

# NOTE TO USERS

Page(s) not included in the original manuscript and are unavailable from the author or university. The manuscript was scanned as received.

97

This reproduction is the best copy available.

**UMI**<sup>®</sup>





Université d'Ottawa • University of Ottawa



# Université d'Ottawa - University of Ottawa

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
ET POSTDOCTORALES

FACULTY OF GRADUATE AND  
POSTDOCTORAL STUDIES

Chantal SÉGUIN

AUTEUR DE LA THÈSE - AUTHOR OF THESIS

M.Sc. (sciences infirmières)

GRADE - DEGREE

École des sciences infirmières

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT - FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

TITRE DE LA THÈSE - TITLE OF THE THESIS

Description des comportements jugés perturbateurs par le  
personnel soignant en CHSLD : étude pilote

G. Coutu-Wakulezyk

DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS DE LA THÈSE - THESIS EXAMINERS

L. Brosseau

L. Garcia

J.-M. De Koninck, Ph.D.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES ÉTUDES  
SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES

SIGNATURE

DEAN OF THE FACULTY OF GRADUATE  
AND POSTDOCTORAL STUDIES

DESCRIPTION DES COMPORTEMENTS JUGÉS PERTURBATEURS

PAR LE PERSONNEL SOIGNANT EN CHSLD:

ÉTUDE PILOTE

par

CHANTAL SÉGUIN, inf. B.Sc.inf.

Thèse présentée à la  
Faculté des études supérieures et post doctorales  
en vue de l'obtention d'une  
Maîtrise ès Sciences infirmières (M.Sc.Inf.)

Université d'Ottawa

SEPTEMBRE, 2003

© Séguin, 2003



National Library  
of Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

Acquisitons et  
services bibliographiques

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
*ISBN: 0-612-89909-8*  
*Our file* *Notre référence*  
*ISBN: 0-612-89909-8*

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

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

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

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

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this dissertation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de ce manuscrit.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the dissertation.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

**Canada**

## RÉSUMÉ

### DESCRIPTION DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

#### PAR LE PERSONNEL SOIGNANT EN CHSLD:

#### ÉTUDE PILOTE.

Chantal Séguin

Cette étude descriptive transversale, visait à vérifier les connaissances relatives à trois types d'aphasie (Broca, Wernicke et globale) et l'expression des comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant en CHSLD auprès de résidents ayant des troubles de communication de type aphasique suite à un AVC selon la fréquence, le moment du jour et l'élément déclencheur. L'échantillon (N=58) était subdivisé en professionnels et non professionnels. Les résultats fournissent des profils selon les données socio-démographiques, les connaissances et l'expression des comportements rapportés par les soignants en termes d'agressivité physique, verbale, cris, demandes et mouvements répétitifs. Les connaissances et des comportements perturbateurs rapportés ne diffèrent pas significativement selon les catégories de personnels soignant et les corrélations entre l'expérience et les connaissances sont quasi nulle. L'implication de cette étude pour la pratique démontre l'importance de la formation du personnel afin de gérer et de prévenir l'expression des besoins des résidents par des comportements jugés perturbateurs.

## REMERCIEMENTS

Comment remercier en une seule page les personnes qui m'ont accompagné et aidé tout au long de ce grand voyage ?

Premièrement, cette étude aurait été impossible à réaliser sans l'effort et la confiance de plusieurs personnes. Je veux d'abord remercier de tout coeur ma directrice de thèse la Dre Ginette Coutu-Wakulczyk pour sa compétence, sa persévérance à rechercher des standards de haut niveau, sa grande disponibilité jours, soirs et fins de semaine... Elle a toujours été présente dans les moments difficiles... Je la remercie pour avoir été la première à avoir eu confiance en mes compétences et en mon potentiel pour réussir cette maîtrise. Je la remercie pour avoir cru en moi.

Ensuite, j'aimerais remercier les membres du Comité de thèse: la Dre Marie Paule Vachon pour m'avoir offert son expertise, sa disponibilité, ses nombreux encouragements et pour m'avoir donné la passion pour le cerveau; la Dre Lucie Brosseau, pour son expertise, ses réflexions, ses conseils judicieux et sa disponibilité. Un merci spécial à Isabelle Gaboury biostatisticienne du groupe de recherche de Chalmers pour son expertise en statistiques.

J'aimerais souligner la collaboration du CHSLD de Hull de m'avoir permis la réalisation de cette étude et surtout remercier les participants à cette étude.

Finalement, je désire remercier mes parents, ma tante Ginette de m'avoir supporté pendant toutes ces années d'études, mes amis Diane, Ghislain, Denise et Vincent ainsi que toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à mon succès.

Sans votre encouragement je ne me serais pas rendue aussi loin. Merci.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
TABLE DES MATIÈRES .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
CHAPITRE I - INTRODUCTION .....	1
1.1 Énoncé du problème .....	1
1.2 But de l'étude .....	6
1.3 Questions de recherche .....	6
CHAPITRE 2 - REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	7
2.1 Accidents vasculaires cérébraux (AVC) .....	7
2.1.1 Incidences des AVC .....	8
2.1.2 Pronostic .....	8
2.1.3 Manifestations cliniques .....	9
2.2 Trouble de communication de type aphasique .....	10
2.2.1 Différents types d'aphasie .....	11
2.2.2 Aphasie de Broca .....	13
2.2.3 Aphasie de Wernicke .....	13
2.2.4 Aphasie globale .....	14
2.3 Comportements jugés perturbateurs .....	14
2.4 Cadre de référence .....	17

CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE .....	21
3.1 Type de recherche .....	21
3.2 Milieu, population, échantillon .....	21
3.2.1 Milieu .....	21
3.2.2 Population .....	22
3.2.3 Échantillon .....	24
3.3 Définition opératoire des variables étudiées .....	24
3.3.1 Variables dépendantes .....	24
3.3.2 Variables indépendantes .....	25
3.3.3 Variables concomitantes .....	26
3.4 Description de l'instrument .....	26
3.5 Déroulement de l'étude .....	29
3.5.1 Validation nominale (face validity) .....	29
3.5.2 Distribution des questionnaires .....	29
3.5.3 Formation de l'échantillon .....	30
3.6 Plan des analyses .....	30
3.7 Considérations éthiques .....	30
3.8 Limites méthodologiques .....	31
3.8.1 Limites relatives à la sélection des sujets .....	31
3.8.2 Instrument de collecte des données .....	32
3.8.3 Limites relatives à la taille de l'échantillon .....	32
CHAPITRE 4 - ARTICLES .....	34
4.1 Article 1 .....	36
4.1.1 Les comportements jugés perturbateurs chez les personnes aphasiques: le poids des silences .....	36

4.2	Article 2 .....	43
4.2.1	Comportements jugés perturbateurs: de l'état des connaissances du personnel soignant à l'intervention..	46
CHAPITRE 5 - DISCUSSION .....		74
CHAPITRE 6 - CONCLUSION .....		86
RÉFÉRENCES .....		88
ANNEXES .....		93
Annexe I -	Schéma opératoire des variables étudiées .....	93
Annexe II -	Connaissances du personnel soignant sur les différents troubles de communication de type aphasique .....	94
Annexe III -	Questionnaire de collecte des données .....	97
Annexe IV -	Lettre d'approbation du comité d'éthique .....	109

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	Description du questionnaire selon la section et les variables .....	28
Article 2-		
Tableau 1.	Moyennes et écarts types de l'âge, de l'ancienneté, et de l'expérience selon la catégorie de personnel soignant et le milieu .....	68
Tableau 2.	Répartition des répondants selon le statut d'emploi, quart de travail et la catégories de personnel .....	69
Tableau 3.	Répartition des comportements perturbateurs rapportés selon la catégorie de personnel soignant et la situation de témoin ou victime .....	70
Tableau 4.	Moyennes et écarts-types des scores de connaissances des symptômes des différents types d'aphasie selon la catégorie de personnel soignant .....	71
Tableau 5.	Répartition des intérêts de formation selon la catégorie de personnel soignant, la durée et la condition de libération des tâches .....	72
Tableau 6.	Matrice de corrélation de Pearson des années d'expérience et des scores de connaissances des différents types d'aphasie (de Broca, de Wernicke et globale) .....	73

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Schéma du modèle hybride des concepts de besoins . . . . .	38
Figure 2.	Principales aires des aphasies . . . . .	41

# CHAPITRE 1

## INTRODUCTION

### 1.1 Énoncé du problème

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent la troisième cause de décès en Amérique du nord (Puetz, 1993; Bouchard & Markey, 1997). Bien qu'au Canada le taux de mortalité par AVC ait diminué d'environ 50% depuis 20 ans pour atteindre le niveau annuel actuel de 50 décès par 100 000 habitants (Santé Canada, 1999), il n'en constitue pas moins l'une des principales causes d'invalidité lourde (Scholte op Reimer, Haan, Rijnders, Limburg, & Van den Bos, 1998). Parmi les victimes d'AVC, entre les âges de 55 et 65 ans, l'homme est deux à trois fois plus souvent atteint que la femme. Cette différence s'atténue graduellement pour disparaître après 85 ans; cependant, chez 75% des gens atteints, âgés de plus de 65 ans, l'incidence demeure incertaine et difficile à prévoir. À ce titre, Bouchard et Markey avancent un taux de 12 cas par 1000 personnes âgées de plus de 75 ans; ce taux augmente avec l'âge tous sexes confondus.

Comme le nombre de personnes âgées augmente depuis quelques années, s'en suit parallèlement une hausse de cardiopathie ischémique; cette tendance devrait se poursuivre pendant les quinze prochaines années (Statistiques Canada, 1999). Toutefois, parmi les survivants d'un AVC, 17% environ devront vivre avec de lourds handicaps et se retrouveront en institution; de ce nombre, entre 25 et 50% auront besoin d'assistance pour les activités de la vie quotidienne. Or, dans une perspective de soins, parmi les victimes qui ont bénéficié d'un programme de réadaptation intensif, seul un cas sur sept ne pourra réintégrer son milieu de vie habituel ou un milieu comparable (Arcand et Harvey, 1997).

Les séquelles d'un AVC peuvent donner lieu à des réactions neuro- comportementales inadéquates. Bien que peu documenté, ce dysfonctionnement a une conséquence certaine sur la vie quotidienne et sociale de la personne lésée et sur celle de son entourage (Hafsteinsdottir & Grypdonck, 1997). En effet, soudainement, la vie sociale est réduite à un petit cercle: la famille, les proches et les membres du personnel soignant. L'impact familial et socio-économique des séquelles d'un AVC est majeur (Puetz, 1993), d'autant plus que, depuis quelques années avec l'arrivée des nouveaux traitements, le taux de survie après la phase aiguë, tend à s'accroître (Santé Canada, 1999).

Selon Hottin, Bourque et Bonin (1997), les troubles du comportement reflètent une problématique sous-jacente au mode de communication pour les personnes ayant une atteinte cognitive, incluant les personnes victimes d'un AVC. L'importance de cibler les comportements jugés perturbateurs avec la plus grande exactitude possible prend toute sa valeur dans le cadre d'individualisation de l'approche et des interventions de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Les troubles de la communication peuvent se traduire par une altération du langage expressif ou réceptif, soit par la difficulté à se faire comprendre de ses semblables, soit par la difficulté à comprendre les autres. Un déficit langagier entraîne un handicap profond, toujours douloureusement ressenti (Botez, 1997). Une personne qui éprouve des difficultés à comprendre l'autre ou à s'exprimer au moyen de la parole, sans qu'il s'agisse d'un trouble d'élocution motrice proprement dit, répond aux critères du diagnostic d'aphasie. Par exemple, certains aphasiques présentant des troubles de compréhension, peuvent avoir l'impression d'entendre une langue étrangère. L'aphasie découle d'un traumatisme dans une

ou plusieurs zones cérébrales dévolue au langage. Ce traumatisme peut avoir comme étiologie une commotion cérébrale, une tumeur, une maladie cérébrale dégénérative telle que la maladie d'Alzheimer ou la sclérose en plaques, une hémorragie cérébrale, un anévrisme, etc. Albert et Helm-Estabrooks (1988a) estiment à plus de 300 000 le nombre de nouveaux aphasiques annuellement aux Etats-Unis, alors qu'au Québec ce nombre se situe autour de 4 000 nouveaux cas (Santé Canada, 1999).

Les difficultés de langage suite à un AVC constituent une entrave à la communication dont les conséquences sont sérieuses sur la vie personnelle, sociale et professionnelle de la personne. Les changements qui en résultent sont soudains, inattendus et non désirés (Botez, 1997). L'ajustement est difficile autant pour la personne souffrant d'un trouble de communication de type aphasique que pour sa famille. Les difficultés de langage représentent également un défi pour le personnel soignant gravitant autour de la personne et de sa famille. Comme la communication est un processus dynamique et universel par lequel les humains échangent des idées, expriment des sentiments, des émotions et des besoins (Hogan & Adkins, 1991), le sentiment de frustration face à l'incapacité de communiquer peut engendrer de la colère et de la dépression. En outre, les personnes souffrant d'un trouble de communication de type aphasique peuvent présenter d'autres déficits concomitants importants; par exemple, elles peuvent se fatiguer aisément, faire preuve de labilité émotionnelle et d'émotions non appropriées (rire de ce qui n'est pas drôle ou pleurer sans raison apparente). Ces personnes peuvent donner l'impression d'être très égoïstes et démontrer un besoin intense de routine fixe (Blumberger, Fortin, Lachowicz et al. 1998).

Au plan clinique infirmier, dans la majorité des cas, les personnes hébergées en

CHSLD suite à un AVC, présentent, à des degrés divers, des handicaps physiques, des déficits cognitifs et exécutifs accompagnés parfois de comportements non appropriés tels que propos et gestes agressifs, cris, hallucinations, agitation, non-collaboration ou désir de fugue (Hottin et al., 1997). Ces comportements sont jugés par le personnel comme perturbateurs. Qui plus est, parmi les rares études publiées, Pontin (1996) a démontré que même les infirmières ne possédaient pas toujours les connaissances nécessaires pour maintenir une approche individuelle et répondre adéquatement aux besoins des patients atteints d'un AVC accompagné d'un trouble de communication de type aphasique. En l'absence de données précises sur l'état des connaissances, il devient très difficile d'élaborer des programmes adéquats de formation pour le personnel soignant.

Le personnel soignant, aux prises avec cette clientèle difficile et de plus en plus lourde, n'a souvent ni l'expérience ni les connaissances adéquates ni les habiletés pour prévenir ou gérer les comportements jugés perturbateurs. La formation du personnel est d'autant plus importante, qu'il n'y a pas de récupération complète possible chez cette clientèle. Les professionnels de la santé doivent apprendre à reconnaître et à composer avec les comportements jugés perturbateurs afin d'intervenir judicieusement et d'éliminer à la source une situation susceptible de mener à l'exaspération du personnel et d'entrave à la qualité de vie des résidents de l'unité. Également, ce qui est méconnu et rarement rapporté dans les écrits scientifiques portent sur la possibilité de différencier la fréquence des comportements dits "perturbateurs" selon le moment de la journée, l'élément déclencheur et les interventions effectuées auprès de la clientèle atteinte d'un AVC ayant une séquelle de trouble de la communication selon le type d'aphasie.

En 1999, le personnel médical, infirmier, de réadaptation, de neuropsychologie ou de travail social du CHSLD de Hull admettait clairement que ces résidents nécessitaient des niveaux d'interventions accrus comparativement à ceux offerts à cette même clientèle il y a à peine quelques années (CHSLD de Hull, 1999). La clientèle présentant des problèmes de comportements exige de la part des professionnels et du personnel soignant beaucoup d'observations et d'investissements, incluant l'ajustement de la médication ou la mise en place de mesure de protection. Par ailleurs, les opinions du personnel soignant divergent diamétralement face à la gravité de l'état du résident; d'une part, il y a ceux qui présument le résident totalement apte et soutiennent qu'il "le fait exprès, qu'il est conscient et qu'il s'en rappelle"..., d'autre part, il y a ceux qui affirment plutôt que le résident "manque d'autocritique et qu'il n'est pas en mesure de juger de ses actes", suggérant d'emblée que le trouble de la communication aphasique, suite à un AVC, pourrait être accompagné d'un syndrome frontal (Habib, 1997).

L'observation clinique et la revue de littérature suggèrent l'importance et la pertinence d'une étude descriptive transversale visant la collecte d'information orientée vers une meilleure compréhension de la problématique contextuelle des comportements jugés perturbateurs chez les personnes atteintes d'un AVC ayant un trouble de communication. Les résultats de cette étude sont essentiels à la planification d'interventions adéquates auprès du personnel, de la famille et de la gestion des ressources humaines.

## 1.2 But de l'étude

Le but de cette étude pilote, auprès du personnel soignant en CHSLD, est de décrire leur perception des comportements jugés perturbateurs par des résidents atteints d'un AVC ayant un trouble de communication, selon la fréquence, le moment de la journée, l'élément déclencheur et l'intervention effectuée.

## 1.3 Questions de recherche

1. Quel est le profil des comportements jugés inadéquats rapportés par le personnel soignant comme étant perturbateurs?
2. Quel est le niveau de connaissances du personnel soignant relativement à trois différents troubles de la communication de type aphasique soit Broca, Wernicke et globale et des comportements perturbateurs rapportés?
3. Quel est la relation entre d'une part les données socio-démographiques et les connaissances du personnel soignant et d'autre part, les manifestations des comportements jugés perturbateurs quant à la fréquence, le moment du jour, l'élément déclencheur et l'intervention effectuée?

## CHAPITRE 2

### REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre présente la recension des écrits portant sur : 1) l'accident vasculaire cérébral, l'incidence, le pronostic et les manifestations cliniques; 2) trois différents types d'aphasie; 3) les comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant; et 4) le cadre de référence.

#### 2.1 Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Selon Bouchard et Markey (1997), l'AVC est caractérisé par l'installation plus ou moins rapide d'un déficit neurologique à la suite d'une perturbation de la circulation sanguine dans un territoire cérébral, soit par l'occlusion artérielle suite à l'accident ischémique cérébral, soit par extravasation sanguine du lit vasculaire suite à l'hémorragie intracrânienne. Environ 75 à 85% des AVC sont ischémiques par interruption intra ou extra-crânienne de la circulation sanguine cérébrale principalement thrombotiques par occlusions partielles ou complètes pouvant survenir dans les grosses artères ou dans toute autre artère intracrânienne plus petite, ou emboliques par plaques ou fragments pouvant se loger de manière temporaire ou permanente dans n'importe quel vaisseau de l'arbre artériel cérébral. Les autres 15 à 25% sont hémorragiques, dus à la rupture d'un anévrisme, d'un vaisseau ou une artère (Bouchard et Markey). Pour Habib (1998), l'AVC réfère à une lésion définitive, irréversible du cerveau, caractérisée par la mort d'un groupe plus ou moins étendu de neurones. Selon Berkow et Fletcher (1994) l'AVC signifie "un infarctus du tissu cérébral", caractérisé par un déficit neurologique de gravité variable. Son apparition est habituellement

Brusque, due à une sténose artério-scléreuse ou hypertensive, à une thrombose ou à une embolie et son évolution est extrêmement variable.

### 2.1.1 Incidence des AVC

La maladie cardiovasculaire (cardiopathie et AVC) demeure la principale cause de décès pour plus du tiers de la population canadienne et pourtant, ne touche pas que les personnes âgées. En effet, ce problème se situe au troisième rang des causes de décès prématurées chez les moins de 75 ans. Pendant que les taux de mortalité attribuables à la cardiopathie ischémique et à l'infarctus aigu du myocarde continuent de diminuer, les taux de mortalité attribuables à l'AVC n'ont sensiblement pas changé au cours des dix dernières années (Santé Canada, 1999; Kelly-Hanes, Wolf, Kannel et al., 1988). Par ailleurs, l'augmentation du nombre des personnes âgées au Canada depuis quelques années provoque une hausse du nombre de décès attribuables à l'AVC et à la cardiopathie ischémique. Cette tendance devrait se poursuivre pendant les quinze prochaines années selon Santé Canada (1999).

### 2.1.2 Pronostic

Selon la région cérébrale affectée par l'AVC, la personne fait montre d'un dysfonctionnement au plan des activités de la vie quotidienne, du jugement, du langage, de l'attention, de la mémoire, de la perception, de la capacité à prendre des décisions ou à planifier. La plupart des survivants d'AVC s'améliorent à divers degrés, mais 17% restent avec de lourds handicaps (Santé Canada, 1999). Le niveau final de récupération neurologique

dépend de l'âge et de l'état général de la personne ainsi que du siège et de l'étendue de l'infarctus (Berkow & Fletcher, 1994; Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001). La récupération complète est rare; néanmoins plus l'amélioration est précoce, meilleur est le pronostic. Après 6 mois, selon Berkow et Fletcher ainsi que Goodglass, Kaplan et Barresi, toute incapacité résiduelle pourrait être définitive, bien que en pratique la récupération se poursuit même au delà de deux ans.

Après 65 ans, l'AVC représente la cause principale d'incapacité. Parmi les victimes, 39% décèdent dans les trois mois suivants alors que plus de la moitié des survivants à un premier AVC ont une espérance de vie supérieure à 5 ans (Arcand & Harvey, 1997; Santé Canada, 1999). Les hommes, lorsqu'ils atteignent 65 ans, peuvent vivre en moyenne 15 ans et les femmes plus de 20 ans. Cependant, près de la moitié de ces années sont vécues en restriction d'activités puisque l'autonomie fonctionnelle est compromise par la maladie (Arcand & Harvey).

