

Master ès Sciences en sciences infirmières

Master conjoint
UNIVERSITE DE LAUSANNE
Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine
et
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE
Domaine santé

ETUDE DU RAPPORT ENTRE LES MANIFESTATIONS D'AGITATION ET
L'INCONFORT DE LA PERSONNE AGEË ATTEINTE DE DEMENCE (PAD) AU
MOMENT DE LA TOILETTE EN MILIEU HOSPITALIER SPECIALISE

Corinne Schaub

Thomas Doucet, PhD
Directeur de mémoire

Juillet 2011

Composition du Jury de mémoire

Ce mémoire intitulé :

Etude du rapport entre les manifestations d'agitation et l'inconfort
de la personne âgée atteinte de démence (PAD) au moment de la toilette
en milieu hospitalier spécialisé

présenté par

Corinne Schaub

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Diane Morin, Ph D, Présidente du jury

Directrice de l'Institut universitaire de recherche en soins - Faculté de
biologie et de médecine, Université de Lausanne

Thomas Doucet, Ph D, Directeur de mémoire

chargé d'enseignement, Faculté des sciences infirmières

Maya Shaha, Ph D, Membre du jury

chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières

Mémoire accepté le 8 juillet 2011

Sommaire

Les personnes âgées atteintes de démence (PAD) souffrent de troubles importants de la communication associés à des manifestations psychologiques et comportementales comme l'agitation. La plupart de ces personnes hospitalisées sont en outre atteintes de comorbidités physiques ou psychologiques pouvant provoquer de l'inconfort. Ce travail décrit la fréquence des comportements d'agitation et de l'inconfort des PAD durant les soins d'hygiène et vérifie si ces deux phénomènes sont associés durant la toilette. La mise en perspective infirmière des résultats de l'étude est effectuée à partir des écrits scientifiques et du cadre théorique du confort de Kolcaba.

Mots clés : Démence – agitation – inconfort – toilette – théorie du confort

Summary

Older people with dementia suffer significant communication disorders associated with psychological and behavioral manifestations such as agitation. Most of those hospitalized also suffer from physical or psychological comorbidities that can cause discomfort. This paper describes the frequency of behaviors related to agitation and to discomfort during the bath and verifies the correlation between these two phenomena. The results of the study are discussed in view of Kolcaba's comfort theoretical framework.

Keywords : Dementia – agitation – discomfort – bath - comfort theoretical framework

Table des matières

Sommaire	ii
Summary	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Problématique	2
But de l'étude	9
Les questions de recherche	9
Recension des écrits	4
L'agitation chez les personnes âgées démentes	11
Définition de l'agitation	12
Description des antécédents précipitant l'agitation	14
Conséquences des manifestations d'agitation	16
Description des moments de manifestations de l'agitation	18
L'inconfort chez les personnes âgées démentes	20
Définition et caractéristiques de l'inconfort	20

L'inconfort relatif à la douleur.....	22
L'inconfort relatif à l'anxiété et la dépression.....	24
Le lien entre l'agitation et l'inconfort.....	27
L'agitation et l'inconfort au moment des soins d'hygiène (la toilette).....	30
Théorie du confort de Kolcaba.....	34
Structure taxonomique du confort.....	34
Les propositions et hypothèses de la théorie du confort.....	38
Les besoins du patients selon Kolcaba.....	39
Synthèse du cadre de référence et mise en évidence des lacunes justifiant l'étude	41
Méthode.....	11
Devis de recherche.....	45
Milieu.....	45
Population cible.....	45
Sélection des sujets.....	46
Méthodes d'investigation.....	47
Validité des grilles.....	48
Inter-rater reliabilité.....	50
Variables démographiques.....	51
Analyse.....	51
Surveillance médicale et rôle du personnel infirmier.....	52

Procédures éthiques	53
Résultats	46
Première partie : description des variables démographiques.....	55
Deuxième partie : réponses aux questions de recherche.....	59
Réponse à la question 1	59
Réponse à la question 2.....	63
Discussion	56
La population	68
La fréquence et les scores des manifestations d'agitation et d'inconfort	69
L'agitation	69
L'inconfort	72
L'association des manifestations d'inconfort et d'agitation durant la toilette....	74
Lien avec le cadre théorique du confort de Kolcaba	77
Limites méthodologiques et forces de l'étude	80
Recommandations pour la clinique.....	81
Perspectives pour la recherche en science infirmière	83
Conclusion	85
Références	86
Appendice A.....	85
Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI).....	85

Appendice B.....	95
Modèle de l'agitation.....	95
Appendice C.....	98
Discomfort scale for Dementia of the Alzheimer's Type	98
Appendice D.....	100
Information destinée aux tuteurs des personnes.....	100
participant à l'étude	100
Appendice E.....	105
Formulaire en vue du consentement libre et éclairé destinée aux tuteurs des personnes participant à l'étude	105

Liste des tableaux

Tableau 1: Description des variables démographiques âge, durée d'observation durant la toilette, durée d'hospitalisation, sexe, CDR, raisons d'admission, nombre de diagnostics autres que la raison d'admission.....	56
Tableau 2: Description des variables médication, médication avant la toilette, niveau d'indépendance pour la toilette.....	58
Tableau 3: Description de la fréquence et des pourcentages de la variable « agitation » (tous types et par sous groupes) et des items d'inconfort...60	
Tableau 4: Description de la fréquence et des pourcentages de la variable inconfort et de ses items.....	61
Tableau 5: Description des scores des variables agitation (tous types et par sous groupes) et de l'inconfort (total) et des items d'inconfort.....	62
Tableau 6: Corrélations et intervalle de confiance entre l'inconfort, l'agitation tous types et les sous groupes d'agitation.....	63
Tableau 7: Coefficient de corrélation de Pearson entre l'agitation tous types confondus et les items de la variable inconfort.....	65
Tableau 8: Fidélité des grilles DS-DAT et CMAI	66

Liste des figures

Figure 1: Antécédents et conséquences de l'agitation (Adaptation de Kong (2005) et traduction libre).....	16
Figure 2: Structure taxonomique du confort (Adaptation de Kolcaba (1994) et traduction libre).....	35
Figure 3: Théorie du confort restructurée à partir de la Théorie de « l'Human Press » (Adaptation de Kolcaba (1994) et traduction libre).....	37

Liste des abréviations

Activities of daily living (ADL)

Agitated Behaviour in Dementia Scale (ABID)

Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI)

Agitation verbale (AV)

Care Recipient Behavior Assessment (CAREBA)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
(DSM-IV)

Discomfort scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)

Echelle clinique de démence (CDR)

Haute Ecole Vaudoise de la Santé (HECVsanté)

Infirmier chef d'unité de soins (ICUS)

Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS)

Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

Lawton's Modified Behavior Stream (LMB)

Personnes âgées démentes (PAD)

Pittsburgh Agitation Scale (PAS)

Remerciements

Je souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire. Sans le soutien de la HECVsanté, de ma Directrice Mireille Clerc et de mon Doyen Patrick van Gele ce mémoire n'aurait pas vu le jour. J'exprime également ma reconnaissance à toute l'équipe de l'IUFRS pour la richesse de ces deux formidables années de formation.

Je remercie sincèrement mon Directeur de mémoire Thomas Doucet pour son inspiration, son aide, l'intensité de nos nombreux échanges et tout le temps consacré à la réalisation de ce mémoire. Un merci particulier à Anne-Sylvie Ramelet et Cédric Mabire pour leur aide et leurs conseils lors de l'analyse statistique des données.

Mes remerciements s'adressent également au centre hospitalier qui m'a ouvert ses portes ainsi qu'aux nombreux soignants qui ont participé et soutenu ce projet. Un merci particulier à Daniel Ducraux, infirmier spécialiste clinique, qui m'a permis de réaliser mes observations dans d'excellentes conditions. Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Armin Von Gunten, Professeur et médecin chef de service pour son solide soutien méthodologique.

J'exprime ma profonde gratitude à tous mes amis, collègues et famille pour leur affection tout au long de ces études. Ils ont été une source inestimable de motivation, de ressourcement et d'aide tout au long de ce processus. Merci de tout cœur à mon mari Théo pour sa confiance, sa patience et son soutien depuis deux ans ainsi qu'à mes enfants Julien, Aline et Antoine qui m'ont donné l'énergie pour réaliser ces études.

Introduction

L'agitation des personnes âgées atteintes de démence (PAD) hospitalisées est une manifestation perturbatrice. Les étiologies de ce trouble du comportement sont nombreuses et hétérogènes. Les soins relatifs à la réalisation des activités quotidiennes, tels que les soins d'hygiène, augmentent le risque de l'agitation chez la PAD. De plus, la toilette peut être vécue avec beaucoup d'inconfort physique et/ou psychologique. Dans cette optique, cette étude vise plus spécifiquement à connaître le rapport existant entre l'agitation et l'inconfort durant la toilette. A cette fin, des observations à l'aide de grilles d'agitation et d'inconfort ont été réalisées auprès de 30 PAD hospitalisées dans un service spécialisé suisse romand.

Cette étude est présentée en cinq sections. En premier lieu la problématique, le but et les questions de recherche sont décrits. La deuxième section présente la revue des écrits traitant de l'agitation, de l'inconfort, des connaissances actuelles concernant l'association de l'agitation et de l'inconfort, puis décrit les manifestations de ces deux phénomènes durant la toilette. Le cadre de référence théorique du confort de Kolcaba clôt cette deuxième partie. La troisième section expose la méthode utilisée dans l'étude puis la quatrième présente les résultats de la recherche. La dernière section analyse et met les résultats en perspective. Les limites et forces de l'étude sont évoquées, puis des recommandations pour la clinique et la recherche en sciences infirmières sont énoncées.

Problématique

L'augmentation de la population âgée et le vieillissement démographique dans les pays industrialisés et, en particulier, en Suisse est un fait avéré qui est estimé accroître durant les prochaines décennies. En fait, la part des personnes de 65 ans et plus devrait passer de 16,6% à environ 28% en 2050 (OFS, 2010). La population âgée reste en bonne santé plus longtemps et le nombre d'années sans incapacité augmente plus rapidement que l'espérance de vie moyenne (Höpflinger & Hugentobler, 2003). Il s'avère néanmoins que les risques de démence augmentent avec l'âge. Cette maladie touche au moins 107'000 personnes en Suisse dont 40% sont institutionnalisées et desquels plus de la moitié ont atteint un stade avancé de démence (Association Alzheimer Suisse, 2009).

Même si les perspectives de prévention et de traitement de cette maladie sont appelées à se développer (Höpflinger & Hugentobler, 2003), l'effectif global de patients atteints de démence (PAD) va continuer à augmenter dans les établissements médico-sociaux et les hôpitaux. Le concept de démence est ici considéré sous un angle syndromique, sachant qu'il existe plusieurs types regroupés sous le terme de « syndromes démentiels ». Les types de démence se différencient selon le genre de lésion, la topographie, l'étiologie, l'âge d'apparition et l'évolution de la maladie avec ses symptômes ou manifestations (Büla, Joray, Simeone, & Camus, 2004). Les types de démence les plus courantes sont la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires et les démences mixtes. Le phénomène de la démence sera évoqué ici dans un sens large.

Les PAD présentent d'importants troubles de communication associés à des manifestations psychologiques et comportementales comme l'agitation, l'apathie,

l'errance, des signes de dépression et de psychose, la désinhibition sexuelle ou de l'hypersexualité (von Gunten, Küng, & Camus, 2004). L'agitation se traduit par des activités verbales, vocales ou motrices inappropriées, n'apparaissant pas directement liées à des besoins perceptibles ou à de la confusion aux yeux de l'observateur extérieur. Elle peut prendre la forme de demandes incessantes, d'irritabilité, de refus obstinés, de déambulation et d'agressivité verbale ou physique (von Gunten, et al., 2004) contraires aux normes sociales (Cohen-Mansfield, 2008). L'agitation des PAD est un phénomène qui agit lourdement sur les capacités de tolérance des aidants naturels (Vespa, Gori, & Spazzafumo, 2002) et représente une des raisons principales qui amène les familles à institutionnaliser les personnes atteintes de démence (Vespa, et al., 2002; von Gunten, Gold, & Kohler, 2008).

En milieu institutionnel, 50 à 90% des patients déments ont des troubles généraux du comportement (Rousseau, 2005). Au moins un comportement agité sur une période de deux semaines d'observation est visible chez 95% des PAD (Sourial, McCusker, Cole, & Abrahamowicz, 2001), alors que 34% en manifestent au moins un par semaine (Gruber-Baldini, Boustani, Sloane, & Zimmerman, 2004). Ces manifestations d'agitation sont éprouvantes aussi bien pour les patients eux-mêmes (Mintzer & Brawman-Mintzer, 1996) que pour les professionnels; ayant pour conséquence une augmentation du stress et de l'épuisement chez les soignants (Vespa, Gori, Bonaiuto, Cruciani & Spazzafumo, 2002 ; Sourial, McCusker, Cole, & Abrahamowicz, 2001).

Les facteurs prédisposants de l'agitation sont imparfaitement connus. Il apparaît néanmoins que le sexe, la personnalité, la mauvaise santé, une insuffisance

fonctionnelle lors des activités de la vie quotidienne, les modifications de l'environnement (par exemple trop de bruit, une insuffisance d'interactions sociales ou au contraire une surstimulation), ainsi que la détérioration cognitive et neurologique augmentent le risque d'apparition de comportements d'agitation (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1990; Kolanowski, 1999; von Gunten, Alnawaqil, Abderhalden, Needham, & Schupbach, 2008). D'autres variables tels la faim ou le degré de luminosité pourraient être liées à l'agitation ; mais ce rapport est encore hypothétique (Pelletier & Landreville, 2007). Il reste que l'agitation est un phénomène fort hétérogène et que les facteurs étiologiques diffèrent probablement en fonction du type d'agitation (von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008). Ainsi, certains facteurs tels le sexe ou la détérioration cognitive ou physique auront ainsi un impact d'agitation différencié comme l'agitation verbale, l'agitation physique non agressive ou l'agitation physique agressive (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996).

Outre ces facteurs prédisposants, des conduites perturbatrices peuvent également indiquer que la PAD éprouve de l'inconfort (Voyer, et al., 2005). L'inconfort correspond à un état émotionnel et/ou physique négatif, sujet à variation dans son amplitude en réponse aux conditions internes ou environnementales (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde, & Volicer, 1992). Il s'agit d'un phénomène complexe encore insuffisamment étudié (Lamont, 2003) qui implique plusieurs facteurs associés à des besoins non comblés (Kovach, Noonan, Griffie, Muchka, & Weissman, 2001). Ces besoins peuvent être liés aux conditions de température et de luminosité de l'environnement, à des malaises intérieurs éprouvés comme l'anxiété, la dépression (Ballard, et al., 2000; Seignourel, Kunik, Snow, Wilson, & Stanley, 2008), ou encore à des composantes physiologiques, telle la douleur reliée à des

pathologies cancéreuses, ostéo-articulaires, ulcéreuses ou à des céphalées (Buffum, Miaskowski, Sands, & Brod, 2001).

Au vu de conduites perturbatrices liées à l'inconfort, la douleur chez la PAD est un phénomène complexe qui doit être pris en compte de manière globale vue l'intrication des aspects biologiques, psychologiques et sociaux. De même, l'anxiété et la dépression sont souvent liés au phénomène de douleur chronique (Allaz, 2006). En fait, si les PAD gardent la même sensibilité sensorielle face à la douleur que les personnes âgées, leur manière de l'exprimer verbalement est diminuée en raison de leurs incapacités à en parler (Hadjistavropoulos, LaChapelle, MacLeod, Snider, & Craig, 2000; Scherder, et al., 2003). Il apparaît ainsi que l'anxiété, la dépression, la douleur aiguë ou chronique et l'incapacité de la PAD à exprimer ses perceptions et ses sentiments peuvent être à l'origine de ce sentiment d'inconfort.

A ce jour, peu d'études démontrent le possible lien entre l'agitation et l'inconfort (Pelletier & Landreville, 2007). Même si l'association entre les expressions d'agitation et celles de l'inconfort est encore peu investiguée quelques études établissent une corrélation entre ces deux types de manifestations chez les PAD institutionnalisés (Buffum, et al., 2001; Pelletier & Landreville, 2007; Sloane, Hoeffler, et al., 2004). Cette association est particulièrement forte pour l'agitation verbale et l'agitation physique non agressive (Pelletier & Landreville, 2007). Toutefois, quoique les manifestations d'agitation chez les PAD ont plusieurs origines étiologiques, celles qui évoquent un rapport de l'agitation à l'inconfort physique et psychique sont plus rares.

Selon Sloane, Hoeffler, et al. (2004), le moment des soins d'hygiène est un moment propice à l'apparition de comportements d'agitation et de l'inconfort. Les moments du bain et de la toilette créent un haut niveau d'inconfort émotionnel pour les PAD (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Dunn, Thiru-Chelvam, & Beck, 2002). De plus, de nombreux comportements d'agitation agressive apparaissent ainsi lors des soins de base (Nilsson, Palmstierna, & Wistedt, 1988) en réponse au besoin de la PAD de préserver sa pudeur (Marx, Werner, & Cohen-Mansfield, 1989). En effet, la manipulation épisodique d'une personne avec des membres contractés peut engendrer des douleurs et ainsi un niveau d'inconfort supérieur à celui observé lors des soins de base (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde, & Volicer, 1992).

Il apparaît ainsi utile de vérifier dans un service hospitalier suisse si ces différents comportements sont associés de manière significative. Une étude ciblée sur la description des manifestations d'agitation et celles de l'inconfort puis sur la mesure de leur degré d'association au moment de la toilette en chambre amènera des données permettant d'étoffer les connaissances sur la prise en charge de la PAD lors d'un moment de soin courant et spécifiquement infirmier. En effet, selon la théorie infirmière du confort (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003), une meilleure compréhension de l'expérience d'agitation et de l'inconfort du patient lors de la toilette doit permettre au soignant d'effectuer un choix plus pertinent et ciblé de pratiques en vue d'améliorer son bien-être durant ce moment sensible. En Suisse, aucune étude ne s'est penchée sur cette association durant le moment spécifique de la toilette en chambre.

But de l'étude

Cette étude vise à décrire la fréquence et l'association des comportements d'agitation et de l'inconfort durant la réalisation de la toilette auprès de PAD hospitalisés dans un service spécialisé. Des résultats indiquant une association significative entre l'agitation et l'inconfort devraient conduire les soignants à mieux connaître les items des grilles d'observation de ces deux phénomènes afin de faciliter l'évaluation de l'état physique et psychique du patient lors d'un moment de soin sensible de sa journée. Les soignants seraient alors incités à une réflexion en équipe sur l'ajustement de la réalisation d'une activité de soins à la fois très courante et pourtant parfois difficile à réaliser auprès de PAD (Sloane, Hoeffler, et al., 2004).

Les questions de recherche

L'étude cherche à répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence des manifestations des différents types d'agitation et de l'inconfort lors de la toilette auprès des PAD ?
2. Les manifestations de l'inconfort sont-elles associées de manière significative aux manifestations d'agitation durant la toilette des PAD?

Recension des écrits

La recension des écrits couvre les aspects suivants. La définition du concept de l'agitation, ses dimensions physiques et psychiques, une description de ses antécédents, ainsi que des moments principaux d'apparition de ses manifestations chez les PAD. Les difficultés à définir clairement les dimensions de l'inconfort seront ensuite évoquées avant de développer l'état des connaissances sur les expressions d'agitation et de l'inconfort au moment de la toilette des PAD. La présentation de la théorie du confort ancre la perspective infirmière de cette recherche. Une synthèse des connaissances et la mise en évidence de ses lacunes clôturent cette recension d'écrits.

