

# Étude préliminaire d'une intervention non-pharmacologique pour réduire l'agitation verbale chez les personnes atteintes de démence\*

Annick Bédard et Philippe Landreville  
Université Laval, Québec

---

## ABSTRACT

Verbally agitated behaviours are among the behavioural symptoms of dementia most commonly encountered in long-term care facilities. These behaviours may be related to unmet needs that cannot be expressed adequately because of cognitive impairment. The objective of this preliminary study is to assess an intervention, based on the needs of social attention, sensory stimulation, and comfort, for managing verbally agitated behaviours in long-term care demented patients. A multiple baseline case study design was used, with two participants.

## RÉSUMÉ

Parmi les symptômes comportementaux associés à la démence, l'agitation verbale (AV) est l'un des plus répandus en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et pourrait, entre autres, résulter de besoins insatisfaits qui ne peuvent être exprimés adéquatement. Cette étude préliminaire a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention basée sur les besoins d'attention, de stimulation sensorielle et de confort pour réduire l'AV auprès de personnes âgées atteintes de démence sévère résidant en CHSLD. Un protocole à cas unique à niveaux de base multiples a été utilisé auprès de deux participants.

---

\* Cette étude est financée en partie par une bourse de formation de deuxième cycle de recherche en santé humaine du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) accordée au premier auteur ainsi que par une bourse de stage de recherche d'été de premier cycle du FRSQ accordée à madame Guylaine Belzil qui a participé à l'expérimentation.

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

Manuscript received: / manuscrit reçu : 04/04/03

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 30/05/05

**Mots clés:** Agitation; comportements perturbateurs; vocalisations; démence; intervention; aînés

**Keywords:** Agitation; disturbing behaviors; vocalizations; dementia; intervention; attention; elderly

Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à : / Requests for offprints should be sent to:

Annick Bédard

École de psychologie

Université Laval, Québec

Québec G1K 7P4

(annick.bedard.1@ulaval.ca)

---

L'agitation verbale (AV) réfère à des comportements verbaux ou vocaux répétitifs, dérangeants ou inappropriés au contexte dans lequel ils se manifestent. Elle comprend par exemple les cris, la répétition de mots ou de phrases, les demandes constantes d'attention, les injures, le langage agressif, les plaintes, les gémissements, le discours incohérent et le discours adressé à une personne qui n'est

pas visible (Cohen-Mansfield et Werner, 1994). Cette forme d'agitation serait l'une des plus répandue en milieu institutionnel (Cariaga, Burgio, Flynn et Martin, 1991), les taux de prévalence observés variant entre 11 % et 36 % selon les comportements considérés et la méthodologie utilisée (Lai, 1999). Selon certaines études, l'AV est fréquemment rencontrée chez les personnes ayant des déficits cognitifs sévères

(Burgio et al., 1994 ; Cohen-Mansfield et Werner, 1997b ; Friedman, 1992) alors que selon d'autres, elle est surtout manifestée par celles ayant une détérioration modérée des fonctions cognitives (Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal, 1990 ; Cohen-Mansfield et Werner, 1999). Par ailleurs, certains comportements d'AV semblent associés aux déficits cognitifs (par exemple les cris) mais d'autres non (par exemple les requêtes d'attention), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que certains comportements d'AV nécessitent une certaine préservation du niveau de fonctionnement cognitif alors que d'autres peuvent être manifestés malgré un fonctionnement cognitif lourdement altéré (Cohen-Mansfield et Werner, 1994).

Le développement de stratégies de gestion de l'AV est important dans la mesure où ces comportements peuvent réduire la qualité de vie des résidents et provoquer de la détresse chez le personnel soignant (Everitt, Fields, Soumerai et Avorn, 1991), ce qui peut influencer la qualité des soins du résident agité et celle de tous les résidents (Burgio, Scilley, Hardin, Hsu et Yancey, 1996). Plusieurs interventions visant à réduire l'AV ont été évaluées, telles la diminution de la stimulation (Doyon, Lazure et Lévesque, 1993), l'augmentation de la stimulation et l'apport d'attention (Burgio et al., 1996 ; Cohen-Mansfield et Werner, 1997a), l'exposition à de la musique (Casby et Holm, 1994 ; Goddaer et Abraham, 1994), l'enrichissement de l'environnement (Cohen-Mansfield et Werner, 1998) et la modification de comportement (Buchanan et Fisher, 2002 ; Meares et Draper, 1999 ; Wanlass et Culver, 1990). Ces études ont permis d'observer une certaine diminution de l'AV et laissent entrevoir des éléments d'intervention prometteurs dans la gestion de ces comportements, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour supporter leur efficacité. De plus, les interventions évaluées dans la plupart de ces recherches ne découlent pas d'un modèle théorique de l'AV et ne sont pas basées sur les causes présumées de celle-ci (Beck et Vogelpohl, 1999).