### 2.1.3 Manifestations cliniques

L'AVC bouleverse la vie d'un individu car en plus d'avoir à faire le deuil de son intégrité physique, il doit assumer la perte de certains rôles sociaux et familiaux (Arcand & Harvey, 1997). L'AVC a un impact sur la qualité de vie au point de vue physique, psychologique et social (Berthoux, Calmels & Gautheron, 1999; Ahlsio, Britton, Murry & Théorell, 1984; Karol, 2002). Selon Bernspang et Fisher (1995), l'AVC peut avoir des répercussions tant au plan cognitif et perceptuel, que moteur. Les personnes dont la compréhension ou la collaboration est minime, surtout en présence de déficits prononcés,

sont généralement orientées vers des soins prolongés. Les intervenants des services de santé doivent collaborer entre eux pour assurer un vaste éventail de services qui améliorent la qualité de vie des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ainsi que des membres de leur famille (Santé Canada, 1999).

Toutefois, l'une des séquelles les plus pénibles chez les victimes d'AVC est la perte de la communication connue sous le vocable de trouble de communication de type aphasique correspondant à la perte de la capacité d'une personne à se faire comprendre ou à comprendre les gens qui l'entourent (Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001). La communication verbale ou non verbale se rapporte à un processus dynamique et universel par lequel les humains échangent des informations, des sentiments, expriment des émotions, des besoins physiques ou sociaux (Hogan & Adkins, 1991). L'ajustement est difficile tant pour la personne souffrant d'un trouble de communication de type aphasique que pour sa famille et son entourage car le langage est sans doute, parmi toutes les fonctions cognitives supportées par le cerveau, parmi celles où l'organisation cérébrale atteint son plus haut niveau de complexité (Habib, 1998). Le langage se définit comme l'ensemble des processus permettant d'utiliser un code ou un système conventionnel servant à représenter des concepts ou à les communiquer en utilisant un ensemble de symboles arbitraires ou une combinaison de ces symboles (Habib).

## 2.2 Trouble de communication de type aphasique

Depuis les travaux historiques de Paul Broca de 1861 à 1868, et de Carl Wernicke en 1874, il est habituel de distinguer les personnes qui comprennent, mais parlent peu, de

celles qui parlent avec abondance, mais ne comprennent pas (Verstichel & Cambier, 1997; Botez, 1997). Selon Habib (1998), le vocable “aphasie” est employé en neurologie, pour qualifier toute perturbation du langage liée à une lésion d’un ensemble de structures cérébrales, communément appelé “aires du langage”. L’aphasie correspond à une altération acquise du langage, conséquence d’une lésion organique. Cette lésion altère avant tout la communication et la possibilité pour un être à se faire comprendre. Ce déficit entraîne un handicap profond, toujours douloureusement ressenti (Botez, 1997). Le sentiment de frustration généré par l’incapacité de communiquer peut engendrer de la colère et de la dépression (Teasell, 1993; Karol, 2002).

La compréhension des personnes atteintes d’un trouble aphasique est souvent bien plus perturbée que ne le laisse prévoir leur comportement général dans les activités quotidiennes (Verstichel & Cambier, 1997). Au plan des soins infirmiers, les membres du personnel soignant reconnaissent facilement les problèmes de langage expressif de l’aphasie: difficulté à trouver le mot exact, utilisation d’un mot incorrect ou “inventé”, erreurs de grammaire, juron involontaire. Cependant, les soignants ne réalisent pas toujours l’ampleur, la complexité et l’importance des problèmes de compréhension langagière accompagnant souvent le trouble de communication de type aphasique.

### 2.2.1 Différents types d’aphasie

Depuis les observations de Marc Dax et de Paul Broca (Denes, Semenza, Stoppa & Lis, 1982), il est établi que les centres organisant le langage sont majoritairement localisés dans l’hémisphère gauche. En effet, les études sur la latéralité montrent que 98% des

droitiers et 70 % des gauchers et des ambidextres deviennent aphasiques après une lésion de l'hémisphère gauche; les autres individus présentent une aphasie lorsque la lésion se situe à droite. De nombreux chercheurs (Botez, 1997; Habib, 1998 ; Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001; Banich, 1997) distinguent plusieurs types d'aphasie dont l'aphasie de Broca dite non fluente ou d'expression, l'aphasie de Wernicke dite fluente ou de compréhension, l'aphasie globale, l'aphasie de conduction, l'aphasie transcorticale motrice (ATM) également appelée aphasie adynamique de Luria, l'aphasie transcorticale sensorielle (ATS), l'aphasie transcorticale mixte (ATMixte) et l'aphasie anomique.

L'ATM, se caractérise par un langage spontané très peu fluide, un trouble de la dynamique du discours, parfois réduit à un quasi-mutisme, le langage de la personne demeure normal, mais il ne peut l'utiliser spontanément, il a perdu toute incitation à parler (Habib, 1998). Quant à l'ATS, entité plus rare, elle se caractérise par un trouble massif de la compréhension du langage oral et écrit alors que la répétition est préservée. Dans l'ATMixte ou isolement des aires du langage, le langage spontané est extrêmement réduit, la compréhension est très altérée et le langage écrit est sévèrement perturbé, voire nul. Finalement, l'aphasie anomique, l'une des moins sévères, se caractérise par une difficulté isolée à trouver le mot juste; le langage spontané demeure fluide mais ralenti par la recherche du mot adéquat. Dans le contexte de cette étude, seuls les trois types de trouble de communication de type aphasique les plus souvent diagnostiqués, sont retenus: l'aphasie de Broca modèle "non-fluente" ou d'expression, l'aphasie de Wernicke modèle "fluente" ou de compréhension, l'aphasie globale ou totale.

### 2.2.2 Aphasie de Broca

L'aphasie de Broca, le modèle de l'aphasie "non fluente" (Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001; Botez, 1997; Habib, 1998), peut se manifester par un langage réduit, des onomatopées, des mots déformés, un timbre guttural (dysarthrique) une difficulté d'élocution, un débit spontané ralenti, une perturbation de l'articulation, un pseudo-accent étranger, des pauses prolongées, un agrammatisme (omission des mots clefs propres à la compréhension du langage tels que les verbes, les pronoms, les articles, etc...) d'où le vocable de langage télégraphique (Goodglass, 1976; Mohj, 1976). Au plan physiologique, l'aire de Broca se situe au niveau du lobe frontal gauche à la troisième circonvolution frontale inférieure. La réduction de la production orale résulte à la fois du défaut d'incitation à parler, du manque du mot et des difficultés articulatoires. Le ton est monotone et le discours est ralenti, syllabique, laconique, émis avec effort. L'énonciation du mot manquant est souvent facilitée par l'ébauche orale du premier son ou de la première syllabe. La compréhension orale des aphasiques de Broca est relativement préservée et ces personnes ne présentent guère de défaut de compréhension dans la vie courante (Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001).

### 2.2.3 Aphasie de Wernicke

L'aphasie de Wernicke, "dite fluente" ou de compréhension, se situe au niveau du lobe temporal gauche qui inclue la région de l'aire auditive, à la jonction pariéto-temporale. Ce type d'aphasie se définit comme étant un déficit marqué de la compréhension du langage accompagné d'un débit spontané fluent et grammatical, mais paraphasique et dysyntaxique,

en l'absence de trouble arthrique. La paraphasie verbale consiste en l'utilisation d'un autre mot à la place du mot-cible catégorisée selon le mot de remplacement utilisé. La paraphasie est dite "sémantique" si le mot utilisé fait partie de la même catégorie lexico-sémantique par exemple "toilette" pour "piscine"; la paraphasie est dite "phonologique" lorsque le mot utilisé "sonne comme" le mot-cible, par exemple "chapeau" pour "château". Dans la paraphasie dite "morphémique", beaucoup plus rare, le mot utilisé est confectionné de toute pièce à partir de l'association illégale de morphèmes de la langue par exemple "figurette" pour "figurine" ce qui résulte souvent en un jargon similaire à la "salade de mots" des personnes atteintes de schizophrénie et rend le langage inintelligible ou vide de contenu (Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001).

#### 2.2.4 Aphasie globale

Finalement, l'aphasie globale ou totale recouvre les zones des aires de Broca et de Wernicke. Cette forme, la plus sévère de l'aphasie, est associée à des troubles majeurs de l'expression et de la compréhension orale et écrite, ce qui rend la personne inapte à comprendre le langage et à s'exprimer (Botez,1997).

#### 2.3 Comportements jugés perturbateurs

Le trouble de communication de type aphasique en général, selon sa gravité, son étiologie et sa chronicité, ne se limite pas qu'au trouble du langage, mais peut aussi engendrer des troubles du comportement tel que agitation, agressivité, colère, cris, demandes répétitives, pleurs (incontinence émotionnelle), non compliance (Karol,2002). En 1948,

Goldstein fut le premier à décrire des réactions comportementales catastrophiques après un AVC; Goldstein (1948) considérait ces réactions comme étant le résultat direct d'un dommage au cerveau, une incapacité individuelle conjuguée aux les frustrations en raison de l'handicap; les frustrations peuvent être intenses surtout si ces personnes sont incapables de s'exprimer adéquatement par le langage. La personne, confrontée à l'incapacité de verbaliser ses émotions, sa détresse et ses besoins, se sent diminuée. Teasell (1993) et, plus récemment Karol (2002) ont réitéré l'opinion que ce qui ne peut s'exprimer en mots s'extériorisent par des comportements reflétant souvent des mécanismes de défense ou d'adaptation. Ils ajoutent que l'anxiété et les difficultés d'adaptation peuvent se manifester sous forme de réaction inacceptable par la société, la famille et le personnel soignant.

Les atteintes cognitives provoquent des répercussions négatives sur les capacités d'adaptation et d'apprentissage de la personne qui perd d'emblée le contrôle sur sa vie et sur son environnement. La personnalité et l'affect peuvent aussi changer, ce qui engendre un impact majeur sur le comportement avec autrui. Certaines victimes d'AVC deviennent plus apathiques et indifférentes, ou bien plus égocentriques et revendicatrices, alors que d'autres manquent d'autocritique et sont parfois désinhibées (Karol, 2002). Certaines personnes, suite à un AVC, peuvent aussi présenter des modifications de l'humeur (Berkow & Fletcher, 1994).

Très peu d'écrits et d'études ont pu être répertoriés traitant des troubles du comportement chez les victimes d'AVC ayant une séquelle de trouble de communication de type aphasique. Les chercheurs traitent surtout des comportements perturbateurs chez les personnes atteintes de la maladie de type Alzheimer (Lévesque, Roux & Lauzon, 1990; Hottin et al., 1997; Hafsteinsdottir & Grypdonck, 1997; Botez, 1997; Finkel, Assada, Blake,

Burns, Caine, Chandra et al., 1998), d'un AVC de l'hémisphère droit avec héminégligence (Botez, 1997; Habib, 1998) ou d'une atteinte du lobe frontal (Habib; Botez; Karol, 2002). En outre, certains auteurs étudient le volet de la dépression, de la difficulté d'adaptation (Teasell, 1993), de l'anxiété, de l'agressivité et de la non collaboration (Finkel et al.). Les résultats de Ryden (1986), auprès de sujets atteints de déficits cognitifs résidant en centres d'accueil, ont démontré que 66% d'entre eux avaient déjà fait preuve d'agressivité verbale et, ou physique envers le personnel soignant. Quant à l'étude de Beck, Baldwind, Modlin et Levis (1990) les résultats ont démontré que les comportements agressifs des résidents en centre d'accueil représentaient un problème notable pour les soignants et les familles. Burgener et Barton (1991) rapportent des manifestations de comportements perturbateurs autant chez les personnes lucides que les non lucides.

Selon Hottin et al. (1993), plusieurs études rapportent qu'entre 40 et 70% des résidents en milieu gériatrique présentent des troubles du comportement, reflétant une problématique sous-jacente. Ces comportements d'agressivité verbale ou physique, d'agitation, de demandes répétitives et de cris sont souvent un mode d'expression, pour les patients démunis au plan de la communication (Hottin et al.). Cibler le comportement perturbateur et surtout l'élément déclencheur selon fréquence, le moment du jour et l'intervention avec la plus grande exactitude possible, permettrait d'individualiser l'approche et d'intervenir adéquatement en soins infirmiers.

Selon Lévesque et al. (1990), il n'y a pas que les lésions cérébrales qui soient seules responsables des comportements non appropriés, exprimés par la personne atteinte. D'autres facteurs comme les caractéristiques de l'environnement physique et humain, la personnalité

prépathologique et les habitudes antérieures peuvent déclencher des manifestations cliniques perturbatrices ou influencer sur l'utilisation tels comportements. Dans un contexte d'augmentation du nombre et de la lourdeur des cas (nombre d'heures soins des résidents), associées à la pénurie de personnel qualifié en CHSLD, il est important d'étudier les manifestations reliées aux différentes étiologies d'ordre physiologiques, psychiques ou environnementales sous-jacentes aux comportements jugés perturbateurs. Ces comportements, en plus d'irriter, d'agacer et de déranger les autres résidents, la famille et le personnel soignant, demeurent une entrave majeure à la qualité de vie au travail en CHSLD.

#### 2.4 Cadre de référence

La hiérarchie des besoins de Maslow a servi d'inspiration pour développer le modèle hybride qui sert de cadre de référence à cette étude (Séguin, Coutu-Wakulczyk, Vachon & Brosseau, 2003). Pour Maslow (1963), bien que chaque individu possède des caractéristiques particulières, certains besoins fondamentaux de l'être humain sont communs à tous. Selon ce modèle hiérarchique, la satisfaction des besoins les plus élevés tels que les besoins psychologiques, sociaux, esthétiques ou spirituels ne peut se réaliser qu'une fois satisfaits les besoins plus fondamentaux et primitifs dont les besoins physiologiques et physiques.

Les besoins physiologiques doivent être comblés par les éléments fondamentaux nécessaires à la survie des êtres humains pour maintenir l'homéostasie biologique tels que l'oxygène, la nourriture, l'eau, le sommeil et le repos. Lorsque les besoins physiologiques ne sont pas comblés, il est impossible ou difficile de passer aux niveaux suivants de la

hiérarchie. Toutefois, il faut prendre en compte que pour satisfaire ces besoins fondamentaux, la communication demeure essentielle, et plus encore pour la personne atteinte d'un handicap physique et du langage.

Le modèle hybride de Séguin, Coutu-Wakulczyk (Séguin et al., 2003), met en perspective que les besoins de la personne atteinte de troubles de communication de type aphasique suite à un AVC sont intimement associés aux besoins du personnel soignant (sujets de la présente étude) puisque l'interaction entre le résident et le personnel ne peut être satisfaite pleinement sans la communication (verbale, non verbale ou paraverbale). Lorsque la communication est rompue, les deux entités en souffrent: les comportements "dits" perturbateurs se substituent à l'expression normale chez le résident atteint de trouble de communication tandis que le personnel soignant sombre peu à peu dans la culpabilité, la détresse voire l'épuisement professionnel (Séguin et al., 2003).

La personne victime de trouble de communication de type aphasique découlant d'un AVC vit tout à coup une modification permanente de son état d'être lui-même. Dans l'AVC avec aphasie la difficulté à communiquer touche l'ensemble des besoins fondamentaux. En principe, la communication consiste à établir une relation avec quelqu'un. Or, en présence d'un résident atteint de trouble de communication de type aphasique, la communication s'avère difficile voire même impossible. Les conséquences pour le personnel soignant de ne pouvoir comprendre adéquatement afin de soigner correctement sont désastreuses. Les moments d'impatience, d'irritabilité, de désespoir, de culpabilité, rendent la tâche au quotidien insoutenable. Qui plus est, la relation de confiance entre le soignant et le soigné est mis en péril et les besoins fondamentaux sont plus difficilement comblés ou même non

comblés. Le soignant ne se sent pas bien dans cette situation, il a l'impression de ne pas avoir accompli son travail adéquatement, il n'en retire plus de valorisation et il n'est plus capable de s'épanouir au travail. Il devient fatigué, épuisé, démotivé (Séguin et al. 2003).

Le personnel soignant doit résoudre un ensemble de questions qui ne se limitent pas aux répercussions cognitives de la lésion cérébrale mais qui touchent aussi aux répercussions quotidiennes du déficit. Par exemple, les personnes ayant subi un AVC gauche peuvent aussi avoir une lésion au lobe frontal qui peut engendrer des modifications de la personnalité, telles que l'indifférence, l'apathie et la perte de motivation. La personnalité peut changer de façon dramatique conduisant la personne à se comporter de manière antisociale ou indifférente envers autrui parce qu'elle est privée de l'autonomie, de la capacité d'agir, des renforcements et de l'estime de soi antérieur.

En pratique clinique, la critique et la réprobation s'installent, la punition ou la restriction remplace la gratification, ce qui ne fait alors qu'augmenter le comportement désagréable du résident. En dépit de l'aspect non approprié, ce genre de conduite déviante permet souvent au résident de se procurer l'attention nécessaire à la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Or, le client n'est souvent pas conscient des motifs de sa conduite en raison des déficits cognitifs.

Le soignant doit prendre le temps d'écouter, d'observer et de développer de nouvelles stratégies de communication afin d'utiliser la période dépensée à tenter de comprendre la raison sous-jacente au comportement jugé perturbateur plutôt qu'adaptée à la spécificité des troubles de communication du résident. Par exemple, en décrivant les soins à fournir, le personnel doit aussi donner les objectifs poursuivis tout en évitant certains gestes

provocateurs afin de permettre au résident de comprendre la situation et de saisir le message. Cet état de fait démontre l'importance pour le soignant d'acquérir le savoir et le savoir-faire afin d'arriver à dispenser un service adéquat et adapté au besoin de chacun des résidents.

Paradoxalement, une proportion minime du personnel soignant possède les connaissances nécessaires à la compréhension des pertes énormes au plan de la hiérarchie des besoins. La gestion des comportements jugés perturbateurs se transforme tout à la fois, en un défi et en une urgence à former l'ensemble des intervenants oeuvrant auprès de résidents atteint de trouble de communication de type aphasique suite à l'AVC. C'est dans cette perspective que le modèle hybride a été développé.

## CHAPITRE 3

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit la méthode utilisée pour répondre aux questions de recherche formulées. Les sections couvrent: 1) le type de recherche; 2) le milieu, la population et l'échantillon; 3) la définition opérationnelle des variables; 4) la description de l'instrument de mesure; 5) le déroulement de l'étude; 6) le plan des analyses statistiques; 7) les considérations éthiques, et 8) les limites méthodologiques de l'étude.

#### 3.1 Type de recherche

Le devis sélectionné est une étude descriptive utilisant une stratégie transversale pour la collecte des données. Ce type de devis permet d'examiner et de décrire un ou des groupes de sujets, à un moment précis selon des variables d'intérêt (Burns et Grove, 1997). Ce choix correspond bien à la définition de Fortin, Taggart, Kérouac et Normand (1988) pour une recherche dont l'objectif est de recueillir des informations et des caractéristiques complètes et précises sur un phénomène, une situation ou un groupe et de déterminer la fréquence avec laquelle l'événement se produit ou est associé à un autre. L'étude descriptive transversale varie en complexité selon le nombre de variables étudiés et vise à décrire un phénomène plutôt qu'à l'expliquer.

#### 3.2 Milieu, population et échantillon

##### 3.2.1 Milieu

Parmi les CHSLD de la région de l'Outaouais, les centres sélectionnés pour faire

partie de cette étude sont les résidences Foyer du Bonheur et La Pietà, regroupées sous le nom de CHSLD de Hull. La mission du CHSLD de Hull est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut ainsi qu'une gamme de services externes qui supportent le maintien des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ou dans la communauté (CHSLD de Hull, 2000). Chacune des deux résidences possèdent des caractéristiques propres qui doivent être prises en compte lors de la mise en place de toute programmation de services ou de formation du personnel (CHSLD de Hull. Autrefois un centre d'accueil, le Foyer du Bonheur dessert 263 résidents de type hébergement, nécessitant une moyenne de 3,5 heures soins quotidiennement. Par opposition, les 149 résidents de La Pietà, de type soins de longue durée, exigent en moyenne 4,7 heures soins selon la procédure de calcul Plaisirs (2000).

Au cours des années, le Foyer du Bonheur a dû développer environ 80 places de type soins prolongés. Les résidents du Foyer du Bonheur présentent une moyenne d'âge à l'admission de 80 ans et ceux de La Pietà, de 70 ans. La clientèle plus âgée du Foyer du Bonheur se caractérise par une présence plus importante de problèmes cognitifs et un nombre de décès plus élevé. La clientèle de la Pietà, bien que plus jeune, présente une plus grande perte d'autonomie physique et une durée de séjour plus longue (CHSLD de Hull, 1999).

### 3.2.2 Population

Ensemble les deux résidences disposent d'un bassin de 700 employés. De plus, la direction manifestent un vif intérêt pour une étude concernant les comportements perturbateurs et une grande ouverture aux projets de recherche en milieu gériatrique.

Le CHSLD de Hull (Foyer du Bonheur et La Pietà), compte respectivement 26 employés-cadres, 275 employés à temps complets et 193 employés à temps partiels, 90 équivalent à du temps complets et 147 occasionnels équivalent à du temps complets. Le personnel sous la direction des soins infirmiers compte 250 employés au Foyer du Bonheur et 300 à La Pietà subdivisé en personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) et préposée aux bénéficiaires (CHSLD de Hull, 1999).

### **Critères d'admissibilité**

#### Critères d'inclusion:

1. Avoir un statut d'employé sous la direction des soins infirmiers;
2. Occuper un poste de remplacement;
3. Avoir un statut d'employé à temps complet, à temps partiel régulier ou à temps partiel occasionnel depuis plus de trois mois;
4. Avoir complété sa période de probation;
5. Retourner le questionnaire dans les délais prévus.

#### Critères d'exclusion:

- 1- Être en congé: de maladie prolongée, maternité, paternité, accident de travail, sans solde ou en suspension ;
- 2- Être de retour de travail depuis moins de 3 mois;
- 3- Être en assignation temporaire;
- 4- Être membre du comité d'éthique.

