



Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par des infirmières

Mémoire

Sylvie Rey

Maîtrise en sciences infirmières
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Sylvie Rey, 2014

Résumé

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) provoquent des conséquences néfastes pour l'aîné, ses proches, les autres usagers et les soignants. Le but de cette étude rétrospective est de décrire la prise en charge des SCPD par des infirmières. L'étude s'appuie sur le modèle infirmier sur les besoins compromis d'Algase. Les résultats issus des données de 38 dossiers démontrent que la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec atteint un niveau de concordance élevé avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Par ailleurs, les interventions proposées par ces infirmières réduisent de façon significative la fréquence et la gravité des SCPD. De plus, le niveau de satisfaction des soignants et des proches est élevé. Enfin, les conclusions de cette étude soutiennent les propositions d'Algase qui suggère d'intervenir sur les causes sous-jacentes des SCPD afin d'en diminuer la survenue.

Abstract

Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) lead to adverse consequences for older adults, their families, fellow residents and caregivers. This retrospective study proposed to describe nurses' management of BPSD, using Algase's need-driven dementia-compromised (NDB) nursing model. Data from 38 file reviews demonstrated that the nurse practice of the mentoring team from Quebec's Center for Excellence in Aging achieved a high level of agreement with guideline recommendations for BPSD. Moreover, interventions by these nurses lowered the frequency and severity of BPSD significantly and in addition, the level of satisfaction among the caregivers and families was high. Finally, the findings of this study support Algase's proposals that nurses deal with the underlying causes of BPSD in order to lower its occurrence.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures.....	xiii
Liste des annexes.....	xv
Avant-propos.....	xvii
Introduction.....	1
Chapitre 1. Problématique.....	3
Chapitre 2. Recension des écrits.....	7
2.1. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.....	7
2.1.1. Définition des SCPD.....	7
2.1.2. Catégories de SCPD.....	7
2.2. Les facteurs contribuant à la survenue des SCPD.....	8
2.2.1. Modèle des besoins compromis.....	8
2.2.2. Facteurs prédisposants.....	9
2.2.3. Facteurs précipitants.....	10
2.3. Les études cliniques à la base des lignes directrices sur les SCPD.....	11
2.3.1. Lignes directrices sur les SCPD.....	19
2.3.2. Recommandations sur l'évaluation clinique des SCPD.....	20
2.3.3. Recommandations sur les interventions non pharmacologiques.....	21
2.3.4. Interventions pharmacologiques.....	22
2.3.5. Recommandations sur l'évaluation de l'efficacité du plan d'interventions.....	23
2.4. Les études sur la prise en charge des SCPD par des infirmières.....	23
2.4.3. Études québécoises sur la prise en charge des SCPD par des infirmières.....	30
2.4.4. État des connaissances sur la prise en charge des SCPD par les infirmières.....	33
2.5. Pertinence de cette étude pour la discipline infirmière.....	34
2.5.1. Quatre concepts de la discipline infirmière.....	34
2.6. But et questions de recherche.....	38
Chapitre 3 : Méthodologie.....	41
3.1. Devis.....	41

3.2. Population	41
3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	42
3.2.2. Mode d'échantillonnage	42
3.2.3. Taille de l'échantillon	43
3.2.4. Recrutement des participants	43
3.3. Instruments de mesure	43
3.4. Collecte de données	44
3.5. Analyse des données	45
3.6. Éthique de la recherche	52
3.6.1. Comité d'éthique de la recherche	52
3.6.2. Enjeux éthiques	52
Chapitre 4. Présentation des résultats	55
4.1. Description de l'équipe de mentorat	55
4.2. Description de l'échantillon	56
4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des aînés formant l'échantillon	57
4.2.3. Diagnostics de MAa	58
4.2.3. Données cliniques descriptives complémentaires	59
4.2.4. Données descriptives sur la médication psychotrope	59
4.3. Résultats concernant l'évaluation clinique par l'infirmière	61
4.3.1. Résultats concernant la première question de recherche sur l'évaluation clinique : l'infirmière de l'équipe de mentorat procède-t-elle à une évaluation clinique ?	61
4.3.2. Résultats concernant la deuxième question de recherche sur l'évaluation clinique : quelles étapes de l'évaluation (anamnèse, histoire de vie, examen physique et instrument de mesure) sont-elles réalisées ?	61
4.3.3. Résultats concernant la troisième question de recherche sur l'évaluation clinique : une revue de la médication est-elle réalisée ?	63
4.3.4. Résultats concernant la quatrième question de recherche sur l'évaluation clinique : quelles sont les causes sous-jacentes des SCPD identifiées ?	64
4.3.5. Résultats concernant la cinquième question de recherche sur l'évaluation clinique : quels sont les SCPD identifiés ?	65
4.4. Résultats concernant la planification	68
4.4.1. Résultats concernant la première question de recherche sur la planification : y a-t-il présence d'un plan d'interventions au dossier ?	68
4.4.2. Résultats concernant la deuxième question de recherche sur la planification : quelles sont les interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?	68

4.4.3. Résultats concernant la troisième question de recherche sur la planification : les interventions planifiées sont-elles en lien avec les causes sous-jacentes des SCPD ?	69
4.4.4. Résultats concernant la quatrième question de recherche sur la planification : le plan d'interventions a-t-il des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental) ?	70
4.4.5. Résultats concernant la cinquième question de recherche sur la planification : les INP sont-elles personnalisées à l'histoire biographique de l'aîné et à son contexte de vie ?	70
4.4.6. Résultats concernant la sixième question de recherche sur la planification : y a-t-il des recommandations en lien avec les médicaments ?	70
4.4.7. Résultats concernant la septième question de recherche sur la planification : y a-t-il des recommandations sur les antipsychotiques PRN et les benzodiazépines PRN ?	72
4.4.8. Résultats concernant la huitième question de recherche sur la planification : y a-t-il un partenariat avec le médecin traitant de l'aîné ?	73
4.5. Résultats concernant l'efficacité	73
4.5.1. Résultats concernant la première question de recherche sur l'efficacité : des instruments de mesure sont-ils utilisés pour juger de l'efficacité des interventions ?	74
4.5.2. Résultats concernant la deuxième question de recherche sur l'efficacité : quelles sont les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat ?	74
4.5.3. Résultats concernant la troisième question de recherche sur l'efficacité : y a-t-il des changements au profil pharmacologique ?	77
4.5.4. Résultats concernant la quatrième question de recherche sur l'efficacité : les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont-elles été appliquées ?	78
4.5.5. Résultats concernant la cinquième question de recherche sur l'efficacité : quel est le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions ?	78
4.5.6. Résultats concernant la sixième question de recherche sur l'efficacité : quel est le degré de satisfaction des proches ?	80
4.7. Niveau de concordance	81
4.7.1. Niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur l'évaluation clinique spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne.....	82
4.7.2. Niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur la planification des interventions spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne.....	84
4.7.3. Niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur l'évaluation de l'efficacité spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne .	86
4.8. Analyses de relations.....	87
Chapitre 5. Discussion	89
5.1. Concordance et efficacité des interventions établies par les infirmières de l'équipe de mentorat	89
5.2. Utilisation d'instruments de mesure par les infirmières de l'équipe de mentorat	94

5.3. Corrélation du niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec le niveau d'efficacité des interventions	96
5.4. Caractéristiques des plans d'interventions établis par les infirmières de l'équipe de mentorat.....	97
5.5. Les forces de l'étude	99
5.6. Les limites de l'étude.....	100
5.7. Implications pour la discipline infirmière.....	102
5.7.1. Pratique clinique	104
5.7.2. Formation infirmière.....	105
5.7.3. Recherche infirmière.....	105
Conclusion.....	109
Références	111
Annexe A : Instrument de collecte des données	125
Annexe B : Grille de correction.....	147
Annexe C : Recueil de données sur les aînés formant l'échantillon.....	177
Annexe D : Recueil de données sur les infirmières de l'équipe de mentorat.....	181
Annexe E : Approbation du comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec.....	185
Annexe F : Autorisation du DSP du CHU de Québec.....	189
Annexe G : Exemption du CÉRUL	193

Liste des tableaux

Tableau 2.1. Interventions non pharmacologiques pour les aînés présentant des SCPD	15
Tableau 2.2. Activités réservées à l'infirmière et opérationnalisation en situation de SCPD	35
Tableau 4.1. Caractéristiques sociodémographiques des infirmières de l'équipe de mentorat	56
Tableau 4.2. Caractéristiques sociodémographiques des aînés formant l'échantillon	57
Tableau 4.3. Répartition des différents diagnostics des démences	58
Tableau 4.4. Répartition des résultats du MEEM selon les niveaux d'évolution de la démence	59
Tableau 4.5. Médication psychotrope	60
Tableau 4.6. Nombre d'agents actifs psychotropes au profil pharmacologique	60
Tableau 4.7. Principales étapes de l'évaluation clinique	61
Tableau 4.8. Principales composantes de l'examen physique	63
Tableau 4.9. Causes sous-jacentes des SCPD identifiées	64
Tableau 4.10. Catégories de SCPD identifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat	66
Tableau 4.11. Résultats de l'INPC	67
Tableau 4.12. Résultats de l'IACM	68
Tableau 4.13. Interventions non pharmacologiques	69
Tableau 4.14. Présence de recommandations en présence des différents psychotropes	71
Tableau 4.15. Autres recommandations en lien avec les médicaments	71
Tableau 4.16. Présence de recommandations en présence de psychotropes PRN	72
Tableau 4.17. Partenariat avec le médecin	73
Tableau 4.18. Résultats d'efficacité des interventions sur les comportements d'agitation (IACM).....	75
Tableau 4.19. Résultats d'efficacité des interventions sur les symptômes neuropsychiatriques (INPC).....	75
Tableau 4.20. Résultats d'efficacité des plans d'interventions sur la fréquence des symptômes neuropsychiatriques (INPC)	76
Tableau 4.21. Résultats d'efficacité des plans d'interventions sur la gravité des symptômes neuropsychiatriques (INPC)	77
Tableau 4.22. Changements au profil pharmacologique pour les situations comportant un relevé	78
Tableau 4.23. Degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions	79
Tableau 4.24. Degré de satisfaction des proches	81
Tableau 4.25. État de correspondance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les 41 recommandations sur l'évaluation clinique spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne	82
Tableau 4.26. Niveau de concordance pour les 41 classes spécifiques de l'évaluation clinique	84

Tableau 4.27. État de correspondance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les 12 recommandations sur la planification des interventions spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne	85
Tableau 4.28. Niveau de concordance pour les 12 classes spécifiques de la planification des interventions ..	85
Tableau 4.29. État de correspondance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les trois recommandations sur l'évaluation de l'efficacité spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne	86
Tableau 4.30. Niveau de concordance pour les trois classes spécifiques de l'évaluation de l'efficacité	86
Tableau 4.31. Niveau de concordance pour les 56 recommandations spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne	87
Tableau 4.32. Corrélation entre le niveau de concordance et le niveau d'efficacité des interventions	87

Liste des figures

Figure 2.1. Illustration du modèle des besoins compromis d'Algase	9
---	---

Liste des annexes

Annexe A : Instrument de collecte des données	125
Annexe B : Grille de correction	147
Annexe C : Recueil de données sur les aînés formant l'échantillon	177
Annexe D : Recueil de données sur les infirmières de l'équipe de mentorat	181
Annexe E : Approbation du comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec	185
Annexe F : Autorisation du DSP du CHU de Québec	189
Annexe G : Exemption du CÉRUL	193

Avant-propos

J'ai le plaisir de prendre un espace d'écriture au sein de ce mémoire pour remercier les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce chemin.

Pour commencer, je remercie chaleureusement mon directeur, Philippe Voyer. Merci de m'accorder ta confiance au plan académique et au plan clinique. Depuis plus de sept ans, j'ai le plaisir de collaborer avec toi sur différents projets cliniques. J'ai également eu l'opportunité de travailler au sein de l'équipe de mentorat du centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, ce qui constitue une étape importante de mon parcours professionnel. Merci de m'avoir accompagnée au long de ce travail de mémoire. Je suis fière du parcours réalisé. Merci pour ton extrême rigueur dans le travail académique et clinique. Merci également pour avoir soutenu ma progression en m'aidant à développer mon autonomie et mon autocritique.

À l'université Laval, je remercie David Emond et Hélène Crépeau au service de consultation statistique. Votre aide pour analyser et interpréter mes résultats a été réellement appréciée.

Je remercie l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et Centre du Québec pour le soutien accordé. Je remercie également la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval pour la bourse de fin d'études à la maîtrise.

J'adresse un grand « Bonjour » aux membres de l'équipe du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, que j'ai eu le plaisir de connaître et de côtoyer. Une pensée particulière pour mon ex-collègue Manon Turcotte, conseillère en soins infirmiers au sein de l'équipe de mentorat. Manon, tu es généreuse et vivifiante ! Également Pascale Llobat, agente de planification, de programmation et de recherche. Nos discussions matinales ne seront pas remplaçables et merci pour ton humour décapant !

Je ne peux évidemment passer mon chemin sans adresser des remerciements à la direction du Centre de santé et des services sociaux de Portneuf, en particulier à Mme Gaétane Pellerin, directrice du Soutien à l'autonomie des personnes âgées. Gaétane, merci pour la confiance que tu m'accordes depuis plusieurs années et merci de me confier des mandats relatifs à la qualité des soins infirmiers et à la qualité de vie des aînés. Un grand sourire à tous les intervenants œuvrant dans les soins et les services aux aînés vivant en longue durée ou à domicile : c'est toujours un immense plaisir de travailler avec vous !

Je remercie très particulièrement Priscilla Malenfant, conseillère en activités cliniques par intérim au Centre de santé et des services sociaux de Portneuf. Priscilla, merci, pour ton soutien pour la révision des normes et la mise en page de ce document. Ton aide, ton énergie positive et ton regard perspicace m'ont vraiment beaucoup aidée.

Merci à mes amis et mes proches m'avoir soutenue, en particulier : Guylaine et Marc, Claude et Suzanne, France et Raymond, Josée et François, Daniel, Hélène et Chantal. Charlene : mon tour est arrivé !

Je tiens également à inscrire une pensée pour ma famille. Mes merveilleux parents, Marcelle et Jacques, m'ont soutenue depuis mon plus jeune âge à persévérer dans mes efforts afin de réaliser mes projets et mes rêves. Pascale et Emmanuelle, mes redoutables sœurs, m'ont toujours encouragée dans tout ce que j'entreprends et vis. Vous m'avez entourée d'amour depuis mon premier souffle. Une pensée remplie d'amour aux trois terribles : Julie, Raphaël et Benjamin. Et enfin, une pensée toute particulière à mon parrain Michel : mille et une tendresses.

Pour finir, le dernier mais non le moindre, merci Jacques d'avoir été là pour soutenir la réalisation de mes projets de vie, d'études et de travail. Sans toi, ma vie ne serait pas aussi belle ! Tu m'accompagnes depuis de nombreuses années et tu me permets de découvrir le Québec, toutes saisons et toutes régions, en traîneau et en canot. Tu m'aides à garder un équilibre de vie et, avec nos poilus, tu veilles sur moi dans les périodes de vulnérabilité. Jour après jour, je suis accueillie avec ton sourire et avec un débordement canin de joie, toujours inconditionnel et parfois tumultueux. Je sais alors que je suis arrivée à l'endroit d'où je viens, celui où je suis reconnue et attendue.

Introduction

Au cours de l'évolution de leur maladie, la majorité des aînés atteints de maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées souffrent de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces symptômes représentent différentes catégories de troubles telles que la résistance aux soins, l'errance, les idées délirantes ou encore l'anxiété. Les SCPD provoquent des conséquences désastreuses pour l'aîné, ses proches, les autres usagers et les soignants. De plus, les conséquences économiques pour les établissements de santé sont importantes. Or, de nombreuses données probantes démontrent qu'il existe des interventions efficaces permettant de réduire la fréquence et la sévérité des symptômes. De plus, le modèle infirmier d'Algase portant sur les besoins compromis suggère d'intervenir sur les causes sous-jacentes aux SCPD. Finalement, certaines lignes directrices établissent des recommandations précises quant à la gestion optimale des SCPD. Ces recommandations sont relatives à l'évaluation, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité des interventions.

Au Québec, le champ d'exercice des infirmières et les activités qui leur sont réservées leur permettent d'exercer un rôle important dans la gestion optimale des SCPD. En effet, elles doivent intervenir au niveau de l'évaluation, de la planification des interventions, de l'évaluation de l'efficacité et de la gestion optimale des médicaments. De plus, elles exercent un leadership clinique au sein des équipes soignante et interdisciplinaire. Enfin, elles conservent un lien de partenariat avec l'aîné et ses proches. Or, à la connaissance de l'étudiante, il n'existe que très peu de données sur la prise en charge des SCPD par des infirmières.

Cette étude a donc pour objectif de décrire la prise en charge des SCPD par des infirmières. Ainsi, les données recueillies permettront de présenter des résultats sur la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Des données descriptives sur la pratique clinique de ces infirmières seront présentées. De plus, le niveau de concordance de leur pratique avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD sera établi.

Le premier chapitre présente la problématique de cette étude. Ainsi, les SCPD seront présentés. De plus, le modèle infirmier d'Algase et les principales recommandations des lignes directrices seront brièvement décrits. Enfin, le but de l'étude sera présenté.

Le deuxième chapitre présentera les données probantes sur les interventions spécifiques aux SCPD. Les recommandations des lignes directrices sur l'évaluation, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité des interventions seront décrites. De plus, les résultats d'étude sur la pratique des infirmières en situation de SCPD seront présentés. Enfin, les questions de recherche seront dévoilées.

Le troisième chapitre présentera les stratégies et la méthodologie de cette étude. De plus, les éléments relatifs à l'éthique de la recherche seront présentés.

Le quatrième chapitre présentera l'ensemble des résultats utiles à répondre aux questions de recherche.

Enfin, le cinquième chapitre permettra d'établir des comparaisons avec les résultats d'autres études. Des liens explicatifs avec le modèle conceptuel d'Algase seront également effectués. De plus, les forces et les limites de cette étude seront clairement expliquées. Finalement, les implications de cette étude pour la discipline infirmière seront présentées.

Chapitre 1. Problématique

Ce premier chapitre a pour objectif de décrire la problématique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Pour commencer, les SCPD seront définis et des explications sur les facteurs contribuant à leur survenue seront données. Par la suite, une brève présentation des lignes directrices concernant la prise en charge des SCPD sera faite. Tout cela mènera à discuter de l'efficacité des interventions non pharmacologiques (INP) sur la fréquence et la gravité des SCPD. Pour terminer, le but de cette étude sera présenté.

Contexte

Au Canada, il est estimé que plus de 500 000 aînés sont atteints par la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée (MAa) (Société Alzheimer du Canada [SAC], 2011). Au Québec, la proportion des aînés de plus de 65 ans qui sont atteints de MAa passera de 8% en 2001 à 13% en 2051 (Institut de la statistique de Québec, 2003). En nombre absolu, cela signifie que, d'environ 77 000 aînés actuellement, ils seront plus de 300 000 personnes en 2051. L'une des manifestations cliniques la plus fréquente des MAa est les SCPD.

Définition des SCPD

Les SCPD sont définis comme étant des « symptômes découlant d'une perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de démence. » (Finkel & Burns, 1999; International Psychogeriatric Association [IPA], 2012). Concrètement, les SCPD peuvent prendre les formes d'errance, de résistance aux soins ou encore d'idées délirantes.

Portrait des SCPD : prévalence, incidence et conséquences

Des études démontrent que 97 % des aînés atteints de MAa vivant en centre d'hébergement ou à domicile présentent des SCPD au cours de l'évolution de leur maladie (IPA, 2012). La prévalence est différente selon le type de MAa, le stade d'évolution de la maladie, la catégorie de symptômes ou l'instrument de mesure utilisé. Toutefois, la prévalence des SCPD chez les aînés vivant en centre d'hébergement est élevée puisqu'elle s'étend entre 10 et 92 % (IPA, 2012). Pour les aînés atteints de MAa et vivant à domicile, la prévalence des SCPD s'étend de 6 à 77 % (Steinberg et al., 2008). Il est reconnu que certains facteurs peuvent influencer la survenue de SCPD (Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson, 2008). Ainsi, en ciblant

ces facteurs par des mesures préventives, il serait possible de restreindre ou même de diminuer l'incidence annuelle des SCPD.

En plus d'être fréquents, les SCPD ont souvent des conséquences désastreuses sur la qualité de vie des aînés mais aussi celle de leurs proches, des autres usagers et des soignants (Dillon et al., 2013; Hurt et al., 2008; McCabe et al., 2013).

Pour les aînés, les conséquences sont relatives à la peur, l'anxiété et la souffrance (Bourque & Voyer, 2013; Hurt et al., 2008; Voyer, 2005). L'aîné qui présente des SCPD peut également souffrir des réactions des personnes qui l'entourent et qui peuvent conduire à le rejeter. Enfin, les SCPD contribueraient également à des hospitalisations fréquentes (Morley, 2013) et à une institutionnalisation accélérée de l'aîné (de Vugt et al., 2005).

Les proches peuvent vivre de l'incompréhension et de la détresse face à leur parent qui présente des comportements qui semblent dénués de sens (Bourque & Voyer, 2013; Cooper, Katona, Orrell, & Livingston, 2006; Vézina, Ducharme, & Landreville, 2005). Ils peuvent également ressentir de la honte et de la peur. Les proches peuvent aussi s'inquiéter de la qualité des soins reçus par leur parent. De fait, la relation de confiance avec les soignants peut s'altérer.

La qualité de vie des autres usagers peut être altérée par certains SCPD (Bourque & Voyer, 2013; Brauner, 1989; Lévesque, Roux, & Lauzon, 1990; Ragneskog, Gerdner, & Hellstrom, 2001). Par exemple, si un aîné atteint de MAa présente de l'agitation verbale, les autres usagers peuvent être très inquiets de l'entendre crier ou hurler. Ils peuvent également être dérangés dans leur sommeil et même avoir peur de l'aîné.

Les conséquences pour les soignants sont liées à des sentiments d'échec et de culpabilité (Bourque & Voyer, 2013) ainsi qu'à des situations de détresse (Zwijssen et al., 2013) et d'épuisement professionnel (Evers, Tomic, & Brouwers, 2002; Ornstein & Gaugler, 2012). Ces sentiments peuvent conduire les soignants à adopter des stratégies de soins non adaptées aux aînés atteints de MAa. Par exemple, la contention physique, l'utilisation non optimale des psychotropes et l'isolement font partie des stratégies généralement inadéquates. Ces mesures ont des effets délétères importants sur la santé des aînés (Bourque & Voyer, 2013; Castle & Engberg, 2009; Engberg, Castle, & McCaffrey, 2008; Evans & FitzGerald, 2002; Voyer, 2005).

Pour les établissements de santé, les SCPD ont également des conséquences négatives telles que des taux élevés de maladie par épuisement professionnel, de l'absentéisme, un roulement important du personnel et une qualité de soins réduite (Hemels, Lanctot, Iskedjian, & Einarson, 2001; Kirkevold & Engedal, 2008; Volicer, Van der Steen, & Frijters, 2009; Voyer, 2005). De plus, la présence de SCPD augmente le temps et le coût des soins (Diwan & Phillips, 2001; Hemels et al., 2001; Herrmann et al., 2006; Souder & O'Sullivan, 2003).

Ainsi, les SCPD sont fréquents et engendrent des conséquences potentiellement graves pour l'ensemble des personnes concernées. Il est donc important d'intervenir sur leurs causes afin de faire diminuer la fréquence et la gravité des SCPD ou de limiter leurs conséquences négatives.

Facteurs contribuant à la survenue des SCPD

Il existe plusieurs modèles expliquant l'apparition de SCPD. L'un d'entre eux, le modèle sur les besoins compromis (Algase et al., 1996), suggère la présence de facteurs prédisposants et précipitants. D'une façon générale, les facteurs sont relatifs à certaines caractéristiques de l'aîné lui-même ainsi qu'à l'environnement social, l'environnement physique et l'environnement organisationnel. Plusieurs études démontrent le lien entre certains facteurs prédisposants et précipitants et la fréquence et la gravité des SCPD (Ahn & Horgas, 2013; Bradford et al., 2012; Kolanowski, Litaker, & Buettner, 2005; Orrell et al., 2007; Raglio et al., 2012; Remington, 2002; Somboontanont et al., 2004; Voyer et al., 2005; Whall et al., 2008). L'identification des facteurs précipitants permet d'appliquer des stratégies pour les éviter ou en diminuer les effets (Algase et al., 1996; Dupuis & Luth, 2005; Kolanowski, 1999; Richards, Lambert, & Beck, 2000).

Lignes directrices

Il existe des lignes directrices canadiennes qui proposent un ensemble de recommandations spécifiques aux situations de SCPD afin d'intervenir adéquatement (CCSMPA, 2006). Les recommandations insistent, entre autres, sur l'importance de l'évaluation clinique systématique et rigoureuse à la recherche des causes des SCPD. De plus, les INP devraient toujours être appliquées seules ou en complémentarité avec les interventions pharmacologiques. En effet, les études sur les interventions pharmacologiques utilisées dans les situations de SCPD ont démontré une efficacité limitée, une fréquence élevée d'effets secondaires indésirables et même une augmentation de la mortalité (Ballard & Corbett, 2013; Ballard, Corbett, Chitramohan, & Aarsland, 2009; Burke & Tariot, 2009; Gareri, De Fazio, Manfredi, & De Sarro, 2014; Huybrechts et al., 2012; Jeste et al., 2008; Morley, 2012, 2013; Schneider, Dagerman, & Insel, 2005; Seitz,

Gill, et al., 2013; Sink, Holden, & Yaffe, 2005; Voyer et al., 2005; Wang et al., 2005). Il faut donc insister sur l'importance pour le personnel infirmier de mettre en place des INP.

Interventions non pharmacologiques

Les INP consistent à appliquer des interventions spécifiques répondant aux besoins compromis de l'aîné. Elles sont également en lien avec les facteurs précipitants issus de l'environnement social, physique ou organisationnel (Algase et al., 1996; IPA, 2012; Cohen-Mansfield, 2013). Le plus souvent, les INP visent différentes cibles et doivent être adaptées à la personnalité, aux intérêts et au niveau de participation de l'aîné (Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa, 2011; Vernooij-Dassen, Vasse, Zuidema, Cohen-Mansfield, & Moyle, 2010).

Ces dernières années, plusieurs études ont démontré qu'il y a des façons de faire appropriées et qui ont montré leur efficacité pour prévenir ou réduire la fréquence ou la gravité des SCPD (Ayalon, Gum, Feliciano, & Arian, 2006; Brodaty & Arasaratnam, 2012; Chenoweth et al., 2009; Cohen-Mansfield, Libin, & Marx, 2007; Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein, et al., 2010; Cohen-Mansfield, Thein, Marx, Dakheel-Ali, & Freedman, 2012; Deudon et al., 2009; Gitlin et al., 2008; IPA, 2012; Kovach et al., 2004; Landreville et al., 2006; Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos, 2005; Logsdon, McCurry, & Teri, 2007; Olazarán et al., 2010; Seitz et al., 2012; Sloane et al., 2004).