L'AGITATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES

Le concept d'agitation chez les PAD reste encore insuffisamment défini malgré de nombreuses études publiées à ce sujet. Kong (2005) relève une diversité importante au sujet de la conceptualisation de l'agitation chez la PAD. Inspirée des méthodes de divers auteurs (Morse, Hupcey, Mitcham, & Lenz, 1996; Rodgers & Knafel, 2000), Kong (2005) révèle les débats en cours par une analyse critique du concept de l'agitation. Quoique d'autres chercheurs considèrent l'agitation comme un concept non spécifique, large et pluridimensionnel (Ancill, Carlyle, Liang, & Holliday, 1991; Barnes & Raskind, 1980; Gerdner & Buckwalter, 1994; Roper, Shapira, & Chang, 1991; Struble & Sivertsen, 1987; Verma, Davidoff, & Kambhampati, 1998), leurs points de vue ne seront pas développés ici. Ainsi, des définitions, attributs, antécédents, conséquences, ainsi que des concepts proches

reliés au concept de l'agitation sont synthétisés en incluant des éléments complémentaires tirés d'études plus récentes.

Définition de l'agitation

Kong (2005) rapporte deux dimensions principales de l'agitation, nommément la dimension physique et la dimension psychologique. La dimension physique (aspects moteurs, verbaux et/ou activité vocale) est décrite dans la plupart des définitions de l'agitation reliée à la démence. Par ailleurs, certains auteurs ont limité leur définition à cette dimension (Cohen-Mansfield, 2003; Rosen, Mulsant, & Wright, 1992). La définition du DSM-IV (American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV, 1994), y inclut la dimension psychique tout comme celle tirée d'autres écrits (Camberg, et al., 1999; Hurley, et al., 1992). Toutefois, Kong (2005) cite que l'agitation représente un trouble de comportement inapproprié, non-intentionnel, perturbateur, dérangeant, dysfonctionnel et inadapté. Elle note que d'autres travaux (Yudofsky, Kopecky, Kunik, Silver, & Endicott, 1997) conceptualisent l'agitation comme un ensemble d'émotions et de comportements très invalidants, alors qu'un auteur suggère que l'agitation ne correspond pas seulement à un trouble du comportement mais exprime particulièrement des composantes liées à l'humeur (Zubenko, 1998). En effet, en dépit des dimensions physiques et psychologiques de l'agitation et en raison des facultés réduites à communiquer des PAD, les aspects observables de l'agitation sont priorisés. Il reste que ces définitions reflètent la perspective de l'observateur et ont une connotation négative.

Il est à remarquer que certains instruments incluent des items psychologiques comme les sautes d'humeur (Bogner, Corrigan, Bode, & Heinemann, 2000), l'inquiétude, l'anxiété et/ou la crainte et des croyances incorrectes pénibles (Logsdon, et al., 1999). Une telle description de l'agitation capte l'expression d'un besoin ou d'un sentiment qui permet de mesurer le point de vue des PAD. Cette description plus positive implique de donner un sens aux manifestations d'agitation reliées à la démence et de ne plus uniquement les interpréter comme étant des comportements inacceptables, en rupture des normes sociales attendues. Selon Kong (2005), ces indicateurs d'interprétation permettent de comprendre quels sont les besoins physiques et psychologiques sous-jacents au comportement agité des PAD. Ce changement de perspective élargit la compréhension des facteurs pouvant précipiter l'agitation.

A ce jour, les limites au phénomène de l'agitation ne sont pas encore clairement définies dans les diverses conceptualisations tirées de la littérature (Kong, 2005). Certains auteurs décrivent l'agitation en y incluant des comportements plus spécifiques (Cohen-Mansfield & Billig, 1986; Neugroschl, 2002; Rosen, et al., 1992; Struble & Sivertsen, 1987). Ainsi, la sous catégorie de l'agression apparaît dans la mesure de l'agitation de la grille Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989), celle de l'Agitated Behaviour in Dementia Scale (ABID) (Logsdon, et al., 1999) ou encore la grille Pittsburgh Agitation Scale (PAS) (Rosen, et al., 1994). Certains auteurs notent néanmoins que seule une proportion de patients agités deviennent agressifs (Kindermann, Dolder, Bailey, Katz, & Jeste, 2002). De même, la résistance aux soins est également suggérée comme une composante de l'agitation (Neugroschl, 2002; Rosen, et al.,

1992). Selon Volicer et Hurley (2003) l'agitation se distingue de la résistance aux soins en ce que l'agitation n'est pas limitée à des situations de soins. De plus, certains auteurs proposent que la conceptualisation de l'agitation inclue les comportements associés au trouble du sommeil et les comportements abusifs (Bogner, et al., 2000; Cohen-Mansfield & Billig, 1986; Logsdon, et al., 1999; Neugroschl, 2002). D'un point de vue plus général, l'agitation est aussi considérée comme une réponse humaine à des stimuli internes et externes (Taft, 1989) ou résultant d'un problème de santé (Curl, 1989).

Description des antécédents précipitant l'agitation

Kong (2005) répertorie les facteurs antécédents pouvant précipiter l'agitation chez les PAD. Les facteurs neurologiques, physiques, psychologiques et fonctionnels (Eller, Griffin, & Mote, 2003), la communication interpersonnelle (Burgio, Scilley, Hardin, & Hsu, 2001; Hart & Wells, 1997; Marx, et al., 1989), les facteurs environnementaux (Burgio, et al., 2001; Cohen-Mansfield, Marx, Werner, & Freedman, 1992; Cohen-Mansfield & Werner, 1995; Ragneskog, Gerdner, Josefsson, & Kihlgren, 1998) et tout type de contrainte physique ou d'effets néfastes des médicaments, tels l'intoxication aux drogues, le retrait du médicament et les interactions médicamenteuses (Grossman, 1998; Neugroschl, 2002; Shevitz, 1979; Thomas, 1988) sont fortement associés à l'agitation.

Certains auteurs catégorisent ces antécédents d'agitation en deux groupes : les facteurs de fond et les facteurs proximaux. Les facteurs de fond incluent la stabilité

neurologique, l'état cognitif et les facteurs psychosociaux (Algase, et al., 1996), alors que les facteurs proximaux sont d'origine environnementale, personnelle et sociale (Algase, et al., 1996). Lott et Klein (2003) relèvent que les interactions complexes interpersonnelles et environnementales du patient peuvent causer de l'agitation.

Sur la base de modèles ou d'idées préexistants (Algase, et al., 1996; Cohen-Mansfield, 2003; Lott & Klein, 2003; Struble & Sivertsen, 1987; Taft, 1989), Kong (2005) propose un modèle intégratif (Figure 1) constitué d'antécédents primaires et secondaires. Les antécédents primaires de l'agitation comprennent les facteurs liés au patient, à l'environnement, aux relations interpersonnelles et à la médication ou à l'arrêt de la médication. Selon Struble et Sivertsen (1987) une interprétation inappropriée des stimuli environnementaux chez les PAD résultant d'une déficience cognitive et/ou sensorielle paraît être liée à la survenance de l'agitation, alors que Hart et Well (1997) proposent que l'agitation des PAD survient le plus fréquemment quand ils ne peuvent pas comprendre la langue utilisée par le personnel soignant.

Les antécédents secondaires de l'agitation comprennent l'inconfort, les besoins non satisfaits et l'interprétation erronée (Cohen-Mansfield, 2003; Struble & Sivertsen, 1987; Taft, 1989). En raison des difficultés des PAD à s'exprimer, les besoins non satisfaits apparaissent comme une condition préalable de l'agitation proposée par Cohen-Mansfield (2003). Rosen et al. (1992) déclarent que les comportements agités peuvent être le seul moyen pour les PAD sévèrement atteints d'exprimer leurs besoins. Le désir d'être « servi immédiatement » a été trouvé comme une raison de l'agitation (Ragneskog, et al., 1998). L'inconfort a été le plus

souvent identifié comme une condition préalable à l'agitation (Haskell, Frankel, & Rotondo, 1997; Rosen, et al., 1992; Struble & Sivertsen, 1987). L'étude de Buffum et al. (2001) démontre une relation statistiquement significative entre l'inconfort et l'agitation.

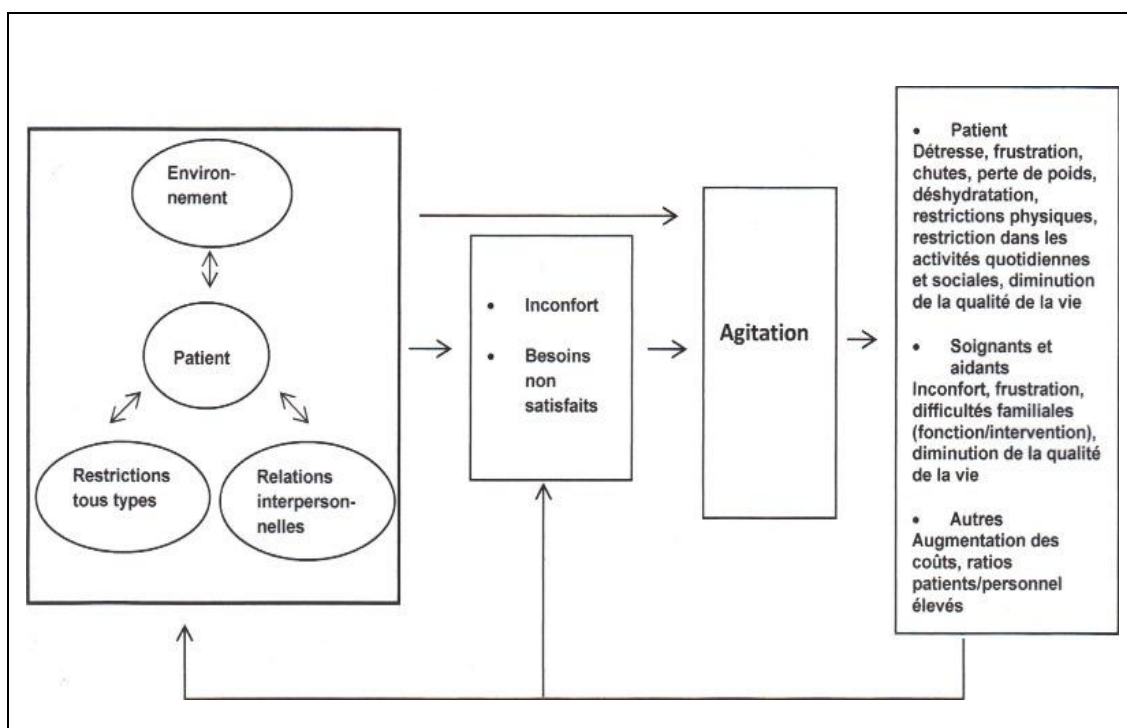


Figure 1. Antécédents et conséquences de l'agitation (Adaptation de Kong (2005) et traduction libre)

Conséquences des manifestations d'agitation

Kong (2005) remarque que les chercheurs s'accordent au sujet des conséquences de l'agitation des PAD et discute des conséquences négatives pour le patient, le soignant ou encore l'organisation des soins.

Les conséquences pour les patients comprennent la détresse, la frustration, une incidence plus élevée de chutes, des pertes de poids et de l'anorexie, de la déshydratation, des restrictions physiques et pharmacologiques et des activités quotidiennes et de la vie sociale, l'institutionnalisation et une diminution de la qualité de vie (Bartels, et al., 2003; Dunkin & Anderson-Hanley, 1998; Hurley, et al., 1999; Kopecky & Yudofsky, 1999; Leger, et al., 2002; Taft, 1989). D'autres auteurs évoquent plus spécifiquement les conséquences de l'agitation verbale (AV) auprès d'autres patients et chez les soignants (von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008) qui engendrent des réactions agressives nécessitant une contrainte chimique (Sloane, et al., 1997; Sloane, et al., 1995). Des réactions de frustration, d'anxiété et de colère peuvent apparaître chez les soignants et les amener à se distancer des PAD (Draper, et al., 2000), voire même exposer les PAD à de la maltraitance (Jeandel, 2000) ou à un comportement potentiellement nocif de la part des soignants (Beach, et al., 2005). Toutefois, les auteurs rappellent qu'habituellement les soignants réagissent positivement à l'AV (Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1990). De plus, Kong (2005) rapporte que la hausse du ratio patient-personnel (Bartels, et al., 2003; Cohen-Mansfield & Billig, 1986; Diwan & Phillips, 2001; Moore, Zhu, & Clipp, 2001) diminue le seuil de tolérance des soignants à l'agitation verbale (Hantikainen, Isola, & Helenius, 1998). Ainsi, certaines de ces conséquences peuvent à leur tour avoir une incidence sur les antécédents de l'agitation et servir de précurseurs supplémentaires aux comportements agités.

Description des moments de manifestations de l'agitation

Selon plusieurs auteurs, jusqu'à 65% des manifestations d'agitation apparaissent lors des soins à domicile et jusqu'à 86% lors des soins en milieu institutionnel (Beck, Rossby, & Baldwin, 1991; Ryden, Bossenmaier, & McLachlan, 1991; Sloane, Hoeffler, et al., 2004). Il apparaît que l'agitation est affectée par la relation complexe de la structure temporelle propre à chaque PAD. Certaines manifestations tel l'item « bruits étranges » s'expriment le plus souvent la nuit mais aussi en soirée (Cohen-Mansfield, Marx, Werner, et al., 1992). Le comportement de l'item « demandes constantes d'attention » surgit plus fréquent pendant le repas du déjeuner mais aussi par des cris le plus souvent manifestés la nuit en raison de l'isolement de la PAD en chambre (Cohen-Mansfield, Marx, Werner, et al., 1992). Pour ces auteurs, il reste qu'une probable composante individuelle liée à un mécanisme personnel physiologique est probablement à prendre en compte.

Cohen-Mansfield, Marx, Werner, et al. (1992) évoquent aussi l'impact de la structure temporelle de l'organisation des soins sur l'agitation. Le manque de souplesse dans les horaires de soins, de repas, de sommeil, des médicaments, des activités, de la disponibilité des personnes peuvent jouer un rôle dans l'apparition de comportements d'agitation. Spécifiquement, leur étude indique une augmentation de certains comportements d'agitation en fin de semaine. Le week-end les patients font en effet plus de « bruit étranges » qu'en semaine et des comportements agressifs ou le fait d'amasser des choses se manifestent beaucoup plus souvent en soirée que

pendant la journée, probablement en raison d'activités moins structurées et de la réduction du personnel.

Les différents syndromes d'agitation (comportements physiques agressifs vs non agressifs et comportements verbaux agressifs vs non agressifs) ont des corrélations différentes en fonction des variables indépendantes. Dans une étude observationnelle auprès de 175 PAD, Cohen-Mansfield et Libin (2005) rapportent que les comportements d'agitation verbale sont associés de manière significative au sexe féminin, au déclin cognitif, aux mauvaises performances lors des activités de la vie quotidienne, à l'altération du fonctionnement social et à l'humeur dépressive. De plus, Cohen-Mansfield et Libin (2005) rapportent que des comportements perturbateurs sont associés à des niveaux plus élevés d'agitation verbale de manière plus significative chez les femmes que chez les hommes. Selon d'autres auteurs (von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008), la fréquence élevée de l'agitation verbale chez les PAD représente aussi une expression d'agitation particulièrement perturbante. L'AV est un des symptômes comportementaux les plus communs de la démence. La très grande variété des manifestations verbales est définie par des cris, des injures, des obscénités, des répétitions de phrases, des plaintes ou des bruits répétitifs qui peuvent exprimer des états d'esprit très différenciés chez les PAD (von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008). Sa prévalence en milieux institutionnels se situe entre 10% et 52% selon les comportements en cause (Cohen-Mansfield & Werner, 1994; Hussian & Hill, 1980). L'agitation verbale est souvent difficile à gérer et est renforcée par l'intensité des bruits de l'environnement. Ce type d'agitation demande une attention soutenue de la part des soignants sous peine de devenir un problème perturbateur chronique (Burgio, et al., 1994). C'est le degré de perturbation plus que l'agitation verbale elle-

même qui influence la qualité des relations entre les soignants membres du personnel et les PAD. Ces résultats corroborent ceux d'études antérieures (Cariaga, Burgio, Flynn, & Martin, 1991; Cohen-Mansfield, Marx, & Werner, 1992). Par ailleurs, les comportements physiques non-agressifs sont corrélés positivement aux troubles cognitifs et négativement au nombre de diagnostics médicaux concomitants. Ce type d'agitation n'apparaît pas lié au sexe ou à l'âge dans l'échantillon étudié (Cohen-Mansfield & Libin, 2005).

L'INCONFORT CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES

Définition et caractéristiques de l'inconfort

L'inconfort n'ayant pas fait l'objet d'une analyse approfondie (Hurley, et al., 1992; Lamont, 2003) il est à ce jour un concept peu mature. Hurley, et al. (1992) et Pelletier et Landreville (2007) conçoivent l'inconfort comme un phénomène complexe référant à un état physique et/ou émotionnel négatif, sujet à variation dans son amplitude en réponse aux conditions internes ou environnementales. D'autres auteurs, par ailleurs, utilisent invariablement les termes inconfort et douleur (Buffum, Sands, Miaskowski, Brod, & Washburn, 2004; Smith, 2005; Stevenson, Brown, Dahl, Ward, & Brown, 2006). Néanmoins, Lemay et Landreville (2010) précisent que diverses conditions telles la douleur, la détresse, la dépression, la solitude, le manque de stimulation, le manque de sommeil peuvent contribuer à l'inconfort, alors

que d'autres travaux notent que l'inconfort suggère des besoins physiologiques et psychologiques non-comblés (Kovach, Noonan, Griffie, Muchka, & Weissman, 2002). Les sources d'inconfort seraient donc très hétérogènes (Kovach, et al., 2002; Lemay & Landreville, 2010).

A l'aide d'une approche modifiée de Morse, Lamont (2003) a étudié le concept d'inconfort en utilisant une méthodologie qualitative d'analyse du diagnostic, une revue d'écrits, des entrevues et des études de cas. Les résultats indiquent que l'inconfort se divise en quatre catégories: (a) les définitions et des termes connexes, (b) les études suggérant la notion de l'inconfort, (c) celles différenciant les concepts de douleur et de l'inconfort, et (d) celles assimilant la douleur à l'inconfort ou utilisant ces termes avec ambiguïté. Lamont (2003) identifie que le manque de clarté conceptuelle distinguant l'inconfort du mot douleur est justifié pour des raisons de rédaction afin d'éviter des répétitions fréquentes de l'un ou de l'autre de ces termes, alors que d'autres auteurs distinguent ces termes sans précisions de définition. Néanmoins, Lamont (2003) rapporte que les cliniciens expriment leur soutien à la notion de l'inconfort comme un concept diagnostique distinct de la douleur et ayant, en termes d'évaluation, des interrelations complexes avec des malaises émotionnels comme la peur. L'auteur conclut que les travaux actuels sont insuffisants pour délimiter clairement le concept de l'inconfort en raison de l'absence de consensus sur ses manifestations cliniques. De plus, Lamont (2003) suggère qu'il serait utile de développer le concept afin de fournir des orientations d'interventions dont les résultats seraient mesurables à partir d'un choix de variables étayées et permettant l'élaboration d'un diagnostic infirmier.