Depuis quelques années, certains chercheurs commencent à considérer l'AV comme étant la manifestation de besoins que la personne ne peut exprimer efficacement à cause des déficits causés par la démence (Algase et al., 1996 ; Cohen-Mansfield, 2000). Les connaissances actuelles suggèrent trois catégories de besoins sous-jacentes à l'AV chez les personnes atteintes de démence, soit les besoins de stimulation, d'interaction sociale et de confort. En ce qui concerne les besoins d'interaction sociale et de stimulation, les écrits révèlent une association entre l'AV et le fait d'être seul (Burgio et al., 1994 ; Cohen-Mansfield et Werner, 1995). De plus, l'AV est associée à un environnement peu stimulant et

à l'inactivité ou à l'absence d'activités structurées comme des activités de groupe ou les repas (Cohen-Mansfield, Werner et Marx, 1990 ; Hallberg, Norberg et Eriksson, 1989), activités devant par ailleurs être adaptées à la capacité cognitive du patient (Cohen-Mansfield, 2000 ; 2001). L'inconfort physique et psychologique semble aussi jouer un rôle important dans la manifestation d'AV et se reflète entre autres par son association avec la dépression et la douleur physique (Cohen-Mansfield et Werner, 1994 ; Sloane, Davidson, Knight, Tangen et Mitchell, 1999). De plus, l'augmentation de l'AV constatée avant et pendant les soins quotidiens (Cariaga et al., 1991 ; Cohen-Mansfield, Werner et Marx, 1990) évoque la possibilité de l'utilisation des vocalisations pour affirmer un besoin en lien avec l'hygiène corporelle ou pour éviter une manipulation potentiellement douloureuse du personnel soignant, par exemple lors du bain. Finalement, la fréquence plus élevée d'AV lorsque le résident est restreint peut aussi traduire un inconfort physique ou psychologique (Cariaga et al., 1991 ; Cohen-Mansfield et Werner, 1995 ; Sloane et al., 1999).

Certaines interventions visant à réduire l'inconfort et à augmenter l'apport d'attention et de stimulation montrent une certaine efficacité pour réduire l'AV. Tout d'abord, Cohen-Mansfield et Werner (1997a) observent une réduction plus importante d'AV lors d'une interaction sociale individuelle (56%), d'une exposition à des bandes audio produites par des proches (46%) ainsi d'une exposition à de la musique (31%) comparativement à une condition sans intervention (16%) chez 32 participants. L'interaction sociale individuelle comprend de l'attention (conversation), des exercices moteurs, de la stimulation sensorielle (p. ex. tissus, maquillage, épices, savons) et des activités manuelles (p. ex. collage, casse-tête simples, découpage de coupons). Un traitement médical préalable destiné à identifier et traiter la douleur et les sources d'inconfort physique a permis d'éliminer l'AV chez deux participants. Dans cette étude, il ressort que les interventions comprenant à la fois de la stimulation sensorielle et un contact social, réel ou par l'intermédiaire de bandes vidéo, seraient les plus efficaces pour réduire l'AV.

Des observations en temps réel effectuées avant et après l'exposition à des «bruits blancs», soit des sons monotones et répétitifs, montrent une réduction significative de l'AV pendant la phase d'intervention chez neuf des 13 participants (Burgio et al., 1996). Ces résultats font entrevoir la possibilité de réduire l'AV à l'aide d'une stratégie peu coûteuse et qui ne nécessite pas la présence constante de soignants. Par ailleurs, une thérapie multisensorielle a été utilisée avec succès par Zachow (1984) pour gérer les

vocalisations répétitives d'une résidente désorientée et non communicative. Cette intervention inclut de la musique, de la relaxation par imagerie guidée comprenant des affirmations destinées à augmenter la confiance en soi sur un fond de musique baroque, des techniques de validation consistant à approuver les sentiments sous-jacents aux vocalisations et de la stimulation sensorielle (auditive, visuelle, olfactive, tactile et motrice). Les conclusions de cette étude doivent cependant être considérées avec prudence étant donné l'absence d'utilisation de mesures fiables et valides pour vérifier le changement de comportement.

Il semble donc que chez certaines personnes, la stimulation sensorielle soit associée à une réduction de l'AV alors que chez d'autres patients, l'attention sociale combinée à la stimulation sensorielle constitue la stratégie la plus efficace. De plus, l'examen des variables associées à l'AV suggère que le confort, tant physique que psychologique, soit l'un des besoins sous-jacents à ce type de comportements. Ainsi, une approche intégrant à la fois les composantes d'attention sociale, de stimulation sensorielle et de correction des sources d'inconfort pourrait s'avérer efficace chez un plus grand nombre de personnes manifestant de l'AV et ce, pour une plus longue période de temps étant donné le changement possible des besoins en fonction de l'évolution de la maladie. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une intervention comprenant trois composantes (attention, confort, stimulation sensorielle) pour réduire l'AV chez des patients atteints de démence et résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Nous émettons l'hypothèse que l'intervention aura pour effet de diminuer la fréquence et la durée des comportements d'AV.

## Méthode

### Participants

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

Les quatre autres résidents ont été retirés de l'étude lors de la collecte de données du niveau de base en raison d'une rémission spontanée de l'AV ou la présence d'AV seulement deux ou trois jours pendant la ou les semaines d'observation, limitant la vérification de l'efficacité de l'intervention.