### 3.2.3 Échantillon

L'échantillon est composé de toutes les personnes qui retournent le questionnaire complété dans les délais prévus de 30 jours ouvrables suivant la distribution par le département des ressources humaines - Service de la paie. Les caractéristiques varient beaucoup selon la catégorie de personnel. Pour les infirmières, il existe trois types de formation: la formation à l'hôpital dernier diplôme décerné vers les années 1970, le diplôme du collégial (CEGEP) représentant la majorité et la formation universitaire avec un baccalauréat en sciences infirmières terminé ou en cours. Les différents types de formation varient du diplôme d'hôpital à la formation au niveau du secondaire pour les infirmières auxiliaires. Les préposés aux bénéficiaires se subdivisent en deux groupes, ceux ayant terminé un cours de préposés et les autres ayant obtenu une formation sur le terrain par expérience. La majorité des soignants ont un statut de temps partiel régulier ou sur appel de rotation jour, soir et nuit. L'expérience diffère considérablement variant de quelques jours à 30 ans et plus.

## 3.3 Définition opératoire des variables étudiées (Annexe I)

### 3.3.1 Variables dépendantes

**Les comportements perturbateurs**, dans le contexte de cette étude, réfèrent aux comportements dérangeant jugés perturbateurs par le personnel soignant. Les comportements étudiés correspondent à des réactions indésirables posées par un résident ayant été victime d'un AVC et présentant un trouble de communication de type aphasique. Les comportements étudiés portent sur la frustration, l'agressivité physique, l'agressivité verbale, les cris, les

gestes répétitifs, les demandes répétitives et la labilité émotionnelle rapportés par le personnel soignant à titre de victime ou à titre de témoin (décrit dans l'instrument).

**La fréquence** du comportement jugé inadéquat se rapporte au nombre de fois que la personne atteinte d'un AVC avec trouble de communication de type aphasique présente le ou les comportement(s) perturbateur(s) d'agressivité verbale, d'agressivité physique, de cris, de comportements répétitifs et de demandes répétitives.

**Le moment du jour** réfère à la période de la journée durant laquelle la personne victime d'un AVC ayant un trouble de communication de type aphasique adopte des comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant. Par exemple, le comportement jugés inadéquats pourrait être prépondérant surtout à l'heure des repas, pendant les soins d'hygiène, surtout le matin ou le soir.

**L'élément déclencheur** se rapporte à l'intervention du soignant pendant laquelle survient le comportement perturbateur. Le comportement pourrait apparaître soit pendant les soins d'hygiène, soit pendant la prise de médicament soit lorsque le personnel ne réussit pas à comprendre la personne ayant un trouble de communication de type aphasique.

### 3.3.2 Variables indépendantes

**Les connaissances** réfèrent, dans le contexte de cette étude, au savoir du personnel soignant relativement à trois différents types d'aphasie. Les trois types à l'étude sont: l'aphasie de Broca dite "non-fluente", l'aphasie de Wernicke modèle "fluente", l'aphasie globale ou totale. Les aphasies étudiées comportent différents comportements selon le type: difficulté de compréhension, difficulté d'expression, agressivité verbale et ou physique,

labilité émotionnelle, de la dysphagie, une incapacité à parler, une incapacité d'utiliser un tableau de communication, de l'apathie, difficulté à trouver le mot juste, le langage est réduit.

### 3.3.3 Variables concomitantes

Les variables concomitantes se rapportent aux **données socio-démographiques**, à **l'expérience** et au **statut d'emploi**. La réponse aux items "âge et sexe" est facultative en raison du petit nombre d'hommes dans le milieu des soins infirmiers. Le **titre d'emploi** réfère au poste occupé (infirmière, infirmière auxiliaire ou préposée aux bénéficiaires). Le **statut d'emploi** couvre le travail à temps complet, à temps partiel régulier ou à temps partiel occasionnel. Les **années d'expérience** indiquent le nombre d'années de pratique et les **années d'ancienneté** font référence au nombre de jours que l'employé a accumulés au sein de l'organisation. Le **quart de travail** indique si le soignant travail de jour, de soir, de nuit, sur un quart de travail stable ou de rotation. Le **lieu de travail** fait référence dans cette étude aux établissements Foyer de Bonheur et La Pietà.

### 3.4. Description de l'instrument

Étant donné qu'aucun instrument susceptible de satisfaire complètement aux objectifs de cette étude n'a pu être identifié, à savoir d'évaluer les comportements jugés perturbateurs chez la clientèle atteinte d'AVC présentant un trouble de communication de type aphasique. En dépit de plusieurs outils d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, de la réadaptation et des troubles du comportement chez la personne démente, aucun d'eux ne répond au besoin de la présente étude pilote. Un questionnaire auto-administré, subdivisé en quatre sections

a été élaboré, dont chacune des sections ont été construites à partir des informations publiées dans la littérature.

Tel que présenté au tableau 3.1, la section I (items 1 à 12) collecte les données socio-démographiques (âge, expérience, site de travail, statut d'emploi, etc...). La section II (items 13 à 39) concerne les comportements perturbateurs rapportés dans l'exercice de ses fonctions à titre de témoin ou de victime selon la fréquence, le moment du jour et l'élément déclencheur. Basé sur la littérature pertinente publiée dans Lévesque et al. (1990), Cohens-Mansfield (1996), Botez (1997), Hottin et al. (1997) et Finkel et al. (1998) cinq grandes catégories de comportements servent à identifier les manifestations jugées perturbatrices. L'agressivité verbale réfère à jurer, excès de colère, violence verbale et l'agressivité physique se manifeste par des coups de pieds et, ou de poing, bousculer, griffer, mordre, etc, alors que les cris signifie davantage hurler, émettre des sons étranges ou monocorde et forts sans raison apparente. Les gestes répétitifs signifient frapper à répétition sur la table ou bien se frapper à un même endroit sans arrêt et, enfin les demandes répétitives se définissent par les mêmes mots scandés sans pose ou bien toujours la même requête (une cigarette ou je veux aller à la toilette) même si le besoin a été comblé.

La section III se rapporte aux connaissances spécifiques aux trois différents types d'aphasie décrit à l'intérieur des ouvrages de Mohj (1976), de Banich (1997), Habib (1998) et de Goodglass et al. (2001). Trois listes de 28 items ont été développées regroupant l'ensemble des manifestations typiques des types d'aphasie de Broca, de Wernicke et de l'aphasie globale. Le répondant devait identifier correctement lesquelles correspondaient à chacun des types d'aphasie. La première liste concernait l'aphasie de Broca (items 40 à 68),

la deuxième liste, l'aphasie de Wernicke (items 69 à 97) et la troisième l'aphasie globale (items 98 à 126). À la liste de manifestations symptomatiques de l'aphasie, certains énoncés se rapportaient à l'errance, la désorientation dans le temps, l'espace, les visages, la perte de mémoire à court terme afin de vérifier si les répondants savaient distinguer les items spécifiques à des troubles de communication d'origine neurologique de type démence.

Pour le calcul du score des connaissances, un (1) point était accordé pour chacune des bonnes réponses et zéro (0) pour l'absence de réponse ou bien une mauvaise réponse. Un maximum de 10 points était possible pour l'aphasie de Broca, de 7 points pour l'aphasie de Wernicke et de 17 points pour l'aphasie globale (Annexe II).

Tableau 3.1 Description du questionnaire selon la section et les variables

Section I	Données socio-démographiques	Items 1 à 12
Section II	Comportements jugés perturbateurs (cris, agressivité verbale ou physique, gestes et demandes à répétitions)	Items 13 à 39
Section III	Les connaissances des manifestations pour 3 types d'aphasie (Broca, Wernicke et globale)	Items 40 à 126
Section IV	Besoins de formation du personnel soignant	Items 127 à 132

Finalement, la section IV (items 127 à 132) traite des besoins de formation identifiés par le personnel soignant, le contenu visant la gestion et la prévention des comportements jugés perturbateurs, la durée suggérée des sessions de formation. Une question portait également sur l'exigence d'être ou non rémunéré durant la période de formation.

### 3.5 Déroutement de l'étude

#### 3.5.1 Validation nominale (face validity)

Un pré-test a été effectué auprès de 10 personnes (même mixte de catégories de personnel soignant) travaillant dans un CHSLD de la région de l'Outaouais, non sélectionné pour participer à l'étude. Les participants au pré test répondaient aux mêmes critères d'admissibilité exigés dans cette étude. Ce pré-test a permis de vérifier: 1) la clarté de l'instrument et des consignes, la facilité de lecture; 2) la logique dans la présentation des sections; 3) le temps de réponse (dix minutes); 4) la nécessité de planifier une relance.

Suite aux commentaires fournis lors du pré-test, le questionnaire a fait l'objet de remaniement et corrections mineures. Par exemple, aux pages 4 et 5, les consignes ont été clarifiées pour s'assurer que tous les items étaient répondus sans oublier d'indiquer le comportement et la fréquence rapportés. Du caractère gras a été ajouté pour attirer l'attention du répondant.

#### 3.5.2 Distribution des questionnaires

La direction des soins a dressé la liste du personnel soignant des deux résidences avec l'aide des employés du service des ressources humaines du CHSLD de Hull afin d'éliminer de la liste toutes les personnes qui ne répondaient pas aux critères d'admissibilité. Chaque employé répondant aux critères d'admissibilité a reçu avec son relevé de chèque de paie une enveloppe attachée contenant, 1) une lettre d'information et les consignes, 2) le questionnaire de collecte des données (Annexe III), 3) une enveloppe de retour port payé et pré-adressée pour le retour à l'adresse personnelle de la chercheuse.

### 3.5.3 Formation de l'échantillon

Un délai de 30 jours ouvrables est accordé pour retourner le questionnaire complété et anonyme afin que les employés à temps partiel puissent le compléter. Un rappel a été fait sur les unités donnant un délai additionnel de deux semaines. Les questionnaires reçus ont déterminé la taille de l'échantillon. Les données collectées correspondent à l'ensemble des informations contenues dans les questionnaires reçues par courrier. Ces données sont ensuite saisies sur ordinateur et préparées pour les analyses statistiques. Rappelons que les questionnaires étaient complétés de façon anonyme.

### 3.6 Plan des analyses

Le logiciel SPSS version 11 a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques. Le plan des analyses descriptives (moyenne, écart-type, étendue, mode, médiane et fréquences relatives) servent à caractériser l'échantillon selon les variables étudiées. Les statistiques inférentielles (chi-carré, test exact de Fisher et la corrélation de Pearson) ont été utilisées pour vérifier la présence et la nature des relations entre les variables au seuil de signification de  $p < 0.05$

### 3.7 Considérations éthiques

L'approbation du comité d'éthique a été obtenue en mars 2001 (Annexe IV). La Direction générale a envoyée un avis écrit aux deux directions des soins des deux le Foyer du Bonheur et la Pietà.

La lettre d'information envoyée aux sujets présente les modalités éthiques, le but de

l'étude, les consignes pour compléter le questionnaire et en quoi consiste la participation des répondants. Afin de respecter la confidentialité, tous les membres du personnel infirmier des unités qui répondent aux critères d'inclusion reçoivent ce questionnaire avec leur relevé de paie et le retour se fait dans l'anonymat car une enveloppe affranchie et pré-adressée à la chercheuse est remis. Aucune pression n'est exercée sur les participants par la direction des établissements.

Quant aux risques de l'étude, ils sont presque inexistants. La méthode de collecte des données ne peut en aucune circonstance avoir atteinte à l'intégrité ou à la dignité de la personne qui complète le questionnaire. L'anonymat est respectée puisque la chercheuse n'a pas accès aux listes des employés, que les questionnaires sont envoyés par la direction des ressources humaines du CHSLD de Hull afin de respecter la confidentialité et que les questionnaires sont retournés par la poste port payé à l'adresse de la chercheuse.

### 3.8 Limites méthodologiques

Trois types de biais peuvent influencer les résultats de l'étude: 1) les limites relatives à la sélection des sujets; 2) l'instrument de collecte des données utilisé; 3) taille de l'échantillon.

#### 3.8.1 Limites relatives à la sélection des sujets

Compte tenue que cette étude n'a pas utilisé un échantillon aléatoire mais plutôt avec un échantillon d'auto-sélection, forcément cette méthode amène toujours un biais. Cependant pour contrôler ce biais, tout le personnel soignant qui répondait aux critères de

sélection ont reçu un questionnaire, qu'il devait retourner par la poste. Comme il n'existe pas d'étude actuellement sur ce sujet d'intérêt il fût nécessaire d'obtenir une première base de données et d'information pouvant permettre ultérieurement au chercheur de bâtir des programmes de formation répondants aux besoins du personnel soignant oeuvrant en CHSLD auprès de cette clientèle.

### 3.8.2 Instrument de collecte des données

Comme il n'existe aucun instrument de mesure et que l'outil utilisé n'a pas été validé et n'est pas fidèle, cela est une grande limite méthodologique. Le questionnaire a été construit en utilisant de nombreux auteurs et l'expérience clinique. Cependant, le fait de répondre à un questionnaire auto-administré comporte en soi différents biais, portant par exemple sur la clarté et la compréhension des questions, etc. L'instrument de mesure n'ayant été que validé qu'auprès d'une population restreinte de 10 personnes lors d'un pré test a permis d'apporter des corrections mineures afin de clarifier les consignes du questionnaire et de vérifier l'intérêt des répondants à répondre au questionnaire et le temps alloué pour répondre au questionnaire.

### 3.8.3 Limites relatives à la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est un biais important pour la généralisation des résultats. Cependant, la petite taille de l'échantillon est hors du contrôle de la chercheuse. Les répondants ont reçu le questionnaire par le service de la paie et avaient 30 jours pour répondre au questionnaire, un rappel a été fait aux unités allouant un deux semaines

supplémentaires. L'anonymat était respecté car le chercheur n'avait pas la liste des répondants éligibles pour répondre et l'employeur n'avait pas de moyen pour vérifier qui parmi les répondants avaient retournés son questionnaire, puisque la chercheuse recevait les questionnaires à une adresse autre que l'établissement. La date de tombée pour la collecte des données, fût pendant des coupures de postes et les employés avaient reçu des consignes du syndicat de ne pas participer à des sondages ou autres tâches non nécessaires à leur titre d'emploi. Cependant les retombés de cette étude ne demeurent pas moins importantes avec un petit échantillon. Comme cette étude est une étude pilote, elle nous donne une bonne idée des connaissances du personnel professionnels et non professionnels travaillant en CHSLD avec cette clientèle.

## CHAPITRE 4

### ARTICLES

#### ARTICLE 1

Lettre de Diane St-Pierre, rédactrice de la revue infirmière canadienne- donnant la permission d'inclure l'article dans la thèse de maîtrise.

Séguin, C., Coutu-Wakulczyk, G., Vachon, M.P., et Brosseau, L. (2003). Le poids des silences...: comportements perturbateurs chez des personnes aphasiques. *Infirmière canadienne*; 4. (1): 4-10.

#### ARTICLE 2

Lettre de soumission de l'article adressée à Diane St-Pierre, rédactrice de la revue de l'*Infirmière canadienne*.

Séguin, C., Coutu-Wakulczyk, G., Vachon, M.P (2003). Comportements perturbateurs chez des personnes aphasiques: de l'état des connaissances à l'intervention. *Infirmière canadienne* (soumis).

N/R : 505-7

Le 9 janvier 2003

Madame,

Vous trouverez ci-joint cinq exemplaires de la revue *infirmière canadienne* du mois de janvier 2003. Votre article intitulé «Le poids des silences... : comportements perturbateurs chez des personnes aphasiques» se trouve en page 4. À noter que l'abrégé de votre article ainsi que l'illustration seront affichés sur le site Web de la revue *infirmière canadienne*, [www.infirmiere-canadienne.com](http://www.infirmiere-canadienne.com) à la rubrique «Numéro courant».

N'hésitez pas à me transmettre vos commentaires. Si vous désirez des exemplaires additionnels, il me fera plaisir de vous les envoyer.

En ce qui concerne les droits de reproduction de votre article, nous en autorisons la publication dans votre mémoire de maîtrise. Toutefois, nous vous demandons de bien vouloir citer la référence en entier, soit : Séguin, Chantal, et coll. « Le poids des silences... : Comportements perturbateurs chez des personnes aphasiques », *infirmière canadienne*, vol. 4, n° 1, 2003, p. 4-10.

Au nom de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, je vous remercie encore une fois de votre collaboration. J'espère que l'expérience vous a plu et que nous aurons de nouvelles occasions de travailler ensemble.

La rédactrice,

Diane St-Pierre

Pièces jointes

# infirmière

JANVIER 2003 VOLUME 4 NUMÉRO 1

PROFIL



1 L'APRÈS ROMANOW  
MOT DE LA RÉDACTRICE

2 INFO

4 LE POIDS  
DES SILENCES...  
COMPORTEMENTS  
PERTURBATEURS  
CHEZ DES PERSONNES  
APHASIQUES

12 ACCÈS

RÉPONSE AU RAPPORT  
ROMANOW... LE CONSEIL  
APPROUVE DE  
NOUVEAUX ÉNONCÉS  
DE POSITION...  
LE FORUM DU CII  
SUR L'ACCREDITATION...

16 PROFIL

LOUISE TALBOT  
SA PASSION : LE  
MIEUX-ÊTRE  
DES PERSONNES ÂGÉES

Quand les mots  
n'ont plus d'écho

## COMPORTEMENTS PERTURBATEURS CHEZ DES PERSONNES APHASIQUES

## Le poids des silences...

LA COMMUNICATION VERBALE OU NON VERBALE SE RAPPORTE À UN PROCESSUS DYNAMIQUE ET UNIVERSEL PAR LEQUEL LES HUMAINS ÉCHANGENT DES IDÉES, DES INFORMATIONS ET EXPRIMENT DES SENTIMENTS, DES ÉMOTIONS, DES BESOINS PHYSIQUES ET SOCIAUX<sup>1</sup>. LORSQUE L'APHASIE SURGIT, L'UNE DES SÉQUELLES D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) GAUCHE, TANT LA PERSONNE APHASIQUE QUE SA FAMILLE ET SON ENTOURAGE S'ADAPTENT DIFFICILEMENT À CETTE PERTE. PARMİ TOUTES LES FONCTIONS COGNITIVES ORCHESTRÉES PAR LE CERVEAU, LE LANGAGE EST L'UNE DE CELLES OÙ L'ORGANISATION CÉRÉBRALE ATTEINT SON PLUS HAUT NIVEAU DE COMPLEXITÉ<sup>2</sup>.



**CHANTAL SÉGUIN, INF., B.SC.INF., M.SC.INF.**  
(CANDIDATE)

Chantal Séguin est infirmière clinicienne spécialisée pour l'entreprise NeuroSoins, et conseillère clinique pour le CH-CHSLD de Papineau. Elle est également candidate à la maîtrise à l'École des sciences infirmières de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

**GINETTE COUTU-WAKULCZYK, INF., PH.D.**

Ginette Coutu-Wakulczyk est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

**MARIE PAULE VACHON, PH.D.**

Marie Paule Vachon est psychologue et neuropsychologue. Elle occupe un poste de professeure chargée de cours à l'École de psychologie de la Faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa.

**LUCIE BROUSSEAU, PH.D.**

Lucie Brosseau est physiothérapeute et professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

**D'aucuns mettront en doute l'importance de la communication dans l'épanouissement de la personne âgée. Or, toute perturbation de cette faculté ajoute**

une perte qui se répercute sur la capacité à satisfaire les besoins identifiés par Maslow. Notre article présente un modèle conceptuel démontrant l'interdépendance entre la communication et l'accomplissement de soi dans la pyramide des besoins de Maslow.

#### Aperçu de la situation

Les cas d'aphasie, souvent causés par un AVC, se situent autour de 4 000 annuellement au Québec<sup>3</sup>. De plus, les conséquences d'un AVC gauche donnent souvent lieu à des réactions neurocomportementales inadéquates; cependant cet aspect demeure peu documenté. Un déficit de communication pose une restriction certaine sur la vie quotidienne et sociale de la personne lésée et celle de son entourage<sup>4</sup>. Soudainement, leur vie sociale est réduite à un petit cercle : la famille, les proches et les membres du personnel soignant. Les troubles du comportement reflètent une problématique sous-jacente au mode d'expression et de communication pour les personnes victimes d'un AVC gauche. Notre modèle hybride propose donc une alternative vu le nombre croissant de personnes atteintes, une population vieillissante, et le peu de formation spécifique fournie au personnel confronté aux frustrations et aux comportements dits perturbateurs de cette clientèle. »

ILLUSTRATION ROYAL CARON

**LES ASSISES FONDAMENTALES DU MODÈLE HYBRIDE**

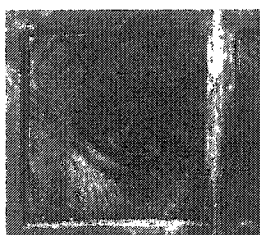
*Les besoins selon Maslow*

Pour Maslow<sup>5</sup>, bien que chaque personne possède des caractéristiques particulières pour s'accomplir, elle doit combler des besoins fondamentaux communs à tous. Selon ce modèle hiérarchique, la satisfaction des besoins les plus élevés tels que les besoins psychologiques, sociologiques, esthétiques ou spirituels ne peut se réaliser qu'une fois satisfaits les besoins plus fondamentaux et primitifs que sont les besoins physiologiques et physiques (voir Figure 1).

Quant aux besoins physiologiques, ils doivent être comblés par les éléments fondamentaux (p. ex., l'oxygène, la nourriture, l'eau, le sommeil et le repos) nécessaires à la survie des êtres humains pour maintenir l'homéostasie biologique. Tant que les besoins du premier palier ne sont pas comblés, il est difficile, voire impossible, selon Maslow<sup>6</sup>, de passer au palier suivant de la hiérarchie.

