

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA

UMI[®]
800-521-0600

STÉPHANIE DESLAURIERS

VALIDATION DE L'INVENTAIRE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

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

ECOLE DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITE LAVAL

AVRIL 1999

© Stéphanie Deslauriers, 1999



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-41886-3

Canada

Résumé

Le but de ce mémoire est d'évaluer les qualités psychométriques d'un instrument de langue française servant à mesurer l'agitation chez des personnes âgées vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) est la version française du «Cohen-Mansfield Agitation Inventory». L'IACM a été administré aux résidents de trois unités de soins d'un CHSLD (N = 99). Les résultats indiquent que la fidélité inter-juge (r de Pearson = .72), la stabilité temporelle (r de Pearson = .72), la consistance interne (alpha de Cronbach de .75 à .77), la validité concomitante (r de Pearson = .74) et la validité de construit (toutes les corrélations sont significatives à $p < .05$) de l'IACM sont acceptables. L'IACM s'avère donc un instrument valide et fidèle pour la mesure de l'agitation en CHSLD.

AVANT-PROPOS

Plusieurs personnes ont collaboré plus ou moins directement à l'accomplissement de ce mémoire. Leur aide et leur soutien m'ont été essentiels afin de persévérer et d'arriver enfin au bout. Je tiens à les en remercier.

Tout d'abord, Philippe Landreville, mon directeur de recherche. Ses conseils judicieux pour la recherche et la rédaction ainsi que sa disponibilité et ses encouragements constants m'ont été précieux.

En second lieu, je tiens à remercier ceux qui ont collaboré directement à l'étude : plusieurs de mes collègues du laboratoire, les coauteurs de l'article ainsi que certains membres du personnel du Pavillon St-Augustin.

Un merci tout spécial à mes parents, pour leur amour, leur confiance, leur support moral et financier.

Je veux souligner l'importance de ceux qui ont joué un rôle indirect et plus personnel. Valérie et Frédéric qui mettent de l'action et de l'humour dans ma vie. Nathalie, Christian W. et Christian B. qui ont été présents tout au long de mes études de maîtrise autant pour prendre du bon temps que pour discuter «scientifiquement». Caroline, Maude, Rémi et Eric à qui j'ai pu confier mes bons coups comme mes difficultés. Finalement, Paul qui m'a soutenue dans «les derniers miles», qui m'encourage à rêver et m'aide à aller au bout de mes rêves.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES ANNEXES.....	vii
CHAPITRE I	Introduction
1.1	Introduction.....2
1.2	Définition de l'agitation.....2
1.3	Importance du problème.....4
1.3.1	Prévalence.....4
1.3.2	Effets négatifs.....6
1.4	Variables associées.....7
1.5	La mesure de l'agitation.....9
1.6	But et pertinence de l'étude.....14
1.7	Méthodologie.....15
CHAPITRE II	Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (article)
2.1	Page titre.....17
2.2	Résumé.....18
2.3	Abstract.....19
2.4	Remerciements.....20
2.5	Introduction.....21
2.6	Méthode.....28

2.6.1 Sujets.....	28
2.6.2 Instruments.....	28
2.6.2.1 Version française du CMAI.....	28
2.6.2.2 Problèmes de comportement et dépression	29
2.6.2.3 Perte d'autonomie.....	30
2.6.2.4 Atteinte cognitive.....	31
2.6.3 Procédure.....	32
2.7 Résultats.....	32
2.7.1 Données descriptives.....	32
2.7.2 Fidélité.....	33
2.7.3 Validité.....	34
2.8 Discussion.....	35
2.9 Références.....	41
2.10 Tableau 1.....	47
2.11 Tableau 2.....	48
2.12 Titre de la Figure 1.....	49
2.13 Figure 1.....	50
2.14 Appendice.....	51
CHAPITRE III Conclusion	
3.1 Conclusion.....	54
3.2 Résultats.....	54
3.3 Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures.....	56

Références58

ANNEXES.....65

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I Cohen-Mansfield Agitation Inventory - CMAI
 (version originale)
- ANNEXE II Fiche signalétique
- ANNEXE III Inventaire révisé des problèmes de comportements
 et de mémoire - IRPCM
- ANNEXE IV Grille d'évaluation de l'autonomie dans les AVQ-
 SMAF
- ANNEXE V Echelle d'évaluation des démences de Reisberg -
 EEDR

CHAPITRE I

Introduction

1.1 Introduction

L'agitation chez les personnes âgées est un problème majeur autant par sa prévalence que par ses effets sur les personnes agitées et leur entourage. Ce phénomène préoccupe de plus en plus les professionnels des milieux institutionnels qui le rencontrent quotidiennement. La mesure de l'agitation est donc primordiale pour documenter les comportements agités et évaluer les interventions visant à les réduire. Ce premier chapitre présente la problématique de la mesure de l'agitation chez les personnes âgées vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Il sera d'abord question de la définition de l'agitation, de sa prévalence, de ses conséquences et des variables associées. La mesure de l'agitation sera abordée par la suite en présentant les différents types d'instruments existants. L'énoncé des objectifs de l'étude et de sa pertinence suivra et le chapitre se terminera par une présentation de la méthodologie utilisée.

1.2 Définition de l'agitation

Disposer d'une définition claire et consensuelle de l'agitation est essentiel pour son étude scientifique. Or, plusieurs auteurs ont utilisé différentes définitions de l'agitation ou encore ont utilisé différents termes comme «comportements perturbateurs» ou «troubles de comportement» pour désigner le même phénomène. Comme l'ont mentionné

Weinrich, Egbert, Eleazer et Haddock (1995), cette diversité dans la définition du concept amène une grande variation dans les résultats de recherche, entre autres au niveau des études sur la prévalence et les facteurs associés à l'agitation.

Cohen-Mansfield et Billig (1986) ont noté ce besoin d'une définition opérationnelle et ont défini l'agitation comme une activité verbale, vocale ou motrice jugée inappropriée et qui ne s'explique pas par les besoins ou la confusion comme tels. L'activité en cause peut être jugée inappropriée s'il s'agit d'un comportement abusif ou agressif envers soi ou les autres, si ce comportement est présent à une fréquence inappropriée ou s'il ne correspond pas aux normes dictées par la situation spécifique. Evidemment, les auteurs reconnaissent qu'un besoin peut être sous-jacent à toutes les manifestations d'agitation. Cependant, le besoin n'est pas apparent pour l'observateur.

Il est à noter que l'agitation n'est pas un terme diagnostique, mais représente un groupe de symptômes qui peuvent refléter un trouble tel que la démence, la dépression ou l'anxiété (Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal, 1989). De plus, l'agitation consiste en un ensemble de comportements regroupés en différents syndromes. Deux analyses factorielles indépendantes (Cohen-Mansfield et al., 1989; Miller, Snowdon et Vaughan, 1995) ont regroupé un ensemble de comportements agités en trois facteurs : l'agitation verbale (par exemple : répétition de phrases ou de questions, se plaindre,

négativisme), l'agitation physique sans agressivité (par exemple : faire les cent pas, habillage ou déshabillage inapproprié, turbulence générale) et les comportements agressifs (par exemple : frapper, pousser, égratigner).

1.3 Importance du problème

1.3.1 Prévalence

Comme il a été mentionné précédemment, les taux d'agitation varient beaucoup d'une étude à l'autre selon la définition de l'agitation, la mesure employée et la population étudiée. Dans une étude d'envergure, Zimmer, Watson et Treat (1984) ont rapporté une prévalence d'agitation de 64,2%, soit 41,6% de problèmes de comportements modérés et 22,6% de problèmes graves. Ces données ont été recueillies auprès de 1139 résidents d'établissements d'hébergement de l'état de New York à partir du dossier médical des sujets et de questionnaires remplis par le personnel soignant.

La plus faible prévalence d'agitation, 26,4%, a été rapportée par Jackson et al. (1989) dans une recherche effectuée auprès de 3351 résidents d'établissements d'hébergement du Rhode Island. Jackson et ses collègues ont utilisé le terme «comportements perturbateurs» pour leur étude. Ces comportements incluaient l'émission de bruits, les comportements abusifs ou agressifs, l'errance et autres (déshabillage inapproprié, vol, résistance aux soins,

incapacité d'éviter des dangers simples). Les données ont été recueillies principalement par entrevues avec les résidents, consultation du personnel soignant et lecture du dossier médical.

Une troisième étude importante est celle réalisée par Cohen-Mansfield et al. (1989) auprès de 408 résidents d'un établissement d'hébergement. La cueillette de données a été faite par entrevue avec le personnel soignant connaissant bien les résidents. L'entrevue consistait à définir la fréquence de différents comportements d'agitation à l'aide du Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI; Cohen-Mansfield et al., 1989). Les auteurs rapportent que 93% des résidents ont présenté au moins un comportement d'agitation par semaine.

Enfin, une dernière étude qui mérite d'être mentionnée est celle de Bélanger (1993) qui a été effectuée auprès de 489 résidents de quatre CHSLD de Québec. La définition de l'agitation adoptée dans cette étude est celle donnée par Cohen-Mansfield et Billig (1986). Les données ont été recueillies par le personnel soignant à la fin de périodes de deux heures chacune, soit 84 périodes de deux heures réparties sur une semaine. Le critère retenu pour la présence d'agitation était la manifestation d'un ou plusieurs comportements d'agitation physique ou verbale avec ou sans agressivité au cours d'au moins une des 84 périodes d'observation. La prévalence obtenue était de 67,1%.

Beck, Rossby et Baldwin (1991) ont, pour leur part, recensé différentes études sur les comportements perturbateurs en milieu institutionnel. Les études recensées comportaient au total 5650 sujets et la moyenne de la prévalence des comportements d'agitation dans ces différentes études s'élevait à 42,8%. Il est à noter que toutes ces études de prévalence sont basées sur le rapport rétrospectif des soignants. Cette méthode peut comporter différents biais : le rappel d'un comportement agité peut dépendre du degré auquel il dérange le soignant, de la disponibilité du soignant à observer le comportement durant son travail ou même de ce que le soignant considère comme de l'agitation.