### Mesures

#### *Données descriptives*

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

#### *Sévérité de la démence*

Afin d'évaluer la sévérité de la démence, l'Échelle d'évaluation des démences de Reisberg (EEDR), (Bélanger, 1993), la version française du *Functional Assessment Staging* (FAST), (Reisberg, Ferris et Franssen, 1985), a été complétée par un membre du personnel soignant connaissant bien le participant. Cette échelle comporte une gradation progressive en sept niveaux, le premier niveau indiquant un fonctionnement cognitif normal et le septième étant caractérisé par un état démentiel profond. Le FAST présente des coefficients de corrélation de 0,87 avec le Mini Mental de Folstein, lorsque celui-ci peut être appliqué, ainsi que de 0,83 à 0,93 avec une évaluation clinique. Les coefficients de fidélité interjuges varient entre 0,76 et 0,96 (Reisberg, 1988).

#### *Agitation verbale*

Étant donné le caractère exploratoire de l'étude, une conception très étendue de l'AV a été utilisée et incluait tous les comportements vocaux ou verbaux inappropriés, répétitifs ou dérangeants retrouvés dans les études portant sur l'agitation verbale. Sont retrouvés à la liste des comportements d'AV les cris ; les demandes constantes ou inappropriées d'aide ou d'attention; les plaintes; la répétition de phrases, de mots ou de questions; le négativisme; le discours insensé; l'agression verbale (menaces, injures, colère, jurons); les avances sexuelles verbales; l'émission des bruits étranges (p. ex. grognements, gémissements, marmonnements); les paroles ou chants forts.

#### *Instruments de mesure*

Les comportements verbaux et vocaux ont été enregistrés pendant 30 minutes par jour grâce à un magnétophone placé à proximité du participant, sans toutefois que celui-ci puisse le voir. Afin de s'assurer que les comportements enregistrés étaient ceux émis par le participant, l'observateur principal ou l'expérimentateur demeurait à proximité de celui-ci de sorte à l'entendre et à l'entrevoir sans toutefois se faire voir. La fréquence et la durée des comportements d'AV ont été mesurées par le décodage des bandes audio

à l'aide du logiciel The Observer 3.0 (Noldus Information Technology, 1995). Le logiciel était configuré de sorte qu'une touche du clavier était associée au début d'un comportement d'AV et une autre à sa fin. Une troisième touche représentait le début d'un comportement ne constituant pas de l'AV (comportement « autre ») alors qu'une dernière touche était activée lors de la fin de celui-ci. Le comportement « autre » consistait en l'absence de comportement vocal ou verbal (silence), la manifestation de verbalisations appropriées (p. ex. réponse ou commentaire pertinent en lien avec une question de l'intervenante ou à une source de stimulation) ou tout autre comportement verbal ou vocal non inclut dans la définition de l'AV. Pendant le décodage, les observateurs écoutaient les bandes audio et activaient les touches de l'ordinateur correspondant au comportement manifesté par le participant. Un délai de cinq secondes était respecté avant de considérer le comportement comme étant terminé afin d'éviter que les observateurs soient confrontés à des changements de touches trop fréquents et rapides. Un entraînement à l'utilisation du logiciel ainsi qu'au décodage des bandes audio a été effectué jusqu'à un pourcentage d'accord de 80 % entre les observateurs et ce, lors de trois séances consécutives. Des enregistrements réalisés avant l'application du protocole ont servi à cet entraînement. Une diminution marquée des taux d'accord interjuges a été notée lors de l'introduction de l'intervention pour l'un des participants (M.H). Afin d'augmenter la validité des données, un second entraînement a été effectué et ce, jusqu'à l'atteinte des critères établis lors de l'entraînement initial. Les données finales pour ce participant résultent des observations effectuées après le second entraînement. Afin de vérifier la fidélité des résultats, 25 % des observations ont été effectuées par deux observateurs. Les séquences soumises à l'entente interjuges ont été déterminées au hasard à l'aide de la fonction ALEA.ENTRE.BORNES du logiciel Microsoft Excel (version 2002), qui permet de générer aléatoirement des chiffres compris entre deux bornes spécifiées par l'utilisateur. Chaque séance avait été numérotée et les chiffres générés par le logiciel déterminaient les séances décodées par deux observateurs. Le résultat des accords interjuges révèlent une bonne concordance entre les observateurs. Pour l'un des participants, le pourcentage d'accord moyen est de 94,52 % pour la fréquence (86,67 % à 100 %) et de 89,36 % pour la durée (79,41 % à 100 %). Chez l'autre résident, le pourcentage d'accord moyen se situe à 92,37 % pour la fréquence (90 % à 100 %) et à 83,37 % pour la durée (72,22 % à 100 %). Les observations ont été effectuées en majorité par une étudiante de premier cycle en psychologie et les autres ont été faites par la chercheuse principale. Les ententes

interjuges ont été réalisées par ces deux même observateurs.

#### *Procédure*

Étant donné la détérioration cognitive des participants, le consentement pour la participation à l'étude a été obtenu auprès de leurs représentants. La chercheuse expliquait par la suite au participant potentiel la nature de sa participation afin de lui donner la possibilité de refuser de participer et ce, malgré le consentement de son représentant conformément aux recommandations de Stelmach, Konnert et Dobson (2001).