L'intégration de plusieurs dimensions fait donc du concept de l'inconfort un phénomène complexe, aux composantes cliniques peu précises et difficiles à séparer les unes des autres mais pourtant présent à raison de 70% à 86% chez les patients institutionnalisés (Lemay & Landreville, 2010). Ces auteurs rapportent que malgré leur intrication les deux grandes dimensions de l'inconfort les plus fréquemment évoquées sont celles de l'inconfort physique et de l'inconfort psychologique (Lemay & Landreville, 2010). L'inconfort physique se rapporte essentiellement à la notion de la douleur, alors que l'inconfort psychologique est discuté dans cette étude en regard des symptômes d'anxiété et de dépression apparaissant fréquemment chez les PAD. En effet, la littérature est beaucoup plus développée sur les concepts de la douleur, de la dépression et de l'anxiété chez les PAD que sur celui de l'inconfort. Il apparaît utile d'évoquer des connaissances en regard de ces concepts connexes ayant un lien probable avec l'inconfort puisque de nombreux patients dans cette étude sont traités avec des anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et/ou antalgiques.

L'inconfort relatif à la douleur

Outre leurs difficultés cognitives, 80% des patients âgés institutionnalisés souffrent d'inconfort physique (Pickering, 2006) plus ou moins aigu et chronique lié à des douleurs d'origines ostéo-articulaires, des céphalées, des ulcères, des cancers, des maladies cardiovasculaires, des douleurs neuropathiques (Aubin, Giguere, Hadjistavropoulos, & Verreault, 2007; Belin & Gatt, 2006; Buffum, et al., 2001; Geda & Rumman, 1999). Selon diverses études (Ferrell, Ferrell, & Osterweil, 1990;

Sengstaken & King, 1993), 70% des personnes se plaignent de douleurs continues une fois sur trois et de douleurs intermittentes éprouvées par d'autres personnes (Ferrell, et al., 1990; Ferrell, Wisdom, Rhiner, & Alletto, 1991; Sengstaken & King, 1993). Ces auteurs rapportent que les maux les plus souvent évoqués sont occasionnées par des lombalgies (40%), les douleurs articulaires (24%), les douleurs d'un site fracturaire (14%) et des neuropathies (11%). Pour Allaz (2006), il n'est pas possible de réduire la compréhension du phénomène douloureux à ses dimensions organiques et lésionnelles. Selon Aubin et al. (2007), la douleur chronique s'associe chez les personnes âgées à la dépression, à l'isolement social, aux troubles du sommeil, à l'agitation, à la perte d'autonomie cognitive et fonctionnelle et à une détérioration de la qualité de vie.

La douleur de la personne âgée est un phénomène complexe qui doit être pris en compte de manière globale vu l'intrication entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux (Allaz, 2006; Aubin, et al., 2007). En outre, sur le plan physiologique, le vieillissement normal s'accompagne de modifications relatives au système de contrôle de la douleur en raison de la diminution des neurotransmetteurs, d'une moins bonne intégration des informations douloureuses et un déclin fonctionnel des voies inhibant la douleur. La sensibilité aux antalgiques se modifie avec le vieillissement, amplifiant la perception de douleur (Pickering, 2006). En effet, les douleurs chroniques ont un impact négatif aussi bien sur les sphères émotionnelles, comportementales que cognitives (Belin & Gatt, 2006). La complexité des relations entre les troubles cognitifs et les douleurs nécessite donc un examen approfondi afin de discriminer les indicateurs en lien avec la douleur de ceux qui sont lié à l'inconfort relatifs aux modifications cognitives (Belin & Gatt, 2006).

Buffum et al. (2001) relèvent que plusieurs études indiquent une corrélation significative entre une auto-évaluation de la douleur par les patients à l'aide d'échelle spécifique et l'évaluation de l'inconfort par les soignants basée sur des grilles d'observation (Feldt, 2000; Miller, Nelson, & Mezey, 2000). Buffum et al. (2001) suggèrent que les soignants fassent usage de grilles d'observation de l'inconfort et du comportement des PAD plutôt que d'utiliser seulement les grilles habituelles d'auto-évaluation de la douleur. Ces dernières apparaissent en effet insuffisantes pour une mesure appropriée de la douleur auprès de cette population. Ainsi, une telle évaluation permettra aux soignants de mettre en place les interventions de confort les plus appropriées.

L'inconfort relatif à l'anxiété et la dépression

Chez les PAD souffrant de tous types de démence, la prévalence des désordres dépressifs est de 27.4% (Castilla-Puentes & Habeych, 2010). Cette prévalence est significativement plus élevée chez les personnes souffrant de démence vasculaire (44.14%) ou de démence non spécifique (32.48%) que chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (18.53%). De plus, la prévalence des états dépressifs chez les patients souffrant de douleurs chroniques est de deux à cinq fois plus élevée que chez la population générale (Allaz, 2006). En raison d'un état anxieux ou dépressif, de nombreux déterminants psychosociaux ont un impact sur la perception de la douleur chez le patient âgé. Il apparaît qu'en cas d'anxiété, les plaintes douloureuses augmentent de manière significative avec une attention

beaucoup plus soutenue envers les sensations somatiques (Casten, Parmelee, Kleban, Lawton, & Katz, 1995). Différentes formes cliniques d'anxiété seront ainsi observées deux fois plus souvent chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques que chez les autres (Casten, et al., 1995). L'anxiété est donc souvent associée à des syndromes douloureux chez les personnes âgées tels les lombalgies, les douleurs ostéo articulaires, abdominales et céphalées (McWilliams, Goodwin, & Cox, 2004).

L'identification des états dépressifs est souvent masquée ou mésinterprétée chez les personnes âgées autant par des troubles du sommeil, de la fatigue et de plaintes douloureuses que par de la tristesse (Christensen, et al., 1999; Gallo, Anthony, & Muthen, 1994). Un mauvais état de santé lié à une comorbidité est associé à la dépression chez les personnes souffrant de douleur (Lyness, Caine, King, Cox, & Yoediono, 1999). Selon Allaz (2006), la dépression et la douleur chronique sont fortement intriqués autant sur le plan neurobiologique, clinique que thérapeutique.

Certains auteurs considèrent que la dépression précède la douleur, alors que pour d'autres c'est l'inverse ; à savoir que la dépression est additionnelle à des douleurs chroniques et/ou à leurs répercussions (Desmeules, Cedraschi, Piguet, Allaz, & Dayer, 2002; Magni, Marchetti, Moreschi, Merskey, & Luchini, 1993). Selon Allaz (2006), que l'association « dépression-douleur » soit reconnue ou non, il est nécessaire de la traiter. Chez les personnes âgées c'est l'intensité de la douleur qui va caractériser l'association à la dépression. D'autres écrits préconisent que la diminution de l'autonomie, par l'existence d'un handicap chez la personne âgée, d'une dépendance ou d'une atteinte aux activités de la vie quotidienne, contribuent à

l'association dépression-douleur (Magni, et al., 1993; Turk, Okifuji, & Scharff, 1995). En considérant les grandes difficultés cognitives des PAD, il paraît probable que chez ces patients la relation entre un état douloureux et un état d'anxiété ou de dépression soit autant, sinon plus complexe à décrypter que chez les patients âgés sans troubles cognitifs. Ces états peuvent entraîner un sentiment global d'inconfort même si ce terme n'est pas utilisé comme tel dans la littérature traitant de la dépression et de l'anxiété.

Pourtant, selon Aubin et al. (2007) et Belin et Gatt (2006), des études montrent que dans des contextes cliniques similaires, les personnes âgées souffrant d'atteintes cognitives reçoivent moins d'analgésie que ceux n'ayant pas de troubles cognitifs (Belin & Gatt, 2006; Feldt, Ryden, & Miles, 1998; Horgas & Tsai, 1998; Morrison & Siu, 2000; Won, et al., 1999). Il est à remarquer que la présence d'une démence ne diminue ni le seuil, ni la réaction à la douleur (Hadjistavropoulos, et al., 2000; Scherder, et al., 2003).

Ainsi, à l'heure d'aujourd'hui, il apparaît regrettable que les dimensions de l'inconfort physique et psychologique ne soient pas mieux explicitées. La conceptualisation et la description précise des attributs de l'inconfort et de ses liens possibles avec la douleur physique et les différents troubles d'anxiété et de dépression permettraient aux soignants de faire usage d'une observation plus ciblée et d'une intervention adaptée aux manifestations d'inconfort.

Le lien entre l'agitation et l'inconfort

Certains auteurs ont étudié le rapport entre l'agitation et l'inconfort. L'association entre des comportements spécifiques d'agitation physique ou verbale et la douleur est encore peu comprise (Buffum, et al., 2001). Des auteurs suggèrent l'apparition d'agitation lorsque des besoins de base, comme la gestion de la douleur, ne sont pas satisfaits (Rantz & McShane, 1994; Simons & Malabar, 1995). Quoique l'association entre l'agitation et l'inconfort n'est pas claire (Feil & Klerk-Rubin, 1992; Hall & Buckwalter, 1987; Hurley, et al., 1992), Kong (2005) préconise que l'inconfort est une condition préalable à l'agitation. Seuls les écrits traitant de l'association entre l'inconfort mesuré à l'aide de la grille DS-DAT et l'agitation mesurée avec la grille CMAI sont retenus dans ce chapitre. Ces grilles seront décrites au chapitre de la méthodologie.

Les travaux de Buffum et al. (2001) portent auprès de 33 participants souffrant de démence moyenne à avancée et ayant au moins un type de douleur. Les mesures étaient effectuées entre 11h et 13h. Les résultats relevés à l'aide de la grille DS-DAT (9 items, score maximum 27) indiquent un score moyen d'inconfort de 6.8 (ET 1.8) qui est inférieur au score moyen de 7.7 (ET 1.2) reporté par Hurley et al. (1992). Buffum et al. (2001) notent la difficulté à identifier les sources des comportements observés qui pourraient être aussi bien en rapport avec la douleur qu'avec des frustrations consécutives à des besoins non satisfaits tels la soif, la faim, l'incontinence ou encore associés à l'inconfort d'être mouillé ou bien tout simplement le besoin de changer de position. Par ailleurs, le score moyen d'agitation

mesuré avec une grille CMAI modifiée (29 items, avec un score possible de 0 à 5 pour chaque item) sur une durée de 5 minutes rapporte un score moyen de 0.8 (ET 1.4). Ce score moyen très faible s'explique par la durée très courte d'observation. Ainsi, l'étude de Buffum et al. (2001) indique une corrélation modérée ($r= 0,50$, $p= 0,003$) entre l'agitation et l'inconfort. Selon ces auteurs, ce résultat suggère que les comportements agités sont des expressions de sensations douloureuses même si une part importante de la variance de l'inconfort (32%) s'explique par la sévérité de la démence (18%) et le niveau d'agitation (14%).

Il est à noter que le chevauchement possible des items des deux échelles ne doit pas être négligé. Bien que les deux échelles décrivent des comportements différents, la manifestation comportementale de l'item « fidgeting » de la grille DS-DAT est très proche de certains items relatifs à l'agitation de la grille CMAI (Buffum, et al., 2001). Aucune étude de validité convergente n'a été recensée pour vérifier cette hypothèse.

Pelletier et Landreville (2007) ont réalisé une étude auprès de 49 PAD résidant dans trois institutions de long séjour durant leurs activités de la vie quotidienne (sans autres précisions). Les soignants formés à l'usage des grilles effectuaient les observations. Les moments exacts d'observation, l'usage concomitant ou non des grilles n'est pas précisé. Les soignants avaient deux semaines pour effectuer les observations et restituer les grilles. Les résultats démontrent que l'association avec l'inconfort varie selon le type d'agitation. La corrélation entre l'inconfort et l'agitation de tous types est très significative ($r=0.56$; $p < 0.001$), et plus particulièrement avec l'agitation verbale ($r=0.54$; $p < 0.001$).

L'association entre l'inconfort et l'agitation physique non agressive est plus faiblement significative ($r=0.47$; $p < 0.01$) et ne l'est pas du tout pour l'agitation physique agressive ($r=0.23$; $p>0.05$).

Les multiples analyses de régression hiérarchique montrent que l'inconfort explique une part de la variance de l'agitation générale (28%, $p < 0,001$), des comportements physiques non agressifs (18%, $p < 0,01$), et une part importante des comportements d'agitation verbale (30%, $p < 0,001$). Ces résultats corroborent avec les résultats de Buffum et al. (2001). De plus, les variables sexe, sévérité de la démence et l'indépendance pour les AVQ ne montrent pas d'impact significatif sur l'agitation.

Selon Pelletier et Landreville (2007) plusieurs auteurs discutent de l'inconfort comme un facteur interne précipitant l'apparition de l'agitation (Algase, et al., 1996; Kolanowski, 1999). Ainsi, l'agitation verbale peut être un moyen pour le PAD de communiquer son inconfort (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996; Matteau, Landreville, Laplante, & Laplante, 2003). En effet, les patients qui ont des comportements d'agitation verbale ont également des difficultés d'expression verbale (Matteau, et al., 2003). Des comportements de plaintes et de cris permettent aux PAD d'attirer l'attention des aidants en espérant recevoir un certain soulagement (Matteau, et al., 2003). La relation entre l'inconfort et l'agitation physique non agressive est considérée par Pelletier et Landreville (2007) comme inattendue et moins claire. Ceci suggère qu'il est possible que des comportements identifiés par les items « errance » ou « faire les cents pas » peuvent résulter de l'inconfort ressenti par les PAD plutôt qu'une manifestation d'agitation. De même, pour Cohen-Mansfield et

Deutsch (1996), un patient triste et déprimé s'ennuyant de son domicile peut tenter de quitter l'institution afin de réduire son inconfort. Algase et al. (1996) suggèrent aussi que les comportements problématiques des PAD sont le résultat de besoins non satisfaits.

Pelletier et Landreville (2007) affirment que compte tenu de la taille relativement réduite de l'échantillon leurs conclusions ne peuvent pas être généralisées. De plus, les auteurs mentionnent que l'usage complexe du DS-DAT (Herr, Bjoro, & Decker, 2006) est une autre limite puisque la grille d'inconfort ne fournit aucune information spécifique quant à sa nature et à son origine. Étant donné que diverses conditions peuvent contribuer à l'inconfort, l'agitation des PAD nécessite une attention particulière de la part des soignants, car ceux-là ne peuvent pas communiquer clairement leur sentiment d'inconfort (Hadjistavropoulos, et al., 2000). L'identification des sources d'inconfort qui jouent un rôle dans l'agitation faciliterait le choix approprié d'une intervention conséquente (Buffum, et al., 2001; Pelletier & Landreville, 2007).

L'agitation et l'inconfort au moment des soins d'hygiène (la toilette)

Les soins d'hygiène correspondent à une activité essentielle de la vie quotidienne pour maintenir le corps propre et intègre. Ils représentent habituellement un moment agréable pour des individus indépendants (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007a). En revanche, la toilette est vécue de manière éprouvante aussi bien par les PAD qui ont une perte dans leurs habiletés motrices et sensorielles, que par les

soignants (Hoeffler, Rader, McKenzie, Lavelle, & Stewart, 1997; Kovach & Meyer-Arnold, 1996). La toilette est en effet une des premières activités de la vie quotidienne que le PAD n'arrive plus à effectuer de manière autonome (Cohen-Mansfield & Werner, 1995; Dunlop, Hughes, & Manheim, 1997). Une difficulté dans ce soin est ainsi un des premiers signes de déficience dans la maladie d'Alzheimer (Norman & Lancaster, 1998). Le moment intime de la toilette crée chez le PAD un des plus hauts niveaux d'inconfort physique et émotionnel en raison de l'irruption du soignant dans son intimité (Dunn, et al., 2002; Hoeffler, et al., 1997). En outre, les lieux d'hygiène corporels sont aussi quelquefois des zones de passage utilisés par d'autres personnes (soignants ou patients) ce qui empiète sur la dimension intime et privée de l'activité du bain (Miller, 1994).

Par conséquent des manifestations d'agitation apparaissent fréquemment lors des soins d'hygiène (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Sloane, Hoeffler, et al., 2004). De même, une grande partie des comportements agressifs se manifestent en réponse au toucher ou à l'invasion de l'espace personnel des PAD (Marx, et al., 1989) lorsque les membres du personnel fournissent une assistance aux soins de la vie quotidienne (Hoeffler, et al., 2006; Nilsson, et al., 1988). Par ailleurs, les comportements agressifs ont des effets néfastes sur la santé physique et mentale des soignants (Giancola & Zeichner, 1993; Hoeffler, et al., 2006). Une grande partie des professionnels infirmiers agissant auprès des PAD ne reçoivent pas ou peu de formation afin de gérer les comportements agressifs et leurs soins restent orientés vers la tâche (Maxfield, Lewis, & Cannon, 1996). Une enquête auprès de 899 personnes montre que la majorité des infirmières et infirmiers auxiliaires et médecins non-psychiatres se perçoivent comme ayant une maîtrise insuffisante de la gestion

des résidents démontrant un comportement agité et/ou agressif (Borson, Reichman, Coyne, Rovner, & Sakauye, 2000). Deux auteurs ont testé des interventions visant à diminuer les manifestations d'agitation et l'inconfort durant la toilette.

A partir d'enregistrements vidéos de 69 patients, Sloane, Hoeffler, et al. (2004) utilisèrent la grille Care Recipient Behavior Assessment (CAREBA), qui correspond à la grille CMAI modifiée, afin d'évaluer en temps réel les durées d'agitation et d'agressivité. Les résultats décrivent un score moyen d'agitation physique et physique agressive (3.20, ET 0.99) proche du score moyen d'agitation verbale (3.16, ET 1.05) alors que le score moyens des plaintes et menaces sur une durée de 15 minutes est de 4.17 (ET 1.65). Pour mesurer l'inconfort, les auteurs utilisèrent une grille DS-DAT modifiée avec 6 items d'inconfort au lieu de 9 et un score pouvant aller jusqu'à 4. Les résultats indiquent un score moyen d'inconfort de 2.12 (ET 0.35) durant la toilette.

Les résultats de leurs interventions ciblées et centrées sur la PAD lors de la toilette montrent une réduction significative de tous les comportements d'agitation et de l'inconfort (de 32% à 38%). Les incidents agressifs baissent de 53% ($p < 0.001$). La durée globale de la toilette augmente d'à peine trois minutes tout en améliorant l'état de la peau. Sloane, Hoeffler, et al. (2004) soulignent l'importance de soins individualisés en regard des besoins et manifestations du patient et affirment que les symptômes comportementaux durant la toilette sont causés par l'interaction de besoins non satisfaits, la détérioration cognitive et les stress environnementaux.

Les résultats de l'étude de cas de Cohen-Mansfield & Parpura-Gill (2007) indiquent également des résultats très favorables à une approche fortement

individualisée du PAD durant la toilette. Dans leur étude, Cohen-Mansfield et Parpura-Gill (2007) testent une procédure modélisée de la toilette selon les modèles « Unmet Needs Model » et « TREA Model » (Cohen-Mansfield, 2000) portant sur la gestion de l'environnement, le matériel à utiliser, la formation avec les soignants, la communication avec les PAD, ainsi que le contexte organisationnel. Les résultats indiquent une diminution très significative ($p < 0.001$) des moyennes des scores de l'agitation « tous types », de l'agitation agressive et de ceux relatifs à l'humeur. La moyenne du score de l'agitation verbale diminue de manière presque significative par rapport aux mesures de base ($p=0.08$). Quant à la procédure d'observation des comportements d'agitation durant les soins d'hygiène, elle est basée sur la grille modifiée d'agitation Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI). Cette échelle mesure le nombre d'expressions d'agitation sur une durée de trois minutes. L'observation pendant cinq jours consécutifs de la PAD lors de sa toilette indique des scores moyens d'expressions d'agitation physique de 9.2, d'agitation physique agressive de 9.2 et d'agitation verbale de 12.3. La mesure de l'inconfort n'est pas recherchée dans l'étude Cohen-Mansfield et Parpura-Gill (2007) les auteurs repèrent cinq réponses émotionnelles à l'aide de la grille Lawton's Modified Behavior Stream (LMB) (Lawton, Van Haitsma, & Klapper, 1996).

