant

fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire les termes de la présente formule de consentement, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable du projet ou son représentant

fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_.

Coordonnées de la chercheuse responsable du projet de recherche:  
CHRISTINE HENRI (819) 563-0110

Sherbrooke, le 10 janvier 1997

Madame Christine Henri,

Dans le cadre du projet de recherche que vous entreprendrez bientôt aux C.H.S.L.D. Estriade, nous vous autorisons à consulter les dossiers des usagers.

Cette autorisation est assujettie aux règles de confidentialité à respecter en pareil cas.

Nous espérons le tout à votre satisfaction.

Veuillez accepter, Madame, nos meilleures salutations.

Le directeur général par intérim,

  
Benoît Mercier

/gg

c.c. Diane Roberge, D.S.I.

Siège social

**Le Foyer St-Joseph**

611, boul. Queen Nord  
Sherbrooke (Québec)  
J1H 3R6

Téléphone : (819) 564-6655  
Télécopieur : (819) 564-6504

**Le Foyer de Bromptonville**

Case postale 460  
15, rue De la Croix  
Bromptonville (Québec)  
J0B 1H0

Téléphone : (819) 846-2708  
Télécopieur : (819) 846-4328

**La Résidence de l'Estrie**

500, rue Murray  
Sherbrooke (Québec)  
J1G 2K6

Téléphone : (819) 569-5131  
Télécopieur : (819) 822-4102