*Le modèle hybride*

Le modèle hybride Séguin et Coutu-Wakulczyk s'inspire des assises fondamentales de la théorie de Maslow pour y greffer



LA RELATION DE CONFIANCE ENTRE LE SOIGNANT ET LE SOIGNÉ EST MISE EN PÉRIL ET LES BESOINS FONDAMENTAUX DU SOIGNÉ SONT PLUS DIFFICILEMENT COMBLÉS

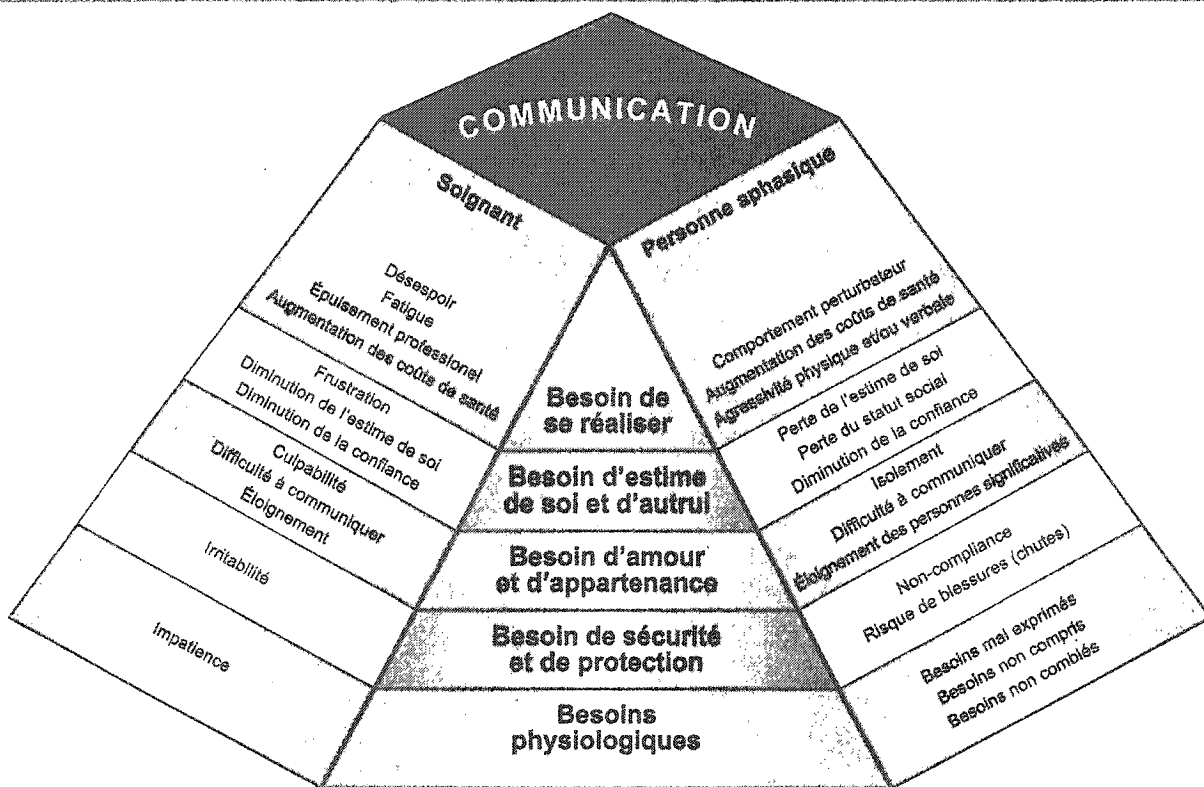
les principes complémentaires de la communication dans le but de satisfaire aux besoins des personnes aphasiques et du personnel soignant œuvrant avec cette clientèle. Lorsque la communication fait défaut, le cheminement vers l'actualisation de soi est compromis, la stabilité s'effondre tant pour le personnel soignant que pour le client. La pyramide s'inverse.

La communication consiste à établir une relation avec quelqu'un. Toutefois avec un résident aphasique, la communication peut être difficile, quasi impossible. Les conséquences pour le personnel sont désastreuses : les moments d'impatience et d'irritabilité, les sentiments de culpabilité et de désespoir rendent la tâche au quotidien de plus en plus difficile. Implicite à ce modèle, la relation de confiance entre le soignant et le soigné est mise en péril et les besoins fondamentaux du soigné sont plus difficilement comblés, parfois même ignorés. Ce dernier exprime alors son désarroi par des comportements perturbateurs.

*Adoption d'un comportement perturbateur*

Privée de son autonomie, des renforcements et du soutien de son estime de soi, la personne atteinte d'un AVC pose maintenant des actions qui peuvent ouvertement déranger son entourage,

Figure 1. Schéma du modèle hybride des concepts de besoins



Droits d'auteur © 2002 par Séguin et Coutu-Wakulczyk

les blesser, les choquer, et les humilier. La critique et la réprobation s'installent. La punition ou la restriction remplace la gratification. Les réactions indésirables augmentent. En dépit de son aspect non approprié, cette conduite déviante permet souvent au client de recevoir l'attention nécessaire à la satisfaction de ses besoins de base. Toutefois, le client n'est généralement pas conscient des motifs de sa conduite en raison de ses déficits cognitifs. Cette situation exige beaucoup d'adaptation de la part du personnel soignant qui gravite autour de lui.

#### Attitude du soignant

Le personnel doit résoudre un ensemble de questions qui ne se limitent pas aux répercussions cognitives de la lésion cérébrale, mais qui touchent aussi aux répercussions quotidiennes du déficit. Par exemple, la personne ayant subi un AVC gauche peut aussi avoir une lésion au lobe frontal, laquelle engendre des modifications dramatiques de la personnalité pouvant la conduire à se comporter de manière antisociale. Mal à l'aise devant ce type de comportement, le soignant a l'impression d'accomplir un travail inadéquat, sans valorisation, et il prend ses distances; son travail n'est plus source d'épanouissement ni d'actualisation de soi. Il devient fatigué, démotivé, et certains se retrouvent en épuisement professionnel.

Le temps passé à mieux comprendre le déficit sera compensé par une prise en charge plus efficace, parce que plus adaptée à la spécificité des troubles présentés par le résident. Le soignant doit prendre le temps d'écouter, d'expliquer les soins qu'il prodigue et les objectifs poursuivis afin de permettre au résident de comprendre la situation, de saisir le message. Pour le personnel, il est indispensable d'acquérir le savoir nécessaire pour fournir un service adéquat et adapté aux besoins de chacun. Paradoxalement, peu de soignants ont les connaissances nécessaires pour comprendre les pertes énormes au plan de la hiérarchie des besoins, de la satisfaction des besoins et de la communication. Cette situation transforme la gestion des comportements perturbateurs à la fois en un défi et en une urgence à former l'ensemble des intervenants travaillant auprès de personnes aphasiques à la suite d'un AVC.

#### Les comportements jugés perturbateurs

L'aphasie, selon sa gravité, ne se limite pas qu'à un problème de communication. Elle peut aussi engendrer des troubles du comportement tels que l'agitation, l'agressivité, la colère, etc. En 1948, Goldstein<sup>7</sup> fut le premier à décrire des réactions comportementales catastrophiques après un AVC. Il considère ces réactions comme résultant directement d'un dommage au cerveau engendrant une incapacité individuelle à conjuguer avec les frustrations causées par le

handicap, frustrations intenses surtout si ces personnes sont incapables de s'exprimer adéquatement par le langage<sup>8</sup>. La personne, confrontée à l'incapacité cognitive de verbaliser ses émotions, sa détresse et ses besoins, se trouve alors amoindrie. Or, ce qui ne peut s'exprimer en mots s'extériorise par des dérèglements ou de mauvais ajustements de la conduite, que la société, la famille et le personnel soignant associent trop souvent avec la démence. Toute atteinte cognitive n'est pas synonyme de démence. Néanmoins, l'aphasie provoque des répercussions négatives sur les capacités d'adaptation et d'apprentissage de la personne qui perd subitement la maîtrise de sa capacité à communiquer. La personnalité et l'affect peuvent aussi changer, ce qui engendre un impact majeur sur la relation avec autrui. Certaines victimes d'AVC deviennent plus apathiques et indifférentes, d'autres plus égocentriques et revendicatrices, d'autres manquent d'autocritique et deviennent parfois désinhibées, d'autres enfin présentent des modifications de l'humeur<sup>9</sup>.

### REVUE DES CONNAISSANCES ACTUELLES

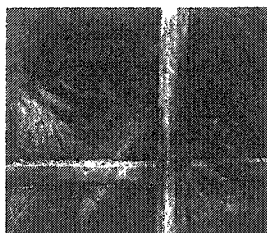
#### Le quotidien à la suite d'un AVC

L'état de santé de la plupart des survivants à un AVC s'améliore à divers degrés, mais la récupération neurologique dépend de l'âge, de l'état général de la personne ainsi que du siège et de l'étendue de l'infarctus<sup>10</sup>. Plus l'amélioration est précoce, meilleur sera le pronostic; toutefois, la récupération complète est rare, et le déficit persistant après six mois sera probablement définitif<sup>11</sup>.

Selon la région cérébrale affectée par l'AVC, la personne peut démontrer un dysfonctionnement sur un ou plusieurs plans des activités de la vie quotidienne, du jugement, du langage, de l'attention, de la mémoire, de la perception, de la capacité à prendre des décisions ou à planifier. L'AVC bouleverse la vie d'un individu car, en plus d'avoir à vivre le deuil de son intégrité physique, il doit assumer la perte de certains rôles sociaux et familiaux<sup>12</sup>. L'AVC a un impact sur la qualité de vie au point de vue physique, psychologique et social<sup>13</sup>. Selon Bernspang et Fisher<sup>14</sup>, l'AVC peut avoir des répercussions tant au plan cognitif et perceptuel que moteur. Les personnes dont la compréhension ou la collaboration est minime, surtout en présence de déficits prononcés, sont généralement dirigées vers des établissements de soins de longue durée. Il incombe alors aux intervenants des services de santé de collaborer entre eux pour assurer un éventail de services qui améliorent la qualité de vie des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ainsi que celle des membres de leur famille<sup>15</sup>.

Le langage se définit comme l'ensemble des processus permettant d'utiliser un code ou un système conventionnel servant à représenter des concepts ou à les communiquer en utilisant un ensemble de symboles arbitraires ou une

L'APHASIE  
PROVOQUE DES  
RÉPERCUSSIONS  
NÉGATIVES SUR  
LES CAPACITÉS  
D'ADAPTATION ET  
D'APPRENTISSAGE  
DE LA PERSONNE  
QUI PERD  
SUBITEMENT  
LA MAÎTRISE  
DE SA CAPACITÉ  
À COMMUNIQUER



combinaison de ces symboles<sup>16</sup>. Les troubles du langage peuvent se traduire par une double altération de la communication, soit par la difficulté de se faire comprendre de ses semblables, soit par la difficulté de comprendre les autres.

### Déficits liés à l'incapacité de communiquer

Les difficultés de communication représentent un défi pour le personnel soignant. Le sentiment de frustration face à l'incapacité de communiquer peut engendrer de la colère et de la dépression chez le résident<sup>17</sup> et chez le soignant. En outre, les personnes aphasiques peuvent présenter d'autres déficits concomitants importants comme :

- se fatiguer aisément,
- présenter des fluctuations émotionnelles et des émotions non appropriées (rire de manière exagérée ou pleurer sans raison apparente, se fâcher subitement, etc),
- sembler très égoïste,
- démontrer un besoin intense de routine<sup>18</sup>.

### Qu'est-ce que l'aphasie?

Le terme « aphasie » est employé en neurologie pour qualifier toute perturbation du langage liée à une lésion d'un ensemble de structures cérébrales, communément appelées « aires du langage ». Une personne qui éprouve des difficultés à comprendre l'autre ou à s'exprimer au moyen de la parole, sans qu'il s'agisse d'un trouble d'élocution motrice proprement dit, répond aux critères du diagnostic d'aphasie. Par exemple, certains aphasiques présentant des troubles de compréhension peuvent avoir l'impression d'entendre une langue étrangère lorsque quelqu'un leur parle.

La compréhension des aphasiques est souvent plus perturbée que ne le laisse prévoir leur comportement général dans les activités quotidiennes<sup>19</sup>. Les membres du personnel soignant reconnaissent facilement les problèmes de langage expressif de l'aphasique : difficulté à trouver le mot juste, utilisation d'un mot incorrect, inintelligible ou inventé, juron involontaire. Cependant, les soignants ne réalisent pas toujours l'ampleur et l'importance des problèmes de compréhension langagière accompagnant l'aphasie.

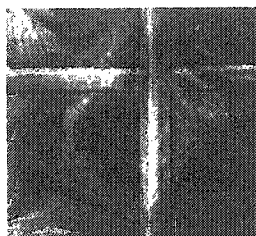
### Les types d'aphasie

Les types d'aphasie les plus souvent diagnostiqués sont l'aphasie de Broca dite « non fluente », l'aphasie de Wernicke dite « fluente », l'aphasie de conduction et l'aphasie globale (voir Figure 2).

■ L'aphasie de Broca se manifeste par un trouble de l'expression verbale sans trouble d'élocution<sup>20</sup>. La compréhension orale des aphasiques de Broca est relativement préservée.

■ L'aphasie de Wernicke se définit comme étant un déficit marqué de la compréhension du langage<sup>21</sup>.

■ L'aphasie de conduction est souvent considérée comme une forme d'aphasie de Wernicke. Ce type d'aphasie est dû à



LES SOIGNANTS

DOIVENT

APPRENDRE

À RECONNAÎTRE

ET À COMPOSER

AVEC LES

COMPORTEMENTS

PERTURBATEURS

POUR INTERVENIR

JUDICIEUSEMENT

des lésions interrompant le faisceau arqué et supprimant le transfert de l'information de l'aire de Wernicke à l'aire de Broca<sup>22</sup>. Cette forme d'aphasie se caractérise par l'existence de transformations phonémiques, apparaissant surtout lors des épreuves de répétition, et par une compréhension bien préservée<sup>23</sup>.

■ L'aphasie globale, la forme la plus sévère de l'aphasie, est associée à des troubles majeurs de l'expression et de la compréhension orale ou écrite, ce qui rend la personne totalement inapte à comprendre le langage et à s'exprimer<sup>24</sup>.

### LE PERSONNEL SOIGNANT ET LES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

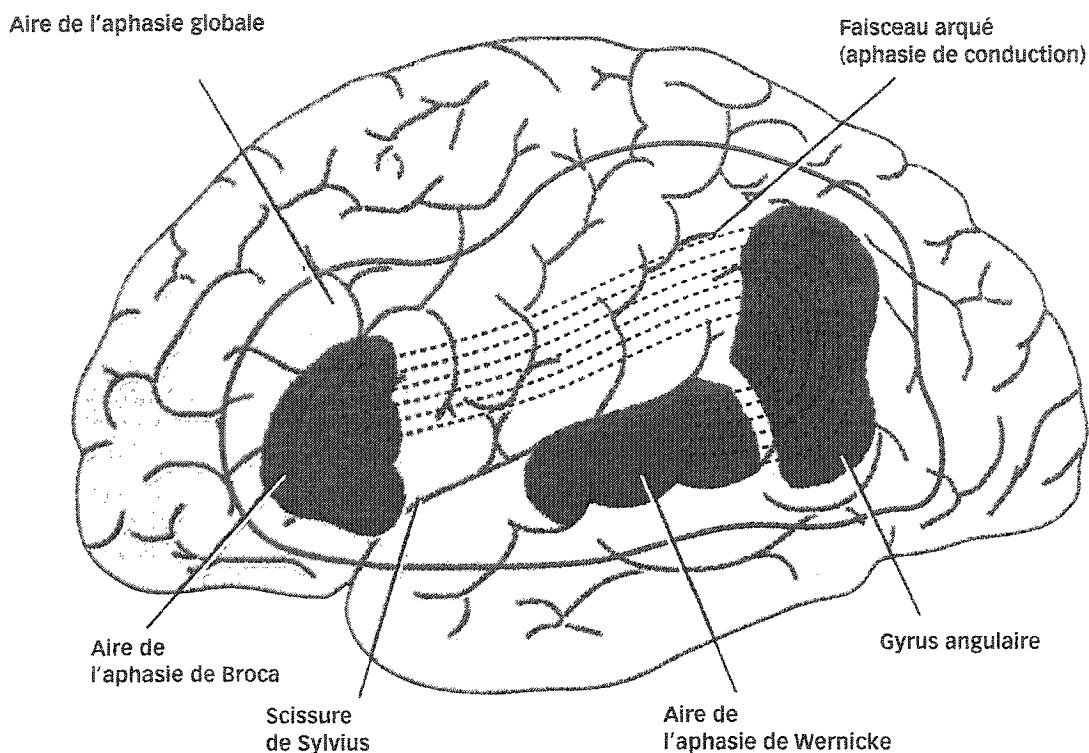
L'importance de cibler les comportements jugés perturbateurs avec la plus grande exactitude possible prend toute sa valeur dans le cadre d'individualisation de l'approche et des interventions de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les personnes atteintes d'un AVC, hébergées en CHSLD, présentent à des degrés divers des handicaps physiques, des déficits cognitifs et exécutifs parfois accompagnés

de comportements non appropriés tels que propos et gestes agressifs, cris, hallucinations, agitation, non-collaboration ou désir de fugue. Ces comportements sont jugés perturbateurs par le personnel<sup>25</sup>. Parmi les rares écrits dans le domaine, Pontin a démontré que même les infirmières ne possèdent pas toujours les connaissances nécessaires pour maintenir une approche individualisée et répondre adéquatement aux besoins des résidents atteints plus spécifiquement d'AVC avec aphasie<sup>26</sup>. En l'absence de données précises, il devient très difficile d'élaborer des programmes adéquats de formation pour le personnel soignant.

### Session des comportements perturbateurs

Aux prises avec cette clientèle difficile et de plus en plus lourde, le personnel soignant n'a souvent ni l'expérience, ni les connaissances, ni les habiletés pour prévenir ou gérer les comportements perturbateurs chez la personne aphasique. La formation du personnel est d'autant plus importante qu'il n'y a pas de récupération complète possible pour cette clientèle. Les soignants doivent apprendre à reconnaître et à composer avec les comportements perturbateurs pour intervenir judicieusement et éliminer à la source une situation susceptible de les exaspérer. Notre modèle hybride peut servir d'assise fondamentale tant pour organiser des programmes de formation que des recherches empiriques.

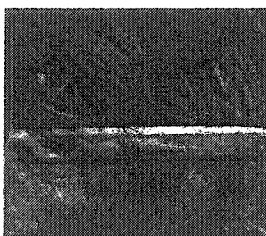
On a répertorié très peu d'écrits et d'études traitant des troubles du comportement chez les victimes d'AVC ayant une aphasie. Les chercheurs s'adressent surtout aux comportements perturbateurs chez les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer, d'un AVC de l'hémisphère droit avec hémiparésie — incapacité totale et partielle à percevoir des informations — ou d'un déficit de type frontal.



D'autres auteurs ont étudié le volet de la dépression<sup>27</sup>, la difficulté d'adaptation, l'anxiété, l'agressivité et la non-collaboration. Ryden<sup>28</sup> a démontré que 66 % des résidents de centres d'accueil participant à sa recherche avaient déjà fait preuve d'agressivité verbale et physique envers le personnel soignant. Pour leur part, Beck et coll.<sup>29</sup> ont démontré que les comportements agressifs des résidents d'un centre d'accueil représentaient un problème significatif pour les soignants et les familles. Burgener et Barton<sup>30</sup> notent que les comportements perturbateurs se manifestent autant chez les personnes lucides que non lucides.

Pour Lévesque, Roux et Lauzon<sup>31</sup>, il n'y a pas que les lésions cérébrales qui soient responsables des comportements non appropriés exprimés par la personne atteinte. Les caractéristiques de l'environnement physique et humain, la personnalité prépathologique et les habitudes antérieures peuvent déclencher des manifestations cliniques perturbatrices ou influencer sur le développement de ces comportements. Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre et de la lourdeur des cas, corrélé à la pénurie de personnel qualifié en CHSLD, il est important d'étudier

LA CLIENTÈLE  
AYANT DES  
PROBLÈMES DE  
COMPORTEMENT  
NÉCESSITE DES  
NIVEAUX  
D'INTERVENTION  
NETTEMENT  
PLUS ÉLEVÉS  
QU'IL Y A  
QUELQUES ANNÉES



les manifestations reliées à des causes médicales, psychiques ou environnementales sous-jacentes aux comportements perturbateurs. Ces comportements, en plus d'irriter, d'agacer et de déranger l'entourage y compris les pairs, la famille et le personnel soignant, demeurent une entrave majeure à la qualité de vie au travail en CHSLD. Ils engendrent des coûts pour le système de santé lorsqu'ils conduisent à l'épuisement professionnel.

#### Conclusion

Le personnel médical, infirmier, de réadaptation, de neuropsychologie et de travail social est unanime : la clientèle ayant des problèmes de comportement nécessite des niveaux d'intervention nettement plus élevés comparativement à ceux offerts il y a quelques années, à peine à cette même clientèle<sup>32</sup>. Ces personnes exigent de la part des professionnels et du personnel soignant beaucoup d'observation et d'investissement relativement aux comportements présents, incluant l'ajustement de la médication ou la nécessité d'une mesure de protection. Qui plus est, l'orientation de ces

interventions apparaît diamétralement opposée quant aux soins à prodiguer ou à la gravité du déficit : les uns soutenant que le résident « le fait exprès, qu'il est conscient et qu'il s'en rappelle », les autres soutenant que le résident « manque d'autocritique et n'est pas en mesure de juger de ses actes ».