Cependant, certaines limites de ces études antérieures peuvent être soulignées. Premièrement, il faut relever le nombre restreint d'études cliniques au Québec. Deuxièmement, on ne connaît pas quelles sont les INP sélectionnées par les infirmières exerçant auprès d'aînés présentant des SCPD. De plus, il n'existe que peu d'études qui décrivent avec précision le lien entre les causes des SCPD et la catégorie des INP sélectionnées par les infirmières. Enfin, il n'existe à notre connaissance aucune étude québécoise décrivant le succès thérapeutique des INP déterminées par les infirmières en fonction des causes des SCPD présentés par des aînés.

But de la recherche

Le but de la recherche est de décrire le processus de prise en charge (évaluation, planification, efficacité) des SCPD par des infirmières.

Chapitre 2. Recension des écrits

Ce chapitre est divisé en cinq parties. La première partie présente les spécificités des SCPD. Par la suite, le modèle des besoins compromis et les facteurs contribuant à la survenue des SCPD seront décrits. La troisième partie portera sur la présentation des lignes directrices et des recommandations sur la gestion optimale des SCPD. Ensuite, les études empiriques relatives à la prise en charge des SCPD par des infirmières seront décrites avec précision. La pertinence de l'étude sera démontrée. Finalement, le but et les questions de recherche seront exposés.

2.1. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Dans les prochains paragraphes, la définition des SCPD sera présentée. De plus, les différentes catégories de SCPD seront décrites.

2.1.1. Définition des SCPD.

Depuis 1996, le terme SCPD est recommandé pour désigner les troubles du comportement, de la pensée et de l'humeur relatifs aux MAa (Finkel & Burns, 1999; IPA, 2012). Ainsi, les SCPD ne désignent pas les troubles purement cognitifs associés aux MAa. Ils sont plutôt relatifs au fonctionnement de l'aîné, à sa façon d'exprimer ses ressentis et de réagir aux stimuli internes et externes.

2.1.2. Catégories de SCPD.

Il existe deux genres de catégories pour les SCPD, soit les symptômes comportementaux et ceux psychologiques (IPA, 2012). Les six catégories pour les symptômes comportementaux sont : l'errance, l'agitation/agressivité, la résistance aux soins, les comportements sexuels inappropriés, la réaction de catastrophe et le syndrome crépusculaire (IPA, 2012). Les six catégories pour les symptômes psychologiques sont : les idées délirantes, les hallucinations, les illusions, la dépression, l'apathie et l'anxiété (IPA, 2012).

Ainsi, les SCPD sont des manifestations cliniques qui peuvent entraîner des conséquences négatives importantes pour l'ensemble des personnes en présence. Ils représentent également un défi sur le plan de l'organisation des soins et des services de santé (Agence de la Santé et des Services sociaux de la région de la Capitale Nationale (03), 2009; Bartels, Moak, & Dums, 2002; Brodaty, Draper, & Low, 2003; IPA, 2012;

Snowdon, 2010; Voyer, 2005). Il est donc fondamental de s'intéresser aux facteurs qui contribuent à leur survenue.

2.2. Les facteurs contribuant à la survenue des SCPD

Il existe plusieurs théories expliquant les causes des SCPD. Les plus connues sont les théories comportementales, cognitivistes et biomédicales ainsi que le modèle sur la réduction progressive du seuil de stress (Hall & Buckwalter, 1987) et le modèle écologique (Lawton & Nahemow, 1973).

L'une des théories les plus connues sur la survenue des SCPD est la théorie infirmière sur les besoins compromis d'Algase, dont le nom original est *Need-driven Dementia-compromised Behavioral - NDB - Model* (Algase et al., 1996; Bourque & Voyer, 2013; Cohen-Mansfield, 2000; Dettmore, Kolanowski, & Boustani, 2009; Kolanowski, 1999; Kovach, Noonan, Schlidt, & Wells, 2005; Richards et al., 2000; Whall & Kolanowski, 2004).

2.2.1. Modèle des besoins compromis.

Le modèle des besoins compromis (Algase et al., 1996) postule que les aînés atteints de MAa adoptent certains comportements pour répondre à un besoin non satisfait ou à une composante de l'environnement qui provoque un inconfort ou un sentiment d'insécurité. Parfois, ils tentent aussi de communiquer ce besoin à autrui. Les SCPD peuvent donc être interprétés comme des réponses émotionnelles ou comportementales. Ce mode de réponse est adopté par des aînés atteints de MAa, qui ont de la difficulté à comprendre leur environnement ou à exprimer clairement leurs ressentis et leurs besoins. Les SCPD devraient donc être considérés comme des stratégies de protection, de défense ou de communication (D'Hondt, Kaasalainen, Prentice, & Schindel Martin, 2011; Dupuis & Luth, 2005; Talerico & Evans, 2000; Volicer, 2008, 2009).

Le modèle des besoins compromis identifie deux catégories de facteurs pouvant contribuer à la survenue de SCPD. La première catégorie regroupe les facteurs prédisposants, également nommés facteurs contextuels. La deuxième catégorie présente les facteurs précipitants, également nommés facteurs proximaux (Algase et al., 1996; Buettner & Fitzsimmons, 2009; Norton, Allen, Snow, Hardin, & Burgio, 2010).

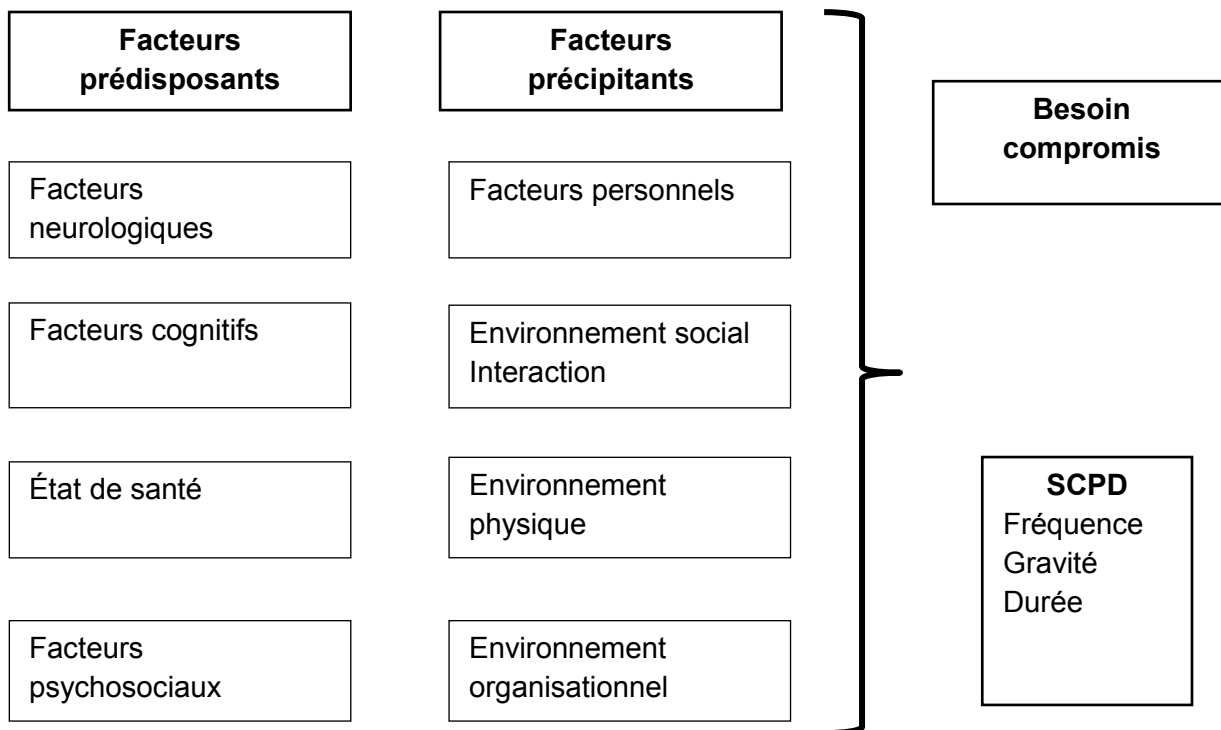


Figure 2.1. Illustration du modèle des besoins compromis d'Algase. Adapté de : Algase et al. (1996); Bourque et Voyer (2013).

2.2.2. Facteurs prédisposants.

Comme le montre la Figure 2.1., il existe plusieurs facteurs prédisposants importants à considérer dans le contexte des SCPD (Bourque & Voyer, 2013). Dans le cas du statut neurologique, les capacités motrices permettant à l'aîné de satisfaire lui-même ses besoins devraient être examinées avec attention. En effet, le fait de dépendre d'autrui pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) peut occasionner des SCPD tels que la résistance aux soins. Il faut également évaluer les facteurs cognitifs car, en présence d'atteintes cognitives, l'aîné peut avoir de la difficulté à exprimer clairement ses besoins. Il est primordial de s'intéresser avec attention à l'état de santé de l'aîné en particulier en présence de multimorbidité (Voyer & Richard, 2013). La démence est évidemment un facteur important dans la survenue des SCPD (Bourque & Voyer, 2013; Enmarker, Olsen, & Hellzen, 2011). Mais, il faut également tenir compte des autres pathologies telles que la dépression, le delirium, l'arthrose ou l'insuffisance cardiaque. En effet, les problèmes de santé non stabilisés peuvent provoquer un sentiment de malaise qui peut prédisposer à la survenue de SCPD (Bourque & Voyer, 2013). Enfin, les caractéristiques de l'aîné, sa personnalité, son histoire de vie et ses capacités d'adaptation (*coping*) font partie des éléments essentiels à considérer. En effet, les caractéristiques personnelles

permettent de mieux comprendre les besoins de l'aîné et de personnaliser les interventions. Bien qu'évolutifs, les facteurs prédisposants sont considérés comme des éléments plutôt stables (Richards et al., 2000).

2.2.3. Facteurs précipitants.

Les facteurs précipitants sont constitués par la non-satisfaction des besoins de base et des besoins psychosociaux de l'aîné (Algase et al., 1996). Des problèmes tels que la douleur, la peur, les affects dépressifs et la constipation se retrouvent dans cette catégorie. Les facteurs précipitants sont également relatifs aux stimuli issus de l'environnement social, physique et organisationnel dans lequel se trouve l'aîné. L'environnement social est constitué par tout ce qui touche l'interaction, c'est-à-dire la relation et la communication entre les personnes. L'environnement physique contient des éléments tels que la température, la couleur et le bruit. Enfin, l'environnement organisationnel est relatif aux composantes du système de santé telles que la formation des soignants, le type d'organisation des soins, la disponibilité des professionnels et l'accessibilité aux soins et aux services. Les facteurs précipitants sont considérés comme des variables plus contextuelles et dynamiques que les facteurs prédisposants (Richards et al., 2000). C'est pour cette raison qu'en règle générale, les interventions ciblent les facteurs précipitants.

Les stimuli externes ont des effets sur l'aîné et sur les SCPD de différentes manières (Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, & Thein, 2010; Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein, et al., 2010; Cohen-Mansfield, Marx, Thein, & Dakheel-Ali, 2011; Hall & Buckwalter, 1987; Kovach et al., 2004). Par exemple, un aîné pourrait développer de l'apathie ou de l'agitation verbale en réponse à un environnement social et physique pauvre en stimuli tangibles. À l'opposé, un aîné atteint de MAa peut présenter des comportements d'agitation ou de l'anxiété en présence d'un excès de stimuli externes ou de stimuli non adaptés à ses besoins, à son profil de santé, à son niveau d'autonomie fonctionnelle et à ses intérêts personnels.

Ainsi, le modèle des besoins compromis explique l'importance d'identifier les besoins non satisfaits ou les composantes de l'environnement qui provoquent des SCPD (Dupuis & Luth, 2005). Une fois les facteurs précipitants identifiés, il est possible d'appliquer des interventions visant à répondre aux besoins de l'aîné et à ses caractéristiques personnelles. Des lignes directrices illustrent les pratiques exemplaires dans le domaine des soins aux aînés atteints de MAa et présentant des SCPD.

2.3. Les études cliniques à la base des lignes directrices sur les SCPD

Il existe plusieurs lignes directrices relatives à la gestion optimale des SCPD. Ces lignes directrices s'appuient sur un ensemble d'études antérieures sur les SCPD. Parmi elles, de nombreuses études portent sur les INP. Ces recherches amènent de plus en plus de preuves tangibles concernant l'efficacité des INP (Ayalon et al., 2006; Baker, Hanley, & Mathews, 2006; Barrick, Rader, Hoeffler, Sloane, & Biddle, 2008; Beer, Hutchinson, & Skala-Cordes, 2012; Chenoweth et al., 2009; Cohen-Mansfield, 2001; Cohen-Mansfield et al., 2007; Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, & Thein, 2010; Cohen-Mansfield et al., 2012; Conn & Seitz, 2010; Deudon et al., 2009; Dunn, Thiru-Chelvam, & Beck, 2002; Foley, Sudha, Sloane, & Gold, 2003; Fossey et al., 2006; Gitlin et al., 2008; Hoeffler et al., 2006; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede, & House, 2010; Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen, & Aarsland, 2011; Jeon et al., 2012; Kalapatapu & Neugroschl, 2009; Khan & Curtice, 2011; Kolanowski, Fick, Frazer, & Penrod, 2010; Kolanowski et al., 2005; Kolanowski et al., 2011; Kong, Evans, & Guevara, 2009; Kovach et al., 2004; Landreville et al., 2006; Logsdon et al., 2007; McCabe, Davison, & George, 2007; McGonigal-Kenny & Schutte, 2006; Moyle, Murfield, O'Dwyer, & Van Wyk, 2012; O'Connor, Ames, Gardner, & King, 2009; Olazarán et al., 2010; Rader et al., 2006; Sloane et al., 2004; Turner & Snowdon, 2009; Wells, Dawson, Sidani, Craig, & Pringle, 2000; Whall et al., 1997; Zwakhalen, van't Hof, & Hamers, 2012).

Ces dernières années, plusieurs revues systématiques présentent les résultats sur l'efficacité des INP à réduire les SCPD (Ayalon et al., 2006; Ballard, Gauthier, et al., 2009; Kong et al., 2009; Livingston et al., 2005; O'Connor et al., 2009; Olazarán et al., 2010; Opie, Rosewarne, & O'Connor, 1999; Seitz et al., 2012; Testad et al., 2014; Zimmerman et al., 2013). Certaines conclusions des revues systématiques sur les études relatives aux INP demeurent toutefois divergentes en raison de l'utilisation de critères différents pour la cotation de la qualité des études. Cependant, il est démontré que le niveau de preuve scientifique en ce qui concerne les INP s'étend du plus haut degré (I), qui correspond aux données issues d'essais cliniques comparatifs randomisés ou non, au degré jugé le plus faible (IV), qui est relatif aux recommandations d'experts (CCSMPA, 2006).

D'une façon générale, les INP les plus efficaces pour réduire la fréquence des SCPD seraient l'aromathérapie, le bain à la serviette, l'interaction sociale individualisée, la présence simulée, la relaxation musculaire et certaines formes de musicothérapie accompagnées ou non d'un massage des mains (Kong et al., 2009; O'Connor et al., 2009). Les auteurs d'une revue systématique récente (Testad et al., 2014) se sont intéressés aux effets des interventions personnalisées sur les SCPD. Leur conclusion souligne les effets

positifs des activités plaisantes avec ou sans interaction sociale à réduire l'agitation. De plus, la réminiscence permet d'améliorer l'humeur. Cependant, les résultats démontrent une efficacité parfois très différente. Par exemple, la taille de l'effet pour les activités plaisantes avec ou sans interaction sociale se situe entre 0.24, ce qui est jugé comme un petit changement, et 0.91, ce qui est jugé comme un changement important (Cohen, 1988; Portney et Watkins, 2009).

Une étude s'est intéressée aux effets de l'aromathérapie (Ballard, O'Brien, Reichelt, & Perry, 2002). Les résultats démontrent que l'utilisation de mélisse officinale en massage a eu pour effet de réduire de 35 % les comportements d'agitation alors qu'une réduction de 11 % seulement a été observée si on utilise l'huile de tournesol (O'Connor et al., 2009). En ce qui concerne les soins d'hygiène, les techniques de bain à la serviette et de douche centrée sur la personne (Dunn et al., 2002; Sloane et al., 2004) ont réduit de 32 à 50 % les comportements de résistance aux soins (O'Connor et al., 2009). Certains programmes de formation des soignants (Gormley, Lyons, & Howard, 2001; Teri et al., 2000; Wells, Dawson, Sidani, Craig, & Pringle, 2000) donnent également des résultats intéressants puisque des études démontrent des réductions de comportements d'agitation de 27 à 51 % (O'Connor et al., 2009). Au Québec, une étude s'est intéressée à l'effet d'une intervention sur l'agitation verbale (Bedard, Landreville, Voyer, Verreault, & Vezina, 2011). L'intervention était composée de trois composantes basées sur la satisfaction des besoins de base, soit le confort, l'attention et la stimulation. Chaque intervention durait 30 minutes. Cette intervention a été réalisée auprès de résidents ($N = 26$) présentant de l'agitation verbale. Les résidents avaient une moyenne d'âge de 85 ans et vivaient en centre d'hébergement depuis 42 mois en moyenne. Les résultats de cette étude démontrent que plus de la moitié des résidents (54 %) ont bénéficié d'une réduction des symptômes d'au moins 50 %. La réduction des symptômes consistait en une diminution de la fréquence et de la durée des comportements d'agitation verbale. Une autre étude (Cohen-Mansfield & Werner, 1997) a comparé les effets de trois interventions sur des comportements d'agitation verbale. Les résultats indiquent une réduction des comportements de 66 % pendant l'interaction sociale individualisée, de 50 % pendant la présence simulée et de 34 % pendant l'écoute de la musique préférée (O'Connor et al., 2009).

Un groupe de chercheurs (Ballard, Brown, et al., 2009) s'est inspiré des travaux de Cohen-Mansfield et Werner (1997) pour créer une intervention nommée la thérapie psychosociale brève (*Brief Psychosocial Therapy*). Cette intervention offre le choix entre l'interaction sociale, la musique personnalisée ou l'élimination des facteurs précipitants issus de l'environnement. Les résultats de l'étude de Ballard, Brown et leurs collaborateurs (2009) démontrent une réduction moyenne de 5.6 points (moyenne [SD]: 63.3 [16.0] à 57.7 [18.4], $t = 4.8$, $df = 317$, $p < 0.0001$) sur le résultat total à l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield [IACM].

L'étude australienne randomisée de Chenoweth et ses collaborateurs (2009) comparait l'effet de différentes interventions sur trois groupes randomisés. Les participants des deux groupes d'intervention bénéficiaient du modèle des soins centrés sur la personne (*Person-centred Care*) ou du modèle de planification des soins de la démence (*Dementia Care Mapping*), alors que les participants du groupe de contrôle recevaient les soins usuels. Les mesures étaient prises à trois temps soit, 1) avant les interventions, 2) directement après l'application des interventions pendant quatre mois et 3) pour un suivi se situant quatre mois après la deuxième mesure. Lors de la mesure après les interventions, une réduction non significative pour le résultat total à l'IACM se situant entre un point et presque six points avait été mesurée pour les deux groupes d'intervention. Les résultats recueillis lors du suivi démontrent une diminution statistiquement significative ($p = 0.01$) de 20.3 points pour le résultat total à l'IACM dans le cas des interventions issues du modèle des soins centrés sur la personne. Pour l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings [INPC], une augmentation du résultat total est observée pour les deux mesures du groupe des soins usuels et du groupe du modèle de planification des soins de la démence. En ce qui concerne le groupe du modèle des soins centrés sur la personne, une diminution frôlant la signification statistique du résultat total à l'INPC après les interventions ($p = 0.05$) et lors du suivi ($p = 0.04$) est observée.

D'autres études montrent que certaines interventions comportementales réduisent de 50 à 100 % les comportements d'agitation (Feliciano, Vore, LeBlanc, & Baker, 2004; Heard & Watson, 1999; Moniz-Cook, Woods, & Richards, 2001) ou d'errance (Ayalon et al., 2006). Les auteurs d'une revue systématique (Livingston et al., 2005) concluent que la musicothérapie et les techniques de Snœzelen ont des effets positifs à court terme sur certains SCPD. Il semblerait également que la consultation d'une équipe spécialisée en santé mentale gériatrique menant à l'élaboration d'un plan d'interventions personnalisé serait pertinente pour traiter les situations de SCPD plus sévères (Bartels et al., 2002; Seitz et al., 2012; Snowden, 2010).

Ainsi, bien que plusieurs études montrent une efficacité importante dans le cas de certaines INP, il ne semble pas possible actuellement d'établir une moyenne pour l'efficacité de l'ensemble des INP. Cependant, d'après les résultats des études sur les INP retenues par les revues systématiques, il est possible de remarquer que l'efficacité moyenne des INP semble se situer entre 30 et 50 % de réduction de la fréquence et de la gravité des SCPD. Les revues systématiques ne dressent pas non plus le portrait type des aînés répondant bien aux INP. Le pourcentage des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD qui répondent positivement aux INP n'est donc pas clairement connu. Dans leur article, Bédard et ses collaborateurs (2011) citent des études sur l'agitation verbale présentant des réponses positives chez 43 à 69 % des participants. Les résultats de l'étude de Ballard, Brown et leur collaborateurs (2009) montrent une diminution de 30 % du niveau d'agitation au CMAI pour 43 % des patients à l'étude. Enfin, il semblerait que le fait de personnaliser

les INP garantisse une efficacité supérieure en termes de réduction de la fréquence et de la gravité des symptômes et de participation de l'aîné aux INP (Cohen-Mansfield, Thein, Dakheel-Ali, Regier, & Marx, 2010; Zimmerman et al., 2013).

À titre d'indication, il est possible de comparer les résultats des études sur l'efficacité des INP à réduire la fréquence et la gravité des SCPD avec les résultats des études pharmacologiques. À titre d'exemple, des auteurs (Katz et al., 1999; Seitz et al., 2013; Sink et al., 2005) ont réalisé une étude sur l'efficacité de doses fixes de risperidone sur des comportements d'agitation. La réduction moyenne au résultat total de l'IACM en ce qui concerne l'agressivité est de 7.5 points ($p < 0.05$) pour le groupe recevant le traitement. En fait, les auteurs signalent une diminution d'au moins 50 % des SCPD pour 45 à 50 % des aînés, selon la dose de risperidone. Il est cependant important de relever que, dans le cadre de cette même étude, une efficacité d'au moins 50 % est également relevée pour 33 % des aînés recevant un placebo. L'étude de Verhey et ses collaborateurs (2006) a comparé les effets de l'olanzapine et de l'haloperidol sur l'agitation. En ce qui concerne le résultat total de l'IACM, une réduction significative de 10 points pour l'olanzapine et de 16.6 points pour l'haloperidol a été observée. En ce qui concerne le résultat total de l'INPC, une réduction significative de 11.1 points pour l'olanzapine et de 18.9 points pour l'haloperidol a été relevée. Une autre étude a comparé l'efficacité du donepezil et du placebo à réduire les symptômes neuropsychiatriques (Sink et al., 2005; Tariot et al., 2001). Les résultats montrent une efficacité pour 45 % des aînés traités avec donepezil contre 28 % des aînés recevant un placebo. Ainsi, en ce qui concerne l'efficacité, une différence d'environ 20 % existe entre le donepezil et le placebo. Enfin, les résultats d'une étude récente (Porsteinsson et al., 2014) ayant pour but de décrire les résultats du citalopram sur l'agitation ont permis d'observer que 40 % des aînés recevant le traitement avaient montré une diminution modérée ou importante des symptômes contre seulement 26 % des aînés recevant le placebo. Après neuf semaines de traitement, le résultat total de l'IACM diminue de 2.4 points ($p = 0.008$) dans le cas du groupe traité au citalopram comparativement au groupe recevant le placebo. En ce qui concerne le résultat total de l'INPC, une diminution de 6.0 points ($p = 0.01$) en faveur du groupe citalopram est observée comparativement au groupe placebo. En revanche, une détérioration des fonctions cognitives et une prolongation de l'intervalle QT ont été observées dans le groupe recevant des doses quotidiennes de 30 mg de citalopram. Ainsi, d'une façon générale, plusieurs études montrent une efficacité limitée, une fréquence élevée d'effets secondaires indésirables et même une augmentation de la mortalité (Ballard & Corbett, 2013; Ballard et al., 2009; Burke & Tariot, 2009; Gareri et al., 2014; Huybrechts et al., 2012; Jeste et al., 2008; Morley, 2012, 2013; Schneider et al., 2005; Seitz et al., 2013; Sink et al., 2005; Voyer et al., 2005; Wang et al., 2005).

Ainsi, en plus de montrer des résultats très positifs dans le cas de certaines INP, les recherches montrent que la diversité des INP s'est grandement accrue au cours des dernières années. Le tableau suivant présente les INP existantes à ce jour.

Tableau 2.1

Interventions non pharmacologiques pour les aînés présentant des SCPD

Catégories	Exemples
Interventions quotidiennes	Approche de base : communication, gestion des refus, attitudes (respect, empathie, attention), stratégies (observation, écoute, communication), travail en équipe et continuité Recadrage Stimulation au quotidien Diversion Validation Toucher affectif Écoute active adaptée
Thérapies sensorielles	Auditive : écoute musicale (musique relaxante, classique ou préférée) et musicothérapie (chant, rythmique) Toucher : massage, massage des mains et toucher doux Olfactive : aromathérapie (lavande et mélisse) Visuelle : observation d'images, jeux de lumière, lampe animée, mobile Multiple : zoothérapie, Snœzelen, pièce d'apaisement (<i>Namaste therapy</i>)
Thérapies récréatives	Sociales : activités plaisantes, rencontres de groupe, rencontre de réminiscence, loisirs en groupe
Thérapies environnementales	Repères pour l'orientation spatiale et temporelle Bruit ambiant (bruit blanc, bruits de la nature) Aire d'errance (intérieure et extérieure) Barrières visuelles Programme BACE Activités passe-temps non personnalisées : meuble de fouille, tableau avec activités variées, pliage de linge, tablier de stimulation, casse-tête Contrôle des stimuli

	<p>Mesures de sécurité discrètes</p> <p>Variation de l'ambiance, des formes et des grandeurs de l'espace</p> <p>Unités de soins spécialisées</p>
Exercice physique	<p>Exercices isotoniques ou sur chaise</p> <p>Marche et marche-conversation</p> <p>Relaxation musculaire</p>
Adaptation des soins aux besoins uniques de la personne	<p>Activités biographiques : tâches ménagères, bricolage, entretien de plantes, jardinage, tâches relatives à un métier, soin d'un enfant/animal</p> <p>Activités plaisantes</p> <p>Interaction sociale individualisée</p> <p>Présence simulée : enregistrement audio ou vidéo</p> <p>Indice écrit</p> <p>Soins d'hygiène : bain à la serviette, méthode discontinue</p> <p>Habillement : retirer les vêtements du champ visuel</p> <p>Horaire des soins et des activités</p> <p>Plan de soins individualisé</p> <p>Réponse aux besoins compromis</p>
Thérapies comportementales	<p>Renforcement positif</p> <p>Abolition des gratifications des SCPD</p> <p>Promotion des événements agréables</p> <p>Restauration d'un sentiment de contrôle et de choix</p>
Thérapies cognitives	<p>Orientation à la réalité</p>
Thérapies spécifiques	<p>Réminiscence</p> <p>Thérapie occupationnelle</p> <p>Luminothérapie</p> <p>Thérapie contre-intuitive</p> <p>Approche confort-stimulation-interaction</p>

Formation des soignants ou des proches aidants	<p>Sur les MAa (y compris soins centrés sur la personne et recadrage)</p> <p>Sur les SCPD et leurs causes (y compris recadrage)</p> <p>Sur les INP</p> <p>Sur le retrait des mesures de contrôle (contention et isolement)</p> <p>Sur l'évaluation clinique (démarche, examen physique et instruments de mesure)</p> <p>Sur les interventions pharmacologiques et leur surveillance</p>
Consultation	Équipes ou intervenants spécialisés

Note. Adapté de Bidewell et Chang (2010); Cohen-Mansfield (2013); Conn et Seitz (2010); Douglas, James et Ballard (2004); Fleming et Purandare (2010); Hulme et al. (2010); IPA (2012); Livingston et al. (2005); Morley (2012); O'Connor et al. (2009); Seitz et al. (2012); Simard et Volicer (2010); Testad et al. (2014); Vernooij-Dassen et al. (2010); Voyer, Gagnon, et Germain (2009).