1.3.2 Effets négatifs

L'agitation chez les personnes âgées est un problème qui préoccupe les intervenants des milieux gériatriques étant donné l'impact qu'a l'agitation sur la vie de la personne agitée et de ceux qui l'entourent. Cohen-Mansfield (1986) a souligné que la présence d'agitation contribue à détériorer la qualité de vie dans la communauté et augmente la probabilité que la personne doive être admise en CHSLD. En effet, l'agitation représente un facteur de stress pour l'aidant naturel et augmente le besoin de soins et d'attention de la personne agitée. Le fardeau peut devenir trop lourd à porter pour l'aidant naturel. Pour les personnes qui vivent déjà en CHSLD,

l'agitation a des effets néfastes sur la qualité des soins (Chrisman, Tabar, Whall et Booth, 1991; Cohen-Mansfield et Billig, 1986). Le personnel soignant tente d'éviter le résident agité et porte de moins en moins attention à ses demandes. Chrisman et al. ont rapporté que l'agitation chez les résidents fait augmenter le risque d'épuisement professionnel chez le personnel soignant et entraîne une escalade de comportements violents, donc un danger pour la personne âgée elle-même et les personnes qui la côtoient. Aussi, l'agitation présente des risques pour la santé de la personne puisqu'elle est souvent reliée à une fréquence plus élevée de chutes et une moins bonne qualité du sommeil (Gerdner et Buckwalter, 1994). De plus, étant donnée la proximité des bénéficiaires dans un CHSLD, le bénéficiaire agité peut être dérangeant pour ses voisins et leurs visiteurs.

1.4 Variables associées

Plusieurs études ont tenté d'identifier les variables associées à l'agitation. Des études ont documenté le lien entre l'agitation et les facteurs médicaux et psychiatriques (Cohen-Mansfield, Billig, Lipson, Rosenthal et Pawlson, 1990; Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal, 1990; Zimmer et al., 1984), les facteurs sociaux (Cohen-Mansfield et Marx, 1992), les expériences passées (Cohen-Mansfield et Marx, 1989) et les facteurs démographiques (Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal,

1989; Jackson et al., 1989; Zimmer et al., 1984). La variable la plus souvent reliée positivement à l'agitation est l'atteinte cognitive (Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal, 1990; Jackson et al., 1989; Zimmer et al., 1984). D'ailleurs, plusieurs auteurs se sont intéressés spécifiquement à l'agitation chez les personnes présentant une démence (Chrisman et al., 1991; Gerdner et Buckwalter, 1994; Mungas, Weiler, Franzi et Henry, 1989; Rapp, Flint, Hermann et Proulx, 1992; Taft et Cronin-Stubbs, 1995; Teri et al., 1992). Deux autres variables associées à l'agitation en CHSLD sont la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, Billig et al., 1990; Jackson et al., 1989) et la dépression (Cohen-Mansfield, Billig et al., 1990; Zimmer et al., 1984).

Cohen-Mansfield, Marx et Werner (1992) ont apporté des nuances dans les relations entre l'agitation et les trois variables mentionnées précédemment. Ils ont examiné ces relations séparément pour l'agitation verbale, l'agitation physique sans agressivité et l'agitation avec agressivité. Ainsi, la détérioration cognitive est plus fortement reliée à l'agitation physique sans agressivité et aux comportements agressifs qu'à l'agitation verbale. De même, la perte d'autonomie dans les AVQ est plus élevée chez les individus présentant des comportements agressifs et de l'agitation verbale que chez ceux présentant de l'agitation physique sans

agressivité. Finalement, en étudiant les types d'agitation séparément, la dépression se retrouve de façon significative seulement chez les personnes présentant de l'agitation verbale. Malgré ce dernier résultat, les auteurs ont trouvé que la relation entre la dépression et l'agitation générale demeure significative.

1.5 La mesure de l'agitation

L'évaluation des problèmes de comportement peut servir différents objectifs. Pour Zaudig (1996), cette évaluation peut aider à l'établissement d'un diagnostic. Par exemple, le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) fait référence à certaines manifestations comportementales dans la description des caractéristiques et troubles associés à la démence. Le diagnostic de démence est précisé par les sous-types suivants : (a) avec délirium, (b) avec idées délirantes, (c) avec humeur dépressive ou (d) non compliquée. De plus, la spécification avec perturbation du comportement peut s'appliquer à ces sous-types. L'évaluation peut aussi servir à mesurer la sévérité des comportements agités. La plupart des instruments existant répondent à ce besoin. L'évaluation de la sévérité des comportements est utile pour observer l'évolution des comportements et l'efficacité des traitements. Différentes méthodes existent pour évaluer l'agitation : impression générale donnée par un médecin ou un chercheur, questionnaire

rempli par quelqu'un qui connaît bien la personne âgée ou observation (Cohen-Mansfield, 1991a). Plus récemment, certains dispositifs mécaniques ont également été mis au point pour mesurer l'agitation (Cohen-Mansfield, 1996).

Cohen-Mansfield (1991a) indique que la méthode par impression générale est la plus souvent employée. Le médecin ou chercheur note la présence d'agitation et donne son impression sur la réponse de la personne au traitement. Cette méthode, quoique simple et économique, demeure imprécise et peu fiable pour la recherche scientifique.

Les questionnaires à remplir par une personne qui connaît bien le résident offrent généralement une plus grande fiabilité des résultats, la plupart des questionnaires ayant fait l'objet d'études psychométriques. Ces instruments sont peu coûteux et souvent simples à administrer. Cependant, ces questionnaires sont des mesures rétrospectives de l'agitation. La personne qui complète le questionnaire se base sur les dernières semaines et se fie à sa mémoire ou aux dossiers, ce qui peut amener un biais dans la mesure.

La technique de mesure par observation procure des résultats fiables puisque la cueillette de données est moins susceptible d'être biaisée par la mémoire ou la perception de la personne qui évalue comme dans le cas des questionnaires rétrospectifs ou de l'impression générale. Un chercheur observe la personne dans son milieu de vie pendant une période

donnée et enregistre les comportements agités sur une grille d'observation ou un ordinateur. L'observation peut se faire directement ou encore par enregistrement vidéo ou audio qui sera par la suite visionné ou écouté et codé par le chercheur. Cependant, la méthode d'observation est onéreuse puisque d'importantes ressources humaines et techniques doivent être mobilisées pour toute la période d'observation qui peut s'étendre sur plusieurs jours. De plus, cette méthode ne permet que l'évaluation d'un nombre restreint de comportements.

Il existe aussi des dispositifs mécaniques qui sont utilisés pour mesurer l'errance ou les cris et bruits émis par la personne. Toutefois, ces dispositifs sont coûteux. De plus, ils peuvent être dérangementants pour la personne qui les porte, difficiles à installer et les données recueillies doivent être transformées en données utilisables pour la recherche. Comme la technique de l'observation, les dispositifs mécaniques ne peuvent servir à mesurer qu'un seul ou quelques comportements.

Considérant les critères de validité, fiabilité et de coûts de la mesure, les questionnaires remplis par quelqu'un qui connaît bien la personne âgée représentent un compromis acceptable pour la recherche. De multiples instruments de ce type sont disponibles. Cependant, la plupart d'entre eux ne mesurent pas spécifiquement l'agitation, mais un ensemble plus large de problèmes de comportement (incluant l'incontinence,

les troubles du sommeil, les hallucinations, les troubles de l'humeur, le manque d'appétit). D'autres instruments incluent l'agitation comme un élément d'une évaluation générale de la santé ou du fonctionnement cognitif (Cohen-Mansfield et Billig, 1986). Dans cette catégorie on retrouve, entre autres, le «Nurse-Oriented Scale for Inpatient» (Ravensborg et Willenson, 1969), le «Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale» (Shader, Harmatz et Salzman, 1974) et le «Nursing Home Behavior Problem Scale» (Ray, Taylor, Lichtenstein et Meador, 1992). D'autres instruments ont été élaborés pour une population présentant une démence. Le «Ryden Aggression Scale» (Ryden, 1988), le «Disruptive Behavior Rating Scale» (Mungas et al., 1989) et le «Pittsburg Agitation Scale» (Rosen et al., 1994) sont de ceux-là.

Parmi les questionnaires, le «Cohen-Mansfield Agitation Inventory» (CMAI) en est un qui évalue spécifiquement l'agitation chez les personnes âgées en CHSLD. Le CMAI consiste en une liste de 29 comportements observables qu'un membre du personnel soignant doit coter sur une échelle de fréquence en sept points où 1 signifie que la personne ne manifeste jamais ce comportement et 7 signifie qu'elle le manifeste plusieurs fois par heure. D'autres versions du CMAI sont disponibles, incluant une version courte et une version pour les personnes vivant dans la communauté (Cohen-Mansfield, 1991b). Le CMAI est un instrument des plus populaires pour

l'étude de l'agitation chez les personnes âgées en CHSLD. En effet, Taft et Cronin-Stubbs (1995) rapportent que 13 études sur 40 ont utilisé des instruments de mesure déjà établis et que de ces 13 études, 11 ont utilisé le CMAI. En plus de sa spécificité à l'agitation en milieu institutionnel, plusieurs avantages du CMAI peuvent expliquer cette popularité.

Premièrement, chaque item du CMAI représente un groupe de comportements observables. Par exemple, l'item frapper inclut soi, les autres, les objets, etc. Deuxièmement, sa simplicité et sa rapidité d'administration en font un instrument de choix étant donné l'horaire chargé des soignants et les ressources limitées des CHSLD. Troisièmement, l'instrument présente des qualités psychométriques sûres. Le Tableau 1 (voir le chapitre II), résume les études qui ont examiné la fidélité inter-juge, la validité concomitante et la consistance interne du CMAI. Quatrièmement, deux analyses factorielles indépendantes réalisées sur les données recueillies avec cet instrument ont fait ressortir trois facteurs robustes qui sont les comportements agressifs, les comportements physiques non agressifs et les comportements verbaux d'agitation (Cohen-Mansfield et al., 1989; Miller et al., 1995).