Un protocole à niveaux de base multiples de type AB a été utilisé. Pour chaque participant, l'enregistrement audio a été effectué à tous les jours pendant 30 minutes au moment de la journée où il manifestait le plus d'AV selon le personnel soignant. Aucune intervention n'a été effectuée durant la phase de niveau de base (A). Un niveau de base de sept jours était prévu pour le premier participant (Mme J.). Cependant, étant donné qu'aucun comportement d'AV n'a été manifesté lors du dernier jour, une journée d'observation a été ajoutée. En raison d'une très grande variabilité dans la série de données, un niveau de base de 15 jours a été effectué pour le second participant. Pour les deux participants, l'intervention était ensuite appliquée lors de sept journées consécutives à raison de 30 minutes par jour et ce, à l'heure où le participant avait été observé pendant le niveau de base (phase B). Durant cette seconde phase, l'enregistrement audio se déroulait durant l'application de l'intervention. L'intervention a été appliquée par la chercheuse principale. Celle-ci ne connaissait pas les participants avant le début de l'étude.

Chaque séance d'intervention était divisée en trois périodes de 10 minutes. Pendant la période d'attention, la thérapeute se présentait au résident, s'informait de son état et discutait avec lui sur un sujet susceptible de l'intéresser. La communication avec le résident était guidée par les recommandations de communication efficace avec les personnes atteintes de démence émises par Toseland et McCallion (1998). Durant la deuxième période, les sources possibles d'inconfort étaient recherchées et corrigées à l'aide d'un membre du personnel soignant. Les questions guidant l'intervenant pour cette tâche étaient les suivantes : Le patient est-il dans la même position depuis longtemps ? Est-il confortable dans la position où il est ? La lumière est-elle insuffisante, trop intense ou aveuglante ? La température de la pièce est-elle trop froide ou trop chaude ? Le patient reçoit-il de l'air sur lui ou est-il situé trop près d'une source de chaleur ? La culotte, la couche ou la literie du

patient sont-elles souillées ? L'environnement est-il trop bruyant ? Le patient a-t-il faim ou soif ? Lui manque-t-il quelque chose ? Finalement, durant la troisième période, une activité de stimulation sensorielle était initiée par la thérapeute. Cette activité était choisie parmi une liste préalablement établie, en tenant compte des intérêts du participant décrits par la famille. Les capacités du résident, telles qu'évaluées par la thérapeute, influençaient aussi le choix de l'activité. De plus, une activité était retirée dans le cas où le participant la rejetait clairement par des gestes ou des paroles. La liste des activités comprenait des tâches de stimulation visuelle (regarder des revues ou des banques d'images sur un ordinateur portable), auditive (écouter de la musique ou des bruits de la nature), olfactive (sentir des produits de bain, des épices ou des huiles) et tactile (manipuler des tissus, une peluche, de la pâte à modeler ou une balle en caoutchouc).

## Résultats

### *Madame J.*

Madame J. est une octogénaire souffrant, selon le dossier médical, de démence frontale et de démence paranoïde associée. Selon l'évaluation du personnel soignant, elle se situait au moment de l'étude, à un stade profond de démence (EEDR=7) et était grabataire. La communication avec cette participante était très difficile. Celle-ci ne répondait que rarement au personnel soignant et à la thérapeute et ces réponses consistaient le plus souvent en un «oui» ou un «non». La plupart du temps, la résidente ne semblait pas réagir à la présence de la thérapeute et n'ouvrait presque jamais les yeux. L'AV manifestée par cette résidente consistait en des cris très forts et constants qui pouvaient parfois durer plusieurs heures et ce, presque tous les jours.

Les observations et les interventions ont été effectuées dans la chambre de la participante, qu'elle partageait avec une autre résidente. Une observation préliminaire a permis de distinguer les vocalisations des deux résidentes. Les sons émis par la participante consistaient en des cris forts, rauques et ne contenant pas de verbalisations intelligibles, ce qui n'était pas le cas de sa compagne de chambre. La plupart du temps, cette dernière dormait pendant la période d'intervention effectuée auprès de la participante. La correction des sources d'inconfort prenait principalement la forme de soins de base systématiques faits par le personnel soignant (brève toilette, changement de la culotte d'incontinence, repositionnement). L'intervention avait lieu tout de suite après le dîner, ce qui réduisait la possibilité que la patiente ait faim. Étant donné l'importance de la détérioration

fonctionnelle et cognitive et l'absence presque totale de réaction à la présence de la thérapeute, peu d'activités de stimulation étaient réalisables. La stimulation auditive (musique classique et bruits de la nature) a donc été choisie pour cette participante puisque cela lui permettait d'être exposée à la stimulation sans nécessiter une participation active.