Malgré le nombre grandissant d'études sur les INP, il persiste encore un manque de rigueur scientifique dans certaines études cliniques (Livingston et al., 2005; O'Connor et al., 2009; O'Neil et al., 2011; Zimmerman et al., 2013). Ainsi, les critiques portent, entre autres, sur la taille trop petite des échantillons, l'absence de groupe de contrôle, la rareté des expérimentations à double aveugle, l'usage d'outils de mesure non validés et le manque de descriptions des INP. Les auteurs des revues systématiques déplorent également le fait d'une très grande variabilité dans la nature et la durée de certains programmes d'intervention, dans les définitions des SCPD et dans la variété des instruments de mesure utilisés. Toutes ces différences entre les études amènent à une impossibilité de les comparer entre elles et même à interpréter certains résultats (Kong et al., 2009). Les critiques encouragent également les chercheurs à s'assurer que la réduction des SCPD n'est pas uniquement une conséquence de la présence plus soutenue de personnes auprès des aînés. Cela est d'autant plus justifié que Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, et Thein (2010) ont démontré que l'INP qui provoquait le plus d'effet positif était relative à l'interaction sociale individuelle. Enfin, des auteurs se demandent si les résultats statistiquement significatifs de certaines études sont corrélés avec des résultats cliniquement pertinents (O'Connor et al., 2009).

Une autre limite est consécutive au fait que les recherches testent souvent une seule intervention à la fois qui ne vise qu'une seule cause des SCPD. De plus, le fait que les INP soient appliquées par des équipes de recherche plutôt que par le personnel en place est également critiqué (Seitz et al., 2012). En effet, cela pose la question de l'applicabilité des INP par les soignants réguliers et dans les conditions habituelles de travail. Le coût des INP est rarement indiqué. Les études devraient donc systématiquement s'intéresser à la faisabilité des INP et à leur coût concret. Le temps de soins est évidemment l'une des préoccupations

importantes pour établir le coût des soins aux aînés atteints de MAa et présentant des SCPD. Une étude américaine (Souder & O'Sullivan, 2003) s'est penchée sur le temps de soins nécessaire pour gérer les SCPD. Le temps moyen pour gérer un épisode de SCPD est estimé à 23.1 minutes (écart 5.7 à 201.5 minutes). Les comportements qui demandaient le plus de temps étaient ceux de type agressif, tels qu'abîmer des objets, menacer les personnes ou les griffer. Cependant il est intéressant de relever qu'en analysant les données, les auteurs ont découvert qu'environ 25 % des SCPD ne nécessitaient aucun temps particulier de la part des soignants. Il semblerait que des comportements tels que « *phrases répétées* » et « *activités motrices excessives* » ne provoquent ni évaluation, ni intervention (Souder & O'Sullivan, 2003) de la part des soignants et semblent donc ignorés.

L'absence d'évaluation systématique des réactions indésirables face aux INP est également critiquée. En fait, il existe très peu de données sur les réactions indésirables aux INP. Bien que les réactions indésirables ne puissent être comparées aux effets secondaires indésirables de certains médicaments psychotropes, il ne faut pas les ignorer (Gitlin, Kales, & Lyketsos, 2012). Les résultats d'études sur certaines interventions cognitives ou émotionnelles, la musicothérapie, le massage et l'aromathérapie montrent de rares cas d'augmentation de l'agitation et de l'agressivité physique (Cooke, Moyle, Shum, Harrison, & Murfield, 2010; Gitlin et al., 2012; O'Neil et al., 2011). L'orientation à la réalité peut provoquer de la détresse, de la peur et de l'agitation chez les aînés se situant dans des stades avancés de la démence (O'Neil et al., 2011). Des risques potentiels liés à la zoothérapie sont également évoqués, tels que des risques de blessures, de maladie zoonotique, de réactions allergiques ou de chagrin si l'animal meurt (O'Neil et al., 2011). De plus, des études sur l'aromathérapie utilisée chez des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD montrent certains effets indésirables (Fung, Tsang, & Chung, 2012). Ces effets se présentent sous forme de vomissements, nausées, diarrhées, douleurs abdominales, vertiges, difficulté respiratoire, somnolence et réaction cutanée allergique. Resnick (2013) affirme cependant que le fait d'appliquer des INP ne peut provoquer de préjudice important. Elle précise que le fait de cesser l'INP annihilera la réaction indésirable. Subséquemment, il est donc toujours souhaitable d'observer l'effet des INP sur l'aîné afin de s'assurer qu'elles ne provoquent pas de conséquences négatives.

De plus, certains auteurs s'intéressant à l'efficacité des traitements pharmacologiques dans le cadre des SCPD (Jeste et al., 2008; Sink et al., 2005) concluent qu'il serait bénéfique de déterminer cliniquement qu'est-ce qu'un niveau significatif en termes de réduction des symptômes neuropsychiatriques. En effet, de très petites diminutions de moyennes peuvent se révéler significatives en termes de résultats statistiques et non significatives en termes de résultats cliniques.

Malgré les critiques concernant les études sur les INP, des auteurs (Kalapatapu & Neugroschl, 2009) affirment que le manque de preuves sur l'efficacité des INP n'est pas équivalent aux preuves sur le manque d'efficacité des interventions pharmacologiques. De plus, un manque de preuves scientifiques ne signifie pas un manque d'efficacité (IPA, 2012). Enfin, il faut préciser que, depuis quelques années, la qualité des études sur les INP s'est considérablement améliorée (Conn & Seitz, 2010).

En somme, il existe un grand nombre d'études sur les INP qui ont contribué à l'élaboration de lignes directrices sur la prise en charge des SCPD.

2.3.1. Lignes directrices sur les SCPD.

Les principales lignes directrices sur les SCPD proviennent de la France (Haute Autorité de Santé, 2009), de l'Angleterre (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006), de l'Australie (New South Wales, 2006) et des États-Unis (American Geriatrics Society & American Association of Geriatric Psychiatry, 2003; California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management, 2008; Michigan Dementia Coalition, 2008). Au Canada, il existe un seul guide interdisciplinaire sur les SCPD (CCSMPA, 2006). Bien qu'il émane un tronc commun entre ces différentes lignes directrices, le guide canadien est retenu comme référence principale pour cette étude. Les recommandations présentent les étapes primordiales en situation de SCPD, soit de (CCSMPA, 2006; Gagné, 2010; IPA, 2012): (1) procéder au repérage et au dépistage, (2) évaluer de façon approfondie et continue, (3) prioriser les interventions non pharmacologiques, (4) réserver les interventions pharmacologiques aux situations urgentes, (5) planifier les interventions et les suivis de façon rigoureuse et (6) évaluer l'efficacité des interventions de façon quantitative.

Les sections suivantes présentent un résumé des recommandations des lignes directrices en ce qui concerne le processus d'évaluation clinique de l'aîné présentant des SCPD, la détermination des interventions et l'évaluation de l'efficacité du plan d'interventions. Des compléments d'information seront ajoutés afin de préciser ou de clarifier les recommandations des lignes directrices citées précédemment. Si cela apparaît nécessaire, les recommandations seront harmonisées avec les spécificités de l'exercice infirmier au Québec (OIIQ, 2013).

2.3.2. Recommandations sur l'évaluation clinique des SCPD.

En présence de SCPD, une investigation approfondie doit être réalisée (CCSMPA, 2006; Buhr & White, 2006; Hoe & Thompson, 2010; Koopmans, Zuidema, Leontjevas, & Gerritsen, 2010). Elle vise l'identification des facteurs précipitants pouvant expliquer la présence de SCPD (IPA, 2012; Moniz-Cook & Clarke, 2011; Sutor, Rummans, & Smith, 2001). Ainsi, l'évaluation clinique doit être centrée sur la personne, sur la recherche des causes des SCPD et consiste en une approche de résolution de problème ou de gestion de cas (Aberdeen, Leggat, & Barraclough, 2010; Diwan & Phillips, 2001; Hendry & Douglas, 2003; Koopmans et al., 2010; Talerico & Evans, 2000; Talerico, O'Brien, & Swafford, 2003; Webster, 2004). L'investigation comprend, entre autres, l'anamnèse et l'examen physique (CCSMPA, 2006). L'anamnèse englobe les données relatives à la condition de santé de l'aîné, son autonomie fonctionnelle, son contexte de vie et son histoire de vie. Des données sur les soins qui sont prodigués sont également recueillies. L'examen physique permet de détecter les problèmes de santé physiques et mentaux, qui ont évolués ou qui sont nouveaux. Ces problèmes peuvent représenter des facteurs précipitants. De plus, une revue de la médication doit être réalisée. Cet examen décrit les modifications récentes, le recours aux médicaments prescrits au besoin (*pro re nata* – PRN), la présence d'effets secondaires indésirables, l'efficacité thérapeutique des principes actifs et l'observance de la personne. Enfin, les ressources humaines et matérielles disponibles devraient également être prises en considération.

De plus, il est recommandé d'utiliser des instruments de mesure dans le but de décrire et de mesurer la fréquence et la gravité des SCPD. Les lignes directrices canadiennes sur les SCPD (CCSMPA, 2006) citent plusieurs instruments de mesure relatifs aux symptômes dépressifs, aux symptômes comportementaux et à l'évaluation comportementale. Or, à la connaissance de l'étudiante, plusieurs instruments anglais ne sont pas traduits et validés en français. Tel est le cas pour l'échelle du Centre des études épidémiologiques de la dépression [CES - D], le Minimum Data Set [MDS], l'échelle d'évaluation sommaire de l'agitation [BARS], l'échelle d'évaluation de la pathologie comportementale dans la maladie d'Alzheimer [BEHAVE - AD], l'échelle d'évaluation des symptômes comportementaux dans la démence [BSSD] et l'échelle Pittsburgh d'évaluation de l'agitation [PAS]. Dans le cas de l'évaluation des SCPD, il existe des instruments de mesure traduits et validés en langue française que les lignes directrices sur les SCPD recommandent également (CCSMPA, 2006; Koopmans et al., 2010), tels que l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield [IACM] (Cohen-Mansfield & Billig, 1986; Voyer, 2013) et l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings [INPC] (Cummings et al., 1994; Dillon et al., 2013). Pour évaluer les fonctions cognitives d'un aîné, l'instrument de choix est le mini-examen de l'état mental [MEEM] de Folstein (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Il existe des instruments spécifiques en ce qui concerne la dépression qui sont, selon la capacité de comprendre et de répondre de l'aîné, soit l'échelle de dépression gériatrique (Yesavage et al., 1983), soit l'échelle de dépression de Cornell (Alexopoulos,

Abrams, Young, & Shamoian, 1988). Enfin, en ce qui concerne la douleur, il existe le *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*, communément appelé PACSLAC (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004). Tous ces instruments ont été traduits et validés en français et peuvent donc être utilisés aisément au Québec.

Ainsi, il est recommandé d'opter pour une démarche d'évaluation structurée et complète lorsque l'aîné présente des SCPD (CCSMPA, 2006). La démarche vise à décrire le contexte global de la personne et à identifier les causes sous-jacentes aux SCPD. Ainsi, il est essentiel de respecter l'importance « (...) de la synthèse, de l'analyse et de l'interprétation des données » (CCSMPA, 2006, p. 25). Le fait de trouver les causes sous-jacentes aux SCPD représente souvent la solution au problème et est crucial dans le cas de la gestion appropriée des SCPD (Morley, 2013). Une fois l'évaluation terminée et l'interprétation des données effectuée, des interventions doivent être déterminées.

2.3.3. Recommandations sur les interventions non pharmacologiques.

La CCSMPA (2006) recommande de privilégier les INP aux traitements médicamenteux. Cependant, dans certaines situations urgentes ou graves, le recours exclusif aux INP ne sera pas suffisant. Toutefois, dans ces situations, les INP devraient toujours être concomitantes aux interventions pharmacologiques.

L'une des recommandations de la CCSMPA (2006) porte sur l'importance d'assurer la continuité des soins. Les experts suggèrent de rédiger des plans de soins détaillés pour chaque usager (Vasse et al., 2011). Au Québec, un tel document de soins est souvent appelé un plan d'interventions. Les infirmières peuvent également utiliser le plan thérapeutique infirmier (PTI) pour y inscrire les constats de leur évaluation et les directives qu'elles déterminent (OIIQ, 2013). La structure du plan d'interventions diffère selon les auteurs. Certains auteurs (Barrick, Rader, Hoeffler, et al., 2008; Barrick, Rader, & Mitchell, 2008) proposent de relever les besoins identifiés, les symptômes observés, les objectifs poursuivis ainsi que les interventions proposées. Le plan d'interventions devrait également présenter les cibles à différents niveaux soit individuel, interactionnel et environnemental (Voyer, 2005).

Dans l'optique des soins centrés sur la personne (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; Talerico et al., 2003), il est recommandé d'adapter les INP à l'aîné, à ses capacités, à ses besoins et au contexte spécifique dans lequel il se trouve (Gitlin, 2012; Gitlin et al., 2008; Robert et al., 2005; Turner & Snowdon, 2009; Vasse et al., 2011; Vernooij-Dassen et al., 2010). De ce fait, plus les INP proposées seront tangibles

pour l'aîné, plus les chances qu'elles soient efficaces à réduire les SCPD sont grandes (Cohen-Mansfield, Thein, et al., 2010). Il est donc important de bien connaître l'histoire de vie de l'aîné ainsi que ses capacités résiduelles sur le plan cognitif et physique. Ainsi, les infirmières devraient centrer leur intérêt sur la personne plutôt que sur le comportement (Rasin & Kautz, 2007).

L'implication des proches dans l'application du plan d'interventions est fortement recommandée (CCSMPA, 2006). De plus, les lignes directrices insistent sur l'importance de la formation et du soutien aux proches et aux soignants.

Les recommandations des lignes directrices portent également sur l'usage optimal des médicaments dans les situations de SCPD.

2.3.4. Interventions pharmacologiques.

L'usage des médicaments psychotropes est réservé aux situations de danger imminent pour l'aîné ou pour autrui, aux symptômes psychotiques persistants qui sont pénibles pour l'aîné ou à un état de détresse psychique significative chez l'aîné (CCSMPA, 2006; Jennings & Grossberg, 2013). Les INP devraient toujours être privilégiées ou concomitantes aux interventions pharmacologiques (Ballard & Corbett, 2010; CCSMPA, 2006; Gardette et al., 2012; Gauthier et al., 2010). Les interventions pharmacologiques sont également relatives au traitement d'un problème de santé aigu, tel qu'une infection urinaire, de la douleur ou de la dyspnée. Au Québec, l'infirmière peut décider d'administrer des traitements PRN ou d'initier un traitement prescrit par ordonnance collective ou ordonnance individuelle (OIIQ, 2013).

Lorsqu'une infirmière réalise une démarche d'évaluation clinique, elle devrait procéder à l'analyse systématique du profil pharmacologique (OIIQ, 2013; Voyer, 2011; Voyer & Nkogho Mengué, 2013). De plus, la surveillance des effets secondaires indésirables et l'évaluation des effets thérapeutiques devraient être réalisées avec beaucoup de vigilance par l'infirmière.

Ainsi, une fois que l'évaluation clinique a permis de recenser les facteurs précipitants en présence, l'infirmière rédige un plan d'interventions personnalisé dans le but de répondre aux besoins compromis ou d'agir sur les facteurs environnementaux. Après un temps d'application du plan d'interventions d'au moins quatre semaines (Voyer et al., 2009), l'infirmière procède à l'évaluation de son efficacité sur les SCPD.

2.3.5. Recommandations sur l'évaluation de l'efficacité du plan d'interventions.

Il est recommandé d'évaluer l'efficacité du plan d'interventions, mais aussi de détecter les nouveaux symptômes. Un suivi clinique devrait également être prévu à long terme. La CCSMPA (2006) propose que le plan de traitement prévoie un calendrier ainsi que la procédure d'évaluation de l'efficacité du plan d'interventions. Dans cette perspective, les infirmières québécoises peuvent utiliser le plan d'interventions et le PTI (OIIQ, 2013).

L'évaluation de l'efficacité est de nature quantitative (CCSMPA, 2006). Elle devrait être réalisée avec les mêmes instruments utilisés avant l'application du plan d'interventions. De plus, l'évaluation de l'efficacité devrait inclure la détection de résultats inattendus ainsi que celle des effets indésirables des INP ou des médicaments, s'il y a lieu. Si le succès du plan d'interventions est jugé insuffisant ou si de nouveaux symptômes apparaissent, l'infirmière doit reprendre la démarche d'évaluation clinique (Kovach, Logan, et al., 2006). Selon les auteurs d'une étude sur le mode de réponse des infirmières face aux SCPD (Kovach, Kelber, Simpson, & Wells, 2006), un plan d'interventions est jugé efficace s'il réduit la fréquence et la gravité des SCPD de 50 %. Pour d'autres auteurs (Ballard et al., 2009) une réduction de 30 % est considérée comme significative. Cependant, les lignes directrices ne précisent pas quel est le pourcentage d'amélioration permettant d'affirmer qu'un plan d'interventions a été efficace.

En résumé, les lignes directrices sur la prise en charge des SCPD présentent trois étapes primordiales pour les infirmières. La première est celle de l'évaluation clinique qui permet de décrire avec précision la situation et de détecter les causes des SCPD. La deuxième étape est relative aux INP et aux interventions pharmacologiques sélectionnées en fonction des facteurs précipitants. Le plan d'interventions est personnalisé selon le profil unique de l'aîné. Enfin, la troisième étape consiste en l'évaluation vigilante de l'efficacité du plan d'interventions.

2.4. Les études sur la prise en charge des SCPD par des infirmières

Plusieurs études se sont intéressées aux INP appliquées aux aînés atteints de MAa et présentant ou non des SCPD. Ces études ont été réalisées dans des milieux cliniques. Cependant, à la connaissance de l'étudiante, aucune d'entre elles n'a mis à contribution des infirmières exclusivement. De plus, l'application des INP n'est pas une activité réservée aux infirmières et ne consiste qu'en une fraction de la prise en charge infirmière des SCPD.

D'autres études se sont intéressées aux effets d'une formation sur les SCPD sur les connaissances ou les pratiques de soignants. Là encore, à la connaissance de l'étudiante, aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement à des infirmières. De plus, la formation en elle-même ne garantit pas une application des nouvelles compétences.

À la connaissance de l'étudiante, il existe au moins deux études sur la pratique des infirmières face à un SCPD. Une étude s'est intéressée à la méthode dite STI (Kovach, Noonan, Schlidt, Reynolds, & Wells, 2006), qui signifie *Serial Trial Intervention*. Cette méthode permet une démarche structurée d'évaluation et d'intervention en situation de SCPD. Le STI se présente en cinq étapes distinctes et successives. Il vise à repérer les besoins compromis. La douleur est l'un des besoins compromis importants à repérer et pourtant, elle est souvent sous-détectée (Bradford et al., 2012; Kovach, Noonan, et al., 2006; Miller et al., 2005). C'est pour cela que la détection et le soulagement de la douleur sont mis à l'avant-plan dans la méthode STI. Le STI recommande de débiter par la première étape et de poursuivre la démarche si l'étape ne révèle rien ou si les interventions mises en place ne permettent pas de résoudre la situation de façon satisfaisante. La première étape consiste à réaliser une évaluation de la condition de santé physique, dont la douleur. Elle est suivie par l'évaluation de la santé affective. La troisième étape recommande d'appliquer une variété d'interventions non pharmacologiques personnalisées. La quatrième étape consiste à administrer des traitements analgésiques ou à optimiser le traitement en cours. D'autres traitements médicamenteux peuvent également être utilisés dans le but de corriger un problème de santé aigu, tel qu'une infection urinaire ou une constipation aiguë. Enfin, la dernière étape suggère de consulter un intervenant d'une autre discipline ou un spécialiste.

L'étude américaine sur le STI (Kovach, Kelber, et al., 2006; Kovach, Logan, et al., 2006) s'est intéressée aux réponses des infirmières face aux comportements de résidents atteints de MAa et présentant des SCPD. Dans cette perspective, 14 centres d'hébergement ont été stratifiés et assignés à l'aveugle au groupe d'intervention ou au groupe de contrôle. Le groupe d'intervention appliquait la méthode STI après avoir reçu une formation de sept heures. Le groupe de contrôle prodiguait les soins usuels après avoir reçu sept heures de formation de base sur les SCPD. Les infirmières ($N = 54$) avaient au moins six mois d'expérience et travaillaient au moins 32 heures par semaine. Dans certains sites, il y avait la présence d'infirmières auxiliaires (*licensed practical nurses*) ($n = 8$). Les autres infirmières ($n = 46$) étaient toutes des infirmières diplômées (*registred nurses*). Le ratio d'infirmières et d'infirmières auxiliaires n'était pas statistiquement différent entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle ($\chi^2 = 0.43$, $df = 1$, $p = 0.51$). Les infirmières ne savaient pas à quel groupe elles étaient assignées. Une enquête réalisée à la fin de l'étude a démontré que l'ignorance à ce sujet avait été maintenue. Les groupes bénéficiaient d'une visite de suivi hebdomadaire par une infirmière

de pratique avancée (*advanced practical nurse*). Il faut préciser que les infirmières participant à la recherche le faisaient dans les conditions réelles d'exercice puisqu'aucun ajout d'heure ou de personnel n'était effectué.

Aucune différence significative concernant les caractéristiques des résidents étudiés ($N = 112$) des deux groupes n'a été relevée. Les résidents étaient répartis dans les deux groupes de façon égale, c'est-à-dire 56 résidents par groupe. La majorité était des femmes (84.8 %) et l'âge moyen était de 86.6 ans ($SD = 6.9$). Seuls les résidents n'ayant plus la capacité d'exprimer clairement leurs besoins devaient être sélectionnés par les infirmières. Pour ce faire, elles estimaient le niveau d'atteinte des capacités cognitives et de l'autonomie fonctionnelle de chaque aîné. Les capacités cognitives étaient mesurées avec un instrument validé s'appelant le mini examen de l'état mental (MEEM). La moyenne au MEEM était de 7.8 ($SD = 6.2$) sur un total maximum de 30. Le niveau d'autonomie fonctionnelle était estimé avec un instrument validé s'appelant le *Functional Assessment Staging of Dementia* (FAST). Cet instrument comporte sept stades distincts. Les stades les plus élevés indiquent les atteintes les plus sévères. Les résultats indiquent que 46 résidents (41.1 %) se trouvaient au stade sept, 60 résidents (53.6 %) au stade six, un résident (0.9 %) au stade cinq et cinq résidents (4.5 %) au stade quatre.

Dès qu'un comportement déclenchait l'intervention des soignants, les infirmières des deux groupes l'inscrivaient sur un registre et ce, quotidiennement. Par la suite, certaines précisions sur l'évaluation réalisée étaient consignées. Les infirmières indiquaient également les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques initiées en regard du comportement ou de leur constat d'évaluation. Enfin, suite à leur intervention, elles mesuraient le changement de comportement à l'aide d'une échelle visuelle analogique calibrée de 1 à 100. Les infirmières relevaient leurs observations durant les 20 jours suivant leur première intervention. Le taux d'efficacité des interventions des infirmières était calculé à partir de la cotation sur l'échelle analogique calibrée de 1 à 100. Les cotations permettaient de comparer le score initial à celui obtenu suite aux interventions. Les auteurs estiment que l'intervention prodiguée a été efficace si le changement de comportement atteint 50 % comparativement à la mesure initiale.

Des observations ont été réalisées pour 203 situations symptomatiques chez les 112 résidents à l'étude. Le nombre total d'interventions infirmières est de 215. En effet, les infirmières peuvent être intervenues à plus d'une reprise dans certaines situations, en raison de l'échec d'une première intervention ou d'une intensification des symptômes.

Les résultats de l'étude montrent que les infirmières ont quatre modes de réponses différents. Le premier mode est la réponse négligente (*dismissive*) qui signifie que, en présence d'un comportement observé, l'infirmière ne fait rien. Cela a été observé dans 13 situations (6.1 %). Ce type de réponse a obtenu le taux d'efficacité le plus bas, soit une réduction de 17.9 % ($SD = 36.8$) comparativement à la mesure initiale. Le deuxième mode de réponse est de type statique (*static*) qui représente la reproduction d'un même mode d'évaluation ou de traitement même s'il se révèle inefficace. Ce mode de réponse a été observé dans 60 situations (27.9 %) et représentait un taux d'efficacité de 45.9 % ($SD = 35.2$). Le troisième mode de réponse est réactif (*reactive*). Il représente les situations pour lesquelles un traitement a été administré sans évaluation approfondie préalable. Cela signifie que l'infirmière décide d'une intervention en ayant évalué moins de trois sphères chez l'aîné. Cela a été observé dans 87 situations (40.5 %). Ce mode de réponse est le plus fréquent. Le taux d'efficacité du mode de réponse réactif est de 62.7 % ($SD = 31.2$). Puisque la réduction des comportements est supérieure à 50 %, cela démontre que les interventions sont jugées efficaces. Enfin, le dernier mode est celui de la réponse complète (*comprehensive*) qui représente une évaluation touchant trois sphères ou plus, suivie d'un ou de plusieurs interventions ou traitements. Ce mode de réponse a été observé dans 55 situations (25.8 %) avec un taux d'efficacité estimé à 74.8 % ($SD = 29.6$). Ce taux d'efficacité est le plus élevé et démontre une efficacité importante des interventions.

Les auteurs relèvent qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le mode de réponse négligente. En revanche, de façon significative, les infirmières du groupe de contrôle ont davantage utilisé les réponses statiques ($\chi^2 = 26.2, p < 0.001$) et réactives ($\chi^2 = 19.11, p < 0.001$) que les infirmières du groupe d'intervention. Cependant, malgré la formation reçue, les relevés effectués sur les suivis au cours des 20 jours suivant la première intervention permettent de conclure que les situations symptomatiques des résidents du groupe d'intervention reçoivent elles aussi des réponses réactives ($n = 33, 57.9\%$) ou statiques ($n = 19, 33.3\%$). Malgré cela, les situations symptomatiques des résidents du groupe d'intervention reçoivent de façon significative plus de réponses complètes que ceux du groupe de contrôle ($\chi^2 = 84.4, p < 0.001$). Les infirmières du groupe d'intervention démontrent plus de persistance à intervenir sur le plan de l'évaluation ou des interventions que celles du groupe de contrôle. Ainsi, 37 situations symptomatiques (65 %) du groupe d'intervention ont reçu quatre ou plus interventions infirmières. Dans le cas du groupe de contrôle, le nombre de situations symptomatiques s'élève à cinq (9 %).