Tous les instruments de mesure mentionnés précédemment sont disponibles en langue anglaise et très peu d'entre eux ont été traduits en français. À ce jour, il n'existe aucun instrument spécifique à l'agitation dont la version traduite en

langue française ait été démontrée valide et fidèle en CHSLD. Or, disposer d'un instrument en langue française est essentiel puisque les chercheurs et les cliniciens francophones doivent souvent collaborer avec des personnes qui ne maîtrisent que le français. Il est tout aussi essentiel que les qualités psychométriques de la version traduite de l'instrument soient démontrées puisque le sens des mots peut se transformer avec la traduction.

1.6 But et pertinence de l'étude

Le but de ce mémoire est donc de vérifier les qualités psychométriques de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM), une version française du CMAI. Plus spécifiquement, l'étude vise à vérifier (a) la fidélité inter-juge, (b) la consistance interne, (c) la stabilité temporelle, (d) la validité concomitante et (e) la validité de construit.

La pertinence de l'étude réside dans le fait que l'IACM est le premier instrument d'évaluation spécifique à l'agitation à être traduit en français et à faire l'objet d'une étude psychométrique en CHSLD. Comme il a été mentionné, disposer d'instruments de mesure valides et fidèles est primordial autant pour les cliniciens afin qu'ils mesurent les effets de leurs interventions, que pour les chercheurs puisque les avenues pour les recherches futures dans le domaine de l'agitation sont multiples. En effet, Weinrich et al. (1995)

ont noté que la littérature met surtout l'accent sur la description de l'agitation, les facteurs associés et l'intervention pharmacologique ou avec des contentions alors qu'il y a place pour une recherche plus poussée, entre autres sur l'intervention non pharmacologique, les facteurs environnementaux, l'intervention préventive et le développement de modèles théoriques. Chrisman et al. (1991) ainsi que Cohen-Mansfield et Billig (1986) ont aussi constaté ce besoin.

1.7 Méthodologie

Le premier chapitre du mémoire est une introduction aux principaux concepts en jeu de même qu'aux objectifs et à la pertinence de l'étude. Le deuxième chapitre est rédigé sous forme d'article scientifique et représente l'essentiel du mémoire. L'article décrit la problématique, les objectifs de l'étude, la méthode utilisée et les résultats obtenus. Ces résultats font ensuite l'objet d'une discussion. Finalement, la dernière partie du mémoire résume les principales étapes de la recherche, fait état de ses limites et suggère des pistes pour les recherches futures.

CHAPITRE II

Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation
de Cohen-Mansfield
(Article)

Titre résumé : INVENTAIRE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-
Mansfield

Stéphanie Deslauriers, M.Ps. et Philippe Landreville, Ph.D

Université Laval

Louise Dicaire, B.Sc. inf., M.A.

Pavillon Saint-Augustin

René Verreault, M.D., Ph.D., CMFC

Université Laval

Ecole de psychologie

Université Laval

Québec, QC

G1K 7P4

e-mail : philippe.landreville@psy.ulaval.ca

fax : (418) 656-3646

telephone : (418) 656-2131 (ext. 3024)

Mots clés : agitation, disruptive behavior, behavior problems,
dementia, long-term care, assessment

Résumé

L'agitation chez les personnes âgées représente un problème majeur pour l'individu présentant des comportements agités et son entourage. Disposer d'instruments de mesure de l'agitation en français dont la fidélité et la validité ont été démontrées est essentiel pour la recherche et l'intervention en milieu francophone. Cette étude vise à vérifier la fidélité et la validité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM), la version française du «Cohen-Mansfield Agitation Inventory». L'IACM mesure la fréquence de 29 comportements agités pour une période de deux semaines. Quatre-vingt-dix-neuf bénéficiaires d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ont participé à l'étude. Les résultats démontrent la fidélité inter-juge ($\underline{r} = .72$), la stabilité temporelle ($\underline{r} = .72$), la consistance interne (alpha de Cronbach variant de .75 à .77), la validité concomitante ($\underline{r} = .74$) et la validité de construit (tous les \underline{r} sont significatifs, $\underline{p} < .05$) de l'IACM.

Abstract

Agitation in the elderly is a major problem for the agitated individual and those around him. French-language measures of agitation with demonstrated validity and reliability are necessary for research and interventions in the French-speaking community. The goal of this study is to verify the reliability and validity of the "Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield" (IACM), a French version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. The IACM measures the frequency of 29 agitated behaviors during a two-weeks period. Ninety-nine residents of a Residential and extended care center participated in this study. Results demonstrate the inter-rater reliability ($\underline{r} = .72$), test-retest reliability ($\underline{r} = .72$), internal consistency (Cronbach's alpha from .75 to .77), concurrent validity ($\underline{r} = .74$) and construct validity (all \underline{r} are significant, $\underline{p} < .05$) of the IACM.

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention de la Chaire de gériatrie de l'Université Laval. Nous remercions la direction et le personnel du Pavillon St-Augustin du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec pour leur collaboration à l'étude. Merci au Dr. Jiska Cohen-Mansfield de nous avoir autorisé à reproduire la version française du «Cohen-Mansfield Agitation Inventory». Merci à Pascal Soucy, Josée Carrier, Janique Dion et Jacinthe Leclerc pour leur aide à la traduction du questionnaire.

Cette étude a été réalisée comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie de Stéphanie Deslauriers. Philippe Landreville a agi comme directeur de recherche. Une version préliminaire de cet article a été présentée au 66^e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences à Québec en mai 1998.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à : /
Requests for offprints should be sent to : Philippe
Landreville, Ph.D., Ecole de psychologie, Université Laval,
Sainte-Foy, Québec, G1K 7P4

Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

La population des personnes âgées est en croissance. Au Canada en 1991 on comptait 3,2 millions de personnes de 65 ans et plus, soit 11,7% de la population alors que cette proportion était de 9,7% en 1981 (Moore, Rosenberg et McGuinness, 1997). Il est prévu qu'en 2011 la proportion de personnes de 65 ans et plus aura atteint 14,1%. Cette augmentation est en partie due à l'espérance de vie des personnes de 65 ans et plus qui s'allonge. En effet, en 1991, un homme qui a atteint 65 ans, vivra en moyenne jusqu'à 80,6 ans alors qu'une femme de 65 ans pourra vivre en moyenne jusqu'à 84,8 ans (Moore et al., 1997). Or, Norland (1994) a souligné que la qualité de vie de cette population ne suit pas cette courbe ascendante puisque les personnes vivant plus longtemps sont maintenant aux prises avec de multiples problèmes reliés au grand âge tels que la perte d'autonomie, la détérioration cognitive, une santé précaire, un statut économique faible, etc. Par conséquent, plusieurs d'entre elles doivent être admises en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La proportion de la population de 65 ans et plus vivant en CHSLD est de 6,7% au Canada (Forbes, Jackson et Kraus, 1987) et de 6% au Québec (Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1992). En 1995, au Québec, on comptait 43 800 lits

subventionnés réservés aux personnes âgées en CHSLD (Quintal, 1995). Face à des ressources limitées et à l'alourdissement des problèmes rencontrés dans la population âgée, les critères d'admission en CHSLD ont été révisés et sont devenus plus sévères. Dès lors, le personnel soignant des CHSLD doit intervenir auprès de personnes dont la condition physique et cognitive est de plus en plus affectée et qui par le fait même vivent des pertes d'autonomie importantes (Pinard et Landreville, 1998).

L'agitation est un problème majeur parmi les plus souvent mentionnés par le personnel soignant des CHSLD. Cohen-Mansfield et Billig (1986) ont défini l'agitation comme une activité verbale, vocale ou motrice jugée inappropriée et qui ne peut pas s'expliquer directement par les besoins ou la confusion du patient agité. Le comportement est jugé inapproprié s'il est abusif ou agressif, s'il apparaît à une fréquence inadéquate ou s'il est contraire aux normes socialement acceptées pour une situation donnée. D'autres termes tels que «comportements perturbateurs» ou «troubles de comportement» sont aussi utilisés pour désigner ce phénomène. Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal (1989) rapportent que selon une analyse factorielle, l'agitation se divise en trois syndromes, soit l'agitation verbale, l'agitation physique sans agressivité et l'agitation avec agressivité. Cette

classification en trois facteurs est soutenue par Miller, Snowdon et Vaughan (1995). L'agitation n'est pas un diagnostic, mais un terme employé par les cliniciens pour désigner un groupe de symptômes qui peut refléter un trouble sous-jacent (Cohen-Mansfield et al., 1989).

La prévalence de l'agitation en milieu institutionnel est généralement élevée quoiqu'elle varie d'une étude à l'autre passant de 26,4% à 93% (Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, 1986; Cohen-Mansfield et al., 1989; Jackson et al., 1989; Zimmer, Watson et Treat, 1984). Weinrich, Egbert, Eleazer et Haddock (1995) expliquent que cette variation serait en partie due à l'utilisation de différentes définitions de l'agitation et de différents instruments de mesure par les chercheurs. Beck, Rossby et Baldwin (1991) ont recensé différentes études portant sur les comportements perturbateurs chez les personnes âgées vivant en milieu institutionnel. Ils ont ainsi évalué à 42,8% la moyenne de la prévalence de l'agitation.

L'agitation a des conséquences néfastes pour la personne âgée et son entourage. Cohen-Mansfield (1986) a noté que la présence d'agitation chez la personne vivant dans la communauté contribue à la détérioration de sa qualité de vie. L'agitation contribue au fardeau des aidants naturels et augmente la probabilité que la personne agitée doive être admise en CHSLD. En milieu d'hébergement, l'agitation a aussi des effets

néfastes sur la qualité des soins (Chrisman, Tabar, Whall et Booth, 1991; Cohen-Mansfield et Billig, 1986). Chrisman et al. ont mentionné que l'agitation chez les résidents fait augmenter le risque d'épuisement professionnel chez les infirmières et amène une escalade de comportements violents, donc un danger pour la personne et son entourage. De plus, l'agitation est dérangeante pour les autres résidents, qui partagent le même lieu de résidence, ainsi que pour leurs visiteurs.