La figure 1 illustre la fréquence et la durée des comportements d'AV observés quotidiennement. L'analyse graphique et l'examen des moyennes dénotent une diminution de l'AV lors de l'introduction de l'intervention (voir le tableau 1). Le pourcentage de changement calculé sur les moyennes de fréquence de l'AV ( $(A-B / A * 100)$ ) montre une réduction de 19,48% lors de l'introduction de l'intervention. Étant donné qu'une grande variabilité des données, telle que celle observée ici, peut limiter les conclusions tirées à partir des moyennes (Ottenbacher, 1986), un examen des médianes est aussi effectué. Une réduction marquée de la fréquence médiane (94,74% ) est constatée lors de l'application de l'intervention. En ce qui concerne la durée, l'analyse graphique suggère une réduction de l'AV pendant la phase d'intervention, ce qui est confirmé par l'examen des moyennes et des médianes. Une diminution de 54,78% de la durée moyenne et de 96,83 % de la durée médiane est observée pendant l'intervention. En l'absence d'auto-corrélation entre les données (évaluée avec le test de Bartlett), des tests statistiques standards ont pu être réalisés (Gorman et Allison, 1996). Le peu de données récoltées, l'absence de normalité dans la série de données pour la fréquence et la durée de l'AV ainsi que l'absence d'homogénéité de la variance pour la durée limitant l'utilisation de tests paramétriques, le test non paramétrique de Mann-Whitney a été effectué afin de comparer les deux phases du protocole. Un niveau alpha de ,05 est utilisé. Aucune différence significative n'est constatée entre les phases A et B, tant pour la fréquence que la durée. Malgré l'absence de signification statistique, les durées moyennes et médianes ont été réduites de plus de moitié.

### *Monsieur H.*

Monsieur H. est un octogénaire résidant en CHSLD depuis trois ans et six mois ayant un diagnostic de démence vasculaire. Selon l'infirmière, il se situait au stade six (6) de l'EEDR, indiquant un état démentiel marqué. Il était totalement dépendant du personnel soignant pour les AVQ. Il n'était pas ambulant et demeurait le jour en fauteuil gériatrique. Monsieur H. avait été référé pour la répétition constante de la même prière, des demandes d'attention et des cris occasionnels. Au niveau de base, seule la répétition

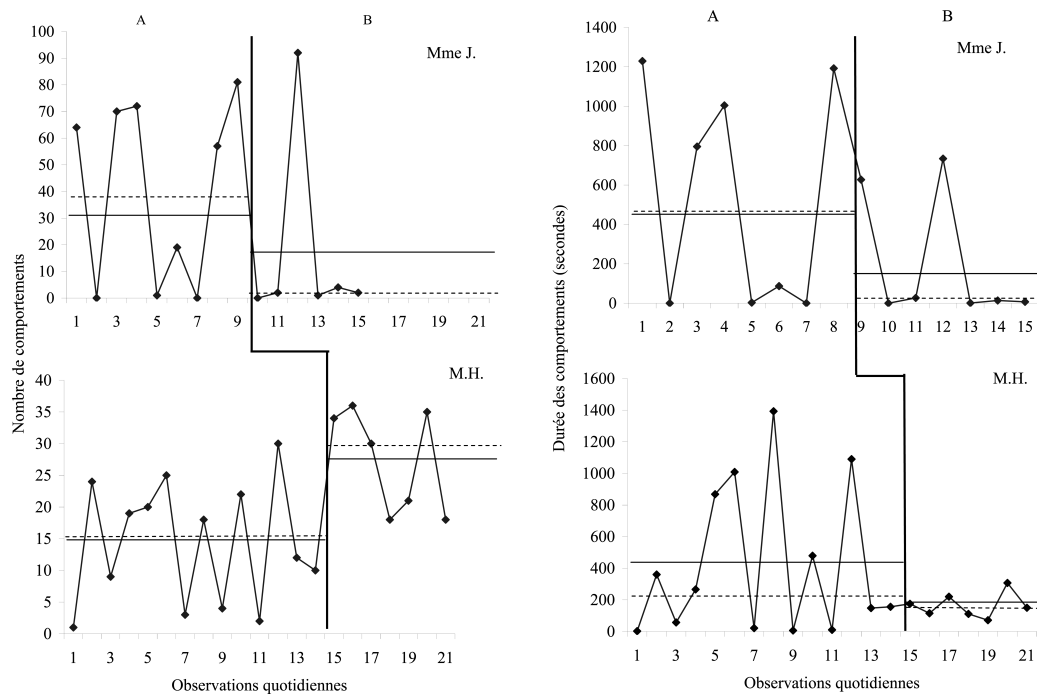


Figure 1: Fréquence (graphique de gauche) et durée en secondes (graphique de droite) des comportements d'agitation verbale lors de chacune des observations quotidiennes. Les lignes horizontales pleines représentent les moyennes de la fréquence et de la durée des comportements et les lignes pointillées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

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

Phase	Fréquence					Durée				
	M	ET	Mdn	Somme des rangs	U	M	ET	Mdn	Somme des rangs	U
Niveau de base <sup>a</sup>	32,29	34,75	38	63,50		445,43	543,02	441	72,00	
Intervention <sup>b</sup>	26,00	41,47	2	56,50		201,43	328,85	14	48,00	
					27,50					20,00

Nota : Les résultats au test de Mann-Whitney ne sont pas significatifs.

<sup>a</sup>  $n = 8$  ; <sup>b</sup>  $n = 14$

de la prière a été observée sous la forme d'un marmonnement pouvant être entendu jusque dans le corridor. Pendant l'intervention, Monsieur H. manifestait aussi parfois un discours insensé. Les observations effectuées au niveau de base se déroulaient dans le corridor ou dans la chambre du participant. L'intervention était réalisée dans la chambre. Le compagnon de chambre du participant était absent pendant les observations et les interventions.