Dans le cas du groupe d'intervention, 49 paramètres physiques anormaux ont été détectés chez 23 résidents. Sept aînés manifestaient de la douleur, trois souffraient de pneumonie et quatre présentaient une infection urinaire. Sur le plan affectif, 15 paramètres anormaux ont été détectés chez 13 résidents du groupe

d'intervention. Ainsi, 10 aînés subissaient des stress environnementaux, trois aînés pâtissaient de déséquilibres au niveau des stimuli et deux avaient des interactions sociales diminuées.

Les chercheuses expriment leur inquiétude lorsqu'elles relèvent que, dans 97 % des cas, les résidents du groupe d'intervention ne reçoivent pas les soins adéquats de la part de l'infirmière.

Une partie de cette étude portait plus spécifiquement sur les données relatives à la prise en charge de la douleur (Kovach, Logan, et al., 2006). Les résultats spécifiques ne sont pas présentés ici car ils sortiraient du cadre de la présente étude. Il faut toutefois relever que les résultats ont permis de démontrer une baisse significative de la douleur chez les résidents du groupe d'intervention. De plus, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été relevée dans le cas des INP relatives au soulagement de la douleur. Cependant, une différence statistiquement significative a été relevée en ce qui concerne les interventions pharmacologiques (*Wilcoxon rank sum test* $Z = 4.383$, $p < 0.001$). Ainsi 26 résidents (46 %) du groupe d'intervention ont reçu un analgésique alors que seulement deux résidents (3 %) du groupe de contrôle en ont reçu.

Il est possible de relever quelques limites dans cette étude. D'ailleurs, les limites sont en grande partie signalées par les auteurs eux-mêmes. Sur le plan de l'échantillon, la présence d'infirmières auxiliaires peut faire penser que celles-ci n'ont pas agi de la même façon que les infirmières en raison d'une formation et d'un rôle différents. Une telle démarche au Québec serait irréalisable compte tenu des différences dans les activités réservées aux deux catégories de professionnelles. Les résultats tels qu'ils sont présentés ne permettent pas de relever s'il y a des différences dans les modes de réponses des infirmières et des infirmières auxiliaires. De plus, aucune donnée n'a été relevée quant à l'expérience, la formation et les conditions d'exercice des infirmières. Ainsi, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur les caractéristiques des infirmières offrant le meilleur mode de réponse.

Sur le plan de la participation, seules deux infirmières régulières pour chaque équipe participaient. De plus, seules des infirmières travaillant sur des quarts de jour pouvaient participer à l'étude. Ainsi, on peut imaginer que certains suivis et certaines interventions ont été réalisés par les infirmières ne participant pas à la recherche. Ces interventions par d'autres infirmières pouvaient modifier le portrait symptomatique de la personne ou influencer sur les comportements. Or, aucune donnée sur ces éventuels suivis n'était colligée.

Une limite sur le lieu de l'étude peut être avancée. L'étude a été conduite exclusivement dans des centres d'hébergement. Il est possible que des infirmières exerçant en milieu hospitalier ou à domicile n'agissent pas de la même façon dans des situations identiques. De plus, l'étude s'est déroulée aux États-Unis. Les infirmières québécoises offrent peut-être d'autres modes de réponse.

Sur le plan de la méthode, plusieurs limites sont soulevées. Pour commencer, la cotation de l'efficacité peut être surestimée par les infirmières. En effet, un biais de désirabilité peut être à l'œuvre. De plus, l'instrument de mesure est une échelle visuelle analogique cotée de zéro à 100. Les chercheuses indiquent une fiabilité interjuges de 0.85, ce qui est jugé excellent (Fortin & Gagnon, 2010). Cependant, cette échelle ne représente pas un *gold standard* sur le plan de l'évaluation de l'efficacité dans des situations de SCPD. Des instruments relevant la fréquence et la gravité des SCPD sont reconnus. Par exemple, l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield [IACM] ou l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings [INPC] dont il a été question plus haut sont des instruments validés et fiables (Landreville, Rousseau, Vézina, & Voyer, 2005; Rousseau, 2005). Pour la douleur, le PACSLAC aurait pu être utilisé (Aubin et al., 2008; Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004; Proulx, Misson, Savoie, Aubin, & Verreault, 2013).

Les chercheuses relèvent qu'il est probable que de nombreuses réponses négligentes n'aient pas été relevées puisqu'il était demandé de relever les interventions réalisées. Or, en l'absence d'intervention infirmière, il est fort possible qu'aucun relevé n'ait été effectué. Cependant, cela ne signifie pas qu'aucun SCPD n'ait été présent. Cela rejoint l'observation de Souder et O'Sullivan (2003) sur le fait que 25 % des SCPD n'entraînaient aucune intervention de la part des soignants.

En ce qui concerne l'importance des descriptions, il faut relever un manque de précisions. En effet, aucune donnée ne décrit le type d'INP en fonction des causes physiques ou affectives. Ainsi, les infirmières ne choisissaient peut-être pas la meilleure intervention en fonction des facteurs précipitants. De plus, il est possible que des interventions pharmacologiques aient été initiées sans qu'aucune INP ne soit appliquée.

La deuxième étude s'est intéressée aux résultats d'une pratique infirmière novatrice quant à la gestion des SCPD (Barton, Merrilees, Ketelle, Wilkins, & Miller, 2014). L'étude avait pour objectif de décrire les effets d'une pratique infirmière avancée. L'étude a duré 28 mois, soit de février 2010 à juin 2012. Ainsi, une infirmière praticienne et une infirmière clinicienne spécialisée ont évalué 66 aînés atteints de MAa et présentant des SCPD. Les aînés étaient mis en contact avec leur service par le centre de la mémoire et du vieillissement de San Francisco. L'âge moyen des aînés était de 74.3 ans ($SD = 9.47$). La majorité était

constituée de femmes ($n = 38$). La grande majorité des aînés ($n = 53$) souffraient de maladie d'Alzheimer ou de déficits cognitifs légers ($n = 6$). Ces aînés vivaient à domicile avec leur proche aidant ($n = 57$), en résidence privée ($n = 4$) ou seul à domicile ($n = 5$). Lors de la consultation avec les infirmières, ils étaient tous accompagnés de leur proche aidant. Les proches étaient des conjoints ($n = 44$), des enfants ($n = 20$) ou un membre de leur fratrie ($n = 5$). Les consultations infirmières se tenaient à la clinique ($n = 61$) au domicile ($n = 5$). En ce qui concerne la consultation, les deux infirmières se répartissaient les interventions. L'évaluation de l'aîné réalisée par l'infirmière praticienne comportait l'anamnèse, un examen neurologique et une évaluation cognitive. Les défis auxquels l'aîné devait faire face étaient également évoqués. Pendant ce temps, l'infirmière clinicienne spécialisée rencontrait le proche aidant afin de discuter de l'historique de la maladie, de la fréquence et de la sévérité des symptômes ainsi que des facteurs déclenchants certains comportements. Pour cela, l'infirmière utilisait une méthode dite *ABC* afin de décrire les antécédents, les comportements et les conséquences. De plus, l'INPC était utilisé. En fait, l'INPC était envoyé préalablement au proche qui le complétait à domicile. Les résultats étaient repris lors de la consultation avec l'infirmière. Certaines stratégies étaient également évoquées au cours de l'entrevue. Par la suite, les deux infirmières se rencontraient afin de réunir les données recueillies et développer des interventions individualisées et ciblées. Pendant ce temps, l'aîné et son proche aidant pouvaient consulter des documents ou visionner des films sur les MAa. Par la suite, les infirmières présentaient leur plan d'interventions à l'aîné et son proche. Un sommaire du plan d'interventions et des documents d'informations ciblées était remis à l'aîné et à son proche. Par la suite, un suivi téléphonique était réalisé par les infirmières. De plus, une évaluation qualitative était envoyée aux proches et aux intervenants réguliers de l'aîné.

Les résultats démontrent que les principales raisons de la consultation étaient relatives à la résistance aux soins, à l'agitation et à la combativité de l'aîné atteint de MAa ainsi qu'à la détresse du proche aidant. Les interventions étaient catégorisées en cinq domaines, soit l'environnement, le comportement, les médicaments et la dimension physique pour l'aîné et la dimension interne pour le proche aidant. Dans tous les cas, de multiples interventions étaient proposées. La cible principale des interventions était en lien avec le fait de développer des interactions plus positives entre l'aîné et son proche. Des informations sur la maladie, les stratégies d'adaptation et les structures de soutien étaient également régulièrement données. Les auteurs relèvent que, dans certaines situations, le plan d'interventions a été présenté seulement au proche aidant. Les évaluations de l'intervention des infirmières montrent que les aînés et leurs proches aidants ont trouvé la consultation aidante. La principale force de cette étude est de proposer un modèle novateur en ce qui concerne les soins infirmiers aux aînés atteints de MAa. La dyade infirmière entraîne une double consultation simultanée, ce qui centre l'évaluation sur chacune des personnes impliquées. Cela peut permettre à chacun de s'exprimer plus librement et sans devoir gérer des temps d'expression équivalents. De plus, ce mode

d'intervention se révèle peu onéreux. Enfin, les premiers résultats montrent que les participants étaient satisfaits.

En revanche, il faut relever quelques limites à cette étude. Premièrement, l'origine des aînés en consultation ne permet pas de faire des généralisations. En effet, les aînés étaient référés par un service spécifique et ne représentent donc pas l'ensemble des aînés atteints de MAa. De plus, aucune mesure quantitative n'a été réalisée pour juger des résultats. Dans leur conclusion, les auteurs spécifient avoir développé des mesures quantitatives. L'INPC était utilisé mais aucun résultat n'est présenté. Cela aurait pu indiquer de façon précise la fréquence, la gravité et le retentissement des symptômes neuropsychiatriques. Un suivi post intervention avec l'INPC aurait également permis de mesurer l'efficacité des interventions sur la fréquence, la gravité et le retentissement des symptômes neuropsychiatriques.

Au Québec, il existe deux études s'intéressant à la gestion des SCPD par des infirmières.

2.4.3. Études québécoises sur la prise en charge des SCPD par des infirmières.

La première étude s'est intéressée aux effets d'une formation sur la gestion des comportements d'agitation d'aînés atteints de MAa pour les soignants travaillant dans un centre d'hébergement au Québec (Landreville, Dicaire, Verreault, & Levesque, 2005). Le programme de formation s'intitulait *AGI*, pour représenter les premières lettres pour « agitation » mais aussi pour faire penser au verbe « agir ». L'objectif de la formation était donc d'agir dans le but de prévenir ou de gérer les comportements d'agitation. La formation, fondée sur les théories comportementales, incluait cinq sessions de 90 minutes chacune. La formation était donnée pendant une journée. Chaque session abordait un thème différent, soit la communication, l'évaluation, la gestion des comportements non agressifs, la gestion des comportements agressifs et le travail en équipe. Après la formation, l'équipe soignante était supervisée par les formateurs de façon hebdomadaire pendant environ deux mois. L'étude pilote s'intéressait à la satisfaction des soignants par rapport au programme, à l'utilisation des techniques comportementales pour gérer les comportements d'agitation et aux comportements d'agitation des aînés.

Les soignants ($N = 26$) travaillaient sur des horaires de jour, de soir ou de nuit. Il y avait 10 infirmières, huit infirmières auxiliaires et huit préposés aux bénéficiaires (PAB). La moyenne d'âge des soignants était de 40.2 ans ($SD = 7.6$). Il y avait une majorité de femmes (64 %) et le nombre d'années d'expérience dans les soins aux aînés était de 16.9 ans en moyenne ($SD = 6.4$). Les résidents ($N = 19$)

avaient un âge moyen de 72.0 ans ($SD = 12.7$) et vivaient dans la résidence depuis 1.9 ans en moyenne ($SD = 2.7$). Les femmes représentaient la majorité (57.1 %). Le nombre moyen de diagnostics médicaux par aîné était de 6.2 ($SD = 2.7$). Onze aînés (57.9 %) avaient un diagnostic de démence.

Dans le cadre cette étude, quatre mesures ont été réalisées. La première était relative à l'utilisation des techniques comportementales pour gérer les comportements d'agitation. Les participants devaient noter la fréquence d'utilisation de neuf techniques prédéterminées sur une période de deux semaines. Pour ce faire, ils utilisaient une échelle analogique sur 100 points dont le point zéro signifiait que la technique n'était jamais utilisée jusqu'au point 100, qui signifiait que la technique était toujours utilisée. Ainsi, la somme de cette mesure s'étendait entre zéro et 900. La cohérence interne de cette échelle ($\alpha = 0.91$) est jugée excellente (Fortin & Gagnon, 2010). La deuxième mesure était relative à cinq énoncés sur le sentiment d'efficacité des soignants de gérer les comportements d'agitation. Là aussi, une échelle analogique sur 100 points était utilisée afin que chaque soignant mesure son efficacité entre *pas du tout* pour le zéro et *entièrement* pour le 100. Cette échelle avait une cohérence interne ($\alpha = 0.69$) jugée modérée (Fortin & Gagnon, 2010). La troisième mesure était relative à la satisfaction par rapport à la formation reçue. Une échelle permettait d'inscrire le degré de satisfaction sur quatre points, de un, pour *très insatisfait*, à quatre, pour *très satisfait*. Les soignants devaient donner leur appréciation pour la qualité, le contenu, l'organisation et la présentation de la formation. La cohérence interne de cette échelle ($\alpha = 0.96$) est jugée excellente (Fortin & Gagnon, 2010). Enfin, la fréquence des comportements d'agitation des aînés était mesurée en se servant de la version française de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield, dont la validité et la fidélité ont été jugés adéquats (Deslauriers, Landreville, Dicaire, & Verreault, 2001). Cette échelle comporte 29 comportements distincts dont la fréquence peut être estimée de un (jamais) à sept (plusieurs fois par heure). Les soignants devaient estimer la fréquence observée au cours des deux dernières semaines. Le nombre de comportements observés étaient également relevé. De plus, les scores pouvaient être calculés de façon globale ou par regroupement de certains comportements en trois catégories distinctes. Ces trois catégories sont : les comportements agressifs ($n = 9$), les comportements physiques non agressifs ($n = 7$) et les comportements d'agitation verbale ($n = 5$). Les mesures ont été effectuées avant et après la période de supervision de deux mois, sauf pour la satisfaction par rapport à la formation qui a été mesurée immédiatement à la fin de celle-ci.

Les résultats montrent une augmentation statistiquement significative en ce qui concerne l'utilisation des techniques comportementales pour gérer les comportements d'agitation ($t [13] = 1.81, p < 0.05$) et du sentiment d'efficacité dans la gestion des comportements d'agitation ($t [17] = 6.05, p < 0.001$). De plus, tous les participants étaient satisfaits ou très satisfaits de la qualité, du contenu et de la présentation de la formation reçue. Une très grande majorité de soignants (96 %) étaient satisfaits ou très satisfaits de

l'organisation de celle-ci. En ce qui concerne les comportements d'agitation des résidents, une diminution statistiquement significative a été relevée pour le nombre de comportements ($t [17] = 3.93, p < 0.01$) ainsi que pour la fréquence des comportements ($t [17] = 4.07, p < 0.01$). De plus, une réduction statistiquement significative a également été relevée en ce qui concerne la fréquence des comportements physiques non agressifs ($t [17] = 2.85, p < 0.05$), la fréquence des comportements d'agitation verbale ($t [17] = 4, p < 0.01$) ainsi que le nombre de comportements d'agitation verbale ($t [17] = 4.08, p < 0.01$). Enfin, une réduction frôlant la signifiante statistique a été observée quant au nombre des comportements d'agitation physique non agressifs ($t [17] = 1.94, p = 0.06$). Des données sur les situations spécifiques de deux résidents suivis au sein des périodes de supervision par les formateurs sont également présentées. Des plans d'intervention individualisés ont été dûment rédigés. Des résultats positifs ont également été enregistrés. Ils ne sont toutefois pas présentés ici.

Les auteurs concluent donc que cette formation a des impacts positifs importants sur les résidents et les soignants. Ils relèvent que les coûts sont relatifs principalement à la formation et à la supervision. Ils proposent toutefois de comparer ces coûts à ceux engendrés par les comportements d'agitation qui entraînent, par exemple, des absences du travail. Les auteurs relèvent également plusieurs limites à leur étude. Les limites sont relatives à la prudence quant à la généralisation des résultats, puisque les résultats proviennent de soignants d'une seule unité. La constitution des équipes peut être différente dans d'autres établissements ou régions. Les changements observés peuvent être dus à d'autres facteurs que les effets de la formation en elle-même. Enfin, les mesures étaient issues de la perception seule des soignants, ce qui peut produire un biais de désirabilité, par exemple.

D'autres limites peuvent être ajoutées. Par exemple, un suivi après plusieurs mois n'a pas été réalisé. La persistance des effets de la formation après le départ des formateurs et des chercheurs n'est donc pas assurée. Il faut également relever que certains résidents n'avaient pas de diagnostic de MAa, ce qui constitue un échantillon non homogène. De plus, aucune différence n'a été avancée quant aux divers rôles qu'ont pu jouer les infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB. Ainsi, il est impossible de savoir si les infirmières utilisaient les mêmes techniques que leurs collègues ou si elles obtenaient des résultats semblables aux autres. Une remarque identique peut être faite quant aux différences potentielles entre les membres des équipes de jour, de soir ou de nuit.

Ainsi, cette étude montre qu'un programme québécois de formation sur la gestion des comportements d'agitation a eu des résultats positifs sur la fréquence de ceux-ci. Cependant, cette étude ne

s'intéressait pas à la pratique spécifique des infirmières. Il est donc pertinent de se demander comment les infirmières québécoises gèrent les situations de SCPD.

La deuxième recherche québécoise répertoriée est une étude descriptive québécoise sur l'état des connaissances des infirmières ($N = 44$) concernant la prise en charge des SCPD (Gagné, 2010; Gagné & Voyer, 2013). Cette étude a été réalisée dans huit centres d'hébergement de la région de Québec. Les infirmières avaient un âge moyen de 40 ans (entre 22 et 53 ans) et rapportaient avoir entre une et 35 années d'expérience ($M = 15.6$). L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire. Les conclusions de cette étude montrent des lacunes dans les connaissances des infirmières sur les échelles de mesure, la démarche d'évaluation clinique des SCPD et les médicaments fréquemment utilisés dans les situations de SCPD. Pour l'évaluation, seules 42.2 % des participantes ont mentionné l'importance de rechercher les causes ou les facteurs précipitants des SCPD. En situation d'inefficacité d'un plan de soins, seules 22.2 % des infirmières considèrent qu'il est important de réévaluer les facteurs prédisposants et précipitants des SCPD. Les outils de dépistage des SCPD ne sont connus que par une petite partie des répondantes (13.3 %). En ce qui concerne la vignette sur l'agitation verbale, 80 % des infirmières ont nommé au moins une INP appropriée. En revanche, dans le cas de la vignette sur le comportement d'agressivité, seules 18 % des participantes ont nommé au moins une INP appropriée. De plus, les infirmières ont majoritairement nommé des approches de base plutôt que des INP. La chercheuse conclut que l'évaluation et la réévaluation des causes des SCPD ainsi que les outils de dépistage sont les principales lacunes des participantes.

2.4.4. État des connaissances sur la prise en charge des SCPD par les infirmières.

En somme, les situations de SCPD sont fréquentes et elles ont des conséquences néfastes sur les aînés, leurs proches, les soignants et sur les établissements. La recension des écrits a permis de présenter les SCPD ainsi que les recommandations des lignes directrices. Les données montrent que les recommandations issues des lignes directrices sont sans équivoque en ce qui concerne l'évaluation clinique, les interventions et la mesure de leur efficacité. Les données montrent également que les recommandations sont appuyées par de nombreuses études cliniques. Au Québec, toutes les recommandations sont applicables à l'exercice infirmier. Ainsi, les infirmières québécoises doivent évaluer de façon systématique et complète la condition de santé des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD. Par l'évaluation clinique, elles doivent identifier les facteurs qui déclenchent, perpétuent ou exacerbent les SCPD. Le recours aux instruments de mesure validés permettant de mesurer la fréquence et la gravité de certains symptômes doit être systématique. L'analyse du profil pharmacologique doit également être réalisée. Les infirmières doivent connaître les interventions spécifiques aux SCPD. Les INP font partie des stratégies d'intervention

recommandées. Elles doivent être personnalisées selon le profil unique de l'aîné. Les interventions pharmacologiques doivent cibler les problèmes de santé aigus. Ainsi, les infirmières collaborent de façon soutenue avec les médecins, afin de les renseigner sur les constats de leur évaluation, sur les interventions pharmacologiques mises en œuvre ainsi que sur le suivi des effets thérapeutiques et indésirables des médicaments. De plus, les infirmières rédigent un plan d'interventions personnalisé qui décrit avec précision la planification des interventions. Les proches devraient jouer un rôle dans l'application des INP. Enfin, le succès des interventions doit être dûment mesuré.

Cependant, malgré la clarté des recommandations des lignes directrices sur les SCPD, il n'existe que très peu de descriptions sur le processus de prise en charge des SCPD par les infirmières au Québec. Une partie de la réponse pourrait se trouver à Québec. En effet, au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), il existe une équipe infirmière spécialisée dans l'intervention de deuxième ligne pour les SCPD. Cette équipe est appelée « équipe de mentorat du CEVQ ». Il serait donc possible de saisir l'opportunité d'examiner dans quelle mesure les recommandations des lignes directrices sont respectées mais aussi d'examiner les résultats cliniques d'une telle pratique. Ainsi, le fait de dresser un portrait de la prise en charge des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ permettrait de mesurer le succès du processus sur la fréquence et la gravité des SCPD.

2.5. Pertinence de cette étude pour la discipline infirmière

La recherche infirmière devrait être directement ou indirectement utile à la pratique infirmière (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Certains auteurs (Nieswiadomy, 2012; Pepin et al., 2010; Polit & Beck, 2012) font la promotion de la recherche infirmière clinique, qui a pour but de guider la pratique infirmière et d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes soignées par des infirmières. La recherche infirmière clinique peut être présentée comme un processus structuré d'enquête sur des faits et des théories, d'exploration de relations entre des phénomènes cliniques et de production de résultats menant à générer des preuves pour améliorer la pratique infirmière (Portney & Watkins, 2009). Ainsi, la recherche clinique infirmière doit être réalisée dans la perspective de la discipline infirmière (Donaldson & Crowley, 1978).

2.5.1. Quatre concepts de la discipline infirmière.

Les quatre concepts clés de la discipline infirmière sont la personne, la santé, l'environnement et le soin (Fawcett, 2005; OIIQ, 2000; Pepin et al., 2010). Cette recherche étudie chacun de ces concepts.

La personne qui est au cœur des préoccupations de cette recherche est l'aîné atteint de MAa et présentant des SCPD. Les infirmières sont également rejointes puisque leur pratique de gestion des SCPD est étudiée. Une telle recherche est importante car les répercussions importantes des SCPD représentent des atteintes à la santé de l'aîné. Il est donc essentiel d'identifier les causes sous-jacentes, afin d'établir un plan d'interventions visant à agir sur les causes, satisfaire les besoins de l'aîné et éviter que la situation ne s'aggrave. La recherche prend en compte l'environnement humain, l'environnement physique et l'environnement organisationnel. Enfin, la recherche porte sur les recommandations des lignes directrices sur les SCPD qui permettent à l'infirmière de donner des soins de qualité et qui correspondent aux données probantes.

Les thèmes centraux de la discipline infirmière sont donc directement concernés par cette étude. Ceci témoigne bien de la pertinence de cette recherche dans le domaine de la discipline infirmière.

Cette recherche s'intéresse également à certaines activités réservées à la profession infirmière, ce qui a pour effet de garantir que les résultats pourront être éclairants pour la pratique clinique. Au Québec, 17 activités sont réservées à l'infirmière (OIIQ, 2013). Parmi ces activités, quatre sont particulièrement importantes dans les situations de SCPD. Ces activités sont en lien avec l'évaluation, la surveillance et le suivi cliniques ainsi que l'administration de la médication.

Les quatre activités réservées aux infirmières primordiales dans la gestion des SCPD sont présentées dans le Tableau 2.2. Un lien est fait avec les trois principales recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Des précisions relatives à l'opérationnalisation des activités dans les situations de SCPD sont également présentées.

Tableau 2.2

Activités réservées à l'infirmière et opérationnalisation en situation de SCPD

Recommandation 1		
Évaluation clinique des situations de SCPD		
Activités infirmières et objectifs	Opérationnalisation	
Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique	1.1.	Procéder à une investigation approfondie 1.1.1. Anamnèse : condition de santé, autonomie fonctionnelle, contexte de vie, histoire de vie, organisation des soins

Objectifs : décrire la condition de santé de l'aîné et son contexte de vie, identifier les causes sous-jacentes des SCPD, préciser les SCPD et la symptomatologie associée (douleur, dépression).

- 1.1.2. Examen physique : condition physique et mentale
- 1.1.3. Revue de la médication : modifications récentes, recours aux PRN, effets secondaires indésirables, effets thérapeutiques, observance
- 1.1.4. Ressources humaines et matérielles

- 1.2. Mesurer la fréquence et la gravité des symptômes avec des instruments de mesure validés :
 - 1.2.1. Comportements d'agitation
 - Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield
 - 1.2.2. Symptômes neuropsychiatriques
 - Inventaire neuropsychiatrique de Cummings
 - 1.2.3. État mental (fonctions cognitives)
 - Mini-examen de l'état mental de Folstein
 - Mini-examen de l'état mental : cas sévère
 - 1.2.4. Symptômes dépressifs
 - Échelle de dépression gériatrique
 - Échelle de Cornell
 - 1.2.5. Douleur :
 - PACSLAC

- 1.3. Collaborer avec les membres de l'équipe soignante et interdisciplinaire

- 1.4. Établir un partenariat avec l'aîné et ses proches

Recommandation 2.

Planifier les interventions

Activités infirmières et objectifs	Opérationnalisation
Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. <u>Objectifs</u> : assurer la continuité des interventions et promouvoir l'acquisition de nouvelles connaissances chez les soignants et les proches et leur offrir du soutien	<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Rédiger un plan d'interventions personnalisé 2.2. Décrire les besoins identifiés, les symptômes, les objectifs et les interventions 2.3. Planifier les interventions en fonction des causes sous-jacentes des SCPD 2.4. Intervenir sur les différentes cibles : individuelles, interactionnelles et environnementales 2.5. Favoriser l'implication des proches 2.6. Privilégier la formation et le soutien aux proches et aux soignants

<p>Administrar et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.</p> <p><u>Objectif</u> : favoriser l'usage optimal des médicaments</p>	<p>2.7. Appliquer le plan d'interventions pendant au moins quatre semaines</p> <p>2.8. Réserver l'usage des psychotropes aux situations de :</p> <p>2.8.1. danger imminent</p> <p>2.8.2. détresse importante de l'utilisateur</p> <p>2.9. Traiter les problèmes de santé aigus</p> <p>2.10. Préciser les conditions d'administration des PRN</p> <p>2.11. Collaborer avec le médecin</p>
--	--

Recommandation 3

Évaluer l'efficacité du plan d'interventions

Activités infirmières et objectifs	Opérationnalisation
<p>Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du PTI.</p> <p><u>Objectifs</u> : mesurer l'efficacité du plan d'interventions (symptômes, satisfaction et temps), détecter les effets indésirables des médicaments et des INP et détecter les résultats inattendus</p>	<p>3.1. Mesurer le succès des interventions sur la fréquence et la gravité des symptômes avec des instruments de mesure validés :</p> <p>3.1.1. Comportements d'agitation</p> <p style="padding-left: 20px;">-Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield</p> <p>3.1.2. Symptômes neuropsychiatriques</p> <p style="padding-left: 20px;">-Inventaire neuropsychiatrique de Cummings</p> <p>3.2. Documenter les réactions indésirables :</p> <p>3.2.1. aux INP</p> <p>3.2.2. aux médicaments</p> <p>3.3. Relever les résultats inattendus</p> <p>3.4. Documenter le degré de satisfaction des soignants impliqués</p> <p>3.5. Documenter le degré de satisfaction des proches</p> <p>3.6. Mesurer le temps moyen pour la prise en charge de la situation par les infirmières</p>

Comme le tableau le montre, l'exercice infirmier n'est pas relatif au *simple* fait de donner des soins. En effet, la profession d'infirmière se décrit également à partir de cinq fonctions (Dallaire & Dallaire, 2008) : soigner, éduquer, coordonner, collaborer et superviser. La profession d'infirmière comporte donc un ensemble d'activités complexes, qui met l'infirmière au cœur du fonctionnement des équipes soignante et multidisciplinaire et au cœur de la qualité des soins.