Parmi les variables associées à l'agitation, l'atteinte cognitive est la plus souvent citée (Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal, 1990; Jackson et al., 1989; Zimmer et al., 1984). La perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) est une autre variable souvent rapportée (Bélanger, 1993; Cohen-Mansfield, Billig, Lipson, Rosenthal et Pawlson., 1990; Jackson et al., 1989). Enfin, la dépression ou la présence de sentiments dépressifs est aussi reliée positivement à la présence d'agitation (Cohen-Mansfield, Marx et Werner, 1992; Zimmer et al., 1984). Cohen-Mansfield et al. (1992) ont étudié la relation entre ces variables et chacun des syndromes d'agitation. Ainsi, l'atteinte cognitive était plus fortement reliée à l'agitation physique sans agressivité et à l'agitation avec agressivité qu'à l'agitation verbale. La perte d'autonomie dans les AVQ était quant à elle plus fortement reliée à l'agitation verbale et aux comportements

agressifs qu'à l'agitation physique sans agressivité. De plus, la dépression était significativement présente chez ceux présentant de l'agitation verbale seulement. D'autres variables pour lesquelles un lien avec l'agitation a été démontré sont les troubles de sommeil, l'anxiété et la pauvre qualité des relations interpersonnelles (Cohen-Mansfield et al., 1992).

Les cliniciens et les chercheurs doivent disposer d'un instrument permettant une quantification fiable des comportements agités afin de documenter les symptômes, suivre l'évolution du trouble et mesurer l'effet de l'intervention (Chrisman et al., 1991; Miller et al., 1995). L'instrument de mesure idéal devrait présenter des qualités psychométriques sûres, mais devrait aussi être facile et rapide à administrer étant donné l'horaire chargé des soignants et les ressources limitées des milieux institutionnels (Miller et al., 1995). À notre connaissance, il n'existe aucun instrument en langue française qui corresponde à ces exigences alors que le choix est vaste du côté anglophone. Comme l'ont mentionné Hébert, Bravo et Girouard (1993), la construction d'un nouvel instrument est un processus long et coûteux alors que la traduction d'un instrument existant permet une comparaison des études effectuées dans divers pays, donc un avancement plus rapide des connaissances. Dès lors, la traduction d'un

instrument existant s'avère une solution pratique pour pallier au manque d'outils de langue française.

Le «Cohen-Mansfield Agitation Inventory» (CMAI) répond aux critères énoncés par Miller et al. (1995). Le CMAI est une échelle d'évaluation des comportements agités remplie par un soignant qui connaît bien le résident. Il consiste en une liste de 29 comportements d'agitation chacun évalué sur une échelle de fréquence en sept points où 1 signifie que la personne ne manifeste jamais ce comportement et 7 signifie qu'elle le manifeste plusieurs fois par heure (Cohen-Mansfield et al., 1989). L'évaluation de chaque comportement couvre une période de deux semaines. La fidélité inter-juge, la validité concomitante et la consistance interne du CMAI ont été démontrées dans différentes études qui sont résumées dans le Tableau 1. De plus, deux analyses factorielles des données recueillies avec le CMAI ont fait ressortir trois facteurs robustes, soit l'agitation verbale, l'agitation physique sans agressivité et l'agitation avec agressivité (Cohen-Mansfield et al., 1989; Miller et al., 1995).

Bien que d'autres instruments de mesure de l'agitation existent, ils ne sont pas aussi spécifiques que le CMAI. Plusieurs instruments mesurent l'agitation en tant que composante d'une évaluation plus générale (Cohen-Mansfield et Billig, 1986). Par exemple, certains instruments incluent des

items concernant le fonctionnement cognitif, l'humeur, l'appétit, l'incontinence et les troubles de sommeil. Dans cette catégorie on retrouve le «Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale» (Shader, Harmatz et Salzman, 1974), le «Nursing Home Behavior Problem Scale» (Ray, Taylor, Lichtenstein et Meador, 1992) et le «Nurse-Oriented Scale for Inpatient» (Ravensborg et Willenson, 1969). D'autres instruments de mesure ont été élaborés spécifiquement pour les personnes présentant une démence. Parmi ceux-là se trouvent le «Pittsburg Agitation Scale» (Rosen et al., 1994), le «Ryden Aggression Scale» (Ryden, 1988) et le «Disruptive Behavior Rating Scale» (Mungas, Weiler, Franzi et Henry, 1989). Malgré la multitude d'instruments, les qualités du CMAI en font un instrument des plus populaires pour mesurer l'agitation chez les personnes âgées vivant en institution. En effet, dans une recension de différentes études, Taft et Cronin-Stubbs (1995) ont rapporté que 13 études sur 40 ont utilisé des instruments de mesure déjà établis et que de ces 13 études, 11 ont utilisé le CMAI.

Le choix du CMAI comme instrument à traduire et valider s'est imposé considérant sa popularité et ses qualités. L'objectif de cette étude est donc de vérifier les qualités psychométriques de la version française du CMAI. Plus spécifiquement, (a) la fidélité inter-juge, (b) la fidélité

test-retest, (c) la consistance interne, (d) la validité concomitante et (e) la validité de construit de l'instrument ont été examinées.

Méthode

Sujets

Les résidents de trois unités de soins d'un CHSLD de la région de Québec ont été sélectionnés pour faire partie de cette étude. Les trois unités comptaient un total de 112 sujets. Le critère d'âge étant de 60 ans et plus, douze résidents n'ont pas été retenus. De plus, un décès est survenu dans les jours précédant l'expérimentation. Ainsi, 99 résidents (88%) ont commencé l'étude. En cours d'étude, huit sujets sont décédés et un a été transféré à une autre unité de soins.

L'âge moyen des sujets était de 77.6 ans et variait de 60 à 97 ans. La proportion homme-femme était équilibrée, soit 47 hommes et 52 femmes. La moitié des sujets (52%) présentait une forme de démence. Le nombre de diagnostics médicaux figurant au dossier des sujets variait de 1 à 12 avec une moyenne de 5.2 diagnostics par personne.

Instruments

Version française du CMAI. La traduction du CMAI a été réalisée selon une démarche suivant les recommandations de Hébert, Bravo et Voyer (1994) et Vallerand (1989).

Premièrement, nous avons sélectionné l'instrument à traduire en

tenant compte des qualités psychométriques de sa version originale. Par la suite, nous avons soumis cet instrument à une traduction renversée. Un premier collaborateur bilingue a d'abord traduit l'instrument en français. Un deuxième collaborateur a retraduit la version française en anglais. Un comité s'est ensuite réuni pour comparer les deux traductions et apporter les corrections nécessaires. L'instrument ainsi obtenu a été nommé Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) et est présenté en appendice.

Problèmes de comportement et dépression. L'inventaire révisé des problèmes de comportements et de mémoire (IRPCM; Hébert et al., 1993) est la version française du «Revised Memory and Behavior Problems Checklist» (Teri et al., 1992). Une analyse factorielle a démontré l'existence de trois facteurs, soit la dépression, les troubles de mémoire et les comportements perturbateurs. L'instrument comporte deux échelles pour lesquelles des scores séparés peuvent être obtenus : la fréquence des comportements et la réaction de la personne qui a soin de l'individu. Pour ce projet, seule l'échelle de fréquence a été utilisée. Vingt-quatre items sont évalués sur une échelle en cinq points où 0 signifie que la personne ne présente jamais ce comportement et 4 qu'elle le présente tous les jours ou plus souvent. L'évaluation se base sur les comportements observés au cours de la dernière semaine.

Hébert et al. (1993) ont démontré la fidélité de l'échelle de fréquence de l'IRPCM avec un coefficient alpha de Cronbach de .93, un coefficient moitié-moitié (Spearman-Brown) de .90 ainsi que des indices de stabilité test-retest de .77 (coefficient intra-classe) et de .80 (r de Pearson).

Perte d'autonomie. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF; Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995) mesure les incapacités et le niveau de handicap de la personne pour cinq aspects : les AVQ, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques. La présente étude utilise la grille d'évaluation de l'autonomie pour mesurer les incapacités dans les AVQ (sept items). L'échelle de mesure comprend quatre niveaux variant de 0, qui signifie autonome, à 3, qui signifie dépendant. Desrosiers et al. ont rapporté un accord inter-juge de 76% pour la sous-échelle AVQ. Sa fidélité test-retest a été démontrée par un accord de 70%. Hébert, Carrier et Bilodeau (1988) ont démontré la validité concomitante de l'instrument par une relation significative entre les résultats au SMAF et le temps requis pour fournir les soins nécessaires à la personne. De plus, la validité de construit a été démontrée par des différences significatives au SMAF entre trois populations de personnes âgées vivant dans des établissements se différenciant par le niveau de soins offerts.

Atteinte cognitive. L'Echelle d'évaluation des démences de Reisberg (EEDR; Bélanger, 1993) est la version française du «Functional Assessment Staging» (FAST; Reisberg, 1988). L'EEDR a été utilisée pour déterminer le niveau d'atteinte cognitive des bénéficiaires. Comme l'a mentionné Bélanger, cet instrument a été construit de façon à ce que l'atteinte cognitive du sujet soit évaluée sans nécessiter sa collaboration. L'instrument s'avère donc utile lorsque le fonctionnement cognitif est à ce point altéré que la personne n'est pas en mesure de participer activement à son évaluation. L'échelle comporte sept niveaux représentant le degré d'atteinte fonctionnelle reliée à la détérioration cognitive. Le stade 1 représente un fonctionnement normal alors que le stade 7 indique un état démentiel profond.

Reisberg a établi la fidélité inter-juge du FAST par des coefficients variant de .76 à .96. De plus, il a démontré sa validité par des coefficients de corrélation de .87 avec le «Mini-Mental State Examination» (Folstein, Folstein et McHugh, 1975) lorsque ce dernier a pu être administré. La validité a aussi été démontrée par des corrélations variant de .83 à .93 entre le FAST et une évaluation clinique indépendante. À notre connaissance, l'EEDR n'a fait l'objet d'aucune étude de validation. Cependant, Bélanger l'a utilisée dans son étude pour mettre en relation l'atteinte cognitive et l'agitation

chez les personnes âgées vivant en CHSLD. Il a obtenu des résultats conformes à ceux prévus par la littérature concernant la relation entre ces deux concepts. Ces résultats indiquent donc une certaine validité de l'instrument.