Ces deux études montrent l'intérêt d'une approche centrée sur la personne afin de diminuer les manifestations d'agitation (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Sloane, Hoeffler, et al., 2004) et de l'inconfort (Sloane, Hoeffler, et al., 2004).

THÉORIE DU CONFORT DE KOLCABA

Les chercheurs en sciences infirmières argumentent la nécessité de développer des études en rapport avec la construction du concept du confort pour des soins infirmiers. Certains affirment que les soins infirmiers visent à aider les patients à retrouver une santé optimale, un sentiment de confort et d'accomplissement de soi (Schlotfeldt, 1981). Pour d'autres auteurs, le confort représente la contribution unique de la profession infirmière aux soins de santé (Richeson & Huch, 1988) et est le but ultime des soins infirmiers (Morse, 1992). En contribuant au confort de la personne, les infirmières promeuvent la santé (Gropper, 1992). Cette dernière assertion fournit le fondement théorique pour motiver les actions soignantes visant à aider les patients à atteindre ou améliorer le confort.

Structure taxonomique du confort

Kolcaba (1994) emprunte des travaux de Murray (1938) qui a synthétisé les principaux éléments des théories de la personnalité à la lumière d'un modèle holistique cohérent. La perspective infirmière unique de Kolcaba (1994) l'ont conduite à une théorie fondée sur les besoins des personnes recevant des soins de confort des infirmières dans un environnement donné. A l'heure d'aujourd'hui, l'efficacité des interventions de confort promulguées par les infirmières sont perçues par les personnes elles-mêmes et démontrées par des résultats visibles (Apostolo & Kolcaba, 2009; Wagner, Byrne, & Kolcaba, 2006)

Kolcaba (1994) propose de définir le confort comme l'expérience que vit le patient lorsque ses besoins fondamentaux d'être soulagé, de ressentir du bien-être et de dépasser ses problèmes (transcendance) sont pris en compte et satisfaits par les soignants au moyen d'approches adaptées ; ceci dans des contextes aussi bien physique, psychospirituel, environnemental que socioculturel. Cette définition établit le confort en deux dimensions majeures ; nommément, le "type d'état de confort" et la dimension "contextuelle"(Kolcaba, 1994) Ainsi, le patient expérimente un état de confort total lorsque que les trois types de confort sont atteints dans les quatre contextes de la structure taxonomique (Kolcaba, 1994) (Figure 2). Une bonne compréhension des différentes dimensions du confort guidera le soignant dans la recherche de pratiques de soins efficace qui apporteront un confort optimal au patient.

		Type de confort		
		Soulagement: le besoin spécifique est pris en compte par le soignant	Bien-être: état de calme et contentement	Transcendance: état de dépassement-sublimation des problèmes vécus ou de la douleur
Type de contexte	Physique			
	Psycho-spirituel			
	Environnemental			
	Socio-culturel			

Figure 2. Structure taxonomique du confort (Adaptation de Kolcaba (1994) et traduction libre)

Au vu de la dimension du type d'état de confort, le soulagement correspond à l'état éprouvé lorsqu'un besoin spécifique a été correctement pris en compte. L'état de bien être représente un état de calme et de contentement, de satisfaction qui permet à la personne d'effectuer des performances efficaces. L'état de transcendance indique le dépassement de problèmes et/ou la douleur à un niveau surpassant les deux états précédents et offrant potentiellement la possibilité d'exprimer des performances singulières (Kolcaba, 1994). Chacun de ces trois états de confort contient des relations positives à la performance nécessitant un renforcement. Le renforcement du confort et son impact favorable sur les performances physiques et psychologiques fournit l'argument principal pour viser systématiquement l'intégration de ce concept dans les soins infirmiers. Les états de confort sont souvent linéaires mais se superposent et deviennent de plus en plus interdépendants (Kolcaba, 1994), particulièrement lors de la fin de vie lorsque la personne nécessite des forces intérieures pour accepter sereinement l'approche de la mort.

La seconde dimension du confort, dérivée du holisme, correspond aux différents contextes dans lesquels s'expérimentent les distincts états de confort (Kolcaba, 1994). Le premier contexte est physique, en rapport avec les sensations corporelles et l'homéostasie. Le deuxième contexte est psychospirituel et correspond à un état intérieur incluant l'estime de soi, la sexualité, le sens de sa vie et les relations à un ordre supérieur. Le troisième contexte dans lequel le confort est expérimenté est l'environnement qui inclut la lumière, le bruit, l'ambiance, la couleur, la température et les éléments naturels et synthétiques. Le quatrième contexte est socioculturel, relatif aux relations interpersonnelles, familiales et

culturelles. Le contexte social inclut les dimensions financières et informatives de la vie sociale. La coordination des «états de confort » et des « contextes » résulte en 12 facettes de confort.

Une situation de soins infirmiers peut être considérée comme un stimulus favorisant ou pas le développement de la personne. Selon Kolcaba (1994), la situation d'un patient se compose d'éléments « Alpha press» et « Bêta press » (Figure 3). L'élément « Alpha press » correspond à la somme de forces négatives d'obstruction, de forces positives facilitatrices, ainsi que des forces d'interaction. En situation de soins infirmiers, les forces obstructives correspondent aux totaux des stimuli négatifs résultant de la santé de la personne, y compris les effets secondaires des maladies ou des traitements, l'environnement et/ou les expériences sociales nocifs, les sensations émotionnelles telles que la peur, l'anxiété, l'impuissance ou la solitude. Les forces facilitatrices correspondent aux interventions infirmières visant à répondre aux besoins restants après que les réserves propres de la personne soient épuisées par les forces obstructives. Les événements sont interprétés par la personne en termes de forces d'interaction représentant l'addition des expériences passées de la personne, son âge, son état émotionnel, le système de soutien, ainsi que la totalité des éléments de sa situation vécue. L'élément « Beta press » correspond à la perception que la personne a de l'effet total des forces dans « Alpha press ». Selon Murray (1938), comme l'ensemble de ces éléments cohabitent de manière intégrée chez l'individu et agissent de concert, ils doivent toutes être estimés simultanément.

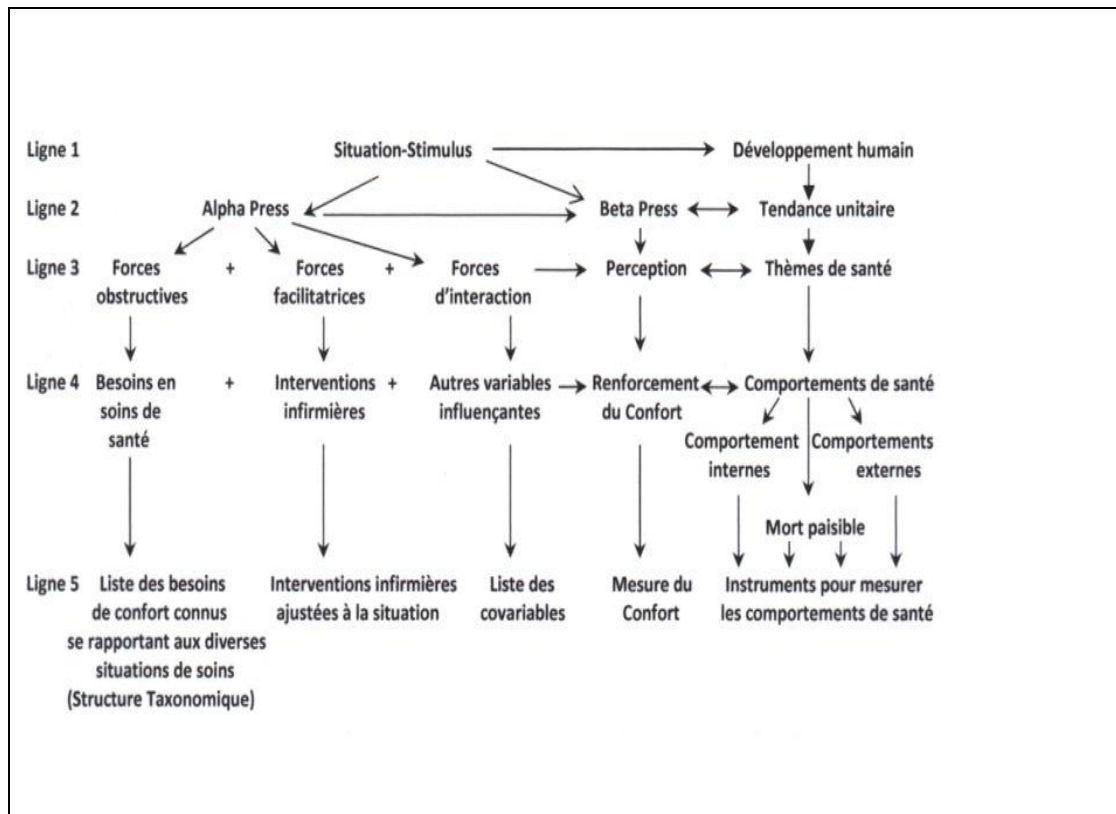


Figure 3. Théorie du confort restructurée à partir de la Théorie de « l'Human Press » (Adaptation de Kolcaba (1994) et traduction libre)

Les propositions et hypothèses de la théorie du confort

Kolcaba (2003) évoque plusieurs propositions relatives à la théorie du confort

1. Les infirmières identifient les besoins de confort des patients qui n'ont pas été satisfaits par les systèmes de soutien existants.
2. Les infirmières identifient les interventions nécessaires pour satisfaire ces besoins.
3. Les variables intermédiaires sont prises en compte dans l'élaboration d'interventions pour un confort immédiat ou ultérieur.
4. Un confort augmenté renforce les patients à s'engager dans des comportements de recherche de santé.
5. Lorsque les patients recherchent des comportements favorables à une meilleure santé suite à des mesures réconfortantes réalisées par des

infirmières, les patients aussi bien que les infirmières sont plus satisfaits des soins de santé.

6. Lorsque les patients sont satisfaits de leurs soins de santé dans une institution spécifique, cette institution maintient son intégrité. L'intégrité institutionnelle a une composante normative et descriptive.

Quatre hypothèses sous-tendent la théorie de confort (K. Kolcaba, 2001):

1. Les êtres humains ont des réponses globales à des stimuli complexes.
2. Le confort est un résultat holistique souhaitable et pertinent pour la discipline infirmière.
3. Les êtres humains s'efforcent de satisfaire leurs besoins minimum de confort. Il s'agit d'une entreprise active.
4. L'intégrité institutionnelle a une composante normative et descriptive qui est basée sur un système de valeurs axé sur le patient.

Les besoins du patients selon Kolcaba

Kolcaba (1994) se base sur les écrits de Murray (1938) pour définir les « besoins » du patient. Les besoins résultent des résistances induites par l'obstruction des forces et vont motiver les activités nécessaires pour combler les tensions (Murray 1938). Si les besoins sont satisfaits par des interventions appropriées, le résultat immédiat est perçu par la personne comme étant relativement positif (Murray 1938). En effet, « Beta press » représente l'ensemble intégré des perceptions que la personne a des éléments « Alpha press ». De plus, si la perception globale représentée par « Beta press » est positive, chaque expérience vécue favorablement donne l'espoir que d'autres situations identiques se vivront de manière tout aussi positive. Ainsi, pour les soins infirmiers, l'enjeu est que les soins dispensés soient

perçus par le patient comme des forces facilitatrices ayant répondu à ses besoins et l'amenant à forger une perception globale de confort face à la situation, même si les forces obstructives n'ont pu être modifiées ou réduites.

Une perception de confort global ne signifie donc pas que les tensions négatives initiales ont été éliminées mais que les interventions infirmières en atténuent l'impact sur le sentiment de confort. Selon Kolcaba (1994), si la personne a une perception d'un confort globalement amélioré, elle sera conduite à renforcer les habitudes qui lui permettent de réduire les tensions. La compréhension de la structure des habitudes du succès fournissent aux soignants une orientation pour l'action future.

En regard d'une population quelconque étudiée, Kolcaba (2003) propose de choisir des grilles appropriées de mesure du confort. La grille DS-DAT paraît être adaptée pour la mesure de l'inconfort chez les PAD. En outre, la connaissance d'une association positive entre l'agitation et l'inconfort durant la toilette permettra au soignant, en cas d'apparition de comportements agités, de vérifier si ceux-ci représentent une manifestation d'inconfort en identifiant les éventuelles forces obstructives présentes durant ce moment intime. Cette analyse effectuée, les résultats indiqueront la nécessité de mettre en place des soins spécifiques d'intervention afin de limiter l'impact des forces obstructives ou pour mettre en place d'autres activités relatives à l'environnement (forces d'intervention), afin que les patients aient une perception globale plus positive de leur confort en regard des deux dimensions de la théorie.

Chez les PAD, une manifestation globale de confort devrait se manifester par des résultats diminués en observant les items de la grille DS-DAT, alors que des résultats élevés indiqueraient la présence d'inconfort. En outre, si l'association entre les variables d'agitation et d'inconfort se révèle significative, il sera possible d'argumenter que les soignants doivent tenir compte, lors des choix d'intervention, des manifestations exprimées par ces deux variables.

Le cadre théorique du confort de Kolcaba (1994) est donc pertinent et utile pour guider l'analyse et la discussion autour des résultats de cette étude centrée sur la description de l'association entre les manifestations d'agitation et de l'inconfort. Ainsi, une mesure empirique du niveau d'inconfort des PAD durant la toilette enrichirait de manière utile et nécessaire les connaissances sur les perceptions de cette population vulnérable durant un moment intime et difficile.

SYNTHESE DU CADRE DE REFERENCE ET MISE EN EVIDENCE DES LACUNES JUSTIFIANT L'ETUDE

Le concept d'agitation chez les PAD est largement développé dans la littérature même si des divergences importantes apparaissent entre les auteurs. Le déplacement d'un regard centré sur les perceptions de l'observateur vers un regard centré sur un patient exprimant des besoins méconnus par un comportement d'agitation est discuté dans les écrits récents. Les manifestations d'agitation chez les PAD ont de nombreuses origines étiologiques et apparaissent de manière spécifique à

chaque individu, même si certains types d'agitation sont plus fréquents que d'autres à certains moments de la journée.

Le concept d'inconfort est un concept flou et peu mature, quoique plusieurs auteurs s'accordent à y intégrer des aspects physiques et psychiques variés. Les caractéristiques cliniques de l'inconfort ne font pas l'unanimité chez les différents auteurs bien que des dimensions en rapport avec la douleur sont bien décrites. Néanmoins, la littérature traitant de l'anxiété et de la dépression chez les PAD ne réfère pas explicitement à un sentiment d'inconfort malgré la haute fréquence de ces difficultés dans cette population en général.

Toutes les études indiquent une association significative entre les scores d'agitation et de l'inconfort. L'association entre les sous-groupes d'agitation et l'inconfort varie selon les études. La grille utilisée pour l'évaluation de l'inconfort (DS-DAT) est reconnue fiable et valide par la littérature scientifique même si elle ne permet pas de comprendre les causes de l'inconfort. Elle est complexe à utiliser et nécessite une formation approfondie des soignants. La grille CMAI et sa déclinaison en sous-types d'agitation physique agressive, d'agitation physique non agressive et d'agitation verbale est validée. Les items des deux grilles paraissent parfois se superposer ce qui pourrait fausser les résultats de corrélation.

Les soins d'hygiène sont des sources d'agitation et d'inconfort. Les raisons sont hétérogènes, spécifiques au patient et en rapport avec ses difficultés cognitives qui limitent ses capacités à s'exprimer et altèrent son autonomie pour la réalisation de sa toilette. De probables douleurs physiques lors de la mobilisation et un inconfort psychologique lié à l'intimité du soin peuvent expliquer l'inconfort ressenti par le

PAD durant les soins d'hygiène. Les écrits scientifiques indiquent que l'environnement du soin et le comportement des soignants participent à l'apparition d'agitation et d'inconfort ; de plus des études montrent que des interventions ciblées et ajustées au patient diminuent l'expression d'agitation et d'inconfort.

Le cadre théorique du confort de Kolcaba (1994, 2003) est utilisé dans cette recherche. Le confort est un concept central en soins infirmiers qui permet de décrire les conditions diverses qui entrent en jeu dans la perception que le PAD a de son confort lors des différentes situations de soins. La perception globale du confort se construit sur une intégration des obstacles au confort, des interventions infirmières et du contexte environnemental en jeu dans le moment de soin. L'infirmière, par une meilleure compréhension de l'ensemble des dimensions du phénomène durant la toilette sera à même de définir les soins appropriés pour évaluer et atténuer les perceptions négatives du patient durant ce moment afin de participer à l'amélioration qu'à le PAD de sa perception globale du confort durant ce soin.

En Suisse, aucune recherche ne concerne directement la description de l'association entre l'agitation et l'inconfort des PAD durant le moment spécifique de la toilette en chambre. En outre, la théorie de Kolcaba (1994) n'a jamais été utilisée comme cadre théorique éclairant les résultats de recherche décrivant l'inconfort des PAD durant la toilette. Cette étude permettra ainsi de vérifier la corrélation entre ces deux phénomènes lors de cette activité de soin afin de mieux connaître les comportements manifestés des PAD dans ce moment intime vécu quotidiennement. Une telle évaluation permettra d'ouvrir des pistes de réflexion sur les obstacles limitant le confort des PAD durant la toilette et, ainsi, de projeter des interventions

infirmières possibles afin d'améliorer les conditions physiques, psychologiques, contextuelles et environnementales dans l'offre en soin à cette population.

Méthode

Cette section présente le devis de recherche, le milieu de l'étude, la population étudiée, les instruments utilisés lors de la collecte de données, la description des analyses statistiques utilisées, ainsi que les considérations éthiques.

Devis de recherche

Il s'agit d'une étude corrélationnelle descriptive. La collecte des données s'est déroulée sur une période de quatre mois s'échelonnant de septembre à décembre 2010, suite à l'obtention de l'accord du Comité d'éthique.

Milieu

Les sujets ont été recrutés parmi les patients d'un service universitaire suisse romand, spécialisé dans la prise en charge de PAD souffrant de troubles du comportement.

Population cible

La population cible est constituée de personnes âgées, hommes et femmes, souffrant de démence et hospitalisées dans un service spécialisé de l'âge avancé.

Population accessible : les patients hospitalisés dans un service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé en Suisse romande.

Echantillon: toute la population du service qui répond aux critères d'inclusion.

Echantillonnage: non probabiliste et accidentel.

Sélection des sujets

Taille de l'échantillon: selon les calculs statistiques basés sur les résultats de l'étude de Buffum et al. (2001), la taille de l'échantillon pour cette étude devait correspondre au minimum à 30 personnes pour atteindre une corrélation de $r=0,40$ avec un intervalle de confiance de 0.05-0.66. En fait, les résultats de l'étude de Buffum et al. (2001) rapportent une corrélation $r=0.50$ et une p-value $p=0.003$ avec un échantillon de 33 personnes ayant un profil proche de la population de cette étude. Le service concerné d'où proviennent les participants à cette étude peut accueillir 28 patients avec une durée moyenne de séjour de 63 jours. Durant les quatre mois d'observation 34 personnes ont pu être observées lors de cette étude. Les résultats des quatre observations tests effectuées en début d'étude n'ont pas été retenus dans l'analyse des résultats. Les analyses statistiques portent donc sur 30 patients.

Critères d'inclusion : tout patient hospitalisé dans le service spécialisé concerné par l'étude souffrant d'un syndrome démentiel et ayant besoin d'aide pour la toilette pouvait être recruté, indépendamment de son sexe et de son âge.

Critères d'exclusion : le seul critère d'exclusion était une décompensation sévère ne permettant pas aux soignants d'effectuer une toilette en chambre dans des conditions habituelles.