Ainsi, les infirmières québécoises ont la compétence et l'autonomie pour appliquer toutes les recommandations liées aux SCPD (OIIQ, 2013; 2014; Voyer, 2013). L'exercice infirmier s'étend à tous les aînés présentant des SCPD, peu importe le milieu dans lequel ils se trouvent, le stade d'évolution de leur maladie ou l'intensité et la gravité des symptômes. La recension des écrits montre qu'il est essentiel de connaître comment les recommandations des lignes directrices sur les aînés atteints de MAa et présentant SCPD sont appliquées par les infirmières au Québec.

2.6. But et questions de recherche

Le but de la recherche est de décrire le processus de prise en charge (évaluation, planification et efficacité) des SCPD par des infirmières.

Question générale de recherche :

Quelles sont les caractéristiques de la prise en charge des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ ?

1. Questions concernant l'évaluation clinique par l'infirmière :

- 1.1. Au niveau de l'évaluation clinique, l'infirmière procède-t-elle à une évaluation clinique ?
- 1.2. Au niveau de l'évaluation clinique, quelles étapes de l'évaluation (anamnèse, histoire de vie, examen physique et instrument de mesure) sont-elles être réalisées ?
- 1.3. Au niveau de l'évaluation clinique, une revue de la médication est-elle réalisée ?
- 1.4. Au niveau de l'évaluation clinique, quelles sont les causes sous-jacentes des SCPD identifiées?
- 1.5. Au niveau de l'évaluation clinique, quels sont les SCPD identifiés ?

2. Questions concernant la planification :

- 2.1. Au niveau de la planification, y a-t-il présence d'un plan d'interventions au dossier ?

- 2.2. Au niveau de la planification, quelles sont les interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?
- 2.3. Au niveau de la planification, les interventions planifiées sont-elles en lien avec les causes sous-jacentes des SCPD ?
- 2.4. Au niveau de la planification, le plan d'interventions a-t-il des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental) ?
- 2.5. Au niveau de la planification, les INP sont-elles personnalisées à l'histoire biographique de l'aîné et à son contexte de vie ?
- 2.6. Au niveau de la planification, y a-t-il des recommandations en lien avec les médicaments ?
- 2.7. Au niveau de la planification, y a-t-il des recommandations sur les antipsychotiques PRN et les benzodiazépines PRN ?
- 2.8. Au niveau de la planification, y a-t-il un partenariat avec le médecin traitant de l'aîné ?

3. Questions concernant l'efficacité :

- 3.1. Au niveau de l'efficacité, des instruments de mesure sont-ils utilisés pour juger de l'efficacité des interventions ?
- 3.2. Au niveau de l'efficacité, quelles sont les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat ?
- 3.3. Au niveau de l'efficacité, y a-t-il des changements au profil pharmacologique ?
- 3.4. Au niveau de l'efficacité, les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont-elles été appliquées ?
- 3.5. Au niveau de l'efficacité, quel est le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions ?
- 3.6. Au niveau de l'efficacité, quel est le degré de satisfaction des proches ?

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre introduit les éléments méthodologiques ainsi que les enjeux éthiques de cette étude rétrospective. Pour commencer, le devis, la population ainsi que la technique d'échantillonnage seront présentés. Par la suite, l'instrument de mesure ainsi que le déroulement de la collecte de données seront expliqués. Le processus de l'analyse des données sera décrit en détail. Enfin, les enjeux et les démarches liés à l'éthique de la recherche seront clairement exposés.

3.1. Devis

Un devis rétrospectif descriptif simple est le plus approprié pour décrire un phénomène peu connu (Fortin & Gagnon, 2010). Or, l'état des connaissances sur le processus de prise en charge (évaluation, planification et efficacité) des SCPD par des infirmières est méconnu. Ainsi, une étude rétrospective descriptive simple d'évaluation a été menée. L'étude d'évaluation peut servir à évaluer un programme, une pratique ou une intervention dans un contexte organisationnel et elle est utile pour évaluer des programmes complexes (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007; Polit & Beck, 2012). Cette étude d'évaluation est de type *analyse des résultats*, qui permet de décrire les résultats obtenus suite à l'implantation d'un nouveau programme (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ces auteures précisent que la nature des résultats dans le cadre d'une étude d'évaluation est descriptive (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Cette étude a permis de recueillir des données cliniques issues des dossiers des aînés suivis par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. Son but principal est de décrire la pratique de ces infirmières par rapport aux recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Des données descriptives sur la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat et des données cliniques sur les situations ont également été collectées. Ainsi, l'étude permet de répondre aux questions de recherche.

3.2. Population

La population est représentée par les dossiers des aînés pris en charge par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. En effet, le fait de s'intéresser à ces dossiers permettra de décrire les caractéristiques de la prise en charge (évaluation, planification et efficacité) des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. Il est important de relever que, le plus souvent, une limite importante d'un tel devis est que la documentation infirmière est loin d'être optimale car les infirmières ne rédigent pas toujours toutes les pratiques qu'elles exécutent (Voyer et al., 2013). Or, les infirmières de l'équipe de mentorat utilisent une

démarche systématique de prise en charge des SCPD comprenant des formulaires pour documenter l'ensemble de leurs activités. Ainsi, la grande majorité des données ont été récupérées puisqu'elles sont rédigées de façon méthodique et rigoureuse. Certains critères viennent préciser les conditions de sélection des dossiers.

3.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.

Sur le plan des critères d'inclusion, les dossiers devaient porter sur des aînés âgés de 65 ans et plus. Ceux-ci devaient également être atteints d'une MAa et présenter des SCPD. Les aînés devaient résider ou être soignés sur le territoire du Réseau Universitaire Intégré de Santé (RUIS) de l'Université Laval, qui est le territoire desservi par le CEVQ. Le lieu de résidence ou de soins pouvait donc être le domicile personnel, un hôpital, une résidence privée ou conventionnée ou un centre d'hébergement public.

Les critères d'exclusion étaient relatifs aux dossiers d'aînés présentant un trouble de santé mentale ajouté à la MAa, tels que la schizophrénie, un trouble de la personnalité ou toute autre comorbidité psychiatrique préexistante ou envahissante. En effet, ces situations exigent une autre approche clinique. Enfin, les situations de l'équipe de mentorat qui n'ont pas été poursuivies jusqu'à l'évaluation de l'efficacité des résultats ont été exclues.

3.2.2. Mode d'échantillonnage.

La population cible est constituée des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD. La population accessible se compose des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD qui sont suivis par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. Tous les dossiers des patients de l'équipe de mentorat du CEVQ qui correspondaient aux critères d'inclusion ont été analysés. L'échantillonnage est donc de type non probabiliste. De fait, un mode d'échantillonnage par choix raisonné semble le plus approprié pour répondre aux questions de cette étude. En effet, l'échantillonnage par choix raisonné consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (Fortin & Gagnon, 2010). Or, comme le but de l'étude était d'examiner le processus de prise en charge des aînés présentant des SCPD par des infirmières, seuls les aînés suivis par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ ont été retenus. En relevant les données des dossiers de ces patients, il a été possible d'examiner la concordance entre la pratique clinique des infirmières de l'équipe de mentorat et les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. De plus, il a également été possible de mesurer l'efficacité de la prise en charge par les infirmières de l'équipe de

mentorat du CEVQ sur la fréquence et la gravité des SCPD des aînés. Enfin, certaines caractéristiques cliniques de la population à l'étude peuvent être présentées.

3.2.3. Taille de l'échantillon.

En octobre 2013, le nombre des dossiers de l'équipe de mentorat se situait autour de 80. Cependant, tous les dossiers n'ont pu être inclus dans cette étude descriptive rétrospective. Ainsi, la taille de l'échantillon est consécutive au nombre total des dossiers de l'équipe de mentorat du CEVQ qui correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. La théorie des grands nombres (Nieswiadomy, 1998) stipule qu'un échantillon de 30 participants peut être suffisant pour refléter une population, pour autant que celle-ci soit bien ciblée. Ainsi, puisque le nombre de dossiers retenus est supérieur à 30 ($N = 38$), il est probable que les pratiques qui sont décrites reflètent bien la prise en charge usuelle des infirmières œuvrant dans ce type d'équipe clinique.

3.2.4. Recrutement des participants.

Aucun recrutement n'a été réalisé puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective. Ainsi, seules les données issues des dossiers de l'équipe de mentorat répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été examinées.

3.3. Instruments de mesure

Un instrument de collecte de données a été créé pour cette étude (Annexe A). Cet instrument reprend, entre autres, les éléments présentés dans le Tableau 2.2. Le Tableau 2.2. décrit l'opérationnalisation des recommandations issues des lignes directrices sur les SCPD pour les dimensions de l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité. Ce tableau a fortement influencé la formulation des questions de recherche. De façon très concrète, l'instrument de collecte de données (Annexe A) créé pour cette étude a permis de relever dans chaque dossier de l'équipe de mentorat la présence ou l'absence des composantes de l'opérationnalisation en situation de SCPD. Ainsi, il a été possible de vérifier à quelle fréquence chacune des recommandations des lignes directrices relatives au processus de prise en charge (évaluation, planification et efficacité) des SCPD par des infirmières est intégrée à la pratique clinique des infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. L'instrument de collecte de données a également permis de relever des données descriptives quantitatives et qualitatives sur les SCPD ainsi que sur le processus de prise

en charge des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat. L'instrument créé pour la collecte a donc permis de procéder à la collecte de données de façon organisée et systématique. Cela a également facilité la compilation des données.

Cet instrument a été testé par l'étudiante sur quatre dossiers choisis aléatoirement afin de s'assurer que la compilation pouvait être réalisée telle qu'elle était prévue. Une fois cela fait, l'étudiante et son directeur de recherche ont procédé à quelques ajustements. Par la suite, deux professionnels de recherche ont testé l'instrument de collecte de données sur les quatre dossiers utilisés précédemment. Cette opération a permis de vérifier la clarté des énoncés et d'apporter quelques précisions. Ainsi, ce processus de validation de l'instrument de mesure a permis de s'assurer que l'instrument est le plus valide possible dans le cadre de ce projet d'étude. Une grille de correction (Annexe B) a été utilisée en complément de l'instrument de collecte des données.

Fiches signalétiques

Des données sur les aînés ont également été compilées. Un recueil des données permettant de recueillir les données sur la population a été créé dans le cadre de cette étude (Annexe C). Les données étaient toutes disponibles dans les dossiers de l'équipe de mentorat du CEVQ.

Enfin, les caractéristiques générales des infirmières de l'équipe de mentorat ont également été recueillies de façon sommaire (Annexe D).

3.4. Collecte de données

La collecte des données a été réalisée exclusivement par l'étudiante chercheuse. Pour ce faire, elle a utilisé l'instrument de recueil des données créé pour cette étude. La collecte des données a été réalisée par l'étudiante à partir des dossiers de l'équipe de mentorat du CEVQ. Pour chaque situation, les infirmières de l'équipe de mentorat utilisent des documents internes afin de collecter les données cliniques, de les analyser et de produire un plan d'interventions. L'instrument de collecte des données a donc été complété uniquement à partir des données recueillies sur les formulaires des dossiers de l'équipe de mentorat retenus pour l'étude.

3.5. Analyse des données

L'analyse des données permet de répondre aux questions de recherche. Des distributions de fréquence, des mesures de tendance centrale et des mesures de dispersion ont été utilisées.

De plus, les données sociodémographiques permettent de présenter les caractéristiques des aînés formant l'échantillon. Les caractéristiques des aînés sont : le sexe, l'âge, le diagnostic de MAa, les diagnostics mentaux associés, le nombre de principes actifs au profil médicamenteux, les médicaments psychotropes et analgésiques et enfin le lieu de résidence ou de soins.

Les informations générales sur les infirmières de l'équipe de mentorat sont détaillées. Ces caractéristiques sont relatives à l'âge moyen, au sexe, au nombre moyen d'années d'expérience professionnelle et au niveau de formation. Les données ont été fournies à l'étudiante par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Les analyses statistiques subséquentes sont présentées en fonction des questions de recherche et séparées en trois dimensions principales concernant l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité. D'une façon générale, les statistiques permettent d'établir, pour les dossiers étudiés, le pourcentage de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations issues des lignes directrices sur les SCPD. L'instrument de collecte de données (Annexe A) présente le détail de l'ensemble des classes et des composantes pour chaque question relative à ces recommandations. Les classes représentent les thèmes généraux alors que les composantes sont relatives à ce qui compose les classes. La plupart des classes sont en relation directe avec les recommandations des lignes directrices.

En revanche, certaines composantes sont ajoutées à celles des recommandations des lignes directrices. En effet, certains éléments sont en lien avec les spécificités gériatriques et sont décrits dans des ouvrages de référence pour l'exercice infirmier gériatrique au Québec (Voyer, 2011, 2013). De plus, l'ajout de certaines composantes offre l'opportunité de décrire avec plus de précision la pratique clinique des infirmières de l'équipe de mentorat. Dans l'instrument de collecte de données (Annexe A), toutes les classes et

composantes issues des lignes directrices sont écrites avec une police de caractère noir et gras. Les classes et composantes ajoutées à celles des lignes directrices ont une police de caractère rouge.

Pour certaines composantes, des données descriptives sont insérées dans la colonne des commentaires. Ces ajouts ont pour but de faciliter le relevé des données ou de préciser une composante. Par exemple, les noms génériques des différents psychotropes sont inscrits. Ainsi, il suffit de cocher les noms des médicaments présents au profil pharmacologique plutôt que de les inscrire.

Enfin, des données cliniques sur les SCPD ont également été relevées et analysées. Ainsi, l'instrument de collecte de données a permis de relever des données qui servent à dresser le portrait clinique des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD qui ont été évalués par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Un point a été accordé à chaque fois qu'une recommandation des lignes directrices était effectuée par l'infirmière de l'équipe de mentorat. Ainsi, pour l'ensemble des résultats présentés, la somme des points correspond au degré de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices. Un résultat élevé signifie donc que l'infirmière a appliqué les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Aucun point n'était accordé pour les classes et composantes ajoutées aux recommandations des lignes directrices. En revanche, la présence ou l'absence dans la documentation contenue au dossier des classes et composantes ajoutées sera relevée. La grille de correction (Annexe B) fournit les détails permettant d'interpréter le système de cotation.

Questions concernant l'évaluation clinique par l'infirmière

La question 1.1, cherche à déterminer à quelle fréquence l'infirmière de l'équipe de mentorat effectue un examen clinique en présence de SCPD. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et 1. Un point signifie que l'infirmière a respecté la recommandation générale des lignes directrices sur l'évaluation clinique.

Pour la question 1.2, le relevé permet de vérifier le degré de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat en lien avec les recommandations sur l'évaluation clinique des SCPD. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et 43. Il est donc possible de connaître le taux de complétion pour chacune des classes et composantes. Les résultats sont exprimés sous forme de fréquence de complétion pour chacune des composantes et de taux de complétion pour l'évaluation clinique par l'infirmière dans son ensemble. De plus, de nombreuses données cliniques ont été relevées afin de décrire avec plus de précision la pratique clinique des infirmières de l'équipe de mentorat. Un portrait sur la fréquence d'évaluation des composantes ajoutées a pu être réalisé. En ce qui concerne les instruments de mesure, plusieurs composantes ont été ajoutées. Premièrement, les résultats des instruments de mesure ont été relevés. Cela permet de décrire les résultats cliniques. De plus, quelques instruments de mesure non cités par les lignes directrices mais fréquemment utilisés dans la pratique clinique au Québec ont été ajoutés. Tel est le cas pour le MEEM-S, l'ÉNV et le PACSLAC. Ces instruments sont présentés au deuxième chapitre. Les étendues pour chaque instrument de mesure sont inscrites sur l'instrument de collecte de données.

Pour la question 1.3, il a été vérifié à quelle fréquence l'infirmière réalise une revue de la médication. De plus, la fréquence à laquelle les huit composantes de la revue de la médication proposées par les lignes directrices ont été considérées par l'infirmière a été relevée. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et neuf points. La présence ou l'absence de certaines composantes ajoutées a également été relevée. Ainsi, un portrait précis des éléments formant la revue de médication par l'infirmière peut être effectué.

Pour la question 1.4, il a premièrement été vérifié la fréquence à laquelle l'infirmière de l'équipe de mentorat a recherché les causes sous-jacentes potentielles des SCPD. De plus, l'investigation systématique du delirium et de la douleur a également été vérifiée. L'étendue des points pour cette question s'étend de zéro à trois. Les causes sous-jacentes relevées au dossier sont décrites. Le nombre de causes sous-jacentes identifiées au dossier est également relevé.

Enfin, pour la question 1.5, il a été vérifié au dossier si un SCPD est dûment identifié. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. Un relevé précis des constats d'évaluation de l'infirmière de l'équipe de mentorat et des résultats obtenus pour chaque symptôme de l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings permet de réaliser un portrait clinique des situations évaluées. De plus, une description des SCPD est faite sous forme de catégories et de fréquence.

Les questions sur l'évaluation clinique par l'infirmière de l'équipe de mentorat sont donc au nombre de cinq. L'étendue des points se situe entre zéro et 57. Un résultat élevé équivaut à une pratique respectant les recommandations des lignes directrices en ce qui concerne l'évaluation clinique des SCPD par l'infirmière. Des données descriptives sur l'évaluation clinique des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat et sur les situations cliniques sont fournies.

Questions concernant la planification :

Les questions concernant la planification servent à déterminer dans quelle mesure la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat respecte les recommandations des lignes directrices sur la planification des interventions en situation de SCPD. Il a été vérifié dans les dossiers si les classes et composantes de la planification avaient été prises ou non en compte par l'infirmière de l'équipe de mentorat. Ainsi, il est possible de connaître le taux de complétion pour chacune d'elles. De plus, certaines questions permettent de décrire les caractéristiques de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat en ce qui concerne la planification des interventions.

Pour la question 2.1, la présence d'un plan d'interventions au dossier a été vérifiée. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. Un point signifie que l'infirmière de l'équipe de mentorat a respecté la recommandation générale des lignes directrices sur l'élaboration d'un plan d'interventions.

Pour la question 2.2, il a d'abord été vérifié que des INP étaient inscrites au plan d'interventions. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. Un point signifie que l'infirmière de l'équipe de mentorat a respecté la recommandation des lignes directrices sur la présence d'INP au plan d'interventions. Par la suite, le nombre moyen d'INP inscrites sur les plans d'interventions a été relevé.

Pour la question 2.3, un relevé effectué sur les plans d'interventions permet d'établir la fréquence à laquelle l'infirmière de l'équipe de mentorat présente les interventions en démontrant un lien explicite avec une cause sous-jacente. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. Un point signifie que l'infirmière de l'équipe de mentorat a respecté la recommandation des lignes directrices. Un relevé permet de décrire la fréquence à laquelle les causes sous-jacentes sont reliées à des INP exclusivement, à des interventions pharmacologiques exclusivement ou aux deux sortes d'interventions.

Pour la question 2.4, un relevé effectué sur les plans d'interventions permet d'établir la fréquence à laquelle les infirmières de l'équipe de mentorat établissent des cibles à différents niveaux sur les plans

d'interventions. Il a également été vérifié que le plan d'interventions comporte des références à des lignes directrices, des recommandations ou des pratiques exemplaires. Un relevé a été fait sur la présence d'un axe portant sur la formation des soignants. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et trois. De plus, la fréquence d'apparition de chaque niveau (individuel, interactionnel et environnemental) de cibles au plan d'interventions a été relevée.

Pour la question 2.5, un relevé effectué sur les plans d'interventions permet de déterminer si les INP sont personnalisées. Il a été vérifié si la participation de la famille pour l'application du plan d'interventions est favorisée. Il a également été vérifié que le dossier comporte une description de l'histoire sociale, des goûts, des aversions et de ce qui est important pour l'aîné. L'étendue des points se situe entre zéro et trois. De plus, un relevé permet de décrire quels sont les éléments de personnalisation les plus fréquents. Enfin, une comparaison entre les éléments de personnalisation et les données recueillies au dossier sur l'aîné permettent de déterminer s'il y a concordance des éléments.

Pour la question 2.6, la présence de recommandations sur les interventions médicamenteuses a été examinée. Cela a été fait en deux parties distinctes soit : (a) la présence de recommandations et (b) le contenu des recommandations. Un premier relevé sur les plans d'interventions permet de relever le nombre de fois que l'infirmière de l'équipe de mentorat a établi des recommandations sur les médicaments. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. Par la suite, les recommandations relatives aux prescriptions d'antipsychotique, d'antidépresseur, d'anticonvulsivant, de benzodiazépine et d'hormonothérapie ont été relevées. De plus, les recommandations de l'infirmière de l'équipe de mentorat sur d'autres classes de médicaments ont été relevées, en particulier dans le cas des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase ou des bloqueurs de récepteurs NMDA (*médicaments pour la mémoire*), des anxiolytiques/hypnotiques (non benzodiazépines) et des analgésiques. Les recommandations sur des médicaments non présents au profil médicamenteux ont également été relevées. Enfin, la présence de recommandations concernant la réévaluation des traitements a aussi été relevée. Cela permet de dresser un portrait précis du contenu des recommandations relatives aux médicaments faites par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Pour la question 2.7, un relevé sur les plans d'interventions permet de déterminer si des recommandations sont faites lorsque des PRN sont prescrits. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. La présence de recommandations sur des antipsychotiques PRN ou des benzodiazépines PRN a donc été vérifiée à chaque fois que ces médicaments étaient prescrits sous cette forme. De plus, la présence de recommandations sur la pertinence de certains PRN a également été relevée.

Les relevés effectués permettent également d'établir la fréquence de prescription de neuroleptique, benzodiazépine, analgésique ou d'autres classes de médicaments sous forme de PRN pour les situations examinées.

Pour la question 2.8, un relevé permet d'établir à quelle fréquence l'infirmière de l'équipe de mentorat a établi une relation de partenariat avec le médecin traitant de l'aîné. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un.

Ainsi, les questions sur la planification des interventions sont au nombre de huit. L'étendue des points se situe entre zéro et 12. Un résultat élevé équivaut à une pratique respectant les recommandations des lignes directrices en ce qui concerne la planification des interventions en situation de SCPD. Des données descriptives sur la planification des interventions par les infirmières de l'équipe de mentorat sont également fournies. De plus, des données descriptives sur les situations sont faites, en particulier pour la médication.

Questions concernant l'efficacité

Pour la question 3.1, un relevé au dossier permet de déterminer à quelle fréquence des instruments de mesure sont utilisés par les infirmières de l'équipe de mentorat pour juger de l'efficacité des interventions. De plus, une comparaison avec les instruments utilisés lors de l'évaluation initiale permettent de déterminer si l'infirmière de l'équipe de mentorat a utilisé les mêmes instruments. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et deux. Une description des instruments utilisés est réalisée.

Pour la question 3.2, un premier relevé permet d'établir la fréquence à laquelle le dossier comporte des résultats d'évaluation sur les SCPD. L'étendue des points pour cette question se situe entre zéro et un. De plus, une comparaison entre les résultats initiaux et les résultats après l'application du plan d'interventions pour le CMAI et le NPI est réalisée. Ainsi, il est possible de juger du changement de fréquence dans les cas des comportements d'agitation (IACM) et du changement de fréquence et de gravité dans les cas des symptômes neuropsychiatriques (INPC). Un pourcentage d'efficacité des interventions a pu ainsi être calculé à partir de ces résultats.

Pour la question 3.3, un relevé permet de déterminer à quelle fréquence l'infirmière de l'équipe de mentorat compare le profil pharmacologique tel qu'il était lors de l'évaluation initiale au profil pharmacologique en cours au moment de l'évaluation de l'efficacité. Il a également été vérifié si des données relatives à la surveillance des réactions indésirables sont consignées au dossier de l'équipe de mentorat. L'étendue des

points pour cette question se situe entre zéro et deux. De plus, la présence de changements au profil médicamenteux est consignée sous forme de fréquence. Des données descriptives sur les changements médicamenteux sont également recueillies.

Pour la question 3.4, un premier relevé permet de vérifier si l'infirmière de l'équipe de mentorat fait un suivi quant à l'application de ses recommandations sur la médication. De plus, une comparaison du profil pharmacologique au moment de l'évaluation de l'efficacité avec les recommandations faites par l'infirmière de l'équipe de mentorat permet de vérifier si les recommandations infirmières de l'équipe de mentorat ont été prises en compte par le médecin traitant.

Pour la question 3.5, un relevé permet de savoir si les soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions ont été satisfaits. Les résultats concernant le degré de satisfaction des soignants sont présentés en fonction des données disponibles au dossier.

Pour la question 3.6, un relevé permet de savoir si les proches ont été satisfaits. Les résultats concernant le degré de satisfaction des proches sont présentés en fonction des données disponibles au dossier.

Ainsi, les questions sur l'évaluation de l'efficacité des interventions sont au nombre de six. L'étendue des points se situe entre zéro et cinq. Un résultat élevé équivaut à une pratique respectant les recommandations des lignes directrices en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des interventions. De plus, des données descriptives sur la médication ainsi que la satisfaction des soignants et des proches envers les infirmières de l'équipe de mentorat sont présentées.

En résumé, les résultats obtenus suite à l'analyse des données collectées dans les dossiers de l'équipe de mentorat permettent de répondre à l'objectif de la recherche qui est de décrire quelles sont les caractéristiques de la prise en charge des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. L'étendue des résultats se situe entre zéro et 74 points. Les résultats permettent de vérifier dans quelle mesure la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat respecte les recommandations des lignes directrices sur la prise en charge des SCPD. Des analyses de corrélation de Pearson ont été faites pour rechercher des liens éventuels entre le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat aux recommandations des lignes directrices et le niveau d'efficacité des interventions. Ces analyses ont été réalisées à titre exploratoire. De plus, certaines caractéristiques de la prise en charge des SCPD par

les infirmières de l'équipe de mentorat peuvent être décrites. Enfin, des résultats cliniques peuvent également être fournis. En plus de cela, les résultats statistiques permettent d'établir des corrélations entre certaines variables et ce, à but exploratoire.

Maintenant que le portrait de la méthodologie est réalisé, voici les éléments relatifs à l'éthique de la recherche.