Compte tenu de ces contradictions, il serait souhaitable de vérifier l'état des connaissances du personnel soignant. Une telle étude viserait la collecte d'informations auprès du personnel soignant et serait orientée vers une meilleure compréhension de la problématique situationnelle qui demeure encore méconnue, à savoir la fréquence de l'expression des comportements jugés perturbateurs chez les personnes aphasiques à la suite d'un AVC et vivant en CHSLD, selon le moment de la journée, l'élément déclencheur et l'intervention effectuée. Les résultats d'une telle étude pourraient servir d'assises essentielles à la planification d'un programme de formation axé sur le problème et répondant aux besoins spécifiques du personnel soignant travaillant auprès des personnes aphasiques en CHSLD. Le programme élaboré



pourrait ainsi tenir compte des connaissances du personnel soignant face à la personne aphasique présentant des troubles du comportement à la suite d'un AVC. Les retombées d'un tel programme seraient multiples :

- fournir des habiletés au personnel soignant,
  - élaborer une approche et des interventions individualisées auprès de cette clientèle vulnérable, fragilisée par l'incapacité de ne pouvoir communiquer et à la merci des soins du soignant,
  - éviter les coûts administratifs et économiques d'une pénurie de main-d'œuvre spécialisée causée par l'épuisement professionnel,
  - prévenir les coûts humains et sociaux de la dégradation rapide du milieu de vie associée au comportement perturbateur de la clientèle.
- Somme toute, comme le propose notre modèle hybride, la communication est au cœur de la problématique tant pour le personnel soignant, qui ne comprend pas et communique son exaspération, et le soigné, qui n'est pas compris et communique sa frustration par les comportements perturbateurs. ♦

## BIBLIOGRAPHIE

1. Hogan, E. et H. Adkins. «Nursing Care of Clients with Impaired Communication», *Rehabilitation Nursing*, 1991, vol. 16, n° 2, 1991, p.74-76.
2. Habib, M. *Bases neurologiques des comportements*, 3<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, 1998, 343 pages.
3. Santé Canada. *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires au Canada*, Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa, Ontario, 1997.
4. Hafsteinsdottir, E., et M. Grydonck. «Being a Stroke Patient: a Review of the Literature», *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, vol. 72, 1997, p. 151-153.
5. Maslow, A. H. «Motivation and personality», dans C. Garitte, L. Jouanjean, *Psychologie, pensée, cerveau et culture*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, DeBoeck Université, 2000.
6. *Ibidem*.
7. Goldstein, K. *Language and Language Disturbances*, New York, Grune and Stratton, 1948.
8. Teasell, R. «Catastrophic Reaction After Stroke: A case Study», *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, vol. 72, 1993, p. 151-153.
9. Berkow R., et A.J. Fletcher. *Le manuel Merk de diagnostic et thérapeutique*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, Éditions d'après, 1994.
10. *Ibidem*.
11. *Ibidem*.
12. Arcand, M., et A. Harvey. «Réadaptation », dans M. Arcand, et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 2<sup>e</sup> éd., Québec, Edisem inc., 1997, 902 pages.
13. Berthoux, F., P. Calmels, et V. Gautheron. «Changes in the Quality of Life of Hemiplegic Stroke Patients with Time: a Primary Report», *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, vol. 78, 1999, p. 19-23; Alsio, B., et coll. «Disablement and Quality of Life After Stroke», *Stroke*, vol. 15, 1984, p. 886-890.
14. Bernspang, B., et A. Fisher. «Differences Between Persons with Right or Left Cerebral Vascular Accident on the Assessment of Motor and Process Skills», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 76, 1995, p. 1144-1151.
15. Hogan, E. et H. Adkins, *op. cit.*
16. Habib, M., *op. cit.*
17. Teasell, R., *op. cit.*
18. Blumberger, J., et coll. *Vers une meilleure communication avec une personne qui a une aphasie*, Montréal, institut de réadaptation de Montréal, 1998.
19. Verstichel, P., et J. Cambier. « Les aphasies », dans M.I. Botez, *Neurologie clinique et neurologie du comportement*, Paris, Masson, 1997, p. 455-489.
20. Bernspang, B., et A. Fisher, *op. cit.*; Teasell, R., *op. cit.*; Beck, C., B. Baldwin, et S. Lewis. «Caregivers Perception of Agressive Behavior in Cognitively Impaired Nursing Home Residents», *Journal of Neuroscience Nursing*, vol. 22, n° 3, 1990, p. 169-172.
21. Goodglass, H., E. Kaplan, et B. Barresi. *The Assessment of Aphasia and related disorders*, 3<sup>e</sup> éd., Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 83 pages
22. Habib, M., *op. cit.*
23. Botez, M.I. *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, 2<sup>e</sup> éd., Montréal, Masson : Les Presses de l'Université de Montréal, 1997, 682 pages.
24. *Ibidem*.
25. Hottin, P., M. Bourque, et C. Bonin. « Approche des troubles du comportement chez les personnes atteintes de déficits cognitifs », dans M. Arcand, et R. Hébert, *Précis pratique de gériatrie*, 2<sup>e</sup> éd., Québec, Edisem inc., 1997, 902 pages.
26. Pontin, D. *The Effect of Primary Nursing on the Quality Nursing Care : an Action Research Study of Nursing Developed Work*, Manchester, University of Manchester, 1996, p. 30-31.
27. Teasell, R., *op. cit.*
28. Ryden, M. «Agressive Behavior in Persons with Dementia who Live in the Community», *The Gerontologist*, vol. 26, n° 3, 1986, p.228-232.
29. Beck, C., B. Baldwin, et S. Lewis, *op. cit.*
30. Burgener, S.C., et D. Barton. «Nursing care of Cognitively Impaired Institutionalized Elderly», *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 17, n° 4, 1991, p. 37-43.
31. Lévesque, L., C. Roux, et S. Lauzon. *Alzheimer : Comprendre pour mieux aider*, Éditions du Renouveau Pédagogique inc., 1990.
32. CHSLD de Hull. *Rapport annuel du CHSLD de Hull*, Hull, Québec, 1999, 29 pages.

home  
français



[Inbox](#) [Compose](#) [Create Folders](#) [Addresses](#) [Preferences](#) [Search](#) [Help](#)

Read Message

[Previous](#) [Next](#) [Back to: Inbox](#)



[Reply](#) [Reply All](#) [Forward](#) [Delete](#)

[Move To:](#)

Madame,

Nous avons bien reçu votre texte intitulé « Comportements perturbateurs chez des personnes aphasiques : de l'état des connaissances à l'intervention ». Nous l'avons acheminé aux évaluatrices; il faut prévoir un délai d'au moins huit semaines pour cette étape d'évaluation. Dès que nous recevrons les commentaires, nous vous les ferons parvenir.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la revue *infirmière canadienne*.

Diane St-Pierre  
Rédactrice en chef

[Reply](#) [Reply All](#) [Forward](#) [Delete](#)

[Move To:](#)

[Previous](#) [Next](#) [Back to: Inbox](#)

[Privacy Policy](#) [Wireless Email](#) [eCare](#)

[FAQ](#)

**COMPORTEMENTS JUGÉS PERTURBATEURS:  
de l'état des connaissances du personnel soignant à l'intervention.**

**Correspondance: Chantal Séguin, 134 rue de Lausanne # 302, Gatineau, J8T 6R4**

## ABRÉGÉ

### COMPORTEMENTS JUGÉS PERTURBATEURS:

#### de l'état des connaissances du personnel soignant à l'intervention.

Cette étude de type descriptif utilisant une stratégie transversale visait à vérifier auprès du personnel soignant, les connaissances relatives à trois types de troubles de communication (Broca, Wernicke et globale) et l'expression des comportements jugés perturbateurs selon la fréquence, le moment du jour et l'élément déclencheur. L'échantillon était composé d'infirmières et d'infirmières auxiliaires (professionnelles) et de préposés aux bénéficiaires (non professionnels). Les résultats n'ont pas démontré de différences, ni d'associations significatives entre les deux groupes de sujets au plan des données socio-démographiques, des connaissances et des comportements perturbateurs rapportés. L'implication des résultats pour la pratique démontre l'importance de la formation du personnel en matière de connaissances pour assurer un environnement susceptible de favoriser une qualité de vie aux résidents en CHSLD.

## **COMPORTEMENTS JUGÉS PERTURBATEURS:**

### **de l'état des connaissances du personnel soignant à l'intervention.**

Une étude pilote des comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant a été réalisée afin de mettre en place des pistes de solutions aux problèmes vécus en CHSLD dans des situations impliquant des résidents atteints de trouble de communication de type aphasique consécutif à un AVC. Il s'agissait d'identifier la perception des soignants quant à: 1) la fréquence et le type de comportements perturbateurs, 2) le moment de la journée et 3) l'intervention concomitante ou l'élément déclencheur provoquant le comportement non désiré. L'importance de cette étude pilote se fonde sur l'hypothèse d'une carence de connaissances et de sensibilisation sous-jacentes à la compréhension et à la gérance de ces comportements dévastateurs sur la qualité de vie au travail du personnel soignant. Les résultats présentés mènent à des suggestions propres à améliorer la situation.

### **Recension des écrits**

L'essence même des interventions en sciences infirmières ont pour fondement la communication, c'est-à-dire, parler et comprendre ce qui est exprimé sous forme verbale ou non verbale. Qu'arrive-t-il lorsque l'usage du langage, de la parole est disparu en raison d'un problème physique? Les intervenants n'arrivent pas à cerner les problèmes et ne savent plus comment agir. Les soignants croient que la personne ne comprend pas, qu'elle est sourde, qu'elle souffre de maladie d'Alzheimer, et qu'elle n'écoute plus... Les conséquences pour la personne atteinte: la personne décroche et se frustre, devient en colère (Springer &

Deutsch, 2000). Les intervenants des services de santé doivent se concerter pour fournir un vaste éventail des services susceptibles d'améliorer la qualité de vie des soignants, des résidents et de leur famille (Santé Canada, 1999).

#### Importance des connaissances du personnel soignant

Suite à un accident vasculaire cérébral (AVC), surtout en présence d'incapacités de compréhension et de collaboration prononcées, les personnes sont généralement orientées vers un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Selon Scholte op Reimer, Haan, Rijnders, Limburg, & Van den Bos (1998) les conséquences de l'AVC constituent l'une des principales causes d'invalidité lourde. Ainsi, les personnes atteintes d'un AVC, hébergées en CHSLD présentent, à des divers degrés, des handicaps physiques, des déficits cognitifs ou des déficits au plan des fonctions exécutives, accompagnés parfois de comportements non appropriés tels que des propos et des gestes agressifs, cris, incontinence émotionnelle, hallucination, agitation, non collaboration ou désir de fugue (Karol, 2002; Springer & Deutsch, 2000). Ces comportements sont habituellement jugés par le personnel comme perturbateurs (Hottin, Bourque & Bonnin, 1997).

Le personnel soignant, aux prises avec cette clientèle difficile et de plus en plus lourde, n'a souvent ni l'expérience ni les connaissances adéquates ni les habiletés pour prévenir ou gérer les comportements perturbateurs chez la personne souffrant de trouble de communication de type aphasique (Pontin, 1996; Karol, 2002; Séguin, Coutu-Wakulczyk, Vachon & Brosseau, 2003). La clientèle ayant des problèmes de comportements exige de la part des professionnels et du personnel soignant, beaucoup d'investissements sous forme

d'observations afin de détecter le type de comportement perturbateur, le moment de la journée, l'élément déclencheur et la fréquence de ces comportements non appropriés. L'observation doit inclure la médication qui nécessitera peut-être un ajustement ou la mise en place de mesure préventive.

La compréhension des personnes souffrant de trouble de communication de type aphasique est souvent bien plus perturbée que ne le laisse prévoir leur comportement général dans les activités quotidiennes (Verstichel & Cambier, 1997; Goodglass, Kaplan & Barresi, 2001). Les membres du personnel soignant reconnaissent facilement les problèmes de langage expressif du trouble de communication de type aphasique: difficulté à trouver le mot exact, utilisation d'un mot incorrect ou "inventé", erreurs de grammaire et juron involontaire. Cependant, les soignants ne réalisent pas toujours l'ampleur, l'importance et les conséquences des problèmes de compréhension langagière accompagnant souvent le trouble de communication de type aphasique. Selon Botez (1997), l'aphasie correspond à une altération acquise du langage comme conséquence d'une lésion organique. Cette lésion altère avant tout la communication et la possibilité pour un être de se faire comprendre. L'aphasie perturbe ou rend impossible la compréhension et/ou l'expression des idées, des besoins, des opinions et des perceptions par les moyens du langage ou de la parole (Karol, 2002; Goodglass, Kaplan & Barresi). L'incapacité à communiquer, souvent associé à une hémiplégie, confronte la personne à la perte de son intégrité physique, ce déficit entraîne un handicap profond, toujours douloureusement ressenti. Une description plus complète des différents types d'aphasie est présentée par Séguin et al. (2003).

Dans le contexte de cette étude pilote, seuls trois types de trouble de communication

de type aphasique ont fait l'objet du relevé des connaissances du personnel soignant en CHSLD: 1) l'aphasie de Broca dite non fluente ou d'expression, 2) l'aphasie de Wernicke modèle fluente ou de compréhension et 3) l'aphasie globale ou totale ou d'expression et de compréhension. Les aphasies retenues se manifestent par différentes caractéristiques telles des difficultés de compréhension, d'expression ou à trouver le mot juste (anomie), des incapacités à parler ou même à utiliser un tableau de communication, un langage réduit, ou enfin, la production d'un "salade de mots". Les conséquences d'un AVC varient selon la localisation et l'étendue du dommage du cerveau (Séguin et al. 2003).

Le trouble de communication de type aphasique, selon sa gravité, ne se limite pas qu'à un trouble du langage, mais peut engendrer des troubles du comportement tel que l'agressivité, la frustration, la colère, non compliance, incontinence émotionnelle, manque de jugement (Karol, 2002). En 1948, Golstein fut le premier à décrire des réactions comportementales catastrophiques après un AVC. Cet auteur considérait ces réactions le résultat direct d'un dommage cérébral, d'une incapacité individuelle à conjuguer avec les frustrations intenses, surtout si incapables de s'exprimer adéquatement par le langage (Teasell, 1993; Karol, 2002; Séguin et al., 2003). Le désarroi vécu par la personne confrontée à l'incapacité de verbaliser ses émotions et ses besoins n'a d'égal que sa détresse... et se manifeste sous forme variable de réactions inacceptables par le personnel soignant, la famille et la société. Or, selon Hottin et al. (1997), ce qui ne peut s'exprimer en mots s'extériorisent par des comportements reflétant souvent des mécanismes de défense ou d'adaptation.

**Méthodologie:**

Une étude de type descriptif et une stratégie transversale a permis la collecte des données auprès des employés professionnels et non professionnels des soins infirmiers dans un CHSLD de la région de l'Outaouais regroupant deux résidences. L'établissement choisi compte plus de 250 personnes en soins infirmiers au Milieu A et 300 au milieu B, subdivisées dans cette étude pilote en deux catégories d'emploi: les infirmières-chef, les infirmières et les infirmières auxiliaires dans la catégorie professionnelle et les préposés aux bénéficiaires dans la catégorie non professionnelle.

En octobre 2001, suite à l'approbation du Comité d'éthique du CHSLD, les questionnaires ont été distribués par le service de paie aux 300 employés (professionnels et non professionnels) qui répondaient aux critères d'admissibilité. Ces critères étaient de: 1) posséder un statut d'employé sous la direction des soins infirmiers dans l'une ou l'autre des deux résidences, 2) occuper un poste à temps complet, à temps régulier, un temps partiel occasionnel de plus de trois mois, 3) avoir complété la période de probation et 4) retourner le questionnaire dans les délais prévus. Les employés avaient 30 jours pour répondre au questionnaire et le retourner par la poste dans l'enveloppe pré-adressée, port-payé, assurant ainsi l'anonymat. Un rappel a été envoyé aux unités de soins accordant un délai supplémentaire de deux semaines. L'échantillon, composé de 58 des 300 employés (19.3%) invitées (milieu A = 36, milieu B = 22), correspond aux personnes qui ont complété et retourné le questionnaire dans les délais admissibles.

Les composantes du questionnaire de collecte des données complété par les participant est décrit dans l'encadré ci-dessous.

Section	Description	Items
Section I	Données socio-démographiques (âge, scolarité, emploi...)	1 à 12
Section II	Comportements perturbateurs (témoin ou victime) selon (moment, fréquence, élément déclencheur).	13 à 39
Section III	État des connaissances (2), (aphasie de Broca (28), de Wernicke (28) et globale (28)).	40 à 126
Section IV	Besoin de formation (intervention, gestion)	127 à 132.

#### Déroulement

Un prétest a été effectué auprès de personnels soignants (10 personnes) d'un autre CHSLD de la région de l'Outaouais non admissibles à la présente étude pilote. Les personnes qui ont participé au pré-test répondaient aux mêmes critères d'admissibilité exigés dans cette étude pilote. Ce pré-test a permis de vérifier: 1) la compréhension de l'instrument, 2) la logique des questions relatives aux données socio-démographiques, 3) le temps de réponse (dix minutes), et 4) la clarté des consignes écrites.

#### Le plan des analyses

Le logiciel SPSS version 11 a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques. Les analyses descriptives (moyenne, écart-type, étendu, mode, médiane et fréquences relatives) servent à caractériser l'échantillon selon les variables étudiées. Les statistiques inférentielles (chi-carré, test exact de Fisher et la corrélation de Pearson) ont été utilisées pour vérifier la

présence et la nature des relations entre les variables au seuil de signification de  $p < 0.05$ .

## Résultats

### Caractéristiques socio-démographiques:

La majorité des répondants sont des femmes (82%) ce qui n'est pas une surprise en CHSLD. Afin de conserver l'anonymat des répondants les données sont présentées regroupées sous deux catégories: personnel professionnel composés d'infirmières et d'infirmières auxiliaires (38%) et personnel non professionnel (62%). La répartition selon le milieu diffère selon la catégorie de personnel: alors que les professionnels sont également répartis, les deux tiers des non professionnels proviennent du milieu A et le tiers seulement du milieu B. Tel que montré au tableau 1, l'âge moyen des professionnels se situe à 40.7 ( $\pm 9.7$ ) pour le milieu A et à 33.8 ( $\pm 10.0$ ) pour le milieu B. Quant au personnel non professionnel les moyennes d'âge sont respectivement de 38.2 ( $\pm 11.2$ ) et de 38.0 ( $\pm 13.0$ ). Les professionnels du milieu A possèdent en moyenne une expérience de travail de 15.1 ans ( $\pm 10.2$ ) et de 9.8 ans ( $\pm 8.3$ ) pour le milieu B alors que pour les non professionnels, l'expérience est de 10.1 ( $\pm 9.9$ ) en milieu A et de 6.8 ans ( $\pm 8.3$ ) en milieu B. L'ancienneté des professionnels des milieux A et B est relativement similaire avec 9.0 années ( $\pm 9.1$ ) et 9.6 ans ( $\pm 8.3$ ) respectivement. Pour les non professionnels, la différence de moyenne au plan de l'ancienneté demeure minime avec 8.4 années ( $\pm 9.2$ ) en milieu A et 10.3 ( $\pm 9.8$ ) en milieu B. Les résultats des analyses de chi-carré et de test exact de Fisher pour l'ensemble des données socio-démographiques n'ont pas démontré de différences significatives entre les milieux.

---

Tableau 1 environ ici

---

La moitié (11/22) des répondants professionnels ont une formation de niveau secondaire et l'autre moitié de niveau collégial ou universitaire. La scolarité des non professionnels varie entre les niveaux primaire et universitaire, parmi lesquels 63.9% (23/36) ont terminé le niveau secondaire, 30.6% (11/36) des études post-secondaires; plus de la moitié (58.3%) ont aussi obtenu un diplôme de préposés au bénéficiaires.

Au niveau des conditions d'emploi, 50% des professionnels comblent un poste régulier à temps complet et 45% un poste à temps partiel. Toutefois, parmi ceux-ci la moitié seulement sont affectés à un quart de travail unique, l'autre moitié devant couvrir deux différents quart de travail de 8 heures (jour et soir ou bien soir et nuit). D'autre part, le tiers des non professionnels travaillent uniquement de jour alors que les 2/3 couvrent au moins deux différents quart de travail. Il est à noter, que les employés à temps partiel régulier ou occasionnel doivent, selon la convention collective en vigueur, se porter disponibles pour deux quarts de travail différents chacun d'une durée de 8 heures.

---

Tableau 2 environ ici

---

### Comportements perturbateurs

Tel que démontré au tableau 3, au moins 40% des professionnels et non professionnels sont témoin quotidiennement d'agressivité verbale, d'agressivité physique, de cris et de comportements répétitifs. Par ailleurs, (54%) des professionnels rapportent n'avoir rarement ou jamais été témoin d'agressivité physique tandis que cette proportion chute à (44,4%) chez les non professionnels.

Plus de 60% du personnel soignant, indépendamment de la catégorie professionnelle ou non professionnelle, a rapporté être victime quotidiennement de demandes répétitives. Les professionnels (54.5%) ont répondu avoir été victime d'agressivité verbale au moins 1 fois par jour et plus, les non professionnels (soit 50%). Par ailleurs, les non professionnels sont légèrement plus souvent victimes (36.1%) que les professionnels (31.8%) d'agressivité physique au moins une fois par jour ou plus. En matière de cris, les professionnels sont victimes (36.4%) au moins 1 fois par semaine et les non professionnels sont victime à au moins 1 fois par jour et plus dans (33.3%) des cas. Les professionnels sont victimes à (45.5%) et les non professionnels à (41.7%) de comportements répétitifs au moins 1 fois par jour et plus. Les demandes répétitives sont plus fréquentes de tous les comportements. En somme, les résultats démontrent que les non professionnels sont plus exposés à la violence physique et les professionnels aux demandes répétitives.