Afin d'atteindre un maximum d'observations sur des sujets différents, les patients observés en premier étaient ceux à risque de quitter rapidement le service. A chaque nouvelle arrivée, l'ICUS (infirmière cheffe d'unité de soins) avertissait la collaboratrice scientifique.

Profil des personnes ayant participé à l'étude : des données démographiques et des données en rapport avec l'hospitalisation des personnes ont été collectées afin de tirer le profil des participants à l'étude. Ces données ont été recueillies le jour même de l'observation.

Méthodes d'investigation

La méthode d'investigation correspondait à une observation du comportement du patient durant sa toilette en chambre, dès le moment de déshabillage jusqu'à son habillage suite à la toilette. L'observation pouvait se faire aussi bien au lit, au lavabo qu'à la douche, en présence d'un à deux soignants selon la nécessité de la situation. La collaboratrice scientifique a effectué l'ensemble des observations. Elle a pris à chaque fois contact avec le patient avant le début des soins d'hygiène afin de faire connaissance et de vérifier son accord volontaire de participation à l'étude.

Lors de l'observation, l'observatrice se mettait suffisamment à l'écart afin de ne pas gêner les soins, tout en étant positionnée de manière à pouvoir aisément observer le comportement du patient. Elle était munie d'une blouse blanche pour perturber le moins possible l'environnement hospitalier habituel du PAD.

L'observation était effectuée à l'aide des grilles CMAI et DS-DAT et débutait dès le début des gestes de soin auprès du patient. Les items des deux grilles étaient cochés directement sur les documents durant le moment de l'observation. Un pré-test de cette procédure a été effectué auprès de quatre patients afin que l'investigatrice s'approprie l'usage des grilles.

Validité des grilles

Observation du niveau d'agitation : l'observation du niveau d'agitation générale a été effectuée à partir des items de la grille Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989a) qui permet de mesurer le niveau d'agitation des personnes vivant aussi bien en milieu gériatrique qu'en milieu psychogériatrique. Elle est utilisable tant pour une observation de longue durée que pour une observation de quelques minutes. La grille CMAI consiste en 29 comportements (Appendice A) qui peuvent soit être absents (zéro point), présents une fois (1 point par comportement), deux fois (2 points par comportement), trois fois (3 points par comportement) durant la période de la toilette. Le score total est basé sur la fréquence de chacun de ces comportements. La validité de la traduction française de l'échelle CMAI a été démontrée (Deslauriers, Landreville, Dicaire, & Verreault, 2001). Le droit de faire usage de cette grille dans cette étude a été obtenu auprès des auteurs. Les résultats sont proches des résultats psychométriques d'autres auteurs (Miller, Snowdon, & Vaughan, 1995) avec fidélité inter-juge $r=0.72$ et une consistance interne $r=0.77$.

La pertinence d'utiliser cette grille durant une période restreinte a été vérifiée (Remington, 2002). Ces auteurs utilisent une grille modifiée de CMAI en mesurant le nombre de fois qu'un comportement apparaît dans un laps de temps de 10 minutes.

A partir d'une analyse factorielle exploratoire de cette grille CMAI, Cohen-Mansfield et al. (1989), distinguent trois principales dimensions de l'agitation : le comportement agressif, le comportement physique sans agressivité, le comportement verbal agité qui est lui-même composé de l'agitation verbale agressive et non agressive (Cohen-Mansfield, 2008). Cette structure n'est pour le moment pas considérée comme totalement validée mais est vue comme utile et utilisée par plusieurs auteurs (Landreville, et al., 2007). Une analyse en regard de ces différents sous-groupes a donc été effectuée dans cette étude (Appendice B).

Observation des manifestations d'inconfort : la grille « Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type » (DS-DAT) (Hurley, et al., 1992) est composée de 9 comportements indicateurs d'inconfort (Appendice C) précisément décrits par les auteurs. Une corrélation significative entre les résultats d'auto-évaluation de la douleur et de l'inconfort et celle objectivée par des observateurs est évoquée par certains auteurs (Feldt, 2000; Miller, Moore, Schofield, & Ng'andu, 1996). Ces résultats suggèrent que l'évaluation des observateurs peut être aussi fiable que les déclarations des patients et que ces mesures doivent être utilisées pour les personnes atteintes de troubles cognitifs (Miller, Moore, et al., 1996; Miller, Neelon, et al., 1996). L'échelle DS-DAT est utilisée par Buffum et al. (2001) aussi bien pour les démences vasculaires que pour les démences de type Alzheimer. Les résultats psychométriques du DS-DAT montrent que cette grille est un outil fiable pour

l'évaluation de l'inconfort chez les personnes atteintes de démence (Herr, et al., 2006).

La consistance interne du DS-DAT a été évaluée (Hurley, et al., 1992) avec des résultats indiquant un alpha de Cronbach variant de 0.74 à 0.89. La variabilité inter-juge (r variant de 0.61 à 0.98) et la validité test-retest ($r= 0.6$) ont également été vérifiées (Hurley, et al., 1992; Miller, Neelon, et al., 1996). Sloane, Hoeffler, et al. (2004) indique un alpha de Cronbach de 0.51 et une variabilité inter-juge de 75% à 95%. Il utilise cet outil durant toute la durée de la toilette. La durée de l'observation est habituellement de 5 minutes. L'outil permet de mesurer la fréquence, la durée et l'intensité des comportements d'inconfort.

Cette échelle n'existe actuellement pas en traduction française et la version anglaise a été utilisée. L'autorisation de l'usage de cette grille a été obtenue auprès des auteurs.

Inter-rater reliability

L'usage approprié de la grille DS-DAT nécessite une formation poussée (30 heures) pour atteindre une fidélité interjuge acceptable (Herr, et al., 2006). Les observations n'étant effectuées que par l'investigatrice, aucun test inter-juge n'a été réalisé.

Variables démographiques

Les variables suivantes sont récoltées de manière routinière dans le service et se retrouvent dans le dossier médical ou infirmier: l'âge, le sexe, la durée de l'hospitalisation du moment de l'admission au moment de l'observation, la sévérité de la démence (à l'aide de l'échelle clinique de démence (CDR)) (Hughes, Berg, Danziger, Coben, & Martin, 1982), le niveau d'indépendance pour la toilette à l'aide de l'échelle ADL (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963), la médication et les autres diagnostics. La procédure d'accès à ces données a été reçue par la personne responsable du service. La variable « durée d'observation » a également été recueillie.

Analyse

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA/IC 11.0. Un test d'absence d'erreur sur les bases de données ainsi qu'un test pour les données manquantes ont été effectués. Les variables continues d'agitation, d'inconfort, de douleur, d'âge, de démence et de durée d'hospitalisation ont été résumées par la moyenne et l'écart type ou, si les distributions étaient asymétriques ou présentaient des outliers, par des médianes et écarts interquartiles. Les variables catégorielles sexe, médication et diagnostics ont été décrites par des fréquences et des pourcentages. Les associations entre l'agitation tous types, les sous groupes

d'agitation, l'inconfort et les items d'inconfort ont été estimés par le coefficient de corrélation de Pearson quand la relation était linéaire, sinon par le coefficient de corrélation de Spearman. Le choix des tests statistiques a été effectué en fonction des résultats des tests de normalité. L'intervalle de confiance 95% indique la précision de l'estimation. Les résultats ont été mis en perspective à partir de la revue des écrits et du cadre théorique infirmier de Kolcaba (1994, 2003).

Surveillance médicale et rôle du personnel infirmier

Le recueil de données était de type observationnel. Cette étude ne comportait donc aucune autre intervention médicale ou infirmière que les soins habituels. L'équipe de soins a accepté de participer à ce projet et a été informée sur les modalités du déroulement de l'étude par la collaboratrice scientifique au début septembre 2010. Aucune donnée ne permet de reconnaître les soignants ayant dispensé la toilette. L'infirmier chef du service était chargé d'identifier les nouveaux participants potentiels à l'étude et d'en informer la collaboratrice scientifique. Les participants de cette étude ne couraient aucun risque médical lié à cette étude. Cette observation était unique et ne nécessitait aucune intervention directe outre les soins.

Procédures éthiques

Ce protocole d'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique vaudois à la fin août 2010. Les données recueillies ont été codées de manière à garantir l'anonymat des participants. Elles ont été traitées confidentiellement en étant placées dans des banques de données informatiques auxquelles seule l'investigatrice avait accès à l'aide d'un mot de passe. Les autres données ont été stockées dans un lieu fermé à clé. Les résultats sont présentés sous forme intégrée sans qu'aucun des participants ne puisse être identifié. Les participants à l'étude sont des personnes vulnérables qui présentent des déficits cognitifs importants. Un consentement écrit de participation à l'étude a été requis auprès des patients dont les capacités de discernement sont suffisantes pour décider de leur participation. Les personnes qui ne pouvaient écrire avaient la possibilité de mettre un « X » au bas de la feuille de consentement. Le participant qui refusait la présence de l'observatrice lors de la toilette n'était plus sollicité pour participer à l'étude. Cela a été le cas pour deux patients. Si les capacités de discernement de la personne étaient insuffisantes pour répondre à cette sollicitation, la demande d'autorisation de participation à l'étude était alors posée à son tuteur. Dans ce dernier cas, aucune question n'était posée au patient et le tuteur recevait un feuillet d'information ainsi qu'une demande à signer le feuillet de consentement qui l'accompagnait (Appendices D et E). Ce cas de figure a été observé à une reprise. Le tuteur a été contacté et a refusé la participation du patient concerné. Les membres de l'équipe décidaient selon leurs propres procédures si les patients concernés avaient un niveau de discernement suffisant ou non.

Résultats

Les résultats des analyses sont présentés en plusieurs parties. La première présente les variables démographiques des participants de l'étude. Dans un second temps les résultats sont présentés en regard des questions de recherche et sont suivis du test de fidélité des grilles CMAI et DS-DAT.

Première partie : description des variables démographiques

Les moyennes et écart types de l'âge (80.7, ET 8.73) et de la durée de la toilette (21,3, ET 5) sont présentés dans le tableau 1. La population comprend un tiers de femmes (n=9) et deux tiers d'hommes (n=21).

L'échelle clinique de démence (CDR) (Hughes, et al., 1982) représente la sévérité de la démence. Un peu plus d'un dixième des participants (n=4) ont un niveau de démence faible ou très faible alors que plus des trois quarts des participants ont une démence avancée ou très avancées (n=26).

Les premières raisons d'admission sont les « troubles du comportement » pour plus de la moitié des personnes (n=17), suivis de « l'état confusionnel aigu » pour un cinquième des patients (n=6), alors qu'un peu plus d'un tiers des participants sont hospitalisés pour des troubles cognitifs ou une décompensation psychiatrique (n=7). Un tiers des personnes ont un ou deux diagnostics concomitants à l'admission (n=11) alors que près des deux tiers des patients (n=19) en ont trois à huit.

Tableau 1

Description des variables démographiques âge, durée d'observation durant la toilette, durée d'hospitalisation, sexe, CDR, raisons d'admission, nombre de diagnostics autres que la raison d'admission
N=30

Variables	Moyenne	ET	
Age (années)	80.7	8.73	
Observation de la toilette (minutes)	21.3	5	
Durée d'hospitalisation (jours)	Médiane	IQR	
	36.5	43	
Sexe	Fréquence	%	
	Hommes	21	70
	Femmes	9	30
CDR*	CDR 0.5	1	3.4
	CDR 1	3	10
	CDR 2	13	43.3
	CDR 3	13	43.3
Raisons d'admission	Etat confusionnel aigu	6	20
	Troubles cognitifs	4	13.3
	Troubles du comportement	17	56.7
	Décompensation psychiatrique	3	10
Nombres de diagnostics autres que la raison d'admission	1 à 2 diagnostics	11	36.7
	3 à 5 diagnostics	13	43.3
	6 à 8 diagnostics	6	20

*CDR : échelle clinique de démence

Le tableau 2 décrit les fréquences et les proportions des différents types de médicaments consommés quotidiennement par les patients, ceux absorbés avant la

toilette, ainsi que le niveau d'indépendance des patients pour leurs soins d'hygiène. Ces données sont manquantes pour une personne.

Tous les individus ont plusieurs traitements médicamenteux. Près de deux tiers des patients ont un traitement antalgique (n=19), près de deux tiers un traitement neuroleptique (n=19) et deux tiers ont un traitement hypnotique ou anxiolytique (n=20). La moitié des personnes (n=15) a un traitement antidépresseur, un peu plus d'un dixième a un traitement antiépileptique (n=4) ou antiparkinsonien (n=4). Près de la totalité des personnes (n=28) ont un autre traitement que ceux mentionnés ci-dessus tels, les vitamines, médicaments gastriques, antihypertenseurs, diurétiques, aspirine cardio, etc. Seuls un dixième des patients ont reçu un traitement antalgique avant la toilette (n=3).

Aucune des personnes participant à l'étude n'est indépendante selon l'échelle ADL (Katz, et al., 1963) pour la toilette. Plus de la moitié (n=17) ont besoin d'une aide partielle, un peu plus d'un tiers (n=12) ont besoin d'une aide importante ou d'une aide totale.

Tableau 2

Description des variables médication, médication avant la toilette, niveau d'indépendance pour la toilette
N= 29

Variables	Fréquence	%
Médication		
(les patients ont tous plusieurs traitements)		
Traitement antalgique	19	65.5
Traitement neuroleptique	19	65.5
Traitement antidépresseur	15	51.7
Traitement antiépileptique	4	13.8
Traitement antiparkinsonien	4	13.8
Traitement hypnotique-anxiolytique	20	69
Autres médicaments	28	96.6
Médication avant la toilette (tous types)		
Traitement antalgique avant la toilette	3	10
Niveau d'indépendance pour la toilette*		
Indépendance 1 (indépendant)	0	0
Indépendance 2 (aide partielle)	17	58.6
Indépendance 3 (aide importante)	8	27.6
Indépendance 4 (aide totale)	4	13.8

*Selon échelle ADL (Casten, et al., 1995)

Deuxième partie : réponses aux questions de recherche

Réponse à la question 1

Quelle est la fréquence des manifestations des différents types d'agitation et de l'inconfort lors de la toilette auprès des PAD ?

Le tableau 3 montre que la très grande majorité des patients ont montré des manifestations d'agitation (n=27). Elles se déclinent en 29 items répartis en quatre sous-groupes. La forme la plus fréquente est l'agitation verbale (n=24), de type prioritairement non agressive (n=20) versus l'agitation verbale agressive (n=12). L'agitation physique non agressive concerne près de la moitié des personnes (n=14) alors que moins d'un quart des participants expriment de l'agitation physique agressive (n=7). Il est à noter que le même patient peut présenter plusieurs types d'agitation durant la toilette.

Tableau 3

Description de la fréquence et des pourcentages de la variable « agitation » (tous types et par sous groupes) et des items d'inconfort
N=30

Variables	Fréquence	%
Agitation (tous types confondus) (plusieurs types d'agitation peuvent être exprimés par la même personne durant le temps d'observation)	27	90
Agitation physique agressive (12 items. Egratigner, déchirer, mordre, cracher, lancer des choses, se faire du mal à soi-même ou autres, tomber intentionnellement n'ont pas été exprimés)	7	23.3
Frapper	2	
Donner un coup de pied	1	
Pousser	1	
Empoigner	1	
Avances sexuelles physiques	3	
Agitation physique non agressive (8 items. Faire les cent pas, déshabillage inapproprié, cacher des choses, amasser des choses n'ont pas été exprimés)	14	46.7
Se rendre ailleurs	4	
Manipuler les choses incorrectement	10	
Turbulence générale	5	
Maniérisme répétitif	1	
Agitation verbale totale	24	80
Agitation verbale agressive (4 items)	12	40
Crier	6	
Jurer ou agresser verbalement	2	
Faire des bruits étranges	6	
Agitation verbale non agressive (4 items)	20	66.7
Se plaindre	16	
Demandes constantes d'attention	1	
Négativisme	11	
Répétitions de phrases ou de questions	12	

Le tableau 4 montre que tous les patients expriment des manifestations d'inconfort (n=30). Plus de deux tiers des patients (n=24) expriment des vocalisations négatives (Negative Vocalizations), et des manques d'expressions faciales de contentement (Lack of Content Facial Expression) ; deux tiers (n=22) montrent des manques d'expression corporelle détendue (Lack of Relaxed Body Language). Près de la moitié des participants (n=14) a une expression tendue du corps (Tense Body Language) ; près de la moitié (n=13) exprime des expressions faciales tristes (Sad Facial Expression). Un peu plus d'un tiers (n=11) manifeste des expressions de peur sur le visage (Frightened Facial Expression) ; un tiers (n=10) a des sourcils froncés (Frown) ; près d'un tiers (n=9) a une respiration bruyante (Noisy Breathing). Seuls un dixième des personnes (n=3) a des mouvements saccadés (Fidgeting).

Tableau 4

Description de la fréquence et des pourcentages de la variable inconfort et de ses items
N=30

Inconfort	Fréquence	%
Inconfort	30	100.0
Noisy Breathing	9	30.0
Negative Vocalizations	24	80.0
Lack of Content Facial Expression	24	80.0
Sad Facial Expression	13	43.3
Frightened Facial Expression	11	36.7
Frown	10	33.4
Lack of Relaxed Body Language	22	73.4
Tense Body Language	14	46.7
Fidgeting	3	10.0

Le tableau 5 présente l'intensité de l'agitation et de l'inconfort en décrivant les moyennes, écarts types, ainsi que les scores minimum et maximum. Les patients peuvent exprimer plusieurs types d'agitation durant le temps d'observation. Le score maximal possible de «Agitation tous types» est de 87. Le score maximal exprimé dans cette étude est de 20, avec une moyenne de 6.3 et un ET de 4.97.

L'agitation verbale totale est le sous-groupe d'agitation ayant le score moyen le plus élevé (4.57, ET 3.95). Elle se décline en agitation verbale non agressive (3.47, ET 3.3) et agitation verbale agressive (1.1, ET 1.67). Les scores moyens d'agitation physique non agressive (1.2, ET 1.48) et d'agitation physique agressive (0.53, ET 1.25, médiane 0, IQR 0) sont très faibles. Le score moyen d'inconfort est de 10.77 (ET 5.28). Le score maximum exprimé est de 20, avec un score minimum à 2.

Tableau 5

Description des scores des variables agitation (tous types et par sous groupes) et de l'inconfort (total)
N=30

Variables	Moyenne	ET	Min	Max
Agitation tous types (max=87)	6.3	4.97	0	20
Agitation physique agressive (max= 36)	(0.53) med 0	(1.25) IQR 0	0	6
Agitation physique non agressive (max.= 27)	1.2	1.48	0	5
Agitation verbale totale (max= 24)	4.57	3.95	0	12
Agitation verbale agressive (max.= 12)	1.1	1.67	0	6
Agitation verbale non agressive (max= 12)	3.47	3.3	0	10
Inconfort (score max. = 27)	10.77	5.28	2	20

Réponse à la question 2

Les manifestations de l'inconfort sont-elles associées de manière significative aux manifestations d'agitation durant la toilette des PAD?

Le tableau 6 montre que la variable « agitation tous types » est corrélée de manière très significative avec la variable « inconfort » ($r=0.69$, IC=0.434 0.839, $p<0.001$). Il en est de même pour l'agitation verbale totale ($r=0.73$, IC=0.498 0.862, $p<0.001$). En considérant les sous groupes d'agitation verbale, une association significative apparaît aussi bien pour l'agitation verbale agressive ($r=0.46$, IC =0.120 0.704, $p<0.01$) que, de manière encore plus marquée, pour l'agitation verbale non agressive ($r=0.64$, IC=0.363 0.813, $p<0.001$). Aucune corrélation n'apparaît entre l'inconfort et les sous types d'agitation physique agressive et d'agitation physique non agressive.