Procédure

Dans un premier temps (temps 1), les données signalétiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des résidents. De plus, deux infirmières de chacune des trois unités ont rempli l'IACM pour l'ensemble des résidents de leur unité. Chacune des infirmières a rempli l'IACM de façon indépendante en présence d'un chercheur qui, après avoir expliqué l'instrument en détail, demeurait sur place pour répondre aux questions. Onze semaines plus tard (temps 2), une des deux infirmières ayant répondu au temps 1 a rempli de nouveau l'IACM pour tous les résidents de son unité de même que l'IRPCM, le SMAF et l'EEDR. Encore une fois, les infirmières ont répondu aux questionnaires en présence du chercheur.

Résultats

Données descriptives

Les résultats obtenus à l'IACM au temps 1 pour les 99 sujets s'étendaient de 29 à 87 (29 signifiant aucun comportement d'agitation). La moyenne était de 42.6 (E.T. = 12.6). Au temps 2, les résultats variaient de 29 à 79 avec une moyenne de 40.7 (E.T. = 11.9). Le nombre moyen de

comportements agités par sujet était de 3.9 au temps 1 et de 3.5 au temps 2.

Le nombre de sujets manifestant chacun des comportements agités est présenté à la Figure 1. On remarque que le comportement «se plaindre» est celui présenté par le plus de bénéficiaires (51/99). Les cinq autres comportements les plus fréquents sont, par ordre d'importance, la répétition de phrases ou de questions, les demandes constantes d'attention, le négativisme, la turbulence générale et sacrer ou agresser verbalement. À l'inverse, aucun bénéficiaire n'a manifesté le comportement «manger des substances inappropriées». Les comportements suivants étaient présentés par moins de cinq bénéficiaires de notre échantillon : émettre des bruits étranges, égratigner, faire des avances sexuelles verbales, faire des avances sexuelles physiques, chuter intentionnellement, lancer des choses, mordre et se faire mal à soi-même.

La moyenne et l'étendue des résultats obtenus à l'IACM et aux autres instruments de mesure sont résumées dans le Tableau 2.

Fidélité

Afin de déterminer la fidélité inter-juge de l'IACM, la corrélation entre les évaluations faites au temps 1 par les deux infirmières de chacune des unités a été obtenue par le

calcul du r de Pearson. Les données recueillies sur 99 sujets ont indiqué un indice r de Pearson de .72, $p < .0001$. La stabilité temporelle a été mesurée par la corrélation entre les résultats des IACM remplis aux temps 1 et 2 par la même infirmière. Cette analyse a été faite à partir de données recueillies pour 73 sujets. Outre les neuf sujets qui sont décédés ou qui ont été changés d'unités entre les deux temps de mesure, le personnel soignant d'une unité comprenant 17 sujets a reçu une formation sur la gestion de l'agitation. Il était attendu que les résultats ne soient pas les mêmes aux deux temps de mesure pour les sujets de ce groupe. Les données de ces 17 sujets au temps 2 n'ont donc pas été incluses dans l'analyse. Encore une fois, l'indice r de Pearson a été calculé. Cet indice était de .72, $p < .0001$. Finalement, le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour vérifier la consistance interne de l'IACM. Les coefficients sont de .75 au temps 1 pour les données recueillies auprès de la première infirmière, .77 au temps 1 pour les données recueillies auprès de la deuxième infirmière et .77 temps 2.

Validité

La validité concomitante a été évaluée par la mise en relation des résultats à l'IACM au temps 2 avec le facteur «comportements perturbateurs» de l'IRPCM. Un indice r de Pearson de .74 ($p < .0001$) a été obtenu. De plus, trois

évaluations de la validité de construit ont été effectuées. Ces évaluations ont été faites par le calcul du coefficient r de Pearson et tous les indices de validité ont été calculés à partir des données recueillies au temps 2. La première corrélation était celle entre les résultats à l'IACM et à la sous-échelle AVQ du SMAF. Un r de .22 ($p < .04$) a été obtenu. La seconde était celle entre les résultats à l'IACM et à l'EEDR. Cette corrélation était de .34 ($p < .001$). La troisième corrélation était celle entre les résultats à l'IACM et les résultats au facteur «dépression» de l'IRPCM. Un r de .40 ($p < .0001$) a été obtenu.

Discussion

L'objectif de cette étude était de vérifier la fidélité et la validité de l'IACM. Les trois évaluations de la fidélité (inter-juge, test-retest et consistance interne) donnent des indices satisfaisants. Les indices de consistance interne obtenus sont comparables aux indices obtenus par Miller et al. (1995) pour la version originale du CMAI lorsque rempli par une infirmière de jour. Dans leur étude, Miller et al. ont évalué la consistance interne de 21 des 29 items seulement après avoir retiré les items manifestés par moins de 5% des sujets et avoir procédé à une analyse factorielle pour ne conserver que les items qui s'inséraient dans l'un des trois facteurs obtenus.

Les résultats de la présente étude démontrent que l'instrument présente une bonne consistance interne dans son ensemble.

La fidélité inter-juge, pour sa part, est légèrement plus faible que celle rapportée par Miller et al. (1995) et Cohen-Mansfield et al. (1989). Ce résultat peut s'expliquer par les différentes procédures d'administration utilisées. Ces chercheurs ont recueilli leur données par entrevues alors que l'auto-administration de l'IACM a été employée dans la présente étude. Cette dernière technique est susceptible d'entraîner une fidélité inter-juge plus faible, le chercheur ne rappelant pas constamment les consignes et ne cotant pas lui-même l'IACM. Nous avons opté pour l'auto-administration de cet instrument parce que cette procédure est moins coûteuse. Le fait que l'instrument est fidèle lorsqu'il est rempli directement par quelqu'un qui connaît bien le sujet est très encourageant. En effet, les ressources limitées en CHSLD font en sorte que la mesure de l'agitation doit être basée sur une évaluation peu coûteuse. L'IACM tire profit de l'expérience directe des soignants qui oeuvrent auprès des résidents en CHSLD. Burgio, Jones, Butler et Engel (1988) ont souligné que le personnel soignant doit jouer un rôle de premier plan dans la recherche sur les troubles de comportements et leur gestion.

L'intervalle de 11 semaines entre les deux temps de mesure est relativement long pour mesurer la stabilité temporelle de

l'IACM. De plus, cette mesure a été prise sur un nombre de sujets plus restreint que les autres analyses étant donnée la formation reçue entre les deux temps de mesure par les intervenants d'une unité. Les résultats obtenus étant toutefois significatifs, la fidélité de cet instrument est démontrée. À notre connaissance, la stabilité temporelle du CMAI n'a pas été évaluée auparavant. Il n'est donc pas possible de comparer nos résultats à ceux de la version originale. Nous pouvons cependant constater qu'en plus de la fidélité de l'instrument, nos résultats suggèrent une certaine stabilité du phénomène de l'agitation. Cohen-Mansfield et Marx (1989) ont aussi suggéré cette stabilité en rapportant une relation significative entre la présence d'agitation chez les individus en milieu d'hébergement et la présence d'agitation chez ces mêmes personnes avant leur admission en établissement. D'autres auteurs ont discuté de l'évolution des comportements agités. Reisberg, Franssen, Sclan, Kluger et Ferris (1989) ont rapporté que les comportements agités des personnes présentant une démence de type Alzheimer tendent à augmenter jusqu'au sixième stade de la maladie pour ensuite diminuer lors du septième et dernier stade. Dans la même veine, Cohen-Mansfield et Werner (1998) ont noté que les différentes formes d'agitation présentent un profil particulier d'évolution sur une période de deux ans. On peut avancer l'hypothèse que

l'agitation est un phénomène relativement stable sur une période variant de quelques semaines à quelques mois, mais qui tend à changer à plus long terme.

La validité concomitante est elle aussi acceptable quoique l'indice obtenu dans la présente étude est plus faible que la majorité des indices de validité concomitante rapportés dans les études sur le CMAI (Miller et al., 1995; Ray et al., 1992). La mesure employée pour vérifier cet aspect, soit le facteur «comportements perturbateurs» du IRPCM peut être en cause pour deux raisons. Premièrement, il compte seulement huit items, ce qui laisse peu de place à la variance. Deuxièmement, l'IRPCM est un instrument développé pour la population des personnes âgées vivant à domicile. Cette population étant en général plus autonome, il est possible que les items retenus pour l'IRPCM, quoiqu'ils représentent des comportements agités, ne soient pas ceux qui sont le plus retrouvés en CHSLD. Malgré ces limites, cette mesure s'avérait la plus adéquate considérant le manque d'instruments de langue française reconnus valides et fidèles.

Nous avons examiné la validité de construit en calculant la relation entre l'IACM et d'autres variables avec lesquelles cet instrument devrait corrélérer. Le choix des variables était basé sur notre recension des écrits. L'atteinte cognitive, la perte d'autonomie dans les AVQ et les symptômes dépressifs sont

tous corrélés significativement avec les résultats de l'IACM, ce qui suggère une bonne validité de construit de cet instrument. Les corrélations obtenues sont toutefois plutôt moyennes, ce qui était attendu. En effet, les études sur la version originale anglaise démontrent que les mêmes variables sont reliées à divers degrés avec les différentes formes d'agitation, soit l'agitation verbale, l'agitation physique sans agressivité et les comportements agressifs (Cohen-Mansfield et al., 1989; Miller et al., 1995). Par exemple, les gens qui ont une atteinte cognitive sévère, dû à leur difficulté à s'exprimer verbalement, présentent plus d'agitation physique que verbale. Il est donc évident que les résultats globaux d'agitation quoique significativement reliés aux variables à l'étude, obtiennent une corrélation moyenne. L'analyse détaillée des différentes formes d'agitation n'a pas été faite ici puisque le nombre limité de sujets ne permettait pas de procéder à une analyse factorielle fiable (l'IACM comportant 29 items, près de 300 sujets auraient été requis pour permettre cette analyse).

L'étude présente certaines forces dont la première concerne le processus de traduction qui s'est fait selon une méthode reconnue (Hébert et al., 1994). Aussi, plusieurs aspects de la fidélité et de la validité ont été vérifiés. De plus, il est important de noter que l'étude s'est effectuée

auprès de la population-cible de l'instrument. Cependant, les sujets ont été recrutés dans un seul CHSLD, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. Une autre limite est le nombre restreint de sujets ne permettant pas d'effectuer une analyse factorielle. Ces limites nous amènent à recommander de vérifier la structure factorielle de l'IACM en recrutant un nombre suffisant de sujets provenant de différents établissements.