3.6. Éthique de la recherche

Cette dernière section présente les démarches et enjeux éthiques liés à cette étude.

3.6.1. Comité d'éthique de la recherche.

Pour débiter, une approbation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CHU de Québec a été délivrée (Annexe E). Par la suite, une autorisation du directeur des services professionnels (DSP) du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec pour avoir accès aux données des dossiers de l'équipe de mentorat du CEVQ a également été obtenue (Annexe F). Enfin, une exemption du CÉR de l'Université Laval (CÉRUL) a été reçue (Annexe G).

3.6.2. Enjeux éthiques.

Consentement

Pour cette étude, il n'est pas requis d'obtenir un consentement de l'aîné ou de son représentant puisque les données sont recueillies à partir des dossiers anonymes de l'équipe de mentorat du CEVQ. Afin d'avoir accès aux données de ces dossiers, une autorisation auprès du DSP du CHU de Québec doit être dûment obtenue.

Confidentialité

Tous les documents issus des dossiers de l'équipe de mentorat sont identifiés par un numéro attribué de façon chronologique à chaque situation. Ainsi, les documents utilisés pour le recueil de données ne contenaient aucune donnée nominative, ni numéro d'assurance maladie. Comme les dossiers de l'équipe de

mentorat étaient anonymes, cela exclut la possibilité pour l'étudiante d'avoir accès à des données identificatoires.

L'étudiante a établi une liste indiquant la relation entre le numéro de cas pour l'étude et le numéro de dossier de l'équipe de mentorat. Cette liste a été dressée dans l'unique but de retrouver un dossier afin de vérifier des données, si cela se révélait nécessaire en cours de processus. Cette liste a été sécurisée et conservée dans l'ordinateur personnel de l'étudiante.

Conservation des données

Tout au long du processus de recueil et d'analyse, les données recueillies sur papier ont été conservées sous-clé chez l'étudiante, dans un coffre sécurisé. Pendant le trajet entre les bureaux de l'équipe de mentorat et le domicile de l'étudiante, les données papier et informatiques étaient transportés dans un sac cadenassé. Les fichiers informatiques étaient conservés dans l'ordinateur personnel de l'étudiante, protégé par un mot de passe. Un dossier réservé à l'étude a été créé dans cet ordinateur. Ce dossier était protégé par un mot de passe différent de celui de l'ordinateur. La liste des numéros des dossiers de l'étude était placée dans un fichier à part, protégé par un mot de passe différent de ceux de l'ordinateur personnel et du dossier de l'étude. Une clé USB a été utilisée pour la sauvegarde des fichiers électroniques de l'étude. Cette clé était conservée dans un coffre sécurisé au centre de recherche du directeur de recherche.

Utilisation des données

Les données sont utilisées dans le seul cadre de cette étude. Une fois les analyses réalisées, les données recueillies pour cette étude seront détruites selon les normes en vigueur à l'Université Laval.

Une publication est prévue dans le journal interne de l'établissement. Il est probable que d'autres publications soient réalisées au Québec et à l'extérieur du Québec. De plus, les résultats pourraient être présentés lors de conférences scientifiques. Enfin, les résultats pourraient également être utilisés pour faire connaître le mode d'intervention de l'équipe de mentorat du CEVQ au niveau de différents organismes de santé nationaux ou internationaux.

Risques

Dans le cadre de cette étude, il n'y a aucun risque concernant l'intégrité des participants. Cependant, certains biais théoriques sont envisageables.

Le premier est relatif au fait que l'étudiante chercheuse et son directeur de recherche sont tous deux rattachés à l'équipe de mentorat. En effet, l'étudiante était l'une des infirmières de l'équipe de mentorat et son directeur de recherche en est le responsable clinique. Il serait ainsi possible de craindre un biais théorique. Cependant, les résultats sont obtenus à partir des données concrètes ne pouvant être falsifiées. En effet, les instruments de mesure, en particulier l'IACM et l'INPC, sont remplis avec les membres de l'équipe soignante, tant pour la mesure initiale que pour la mesure terminale. De plus, dans la majorité des dossiers, le projet de recherche n'était pas prévu lorsque ces instruments ont été remplis.

Il faut également relever un risque par rapport au maintien de l'anonymat des infirmières de l'équipe de mentorat. En effet, compte tenu du nombre très petit d'infirmières exerçant dans l'équipe de mentorat, les infirmières pourraient être facilement associées aux résultats de cette recherche. Toutefois, l'objet de l'étude ne porte pas sur la pratique individuelle des infirmières de l'équipe de mentorat mais bien sur le processus de prise en charge tel qu'il est recommandé par les lignes directrices. De plus, aucune analyse ne sera faite pour comparer les résultats obtenus par les différentes infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ.

Chapitre 4. Présentation des résultats

Le quatrième chapitre présente l'ensemble des résultats de la recherche. Pour commencer, les analyses descriptives seront utilisées afin de présenter les infirmières de l'équipe de mentorat et les aînés formant l'échantillon. Par la suite, les résultats des questions de recherche seront dévoilés pour l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'efficacité des interventions. La quatrième partie exposera les résultats relatifs au niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices. Enfin, quelques résultats d'analyses inférentielles concernant le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les lignes directrices seront présentés.

4.1. Description de l'équipe de mentorat

L'équipe se compose de cinq infirmières. Les caractéristiques sociodémographiques des infirmières de l'équipe de mentorat sont présentées au Tableau 4.1. Toutes les infirmières ($n = 5$) formant l'équipe de mentorat sont des femmes. Deux infirmières (40 %) ont une formation initiale de niveau collégial et trois infirmières (60 %) ont une formation initiale de niveau universitaire. Les infirmières de niveau collégial ont au moins un certificat universitaire en plus de leur formation initiale. Une infirmière clinicienne détient une maîtrise. Une autre infirmière clinicienne détient un diplôme d'études supérieures spécialisées et est en cours de maîtrise.

L'âge moyen est de 49.4 ans (médiane : 48). La moyenne de leur nombre d'années de pratique en tant qu'infirmière est de 24 ans. L'étendue se situe entre 15 et 41 ans. La moyenne de leur nombre d'années de pratique en soins infirmiers gériatriques est de 16.8 ans (médiane : 19). L'étendue se situe entre huit et 23 ans.

Tableau 4.1.

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières de l'équipe de mentorat

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières de l'équipe de mentorat	Nombre	%	Moyenne (médiane)	Étendue
Âge			49.4 (48)	39 - 62
Sexe				
Féminin	5	100%		
Masculin	0			
Dernier diplôme obtenu				
BAC	1	20%		
Certificat de 1^{er} cycle	2	40%		
D.E.S.S.	1	20%		
Maîtrise	1	20%		
Nb années expérience infirmière			24 (23)	15 - 41
Nb années expérience en soins infirmiers gériatriques			16.8 (19)	8 - 23

L'équipe de mentorat est un service de deuxième ligne et vise un temps de réponse de 10 jours et moins. Or, selon les données colligées, le temps de réponse moyen entre la réception d'une demande et l'évaluation initiale est de 9.4 jours (médiane : 7.0). L'étendue se situe entre un et 35 jours. Le temps moyen que les infirmières de l'équipe de mentorat consacrent à un dossier est de 17.6 heures en moyenne (médiane : 17.3). L'étendue se situe entre 6 et 28.5 heures. Le temps d'application du plan d'interventions avant que l'évaluation de l'efficacité ne soit réalisée par les infirmières de l'équipe de mentorat est de 9.3 semaines en moyenne (médiane : 8.0). L'étendue se situe entre 4 et 25 semaines.

4.2. Description de l'échantillon

Au moment du recueil de données, les infirmières de l'équipe de mentorat comptaient 86 dossiers à leur actif. Cependant, 48 dossiers (55.8 %) ont été éliminés. Les raisons de l'élimination étaient en lien avec

les critères d'inclusion et d'exclusion soit : numéros sans dossier attribué ($n = 2$), données manquantes ($n = 5$), arrêt de la démarche suite au transfert de l'aîné ($n = 11$), décès de l'aîné en cours de la démarche ($n = 7$), arrêt de la démarche à la demande de l'établissement ($n = 4$), amélioration de la symptomatologie avant l'intervention des infirmières de l'équipe de mentorat ($n = 5$), âge inférieur à 65 ans ($n = 3$), situation ne relevant pas d'un SCPD ou avec prédominance d'un trouble mental autre qu'une MAa ($n = 5$) et enfin, démarche en cours ($n = 6$). Une fois ces dossiers éliminés, il restait donc 38 dossiers pour l'étude. Aucune élimination de dossier n'a été nécessaire par la suite.

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des aînés formant l'échantillon.

Les caractéristiques sociodémographiques (Tableau 4.2) montrent que l'âge des aînés formant l'échantillon varie entre 66 et 95 ans avec une moyenne de 81.5 ans (médiane : 83). Les femmes ($n = 21$) sont un peu plus nombreuses que les hommes ($n = 17$).

De plus, 18 aînés formant l'échantillon (47.4 %) résident en centre d'hébergement public. Les autres aînés formant l'échantillon sont en résidence privée ($n = 15$) ou à l'hôpital ($n = 5$).

Tableau 4.2.

Caractéristiques sociodémographiques des aînés formant l'échantillon

Caractéristiques sociodémographiques des aînés formant l'échantillon	<i>n</i>	Moyenne (écart-type) ou %	Étendue
Sexe [N=38]			
Féminin	21	55.3%	
Masculin	17	44.7%	
Âge [N=38]		81.5 - médiane : 83	66-95
Lieu de vie et de soins			
Domicile	0		
Résidence privée	15	39.5%	
Centre d'hébergement	18	47.4%	
Hôpital	5	13.1%	

4.2.3. Diagnostics de MAa.

Tel qu'il a été présenté dans le Tableau 4.3, tous les aînés ($N = 38$) présentent des troubles cognitifs. Sur le plan des MAa, le diagnostic le plus fréquent est la maladie d'Alzheimer, pour 17 aînés (44.7 %). Aucun aîné ne présente de diagnostic de démence vasculaire. Mis à part les quatre diagnostics principaux de démence, les autres problèmes cognitifs sont relatifs à la démence mixte (23.7 %) et des troubles cognitifs non spécifiés (13.2 %). Le Tableau 4.3 présente également les résultats des instruments de mesure sur les capacités cognitives. Ainsi, 36 aînés (94.7 %) de l'échantillon ont un résultat à l'un des deux instruments mesurant les capacités cognitives, soit le mini-examen de l'état mental (MEEM) ou le mini-examen de l'état mental – cas sévère (MEEM-S). Pour le MEEM, l'étendue des résultats se situe entre zéro et 21 et la moyenne obtenue est de 7.8 (médiane 7.0). Pour le MEEM-S, l'étendue des résultats se situe entre zéro et 26 et la moyenne obtenue est de 10.7 (médiane 11.0).

Tableau 4.3.

Répartition des différents diagnostics des démences

Diagnostics	n (%)	Moyenne (médiane)	Étendue	
			Min	Max
Démence Alzheimer	17 (44.7%)			
Démence vasculaire	0			
Démence frontotemporale	4 (10.5%)			
Démence à corps de Lewy	3 (7.9%)			
Démence mixte	9 (23.7%)			
Troubles cognitifs	5 (13.2%)			
Capacités cognitives				
MEEM (étendue 0 – 30)	32 (84.2%)	7.8 (7.0)	0	21
MEEMS (étendue 0 – 30)	25 (65.8%)	10.7 (11.0)	0	26

Les résultats du MEEM peuvent également être présentés en termes de fréquence pour les différents niveaux d'évolution de la démence (Tableau 4.4). Ainsi, quatre aînés (12.5 %) ont une démence légère, huit aînés (25 %) ont une démence modérée et 20 aînés (62.5 %) présentent une démence sévère. Fait à noter, sur les 20 aînés présentant une démence sévère, la moitié ($n = 10$) a un résultat de zéro au MEEM.

Tableau 4.4.

Répartition des résultats du MEEM selon les niveaux d'évolution de la démence

Répartition	Étendue théorique pour la catégorie	Moyenne	Nombre (n = 32)	%
Démence légère	19 - 24	20	4	12.5
Démence modérée	10 - 18	13.6	8	25.0
Démence sévère	< 10	3	20	62.5

4.2.3. Données cliniques descriptives complémentaires.

Au niveau descriptif, 24 aînés formant l'échantillon (63.2 %) présentent des symptômes dépressifs, 13 aînés (34.2 %) un résultat suggérant la présence de douleurs et cinq aînés (13.2 %) un résultat positif au CAM, ce qui suggère un delirium. De même, 11 aînés formant l'échantillon (28.9 %) ont une mesure de contrôle, soit : une situation d'isolement (9.1 %), sept situations avec utilisation de contention physique (63.6 %) et trois situations avec des soins sous contrainte physique (27.3 %).

4.2.4. Données descriptives sur la médication psychotrope.

Les résultats permettent de présenter quelques données descriptives sur la médication psychotrope des aînés formant l'échantillon. Le Tableau 4.5 indique que 38 aînés (100 %) formant l'échantillon ont au moins un agent psychotrope à leur profil pharmacologique. Les antipsychotiques sont présents dans 30 profils pharmacologiques (79 %) et les antidépresseurs dans 23 profils (60.5 %). Les benzodiazépines et les médicaments pour la mémoire apparaissent chacun dans 17 profils pharmacologiques (44.7 %). Enfin, les analgésiques sont prescrits chez 21 aînés (55.3 %).

Tableau 4.5.

Médication psychotrope

Médication psychotrope	Échantillon (<i>n</i> = 38)
	<i>n</i> (%)
Psychotropes [<i>N</i> = 38]	38 (100%)
Antipsychotiques	30 (79%)
Antidépresseur	23 (60.5%)
Benzodiazépine	17 (44.7%)
Médicament pour la mémoire	17 (44.7%)
Analgésique	21 (55.3%)

Les résultats du Tableau 4.6 permettent également de présenter le nombre d'agents psychotropes au profil pharmacologique des aînés formant l'échantillon. Ainsi, 26 profils pharmacologiques (86.8 %) contiennent entre deux et quatre agents psychotropes. La moyenne de psychotropes au profil pharmacologique est de 2.9 agents psychotropes par profil.

Tableau 4.6.

Nombre d'agents actifs psychotropes au profil pharmacologique

Nombre d'agents actifs psychotropes au profil pharmacologique	Fréquence (N = 38)	Pourcentage	Moyenne (médiane)
1	3	7.9%	
2	10	26.3%	
3	16	42.1%	2.9 (3.0)
4	7	18.4%	
5	2	5.3%	

La partie suivante présente les résultats concernant la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat en situation de SCPD. Les résultats concernant l'évaluation clinique seront présentés. Par la suite,

les résultats concernant la planification des interventions seront exposés. Enfin, les résultats concernant l'évaluation de l'efficacité viendront conclure cette partie.

4.3. Résultats concernant l'évaluation clinique par l'infirmière

Les résultats concernant l'évaluation clinique sont présentés dans l'ordre des questions présentées au deuxième chapitre.

4.3.1. Résultats concernant la première question de recherche sur l'évaluation clinique : l'infirmière de l'équipe de mentorat procède-t-elle à une évaluation clinique ?

La première question concernant l'évaluation clinique (1.1) avait pour objectif de déterminer si l'infirmière de l'équipe de mentorat procède à une évaluation clinique en situation de SCPD. Les résultats montrent que les infirmières de l'équipe de mentorat procèdent à une évaluation clinique dans le cas des 38 situations (100 %).

4.3.2. Résultats concernant la deuxième question de recherche sur l'évaluation clinique : quelles étapes de l'évaluation (anamnèse, histoire de vie, examen physique et instrument de mesure) sont-elles réalisées ?

La deuxième question concernant l'évaluation clinique (1.2) avait pour objectif de décrire la fréquence à laquelle les principales étapes de l'évaluation étaient réalisées par les infirmières de l'équipe de mentorat. Les résultats (Tableau 4.7) montrent que, pour toutes les situations ($N = 38$), les infirmières de l'équipe de mentorat réalisent une anamnèse et utilisent des instruments de mesure. Les infirmières procèdent à un examen physique dans 37 situations (97.4 %).

Tableau 4.7.

Principales étapes de l'évaluation clinique

Question 1.2. Quelles étapes de l'évaluation clinique sont-elles réalisées ? [N = 38]	n (%)
Anamnèse	38 (100%)
Examen physique	37 (97.4%)
Instrument de mesure	38 (100%)

4.3.2.1. Données descriptives supplémentaires sur l'évaluation clinique réalisée par les infirmières de l'équipe de mentorat

Même si cela ne faisait pas partie des questions de recherche, il apparaît pertinent de décrire ce qui a été effectué par les infirmières de l'équipe de mentorat concernant l'évaluation clinique. Le Tableau 4.8 présente les composantes de l'examen physique réalisé par les infirmières de l'équipe de mentorat. Dans le cas de 37 situations (97.4%), les examens pulmonaire et musculosquelettique sont réalisés. L'examen cardiaque et l'examen tégumentaire sont réalisés dans 36 situations (94.7 %). L'examen de la tête et du cou ($n = 35$, 92.1 %) ainsi que l'examen abdominal ($n = 30$, 78.9 %) sont moins fréquents.

Le Tableau 4.8 présente également des données descriptives sur l'évaluation de la déshydratation par les infirmières de l'équipe de mentorat. Les infirmières procèdent à un examen des signes de déshydratation dans 37 situations (97.4 %). Les composantes de l'examen physique liées à l'évaluation de la déshydratation sont variées. Pour 37 situations (97.4 %) un examen de la peau est réalisé. Un examen de la langue est réalisé pour 35 situations (92.1 %). Le turgor sternal est la composante de l'examen physique de la déshydratation la plus rarement présente, soit pour 12 situations (31.6 %).

Enfin, le Tableau 4.8 présente les données relatives à l'examen des signes d'un problème de santé aigu ou subaigu. Pour détecter la présence d'un problème de santé aigu ou subaigu, les infirmières de l'équipe de mentorat évaluent notamment les changements par rapport au comportement, à l'autonomie fonctionnelle et à l'état mental. Ces dimensions sont évaluées pour 37 situations (97.4 %). Les données descriptives permettent également d'affirmer que les infirmières de l'équipe de mentorat contrôlent les signes vitaux pour les 38 situations (100 %) formant l'échantillon.

Tableau 4.8.

Principales composantes de l'examen physique

Principales composantes de l'examen physique		n	(%)
Examen physique [N = 38]			
	Examen pulmonaire	37	(97.4%)
	Examen cardiaque	36	(94.7%)
	Examen abdominal	30	(78.9%)
	Examen tégumentaire	36	(94.7%)
	Examen musculosquelettique	37	(97.4%)
	Examen tête et cou	35	(92.1%)
Déshydratation			
	Langue	35	(92.1%)
	Salive sublinguale	33	(86.8%)
	Turgor sternal	12	(31.6%)
	Turgor frontal	33	(86.8%)
	Peau	37	(97.4%)
Paramètres pris en compte pour évaluer la présence d'un problème de santé aigu ou subaigu			
	Changement comportement	37	(97.4%)
	Changement autonomie fonctionnelle	37	(97.4%)
	Changement état mental	37	(97.4%)

4.3.3. Résultats concernant la troisième question de recherche sur l'évaluation clinique : une revue de la médication est-elle réalisée ?

La troisième question relative à l'évaluation clinique (1.3) avait pour objectif de déterminer si les infirmières de l'équipe de mentorat réalisaient une revue de la médication. Les résultats montrent qu'une revue de la médication est réalisée pour les 38 situations (100 %).

4.3.4. Résultats concernant la quatrième question de recherche sur l'évaluation clinique : quelles sont les causes sous-jacentes des SCPD identifiées ?

La quatrième question relative à l'évaluation clinique (1.4) avait pour objectif de décrire les causes sous-jacentes des SCPD identifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat. Les causes sous-jacentes des SCPD sont en lien avec le modèle des besoins compromis (Algase et al, 1996) présenté au deuxième chapitre (2.2.1). Ces causes servent à l'élaboration des interventions. Le Tableau 4.9 présente l'ensemble des résultats concernant les causes sous-jacentes. Les infirmières ont identifié des facteurs prédisposants et précipitants pour les 38 situations (100 %).

Les causes sous-jacentes sont identifiées par l'examen clinique soit l'anamnèse et l'examen physique. Par exemple, les données sur le niveau d'autonomie fonctionnelle ou sur des séquelles d'accident vasculaire cérébral contenues dans le dossier aident les infirmières de l'équipe de mentorat à identifier certains facteurs neurologiques. Les facteurs cognitifs et ceux relatifs à la condition de santé sont généralement obtenus par l'anamnèse et les résultats aux instruments de mesure tels que le MEEM, l'échelle de dépression gériatrique ou le PACSLAC. Les facteurs psychosociaux sont identifiés par les données biographiques contenues dans le dossier ou transmises lors de la rencontre d'un proche. Les facteurs précipitants sont issus des données recueillies lors de l'examen physique et par l'observation du milieu.

Tableau 4.9.

Causes sous-jacentes des SCPD identifiées

Question 1.4. Quelles sont les causes sous-jacentes des SCPD identifiées ? [N = 38]	n (%)
Facteurs prédisposants	
Facteurs neurologiques	37 (99.4%)
Facteurs cognitifs	38 (100%)
Facteurs liés à la condition de santé	38 (100%)
Facteurs psychosociaux	28 (73.7%)
Facteurs précipitants	
Facteurs personnels	38 (100%)
Environnement social – interaction	37 (99.4%)
Environnement physique	38 (100%)
Environnement organisationnel	18 (47.4%)

De plus, les résultats montrent que le nombre moyen de causes sous-jacentes des SCPD identifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat est de six causes sous-jacentes par situation. L'étendue du nombre de causes sous-jacentes pour chaque situation se situe entre trois et 10.

4.3.5. Résultats concernant la cinquième question de recherche sur l'évaluation clinique : quels sont les SCPD identifiés ?

La cinquième question sur le plan de l'évaluation clinique (1.5) avait pour objectif de décrire les SCPD identifiés par les infirmières de l'équipe de mentorat. Les SCPD identifiés par les infirmières au plan d'interventions constituent leur constat d'évaluation concernant les symptômes prioritaires dans la situation. Le constat d'évaluation est en lien avec le symptôme dominant identifié pour la situation. Les différentes catégories sont celles identifiées par l'IPA (2012), qui sont présentées au deuxième chapitre (2.1.2). Le Tableau 4.10 présente l'ensemble des résultats sur la présentation des différents constats de SCPD.

En ce qui concerne les symptômes comportementaux, l'agitation/agressivité est identifiée comme constat d'évaluation pour 28 situations (73.7 %) La résistance aux soins est identifiée comme constat d'évaluation pour 10 situations (26.3 %). Les catégories de comportements sexuels inappropriés et de réaction de catastrophe n'ont jamais été identifiées en tant que constat principal d'évaluation pour l'échantillon. Au niveau des symptômes psychologiques, l'anxiété est identifiée comme constat d'évaluation pour sept situations (18.4 %). Les hallucinations, les illusions et l'apathie n'ont jamais été identifiées comme constat principal d'évaluation par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Tableau 4.10.

Catégories de SCPD identifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat

Question 1.5. Quels sont les SCPD identifiés ?	Inscrits au plan d'interventions	% sur <i>n</i>	% sur échantillon total (N = 38)
Symptômes comportementaux	<i>n</i> = 34		89.5%
Errance	3	8.8%	7.9%
Agitation/Agressivité	28	82.4%	73.7%
Résistance aux soins	10	29.4%	26.3%
Comportements sexuels inappropriés	0	0	0
Réaction de catastrophe	0	0	0
Syndrome crépusculaire	1	2.9%	2.6%
Symptômes psychologiques	<i>n</i> = 11		28.9%
Idées délirantes	4	36.4%	10.5%
Hallucinations	0	0	0
Illusions	0	0	0
Dépression	2	18.2%	5.3%
Apathie	0	0	0
Anxiété	7	63.6%	18.4%

Les résultats permettent également de préciser que, pour chaque situation, les infirmières de l'équipe de mentorat identifient entre zéro et trois constats d'évaluation sur les SCPD. Pour 20 situations (52.6 %), un seul constat d'évaluation de SCPD est identifié au plan d'interventions.

4.3.5.1. Description des symptômes neuropsychiatriques

Les résultats du tableau 4.11 permettent de détailler la présentation des symptômes neuropsychiatriques. De plus, les résultats obtenus lors de l'évaluation initiale avec l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings [INPC] en ce qui concerne la fréquence et la gravité pour chaque symptôme neuropsychiatrique sont présentés. Ces symptômes peuvent être concomitants à la catégorie de symptôme principal identifiée par l'infirmière de l'équipe de mentorat (Tableau 4.10.). L'agitation est identifiée pour 34

situations (89.5 %) alors que l'anxiété est identifiée pour 21 situations (55.3 %). En termes d'intensité des symptômes, l'agitation obtient le résultat le plus élevé avec un résultat moyen de 10.1.

Tableau 4.11.

Résultats de l'INPC

Énoncés de l'INPC	Nombre (%) (N = 38)	Étendue des résultats étendue théorique : 0 – 12		Moyenne
		Minimum	Maximum	
Idées délirantes	10 (26.3%)	9	12	9.7
Hallucinations	9 (23.7%)	2	9	4.4
Agitation/Agressivité	34 (89.5%)	1	12	10.1
Dépression/Dysphorie	15 (39.5%)	9	12	7.3
Anxiété	21 (55.3%)	9	12	9.5
Exaltation de l'humeur/Euphorie	3 (7.9%)	1	2	1.3
Apathie/Indifférence	8 (21.1%)	1	9	6.4
Désinhibition	19 (50.0%)	1	12	6.5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	19 (50.0%)	1	12	8.6
Comportement moteur aberrant	9 (23.7%)	9	12	7.7
Sommeil	8 (21.1%)	9	12	9.3
Appétit/Troubles de l'appétit	4 (10.5%)	1	8	4.8

4.3.5.1. Description des comportements d'agitation

Les résultats du tableau 4.12 permettent de présenter les résultats obtenus avec l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield [IACM] en ce qui concerne la fréquence des comportements d'agitation. L'IACM présente 29 comportements d'agitation différents. Les résultats démontrent que l'IACM a été utilisé pour les 38 situations (100 %). La moyenne en ce qui concerne la fréquence des comportements d'agitation lors de l'évaluation initiale est établie à 56.1 (médiane : 59.0). L'étendue des résultats se situe entre 29 et 85.

Tableau 4.12.

Résultats de l'IACM

Résultats de l'IACM	n (%)	Moyenne (médiane)	Étendue	
			Min	Max
Étendue théorique : 29 - 203	[N = 38]			
IACM	38 (100%)	56.1 (59.0)	29	85

4.4. Résultats concernant la planification

Les résultats concernant la planification sont présentés selon l'ordre des questions présentées au deuxième chapitre.

4.4.1. Résultats concernant la première question de recherche sur la planification : y a-t-il présence d'un plan d'interventions au dossier ?

La première question sur le plan de la planification (2.1) avait pour objectif de déterminer la fréquence à laquelle un plan d'interventions était présent dans le dossier. Les résultats démontrent qu'un plan d'interventions est présent dans les 38 dossiers (100 %).

4.4.2. Résultats concernant la deuxième question de recherche sur la planification : quelles sont les interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?