M.H. étant capable de répondre à des questions simples sur son confort, l'identification des sources d'inconfort a été effectuée en lui posant directement les questions mentionnées dans la procédure. Pour la composante de stimulation sensorielle, trois activités

ont été principalement utilisées, en fonction des informations obtenues auprès de l'épouse du résident ainsi que de l'intérêt manifesté par ce dernier aux différentes activités de stimulation. Ces activités étaient : regarder des revues de rénovation et de menuiserie (le résident était charpentier-menuisier de métier) ; regarder des banques d'image d'animaux sur un ordinateur portable (il avait habité sur une ferme) ; écouter des bruits de la nature (il venait de la campagne). Les stimulations tactiles ont été écartées car le participant les rejetait systématiquement. La revue n'a été utilisée que pour les deux premières interventions puisque le résident les rejetait rapidement. Les banques d'images ont été utilisées lors des

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

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

<sup>a</sup>  $n = 14$ ; <sup>b</sup>  $n = 7$ ; \*  $p < 0,05$

trois sessions suivantes. Par la suite, le participant a manifesté clairement son désintérêt pour l'activité. Les bruits de la nature ont donc été employés pour les deux dernières rencontres.

L'examen des graphiques, des moyennes et des médianes (voir la figure 1) suggère une augmentation de la fréquence des comportements d'AV pendant l'intervention ainsi qu'une diminution de la durée ayant débuté lors des derniers jours du niveau de base (voir le tableau 2). La fréquence moyenne subit une augmentation de 93,03 % lors de l'introduction de l'intervention, ce qui est similaire à l'augmentation de la fréquence médiane (100 %). Les durées moyennes et médianes diminuent quant à elles de 60,82 % et 40,67 % respectivement pendant l'intervention comparativement au niveau de base. Les résultats du test de Mann-Whitney révèlent une différence significative de la fréquence entre le niveau de base et la phase d'intervention ( $U = 15,50$ ,  $p < 0,05$ ). Aucune différence statistiquement significative n'est constatée pour la durée. De plus, quoique importantes, soit au-dessus de 40 %, la réduction de la durée ne peut être attribuée clairement à l'intervention puisqu'elle a débuté durant les derniers jours du niveau de base.

## Discussion

L'objectif de cette étude consistait à évaluer l'efficacité d'une intervention comprenant de l'attention, du confort et de la stimulation sensorielle pour réduire l'AV chez des personnes âgées atteintes de démence résidant en CHSLD. Selon les résultats obtenus, l'intervention évaluée a montré une certaine efficacité pour réduire la fréquence et la durée de l'AV chez l'un des participants (Mme J.), bien que les différences observées ne soient pas statistiquement significatives. Chez l'autre participant, l'intervention s'est avérée peu efficace puisqu'elle est associée à un accroissement de la fréquence de l'AV. De plus, le changement observé dans la durée de l'AV ne peut être attribuable de façon certaine à l'intervention puisque la diminution a débuté pendant les derniers jours du niveau de base. L'analyse graphique ainsi que les données

descriptives font aussi ressortir, pour les deux participants, une grande fluctuation dans la série de données. Cette variabilité pourrait être due, entre autres, à l'observation des participants pendant un laps de temps très restreint lors de chacune des journées. Des observations tenant compte du comportement des résidents sur une période de temps plus étendue pourrait donner lieu à une fluctuation plus réduite de l'AV. L'examen des écarts types permet par ailleurs de constater que la variabilité du comportement semble affectée par la phase du protocole. Chez Monsieur H. particulièrement, la variabilité de la durée de l'AV subit une réduction très marquée lors de l'introduction de l'intervention ( $ET = 474,17$  en A et  $79,33$  en B). Il semble donc que l'intervention puisse avoir pour effet de restreindre la fluctuation de l'AV chez au moins l'un des participants. L'importance clinique de ce résultat demeure toutefois à explorer.

Bien que non significative, la réduction de la durée de l'AV chez Madame J. s'avère marquée (54,78 %) et très similaire au taux de changement observé par Cohen-Mansfield et Werner (1997a) lors d'une intervention d'interaction sociale comprenant de l'attention et des activités de stimulation (56 %). Doyon, Lazure et Lévesque (1993) ont quant à eux observé une diminution de la durée des cris de 51 % chez leur participante pendant la période de 12 h à 19 h, en administrant une intervention incluant une réduction des sources d'anxiété et d'inconfort, de la stimulation et l'augmentation des opportunités d'expression verbale. L'intervention chez Madame J. dans cette présente étude était effectuée entre 13 h et 13 h 30, période pendant laquelle la durée des cris a subit une diminution de 54,78 %. D'autre part, le manque d'efficacité chez l'un des participants (M.H.) est consistant avec d'autres études qui rapportent que certains participants n'ont pas bénéficié de l'intervention évaluée (Burgio et al., 1996 ; Doyle, Zapparoni, O'Connor et Runci, 1997).