En conclusion, l'IACM s'avère être un instrument fidèle et valide pour la mesure de l'agitation chez les personnes âgées en CHSLD. Ces qualités en font un instrument utile pour la recherche et l'intervention. Sa simplicité et le peu de temps requis pour l'administration en font un instrument de choix pour les milieux cliniques où les ressources sont limitées en terme de temps, de personnel et de moyens financiers. Les résultats présentés sont encourageants et démontrent la pertinence de pousser plus loin l'étude psychométrique de cet instrument.

Références

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

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

Burgio, L.D., Jones, L.T., Butler, F., & Engel, B.T. (1988). Behavior problems in an urban nursing home. Journal of Gerontological Nursing, 14, 31-34.

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

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

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

Cohen-Mansfield, J., Billig, N., Lipson, S., Rosenthal, A.S., & Pawlson, L.G. (1990). Medical correlates of agitation in nursing home residents. Gerontology, 36, 150-158.

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

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

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A.S. (1990). Dementia and agitation in nursing home residents: How are they related? Psychology and Aging, 5, 3-8.

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

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

Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the Revised Functional Autonomy Measurement System (SMAF) for epidemiological research. Age and Ageing, 24, 402-406.

Direction générale de la planification et de l'évaluation. (1992). Statistiques sur les causes de mortalité au Québec: estimation annuelle post-censitaire. (Publication du Ministère

de la santé et des services sociaux du Québec). Québec: Service des études sociaux sanitaires.

Finkel, S.I., Lyons, J.S., & Anderson, R.L. (1993). A Brief Agitation Rating Scale (BARS) for nursing home elderly. Journal of American Geriatrics Society, 41, 50-52.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research, 12, 189-198.

Forbes, W.F., Jackson, J.A., & Kraus, A.S. (1987). Institutionalization of the elderly in Canada. Toronto : Butterworths.

Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. La Revue canadienne du vieillissement, 12, 324-337.

Hébert, R., Bravo, G., & Voyer, L. (1994). La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française: critères métrologiques et inventaire. La Revue canadienne du vieillissement, 13, 392-405.

Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La Revue de gériatrie, 13, 161-167.

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

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

Moore, E.G., Rosenberg, M.W., & McGuinness, D. (1997). Vieillir au Canada : les aspects démographiques et géographiques du vieillissement. Ottawa: Statistique Canada.

Mungas, D., Weiler, P., Franzi, C., & Henry, R. (1989). Assessment of disruptive behavior associated with dementia: The Disruptive Behavior Rating Scales. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 2, 196-202.

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

Pinard, C., & Landreville, P. (1998). Stratégies d'adaptation, symptômes dépressifs, anxiété et bien-être au sein des personnes âgées vivant en milieu institutionnel. La Revue canadienne du vieillissement, 17, 40-58.

Quintal, J. (1995). Étude de l'occupation des lits subventionnés en CHSLD. Conférence québécoise des Centres

d'hébergement et d'habitation. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux.

Ravensborg, M.R., & Willenson, D. (1969). Use of the NOSIE-30 Behavioral Rating Scale in hospitals for the mentally ill and retarded. Journal of Clinical Psychology, 25, 453-454.

Ray, W.A., Taylor, J.A., Lichtenstein, M.J., & Meador, K.G. (1992). The Nursing Home Behavior Problem Scale. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 47, M9-16.

Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). Psychopharmacology Bulletin, 24, 653-659.

Reisberg, B., Franssen, E., Sclan, S.G., Kluger, A., & Ferris, S.H. (1989). Stage specific incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's disease: A study of 120 patients using the BEHAVE-AD. Bulletin of Clinical Neurosciences, 54, 95-112.

Rosen, J., Burgio, L., Kollar, M., Cain, M., Allison, M., Fogleman, M., Michael, M., & Zubendo, G.S. (1994). The Pittsburg Agitation Scale (PAS): A user-friendly instrument for rating agitation in demented patients. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2, 52-59.

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

Shader, R.I., Hermès, J.S., & Salzman, C. (1974). A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG). Journal of the American Geriatrics Society, 22, 107-113.

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

Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P.P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. Psychology and Aging, 7, 622-631.

Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. Psychologie Canadienne, 30, 662-680.

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

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

Tableau 1
Qualités psychométriques du CMAI selon différentes études

Qualités psychométriques	Etudes			
	Cohen-Mansfield et al. (1989)	Ray et al. (1992)	Finkel et al. (1993)	Miller et al. (1995)
Fidélité inter-juge	.88 à .92 (une différence inter-juge de 0 ou 1 point par item est considérée comme un accord)		corrélation intra-classe = .41	\bar{r} = .82 pour 21 des 29 items
Validité concomitante		\bar{r} = .91 entre CMAI et NHBPS		\bar{r} de .79 à .92 avec la composante comportementale du BEAM-D; \bar{r} de .64 à .95 avec le NHBPS
Consistance interne			alpha de Cronbach de .86 à .91 selon quart de travail	alpha de Cronbach de .63 à .82 selon le quart de travail

Note NHBPS = Nursing Home Behavior Problem Scale; BEAM-D = Behavioral and Emotional Activities Manifested in Dementia

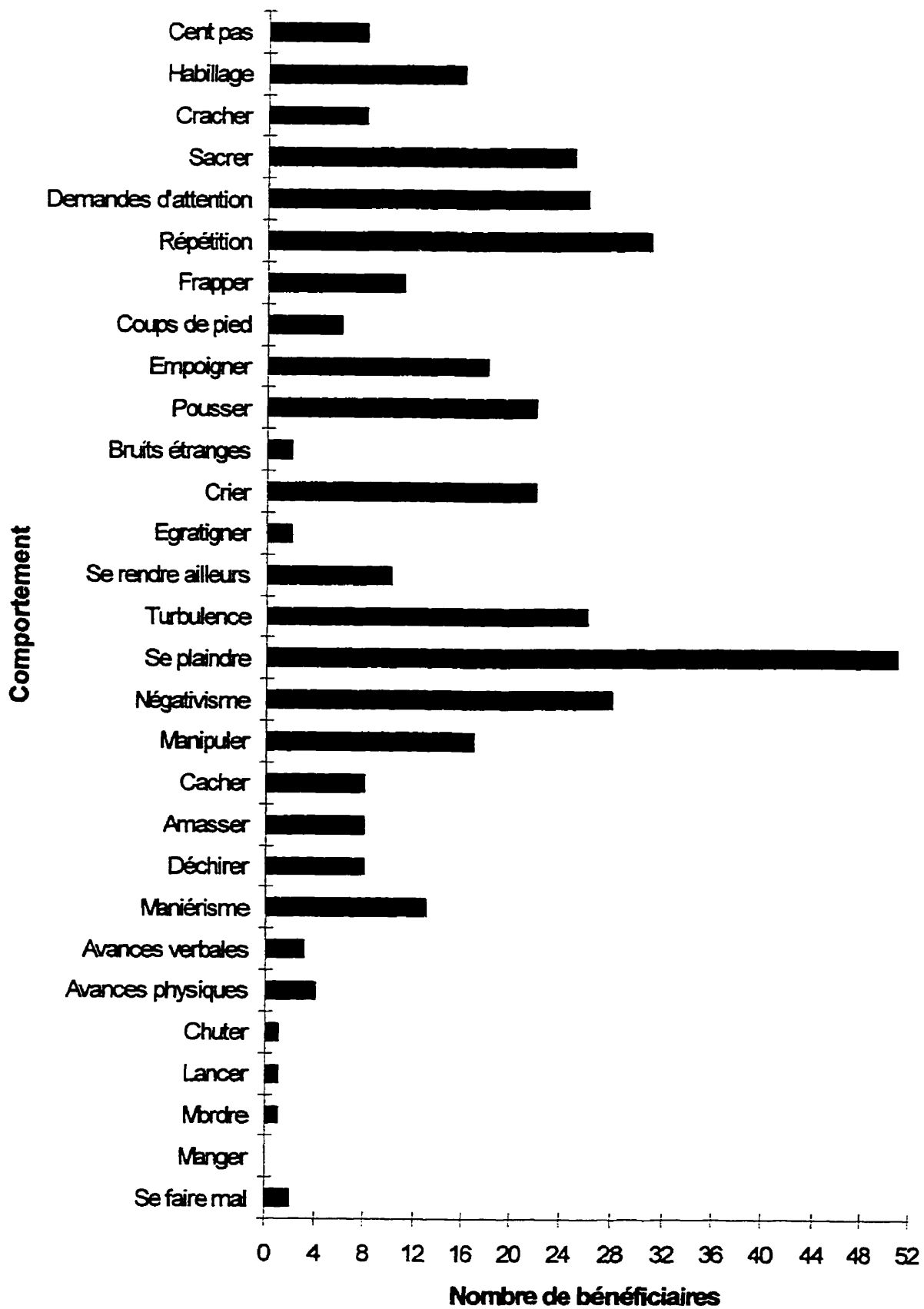
Tableau 2
Données descriptives des résultats aux différents instruments de mesure

Instrument	Moyenne	Ecart-type	Minimum obtenu	Maximum obtenu	Etendue possible
IACM (temps 1)	42.6	12.6	29	87	29 à 203
IACM (temps 2)	40.7	11.6	29	79	29 à 203
IRPCM (comportements perturbateurs)	4.98	5.46	0	20	0 à 32
IRPCM (dépression)	4.53	4.6	0	21	0 à 36
EEDR	4.3	1.9	1	7	1 à 7
SMAF (autonomie dans les AVQ)	15.33	4.85	0.5	21	0 à 21

Note Le résultat minimum possible représente l'absence de la variable mesurée

Titre de la figure

Figure 1 Nombre de bénéficiaires ayant présenté chacun des comportements agités



Appendice

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Consigne : Indiquez pour chaque bénéficiaire la fréquence à laquelle il ou elle a manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail au cours des deux dernières semaines. Encerclez le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous référant aux définitions suivantes :

AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, LE BÉNÉFICIAIRE

- 1 = n'a jamais manifesté ce comportement;
- 2 = a manifesté ce comportement moins d'une fois par semaine;
- 3 = a manifesté ce comportement une ou deux fois par semaine;
- 4 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par semaine;
- 5 = a manifesté ce comportement une ou deux fois par jour;
- 6 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par jour;
- 7 = a manifesté ce comportement plusieurs fois par heure.