La deuxième question sur le plan de la planification (2.2) avait pour objectif de déterminer quelles sont les INP planifiées dans le plan d'interventions. Les différentes catégories d'INP sont présentées au deuxième chapitre (Tableau 2.1). Les résultats permettent de décrire les INP planifiées dans le plan d'interventions par les infirmières de l'équipe de mentorat (Tableau 4.13). Toutes les catégories d'INP sont utilisées par les infirmières de l'équipe de mentorat pour élaborer les plans d'interventions. Les catégories relatives à l'approche de base et à l'adaptation des soins à la personne sont présentes pour les 38 situations (100 %). Les autres catégories les plus fréquentes sont : les thérapies comportementales (84.2 %), les thérapies sensorielles (73.7 %) et les thérapies spécifiques (68.4 %).

Par ailleurs, les résultats descriptifs permettent d'établir une moyenne de 15.7 INP par plan d'interventions (médiane : 15). L'étendue se situe entre 8 et 32 INP par plan d'interventions.

Tableau 4.13.

Interventions non pharmacologiques

Question 2.2. Quelles sont les interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?	n (%) [N = 38]
Approche de base	38 (100%)
Thérapies sensorielles	28 (73.7%)
Thérapies récréatives	8 (21.1%)
Thérapies environnementales	22 (57.9%)
Exercice physique	18 (47.4%)
Adaptation des soins aux besoins de la personne	38 (100%)
Thérapies comportementales	32 (84.2%)
Thérapies cognitives	1 (2.63%)
Thérapies spécifiques	26 (68.4%)

4.4.3. Résultats concernant la troisième question de recherche sur la planification : les interventions planifiées sont-elles en lien avec les causes sous-jacentes des SCPD ?

La troisième question sur le plan de la planification (2.3) avait pour objectif de déterminer si les interventions planifiées sont en lien avec les causes sous-jacentes des SCPD. Les résultats montrent qu'un lien entre les interventions et les causes sous-jacentes des SCPD est explicite au plan d'interventions pour les 38 situations (100 %).

4.4.4. Résultats concernant la quatrième question de recherche sur la planification : le plan d'interventions a-t-il des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental) ?

La quatrième question sur le plan de la planification (2.4) avait pour objectif de déterminer si les plans d'interventions ont des cibles à différents niveaux. Les résultats montrent que les plans d'interventions ont des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental) pour les 38 situations (100 %).

4.4.5. Résultats concernant la cinquième question de recherche sur la planification : les INP sont-elles personnalisées à l'histoire biographique de l'aîné et à son contexte de vie ?

La cinquième question sur le plan de la planification (2.5) avait pour objectif de déterminer si les INP sont personnalisées par rapport à l'histoire biographique de l'aîné et à son contexte de vie. Les résultats montrent que les INP sont personnalisées par rapport à l'histoire biographique de l'aîné et à son contexte de vie pour les 38 situations (100 %). Ainsi, dans le cas des plans d'interventions, des renseignements sont ajoutés afin de décrire certaines préférences de l'aîné. Ces préférences peuvent concerner la musique, l'alimentation, les activités, les horaires pour certaines activités de la vie quotidienne ou pour le repos. Des renseignements précisent également les sujets à aborder pour la réminiscence. Enfin, il apparaît des renseignements concernant l'aménagement de sa chambre ou les horaires de certaines interventions. Chacun des 38 dossiers (100 %) contient une histoire biographique.

4.4.6. Résultats concernant la sixième question de recherche sur la planification : y a-t-il des recommandations en lien avec les médicaments ?

La sixième question sur le plan de la planification (2.6) avait pour objectif de déterminer si des recommandations en lien avec les médicaments sont présentes au dossier. Les résultats montrent que des recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat en lien avec les médicaments sont présentes dans 36 dossiers (94.7 %). Le Tableau 4.14 présente les données relatives aux recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat sur les médicaments psychotropes. Des psychotropes sont prescrits pour 38 situations. Il y a des recommandations sur les psychotropes pour 36 situations (94.7 %). En présence de prescription, il y a des recommandations sur les antipsychotiques (80 %), les benzodiazépines (76.5 %) et les antidépresseurs (56.5 %). En revanche, les recommandations sont présentes dans moins de la moitié des situations en ce qui concerne les médicaments pour la mémoire (47.1 %) et les analgésiques (47.1 %).

Tableau 4.14.

Présence de recommandations en présence des différents psychotropes

Présence des recommandations en présence des différents psychotropes	Présence au profil		Présence de recommandations	
	<i>n</i>	% sur <i>n</i> = 38	<i>n</i>	%
Psychotropes	38	100%	36	94.7%
Antipsychotique	30	79%	24	80%
Antidépresseur	23	60.5%	13	56.5%
Benzodiazépine	17	44.7%	13	76.5%
Médicament pour la mémoire	17	44.7%	8	47.1%
Analgésique	21	55.3%	10	47.1%

Le Tableau 4.15 présente les données relatives aux recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat portant sur autre chose que les médicaments psychotropes prescrits ($n = 11$). Ainsi, 10 recommandations (90.9 %) concernent principalement des médicaments non présents dans le profil pharmacologique de la personne. Une recommandation (9.1 %) porte sur la surveillance des effets indésirables.

Tableau 4.15.

Autres recommandations en lien avec les médicaments

Autres recommandations en lien avec les médicaments [$n = 11$]	<i>n</i> (%)
Sur des médicaments non présents dans le profil	10 (90.9%)
Antidépresseur	4 (40%)
Analgésique	4 (40%)
Onguent analgésique	2 (20%)
Sur la surveillance des effets indésirables	1 (9.1%)

Enfin, les résultats montrent que, pour 23 situations (60.5 %), il existe également des recommandations sur la pertinence de maintenir un traitement, particulièrement en ce qui concerne les

médicaments pour la mémoire. De plus, les infirmières de l'équipe de mentorat incluent des informations sur les cibles thérapeutiques et les effets indésirables des médicaments psychotropes dans les 38 plans d'interventions (100 %).

4.4.7. Résultats concernant la septième question de recherche sur la planification : y a-t-il des recommandations sur les antipsychotiques PRN et les benzodiazépines PRN ?

La septième question sur le plan de la planification (2.7) avait pour objectif de déterminer si des recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat en lien avec les antipsychotiques PRN et les benzodiazépines PRN sont inscrites au plan d'interventions ou présentes au dossier. Les résultats (Tableau 4.16) montrent que des PRN psychotropes sont présents dans 30 situations (78.9 %). Parmi ces 30 situations, des recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat sur les psychotropes PRN sont présentes dans 22 plans d'interventions (73.3 %). Il existe des recommandations sur les antipsychotiques PRN dans le cas de 12 plans d'interventions sur une possibilité de 18 (66.7 %). Des recommandations sur les benzodiazépines PRN sont apparentes pour 12 plans d'interventions sur une possibilité de 17 (70.6 %). Enfin, des recommandations sur les analgésiques PRN sont inscrites dans cinq plans d'interventions sur une possibilité de 15 (33.3 %).

Tableau 4.16.

Présence de recommandations en présence de psychotropes PRN

Présence de recommandations en présence des différents psychotropes PRN	Présence au profil		Présence de recommandations	
	<i>n</i>	% sur <i>n</i> = 38	<i>n</i>	%
PRN au profil	30	78.9%	22	73.3%
Antipsychotique PRN	18	47.4%	12	66.7%
Benzodiazépine PRN	17	44.7%	12	70.6%
Analgésique PRN	15	39.5%	5	33.3%

4.4.8. Résultats concernant la huitième question de recherche sur la planification : y a-t-il un partenariat avec le médecin traitant de l'aîné ?

La huitième question sur le plan de la planification (2.8) avait pour objectif de déterminer s'il était mis en place un partenariat entre l'infirmière de l'équipe de mentorat et le médecin traitant de l'aîné. Les résultats sont en rapport avec une mention de partenariat au dossier ou une note concernant un échange entre l'infirmière de l'équipe de mentorat et le médecin traitant de l'aîné. Les résultats (Tableau 4.17) montrent qu'il existe un partenariat avec le médecin traitant de l'aîné pour toutes les situations ($N = 38$). La cible du partenariat la plus fréquemment inscrite au dossier est de confirmer l'autorisation du médecin en ce qui concerne l'intervention des infirmières de l'équipe de mentorat (97.4 %), suivi d'une prise de contact au moment de l'évaluation initiale (92.1 %). Enfin, une discussion sur le plan d'interventions est consignée dans plus de la moitié des situations (57.9 %). Cependant, il est important de mentionner qu'il apparaît des données manquantes dans certains dossiers. En effet, les formulaires utilisés par les infirmières de l'équipe de mentorat contiennent des cases prédéterminées qui leur permettent d'inscrire des données sur le partenariat avec le médecin traitant de l'aîné. Or, dans certains dossiers, il manque des inscriptions dans certaines cases prédéterminées sur le partenariat avec le médecin traitant de l'aîné.

Tableau 4.17.

Partenariat avec le médecin

Partenariat avec le médecin	Nombre [$N = 38$]	%
Contact lors de l'évaluation initiale	35	92.1%
Autorisation	37	97.4%
Discussion sur le plan d'interventions	22	57.9%

4.5. Résultats concernant l'efficacité

Les résultats concernant l'efficacité sont présentés selon l'ordre des questions présentées au deuxième chapitre.

4.5.1. Résultats concernant la première question de recherche sur l'efficacité : des instruments de mesure sont-ils utilisés pour juger de l'efficacité des interventions ?

La première question sur le plan de l'efficacité (3.1) avait pour objectif de décrire la fréquence à laquelle des instruments de mesure pour juger de l'efficacité des interventions sont utilisés par l'infirmière de l'équipe de mentorat. Les résultats montrent que les infirmières de l'équipe de mentorat utilisent des instruments de mesure pour juger de l'efficacité des interventions pour les 38 situations (100 %). Les deux instruments utilisés de façon systématique sont l'IACM et l'INPC.

4.5.2. Résultats concernant la deuxième question de recherche sur l'efficacité : quelles sont les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat ?

La deuxième question sur le plan de l'efficacité (3.2) avait pour objectif de décrire les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat. Les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat sont mesurées à l'aide de l'IACM et de l'INPC. Les résultats montrent que, dans le cas de l'IACM, six situations (15.8 %) ont un taux d'efficacité de 50 % ou plus et 20 situations (52.6 %) ont un taux d'efficacité supérieur à 30 % d'efficacité. En ce qui concerne le résultat total de l'INPC, 30 situations (78.9 %) ont un taux d'efficacité de 50 % et plus et 9 situations (23.7 %) ont un taux supérieur à 90 % d'efficacité.

Lors de l'évaluation initiale, la moyenne obtenue avec l'IACM dans le cas des symptômes d'agitation est de 56.2 (médiane : 59.0). L'étendue des résultats se situe entre 29 et 85 alors que l'étendue théorique pour l'IACM se situe entre 29 et 203. Lors de l'évaluation finale, la moyenne obtenue avec l'IACM dans le cas des symptômes d'agitation est de 37.7 (médiane : 33.5). L'étendue des résultats se situe entre 29 et 67. En termes de résultats sur l'efficacité de l'IACM (Tableau 4.18), 36 situations (94.7 %) ont une réduction du total des points obtenus au moment de l'évaluation de l'efficacité. Une diminution moyenne de 18.6 points est mesurée, ce qui représente une diminution de 32.8 % pour les comportements d'agitation. Le résultat obtenu au test de T est significativement différent de zéro. Cela revient à dire qu'il y a une différence statistiquement significative entre le score initial de l'IACM et le score final de l'IACM. La moyenne de l'écart étant négative, le score final est donc plus petit que le score initial. Il existe donc une réduction de la fréquence des comportements d'agitation.

Tableau 4.18.

Résultats d'efficacité des interventions sur les comportements d'agitation (IACM)

Instrument [étendue théorique : 29 - 203]	Étendue des résultats		Moyenne (médiane)	Différence moyenne (médiane)	% de réduction	Valeur du <i>t</i>
	Minimum	Maximum				
IACM-initial	29	85	56.1 (59.0)			
IACM – final	29	67	37.7 (33.5)			- 8.08
				- 18.4 (- 18)	32.8%	<0.0001

Lors de l'évaluation initiale, la moyenne obtenue avec l'INPC concernant les symptômes neuropsychiatriques est de 33.9 (médiane : 32.0). L'étendue des résultats se situe entre zéro et 71 alors que l'étendue théorique pour l'INPC se situe entre zéro et 144. Lors de l'évaluation finale, la moyenne obtenue avec l'INPC concernant les symptômes neuropsychiatriques est de 12.2 (médiane : 8.0). L'étendue des résultats se situe entre zéro et 48. En termes de résultats sur l'efficacité de l'INPC (Tableau 4.19), 36 situations (94.7 %) présentent une réduction du total des points obtenus au moment de l'évaluation de l'efficacité. Une diminution moyenne de 21.7 points est enregistrée, ce qui correspond à une réduction de 64 % de la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques. Le résultat obtenu au test de T est significativement différent de zéro. Cela revient à dire qu'il y a une différence statistiquement significative entre le score initial de l'INPC et le score final de l'INPC. La moyenne de l'écart étant négative, le score final est donc plus petit que le score initial. Il existe donc une réduction de la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques.

Tableau 4.19.

Résultats d'efficacité des interventions sur les symptômes neuropsychiatriques (INPC)

Instrument [étendue théorique : 0 - 144]	Étendue des résultats		Moyenne (médiane)	Différence moyenne (médiane)	% de réduction	Valeur du <i>t</i>
	Minimum	Maximum				
INPC-initial	0	71	33.9 (32.0)			
INPC – final	0	48	12.2 (8.0)			- 8.39
				- 21.7 (- 21.0)	64.0%	<0.0001

Lors de l'évaluation initiale, la moyenne obtenue avec l'INPC concernant la fréquence des symptômes neuropsychiatriques est de 13.4 (médiane : 13.0). L'étendue des résultats se situe entre zéro et 25 alors que l'étendue théorique concernant la fréquence de l'INPC se situe entre zéro et 36. Lors de l'évaluation finale, la moyenne obtenue avec l'INPC concernant la fréquence des symptômes neuropsychiatriques est de 7.1 (médiane : 6.0). L'étendue des résultats se situe entre zéro et 22. En termes de résultats sur l'efficacité au niveau de la fréquence de l'INPC (Tableau 4.20), une diminution moyenne de 6.3 points est enregistrée, ce qui correspond à une réduction de 47.0 % de la fréquence des symptômes neuropsychiatriques. Le résultat obtenu au test de T est significativement différent de zéro. Cela revient à dire qu'il y a une différence statistiquement significative entre le score initial de la fréquence de l'INPC et le score final de la fréquence de l'INPC. La moyenne de l'écart étant négative, le score final est donc plus petit que le score initial. Il existe donc une réduction de la fréquence des symptômes neuropsychiatriques.

Tableau 4.20.

Résultats d'efficacité des plans d'interventions sur la fréquence des symptômes neuropsychiatriques (INPC)

Instrument [étendue théorique : 0 - 36]	Étendue des résultats		Moyenne (médiane)	Différence moyenne	% de réduction	Valeur du t
	Minimum	Maximum				
INPC – Fréquence initial	0	25	13.4 (13.0)			
INPC- Fréquence - final	0	22	7.1 (6.0)			- 7.26
				- 6.3	47.0%	<0.0001

Lors de l'évaluation initiale, la moyenne obtenue avec l'INPC concernant la gravité des symptômes neuropsychiatriques est de 10.2 (médiane : 11.0). L'étendue des résultats se situe entre zéro et 19 alors que l'étendue théorique pour la gravité de l'INPC se situe entre zéro et 48. Lors de l'évaluation finale, la moyenne obtenue avec l'INPC concernant la gravité des symptômes neuropsychiatriques est de 4.9 (médiane : 4.0). L'étendue des résultats se situe entre zéro et 18. En termes de résultats sur l'efficacité au niveau de la gravité de l'INPC (Tableau 4.21), une diminution moyenne de 5.3 points est enregistrée, ce qui correspond à une réduction de 43.0 % de la gravité des symptômes neuropsychiatriques. Le résultat obtenu au test de T est significativement différent de zéro. Cela revient à dire qu'il y a une différence statistiquement significative entre le score initial de la gravité de l'INPC et le score final de la gravité de l'INPC. La moyenne de l'écart étant négative, le score final est donc plus petit que le score initial. Il existe donc une réduction de la gravité des symptômes neuropsychiatriques.

Tableau 4.21.

Résultats d'efficacité des plans d'interventions sur la gravité des symptômes neuropsychiatriques (INPC)

Instrument [étendue théorique : 0 - 48]	Étendue des résultats		Moyenne (médiane)	Différence moyenne	% de réduction	Valeur du <i>t</i>
	Minimum	Maximum				
INPC-Gravité- initial	0	19	10.2 (11.0)			
INPC- Gravité – final	0	18	4.9 (4.0)			- 7.74
				- 5.3	43.0%	<0.0001

Sur le plan descriptif, les analyses permettent de décrire que trois situations (7.9 %) ne présentent pas de réduction des points. Pour deux situations, le total des points des deux instruments ne présente pas de diminution. Pour une autre situation, les résultats lors de l'évaluation de l'efficacité révèlent une augmentation de trois points pour l'IACM mais une réduction d'un point à l'INPC. En revanche, pour ces trois situations, l'infirmière de l'équipe de mentorat inscrit une amélioration cliniquement significative des symptômes dans ses notes d'évaluation de l'efficacité.

4.5.3. Résultats concernant la troisième question de recherche sur l'efficacité : y a-t-il des changements au profil pharmacologique ?

La troisième question sur le plan de l'efficacité (3.3) avait pour objectif de déterminer la fréquence des changements dans le profil pharmacologique des aînés formant l'échantillon. Tel qu'il est présenté au Tableau 4.22, une note de l'infirmière de l'équipe de mentorat concernant un changement dans le profil pharmacologique est présente pour 16 situations (42.1 %). Parmi ces 16 situations, des changements au profil pharmacologique sont relevés dans le cas de 11 profils pharmacologiques (68.8 %). Pour les 16 situations qui comportent un relevé sur les changements dans le profil pharmacologique (Tableau 4.22), les changements concernent les antipsychotiques pour huit situations (72.7 %).

Tableau 4.22.

Changements dans le profil pharmacologique pour les situations comportant un relevé

Changements dans le profil pharmacologique pour les situations comportant un relevé	Nombre (n = 11)	%
Psychotropes modifiés		
Antipsychotiques	8	72.7%
Benzodiazépines	4	36.4%
Antidépresseur	2	18.2%
Analgésique	2	18.2%
Médicament pour la mémoire	2	18.2%

Les données recueillies ne permettent pas de préciser la nature des changements effectués au profil pharmacologique des aînés formant l'échantillon.

4.5.4. Résultats concernant la quatrième question de recherche sur l'efficacité : les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont-elles été appliquées ?

La quatrième question sur le plan de l'efficacité (3.4) avait pour objectif de déterminer si les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont été appliquées. Sur le plan de l'efficacité, un suivi sur les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication est réalisé pour 18 situations (47.4 %). Parmi ces 18 situations, les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont été appliquées pour 8 situations (44.4 %). Il faut cependant relever que 20 dossiers (52.6 %) ne contenaient aucune donnée relative à l'application des recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication.

4.5.5. Résultats concernant la cinquième question de recherche sur l'efficacité : quel est le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions ?

La cinquième question sur le plan de l'efficacité (3.5) avait pour objectif de décrire le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions. L'instrument utilisé par les infirmières de l'équipe de mentorat pour évaluer le degré de satisfaction des soignants présente 16 questions.

Une échelle de quatre points permet aux soignants d'inscrire leur degré de satisfaction. Le niveau un est relatif au jugement le plus favorable (tout-à-fait d'accord). Le niveau quatre est relatif au niveau le plus défavorable (tout-à-fait en désaccord). De plus, un niveau sans point permet de relever un jugement de « non-applicable ». Sur le plan de l'efficacité, le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions est obtenu pour 26 situations (68.4 %). Cela s'explique par le fait que cette pratique a été ajoutée en cours de route par l'équipe de mentorat. De plus, les soignants ne retournent pas toujours le questionnaire suite à l'intervention des infirmières de l'équipe de mentorat.

Les résultats présentés au Tableau 4.23 montrent que, dans la grande majorité des cas, un degré élevé de satisfaction est attribué pour les infirmières de l'équipe de mentorat (100 %), l'intervention de l'équipe de mentorat (97.4 %), l'apprentissage (96.2 %) et l'intervention clinique (89.1 %). D'une façon générale, sur une possibilité totale de 416 réponses, 395 (95 %) expriment un niveau élevé de satisfaction.

Tableau 4.23

Degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions

Énoncés	Degré de satisfaction (n et %)				
	1	2	3	4	N/A
Intervention clinique	66.0%	23.1%	3.2%		7.7%
L'intervention favorise l'implication de l'équipe soignante	21 80.8%	3 11.5%	1 3.8%	0	1 3.8%
L'intervention permet le transfert de connaissance	19 73.1%	6 23.1%	0	0	1 3.8%
La durée de l'intervention est adéquate	16 61.5%	6 23.1%	2 7.7%	0	2 7.7%
Le plan d'interventions présenté est adapté aux particularités du milieu	16 61.5%	6 23.1%	1 3.8%	0	3 11.5%
Les interventions ciblées sont applicables dans le milieu	18 69.2%	5 19.2%	1 3.8%	0	2 7.7%
L'intervention a permis d'améliorer la problématique	13 50%	10 38.5%	0	0	3 11.5%
Intervenante	94.6%	5.4%			

L'approche de l'intervenante favorise les échanges avec l'équipe	25 96.2%	1 3.8%	0	0	0
L'approche de l'intervenante est adéquate et adaptée aux besoins du milieu	22 84.6%	4 15.4%	0	0	0
L'intervenante possède les connaissances requises pour intervenir	25 96.2%	1 3.8%	0	0	0
Les explications données par l'intervenante sont claires	25 96.2%	1 3.8%	0	0	0
L'intervenante a une approche respectueuse et centrée sur la personne soignée	26 100%	0	0	0	0
Apprentissage et utilisation future	65.4%	30.8%	1.9%		1.9%
L'intervention permet à l'équipe soignante d'acquérir de nouvelles connaissances	15 57.7%	10 38.5%	1 3.8%	0	0
Les nouveaux apprentissages sont utiles dans la pratique de l'équipe soignante	19 73.1%	6 23.1%	0	0	1 3.8%
Appréciation générale de l'intervention	78.2%	19.2%			2.6%
Le type d'intervention répond aux besoins et attentes du milieu	15 57.7%	10 38.5%	0	0	1 3.8%
J'aurai recours sans hésitation à l'équipe de mentorat dans le futur	25 96.2%	1 3.8%	0	0	0
L'équipe soignante apprécie l'intervention de l'équipe de mentorat	21 80.8%	4 15.4%	0	0	1 3.8%
Total (416)	321 77.2%	74 17.8%	6 1.4%	0	15 3.6%

4.5.6. Résultats concernant la sixième question de recherche sur l'efficacité : quel est le degré de satisfaction des proches ?

La sixième question au niveau de l'efficacité (3.6) avait pour objectif de décrire le degré de satisfaction des proches.

L'instrument utilisé par les infirmières de l'équipe de mentorat pour évaluer le degré de satisfaction des proches présente une question. Une échelle de quatre points permet aux proches d'inscrire leur degré de satisfaction. Le niveau un est relatif au jugement le plus favorable (tout-à-fait d'accord). Le niveau quatre est relatif au niveau le plus défavorable (tout-à-fait en désaccord). De plus, un niveau sans point permet de relever un jugement de « non-applicable ».

Sur le plan de l'efficacité, le degré de satisfaction des proches (Tableau 4.24) est obtenu pour 25 situations (65.8 %). Comme dans le cas du degré de satisfaction des soignants, cela s'explique par le fait que cette pratique a été ajoutée en cours de route par l'équipe de mentorat. De plus, les soignants ne retournent pas toujours le questionnaire suite à l'intervention des infirmières de l'équipe de mentorat. Il faut encore mentionner que les questionnaires remplis par les soignants comportaient une fréquence élevée de données manquantes (N/A) en ce qui concerne la satisfaction des proches. Ainsi, pour les situations les plus récentes, les infirmières de l'équipe de mentorat recueillent elles-mêmes le degré de satisfaction des proches.

Les résultats présentés au Tableau 4.24 montrent que le degré de satisfaction des proches est élevé dans toutes les situations (100 %) pour lesquelles un résultat a été obtenu.

Tableau 4.24

Degré de satisfaction des proches

Énoncés	Degré de satisfaction (n et %)				
	1	2	3	4	N/A
La famille de la personne soignée est satisfaite des résultats obtenus suite à l'intervention	12 48%	1 4%	0	0	12 48%

4.7. Niveau de concordance

L'un des objectifs de la recherche est de déterminer quel est le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur la prise en charge des SCPD. Les lignes directrices sur les SCPD comportent 74 recommandations. Ces recommandations sont présentées comme des classes dans l'instrument de collecte de données (Annexe A).

Cependant, certaines recommandations des lignes directrices sur les SCPD ne sont pas spécifiques à l'exercice infirmier au Québec ou à une pratique infirmière de deuxième ligne. Ainsi, pour l'ensemble des recommandations, 18 classes relatives aux recommandations s'adressant à un autre professionnel (médecin par exemple) ou aux infirmières de première ligne ont été retirées. Il reste donc 56 recommandations sur les SCPD qui sont spécifiques à une pratique infirmière de deuxième ligne. Les niveaux de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne en situation de SCPD sont présentés en trois temps soit, l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité.

4.7.1. Niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur l'évaluation clinique spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne.

Le Tableau 4.25 présente les résultats concernant le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations spécifiques à l'évaluation clinique. Il existe 41 recommandations en ce qui concerne l'évaluation clinique spécifique à une pratique infirmière de deuxième ligne en situation de SCPD. L'étendue des résultats se situe entre 28 classes (68.3 %) et 40 classes (97.6 %) auxquelles ont répondu les infirmières de l'équipe de mentorat.

Tableau 4.25.

État de correspondance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les 41 recommandations sur l'évaluation clinique spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne

Classes de l'évaluation clinique [N = 38]	n	(%)
Évaluation	38	100%
Anamnèse	38	100%
Analyse de la situation (ACC)	38	100%
• Antécédents	36	94.7%
• Comportement	38	100%
• Conséquences	34	89.5%
Examen physique	37	97.4%
Évaluation psychologique	38	100%

Milieu social et physique	37	97.4%
Changements situation sociale ou familiale	16	42.1%
Nouveaux stressseurs, particularités de la situation de vie, changements de personnel	19	50.0%
Disponibilité activités sociales/occupationnelles	11	29.0%
Disponibilité expériences positives, renforcements estime de soi	5	13.2%
Écarts r/à mode de vie habituel, préférences, perte autonomie	38	100%
Aspects milieu physique	27	71.1%
Observation du comportement	38	100%
Renseignements rapportés par le patient [21 (55.3%) = incapacité d'exprimer clairement idées-ressentis]	38	100%
Préoccupations d'autres personnes	38	100%
Investigation axée sur troubles ou problèmes physiques ou psychologiques :	38	100%
• Douleur	37	97.4%
• Constipation ou fécalome	37	97.4%
• Blessure	36	94.7%
• Déshydratation	37	97.4%
• Problèmes nutritionnels	38	100%
• Delirium	36	94.7%
• Démence	36	94.7%
• Dépression ou manie	38	100%
• Troubles anxieux	32	84.2%
• Troubles du sommeil	28	73.7%
• Problèmes auditifs ou visuels	36	94.7%
Utilisation d'instruments de mesure	38	100%
• Instruments relatifs à la dépression	37	97.4%
• Instruments relatifs aux symptômes comportementaux	38	100%

• Instruments pour l'évaluation comportementale	38	100%
Présence d'une revue (médication)	38	100%
• Médicaments susceptibles d'altérer la cognition ou l'humeur	35	92.1%
• Recours aux PRN	12	38.7%
Investigation causes sous-jacentes	38	100%
• Delirium	36	94.7%
• Douleur	37	94.7%
Identification des SCPD	38	100%

La moyenne du niveau de concordance pour les classes spécifiques de l'évaluation clinique est de 88.9 % (Tableau 4.26).