Contrairement à ce qui était attendu, l'intervention semble avoir eu pour effet d'accroître significativement

la fréquence de l'AV chez l'un des participants (M.H.). Cet accroissement pourrait être attribuable à la division de l'AV en plusieurs manifestations plus brèves pendant l'intervention par rapport au niveau de base. De plus, il est possible que l'augmentation notée puisse être due au fait que l'intervention amenait le résident à verbaliser davantage, ces verbalisations étant parfois insensées étant donné la désorientation causée par la démence. Or, ce comportement ne semblait pas vraiment dysfonctionnel à la thérapeute. Une redéfinition du concept d'AV afin d'y inclure seulement les comportements réellement dysfonctionnels serait souhaitable et devrait être effectuée en collaboration avec des soignants oeuvrant auprès de résidents verbalement agités. D'autres hypothèses peuvent aussi expliquer l'augmentation de la fréquence de l'AV chez ce participant. Ainsi, l'AV pourrait être causée par une sur-stimulation et par conséquent, l'intervention aurait eu pour effet d'accroître l'excès de stimulation déjà présent dans l'environnement. Par ailleurs, des caractéristiques personnelles pourraient avoir influencé la réaction à l'intervention. À cet effet, Cohen-Mansfield et Werner (1998) ont constaté que l'AV augmentait pendant une interaction sociale chez trois participants ayant une personnalité difficile, des habiletés sociales limitées et des relations réduites avec le personnel soignant et les proches. Des études précisant la présence et le rôle de variables modératrices de la réponse aux interventions permettraient de cibler plus efficacement les stratégies de gestion de l'AV à appliquer. À cet effet, le type de comportement d'AV (p. ex. cris vs demandes constantes d'attention), le type de démence (démence frontale vs démence de type Alzheimer ou vasculaire), le degré d'atteinte cognitive, la personnalité ainsi que le comportement prémorbide doivent être contrôlés.

Les diminutions de l'AV observées chez Madame J. soulignent la pertinence de répondre aux besoins des patients agités et, tel qu'énoncé par le modèle d'Algase et al. (1996), de considérer l'AV non pas comme des comportements inefficaces et dysfonctionnels mais comme la réponse la plus adéquate que peut fournir la personne à l'insatisfaction de ses besoins compte tenu des déficits cognitifs. Par ailleurs, l'efficacité mitigée de l'intervention et la présence de différences individuelles dans la réponse au traitement révèlent l'importance de considérer d'autres facteurs en plus des besoins d'attention, de confort et de stimulation. Le modèle d'Algase inclut d'ailleurs des facteurs prédisposants neurologiques (lésions cérébrales, déséquilibres neurochimiques et des rythmes circadiens), cognitifs (attention, mémoire, habiletés visuo-spatiales et langagières), psychologiques (genre, éducation, occupation, personnalité, stressors) et de santé (santé générale,

habiletés fonctionnelles, état affectif) en plus de facteurs précipitants personnels (état émotionnel, besoins physiologiques, performance fonctionnelle) et environnementaux (social et physique) dans sa conception de l'étiologie de l'agitation. Étant donné la diversité des facteurs impliqués dans la manifestation d'AV, une intervention à composantes multiples telle que celle proposée comporte l'avantage de pouvoir s'adresser à plusieurs d'entre eux de façon simultanée.

Cette étude préliminaire présente certes plusieurs limites. Tout d'abord, la présence d'un biais lors du décodage des bandes audio est envisageable dans la mesure où les observateurs n'étaient pas aveugles aux hypothèses de l'étude et l'implication de l'expérimentateur dans l'observation de certaines bandes audio. La sévérité de la méthode de calcul des ententes interjuges réduit la possibilité d'un effet majeur à ce niveau, bien qu'elle ne puisse l'éliminer. En effet, un écart de maximum cinq secondes était toléré pour considérer un comportement comme ayant été détecté par les deux observateurs et une marge d'erreur d'une seconde a été établie pour vérifier l'accord sur la durée des épisodes d'AV. D'autre part, l'emploi d'un protocole à cas unique limite la généralisation des résultats. L'évaluation de l'intervention auprès d'un nombre plus important de participants est nécessaire afin de déterminer son taux de succès. Par ailleurs, une mesure de validation sociale devrait également être ajoutée afin de vérifier l'importance clinique des résultats. Une procédure incluant l'observation d'enregistrements effectués immédiatement avant, pendant et après l'intervention pourraient être utilisées. Les observations devraient être effectuées par des juges aveugles aux hypothèses de recherche (Foster et Mash, 1999).

Compte tenu des changements observés, il est donc possible que l'AV soit associée en partie aux besoins d'attention, de stimulation et/ou de confort chez au moins l'un des deux participants. Les résultats de cette étude justifient donc une évaluation plus étoffée de l'intervention proposée afin de clarifier son effet sur la fréquence et la durée des comportements d'AV. Certaines modifications pourraient être apportées à l'intervention afin d'améliorer son efficacité. Par exemple, une implication plus importante du personnel infirmier ou la présence d'un ergothérapeute permettrait de cibler et de corriger de façon plus adéquate les sources d'inconfort. Par ailleurs, l'intervention pourrait être davantage individualisée. Le choix des modalités d'intervention à appliquer pourrait être basé sur les résultats d'une analyse fonctionnelle visant à identifier de façon plus précise les besoins insatisfaits de chaque personne. Enfin, une approche basée sur la satisfaction des besoins



et sur le principe que l'AV constitue une tentative de communication de la part de la personne ayant des déficits cognitifs sévères s'avère prometteuse dans la mesure où elle vise non seulement la réduction de la détresse des soignants mais aussi, et surtout, l'augmentation du bien-être des patients.