- 1. Faire les cent pas.....1 2 3 4 5 6 7
- 2. Habillage ou déshabillage inapproprié.....1 2 3 4 5 6 7
- 3. Cracher.....1 2 3 4 5 6 7
- 4. Sacrer ou agresser verbalement.....1 2 3 4 5 6 7
- 5. Demandes constantes d'attention.....1 2 3 4 5 6 7
- 6. Répétition de phrases ou de questions.....1 2 3 4 5 6 7
- 7. Frapper.....1 2 3 4 5 6 7

8. Donner des coups de pied.....1 2 3 4 5 6 7
9. Empoigner.....1 2 3 4 5 6 7
10. Pousser.....1 2 3 4 5 6 7
11. Emettre des bruits étranges.....1 2 3 4 5 6 7
12. Crier.....1 2 3 4 5 6 7
13. Egratigner.....1 2 3 4 5 6 7
14. Essayer de se rendre ailleurs.....1 2 3 4 5 6 7
15. Turbulence générale.....1 2 3 4 5 6 7
16. Se plaindre.....1 2 3 4 5 6 7
17. Négativisme.....1 2 3 4 5 6 7
18. Manipuler des choses incorrectement.....1 2 3 4 5 6 7
19. Cacher des choses.....1 2 3 4 5 6 7
20. Amasser des choses.....1 2 3 4 5 6 7
21. Déchirer ou arracher des choses.....1 2 3 4 5 6 7
22. Maniérisme répétitif.....1 2 3 4 5 6 7
23. Avances sexuelles verbales.....1 2 3 4 5 6 7
24. Avances sexuelles physiques.....1 2 3 4 5 6 7
25. Chuter intentionnellement.....1 2 3 4 5 6 7
26. Lancer des choses.....1 2 3 4 5 6 7
27. Mordre.....1 2 3 4 5 6 7
28. Manger des substances inappropriées.....1 2 3 4 5 6 7
29. Se faire mal à soi-même.....1 2 3 4 5 6 7

CHAPITRE III

Conclusion

3.1 Conclusion

Le but de ce mémoire était de vérifier les qualités psychométriques de la version française du CMAI afin de fournir aux chercheurs et intervenants en milieu francophone un instrument utile pour la mesure de l'agitation chez les personnes âgées vivant en CHSLD. Le CMAI a été choisi comme instrument à traduire puisqu'il présente des qualités psychométriques sûres et des facteurs robustes en plus d'être simple, facile à administrer et utilisé dans de multiples recherches. La traduction a été effectuée en plusieurs étapes et la vérification de la valeur psychométrique de l'instrument était basée sur différents indices. La cueillette de données a été réalisée auprès de sujets de la population visée par l'instrument, soit les personnes âgées vivant en CHSLD. Ces éléments indiquent que les résultats de l'étude présentée dans ce mémoire sont valables. Le présent chapitre fait état des résultats de l'étude, de ses limites et propose des pistes de recherches futures.

3.2 Résultats

Les résultats démontrent que l'IACM possède une bonne fidélité et validité. Plus particulièrement, les analyses de fidélité inter-juge, stabilité temporelle et consistance interne donnent des résultats significatifs, indiquant que l'IACM est un instrument fidèle. De plus, la validité

concomitante et la validité de construit sont satisfaisantes et arrivent aux indices de corrélation attendus. Enfin, les résultats obtenus se comparent avantageusement aux mêmes indices obtenus avec le CMAI.

Un aspect intéressant de l'étude est la modalité d'administration employée, soit l'auto-administration de l'instrument par quelqu'un qui connaît bien le sujet. Le chercheur était présent lors de chacune des mesures pour donner les consignes, décrire les items et répondre aux questions. Cette méthode diffère de la méthode utilisée dans les études sur la version originale dans lesquelles les chercheurs ont procédé par entrevue. Le fait que l'instrument s'avère fidèle lorsqu'il est auto-administré démontre qu'il peut être utilisé dans les milieux cliniques directement par le personnel soignant et non seulement par des chercheurs.

Malgré toutes les qualités qui font de l'IACM un instrument de choix pour la mesure de l'agitation, une limite importante est à considérer. Il s'agit d'une mesure rétrospective de l'agitation, l'évaluateur devant se remémorer les comportements qui se sont produits au cours des deux dernières semaines. Une mesure par observation offre des résultats moins susceptibles d'être biaisés par la perception et la mémoire de l'évaluateur. Cependant, l'observation est un procédé requérant plus de temps et de ressources. Par ailleurs, l'IACM reflète le jugement des soignants par rapport

aux comportements agités des bénéficiaires. Ce jugement peut différer sensiblement d'une évaluation par un observateur des mêmes comportements. Néanmoins, le point de vue des soignants est très important sur le plan pratique parce que ces derniers sont responsables des soins aux résidents. L'évaluation de la signification clinique d'une intervention pour réduire l'agitation devrait inclure le point de vue des soignants. Ainsi, malgré le biais possible de la mesure, les considérations économiques et pratiques soutiennent la pertinence d'utiliser l'IACM.

3.3 Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures

La présente étude comporte certaines limites qui doivent être mentionnées. Premièrement, l'étude comprend des sujets d'un seul CHSLD. Une cueillette des données dans différents milieux aurait permis une généralisation plus grande des résultats. Deuxièmement, bien que le nombre de sujets évalués permette une analyse fiable de la fidélité et la validité de l'instrument, ce nombre restreint de sujets n'a pas permis de faire une analyse factorielle des données.

Les avenues pour les recherches futures sont de deux ordres. Premièrement, la recherche devra poursuivre la démarche de validation de l'instrument en recueillant des données dans divers milieux et en procédant à une analyse

factorielle de l'IACM. Ce processus permettra de vérifier la configuration de l'agitation au sein de la population francophone. Deuxièmement, et de façon plus générale, les chercheurs pourront poursuivre l'étude du concept d'agitation et le développement de modèles théoriques de ce phénomène. Les implications de l'agitation pour la personne âgée elle-même et ceux qui l'entourent pourront être documentées. Un autre point de première importance est l'étude et le développement d'interventions non-pharmacologiques telles que les techniques comportementales et la formation du personnel soignant. La recherche sur l'agitation est un domaine relativement nouveau. Les études sur la gestion de l'agitation n'en sont qu'à leurs débuts. Ces lacunes sont identifiées par plusieurs auteurs (Chrisman et al., 1991; Cohen-Mansfield et Billig, 1986; Weinrich et al., 1995). Disposer d'un instrument de mesure fidèle, valide et en français permettra aux chercheurs francophones de s'inscrire dans ce mouvement de recherche en approfondissant les connaissances dans le domaine de l'agitation.

Références

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

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

Burgio, L.D., Jones, L.T., Butler, F., & Engel, B.T. (1988). Behavior problems in an urban nursing home. Journal of Gerontological Nursing, 14, 31-34.

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

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

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

Cohen-Mansfield, J. (1991b). Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Rockville: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.

Cohen-Mansfield, J. (1996). Assessment of agitation. International Psychogeriatrics, 8, 233-245.

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

Cohen-Mansfield, J., Billig, N., Lipson, S., Rosenthal, A.S., & Pawlson, L.G. (1990). Medical correlates of agitation in nursing home residents. Gerontology, 36, 150-158.

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

Cohen-Mansfield, J., & Marx, M.S. (1992). The social network of the agitated nursing home resident. Research on Aging, 14, 110-123.

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

Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A.S. (1990). Dementia and agitation in nursing home residents: How are they related? Psychology and Aging, 5, 3-8.

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

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

Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the Revised Functional Autonomy Measurement System (SMAF) for epidemiological research. Age and Ageing, 24, 402-406.

Direction générale de la planification et de l'évaluation. (1992). Statistiques sur les causes de mortalité au Québec: estimation annuelle post-censitaire. (Publication du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). Québec: Service des études sociaux sanitaires.

Finkel, S.I., Lyons, J.S., & Anderson, R.L. (1993). A Brief Agitation Rating Scale (BARS) for nursing home elderly. Journal of American Geriatrics Society, 41, 50-52.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research, 12, 189-198.

Forbes, W.F., Jackson, J.A., & Kraus, A.S. (1987). Institutionalization of the elderly in Canada. Toronto : Butterworths.

Gerdner, L.A., & Buckwalter, K.C. (1994). Assessment and management of agitation in Alzheimer's patients. Journal of Gerontological Nursing, Avril, 11-20.

Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. La Revue canadienne du vieillissement, 12, 324-337.

Hébert, R., Bravo, G., & Voyer, L. (1994). La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française: critères métrologiques et inventaire. La Revue canadienne du vieillissement, 13, 392-405.

Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La Revue de gériatrie, 13, 161-167.

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

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

Moore, E.G., Rosenberg, M.W., & McGuinness, D. (1997). Vieillir au Canada : les aspects démographiques et géographiques du vieillissement. Ottawa: Statistique Canada.

Mungas, D., Weiler, P., Franzi, C., & Henry, R. (1989). Assessment of disruptive behavior associated with dementia: The Disruptive Behavior Rating Scales. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 2, 196-202.

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

Pinard, C., & Landreville, P. (1998). Stratégies d'adaptation, symptômes dépressifs, anxiété et bien-être au sein des personnes âgées vivant en milieu institutionnel. La Revue canadienne du vieillissement, 17, 40-58.

Quintal, J. (1995). Étude de l'occupation des lits subventionnés en CHSLD. Conférence québécoise des Centres d'hébergement et d'habitation. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux.

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

Ravensborg, M.R., & Willenson, D. (1969). Use of the NOSIE-30 Behavioral Rating Scale in hospitals for the mentally ill and retarded. Journal of Clinical Psychology, 25, 453-454.