---

Tableau 3 environ ici

---

Une liste de différents comportements perturbateurs a été soumise aux répondants afin de relever la fréquence, l'élément déclencheur et le moment de la journée ou se

déroulaient ces comportements. La synthèse de ces résultats indiquent que les non professionnels répondent être exposés à plus de comportement perturbateurs que les professionnels, par exemple: pendant les repas (38.9%) des non professionnels (14/36) versus 3,6% des professionnels (3/22). Les comportements perturbateurs sont plus souvent rapportés lorsque le soignant non professionnel est en situation d'intimité, par exemple: accompagnement à la toilette, pendant les soins d'hygiène. L'élément déclencheur du comportement perturbateur est surtout présent lorsque le résident s'exprime et lorsque le personnel ne réussit pas à le comprendre, indépendamment de la catégorie de personnel soignant. Parmi les comportements perturbateurs, 36% des professionnels (8/22) rapportent que la prise des médicaments constitue le plus souvent l'élément déclencheur.

#### Connaissances des troubles de communication de type aphasique

Les répondants devaient identifier les symptômes spécifiques appartenant à trois différents types de trouble de communication de type aphasique. Pour chacun des 3 types, le score maximum possible de bonnes réponses se situe à 10 points pour l'aphasie de Broca, pour l'aphasie de Wernicke 7 points et pour l'aphasie globale 17 points. À partir d'une liste de 28 symptômes un point était attribué pour chaque bonne réponse, 0 pour une mauvaise réponse et 0 pour aucune réponse. L'état des connaissances spécifiques au type de trouble de communication de type aphasique est présenté au tableau 4 selon la catégorie de personnel soignant. Les résultats obtenus montrent combien les symptômes d'aphasie de Wernicke sont méconnus. Moins du tiers des symptômes ne sont pas connus ... alors comment intervenir pour gérer les conséquences de la frustration vécu par le patient!

---

Tableau 4 environ ici

---

Dans la dernière section du questionnaire, les répondants devaient indiquer s'ils étaient intéressés à recevoir de la formation portant sur les interventions auprès de la personne aphasique et sur la gestion des comportements perturbateurs la durée et les modalités suggérées. Les professionnels et les non professionnels sont unanimes (100%) désirent de la formation. En ce qui concerne le temps à consacrer à la formation. Les professionnels optent pour une demie journée ou une journée complète de formation qu'ils soient libéré ou non, dans une proportion de (60%). Dans les mêmes conditions les non professionnels désirent de la formation à (64%) (Tableau 5). Par ailleurs, les répondants tant professionnels (30%) que non professionnels (43%) préfèrent suivre de la formation, durant une journée entière ou une demie journée lorsqu'ils ne sont pas au travail, sans libération de tâches.

---

Tableau 5 environ ici

---

#### Relation entre connaissances et expérience

Une corrélation de Pearson a été réalisée afin de vérifier la nature de la relation, entre les années expérience du personnel soignant et les connaissances des symptômes aphasiques pour chacun des types. Les résultats (tableau 6) ne démontrent aucune corrélation digne de mention (< 1%) entre les connaissances et l'expérience: toute catégorie de personnel soignant confondue. La matrice de corrélation révèle toutefois que le score des connaissances des

symptômes dans l'aphasie de Broca explique 16% de la variation des scores de l'aphasie de Wernicke et 6.5% de l'aphasie globale. À ce titre, les scores de connaissances de Wernicke expliquent 18% de la variation des scores de l'aphasie globale.

---

Tableau 6 environ ici

---

## **Discussion**

La présente étude pilote avait pour but de vérifier les connaissances du personnel soignant qui travaille en CHSLD auprès de personnes présentant un trouble de communication de type aphasique consécutif à un AVC, présentant des troubles du comportements, caractérisés comme étant perturbateurs. Dans ce contexte, les recherches réalisées auprès de cette population sont quasi inexistantes. En effet, la grande majorité des études publiées sur les troubles du comportement exprimés comme perturbateurs ont été effectuées auprès de sujets ayant soit un AVC droit, soit chez des personnes ayant des atteintes cognitives, soit une maladie dégénérative comme la maladie d'Alzheimer.

## **Échantillon**

À la suite de l'envoi, 58 questionnaires ont été complétés, dont 36 du milieu A et 22 du milieu B. La collecte des données a été effectuée au mois d'octobre 2001 au moment où le CHSLD venait de changer de directeur général. De plus, à l'instar d'autres établissements du Québec, le CHSLD était contraint à des coupures budgétaires au niveau des soins infirmiers. Pendant la semaine d'envoi des questionnaires aux participants de l'étude pilote, en milieu B, des changements majeurs dans le fonctionnement des unités de soins ont été

appliqués (coupures de poste, changements dans le fonctionnement des équipes, rotation du personnel, surcharge de travail, diminution des effectifs d'infirmières auxiliaires par unité de soins, etc.). Qui plus est, le personnel avait reçu des consignes claires des différents syndicats de ne pas faire de tâche excédant à leur titre d'emploi, par exemple, assister à des formations, compléter des sondages, faire du temps supplémentaires, et prendre entièrement toutes les pauses café, etc. Ces contraintes permettent d'expliquer le faible taux de participation à l'étude pilote (19.3%).

#### Profil des répondants

L'âge moyen des professionnels du milieu A ( $40.7 \pm 7.7$ ) est plus élevé ( $p > 0.05$  - NS) que celui du milieu B ( $33.8 \pm 10.0$ ); il n'est pas surprenant de constater cette différence d'âge, puisque le milieu B a été victime des départs massifs par mise à la retraite de plusieurs professionnelles à l'été 1997 comparativement au milieu A. Le constat est également mesurable selon l'expérience de travail qui est plus élevée dans le milieu A ( $15.1 \pm 10.2$ ) comparativement au milieu B ( $9.8 \pm 8.3$ ).

La scolarité varie d'un diplôme universitaire à un niveau primaire et/ou secondaire non terminé. Dans l'échantillon aucune infirmière (même parmi les cadres infirmières-chefs) ne possède une formation de cycle supérieur (maîtrise ou doctorat). Pour les infirmières auxiliaires, la formation peut varier d'un diplôme obtenu à l'hôpital à la formation de niveau secondaire depuis le début des années 1970. Ceci explique pourquoi un pourcentage plus élevé de formation de niveau secondaire se retrouve dans la catégorie des professionnels. Les préposées aux bénéficiaires (non professionnels) sont subdivisées

en deux groupes, celles ayant obtenu un diplôme et les autres ayant obtenu une formation sur le terrain par expérience. Avant 1985, il n'était pas nécessaire pour une préposée d'avoir un diplôme pour travailler dans le domaine de la santé. À noter que les préposées sans diplôme possèdent le plus d'expérience. Les employeurs exigent maintenant que les préposées soient diplômées afin d'assurer une bonne qualité de services aux résidents et d'avoir des gens bien formés avec un minimum de connaissance.

La moitié des professionnels et le tiers des non professionnels travaillent à temps complet et les autres occupent un poste à temps partiel régulier et occasionnel. Ce phénomène ne diffère pas des autres milieux de santé au Québec. Après la négociation de 1997, le gouvernement autorisait l'ouverture de nombreux postes à temps complet pour favoriser la rétention du personnel dans les établissements de santé au Québec.

#### Comportement perturbateurs

L'analyse des résultats, montre que près de la moitié du personnel soignant est exposé soit comme témoin soit comme victime à des comportements perturbateurs (agressivité verbale, physique, de cris) et que plus de 50% des professionnels et des non professionnels sont victimes de comportements répétitifs et demandes répétitives également au moins une fois par jour. De façon générale, les résultats corroborent les écrits de certains auteurs dont Pontin (1996) et Karol (2002), à l'effet que les infirmières et le personnel soignant ne possèdent pas suffisamment de connaissances spécifiques pour gérer avec une approche individuelle les troubles du comportement chez les personnes ayant une lésion au cerveau à la suite d'un AVC.

Proportionnellement, les professionnels sont plus souvent témoins et victimes de comportements répétitifs et demandes répétitives tandis que les non professionnels sont plus souvent témoins et victimes de cris et d'agression verbale. Par ailleurs, les professionnels sont plus souvent victimes d'agressivité physique. Ce phénomène s'explique logiquement, puisque dans les CHLSD, les préposées aux bénéficiaires (non prof.) sont les soignants qui dispensent les soins de bases, qui ont des contacts directes et plus intimes et plus fréquents avec les résidents que les infirmières et les infirmières auxiliaires (professionnels). Il est constaté également que les professionnels et les non professionnels sont autant exposés les uns que les autres aux comportements perturbateurs suivants dans les situations où le résident s'exprime, lorsque le personnel ne réussit pas à se faire comprendre ou pendant les soins d'hygiène. Pour les professionnels, ce qui diffère c'est lorsque l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire administre les médicaments au résident aphasique, elles sont exposées à des comportements d'agressions physiques et/ou verbales..

Il est important de souligner que les répondants n'ont pas identifié le "moment du jour" comme élément déclencheur des comportements perturbateurs. Les observations rapportées par les soignants diffèrent des résultats de recherches portant sur des populations atteintes de maladies dégénératives. En effet, l'analyse des scores des connaissances en matière des différents symptômes de troubles de communication de type aphasique à l'étude montrent si les soignants à priori ont tendance, à penser que les personnes souffrant de trouble de communication de type aphasique ont des comportements analogues aux personnes atteintes d'une maladie dégénérative comme la maladie d'Alzheimer (i.e. difficulté à communiquer leurs besoins, difficulté à comprendre, variabilité dans la

compliance aux soins, action ou réaction contraire à ce qui est demandé), le moment du jour n'est pas rapporté. La raison est simple dans la situation. La difficulté à communiquer de la personne souffrante de trouble de communication de type aphasique peut se manifester à toute heure du jour ou de la nuit, ou quelle que soit l'intervention.

Les données recueillies révèlent que les participants expriment à l'unanimité ont un niveau élevé de besoin de formation pour l'intervention et la gestion adéquate des troubles du comportement chez les personnes souffrant de trouble de communication de type aphasique peu importe qu'ils soient libérés ou non. Cette unanimité parmi les répondants pourrait s'expliquer par l'originalité de cette étude pilote car peu d'études ont été réalisées auprès de personnes ayant subi un AVC du côté gauche présentent des troubles de comportements.

#### Relation entre connaissances et expérience

Les résultats obtenus démontrent que les professionnels cumulant le plus d'expérience n'ont pas plus de connaissances que les autres soignants par rapport aux symptômes des différents types de troubles de communication de type aphasique. Or il n'existe pas de formation spécifique pour le personnel soignant qui traite du domaine du trouble de comportement chez les personnes souffrant de trouble de communication de type aphasique, d'où l'importance d'une formation dans ce sens.

Dans le contexte d'une population vieillissante, l'absence de données précises quant à la formation du personnel oeuvrant en CHLSD ajouté à l'augmentation du nombre et de la lourdeur des cas, doublé d'une pénurie de personnel qualifié, rendent difficile

l'élaboration de programmes adéquats de formations pour le personnel soignant. Pour améliorer la qualité de vie en CHSLD autant pour les résidents et le personnel soignant. Il est impératif pour les soignants d'apprendre à reconnaître et à composer avec les comportements perturbateurs pour intervenir judicieusement et éliminer à la source une situation susceptible de mener à l'exaspération.

Le modèle hybride de Séguin et Coutu-Wakulczyk (Séguin et al., 2003) s'inspire des assises fondamentales de la théorie de Maslow pour y greffer les principes complémentaires de la communication dans le but de satisfaire aux besoins des personnes souffrant de trouble de communication de type aphasique et du personnel soignant oeuvrant avec cette clientèle (Séguin et al.). La communication consiste à établir une relation entre les humains. Pour la personne souffrant de trouble de communication de type aphasique, qui est incapable d'exprimer ses besoins fondamentaux par la parole, les conséquences sont désastreuses et ce dernier exprime alors son désespoir par des comportements perturbateurs (Karol, 2002). Cette conduite permet souvent au client de recevoir l'attention nécessaire à la satisfaction de ses besoins de bases (Séguin et al). Par ailleurs, les soignants réagissent de façon catastrophique, par le désespoir, la frustration, la colère, la démotivation, la culpabilité, parce qu'ils se sentent impuissants et incapables de répondre aux besoins fondamentaux des résidents.

En dépit des limites méthodologiques de cette étude pilote, les résultats démontrent le manque de connaissances du personnel soignant qu'il soit professionnel ou non professionnel en ce qui a trait aux différents symptômes des trois types de troubles de communication de type aphasique s étudiés et la gestion des troubles de comportements qui

en découlent. Ce programme de formation permettrait de fournir les outils et les connaissances nécessaires pour connaître les symptômes associés aux différents types d'aphasie et d'élaborer un plan de soins individualisé en tenant compte des déficits causés par la lésion suite à l'AVC gauche. Étant donné la présente pénurie de main-d'oeuvre professionnelle spécialisée vécue en milieu de santé, il est primordial de munir les infirmières de moyens susceptibles de diminuer les coûts administratifs et économiques engendrés au taux d'absentéisme élevé dû à l'épuisement professionnel. Les infirmières sont confrontées régulièrement à l'échec de ne pouvoir gérer adéquatement les troubles de comportements chez ces résidents et ni même d'avoir les connaissances nécessaires pour expliquer ces échecs. Si le personnel soignant était capable de prévenir les troubles du comportement, le personnel contribuerait à prévenir la dégradation du milieu de vie associé aux comportements perturbateurs de la clientèle et augmenterait d'autant la qualité de vie du milieu de travail. À l'instar d'agent multiplicateur, le personnel pourrait, avec l'acquis de connaissances spécifiques, former à leur tour les personnes significatives et les aidants naturels pour ensuite obtenir leur soutien et leur aide.

## **Conclusion**

L'objectif de cette étude pilote était premièrement de vérifier s'il existait une différence significative entre les connaissances du personnel soignant professionnel et non professionnel par rapport aux symptômes des différents types de troubles de communication de type aphasique. Il fallait également vérifier si les professionnels et les non professionnels étaient exposés aux mêmes comportements perturbateurs, au même moment, pendant les

mêmes interventions et à la même fréquence. Et pour finir si le personnel soignant désirait recevoir de la formation et dans quelle condition.

L'étude pilote a démontré que les professionnels et les non professionnels ne possèdent pas les connaissances pour faire face aux comportements perturbateurs des résidents habitant en CHSLD souffrant de trouble de communication de type aphasique suite à un AVC gauche. Par le fait même, comme ils ne connaissent pas les symptômes de l'aphasie, il est peu réaliste de penser qu'ils possèdent les stratégies d'interventions auprès de cette clientèle de mêmes que les connaissances et la capacités de gérer les comportements perturbateurs. Le but de la formation souhaitée serait de permettre au personnel soignant d'acquérir des connaissances sur l'impact d'une lésion au cerveau, tel un AVC avec comme conséquence une aphasie, d'être capable de reconnaître les différents symptômes associés aux différents types d'aphasies et de mieux connaître le mode d'intervention et de gestion adéquates pour gérer plus efficacement les comportements exprimés comme étant perturbateurs.

Les limites de l'étude pilote, incluant l'utilisation de l'instrument de collecte des données non-validé et la petite taille de l'échantillon empêchent la généralisation des résultats de cette recherche descriptive à l'ensemble de la population du CHSLD étudié. Cependant, des indices probants (tel que l'unanimité des répondants sur les points majeurs) permettent d'extrapoler que le manque de connaissances du personnel soignant face aux résidents souffrant de trouble de communication de type aphasique suite à un AVC présentant des troubles du comportement serait effectivement généralisé. Les résultats de cette étude pilote pourront aider les gestionnaires des soins infirmiers à planifier les

formations qu'ils offrent à leur personnel et les soignants à offrir des soins de qualité aux personnes au prise avec ce handicap de communication en leur assurant une meilleure qualité de vie en CHSLD tout en préservant la motivation du soignant de continuer à travailler avec cette clientèle sans s'épuiser puis quitter le milieu du CHSLD.

La présente étude pilote serait une primeur en matière d'évaluation des connaissances du personnel soignant en CHSLD, par rapport aux résidents souffrant de trouble de communication de type aphasique suite à un AVC gauche ayant des comportements perturbateurs. Par conséquent, il serait intéressant dans une étude subséquente de pouvoir évaluer en pré test les connaissances des professionnels et des non professionnels avant de recevoir une formation spécialisée et de comparer ces résultats avec ceux d'un post test effectué six mois après avoir reçu la formation et ce, dans le but de vérifier l'amélioration et la rétention des connaissances sur l'impact négatif de la fréquence des comportements perturbateurs selon l'élément déclencheur.

Finalement, dans le but de mieux comprendre le lien entre les troubles de la communication et les besoins fondamentaux tirés du modèle de Maslow. Cette recherche a nécessité l'élaboration d'un cadre conceptuel spécifique comme assise fondamentale à la résolution de problème associé aux troubles de la communication. Bref, si les besoins fondamentaux des résidents ne sont pas comblés faute de se faire comprendre, les comportements perturbateurs augmentent entraînant par ricochet une augmentation de la frustration, du désespoir ou de la démotivation du personnel soignant déstabilisé à son tour parce qu'il ne peut comprendre.

## RÉFÉRENCES

Botez, M.I. (1997). Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement.(2e éd.). Paris: Masson.

Goldstein, K. (1948). Language and language disturbances. New York. Grune and Stratton.

Goodglass, H. Kaplan, E. & Barresi, B., (2001). The assesement of aphasia and related disorders, (3<sup>e</sup> éd.), Baltimore: Lippincott Williams & Walkins.

Hottin, P., Bourque, M., & Bonin, C. (1997). Approche des troubles du comportement chez les personnes atteintes de déficits cognitifs. Dans: Arcand, M. & Hébert, R. (1997). Précis patique de gériatrie. (2e éd.). Québec: Edisem Inc.

Karol, R.L. (2002). Advanced in neurobehavioral treatment after acquired brain injury: the traitement of severe behavioral dyscontrol. Actes de congrès: Congrès international de réadaptation en traumatologie à Québec-Canada. Octobre 2002.

Pontin, D. (1996). The Effect of Primary Nursing on the Quality Nursing Care : an Action Research study of Nursing Developped. Work: University Of Manchester.

Santé Canada. (1999). Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires au Canada. Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie. Ottawa, Ontario.

Scholte op Reimer, W.J.M., Haan, R.J., Rijnders, P.T., Limburg, M., & Van den Bos, G.A.M. (1998). The burden of caregiving in partners of long term stroke survivors. Stroke. American Heart Association Inc; 29: 1605-1611.

Séguin, C., Coutu-Wakulczyk, G., Vachon, M.P., Brosseau, L. (2003). Le poids des silences...: comportements perturbateurs chez les personnes aphasiques. *Infirmière canadienne*. Vol.4. no 1. Pages 4-10.

Springer, S.P.& Deutsch, G., (2000). *Cerveau gauche, cerveau droit. À la lumière des neurosciences*. De Boeck Université. Bruxelles.

Statistiques Canada (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Fondation des maladies du coeur du Canada. Ottawa.

Teasell, R., (1993). Catastrophic reaction after stroke : a case study. *Arch Phys. Med. Rehabil* . 72 : 151-153.

Verstichel, P., et Cambier, J. (1997) Les aphasies. dans: Botez, M.I.(1997). *Neurologie clinique et neurologie du comportement*. Paris: Masson. 455-489.

Tableau 1. Moyennes et écarts types de l'âge, de l'ancienneté, et de l'expérience selon la catégorie de personnel soignant et le milieu

Variables	Professionnel		Non professionnel	
	Milieu A $\bar{x}$ (é.t.)	Milieu B $\bar{x}$ (é.t.)	Milieu A $\bar{x}$ (é.t.)	Milieu B $\bar{x}$ (é.t.)
Âge	40.7 ( 9.7)	33.8 (10.0)	38.2 (11.1)	38.0 (13.0)
Ancienneté	9.0 ( 9.1)	9.6 ( 8.3)	8.4 ( 9.2)	10.3 ( 9.8)
Expérience	15.1 (10.2)	9.8 ( 8.3)	10.1 ( 9.9)	6.8 ( 8.3)

Tableau 2. Répartition des répondants selon le statut d'emploi, quart de travail et la catégories de personnel.

Variables	Professionnel n (%)	Non professionnel n (%)
<b>Statut d'emploi</b>		
Temps complet	10 (45.5)	13 (36.1)
Temps partiel	11 (50.0)	13 (36.1)
Temps partiel occasionnel	1 ( 4.5)	9 (25.0) ;
Sans réponse	- ( - )	1 ( 2.8)
<b>Quart de travail</b>		
Jour seulement	11 (50.0)	12 (33.3)
Soir ou nuit seulement	3 (14.3)	8 (22.2)
Jour-soir-nuit	3 (14.3)	9 (25.0)
Jour-soir ou Soir-nuit	5 (19.0)	6 (16.7)
Sans réponse	- ( - )	1 ( 2.8)

Tableau 3. Répartition des comportements perturbateurs rapportés selon la catégorie de personnel soignant et la situation de témoin ou victime.