## Références

- Algase, D.L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11, 1–19.
- Beck, C.K. et Vogelpohl, T.S. (1999). Problematic vocalizations in institutionalized individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(9), 17–26.
- Bélanger, M. (1993). *Agitation et atteinte cognitive. Étude transversale en établissement d'hébergement*. Mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Québec, Québec, Canada.
- Buchanan, J.A. et Fisher, J.E. (2002). Functional assessment and noncontingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 99–103.
- Burgio, L., Scilley, K., Hardin, M., Hsu, C. et Yancey, J. (1996). Environmental « white noise » : An intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 51B, 364–373.
- Burgio, L., Scilley, K., Hardin, M., Janosky, J., Bonino, P., Slater, S.C. et al. (1994). Studying disruptive vocalization and contextual factors in the nursing home using computer-assisted real-time observation. *Journal of Gerontology*, 49(5), 230–239.
- Cariaga, J., Burgio, L., Flynn, W. et Martin, D. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 501–507.
- Casby, J.A. et Holm, M.B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48, 883–889.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Use of patient characteristics to determine non-pharmacologic interventions for behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Supp1.1), 373–380.
- Cohen-Mansfield, J. (2001, May/June). Managing agitation in elderly patients with dementia [Rapport special]. *Geriatric Times*, 2, disponible au <<http://www.geriatrictimes.com/g010533.html>>, consulté le 6 août 2001.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. et Rosenthal, A.S. (1990). A description of agitation in nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44, M77-M84.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1994). Verbally disruptive behaviors in elderly persons: A Review. Dans B.J. Vellas, J.L. Albaredo et P.J. Garry (Éds.), *Facts and research in Gerontology: Dementia and cognitive impairments* (p. 73–89). New York : Springer.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: an integrative summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10, 32–39.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1997a). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A, M369-M377.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1997b). Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1079–1091.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1998). Determinants of the effectiveness of one to one social interactions for treating verbally disruptive behaviors. *Journal of Mental Health and Aging*, 4, 323–334.
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1999). Longitudinal predictors of non-aggressive agitated behaviors in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 831–844.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. et Marx, M.S. (1990). Screaming in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 785–792.
- Doyle, C., Zapparoni, T., O'Connor, D. et Runci, S. (1997). Efficacy of psychosocial treatments for noisemaking in severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 9, 405–422.
- Doyon, J., Lazure, H. et Lévesque, L. (1993). Les cris répétés. *L'infirmière canadienne*, 89, 42–44.
- Everitt, D.E., Fields, D.R., Soumerai, S.S. et Avorn, J. (1991). Resident behavior and staff distress in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 792–798.
- Foster, S.L. et Mash, E.J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308–319.
- Friedman, R., Gryfe, C.I., Tal, D.T. et Freedman, M. (1992). The noisy elderly patient: Prevalence, assessment, and response to the antidepressant doxepin. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, 187–191.
- Goddaer, J. et Abraham, I.L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 150–158.

- Gorman, B.S. et Allison, D.B. (1996). Statistical alternatives for single-case designs. Dans P.D. Franklin et D.B. Allison (Éds.), *Design and analysis of single-case research* (p. 159–214). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hallberg, I.R., Norberg, A. et Eriksson, S. (1989). A comparison between the care of vocally disruptive patients and that of other residents at psychogeriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 410–416.
- Lai, C.K.Y. (1999). Vocally disruptive behaviors in people with cognitive impairment : Current knowledge and future research directions. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14, 172–180.
- Meares, S. et Draper, B. (1999). Treatment of vocally disruptive behaviour of multifactorial aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 285–290.
- Noldus Information Technology (1995). The Observer, base package for the Macintosh, (Version 3.0) [Logiciel informatique et manuel de référence]. Wageningen, The Netherlands.
- Ottenbacher, K.J. (1986). *Evaluating clinical change strategies for occupational and physical therapist*. Baltimore: Williams et Wilkins.
- Reisberg, B., Ferris, S.H. et Franssen, E. (1985). An ordinal functional assessment tool for Alzheimer's-type dementia. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 593–595.
- Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 653–659.
- Sloane, P.D., Davidson, S., Knight, N., Tangen, C. et Mitchell, C.M. (1999). Severe disruptive vocalizers. *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 439–445.
- Stelmach, L., Konnert, C. et Dobson, K. (2001). Obtaining informed consent from continuing care residents: Issues and recommendations. *Canadian Journal on Aging*, 20(3), 385–406.
- Toseland, R.W. et McCallion, P. (1998). *Maintaining communication with persons with dementia*. New York: Springer.
- Wanlass, W. et Culver, S. (1990). *Behavior modification in a demented nursing home patient*. Communication présentée au congrès annuel de l'American Geriatric Society/American Federation for Aging Research, Atlanta, GA.
- Zachow, K.M. (1984). Helen, can you hear me? *Journal of Gerontological Nursing*, 10, 18–22.