Ray, W.A., Taylor, J.A., Lichtenstein, M.J., & Meador, K.G. (1992). The Nursing Home Behavior Problem Scale. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 47, M9-16.

Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). Psychopharmacology Bulletin, 24, 653-659.

Reisberg, B., Franssen, E., Sclan, S.G., Kluger, A., & Ferris, S.H. (1989). Stage specific incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's disease: A study of 120 patients using the BEHAVE-AD. Bulletin of Clinical Neurosciences, 54, 95-112.

Rosen, J., Burgio, L., Kollar, M., Cain, M., Allison, M., Fogleman, M., Michael, M., & Zubendo, G.S. (1994). The Pittsburg Agitation Scale (PAS): A user-friendly instrument for rating agitation in demented patients. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2, 52-59.

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

Shader, R.I., Harmatz, J.S., & Salzman, C. (1974). A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG). Journal of the American Geriatrics Society, 22, 107-113.

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

Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P.P. (1992). Assessment of behavioral problems in

dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. Psychology and Aging, 7, 622-631.

Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. Psychologie Canadienne, 30, 662-680.

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

Zaudig, M. (1996). Assessing behavioral symptoms of dementia of the Alzheimer's type: Categorical and quantitative approaches. International Psychogeriatrics, 8, 183-200.

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

ANNEXE I

Cohen-Mansfield Agitation Inventory - CMAI

(version originale)

THE COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY

Please read each of the 29 agitated behaviors, and circle how often (from 1-7) each was manifested by the resident during the last 2 weeks :

	Never 1	Less than once a week 2	Once or twice a week 3	Several times a week 4	Once or twice a day 5	Several times a day 6	Several times an hour 7
1. Pace, aimless wandering	1	2	3	4	5	6	7
2. Inappropriate dress or disrobing	1	2	3	4	5	6	7
3. Spitting (include at meals)	1	2	3	4	5	6	7
4. Cursing or verbal aggression	1	2	3	4	5	6	7
5. Constant unwarranted request for attention or help	1	2	3	4	5	6	7
6. Repetitive sentences or questions	1	2	3	4	5	6	7
7. Hitting (including self)	1	2	3	4	5	6	7
8. Kicking	1	2	3	4	5	6	7
9. Grabbing onto people	1	2	3	4	5	6	7
10. Pushing	1	2	3	4	5	6	7
11. Throwing things	1	2	3	4	5	6	7
12. Strange noises (weird laughter or crying)	1	2	3	4	5	6	7
13. Screaming	1	2	3	4	5	6	7
14. Biting	1	2	3	4	5	6	7
15. Scratching	1	2	3	4	5	6	7

	Never 1	Less than once a week 2	Once or twice a week 3	Several times a week 4	Once or twice a day 5	Several times a day 6	Several times an hour 7
16. Trying to get to a different place (e.g., out of the room, building)	1	2	3	4	5	6	7
17. Intentional falling	1	2	3	4	5	6	7
18. Complaining	1	2	3	4	5	6	7
19. Negativism	1	2	3	4	5	6	7
20. Eating or drinking inappropriate substances	1	2	3	4	5	6	7
21. Hurt self or other (cigarette, hot water, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
22. Handling things inappropriately	1	2	3	4	5	6	7
23. Hiding things	1	2	3	4	5	6	7
24. Hoarding things	1	2	3	4	5	6	7
25. Tearing things or destroying property	1	2	3	4	5	6	7
26. Performing repetitious mannerisms	1	2	3	4	5	6	7
27. Making verbal sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
28. Making physical sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
29. General restlessness	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE II

Fiche signalétique

Fiche signalétique (bénéficiaire)

1. Date de naissance

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

2. Sexe

1 : Masculin []
2 : Féminin []

3. Date d'admission

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

4. Diagnostics médicaux selon le plan de soins

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

ANNEXE III

Inventaire révisé des problèmes de comportements et de mémoire

- IRPCM

INVENTAIRE RÉVISÉ DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENTS ET DE MÉMOIRE

Instructions:

Indiquez, pour chaque bénéficiaire, si ces problèmes sont survenus **DURANT LA DERNIÈRE SEMAINE**. Si oui, combien de fois sont-ils survenus ? Si non, est-ce que le problème s'est déjà présenté ? Utilisez les classes de fréquence suivantes :

0 = Jamais survenu
 1 = Est survenu, mais pas dans la dernière semaine
 2 = Est survenu 1 ou 2 fois dans la dernière semaine
 3 = Est survenu 3 à 6 fois dans la dernière semaine
 4 = Survient tous les jours ou plus souvent

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Poser la même question maintes et maintes fois | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Avoir de la difficulté à se rappeler des événements récents
(Ex.: nouvelles dans le journal ou à la télévision...) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Avoir de la difficulté à se rappeler des événements importants du passé.... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Perdre des choses ou les placer au mauvais endroit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Oublier quel jour on est | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Commencer des activités sans les finir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Avoir de la difficulté à se concentrer sur une tâche | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Détruire des biens | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Faire des choses qui vous gênent | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Réveiller les autres bénéficiaires la nuit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Parler fort et rapidement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sembler anxieux ou inquiet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Avoir des comportements potentiellement dangereux pour lui
ou les autres | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Menacer de se suicider | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Menacer de blesser les autres | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Etre agressif verbalement envers les autres | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Sembler triste ou déprimé | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Exprimer des sentiments de désespoir ou de tristesse par rapport
à l'avenir (ex.: "il ne m'arrivera jamais rien de bon"; "je ne fais jamais
rien de bien") | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Pleurer ou pleurnicher | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Parler de sa mort ou de celle des autres (ex.: "la vie est intolérable";
"Je serais mieux mort") | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Exprimer des sentiments de solitude | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Dire qu'il est inutile ou un fardeau pour les autres | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Dire qu'il est un raté ou qu'il n'a rien accompli de valable dans sa vie..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Chicaner, de se plaindre ou d'être irritable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANNEXE IV

Grille d'évaluation de l'autonomie dans les AVQ - SMAF

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE
(Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)

Instructions:

Indiquez, par un "X", l'affirmation qui correspond le mieux au degré d'autonomie de la personne dans ses activités de la vie quotidienne.

1. Se nourrir

- 0 Se nourrit seul
- 0,5 Avec difficulté
- 1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance
OU on doit couper ou hacher sa nourriture au préalable
- 2 A besoin d'aide partielle pour se nourrir
OU qu'on lui présente les plats un à un
- 3 Doit être nourri entièrement par une autre personne
OU porte une sonde naso-gastrique OU une gastrostomie
 sonde naso-gastrique gastrostomie

2. Se laver

- 0 Se lave seul
- 0,5 Avec difficulté
- 1 Se lave seul mais doit être stimulé
OU nécessite une surveillance pour le faire
OU qu'on lui prépare le nécessaire
OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement
- 2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement
- 3 Nécessite d'être lavé par une autre personne

3. S'habiller

- 0 S'habille seul
- 0,5 Avec difficulté
- 1 S'habille seul mais doit être stimulé
OU a besoin de surveillance pour le faire
OU on doit lui sortir son linge et lui présenter
OU on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets)
- 2 Nécessite de l'aide pour s'habiller
- 3 Doit être habillé par une autre personne

4. Entretenir sa personne (se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, couper ses ongles)

- 0 Entretien sa personne seul
- 0,5 Avec difficulté
- 1 A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne
- 2 A besoin d'aide pour entretenir sa personne
- 3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne

5. Fonction vésicale

- 0 Miction normale
- 1 Incontinence occasionnelle
OU en gouttes à gouttes
OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences
- 2 Incontinence urinaire fréquente
- 3 Incontinence urinaire totale et habituelle
OU porte une couche OU une sonde à demeure OU un condom urinaire
 couche sonde à demeure condom urinaire

6. Fonction intestinale

- 0 Défécation normale
- 1 Incontinence fécale occasionnelle
OU nécessite un lavement évacuant occasionnel
- 2 Incontinence fécale fréquente
OU nécessite un lavement évacuant régulier
- 3 Incontinence fécale totale et habituelle
OU porte une couche OU une stomie
 couche stomie

7. Utiliser les toilettes

- 0 Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)
- 0,5 Avec difficulté
- 1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes ou utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine
- 2 A besoin d'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, l'urinal ou la bassine
- 3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal
 chaise d'aisance bassine urinal

ANNEXE V

Echelle d'évaluation des démences de Reisberg - EEDR

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES DÉMENCES DE REISBERG

Instructions:

Indiquez, par un "X", le stade qui correspond le mieux à l'état du bénéficiaire:

- ___ Stade 1: Normal, aucune atteinte subjective ou objective du fonctionnement.
- ___ Stade 2: Oublis bénins, atteinte subjective mais non objective. À ce stade, le patient peut se plaindre de problème de mémoire mais ceci n'a aucun impact sur son fonctionnement.
- ___ Stade 3: Atteinte objective légère. Mémoires légèrement déficientes, aucune difficulté dans les tâches courantes (gérer ses dépenses) ou à s'orienter dans des endroits connus. Présente cependant des difficultés lors de ses déplacements dans des endroits non connus.
- ___ Stade 4: Atteinte modérée, mémoires déficientes de façon évidente (incapable de faire des courses, oublie des demandes simples, incapable de gérer ses dépenses), désorientation spatiale. Peut fonctionner de façon indépendante, peu d'impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ)... Si le patient est limité physiquement pour d'autres raisons, il demandera de l'aide pour ses besoins.
- ___ Stade 5: État démentiel évident, mémoires franchement déficientes, désorientation temporo-spatiale, début de perte pour orientation personnelle. Difficulté à choisir son linge, négligent pour son hygiène. A besoin de stimulation et de surveillance.
- ___ Stade 6: État démentiel marqué, perte des mémoires importantes, désorientation personnelle, a besoin d'aide dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne. Ne peut s'habiller seul, il mettra son linge de jour par-dessus son linge de nuit. Incapable de se laver. Incontinence urinaire et fécale, ne demande pas pour ses besoins.
- ___ Stade 7: État démentiel profond, orientation nulle dans les trois sphères, aide totale pour les AVQ. Discours limité, presque nul, non adapté à la situation. Ne marche plus seul.