Variables	Témoin		Victime	
	Profes. n (%)	Non profes. n (%)	Profes. n (%)	Non profes. n (%)
<b>Agressivité verbale</b>				
Au moins 1/ jour	9 (40.9)	16 (44.4)	12 (54.5)	18 (50.0)
Au moins 1/ sem.	- ( - )	2 ( 5.6)	- ( - )	- ( - )
Rare/jamais	12 (54.5)	18 (50.0)	9 (40.9)	15 (41.7)
Sans réponse	1 ( 4.5)	- ( - )	1 ( 4.5)	3 ( 8.3)
<b>Agressivité physique</b>				
Au moins 1/ jour	9 (40.9)	14 (38.9)	7 (31.8)	13 (36.1)
Au moins 1/ semaine	- ( - )	- ( - )	- ( - )	- ( - )
Rarement/ jamais	12 (54.5)	16 (44.4)	12 (54.5)	17 (47.2)
Sans réponse	1 ( 4.5)	6 (16.7)	3 (13.7)	6 (16.7)
<b>Cris</b>				
Au moins 1/ jour	9 (40.9)	15 (41.7)	5 (22.7)	12 (33.3)
Au moins 1/ semaine	7 (31.8)	8 (22.2)	8 (36.4)	9 (25.0)
Rarement/ jamais	5 (22.7)	9 (25.0)	9 (40.9)	11 (30.6)
Sans réponse	1 ( 4.5)	4 (11.1)	- ( - )	4 (11.1)
<b>Comportements répétitifs</b>				
Au moins 1/ jour	11 (50.0)	15 (41.7)	10 (45.5)	15 (41.7)
Au moins 1/ semaine	3 (13.6)	9 (25.0)	4 (18.2)	8 (22.2)
Rarement/ jamais	5 (22.7)	8 (22.2)	5 (22.7)	9 (25.0)
Sans réponse	3 (13.6)	4 (11.1)	3 (13.6)	4 (11.1)
<b>Demandes répétitives</b>				
Au moins 1/ jour	15 (68.2)	23 (63.9)	13 (59.1)	18 (50.0)
Au moins 1/ semaine	3 (13.6)	4 (11.1)	4 (18.2)	9 (25.0)
Rarement/ jamais	4 (18.2)	5 (13.9)	3 (13.6)	5 (13.9)
Sans réponse	- ( - )	4 (11.1)	2 ( 9.1)	4 (11.1)

Tableau 4. Moyennes et écarts-types des scores de connaissances des symptômes des différents types d'aphasie selon la catégorie de personnel soignant.

Scores	Professionnel	Non professionnel	Score	
	$\bar{x}$ (é.t.)	$\bar{x}$ (é.t.)	Min	Max
Aphasie de Broca	3.9 ( 3.1)	2.1 ( 3.0)	0 à 10	
Aphasie de Wernicke	0.9 ( 1.9)	0.6 ( 1.6)	0 à 7	
Aphasie globale	5.3 ( 8.8)	3.4 ( 7.2)	0 à 17	

Tableau 5. Répartition des intérêts de formation selon la catégorie de personnel soignant, la durée et la condition de libération des tâches.

Formation	Libéré n = 27 (%)	Non libéré n = 23 (%)	Sans précision n = 9 (%)
<b>Professionnel</b>			
1 journée complète	5 (18.5)	2 ( 8,7)	0 ( - )
1 demie journée	1 ( 4.5)	5 (21.7)	1 (11.1)
1 période de 1h30	1 ( 4.5)	3 (13.4)	0 ( - )
Sans précision	1 ( 4.5)	0 ( - )	3 (33.3)
<b>Non professionnel</b>			
1 journée complète	10 ( 4.5)	6 (26.0)	0 ( - )
1 demie journée	3 (13,6)	4 (17.4)	0 ( - )
1 période de 1h30	0 ( - )	3 (13.0)	0 ( - )
Sans précision	5 (18.5)	0 ( - )	5 (55.5)

Tableau 6. Matrice de corrélation de Pearson des années d'expérience et des scores de connaissances des différents types d'aphasie: Broca, Wernicke et Globale.

	Expérience (ans)	Broca	Wernicke	Globale
Expérience (ans)	1.00			
Broca.	-.009	1.00		
Wernicke.	-.054	.402	1.00	
Globale.	-.031	.250	.426	1.00

\* $p \leq 0.05$

## CHAPITRE 5

### DISCUSSION

La présente étude pilote avait pour but de vérifier le moment, la fréquence et l'élément déclencheur de comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant en CHSLD et leurs connaissances en matière d'une séquelle de trouble de communication de type aphasique à la suite d'un AVC. Dans un contexte de CHSLD, les recherches menées du personnel soignant à l'égard de ces résidents sont quasi inexistantes car la grande majorité des études publiées portent sur les troubles de comportement en présence de problèmes d'origine neurologique chez des personnes ayant des atteintes cognitives ou de maladie dégénérative comme la maladie d'Alzheimer ou bien lorsque les résidents ont subi soit un AVC droit. En dépit des limites méthodologiques de cette étude pilote, les résultats permettent de tirer des conclusions valables et utiles pour des études ultérieures.

#### 5.1 Échantillon

Le CHSLD dans lequel s'est déroulée l'étude comptait plus de 250 personnes au Milieu A et 300 personnes au Milieu B, subdivisé en: 1) professionnelles composées des infirmières et des infirmières auxiliaires, et 2) non professionnels formés par des préposés aux bénéficiaires (CHSLD de Hull, 1999). Tous les employés qui répondaient aux critères d'admissibilité soit 300 personnes ont reçu le questionnaire de collecte des données par l'entremise du Service des ressources humaines (Service de la paie). À la suite de l'envoi primaire et d'un rappel, 58 questionnaires ont été retournés complétés dont 36 du milieu A et 22 du milieu B.

La collecte des données a été effectuée au début d'octobre 2001, au moment où le CHSLD venait de changer de directeur général. De plus, à l'instar d'autres établissements au Québec, le CHSLD était contraint à des coupures budgétaires au niveau des soins infirmiers. Pendant la semaine d'envoi des questionnaires au personnel soignant, en milieu B, des changements majeurs dans le fonctionnement des unités de soins ont été mise en place, entre autres, des coupures de poste, des changements dans le fonctionnement des équipes de soins, de la rotation accrue du personnel soignant, des surcharges de travail et une diminution des effectifs d'infirmières auxiliaires par unité de soins. Qui plus est, en réponse à ces perturbations au travail, les différents syndicats avaient émis des consignes claires à leurs membres incluant celles de ne pas accomplir de tâches excédant leur titre d'emploi, par exemple, d'assister à des sessions de formation, de compléter des sondages, de faire du temps supplémentaire et prendre entièrement toutes les pauses café, etc. Ces contraintes pourraient expliquer le faible taux de près de 20% de participation à l'étude (58/300).

## 5.2 Profil des répondants selon les variables étudiées

### 5.2.1 Données socio-démographiques

Bien que non statistiquement significatifs, l'âge moyen des professionnels du milieu A est plus élevé ( $40.7 \pm 7.7$ ) que celui milieu B, ( $33.8 \pm 10.0$ ); il n'est pas surprenant de constater cette différence d'âge, puisque le milieu B a été l'une des grandes victimes du départ massif à la retraite de plusieurs professionnelles à l'été 1997 comparativement au milieu A qui a été peu affecté par cet exode. La différence est également visible en regard de l'expérience de travail qui est plus élevée dans le milieu A comparativement ( $15.1 \pm 10.2$ )

au milieu B ( $9.8 \pm 8.3$ ) sans toutefois atteindre un niveau significatif statistique ( $p > 0.05$ ).

La scolarité varie d'un diplôme universitaire à un niveau primaire et/ou secondaire non terminé. Pour les infirmières, il existe trois types de formation: la formation à l'hôpital (dernier diplôme obtenu vers les années 1970) retrouvée en minorité dans l'échantillon, le diplôme collégial (CEGEP) représentant la majorité et la formation universitaire avec baccalauréat en sciences infirmières terminé ou en cours également très minoritaire. Le baccalauréat n'est pas obligatoire pour pratiquer comme infirmière au Québec. Dans l'échantillon aucune des infirmières ayant retourné le questionnaire ne possède une formation de cycle supérieur (maîtrise ou doctorat). Pour les infirmières auxiliaires, la formation peut varier d'un diplôme obtenu à l'hôpital (avant 1970) à une formation de niveau secondaire depuis le début des années 1970. Ces données expliquent le pourcentage élevé de professionnelles possédant une formation de niveau secondaire.

Les préposés aux bénéficiaires (non professionnels) sont subdivisées en deux groupes: avec diplôme ou sans diplôme (formation acquise sur le terrain). Avant 1985, il n'était pas nécessaire pour cette catégorie de personnel d'avoir un diplôme pour travailler dans le domaine de la santé. Les employeurs exigent maintenant que les préposés soient diplômés en soins généraux afin d'assurer une bonne qualité de services aux résidents et un minimum de connaissances spécifiques aux problèmes de santé. La formation de préposé, d'une durée d'environ 800 heures, est dispensée au secondaire, dans le cadre de programmes hors structures régulières, par le Ministère de l'Éducation. Au plan du statut d'emploi, la moitié du personnel professionnel travaille à temps complet et l'autre moitié occupe un poste à temps partiel régulier ou occasionnel. Ces données ne diffèrent pas des autres milieux de

santé étant donné qu'après la négociation de 1997, le gouvernement autorisait l'ouverture de nombreux postes à temps complet pour favoriser la rétention du personnel au sein des établissements de santé au Québec. Les infirmières auxiliaires composent en majorité le personnel professionnel dans les CHSLD.

Néanmoins, ces observations au plan de la formation des professionnels, ajouté à la rotation n'a rien pour favoriser la mise en place de services de soins plus stables pour le personnel soignant et pour les résidents. Cette faible stabilité est d'autant plus problématique pour les victimes d'un AVC présentant un trouble de communication de type aphasique, déjà vulnérable, que les deux tiers (2/3) des non professionnels sont assujettis à la rotation sur deux quarts de travail et que plus de la moitié travaillent à temps partiel ou occasionnel. Rappelons qu'en CHSLD, les préposés représentent le personnel le plus souvent assignés aux soins et physiologiques de bases et d'hygiène auprès des résidents. Ce manque de stabilité du personnel peut aisément se traduire en sentiment d'insécurité pour la personne atteinte de trouble de communication de type aphasique. Cette insécurité vient compliquer davantage une situation déjà complexe à l'égard des soins infirmiers aux personnes vivant un handicap profond au plan de la communication.

### 5.2.2 Comportements jugés perturbateurs

L'analyse des résultats des comportements jugés perturbateurs montre qu'au moins une fois par jour, plus de 40% des professionnels et des non professionnels sont soit victimes soit témoins d'agressivité verbale, d'agressivité physique, de cris, de gestes répétitifs et, ou demandes répétitives. De façon générale, ces résultats corroborent les écrits Pontin (1996)

et Karol (2002), à l'effet que les infirmières et les préposés ne possèdent pas suffisamment de connaissances spécifiques pour assurer une gestion individuelle des troubles du comportement chez les personnes ayant une lésion au cerveau à la suite d'un AVC.

Selon les résultats obtenus dans la présente étude, les professionnels sont plus souvent témoins et, ou victimes de gestes répétitifs et de demandes répétitives, tandis que les non professionnels sont plus souvent témoins et victimes de cris et d'agression verbale. Par ailleurs, les professionnels sont plus souvent victimes d'agressivité physique. Ce phénomène s'explique par le fait qu'en CHLSD, les préposés aux bénéficiaires sont les travailleurs qui dispensent les soins de base, avec les contacts directes les plus intimes et les plus fréquents avec les résidents; rarement les infirmières et les infirmières auxiliaires sont-elles impliquées pour les soins de base. Les professionnels et les non professionnels rapportent être exposés autant les uns que les autres aux comportements perturbateurs surtout lorsque le résident s'exprime, pendant les soins d'hygiène et lorsque le personnel ne réussit pas à se faire comprendre. La situation de soins infirmiers qui distingue les professionnels des non professionnels se situe aux moments de l'administration des médicaments, périodes durant lesquelles l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire sont alors exposée davantage aux comportements d'agression physique.

Il est à noter que les répondants n'ont pas identifié de "moment du jour" particulier comme élément déclencheur des comportements jugés perturbateurs, ce qui constitue une différence importante entre les résultats de la présente étude et les recherches effectuées auprès de populations atteintes de maladies dégénératives (Lévesque et al., 1990; Hottin et al., 1997; Finkel et al., 1998). Ces résultats laissent présager que si le personnel soignant

bénéficiait d'une formation adéquate, il n'aurait pas tendance à croire que les victimes d'un AVC accompagné de trouble de communication de type aphasique présentent des comportements analogues à ceux des personnes atteintes d'une maladie dégénérative. Par exemple, dans une situation impliquant une personne avec trouble de communication de type aphasique suite à l'AVC, la difficulté à communiquer se manifeste à toute heure du jour ou de la nuit, quelle que soit l'intervention. Comparativement, dans la maladie d'Alzheimer la présence des symptômes est constante selon un pattern personnel à chacun quant aux difficultés à communiquer les besoins et à comprendre les consignes, une variabilité dans la compliance aux soins, action ou réaction contraire à ce qui est demandé.

### 5.2.3 Connaissances des symptômes des différents types d'aphasie

Les connaissances des répondants ne diffèrent guère ( $p > 0,05$ ) entre le groupe de professionnelles et celui des préposés, ni entre les milieux. En effet, quelque soit le type d'aphasie, seulement près du tiers des symptômes ont été identifiés correctement tous types d'aphasie confondus. Ces résultats corroborent les écrits de Pontin (1997) voulant que les infirmières n'ont pas toujours les connaissances nécessaires à la gestion des problèmes de comportements de la part des résidents. Au plan des services infirmiers, pour assurer une intervention judicieuse et efficiente de prévention des manifestations de frustration de la part du résident, il importe de former le personnel infirmier adéquatement pour assumer son rôle efficacement. Cette observation est d'autant plus crédible que les participants expriment à l'unanimité un besoin élevé de formation au plan de l'intervention et de la gestion adéquate des troubles du comportement, indépendamment d'être libérés ou non des tâches régulières.

### 5.3 Relation entre connaissances et expériences

Les résultats de la relation entre les connaissances et l'expérience démontrent que les professionnels cumulant le plus d'expérience n'ont pas démontré plus de connaissances quant aux symptômes des différents types d'aphasie que les soignants ayant peu d'expérience. Or, aucun programme de formation en cours d'emploi n'a pu être répertorié traitant spécifiquement du domaine de la gestion et des interventions auprès d'une clientèle de victimes d'AVC avec trouble de communication selon le type d'aphasie, susceptibles de mener à une frustration intense et à des comportements inadéquats. Seuls les problèmes de comportement reliés à des troubles de démence ou de psycho-gériatrie font l'objet d'unités et de services spécifiques à l'intérieur des CHSLD.

### 5.4 Relation entre la littérature et les résultats

Cette étude visait à répondre à trois questions: 1) Quel est le profil des comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant en CHSLD selon la fréquence, le moment et l'élément déclencheur? 2) Quelles sont les connaissances du personnel soignant en regard de trois types d'aphasie les plus communs en CHSLD afin de savoir reconnaître les symptômes et d'intervenir adéquatement? 3) Existe-t-il une association entre les caractéristiques socio-démographiques du personnel soignant et la perception de comportements perturbateurs?

Dans un contexte du vieillissement de la population, l'augmentation du nombre et de la complexité des soins à dispenser, en plus de la pénurie de personnel qualifié et stable en CHSLD ouvrent la porte à de multiples problèmes. Aussi, en l'absence de données précises

relativement aux questions posées dans cette étude, l'élaboration de programmes de formation adéquate pour le personnel soignant infirmier représente tout un défi. Au plan des soins infirmiers, le personnel soignant doit apprendre à reconnaître et à composer avec les comportements jugés perturbateurs pour intervenir judicieusement et éliminer à la source une situation susceptible de les exacerber.

Si la communication consiste à établir une relation, les conséquences sont désastreuses pour la personne ayant un trouble de communication de type aphasique suite à un AVC aphasique, qui est incapable d'exprimer ses besoins fondamentaux par la parole. Selon Karol (2002), la personne atteinte exprime alors son désespoir par des "comportements perturbateurs" permettant souvent au client de recevoir l'attention nécessaire à la satisfaction de ses besoins de bases. Par exemple, l'aphasique de Broca présente des problèmes d'expression tout en conservant habituellement la compréhension des mots. L'aphasique de Wernicke, a des problèmes de compréhension accompagnée de l'expression intacte mais vide de sens, alors que pour l'aphasique globale, l'expression et la compréhension sont toutes deux atteintes (Botez, 1997; Goodglass et al. 2001).

Les écrits scientifiques portant sur les liens entre les comportements suite à un AVC gauche avec aphasie sont presque inexistant. Les auteurs mentionnent l'AVC comme étant une lésion cérébrale organique aux conséquences neurologiques et cognitives souvent irréversibles (Habib, 1998) alors que d'autres, parlent de ce contexte, dans les cas de maladie dégénératives particulièrement dans le cas de maladie d'Alzheimer sans distinction. Pourtant, de nombreux auteurs avancent que les comportements perturbateurs sont un moyen de communication (Goodglass et al., 2001; Karol, 2002; Hottin et al., 1997). Au plan de la

pratique des soins infirmiers, les comportements jugés perturbateurs de chaque client doivent être identifiés avec le plus d'exactitude dans le cadre de l'individualisation de plan de soins. Les difficultés de langage représentent un défi pour le personnel soignant et constituent une entrave majeure à la communication entraînant des modifications importantes dans la vie de la personne lésée: perte de la capacité d'une personne à se faire comprendre ou à comprendre les gens qui l'entourent (Goodglass et al.).

Le modèle hybride de Séguin et Coutu-Wakulczyk s'inspire des assises fondamentales de la théorie de Maslow pour y greffer les principes complémentaires de la communication dans le but de satisfaire aux besoins des personnes aphasiques et du personnel soignant oeuvrant avec cette clientèle. (Séguin et al., 2003). Le problème de communication engendre frustration, colère, isolement chez la personne atteinte, et frustration, irritabilité, impatience, culpabilité chez les soignants. Les sentiments négatifs étant inversement proportionnels à l'incompréhension mutuelle qui s'installe. Comme le disait un résident, "Moins tu comprends, plus tu es frustré... moins tu es compris, plus tu es frustré..." Les conséquences de ce trouble de communication se reflète sur la non satisfaction des besoins fondamentaux.

### 5.5 Implication pour la profession

En dépit des limites méthodologiques de cette étude, les résultats démontrent le manque de connaissances du personnel soignant qu'il soit professionnel ou non professionnel en ce qui a trait aux différents symptômes des trois types d'aphasie étudiés et à la gestion des troubles de comportements exprimés. Ces résultats confirment l'importance d'un

programme de formation pour le personnel soignant. D'emblée, le contenu doit couvrir les principes de bases des lésions du cerveau et leurs conséquences en précisant les différences entre les lésions à gauche du cerveau et celles de droite tout en décrivant les différents types d'aphasie. L'impact de l'aphasie au quotidien et la gestion des comportements jugés perturbateurs des résidents aphasiques vivant en CHSLD devrait également prendre une place importante au plan du contenu du programme de formation.

En dépit des limites méthodologiques de cette étude, l'absence de différences significatives entre les scores de connaissances des symptômes des types d'aphasie obtenus par les professionnels et ceux des non professionnels démontre que tous les membres de l'équipe de soins bénéficieraient d'un programme de formation. Un tel programme, en plus de favoriser l'augmentation des connaissances du personnel soignant, pourrait améliorer la gestion des comportements jugés perturbateurs chez cette clientèle. L'une des retombées de la formation serait de fournir les outils nécessaires à l'élaboration de plan de soins individualisés répondant aux besoins fondamentaux et spécifiques de chacun des résidents aphasiques.

Au plan administratif, un tel programme de formation offre aussi des avantages qui ne doivent pas être ignorés. Le personnel soignant, quotidiennement confronté à l'échec de ne pouvoir gérer adéquatement les troubles du comportement, subit des pressions malsaines et l'échec laisse des traces importantes sur la qualité de vie au travail. Or, un personnel formé adéquatement, pourrait prévenir les troubles du comportement, contribuant à prévenir la dégradation du milieu de vie associé aux comportements perturbateurs de l'aphasique et

limitant d'autant l'épuisement professionnel et la démotivation du personnel soignant (Séguin et al., 2003).

Les administrateurs de CHSLD devraient investir dans la formation du personnel en regard des comportements des résidents. En plus, la direction des soins infirmiers et les responsables décisionnels auraient tout avantage à investir dans la qualité des soins aux résidents en intégrant au sein des équipes de soins, des infirmières en pratique avancée en gérontologie (infirmière praticienne ou infirmière clinicienne spécialisée). Cet ajout permettrait d'augmenter le niveau de compétence de l'équipe de soins et d'assurer une ressource pour le soutien au personnel soignant, de contribuer à diminuer l'impact négatif sur le personnel soignant au prise avec des problématiques majeures de comportements agressifs et perturbateurs de la part des résidents.

Étant donné la présente pénurie de main-d'oeuvre professionnelle spécialisée vécue en milieu de santé au Québec, il devient primordial de prémunir les infirmières de moyens susceptibles de diminuer les coûts administratifs et économiques engendrés par les taux élevés d'absentéisme relié à l'épuisement professionnel, souvent provoqués par une incapacité de gérer les troubles du comportement de la clientèle de plus en plus lourde en CHSLD. Il serait souhaitable de prendre soin du personnel soignant dès maintenant afin de conserver des soignants bien formés, motivés et en santé bien outillés pour composer avec les situations de plus en plus complexes des CHSLDs.

Au plan de la recherche, des études ultérieures sont nécessaires pour évaluer l'influence de la formation proposée à l'ensemble du personnel soignant (professionnel et non professionnel) selon un devis pré et deux post tests (6 mois plus tard) avec groupe de

comparaison. Cette approche permettrait de vérifier la rétention des connaissances du personnel soignant suite à la formation et de vérifier l'impact sur la fréquence des comportements perturbateurs rapportés par le personnel soignant. Également, une étude qualitative permettrait vérifier parmi les professionnels et les non professionnels les plus exposés aux comportements perturbateurs, quels comportements sont les plus fréquents et dans quelles circonstances ces comportements se manifestent-ils?