Tableau 6

Corrélations et intervalles de confiance entre l'inconfort, l'agitation tous types et les sous-groupes d'agitation
N=30

Variable	r	IC (limites à 95%)	
Agitation totale (tous types confondus)	0.69 ***	0.434	0.839
Agitation physique agressive (test de Spearman)	0.12		
Agitation physique non agressive	0.17	0.200	0.502
Agitation verbale totale	0.73***	0.498	0.862
Agitation verbale agressive	0.46**	0.120	0.704
Agitation verbale non agressive	0.64***	0.363	0.813

Note. * $p<0.05$. ** $p<0.01$. *** $p<0.001$

Le tableau 7 précise l'association entre l'agitation totale, l'agitation verbale totale et ses sous types d'agitation et les items de l'inconfort. L'agitation tous types est associée de manière très significative avec les vocalisations négatives (Negative Vocalizations) ($r=0.73$, $p<0.001$), les sourcils fronçés (Frown) ($r=0.58$, $p<0.001$), le manque d'expression corporelle détendue (Lack of Relaxed Body Language) ($r=0.48$, $p<0.01$). L'association avec les autres items n'est pas significative.

L'agitation verbale totale est associée, comme l'agitation tous types, de manière très significative avec les vocalisations négatives (Negative vocalizations) ($r=0.83$, $p<0.001$), les sourcils fronçés (Frown) ($r=0.57$, $p<0.001$), le manque d'expression corporelle détendue (Lack of Relaxed Body Language) ($r=0.5$, $p<0.01$). L'association avec les autres items n'est pas significative.

L'agitation verbale non agressive est également associée de manière très significative avec les vocalisations négatives (Negative Vocalizations) ($r=0.70$, $p<0.0001$) et les sourcils fronçés (Frown) ($r=0.53$, $p<0.01$). L'association est à peine significative avec la respiration bruyante (Noisy Breathing) ($r =0.37$, $p<0.05$) et le manque d'expression corporelle détendue (Lack of Relaxed Body Language) ($r=0.44$, $p<0.05$). L'association avec les autres items n'est pas significative.

L'agitation verbale agressive est associée de manière très significative avec les vocalisations négatives (Negative Vocalizations) ($r =0.50$, $p<0.01$) et de manière à peine significative avec le manque de détente du corps « Lack of Relaxed Body Language » (Manque d'expression corporelle détendue) ($r=0.38$, $p<0.05$), et Fidgeting (Bougeotte) ($r =0.48$, $p<0.05$). L'association avec les autres items n'est pas significative.

Tableau 7

Coefficient de corrélation entre l'agitation tous types et les items de la variable
inconfort
N=30

Items de l'inconfort	Agitation tout type	Agitation verbale totale	Agitation verbale non agressive	Agitation verbale agressive
Noisy Breathing	0.24	0.30	0.37*	0.20
Negative Vocalizations	0.73 ***	0.83***	0.70***	0.50**
Lack of Content Facial Expression	0.35	0.36	0.34	0.31
Sad Facial Expression	0.02	-0.07	0.08	-0.16
Frightened Facial Expression	0.16	0.15	0.14	-0.4
Frown	0.58***	0.57***	0.53**	0.34
Lack of Relaxed Body Language	0.48**	0.53**	0.44*	0.38*
Tense Body Language	0.23	0.26	0.16	0.30
Fidgeting	0.20	0.21	0.07	0.47*

Note.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Afin de vérifier la fidélité des grilles CMAI et DS-DAT pour cette étude, un test alpha de Cronbach a été effectué pour chacun des sous groupes d'agitation (tableau 8).

La fidélité de la grille CMAI indique un alpha de Cronbach de 0.41. Le sous groupe agitation physique agressive présente un alpha de Cronbach de 0.60 de celui du sous groupe agitation verbale totale est de 0.54. Un alpha de Cronbach de 0.36 est

relevé pour le sous-groupe d'agitation physique non agressive . Les résultats démontrent un alpha de Cronbach de 0.63 pour la grille DS-DAT.

Tableau 8

Fidélité des grilles DS-DAT et CMAI

Grilles DS-DAT CMAI et sous-groupes CMAI	Alpha de Cronbach
DS-DAT (9 items)	0.63
CMAI (29 items, dont seuls 16>0)	0.41
Sous groupes de la grille CMAI :	
<i>Agitation physique agressive</i>	0.60
<i>Agitation physique non agressive</i>	0.36
<i>Agitation verbale totale</i>	0.54

Discussion

Ce chapitre présente les points de réflexion et de mise en perspective des résultats de recherche avec la revue des écrits et le cadre théorique du confort de Kolcaba. Les limites et forces de l'étude ainsi que les perspectives envisagées pour la clinique et la recherche terminent cette partie.

La population

La population de l'étude est homogène au regard de l'âge et de la durée d'observation durant la toilette. Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes en raison du type d'échantillonnage non probabiliste et accidentel. Cette méthode a été choisie en raison de la facilité d'accès au milieu. La grande majorité des patients est atteinte d'une démence avancée à très avancée du fait de la spécialisation du service dans la prise en charge de ce type de population. Les raisons d'admission sont en rapport très proche avec des troubles du comportement, des symptômes de confusion, ou des troubles cognitifs. Les raisons psychiatriques d'hospitalisation sont très rares et toujours accompagnées d'une détérioration cognitive selon l'échelle CDR. Les trois PAD également atteints de troubles psychiatriques sont inclus dans l'étude étant donné que la toilette en chambre restait possible. Outre leur raison d'admission les patients ont plusieurs autres diagnostics indiquant un état de santé fragilisé. Tous les patients nécessitent de l'aide pour la toilette et près de la moitié ont une dépendance très importante.

Tous les individus ont un traitement pluri-médicamenteux de type antalgique, neuroleptique, hypnotique ou anxiolytique, antidépresseur, antiépileptique ou encore antiparkinsonien. Près de la totalité des personnes ont en outre un autre traitement tels des anti-hypertenseurs, des vitamines, traitement de la constipation, antiagrégants plaquettaires.

Les médicaments sont donnés selon le régime médicamenteux le soir précédant l'observation. Les patients ayant des manifestations fortes de douleur ou d'agitation reçoivent un médicament avant la toilette. Seules trois personnes ont reçu des antalgiques avant les soins d'hygiène.

La fréquence et les scores des manifestations d'agitation et d'inconfort

L'agitation

Les résultats indiquent que la grande majorité des patients expriment parallèlement différents types d'agitation. La forme la plus fréquente, montrée par près des trois quarts des patients, est l'agitation verbale (AV). Ces résultats corroborent ceux d'autres études (Lemay & Landreville, 2010; Pelletier & Landreville, 2007; von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008). L'AV se décline plus fréquemment en agitation verbale non agressive qu'en agitation verbale agressive. Le score moyen de l'AV non agressive est modéré alors que celui de l'AV agressif est faible. L'item « plaintes » est très fréquemment exprimé lors d'AV non agressive alors que les items « négativisme », « répétitions de phrases ou de questions » sont

observés moins souvent, par moins de la moitié des participants; l'agitation verbale agressive est plus rare et s'exprime en priorité par les items « cris » et « bruits étranges ».

Même si la comparaison avec leurs travaux est limitée en raison d'approches méthodologiques différentes, Cohen-Mansfield & Purpura-Gill (2007) notent, comme dans cette étude, des scores d'agitation verbale plus élevés que ceux d'agitation physique agressive et d'agitation physique non agressive.

Sloane, Hoeffler, et al. (2004) annoncent un score moyen d'agitation verbale très proche de celui de l'agitation physique agressive. Les auteurs n'indiquent pas de score d'agitation non agressive. Les résultats de cette étude diffèrent dans la mesure où ils indiquent des scores d'agitation non agressive et agressive nettement inférieurs à l'agitation verbale à ceux relevés dans les travaux de Sloane, Hoeffler, et al. (2004).

Ainsi, de même que les études de Sloane, Hoeffler, et al. (2004) et de Cohen-Mansfield et Purpura-Gill (2007), les résultats de recherche montrent l'agitation verbale comme étant le type d'agitation exprimé en priorité. Le score moyen d'agitation tous types est faible malgré la haute fréquence des comportements d'agitation relevés; le score d'agitation physique agressive est même très faible en regard des études de Sloane, Hoeffler, et al. (2004) et Cohen-Mansfield et Purpura-Gill (2007).

Les raisons des manifestations verbales d'agitation (AV) sont difficiles à déterminer. Selon von Gunten et al. (2008) l'AV est une manière de faire savoir qu'un inconfort n'a pas été détecté par le personnel soignant (Draper, et al., 2000; McMinn & Draper, 2005). En outre certaines composantes individuelles des patients

(Cohen-Mansfield, Marx, Werner, et al., 1992; von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008) ainsi que leurs difficultés cognitives augmentent l'agitation verbale (Cohen-Mansfield & Libin, 2005). Considérant le contexte de la toilette, les plaintes et le négativisme pourraient être la manifestation de douleurs, de froid, ou de gêne face à la nécessité de réaliser des soins intimes comme le relève plusieurs auteurs (Dunn, et al., 2002; Hoeffler, et al., 1997). Cohen-Mansfield & Purpura-Gill (2007) expliquent que les scores élevés d'AV durant la toilette peuvent en outre être reliés aux comportements inappropriés des soignants (ton et contenu verbal de type sarcastique et/ou condescendant) pouvant renforcer les comportements agités des patients. Une attitude calme et empathique permet de diminuer l'agitation verbale (Cohen-Mansfield & Purpura-Gill, 2007a, 2007b; Sloane, Hoeffler, et al., 2004; von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008; von Gunten, Ostos-Wiechetek, et al., 2008). Par ailleurs, von Gunten, Alnawaqil, et al. (2008) relèvent la nécessité d'interventions relatives à la gestion de l'environnement en tenant compte des particularités sensibles des patients. Plusieurs auteurs étayent en outre l'importance des interventions psychosociales afin de diminuer les risques d'agitation durant la toilette. (Cohen-Mansfield & Purpura-Gill, 2007a; Sloane, Hoeffler, et al., 2004; von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008; von Gunten, Ostos-Wiechetek, et al., 2008). Elles s'avèrent même réellement nécessaire lors des soins d'hygiène (Cohen-Mansfield & Purpura-Gill, 2007; Sloane, Gruber-Baldini, et al., 2004). Ces auteurs relèvent également la nécessité de mettre en place une structure de supervision et de formation des soignants afin d'éviter aussi bien des réactions inappropriées face aux PAD agitées verbalement (von Gunten et al., 2008), qu'une mise à distance du patient (Draper, et al., 2000) ou encore des attitudes potentiellement délétères (Beach, et al.,

2005). Hantikainen et al. (1998) indiquent en outre qu'une charge de travail importante diminue le seuil de tolérance des soignants qui manifestent parfois des comportements de frustration ou de colère (Draper, et al., 2000).

Le score global faible d'agitation de cette étude réalisée dans un service spécialisé peut s'expliquer par les connaissances et les compétences spécifiques et utiles des soignants lors de la toilette des patients agités. De même, la prise en charge médicale, les nombreuses possibilités de supervision ainsi que l'opportunité pour les soignants de partager leurs émotions ont possiblement un impact sur la moyenne faible du score d'agitation.

L'inconfort

Les résultats de cette étude décrivent que tous les patients expriment de l'inconfort durant la toilette. Le score moyen de l'inconfort indique un niveau d'inconfort modéré et variable.

La comparaison des scores de l'inconfort avec les résultats de Sloane, Hoeffler, et al. (2004) reste ici également limitée en raison d'approches méthodologiques différentes entre les études. Leurs travaux montrent un score moyen d'inconfort proportionnellement plus faible que celui relevé dans cette étude. Cette différence peut s'expliquer par le moment très spécifique et raccourci de l'observation de la toilette qui débute dans leur recherche au moment du lavage du patient et se termine au séchage. Dans la présente étude, l'observation prolongée

commençait dès le moment du déshabillage de la chemise de nuit jusqu'à la fin de l'habillage facilitant le relevé des manifestations d'inconfort lors du déshabillage et de l'habillage des participants. Ces mobilisations peuvent en effet engendrer des douleurs physiques (Hurley, et al., 1992). Celles-ci ont certainement moins l'occasion d'être repérées dans l'étude de Sloane, Hoeffler, et al. (2004). Aucune comparaison n'est possible avec les travaux de Cohen-Mansfield & Purpura-Gill (2007) qui n'utilisent pas de grille d'inconfort.

L'intensité modérée du score de l'inconfort de la présente recherche indique donc que la réalisation de la toilette engendre des désagréments chez les PAD. Certains comportements sont fréquents comme les vocalisations négatives, le manque d'expression faciale de contentement, le manque de détente du corps, alors que les autres comportements de la grille d'inconfort sont plus rarement exprimés.

Ces résultats ne permettent pas non plus ici de tirer de conclusions sur la cause des manifestations d'inconfort comme le relèvent également Buffum et al. (2001), Lemay et Landreville (2010) et Pelletier et Landreville (2007). Ces comportements peuvent être aussi bien en rapport avec le niveau de douleur physique du participant (Aubin, et al., 2007), ses atteintes neurologiques (Lemay & Landreville, 2010), son état d'anxiété et de dépression (Allaz, 2006), ses perceptions émotionnelles négatives relatives à l'irruption du soignant dans son intimité (Cohen-Mansfield & Purpura-Gill, 2007; Dunn, et al., 2002; Nilsson, et al., 1988) qu'avec l'environnement physique tels la température de l'eau, de la pièce, la présence d'autres personnes. L'environnement psychologique du patient, comme par exemple sa relation avec le soignant, est également à prendre en compte (Cohen-Mansfield &

Parpura-Gill, 2007a). Il est à relever qu'aussi bien les grilles CMAI et DS-DAT ne permettent d'évaluer la qualité de la relation avec les soignants.

L'association des manifestations d'inconfort et d'agitation durant la toilette

Les résultats de cette étude indiquent une corrélation élevée entre l'agitation et l'inconfort. Ceci est consistant avec Cohen-Mansfield et Parpura-Gill (2007) et Dunn et al. (2002) qui affirment que la toilette est propice aux manifestations d'agitation et d'inconfort. Cette association est plus importante que celle décrite dans les études de Buffum et al. (2001) qui notent une corrélation modérée et de Pelletier et Landreville (2007) qui décrivent une corrélation à peine plus élevée. La relative haute significativité des résultats de cette étude est donc probablement due à ce moment particulier d'observation de la toilette. En outre, la mesure simultanée de ces deux variables a permis des calculs paramétriques précis.

Afin de comprendre quel sous-groupe d'agitation est le plus fortement associé à l'inconfort, des calculs de corrélation entre chaque sous groupe d'agitation et l'inconfort ont été effectués.

Les manifestations d'agitation physique agressive sont rares durant la toilette et leur corrélation avec l'inconfort est non significatif. Ces résultats confirment ceux des travaux de Pelletier et Landreville (2007) et de Young (2002). Ces auteurs évoquent un manque de puissance pour cette variable.

L'association entre l'agitation physique non agressive et l'inconfort n'est pas significative dans cette étude. Ces résultats diffèrent des études de Pelletier et Landreville (2007) qui décrivent une corrélation significative. Il est probable que l'installation du patient durant la toilette entrave les mouvements du participant. Il ne peut dès lors qu'exprimer des manifestations limitées d'agitation non agressive comme une manipulation incorrecte des choses, une turbulence générale et une tentative de se rendre ailleurs. Par ailleurs cette restriction ne paraît pas augmenter l'agitation physique agressive qui reste faible et n'est montrée que par sept personnes, dont trois démontrent des gestes d'avances sexuelles physiques envers les soignants. Les gestes d'agressivité visant à blesser le soignant sont très rares. Il apparaît donc que les expressions d'agitation physique non agressive durant la toilette ne correspondent à priori pas à des manifestations de l'inconfort. Il n'est toutefois pas possible de savoir si la restriction des mouvements a un quelconque impact sur l'agitation verbale. En effet, selon Kong (2005), les restrictions physiques peuvent avoir un impact sur l'agitation générale (Figure 1).

La corrélation entre l'agitation verbale totale, et l'inconfort indique une association très significative entre ces deux variables. Cette étude confirme donc les travaux de plusieurs auteurs démontrant que l'agitation verbale est le sous groupe le plus significativement associé l'inconfort (Buffum, et al., 2001; Hurley, et al., 1992; Pelletier & Landreville, 2007).

En considérant séparément les deux sous-groupes d'agitation verbale dans cette étude, l'agitation verbale agressive est corrélée de manière significative avec l'inconfort, mais à un degré moindre que l'agitation verbale non agressive. Les

auteurs consultés n'ont pas effectué cette analyse dans leurs études. L'auteure de cette étude considère qu'une éventuelle superposition des items de la grille d'agitation et de la grille d'inconfort pourrait justifier ces résultats.

Les résultats de cette recherche confirment donc la présence d'une association importante entre l'agitation et l'inconfort au moment de la toilette. Cette association est propice à l'apparition de manifestations d'agitation verbale chez le patient dément. La corrélation des sources de l'inconfort et de l'agitation va dans le sens des nouvelles interprétations scientifiques donnant préséance à l'inconfort comme source d'agitation (Kong, 2005).

Selon Pelletier et Landreville (2007) et Buffum et al. (2001), l'inconfort expliquerait en partie la variance de l'agitation générale avec une indépendance des variables indépendantes sexe, sévérité de la démence et niveau d'indépendance. Toutefois, l'étude de l'impact de l'inconfort sur l'agitation ne fait pas l'objet de question de recherche de cette étude. Des travaux visant à vérifier si durant la toilette une telle prédiction peut se confirmer en tenant compte de la sévérité de la démence et du niveau d'indépendance des patients seraient à développer.

Quoique tangentielle aux questions de recherche, à ce stade de la discussion une réflexion portant sur la corrélation de certains items de l'inconfort avec l'agitation apparaît utile. Le risque de superposition des items d'inconfort est à noter. Buffum et al. (2001) évoquent ce risque à propos de l'item « mouvements saccadés ». Il apparaît dans cette étude que les vocalisations négatives telles que décrites par Hurley et al. (1992) ont des caractéristiques proches de l'agitation verbale agressive et non agressive. Elles mériteraient une comparaison approfondie pour avérer une

superposition des items. L'association importante entre l'agitation et les items non verbaux « sourcils froncés » et « manque de détente du corps » nécessiteraient de même un approfondissement. Il est en effet curieux que l'item « manque d'expression faciale de contentement » n'ait aucune association significative avec les différents types d'agitation alors qu'il est très fréquemment exprimé-

En conséquence de ces résultats, il apparaît que le choix des interventions à réaliser dans des situations d'agitation et d'inconfort doivent tenir compte de l'ensemble des explications possibles des causes décrites dans des revues d'écrits récents (Kong, 2005; Lemay & Landreville, 2010; von Gunten, Alnawaqil, et al., 2008). Ces différents auteurs proposent des explications très proches quand à l'étiologie des manifestations de l'agitation et de l'inconfort chez les PAD. Kong (2005) identifie l'inconfort dans son modèle (Figure 1) comme une condition préalable à l'agitation. L'inconfort et l'agitation paraissent ainsi associés à des besoins non satisfaits soit sur le plan de l'état interne physique et psychique du PAD, sur celui de son environnement, ou de sa relation avec le soignant. Ces constats nourrissent la première proposition de la théorie du confort de Kolcaba (1994) disant qu'il est nécessaire que « les infirmières identifient les besoins de confort des patients qui n'ont pas été satisfaits » (p. 43).