Le modèle hybride de Séguin et Coutu-Wakulczyck (2003) pourrait faire l'objet d'études afin de vérifier la relation entre la satisfaction des besoins fondamentaux et la diminution des comportements jugés perturbateurs et l'épuisement professionnel des soignants en CHSLD. Les instruments de cette étude pilote devraient aussi faire l'objet d'étude de validation afin de déterminer si le personnel soignant possédant cet aide-mémoire sont exposés à la même fréquence de comportements jugés perturbateurs que les autres soignants ne possédant pas cet aide mémoire.

## CONCLUSION

Le but de cette étude menée auprès du personnel soignant professionnel et non professionnel oeuvrant en CHSLD était de décrire leur perception des comportements jugés perturbateurs par des résidents atteints d'un AVC ayant un trouble de communication de type aphasique, selon la fréquence, le moment de la journée, l'élément déclencheur et l'intervention effectuée. Des questions étaient aussi posées relativement à l'intérêt du personnel soignant en matière formation et si cet intérêt était conditionnel à des dispositions administratives.

L'étude a démontré que les professionnels et les non professionnels sont mal outillés au plan des connaissances spécifiques pour reconnaître et conjuguer avec les situations reliées aux comportements jugés perturbateurs. Les résultats ont démontré que le personnel infirmier ne connaissent guère les symptômes de l'un ou l'autre des trois grand types d'aphasie (Broca, Wernicke et globale). Aussi, est-il peu réaliste d'imaginer que des stratégies pertinentes d'interventions préventives puissent être utilisée auprès des résidents atteints de trouble de communication suite à un AVC. Toutefois, ce qui est très positif et encourageant porte sur les réponses aux questions de formation auxquelles le personnel soignant dans son ensemble désire acquérir des connaissances et seul un faible pourcentage demande des conditions administratives.

Les limites de l'étude, incluant l'utilisation de l'instrument de collecte des données non-validé et la petite taille de l'échantillon empêchent la généralisation des résultats de cette étude à l'ensemble des travailleurs en CHSLD. Cependant, des indices probants de situations de comportements difficiles rapportés à titre de témoin ou de victime permettent de croire

que le manque de connaissances du personnel soignant à l'égard des résidents atteints de trouble de communication de type aphasique suite à un AVC demeurent un point majeur dans la qualité de vie au travail. En dépit des faiblesses inhérentes à un échantillon de convenance, les résultats pourront aider les gestionnaires des soins infirmiers à planifier des sessions de formation au personnel afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie aux résidents et la qualité de vie au travail du personnel soignant en CHSLD. Cette approche de gestion pourrait avoir également un double effet, tout en augmentant la qualité de vie au travail, la motivation du soignant est préservée, l'épuisement professionnel et le roulement du personnel pourraient également diminuer en CHSLD.

Des études subséquentes devraient être entreprises afin d'évaluer en prétest les connaissances des professionnels et des non professionnels avant de recevoir une formation spécialisée et de comparer ces résultats avec ceux d'un post test effectué six mois après avoir reçu la formation. Des résultats ultérieures permettraient de vérifier l'amélioration et la rétention des connaissances sur les jugements et la fréquence des comportements perturbateurs rapportés.

Finalement, dans le but de mieux comprendre le lien entre les troubles de la communication et les besoins fondamentaux tirés du modèle de Maslow. Cette recherche a nécessité l'élaboration d'un cadre conceptuel spécifique comme assise fondamentale à la résolution de problème associée aux troubles de la communication. À savoir que, si les besoins fondamentaux des résidents ne sont pas comblés par ce qu'ils ne peuvent se faire comprendre, les comportements perturbateurs augmentent entraînant par ricochet une augmentation de la frustration, du désespoir ou de démotivation du personnel soignant déstabilisé à son tour parce qu'il ne peut comprendre.

## RÉFÉRENCES

- Albert, MA., & Helm-Estabrooks, N. (1988a). Diagnosis and Treatment of Aphasia. Part 1. JAMA ; 259: 1043-1047.
- Albert, MA., & Helm-Estabrooks, N. (1988b). Diagnosis and treatment of aphasia. Part 2. JAMA ; 259: 1205-1210.
- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V., & Theorell, T. (1984). Disablement and quality of life after stroke. Stroke : 15 : 886-890.
- Arcand, M., & Harvey, A. (1997). Réadaptation. Dans: Arcand, M., & Hébert, R. (1997). Précis pratique de gériatrie. (2e éd.). Québec: Edisem Inc.
- Arcand, M., & Hébert, R. (1997). Précis pratique de gériatrie. (2e éd.). Québec: Edisem Inc.
- Banich, M. T. (1997). Neuropsychology : The neural bases of mental function. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Beck, C. Baldwin, B. Modlin, S., & Lewis, S. (1990). Caregivers perception of aggressive behavior in cognitively impairment nursing home residents. Journal of neuroscience nursing, 22, (no.3), 169-172.
- Bernspang, B., & Fisher, A., (1995). Différences beetwenn persons with right or left cerebral vascular accident on the assessment of motor and process skills. Archives of physical Medecin and Rehabilitation; 76: 1144-1151.
- Berthoux, F., Calmels, P., & Gautheron, V. (1999) Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients withtime: a primary report. Archives of physical Medecin and Rehabilitation; 78 : 19-23.

Berkow, R., & Fletcher, A.R., (2001). Le manuel Merck de diagnostic et thérapeutique. 2<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, Éditions d'après.

Blumberger, J., Fortin, D., Lachowicz, C., Leclaire, H., Rousseau, S., Roussignuolo, C., & Bouglé, F. (1998). Vers une meilleure communication avec une personne qui à une aphasie. Actes de colloque de l'institut de réadaptation de Montréal. Montréal.

Bouchard, R.W., & Markey, A., (1997). Accident vasculaire cérébral. Dans : Arcand, M. & Hébert, R. (1997). Précis pratique de gériatrie. (2e éd.). Québec: Edisem Inc.

Botez, M.I. (1997). Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement.(2e éd.). Paris: Masson.

Burgener, S.C. & Barton, D. (1991). Nursing care of cognitively impairment institutionalized elderly. Journal of gerontological nursing, 17, (no.4 ), 37-43.

Burns, N. & Grove, S (1997). The practice of nursing research: conduct, critique, and utilisation. 3<sup>rd</sup> edition Toronto: WB. Saunders.

CHSLD de Hull. (1999). Rapport annuel du CHSLD de Hull. Québec. Hull.

CHSLD de Hull. (2000). Rapport annuel du CHSLD de Hull. Québec. Hull.

Cohen-Mansfield, J. (1996) Conceptualisation of agitation results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Behavior Mapping Instrument. Int. Psychogeriatric. 8 (suppl. 3) 309-315

Denes, G., Semenza, C., Stoppa, E., & Lis, A. (1982). Unilateral spacial neglect and recovery from hemiplegia. Brain. 105 : 543-552.

- Finkel, S. I., Asada, T., Blake, L., Burns, A., Caine, E., Chandre, V & al., (1998).  
IPA.- BPSD Education Pack. IPA. Northfield. États-Unis.
- Folstein, M.F. (1997) Differential diagnosis of dementia Psychiatric Clin. North. AM.  
20: 45-57.
- Fortin, M. F., Taggard, M.E., Kerouac, S., Normand. (1988). Introduction à la  
recherche. Montréal: Décarie éditeur.
- Goldstein, K. (1948). Language and language disturbances. New York. Grune and  
Stratton.
- Goodglass, H. (1976). Agrammatism. Dans: Whitacker H, Whitacker H, eds. Studies  
in Neurolinguistics. Vol. 1. New York :Academic Press : 237-260.
- Goodglass, H. Kaplan, E. & Barresi, B., (2001). The assesement of aphasie and  
related disorders, (3<sup>e</sup> éd)., Baltimore: Lippincott Williams & Walkins.
- Habib, M., (1998). Bases neurologiques des comportements, (3<sup>e</sup> éd). Paris: Masson.
- Hafsteinsdottir, E., Grydonck, M., (1997). Being a stroke patient : a review of the  
litterature. Archives of physical Medecine and Rehabilitation, 72: 151-153.
- Hogan, E., & Adkins, H., (1991). Nursing care of clients with impaired  
communication. Rehab. Nursing.16. (2): 74-76.
- Hottin, P., Bourque, M., & Bonin, C. (1997). Approche des troubles du  
comportement chez les personnes atteintes de déficits cognitifs. Dans: Arcand, M. & Hébert,  
R. (1997). Précis patique de gériatrie. (2e éd.). Québec: Edisem Inc.

Karol, R.L. (2002). Advanced in neurobehavioral treatment after acquired brain injury: the treatment of sévere behavioral dyscontrol. Actes de congrès: Congrès international de réadaptation en traumatologie à Québec-Canada. Octobre 2002.

Kelly-Hayes, M., Wolf, P.A., Kannel, W.B., Sytkowski, P.D., Agostino, R.B. & Gresham, G.E. (1988). Factors influencing survival and need to institutionalization following stroke ; the Framingham study. *Arch Phys. Med. Rehabil*; 69: 415-418.

Lévesque, L., Roux, C., Lauzon, S. (1990). *Alzheimer, comprendre pour mieux aider*. St-Hyacinthe: Éd. du Renouveau Pédagogique Inc.

Maslow, A. H. (1963). "A Theory of Human Motivation". *Psychological Review* 50: 370-395.

Mohj, J.P. (1976). Broca's area and Broca's aphasia. Dans: Botez, M.I. (1997). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. (2e éd.). Paris: Masson.

Pontin, D. (1996). *The Effect of Primary Nursing on the Quality Nursing Care : an Action Research study of Nursing Developed*. Work: University Of Manchester.

Puertz, B.E. (1993). Dealing with the devastation of stroke. *Rehabilitation Nursing*. 18 (3): Mai-juin.

Ryden, M. (1986). Aggressive Behavior in Persons with Dementia who live in the Community. *The gerontologist*, 26, (3), 228-232.

Santé Canada. (1999). *Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires au Canada*. Direction générale de la protection de la santé, Laboratoire de lutte contre la maladie. Ottawa, Ontario.

Scholte op Reimer, W.J.M., Haan, R.J., Rijnders, P.T., Limburg, M., & Van den Bos, G.A.M. (1998). The burden of caregiving in partners of long term stroke survivors. *Stroke*. American Heart Association Inc; 29: 1605-1611.

Séguin, C., Coutu-Wakulczyk, G., Vachon, M.P., Brosseau, L. (2003). Le poids des silences...: comportements perturbateurs chez les personnes aphasiques. *Infirmière canadienne*. Vol.4. no 1. Pages 4-10.

Springer, S.P.& Deutsch, G., (2000). *Cerveau gauche, cerveau droit. À la lumière des neurosciences*. De Boeck Université. Bruxelles.

Statistiques Canada (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000*. Fondation des maladies du coeur du Canada. Ottawa.

Teasell, R., (1993). Catastrophic reaction after stroke : a case study. *Arch Phys. Med. Rehabil* . 72 : 151-153.

Verstichel, P., et Cambier, J. (1997) Les aphasies. dans: Botez, M.I.(1997). *Neurologie clinique et neurologie du comportement*. Paris: Masson. 455-489.

# SCHÉMA OPÉRATOIRE DES VARIABLES

## Échantillon

- Professionnels:
  - Infirmières
  - Infirmières auxiliaires
- Non-professionnels:
  - Préposés aux bénéf.

## Variables indépendantes

- Différents types d'aphasie
- Connaissance du personnel

## Variables dépendantes

- Comportement perturbateur (Selon)
- Le moment du jour
- L'élément déclencheur
- La fréquence de l'intervention

## Variables concomitantes

- Données socio-démographiques
- Expérience
- Statut d'emploi

## ANNEXE II

Connaissances du personnel soignant  
sur les différents troubles de communication de type aphasique

**Aphasie de Broca: score total possible 10 points**

- agressivité verbale;
- agressivité physique;
- cris;
- refus de coopérer;
- jargon avec intonation;
- difficulté d'expression;
- propos incohérent;
- humeur très variable;
- ne parle pas;
- pleure beaucoup.

Mohj (1976); Banich (1997); Habib (1998); Goodglass et al. (2001).

**Aphasie de Wernicke: score total possible 7 points**

- comportement répétitif;
- refus de coopérer;
- diminution du jugement;
- difficulté de compréhension;
- propos incohérent;
- désorientation dans le temps;
- ne comprend pas.

Mohj (1976); Banich (1997); Habib (1998); Goodglass et al. (2001).

**Aphasie globale: score total possible 17 points**

- agressivité verbale;
- agressivité physique;
- cris;
- comportement répétitif;
- refus de coopérer;
- jargon avec intonation;
- diminution du jugement;
- difficulté d'expression;
- difficulté d'expression;
- humeur très variables;
- ne parle pas;
- ne comprend pas;
- ne parle pas et ne comprend pas;
- incapacité à utiliser un tableau de communication;
- apathie;
- manque d'initiative;
- pleure beaucoup.

Mohj (1976); Banich (1997); Habib (1998); Goodglass et al. (2001).

## ANNEXE III

SUJET NO:    **SECTION I- Données socio démographiques**

- 1- Âge :  (facultatif) .
- 2- Sexe :  (facultatif)
- 3- Nombre d'années de scolarité :
- 4- **Titre d'emploi :**  infirmière : Quelle est votre formation initiale?
- formation à l'hôpital
- formation collégiale
- formation universitaire
- infirmière auxiliaire
- préposée aux bénéficiaires : sans diplôme
- avec diplôme
- 5- Quelle est votre **niveau de formation** actuelle?
- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire
- 6- Quel est votre **statut d'emploi :**
- Temps complet :
- Temps partiel :
- Temps partiel occasionnel :

7- Quel est votre **quart de travail** ?

Jour :

Soir :

Nuit :

Rotation :

8- Combien d'**année(s) d'expérience** avez-vous de travail dans votre titre d'emploi actuel ?

an(s)

9- Combien d'**année(s) d'ancienneté** avez-vous dans l'établissement CHSLD de Hull?

Foyer du Bonheur :  an(s)

La Pietà :  an(s)

10- Quel est votre **lieu de travail** actuel?

Foyer du Bonheur :

La Pietà :

Les deux résidences :

11- Occupez-vous **plus d'un emploi**? Oui  Non

12- Si oui, indiquez dans quel type d'établissement se situe cet emploi ?

TC = temps complet  
 TP = temps partiel  
 OCC = occasionnel

	TC	TP	OCC
Un autre CHSLD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un centre de courte durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un centre privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans un autre domaine que la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez :

---



---



---

**SECTION II- Connaissance générale : trouble du comportement :**

- 13- Dans l'exercice de votre fonction de personnel soignant en CHSLD avez-vous été témoin d'un ou des comportements qui suivent et à quelle fréquence?

**Fréquence:**

- (1) : 1 à 10 fois par jour  
 (2) : à tous les jours  
 (3) : 1 à 6 fois par semaine  
 (4) : 1 fois par semaine  
 (5) : rarement  
 (6) : jamais  
 (7) : je ne sais pas

**Comportement (s):**

(Cochez le ou les comportement (s))

**Fréquence:**

( Encercliez la réponse)

1- agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
2- agressivité physique	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
3- cris	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
4- comportement répétitif	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
5- demande répétitive	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7

**N'oubliez pas de répondre aux deux items: comportements et fréquence.**

- 14- Dans l'exercice de votre fonction de personnel soignant en CHSLD avez-vous été victime d'un ou des comportements qui suivent et à quelle fréquence?

**Fréquence:**

- (1) : 1 à 10 fois par jour  
 (2) : à tous les jours  
 (3) : 1 à 6 fois par semaine  
 (4) : 1 fois par semaine  
 (5) : rarement  
 (6) : jamais  
 (7) : je ne sais pas

**Comportement (s):**

(Cochez le ou les comportement (s))

**Fréquence**

( Encerclez la réponse)

1- agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
2- agressivité physique	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
3- cris	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
4- comportement répétitif	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7
5- demande répétitive	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7

**N'oubliez pas de répondre aux deux items: comportements et fréquence.**

15- Pouvez-vous nous indiquer à quel moment ou pendant quelles interventions de la journée les résidants aphasiques présentent le plus souvent selon vous des comportements dérangement? Cochez tous ceux qui s'appliquent.

- pendant les soins d'hygiène
- pendant les repas
- pendant les transferts
- lorsque vous l'accompagnez
  - à la toilette
- pendant l'heure du repas
- au réveil
- au coucher
- le matin
- le midi
- à la tombé du jour
- lorsqu'il s'exprime
- lorsque vous ne réussissez pas à comprendre
- lorsqu'il est en présence de visiteurs
- lorsque vous leur donnez leur médicament
- Autres   

---

---

---

### SECTION III- Connaissance sur l'aphasie

- 13- Savez-vous ce qu'est l'aphasie? Oui  Non  .
- 14- Si oui, continuez à la question suivante.
- 15- Si non, passez à la section IV.
- 16- Connaissez-vous les principaux symptômes de l'aphasie? Oui  Non .
- 17- Si oui, continuez à la question suivante .
- 18- Si non passez à la section IV.
- 19- Parmi les *symptômes* suivants cochez ceux qui sont généralement reliés à l'aphasie de Broca ?

agressivité verbale		désorientation dans l'espace	
agressivité physique		perte de mémoire à court terme	
cris		dysphagie	
comportement répétitif		ne parle pas	
demande répétitive		ne comprend pas	
refus de coopérer		ne parle pas et ne comprend pas	
jargon avec intonation		incapacité à utiliser le tableau de communication	
diminution du jugement		déshinibition sexuelle	
difficulté de compréhension		persévération	
difficulté d'expression		insomnie	
propos incohérent		apathie	
humeur très variable		manque d'initiative	
errance		difficulté à reconnaître les visages connus	
désorientation dans le temps		pleure beaucoup	

20- Parmi les *symptômes* suivants cochez ceux qui sont généralement reliés à l'aphasie de Wernicke ?

agressivité verbale		désorientation dans l'espace	
agressivité physique		perte de mémoire à court terme	
cris		dysphagie	
comportement répétitif		ne parle pas	
demande répétitive		ne comprend pas	
refus de coopérer		ne parle pas et ne comprend pas	
jargon avec intonation		incapacité à utiliser le tableau de communication	
diminution du jugement		déshinhibition sexuelle	
difficulté de compréhension		persévération	
difficulté d'expression		insomnie	
propos incohérent		apathie	
humeur très variable		manque d'initiative	
errance		difficulté à reconnaître les visages connus	
désorientation dans le temps		pleure beaucoup	

21- Parmi les *symptômes* suivants cochez ceux qui sont généralement reliés à l'aphasie globale?

agressivité verbale		désorientation dans l'espace	
agressivité physique		perte de mémoire à court terme	
cris		dysphagie	
comportement répétitif		ne parle pas	
demande répétitive		ne comprend pas	
refus de coopérer		ne parle pas et ne comprend pas	
jargon avec intonation		incapacité à utiliser le tableau de communication	
diminution du jugement		déshinibition sexuelle	
difficulté de compréhension		persévération	
difficulté d'expression		insomnie	
propos incohérent		apathie	
humeur très variables		manque d'initiative	
errance		difficulté à reconnaître les visages connus	
désorientation dans le temps		pleure beaucoup	

**SECTION IV-      Besoin de formation**

22- Si une formation sur les **interventions auprès des gens aphasiques** vous était offerte seriez-vous intéressée à y assister?

Oui

Non

Utile

Inutile

Ne le sais pas

Pas d'intérêt

23- Combien de temps seriez vous prêt à y consacrer?

Une période de 1 heure 30       À condition d'être libérée

Deux périodes de 1 heure 30       Peu importe

Une demie journée

Une journée complète

24- Si une formation sur la gestion des **comportements perturbateurs** chez la clientèle aphasique vous était offerte, seriez-vous intéressée à y assister?

Oui

Non

Utile

Inutile

Ne le sais pas

Pas d'intérêt

25- Combien de temps seriez vous prêt à y consacrer?

- |                             |                          |                            |                          |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Une période de 1 heure 30   | <input type="checkbox"/> | À condition d'être libérée | <input type="checkbox"/> |
| Deux périodes de 1 heure 30 | <input type="checkbox"/> | Peu importe                | <input type="checkbox"/> |
| Une demie journée           | <input type="checkbox"/> |                            |                          |
| Une journée complète        | <input type="checkbox"/> |                            |                          |

26- Pourriez-vous suggérer d'autres domaines de formation ?

---

---

---

---

---

---

---

Merci pour votre précieuse participation.

Chantal Séguin, inf. étudiante et candidate à la  
Maîtrise en Sciences Infirmières à l'Université  
d'Ottawa.



Pour le CHSLD de Hull, le papillon symbolise la liberté, la légèreté, le bonheur, le renouveau, l'espoir et la métamorphose. Il illustre cette capacité de l'humain de s'adapter et de franchir les différentes étapes de la vie.

## ANNEXE IV

Le 2 août 2001

Madame,

Il nous fait plaisir de vous informer que le comité d'éthique du CHSLD de Hull a accepté, en date du 21 mars 2001, votre projet de recherche sur l'étude des comportements jugés perturbateurs par le personnel soignant en CHSLD, auprès de personnes aphasiques.

Le protocole de recherche que vous avez soumis correspond aux normes éthiques acceptées au CHSLD de Hull. Nous vous souhaitons un bon succès dans votre démarche.

Veillez recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

*Linda Robinson*  
Linda Robinson,  
Présidente du comité d'éthique  
du CHSLD de Hull

Membres du comité d'éthique :

Linda Robinson, thérapeute en réadaptation physique  
Denise Russell, agente de pastorale (La Pietà)  
Jeannette Mougeot, directrice de résidence  
Robert Bisson, médecin  
Marie-Claude Turgeon, avocate  
Anne Lessard, responsable du développement organisationnel  
Colette Guay, agente de pastorale (Foyer du Bonheur)  
Paul Roy, résidant (La Pietà)  
Annette Poitras, préposée aux bénéficiaires