Lien avec le cadre théorique du confort de Kolcaba

Chez les PAD, l'évaluation du confort se fait essentiellement de manière indirecte par des soignants informés au sujet des items de grilles d'observation

(Feldt, et al., 1998; Miller, et al., 2000). Les résultats de l'évaluation de l'inconfort vont montrer la nécessité ou non de réaliser des activités infirmières afin d'en réduire les manifestations. Ces activités vont porter soit sur la réduction de l'impact des forces obstructives, soit en agissant sur les forces d'intervention relatives à l'environnement. Ainsi les PAD devraient exprimer de manière minimale des manifestations relatives aux items de la grille d'inconfort (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2003).

La structure taxonomique de Kolcaba (Figure 3) suggère de rechercher les raisons d'inconfort en regard des contextes physique, psychologique, environnemental et social. Les caractéristiques de ces différents contextes sont certainement intriquées lors de la toilette aux PAD. En effet, la mobilisation du corps durant la toilette peut entraîner des douleurs (Hurley, et al., 1992). Il s'avère en effet que près de deux tiers des participants à cette étude prennent des antalgiques prescrits d'office et que tous les patients ont une à plusieurs comorbidités. De plus, les écrits indiquent que deux tiers des plaintes ayant une expression somatique masquent de l'anxiété ou un état dépressif (Allaz, 2006; Casten, et al., 1995). Ainsi, le fort inconfort physique et émotionnel ressenti lors de ces soins intimes (Dunn, et al., 2002; Hoeffler, et al., 2006) pourrait expliquer les nombreuses manifestations verbales négatives et les plaintes. De plus, un contexte de l'environnement insuffisamment préparé avec par exemple l'usage d'eau trop fraîche, d'un matériel de soins d'hygiène prolongeant inutilement la toilette, d'un manque de serviette pour protéger le corps du froid peut provoquer de l'inconfort (Sloane, Hoeffler, et al., 2004). Sur le plan social, la qualité de la relation avec le soignant apparaît importante pour Cohen-Mansfield et Parpura-Gill (2007) et Sloane, Hoeffler, et al. (2004). Ainsi,

l'étiologie des manifestations d'inconfort apparaît être multiple et difficile à discriminer spécifiquement (Lemay & Landreville, 2010)

La théorie du confort de Kolcaba (1994) est utile pour chercher à comprendre comment exploiter l'observation d'expressions d'agitation et de l'inconfort chez le patient dément. Un confort global est obtenu quand le patient est soulagé, ressent du bien être et arrive à dépasser les problèmes vécus sur les plans physique, psychospirituel, environnemental et social (Kolcaba, 1994). L'observation des manifestations de l'inconfort doit amener l'infirmière à identifier à l'aide du patient les dimensions où l'état de confort est insuffisant. Cependant une identification spécifique des besoins en confort est difficile à objectiver avec les PAD en raison de leurs détériorations cognitives (Aubin, et al., 2007; Hadjistavropoulos, et al., 2000).

Toutefois, en prenant en compte les comportements habituels des PAD connues par l'équipe et la famille ou transmises au rapport ou dans le dossier de soins aussi bien que des données physiologiques, psychologiques, environnementales et socioculturelles visibles, il est possible pour l'infirmière en situation de mettre en place une structure globale d'activités agissant sur ces différents plans afin d'améliorer le niveau de confort du patient. En intervenant sur les sources possibles d'inconfort (les forces obstructives), non seulement l'agitation et le malaise du patient devrait décroître, mais il devrait percevoir les soins de confort de l'infirmière (forces facilitatrices) comme ayant une influence favorable sur ses perceptions de confort et renforcer sa perception d'interaction positive non agressive (Figure 3).

Finalement, selon cette théorie, si la situation des soins d'hygiène est perçue plus positivement par le patient de manière globale et que cette expérience se

renforce et se répète dans le temps, le patient ressentira un confort global même si les forces obstructives ne sont pas chaque fois totalement modifiées ou réduites. Il apparaîtrait nécessaire, en raison des atteintes cognitives du patient dément, de vérifier dans de futures études si les relations de cette théorie dans un moment aussi sensible que les soins d'hygiène sont également valables pour cette population.

Limites méthodologiques et forces de l'étude

Le type d'échantillonnage de la population, non probabiliste et accidentel, et la taille faible de l'échantillon ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population âgée démente. Les participants sont essentiellement représentatifs de patients âgés sévèrement atteints dans leurs capacités cognitives, très dépendants pour leurs soins d'hygiène et nécessitant une hospitalisation dans un service spécialisé. La validité externe n'est donc bonne que pour une population proche de celle étudiée dans cette étude. Néanmoins, même si les résultats ne peuvent être généralisés à toutes les catégories de PAD, les résultats de l'étude sont directement profitables au service concerné et aux institutions de long séjour à mission psychogériatrique. En outre, les comparaisons des résultats de cette recherche avec ceux d'autres études sont très limitées en raison des outils et méthodologies utilisés.

Une limite importante se rapporte aux grilles utilisées pour relever les comportements d'agitation et de l'inconfort. La gradation des scores observés était insuffisante pour relever le nombre exact de manifestations verbales. Le coefficient

alpha de Cronbach indique une fidélité faible de la grille CMAI pour mesurer l'agitation générale et le sous-type d'agitation non agressive. Il est plus élevé pour l'agitation verbale et l'agitation agressive. Le coefficient alpha de Cronbach pour la grille DS-DAT est par contre assez élevé et supérieur à celui relevé dans l'étude de Sloane, Hoeffler, et al. (2004).

Une force de cette étude est de relever la nécessité d'approfondir les liens conceptuels encore flous dans la littérature courante entre les variables de l'agitation et de l'inconfort. Une autre force de l'étude est la rigueur et l'homogénéité des observations effectuées par l'observatrice qui a appliqué la même approche à tous les patients. Finalement, cette étude est pionnière en Suisse pour deux raisons. A ce jour, aucune autre étude suisse n'a vérifié la corrélation entre l'agitation et l'inconfort durant la toilette. De même, l'usage du cadre théorique de Kolcaba (1994) n'a jamais été utilisé pour expliciter la nécessité de comprendre la teneur des forces obstructives pouvant diminuer le confort durant la toilette.

Recommandations pour la clinique

Les grilles d'observation objectivant les signes de l'inconfort et d'agitation permettent aux cliniciens une observation fine des comportements du patient dément durant la toilette. Même si ces grilles ne renseignent pas sur l'étiologie exacte de l'inconfort exprimé par l'agitation verbale, la corrélation importante et hautement significative entre ces deux variables nécessite d'en prendre particulièrement compte durant la toilette. Tangentiel à cette étude, la nécessité de distribuer des antalgiques

avant les soins d'hygiène afin de diminuer les éventuelles douleurs relatives à la mobilisation des PAD durant les soins serait à explorer ; compte tenu des implications éthiques bien sûr.

Il est suggéré que lors de la toilette, une analyse fine des états du confort en lien avec les contextes (Kolcaba, 1994 ; 2003) soient tenu en compte. Ainsi, le soignant attentif aux différentes forces en jeu agissant sur la perception du confort pourrait renforcer certaines activités adaptées et utiles pour réduire les comportements d'inconfort manifesté par différentes expressions d'agitation.

A la lumière des connaissances tirées des écrits scientifiques il est recommandé aux institutions de soins hospitalières ou de long séjour de mettre en place des programmes de formation et de supervision des professionnels. En effet, une meilleure connaissance des causes possibles de l'agitation et de l'inconfort durant la toilette faciliterait la mise en place de stratégies d'intervention pour diminuer les manifestations liées à ces deux phénomènes. La charge de travail des soignants devrait s'ajuster au degré de difficulté de prise en charge de cette population.

Ce travail participe donc activement aux développements des connaissances dans la discipline infirmière. Quoique d'autres auteurs aient investigué la même problématique en esquissant un cadre de référence, la richesse de ce travail organise la contribution infirmière en référence à la théorie de Kolcaba (1994).

Perspectives pour la recherche en science infirmière

Une conceptualisation approfondie de la notion d'inconfort apparaît nécessaire. Ce concept est encore flou, ses attributs ne sont pas clairement définis et les notions d'inconfort physique et psychologique restent très générales. Si la douleur du patient dément a déjà fait l'objet de nombreuses recherches, le rapport intriqué de la douleur physique avec l'anxiété et la dépression est encore peu développé dans la littérature traitant du concept de l'inconfort. Ainsi, une conceptualisation affinée permettrait de différencier plus clairement en quoi les expressions de l'inconfort se différencient de celles de l'agitation ; alors que certaines manifestations des deux concepts indiquent des besoins individuels non satisfaits. En vérifiant le risque de superposition des items d'agitation verbale et des items d'inconfort, la poursuite d'études portant sur la complémentarité des grilles d'agitation et de l'inconfort apparaîtraient utiles pour vérifier dans quelle mesure l'agitation verbale et l'inconfort sont associés ou représentent plutôt des expressions complémentaires de besoins non satisfaits. Plus spécifiquement, il est suggéré de développer une compréhension des raisons de la haute association entre certains items d'inconfort non verbaux et l'agitation et l'absence d'association pour d'autres. De plus, ces précisions favoriseraient un regard critique sur les nombreuses grilles d'inconfort existant dans la littérature scientifique et permettraient de définir, outre leur validité scientifique, lesquelles sont les plus pertinentes et faciles d'usage pour les soignants.

Conclusion

La problématique de l'agitation des PAD hospitalisés est complexe. Ses causes sont variées et multiples. Les écrits scientifiques récents évoquent de plus en plus souvent l'inconfort comme une source importante de l'agitation lié à des besoins non satisfaits. Si le concept d'agitation est largement discuté dans la littérature, l'inconfort reste encore un concept peu développé.

Les résultats de cette étude démontrent que ces deux phénomènes apparaissent fréquemment durant la toilette des PAD hospitalisés. L'agitation touche la majorité des patients, mais elle est de faible intensité. L'inconfort s'exprime chez l'ensemble des participants. Son intensité modérée indique que la toilette engendre de réels désagréments physiques et/ou psychologiques. En outre, cette étude confirme l'existence d'un lien important entre les manifestations d'agitation et l'inconfort durant la toilette ; ce particulièrement en rapport avec l'agitation verbale. Une superposition des items d'agitation verbale de la grille CMAI avec l'item des vocalisations négatives de la grille DS-DAT pourrait expliquer en partie cette haute association. L'association des items non verbaux de l'inconfort avec l'agitation est très hétérogène ; la mimique faciale « froncements de sourcils » est à relever en raison de son association très élevée avec l'agitation.

Par la mise en perspective des résultats à partir du cadre théorique du confort de Kolcaba, cette étude participe au développement des connaissances infirmières. Elle suggère aux soignants d'utiliser ce modèle afin d'évaluer l'inconfort du patient durant la toilette et propose d'interpréter les manifestations d'agitation comme étant une manière du patient d'exprimer des besoins relatifs à différents contextes.

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 & Other Dementias*, 11, 10-19.
- Allaz, A. F. (2006). [Psychological components of chronic pain in the elderly]. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 4(2), 103-108.
- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *DSM-IV : diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Ancill, R. J., Carlyle, W. W., Liang, R. A., & Holliday, S. G. (1991). Agitation in the demented elderly: a role for benzodiazepines? *International Clinical Psychopharmacology*, 6(3), 141-146.
- Apostolo, J. L., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 403-411.
- Association Alzheimer Suisse. (2009). 107 000 personnes atteintes d'Alzheimer vivent en Suisse. Accès http://www.alz.ch/f/data/data_279.pdf
- Aubin, M., Giguere, A., Hadjistavropoulos, T., & Verreault, R. (2007). [The systematic evaluation of instruments designed to assess pain in persons with limited ability to communicate]. *Pain Research and Management*, 12(3), 195-203.
- Ballard, C., Neill, D., O'Brien, J., McKeith, I. G., Ince, P., & Perry, R. (2000). Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 97-106.
- Barnes, R., & Raskind, M. (1980). Strategies for diagnosing and treating agitation in the aging. *Geriatrics*, 35(3), 111-119.
- Bartels, S. J., Horn, S. D., Smout, R. J., Dums, A. R., Flaherty, E., Jones, J. K., et al. (2003). Agitation and depression in frail nursing home elderly patients with dementia: treatment characteristics and service use. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 231-238.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(2), 255-261.
- Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B. (1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5), 281-291.
- Belin, C., & Gatt, M. T. (2006). [Pain and dementia]. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 4(4), 247-254.
- Bogner, J. A., Corrigan, J. D., Bode, R. K., & Heinemann, A. W. (2000). Rating scale analysis of the Agitated Behavior Scale. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(1), 656-669.
- Borson, S., Reichman, W. E., Coyne, A. C., Rovner, B., & Sakauye, K. (2000). Effectiveness of nursing home staff as managers of disruptive behavior: perceptions of nursing directors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(3), 251-253.

- Buffum, M. D., Miaskowski, C., Sands, L., & Brod, M. (2001). A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing, 22*(2), 80-85.
- Buffum, M. D., Sands, L., Miaskowski, C., Brod, M., & Washburn, A. (2004). A clinical trial of the effectiveness of regularly scheduled versus as-needed administration of acetaminophen in the management of discomfort in older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(7), 1093-1097.
- Büla, C., Joray, S., Simeone, I., & Camus, V. (2004). Vieillesse cérébrale pathologique : les pathologies démentielles. In F. Schenk, G. Leuba & C. Büla (Eds.), *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer : autour de la notion de plasticité* (pp. 264-290). Bruxelles: De Boeck.
- Burgio, L. D., Scilley, K., Hardin, J. M., & Hsu, C. (2001). Temporal patterns of disruptive vocalization in elderly nursing home residents. *International Journal of Geriatr Psychiatry, 16*(4), 378-386.
- Burgio, L. D., Scilley, K., Hardin, J. 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), P230-239.
- Camberg, L., Woods, P., Ooi, W. L., Hurley, A., Volicer, L., Ashley, J., et al. (1999). Evaluation of Simulated Presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(4), 446-452.
- Cariaga, J., Burgio, L., Flynn, W., & Martin, D. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society, 39*(5), 501-507.
- Casten, R. J., Parmelee, P. A., Kleban, M. H., Lawton, M. P., & Katz, I. R. (1995). The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain, 61*(2), 271-276.
- Castilla-Puentes, R. C., & Habeych, M. E. (2010). Subtypes of depression among patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Alzheimers Dement, 6*(1), 63-69.
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S., et al. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine, 29*(2), 325-339.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Nonpharmacological management of behavioral problems in persons with dementia: the TREA model. *Alzheimer's Care Q. 1*, 22-34.
- Cohen-Mansfield, J. (2003). *Agitation in the elderly: definitional and theoretical conceptualizations*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Cohen-Mansfield, J. (2008). Agitated behavior in persons with dementia: the relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *Journal of Psychiatric Research, 43*(1), 64-69.
- Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society, 34*(10), 711-721.

- Cohen-Mansfield, J., & Deutsch, L. H. (1996). Agitation: Subtypes and Their Mechanisms. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 325-339.
- Cohen-Mansfield, J., & Libin, A. (2005). Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *Journal of Psychiatric Research*, 39(3), 325-332.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.
- 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(1), 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 Suppl 2, 221-240.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Werner, P., & Freedman, L. (1992). Temporal patterns of agitated nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 4(2), 197-206.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007a). Bathing: a framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(2), 121-135.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007b). Bathing: a framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(2), 121-135.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1994). Verbally disruptive behaviors in elderly persons: a review. Facts and research in gerontology. In J. Vella, L. Albarredo & P. J. Garry (Eds.), *Dementia and cognitive impairment* (pp. 73-89). Paris: Serdi.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: an integrative summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10, 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Marx, M. S. (1990). Screaming in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(7), 785-792.
- Curl, A. (1989). Agitation and the older adult. *Journal of Psychosocial Nursing of Mental Health Services*, 27(12), 12-14.
- Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L., & Verreault, R. (2001). Validite et fidelite de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 20, 373-384.
- Desmeules, J. A., Cedraschi, C., Piguet, V., Allaz, A. F., & Dayer, P. (2002). Advances with analgesics and NSAIDs for the treatment of spinal disorders. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology*, 16(1), 105-121.
- Diwan, S., & Phillips, V. L. (2001). Agitation and dementia-related problem behaviors and case management in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 5-21.
- Draper, B., Snowdon, J., Meares, S., Turner, J., Gonski, P., McMinn, B., et al. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International Psychogeriatrics*, 12(3), 333-344.

- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, *51*(1 Suppl 1), S53-60; discussion S65-57.
- Dunlop, D. D., Hughes, S. L., & Manheim, L. M. (1997). Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health*, *87*(3), 378-383.
- Dunn, J. C., Thiru-Chelvam, B., & Beck, C. H. (2002). Bathing. Pleasure or pain? *Journal of Gerontological Nursing*, *28*(11), 6-13.
- Eller, S., Griffin, L., & Mote, C. (2003). Clinical assessment and management of agitation in residential settings. In D. P. Hay (Ed.), *Agitation in patients with dementia : a practical guide to diagnosis and management*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Feil, N., & Klerk-Rubin, V. D. (1992). *V/F validation : the Feil method : how to help disoriented old-old*. Cleveland, Ohio: Edward Feil Productions.
- Feldt, K. S. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, *1*(1), 13-21.
- Feldt, K. S., Ryden, M. B., & Miles, S. (1998). Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *Journal of th American Geriatrics Society*, *46*(9), 1079-1085.
- Ferrell, B. A., Ferrell, B. R., & Osterweil, D. (1990). Pain in the nursing home. *Journal of th American Geriatrics Society*, *38*(4), 409-414.
- Ferrell, B. R., Wisdom, C., Rhiner, M., & Alletto, J. (1991). Pain management as a quality of care outcome. *Journal of Nursing Quality Assurance*, *5*(2), 50-58.
- Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthen, B. O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of Gerontology*, *49*(6), P251-264.
- Geda, Y. E., & Rummans, T. A. (1999). Pain: cause of agitation in elderly individuals with dementia. *American Journal of Psychiatry*, *156*(10), 1662-1663.
- Gerdner, L. A., & Buckwalter, K. C. (1994). A nursing challenge: assessment and management of agitation in Alzheimer's patients. *Journal of Gerontological Nursing*, *20*(4), 11-20.
- Giancola, P. R., & Zeichner, A. (1993). Aggressive behavior in the elderly: a critical review. *Clinical Gerontologist*, *13*(2), 3.
- Gropper, E. I. (1992). Promoting health by promoting comfort. *Nursing Forum*, *27*(2), 5-8.
- Grossman, F. (1998). A review of anticonvulsants in treating agitated demented elderly patients. *Pharmacotherapy*, *18*(3), 600-606.
- Gruber-Baldini, A. L., Boustani, M., Sloane, P. D., & Zimmerman, S. (2004). Behavioral symptoms in residential care/assisted living facilities: prevalence, risk factors, and medication management. *Journal of th American Geriatrics Society*, *52*(10), 1610-1617.
- Hadjistavropoulos, T., LaChapelle, D. L., MacLeod, F. K., Snider, B., & Craig, K. D. (2000). Measuring movement-exacerbated pain in cognitively impaired frail elders. *Clinical Journal of Pain*, *16*(1), 54-63.

- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing, 1*(6), 399-406.
- Hantikainen, V., Isola, A., & Helenius, H. (1998). [Disruptive behavior of elderly residents and the use of nursing methods]. *Pflege, 11*(2), 78-88.
- Hart, B. D., & Wells, D. L. (1997). The effects of language used by caregivers on agitation in residents with dementia. *Clinical Nurse Specialist, 11*(1), 20-23.
- Haskell, R. M., Frankel, H. L., & Rotondo, M. F. (1997). Agitation. *AACN Clinical Issues, 8*(3), 335-350.
- Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(2), 170-192.
- Hoeffler, B., Rader, J., McKenzie, D., Lavelle, M., & Stewart, B. (1997). Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing, 23*(5), 16-23.
- Hoeffler, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, C. M., Stewart, B. J., McKenzie, D., et al. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist, 46*(4), 524-532.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2003). *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse prévisions et scénarios pour le 21ème siècle*. Berne: Observatoire suisse de la santé, Hans Huber.
- Horgas, A. L., & Tsai, P. F. (1998). Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research, 47*(4), 235-242.
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., & Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry, 140*, 566-572.
- Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing & Health, 15*(5), 369-377.
- Hurley, A. C., Volicer, L., Camberg, L., Ashley, J., Woods, P., G., O., et al. (1999). Measurement of observed agitation in patients with dementia of the Alzheimer type. *Journal of Mental Health & Aging, 5*, 117-133.
- Hussian, R. A., & Hill, S. D. (1980). Stereotyped behaviour in elderly patients with chronic organic mental disorder. *Journal of Gerontology, 35*(5), 689-691.
- Jeandel, C. (2000). Comment gérer la déambulation et les cris du patient atteint de démence. *Soins; la revue de référence infirmière, 685*, 44-45.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA : the journal of the American Medical Association, 185*, 914-919.
- Kindermann, S. S., Dolder, C. R., Bailey, A., Katz, I. R., & Jeste, D. V. (2002). Pharmacological treatment of psychosis and agitation in elderly patients with dementia: four decades of experience. *Drugs & Aging, 19*, 257-276.
- Kolanowski, A. M. (1999). An overview of the need-driven dementia-compromised behavior model. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(9), 7-9.

- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19*(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook, 49*(2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Pub. Co.
- Kong, E. H. (2005). Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 526-536.
- Kopecky, H. J., & Yudofsky, S. C. (1999). Agitation: conceptualization, measurement, and treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic, 63*, A31-A52.
- Kovach, C. R., & Meyer-Arnold, E. A. (1996). Coping with conflicting agendas: the bathing experience of cognitively impaired older adults. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 10*(1), 23-36; discussion 37-42.
- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Griffie, J., Muchka, S., & Weissman, D. E. (2002). The assessment of discomfort in dementia protocol. *Pain Management Nursing, 3*(1), 16-27.
- Lamont, S. C. (2003). Discomfort as a potential nursing diagnosis: a concept analysis and literature review. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 14*(s4), 5-5.
- Landreville, P., Casault, L., Julien, E., Dicaire, L., Verreault, R., Levesque, L., et al. (2007). Structure factorielle de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Revue europeenne de psychologie appliquee, 57*(3), 167-174.
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K., & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 51*(1), 3-14.
- Leger, J. M., Moulias, R., Robert, P., Vellas, B., Chapuy, P. H., Monfort, J. C., et al. (2002). Agitation and aggressiveness among the elderly population living in nursing or retirement homes in France. *International Psychogeriatrics, 14*(4), 405-416.
- Lemay, M., & Landreville, P. (2010). Review: verbal agitation in dementia: the role of discomfort. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 25*(3), 193-201.
- Logsdon, R. G., Teri, L., Weiner, M. F., Gibbons, L. E., Raskind, M., Peskind, E., et al. (1999). Assessment of agitation in Alzheimer's disease: the agitated behavior in dementia scale. Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*(11), 1354-1358.
- Lott, L., & Klein, D. T. (2003). Psychotherapeutic interventions. In D. P. Hay (Ed.), *Agitation in patients with dementia : a practical guide to diagnosis and management*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Lyness, J. M., Caine, E. D., King, D. A., Cox, C., & Yoediono, Z. (1999). Psychiatric disorders in older primary care patients. *Journal of General Internal Medicine, 14*(4), 249-254.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Merskey, H., & Luchini, S. R. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain, 53*(2), 163-168.

- Marx, M. S., Werner, P., & Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation and touch in the nursing home. *Psychological Report*, 64(3 Pt 2), 1019-1026.
- Matteau, E., Landreville, P., Laplante, L., & Laplante, C. (2003). Disruptive vocalizations: a means to communicate in dementia? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(3), 147-153.
- Maxfield, M. C., Lewis, R. E., & Cannon, S. (1996). Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired elderly patients during bathing and grooming. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(1), 37-43.
- McMinn, B., & Draper, B. (2005). Vocally disruptive behaviour in dementia: development of an evidence based practice guideline. *Aging and Mental Health*, 9(1), 16-24.
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., & Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111(1-2), 77-83.
- Miller, J., Moore, K., Schofield, A., & Ng'andu, N. (1996). A study of discomfort and confusion among elderly surgical patients. *Orthopaedic Nursing*, 15(6), 27-34.
- Miller, J., Neelon, V., Dalton, J., Ng'andu, N., Bailey, D., Jr., Layman, E., et al. (1996). The assessment of discomfort in elderly confused patients: a preliminary study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 28(3), 175-182.
- Miller, L. L., Nelson, L. L., & Mezey, M. (2000). Comfort and pain relief in dementia: awakening a new beneficence. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9), 32-40; quiz 55-36.
- Miller, R. I. (1994). Managing disruptive responses to bathing by elderly residents. *Journal of gerontological nursing.*, 20(11), 35.
- 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(5), 546-549.
- Mintzer, J. E., & Brawman-Mintzer, O. (1996). Agitation as a possible expression of generalized anxiety disorder in demented elderly patients: toward a treatment approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 Suppl 7, 55-63; discussion 73-55.
- Moore, M. J., Zhu, C. W., & Clipp, E. C. (2001). Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social sciences*, 56, S219-S228.
- Morrison, R. S., & Siu, A. L. (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4), 240-248.
- Morse, J. M. (1992). Comfort: the refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 91-106.
- Morse, J. M., Hupcey, J. E., Mitcham, C., & Lenz, E. R. (1996). Concept analysis in nursing research: a critical appraisal. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(3), 253-277.
- Neugroschl, J. (2002). Agitation. How to manage behavior disturbances in the older patient with dementia. *Geriatrics*, 57(4), 33-37; quiz 40.

- Nilsson, K., Palmstierna, T., & Wistedt, B. (1988). Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(2), 172-175.
- Norman, L., & Lancaster, M. (1998). Hygiene and the patient with Alzheimer's disease. In R. C. Hamdy (Ed.), *Alzheimer's disease : a handbook for caregivers*. St. Louis: Mosby.
- OFS. (2010). Population: Panorama. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/pan.html>
- Pelletier, I. C., & Landreville, P. (2007). Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC Geriatrics*, 7, 27.
- Pickering, G. (2006). [Pharmacology of pain in older persons]. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 4(2), 95-102.
- Ragneskog, H., Gerdner, L. A., Josefsson, K., & Kihlgren, M. (1998). Probable reasons for expressed agitation in persons with dementia. *Clinical Nursing Research*, 7(2), 189-206.
- Rantz, M. J., & McShane, R. E. (1994). Nursing-home staff perception of behavior disturbance and management of confused residents. *Applied Nursing Research*, 7(3), 132-140.
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51(5), 317-323.
- Richeson, M., & Huch, M. (1988). Self care and comfort: a framework for nursing practice. *New Zealand Nursing Journal*, 81(6), 26-27.
- Rodgers, B. L., & Knafl, K. A. (2000). *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Roper, J. M., Shapira, J., & Chang, B. L. (1991). Agitation in the demented patient. A framework for management. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(3), 17-21.
- Rosen, J., Burgio, L., Kollar, M., Cain, M., Allison, M., Fogleman, M., et al. (1994). A user-friendly instrument for rating agitation in dementia patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2(1), 52-59.
- Rosen, J., Mulsant, B. H., & Wright, B. A. (1992). Agitation in severely demented patients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 4, 207-215.
- Rousseau, F. (2005). Principes généraux d'évaluation et de traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In P. Landreville (Ed.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. [Acton Vale, Québec]: Edisem.
- Ryden, M. B., Bossenmaier, M., & McLachlan, C. (1991). Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Research in Nursing & Health*, 14(2), 87-95.
- Scherder, E. J., Slaets, J., Deijen, J. B., Gorter, Y., Ooms, M. E., Ribbe, M., et al. (2003). Pain assessment in patients with possible vascular dementia. *Psychiatry*, 66(2), 133-145.
- Schlotfeldt, R. M. (1981). Nursing in the future. *Nursing Outlook*, 29(5), 295-301.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1071-1082.

- Sengstaken, E. A., & King, S. A. (1993). The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(5), 541-544.
- Shevitz, S. (1979). The agitated patient. *Journal of Family Practice*, 9(2), 305-311.
- Simons, W., & Malabar, R. (1995). Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 663-669.
- Sloane, P. D., Davidson, S., Buckwalter, K., Lindsey, B. A., Ayers, S., Lenker, V., et al. (1997). Management of the patient with disruptive vocalization. *Gerontologist*, 37(5), 675-682.
- Sloane, P. D., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Roth, M., Watson, L., Boustani, M., et al. (2004). Medication undertreatment in assisted living settings. *Archives of Internal Medicine*, 164(18), 2031-2037.
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., et al. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804.
- Smith, M. (2005). Pain assessment in nonverbal older adults with advanced dementia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(3), 99-113.
- Sourial, R., McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M. (2001). Agitation in demented patients in an acute care hospital: prevalence, disruptiveness, and staff burden. *International Psychogeriatrics*, 13(2), 183-197.
- Stevenson, K. M., Brown, R. L., Dahl, J. L., Ward, S. E., & Brown, M. S. (2006). The Discomfort Behavior Scale: a measure of discomfort in the cognitively impaired based on the Minimum Data Set 2.0. *Research in Nursing & Health*, 29(6), 576-587.
- Struble, L. M., & Sivertsen, L. (1987). Agitation--behaviors in confused elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(11), 40-44.
- Taft, L. B. (1989). Conceptual analysis of agitation in the confused elderly. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(2), 102-107.
- Thomas, D. R. (1988). Assessment and management of agitation in the elderly. *Geriatrics*, 43(6), 45-50, 53.
- Turk, D. C., Okifuji, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61(1), 93-101.
- Verma, S. D., Davidoff, D. A., & Kambhampati, K. K. (1998). Management of the agitated elderly patient in the nursing home: the role of the atypical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 19, 50-55.
- Vespa, A., Gori, G., & Spazzafumo, L. (2002). Evaluation of non-pharmacological intervention on antisocial behavior in patients suffering from Alzheimer's disease in a day care center. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 34(1), 1-8.
- von Gunten, A., Alnawaqil, A. M., Abderhalden, C., Needham, I., & Schupbach, B. (2008). Vocally disruptive behavior in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 653-672.
- von Gunten, A., Gold, G., & Kohler, M. C. (2008). [Caring for the caregiver]. *Revue Médicale Suisse*, 4(153), 988-990, 992-983.

- von Gunten, A., Küng, A., & Camus, V. (2004). Prise en charge globale et thérapies actuelles de la démence de type Alzheimer. In F. Schenk, G. Leuba & C. Büla (Eds.), *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer : autour de la notion de plasticité* (pp. 264-290). Bruxelles: De Boeck.
- von Gunten, A., Ostos-Wiechetek, M., Brull, J., Vaudaux-Pisquem, I., Cattin, S., & Duc, R. (2008). Clock-drawing test performance in the normal elderly and its dependence on age and education. *European Neurology*, 60(2), 73-78.
- Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N., & Bedard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5, 13.
- Wagner, D., Byrne, M., & Kolcaba, K. (2006). Effects of comfort warming on preoperative patients. *AORN Journal*, 84(3), 427-448.
- Won, A., Lapane, K., Gambassi, G., Bernabei, R., Mor, V., & Lipsitz, L. A. (1999). Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(8), 936-942.
- Yudofsky, S. C., Kopecky, H. J., Kunik, M., Silver, J. M., & Endicott, J. (1997). The Overt Agitation Severity Scale for the objective rating of agitation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(4), 541-548.
- Zubenko, G. S. (1998). Agitation in dementia. *Biological Psychiatry*, 43(6), 395-396.

Appendice A

Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

Inventaire de l'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)

(Deslauriers, et al., 2001)

Consignes :

Indiquez pour chaque résidant la fréquence à laquelle il ou elle a manifesté chacun des comportements ci-dessous

Indications pour mesurer la fréquence :

0 = n'a jamais manifesté ce comportement

1 = a manifesté ce comportement une fois

2 = a manifesté ce comportement deux fois

3 = a manifesté ce comportement trois fois ou plus

	Comportement observés	0	1	2	3
1.	Faire les cent pas				
2.	Habillage ou déshabillage inapproprié				
3.	Cracher				
4.	Jurer ou agresser verbalement				
5.	Demandes constantes d'attention				
6.	Répétitions de phrases ou de questions				
7.	Frapper				
8.	Donner des coups de pieds				
9.	Empoigner				
10.	Pousser				
11.	Emettre des bruits étranges				
12.	Crier				
13.	Egratigner				
14.	Essayer de se rendre ailleurs				
15.	Turbulence générale				
16.	Se plaindre				

17.	Négligisme				
18.	Manipuler des choses incorrectement				
19.	Cacher des choses				
20.	Amasser des choses				
21.	Déchirer ou arracher des choses				
22.	Maniérisme répétitif				
23.	Avances sexuelles verbales				
24.	Avances sexuelles physiques				
25.	Chuter intentionnellement				
26.	Lancer des choses				
27.	Mordre				
28.	Manger des substances inappropriées				
29.	Se faire mal à soi-même				
	Score par nombre de manifestations				
	Score Total				

Appendice B

Modèle de l'agitation

Modèle de l'agitation

(Cohen-Mansfield, 2008; Cohen-Mansfield, et al., 1989b; Deslauriers, et al., 2001; Landreville, et al., 2007)

Comportement agressif	Comportement physique sans agressivité	Comportement verbal agité
Frapper Donner des coups de pied Pousser Egratigner Déchirer ou arracher des choses Empoigner Mordre Cracher Chuter intentionnellement Lancer des choses Avances sexuelles physiques Se faire du mal	Faire les cent pas Habillage ou déshabillage inapproprié Essayer de se rendre ailleurs Manipuler des choses incorrectement Turbulence générale Maniérisme répétitif Cacher des choses Amasser des choses Manger des substances inappropriées	<i>Verbal non agressif :</i> Se plaindre Demandes constantes d'attention Négativisme Répétitions de phrases ou de questions <i>Verbal agressif :</i> Bruits étranges Crier Sacrer ou agresser verbalement Avances sexuelles verbales

Appendice C

Discomfort scale for Dementia of the Alzheimer's Type

Dicomfort scale for Dementia of the Alzheimer's Type

(Hurley, et al., 1992)

Behavioral Indicator	Frequency	Duration	Intensity	Score
	number of episodes during a five minute period	>1 min ≤ 1 min	High Low	
Noisy Breathing : Negative sounding noise on expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing ; respiration sound loud, harsh or gasping ; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange ; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation				
Negative Vocalizations : noise or speech with a negative or disapproving quality ; hushed low sounds such as a constant muttering with a guttural tone ; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound ; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan ; repeating the same words with a mournful tone ; expressing hurt or pain.				
Lack of Content Facial Expression : pleasant calm looking face ; tranquil, at ease or				

serene ; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw ; overall look is one of peace				
Sad Facial Expression : troubled look on face, looking hurt, worried, lost, or lonesome ; distressed appearance, sunken, « hound dog » look with lackluster eyes ; tears, crying.				
Frightened Facial Expression : scared, concerned looking face ; looking bothered, fearful, or troubled ; alarmed appearance with open eyes and pleading face.				
Frown : face looks strained ; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead ; corners of the mouth turned down				
Lack of Relaxed Body Language : easy open handed position ; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out ; muscles look of normal firmness and joints of « just killing the day » ; casual				
Tense Body Language : extremities show tension ; wringing hands, clenched fist, or knees pulled up tightly ; look of being in strained or inflexible position.				
Fidgeting : restless impatient motion (movements); acts squirmy or jittery ; appearance of trying to				

get away from hurt area ; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.				
---	--	--	--	--

Scoring of Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's type :

Item Score	Frequency	Intensity	Duration
0	0	--	--
1	1	Low	Short
2	1	High	Short
2	1	Low	Long
2	2	Low	Short
3	≥ 1	High	Long
3	≥ 2	High	Short
3	≥ 2	Low	Long
3	≥ 3	Low	Short
Frequency : number of episodes during a five minute period			
Intensity : Low = barely to moderate perceptible High = present in moderate to great magnitude			
Duration: Short = < 1 minute and Long = ≥ 1 minute			
Interpretation : higher the score = higher level of discomfort out of 0-27 points			

Appendice D

Information destinée aux tuteurs des personnes
participant à l'étude

Information destinée aux tuteurs des personnes participant à l'étude

Titre de l'étude :

Etude du rapport entre les manifestations d'agitation et d'inconfort de la personne âgée atteinte de démence (PAD) au moment de la toilette au lit en milieu hospitalier spécialisé

But de la recherche

Décrire le rapport entre les manifestations d'agitation et d'inconfort des personnes âgées démentes hospitalisées durant la toilette afin de mieux comprendre leur expérience de confort durant ce moment et adapter au mieux les gestes de soins

Déroulement de l'étude.

Des mesures du niveau d'agitation et du niveau d'inconfort seront effectuées à une reprise, à l'aide de grilles d'observation durant la toilette du patient. Aucune autre intervention autre que les soins habituels n'est prévue. Des données du dossier de soins tels l'âge, le sexe, le degré de démence, la médication et toute donnée utile permettant d'améliorer l'analyse des résultats pourront être utilisées en toute confidentialité.

Risques/Désagréments

Aucun risque ou désagrément n'est connu à ce jour. Le tuteur sera informé si de nouvelles connaissances pouvant influencer le consentement sont mises à jour durant l'étude. Aucune rémunération pour la participation à l'étude n'est prévue

Participation volontaire

Une information orale sera effectuée auprès du patient et il lui sera demandé de signer le formulaire de consentement. La demande de participation à l'étude ne lui sera exprimée qu'une seule fois. En cas refus le participant sera retiré de l'étude. Si ses capacités de discernement sont insuffisantes, cette question sera posée à son tuteur.

Confidentialité

La confidentialité des données concernant les personnes participant à l'étude est garantie. Les données concernant les mesures des niveaux d'agitation seront totalement anonymisées, codées et stockées dans des banques de données informatisées nécessitant un mot de passe. Les documents papier seront mis sous clé.

Renseignements complémentaires et contacts

Pour des informations supplémentaires merci de contacter la collaboratrice scientifique de l'étude :

Corinne Schaub :

Mail : cschaub@hecvssante.ch, T

Tél : 079 692 56 36

Appendice E

Formulaire en vue du consentement libre et éclairé destinée aux tuteurs des
personnes participant à l'étude

**Formulaire en vue du consentement libre et éclairé destinée aux tuteurs
des personnes participant à l'étude**

La personne soussignée atteste que :

- ✓ Elle a été informée sur les objectifs et la procédure de l'étude
- ✓ Elle a lu attentivement et complètement les informations qui ont été fournies. Elle les a comprises et a eu l'occasion de poser toutes les questions qu'elle souhaitait à ce sujet.
- ✓ Elle a eu un temps de réflexion suffisant pour décider de la participation à l'étude de la personne concernée. Elle sait qu'elle peut demander son retrait en tout temps et sans préjudice.
- ✓ Elle sait que les données seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- ✓ Elle accepte que les données recueillies soient soumises à une analyse qui peut être présentée dans des rapports, des articles, des congrès ou autre support interactif (poster par exemple)
- ✓ Elle a reçu un exemplaire de ce document
- ✓ Elle sait que ce document signé reste confidentiel et sous clé, et qu'il n'est accessible que par le chercheur qui a effectué l'entretien.
- ✓ Elle sait comment contacter le chercheur durant toute la durée de l'étude

Madame/Monsieur

Nom..... Prénom.....

Autorise la collaboratrice scientifique Corinne Schaub à travailler avec les données obtenues dans le cadre de cette étude

Fait à.....

Le.....