Tableau 4.26.

Niveau de concordance pour les 41 classes spécifiques de l'évaluation clinique

Variables	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Médiane
Classes	38	28	40	36.4	2.9	37.0
Pourcentage	38	68.3%	97.6%	88.9%	7.1%	90.2%

4.7.2. Niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur la planification des interventions spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne.

Le Tableau 4.27 présente les résultats concernant le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur la planification des interventions spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne. Il existe 12 recommandations pour la planification des interventions spécifiques à une pratique infirmière de deuxième ligne en situation de SCPD.

L'étendue des résultats se situe entre 11 classes (91.7 %) et 12 classes (100 %) auxquelles ont répondu les infirmières de l'équipe de mentorat.

Tableau 4.27.

État de correspondance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les 12 recommandations sur la planification des interventions spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne

Classes de la planification des interventions [N = 38]	Nombre (N = 38)	Pourcentage de réalisation
Plan d'interventions au dossier	38	100%
Présence d'interventions non pharmacologiques au plan d'interventions	38	100%
Lien entre les causes sous-jacentes et les interventions	38	100%
Plan d'interventions à différents niveaux	38	100%
Référence à des lignes directrices	37	97.4%
Axe sur la formation	38	100%
Personnalisation du plan d'interventions	38	100%
Participation de la famille [5 aînés n'ont pas de famille → n = 33]	32 [n = 33]	97.0%
Présence d'informations sur l'histoire de vie	37	97.4%
Recommandations explicites sur les médicaments	36	94.7%
Recommandations sur les médicaments PRN [8 aînés n'ont pas de PRN → n = 30]	22 [n = 30]	73.3%
Partenariat avec le médecin traitant	38	100%

La moyenne du niveau de concordance pour les classes spécifiques à la planification des interventions est de 97.1 % (Tableau 4.28).

Tableau 4.28.

Niveau de concordance pour les 12 classes spécifiques de la planification des interventions

Variabes	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Médiane
Classes	38	11	12	11.7	0.5	12
Pourcentage	38	91.7%	100%	97.1%	4.0%	100%

4.7.3. Niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations sur l'évaluation de l'efficacité spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne.

Le Tableau 4.29 présente les résultats concernant le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations spécifiques à l'évaluation de l'efficacité des interventions. Il existe trois recommandations pour l'évaluation de l'efficacité spécifiques à une pratique infirmière de deuxième ligne.

Tableau 4.29.

État de correspondance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les trois recommandations sur l'évaluation de l'efficacité spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne

Classes de l'évaluation de l'efficacité [N = 38]	Nombre (N = 38)	Pourcentage de réalisation
Utilisation d'instruments de mesure	38	100%
Instruments identiques que pour l'évaluation initiale	38	100%
Résultats au dossier	38	100%

La moyenne du niveau de concordance pour les classes spécifiques de l'évaluation de l'efficacité est de 100 % (Tableau 4.30).

Tableau 4.30.

Niveau de concordance pour les trois classes spécifiques de l'évaluation de l'efficacité

Variables	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Médiane
Classes	38	3.0	3.0	3.0	0	3.0
Pourcentage	38	100.0	100.0	100.0	0	100.0

Le Tableau 4.31 présente les résultats concernant le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec l'ensemble des recommandations spécifiques à une pratique infirmière de deuxième ligne en situation de SCPD. Le niveau global correspond à 56 recommandations. La moyenne pour le niveau global de concordance est de 51.1 classes (91.3 %) par situation auxquelles les

infirmières de l'équipe de mentorat ont répondu. L'étendue des points se situe entre 42 (75.0 %) et 55 (98.2 %) points.

Tableau 4.31.

Niveau de concordance pour les 56 recommandations spécifiques à la pratique infirmière de deuxième ligne

Variables	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Médiane
Classes	38	42.0	55.0	51.1	3.0	51.5
Pourcentage	38	75.0%	98.2%	91.3%	5.3%	92.0%

4.8. Analyses de relations

Enfin, des analyses ont été réalisées afin d'établir la présence de liens entre le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat pour les recommandations spécifiques à la pratique infirmière et le niveau d'efficacité des interventions (Tableau 4.32). Les coefficients de corrélation entre le niveau de concordance aux lignes directrices et les niveaux d'efficacité des interventions ne sont pas significativement différents de zéro, au seuil de 5 %. Ainsi, il n'est pas possible d'établir un lien statistique significatif entre le niveau de concordance aux lignes directrices et le niveau d'efficacité des interventions.

Tableau 4.32.

Corrélation entre le niveau de concordance et le niveau d'efficacité des interventions

Corrélation entre le niveau de concordance et le niveau d'efficacité des interventions	Moyenne	Pearson	Valeur du p
IACM	-18.5	0.2	0.2
INPC - Total	-21.7	0.2	0.4
INPC - Fréquence	-6.3	0.1	0.5
INPC - Gravité	-5.3	0.2	0.3

Enfin, compte tenu du manque de variabilité des résultats obtenus pour le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat, il n'a pas été possible d'obtenir des résultats

statistiquement significatifs entre le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat et le niveau d'efficacité des interventions.

Chapitre 5. Discussion

Ce dernier chapitre a pour objectif de discuter des résultats obtenus dans cette étude descriptive. Ainsi, les résultats obtenus seront comparés avec les résultats d'études ayant traité d'un sujet semblable. Ils seront également comparés aux recommandations des lignes directrices sur la gestion optimale des SCPD. La discussion portera principalement sur les raisons des divergences et similitudes entre les résultats des diverses études. Les forces et les limites de cette étude seront également présentées. Ensuite, l'utilité de cette étude sera démontrée en relation avec la discipline infirmière soit les dimensions de la pratique, la formation et la recherche.

5.1. Concordance et efficacité des interventions établies par les infirmières de l'équipe de mentorat

Le premier résultat important à relever est relatif au niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Le niveau moyen global de concordance se situe à plus de 91 %, ce qui est très élevé. Ce résultat est d'autant plus important qu'il est relatif à la pratique d'infirmières de terrain et non d'infirmières placées dans des conditions particulières de recherche. Il n'est pas possible de comparer ce résultat puisque, à la connaissance de l'étudiante, aucune étude comparable n'a jamais été réalisée. Cependant, il est tout de même possible d'établir une analogie avec les résultats de l'étude sur le STI (Kovach, Logan, et al., 2006). Le STI est une démarche structurée d'évaluation et d'intervention en situation de SCPD. Les résultats de l'étude montrent quatre modes de réponse dont la réponse complète, qui correspond à la démarche STI. La réponse complète n'intègre qu'une partie des recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Les résultats de l'étude sur le STI montrent que les infirmières procèdent à une évaluation complète pour presque 26 % des situations. Ce résultat est nettement moins élevé que le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat. Cela peut s'expliquer par le fait que, lors de la mise en place de l'équipe, les infirmières de l'équipe de mentorat ont été formées pour appliquer une démarche systématique en ce qui concerne l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité des interventions. La démarche clinique était axée sur les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Ainsi, les infirmières de l'équipe de mentorat procèdent d'une même façon pour toutes les situations. Les infirmières de l'étude sur le STI ont également reçu une formation sur une démarche clinique. Toutefois, force est de constater que l'application de la démarche variait selon l'infirmière. Il est également possible que les infirmières du programme STI se soient trouvées dans un contexte clinique différent, qui ne facilitait pas la mise en place des recommandations dans toutes les situations.

Le deuxième résultat important à relever est relatif au taux d'aînés pour lesquels les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat ont été efficaces. Les résultats de cette étude montrent une efficacité statistiquement significative pour 94.7 % des situations. De plus, en ce qui concerne les comportements d'agitation, les résultats montrent que six situations (15.8 %) obtiennent une efficacité d'au moins 50 % et 20 situations (52.6 %) une réduction d'au moins 30 % au résultat de l'IACM. Pour le résultat total de l'INPC, 30 situations (78.9 %) obtiennent une réduction de symptômes neuropsychiatriques de 50 % et plus. Cette différence sur les résultats des instruments de mesure en ce qui concerne le taux d'aînés pour lesquels les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat ont été efficaces peut s'expliquer par le fait que certaines situations n'étaient pas relatives à des situations d'agitation. En effet, 28 situations (73.7 %) ont reçu un constat d'agitation. Or, l'IACM ne mesure que la fréquence des comportements d'agitation. De plus, l'IACM ne mesure que la fréquence des symptômes, alors que l'INPC mesure la fréquence et la gravité des symptômes. Ainsi, une réduction de la gravité peut être mesurée sans que la fréquence ne change, ce qui pourrait expliquer une plus grande sensibilité des résultats de l'INPC.

À titre de comparaison, les résultats d'une étude sur une intervention en situation d'agitation verbale (Bedard et al., 2011) montrent une réduction des comportements pour 54 % des situations. Les résultats de l'étude de Ballard et ses collaborateurs (2009) sur les effets de la thérapie psychosociale brève relèvent une diminution statistiquement significative des résultats pour l'IACM dans 43 % des situations. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que, dans le cas de ces deux études, les interventions étaient prédéterminées. Ainsi, le choix se faisait entre les trois interventions proposées et non pas en fonction d'un besoin compromis dûment identifié. De plus, les interventions n'étaient pas forcément personnalisées. De plus, si un soignant considérait qu'une intervention était plus susceptible de répondre à un besoin, il n'avait pas la possibilité de l'appliquer. Il est clair que cette approche est différente de celle appliquée par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Toujours à titre de discussion, il est possible de comparer les résultats sur le taux d'aînés pour lesquels les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat ont été efficaces avec les résultats issus d'études pharmacologiques. Par exemple, les résultats d'une étude (Katz et al., 1999; Sink et al., 2005) sur des doses fixes de risperidone signalent une diminution d'au moins 50 % des SCPD pour 45 à 50 % des aînés, selon la dose. Il est cependant important de relever que, pour cette même étude, une efficacité d'au moins 50 % est également relevée dans le cas de 33 % des aînés recevant un placebo. Une autre étude a comparé l'efficacité du donepezil et du placebo à réduire les symptômes neuropsychiatriques (Sink et al., 2005; Tariot et al., 2001). Les résultats montrent une efficacité pour 45 % des aînés traités avec

donepezil contre 28 % des aînés recevant un placebo. Ainsi, en ce qui concerne l'efficacité, une différence d'environ 20 % existe entre le donepezil et le placebo.

Le troisième résultat important à relever est relatif à l'efficacité des interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat sur la fréquence des comportements d'agitation. En effet, les résultats obtenus avec l'IACM montrent une réduction moyenne de 32.8 %, ce qui correspond à une diminution moyenne de 18.4 points ($p < 0.0001$) sur le résultat global. À titre de comparaison, les résultats de l'étude de Ballard, Brown et leurs collaborateurs (2009) sur les effets de la thérapie psychosociale brève révèlent une diminution statistiquement significative se situant, selon le niveau d'adhésion aux recommandations sur les interventions, entre 5.6 points (moyenne [SD] : 63.3 [16.0] à 57.7 [18.4], $t = 4.8$, $df = 317$, $p < 0.0001$) et 6.6 points (moyenne [SD] : 62.2 [14.3] à 55.6 [15.8], $t = 6.5$, $df = 197$, $p < 0.0001$) pour le résultat total de l'IACM. Parmi les interventions de la thérapie psychosociale brève, l'interaction sociale provoquait une diminution de 7.1 points ($df = 165$, $t = 6.4$, $p < 0.0001$) au résultat total de l'IACM. Les deux autres interventions amenaient une réduction non statistiquement significative de 5.2 points ($df = 8$, $t = 1.6$, $p < 0.14$) pour l'élimination des facteurs précipitants issus de l'environnement et de 2.5 points ($df = 34$, $t = 1.0$, $p < 0.32$) pour la musique personnalisée. Une explication méthodologique peut être proposée afin de mieux comprendre les différences de résultats entre l'étude de Ballard, Brown et leurs collaborateurs (2009) et la présente étude. En effet, trois interventions constituent la thérapie psychosociale brève. Ainsi, les interventions de musique et d'élimination des facteurs précipitants issus de l'environnement n'étaient retenues que si l'évaluation montrait qu'elles seraient importantes dans la situation. Dans le cas contraire, l'interaction sociale était retenue comme intervention. Pour chaque situation, il n'y avait donc qu'une seule intervention appliquée par le soignant. De plus, cette intervention était appliquée pendant un temps déterminé de la journée. Ainsi, l'étude de Ballard, Brown et leurs collaborateurs (2009) décrit les résultats pour une intervention unique et ponctuelle appliquée par un soignant. La présente étude décrit les résultats suite à l'application d'un plan d'interventions multidimensionnel, par tous les soignants et par les proches, dont certaines interventions sont planifiées de façon continue et d'autres interventions à des fréquences et des durées déterminées, selon le profil de l'aîné et les caractéristiques environnementales.

Il est également possible de comparer les résultats de cette étude avec l'étude australienne randomisée de Chenoweth et ses collaborateurs (2009) sur l'effet du modèle des soins centrés sur la personne (*Person-centred Care*) ou du modèle de planification des soins de la démence (*Dementia Care Mapping*) sur les comportements d'agitation. Lors de la mesure après les interventions, une réduction non significative ($p > 0.01$) pour le résultat total à l'IACM se situant entre un point et presque six points avait été mesurée pour les deux groupes d'intervention. Les résultats totaux à l'IACM recueillis lors du suivi après

quatre mois et comparativement aux soins usuels montrent une diminution statistiquement significative ($p < 0.05$) de 20.3 points pour le groupe du modèle des soins centrés sur la personne et de 2.4 points pour le groupe du modèle de planification des soins de la démence.

Enfin, le quatrième résultat important à relever est relatif à l'efficacité des interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat sur les symptômes neuropsychiatriques. En effet, les résultats obtenus avec l'INPC montrent une réduction moyenne de la fréquence et de la gravité de 64 %, ce qui correspond à une diminution moyenne de 21.7 points ($p < 0.0001$) sur le résultat global. À titre de comparaison, il est possible de relever les résultats de l'étude australienne randomisée de Chenoweth et ses collaborateurs (2009). En ce qui concerne le résultat total de l'INPC, une augmentation du résultat total a été observée pour le groupe des soins usuels et le groupe du modèle de planification des soins de la démence. En ce qui concerne le groupe du modèle des soins centrés sur la personne, une diminution du résultat total à l'INPC de 6.8 points après les interventions ($p = 0.05$) et de 8.7 points lors du suivi après quatre mois ($p = 0.04$) est observée.

Il est également possible de comparer les résultats sur la réduction moyenne des symptômes neuropsychiatriques suite aux interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat avec les résultats issus d'études pharmacologiques. Par exemple, les résultats d'études sur l'efficacité du donepezil à réduire les symptômes neuropsychiatriques (Courtney et al., 2004; Feldman et al., 2001; Sink et al., 2005; Tariot et al., 2001) montrent que la différence entre le groupe traitement et le groupe placebo pour le résultat total de l'INPC est soit inexistante, soit légèrement en faveur du donepezil pour une différence de 5.6 points. Les résultats d'une étude sur l'efficacité de l'olanzapine à réduire les symptômes neuropsychiatriques montrent une efficacité légèrement supérieure pour le résultat global à l'INPC de 8.8 points pour l'olanzapine comparativement au placebo (Sink et al., 2005; Street et al., 2000). D'une façon générale, les études sur l'efficacité des antipsychotiques en situation de SCPD montrent une réduction de 15 à 20 % de la fréquence des symptômes (Ballard, Creese, Corbett, & Aarsland, 2011; Corbett, Smith, Creese, & Ballard, 2012; Schneider et al., 2006). Une explication théorique sur la différence de l'efficacité entre les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat et les interventions pharmacologiques peut être proposée. En effet, les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat ciblent les besoins compromis ou les facteurs précipitants issus de l'environnement social, physique et organisationnel. En revanche, les médicaments psychotropes ne répondent pas forcément à un besoin compromis et peuvent avoir pour but premier de contrôler la fréquence ou la gravité de certains comportements comme l'agressivité ou de certains symptômes psychotiques tels que les idées délirantes. Le fait de cibler les besoins compromis et les facteurs précipitants issus de l'environnement peut se révéler une stratégie plus efficace pour diminuer

la fréquence et la gravité des SCPD. Par exemple, si un aîné se lève la nuit et présente des comportements d'agitation parce qu'il a faim, il est approprié d'identifier le besoin compromis et de le combler. Le plus souvent, cette démarche permet de répondre aux causes sous-jacentes des SCPD.

En ce qui concerne l'INPC, il faut encore mentionner que les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat réduisent de 5.3 points en moyenne ($p < 0.0001$) la gravité des symptômes neuropsychiatriques, soit une diminution moyenne de 43 %. Ce résultat est important à relever. En effet, une étude réalisée aux Pays-Bas (Zwijssen et al., 2013) a démontré une forte corrélation entre la gravité des symptômes neuropsychiatriques et la détresse des soignants. Les résultats de l'étude de Zwijssen et ses collaborateurs (2013) montrent que la fréquence des symptômes neuropsychiatriques est moins fortement corrélée à la détresse des soignants. Ainsi, il est possible que l'efficacité des interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat diminue le niveau de détresse des soignants. Cela pourrait expliquer, entre autres, le degré très élevé de satisfaction des soignants par rapport aux interventions des infirmières de l'équipe de mentorat.

Il est essentiel de chercher à réduire la fréquence et la gravité des SCPD car ceux-ci ont des répercussions importantes sur la qualité de vie des aînés atteints de MAa, de leurs proches, des autres résidents et des soignants. Or, les résultats de cette étude montrent que, comparativement à d'autres résultats sur l'efficacité des INP ou de certains médicaments psychotropes, le taux d'aînés pour lesquels les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat ont été efficaces est élevé. De plus, les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat provoquent une réduction importante de la fréquence des comportements d'agitation et de la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques. Il faut rappeler que les résultats des études sur les INP retenues par les revues systématiques (Ayalon et al., 2006; Kong et al., 2009; Livingston et al., 2005; O'Connor et al., 2009; Olazarán et al., 2010; Opie et al., 1999; Seitz et al., 2012) présentent une efficacité moyenne des interventions se situant entre 30 et 50 % de réduction des symptômes.

Les résultats de la présente étude peuvent s'expliquer par le fait que le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD est très élevé. Or, les recommandations sont fondées sur les données probantes et réunissent donc les pratiques confirmées comme étant les plus efficaces pour la gestion optimale des SCPD. L'efficacité des interventions peut aussi être relative au fait que les infirmières de l'équipe de mentorat planifient les interventions en fonction des causes sous-jacentes dûment identifiées au cours de l'évaluation clinique. De

plus, les interventions sont personnalisées d'après les caractéristiques de l'aîné et de son environnement de vie.

En plus de ces résultats, il est important de relever qu'il existe des différences importantes entre la présente étude et les études sur les INP. En effet, les études sur les INP sont fréquemment réalisées pour mesurer l'efficacité d'une seule intervention spécifique (Ballard, Brown, et al., 2009; Bedard et al., 2011; Chenoweth et al., 2009) ou d'un programme de formation (Kovach, Kelber, et al., 2006; Landreville, Dicaire, et al., 2005). De plus, les INP testées sont souvent appliquées par des chercheurs, des assistants de recherche ou des soignants sélectionnés car particulièrement compétents et intéressés ou encore dans des contextes de soins présentant des conditions particulières, telles qu'un ajout de personnel, la supervision de spécialistes ou de chercheurs ou encore un environnement physique spécifique (Ballard, Brown, et al., 2009; Chenoweth et al., 2009; Kong et al., 2009; Seitz, Brisbin, et al., 2012). Enfin, certaines études sur les SCPD ciblent un facteur précipitant particulier comme la douleur (Husebo et al., 2011; Miller et al., 2005) ou une catégorie de SCPD comme la résistance aux soins d'hygiène (Dunn et al., 2002; Sloane et al., 2004). *A contrario*, cette étude n'a bénéficié d'aucune mesure particulière quant aux conditions de pratique ou aux situations cliniques des aînés.

5.2. Utilisation d'instruments de mesure par les infirmières de l'équipe de mentorat

Les infirmières de l'équipe de mentorat utilisent de façon systématique des instruments de mesure recommandés par les lignes directrices sur les SCPD. Les résultats obtenus avec les instruments de mesure font partie intégrante de la démarche clinique des infirmières de l'équipe de mentorat afin de déterminer les symptômes les plus importants en termes de fréquence et de gravité et de mesurer l'efficacité des interventions.

À titre de comparaison, seules trois infirmières (7 %) participant à l'étude descriptive de Gagné (2010; Gagné & Voyer, 2013) ont indiqué utiliser l'IACM ou l'INPC pour le dépistage des SCPD ou pour la mesure de l'efficacité des interventions. Il y a quelques années déjà, une étude (Kennedy & Mion, 1996) s'était intéressée aux connaissances des infirmières sur l'usage et la surveillance des neuroleptiques. Les résultats montraient que moins de la moitié des infirmières utilisaient un instrument de mesure pour le suivi de l'efficacité des traitements. De plus, 21 % des infirmières de cette étude affirmaient utiliser rarement ou jamais un instrument de mesure pour les SCPD. L'étude sur l'implantation d'infirmières de pratique avancée pour la gestion des

SCPD (Barton et al., 2014) précise que l'INPC est utilisé lors de l'étape de l'évaluation clinique initiale. Toutefois, il semble que le soignant familial complétait seul les données de l'INPC à domicile et amenait les résultats pour l'entrevue avec les infirmières. Aucune mention n'indique que l'INPC est utilisé par la suite. Le fait que les proches complétaient seuls l'INPC peut affecter la validité de l'étude. En effet, il se peut que la compréhension des composantes de l'instrument soit différente d'une personne à l'autre. Cela peut avoir des conséquences sur la cotation de la gravité et de la fréquence des symptômes neuropsychiatriques.

De plus, les résultats de cette étude permettent d'observer que les infirmières de l'équipe de mentorat analysent le résultat des instruments de mesure en fonction de l'ensemble des données recueillies dans le but d'amener des distinctions entre les catégories de SCPD. Ainsi, pour formuler leur constat d'évaluation clinique, les infirmières de l'équipe de mentorat ne se fient pas uniquement aux résultats des instruments de mesure. En effet, le fait de tenir compte uniquement des résultats pourrait mener à des constats inappropriés. Par exemple, les infirmières de l'équipe de mentorat ont posé un constat de résistance aux soins pour dix situations. Or, aucun instrument de mesure utilisé par les infirmières de l'équipe de mentorat ne permet de différencier cette catégorie de SCPD de l'agitation. Ainsi, les infirmières de l'équipe de mentorat ont assemblé un ensemble de données afin d'identifier adéquatement le symptôme. Il en est de même en ce qui concerne l'errance, qui a été identifié comme symptôme principal pour trois situations, et en ce qui concerne la réaction crépusculaire, posée comme constat pour une situation. Cela démontre que la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat est axée sur le jugement clinique.

Il n'est pas possible d'établir des comparaisons avec les études de référence. En effet, l'étude sur le STI (Kovach, Kelber, et al., 2006) ne décrit pas précisément la démarche clinique des infirmières ni le constat d'évaluation qu'elles posent au terme de la démarche d'évaluation. En fait, les résultats de l'étude sur le STI ne présentent pas les SCPD observés et aucun instrument de mesure n'était utilisé par les infirmières pour mesurer la fréquence et la gravité des SCPD. En ce qui concerne l'étude sur les infirmières de pratique avancée (Barton et al., 2014), il n'est pas fait mention du constat clinique des infirmières au terme de leur évaluation. Seules les raisons de consultation sont nommées, à savoir la résistance aux soins personnels, l'agitation et la combativité de l'aîné atteint de MAa ainsi que la détresse du soignant familial.

Dans l'étude de Landreville, Dicaire et leurs collaborateurs (2005) tous les soignants participant à cette étude utilisaient l'IACM, qu'ils soient préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires ou infirmières. Aucune donnée ne permet de déterminer si les infirmières de l'étude menaient une évaluation plus

approfondie que les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires et il n'y a aucune précision quant aux constats d'évaluation des infirmières.

Au Québec, les infirmières doivent « utiliser toutes les sources de données cliniques disponibles et pertinentes telles que l'examen clinique qui comprend l'histoire de santé, l'examen physique et l'état mental. » (OIIQ, 2013, p. 39). Ainsi, les infirmières de l'équipe de mentorat ne se contentent pas de repérer le résultat le plus élevé en termes de fréquence et de gravité des SCPD. Elles réalisent une démarche de raisonnement clinique (Chapados, Audétat, & Laurin, 2013) qui les mène à poser un constat clinique sur la situation. Cela rejoint donc les recommandations des lignes directrices sur les SCPD qui évoquent l'importance « (...) de la synthèse, de l'analyse et de l'interprétation des données » (CCSMPA, 2006, p. 25).

5.3. Corrélation du niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec le niveau d'efficacité des interventions

Le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices spécifiques à une pratique infirmière de deuxième ligne en situation de SCPD s'établit à plus de 91 %. À la connaissance de l'étudiante, aucune étude n'a tenté de déterminer le niveau de concordance de la pratique des infirmières avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Subséquemment, aucune étude n'a pu établir de corrélation entre le niveau de concordance de la pratique des infirmières avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD et le niveau d'efficacité des interventions.

Pour cette étude, il n'a pas été possible d'établir de corrélation entre le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat aux recommandations des lignes directrices sur les SCPD et le niveau d'efficacité des interventions. Plusieurs tentatives d'analyses statistiques ont été réalisées sans pouvoir obtenir de résultats significatifs.

Une hypothèse explicative concernant l'impossibilité d'établir de corrélation entre le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat aux recommandations des lignes directrices sur les SCPD et le niveau d'efficacité des interventions de cette étude peut être énoncée. En effet, les moyennes des résultats en ce qui concerne les niveaux de concordance de la pratique des infirmières avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD varient de 75 et 98.2 %. Or, le fait d'une

variabilité très faible pour le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat peut réduire la possibilité de voir l'effet d'un haut niveau de concordance sur l'efficacité des INP. Il est possible de rappeler, à titre d'exemple, que les résultats de l'étude sur le STI montrent que les infirmières procèdent à une évaluation complète dans presque 26 % des situations. Donc, comparativement à ce taux, le niveau de concordance des infirmières de l'équipe de mentorat reste élevé pour toutes les situations étudiées. Si l'écart des résultats quant au niveau d'adhésion aux bonnes pratiques pour les infirmières de l'équipe de mentorat avait été plus marqué, il aurait peut-être été possible d'observer une relation entre le niveau de concordance et l'efficacité des interventions planifiées. Toujours à titre d'exemple, il serait probablement difficile de déterminer une différence d'efficacité sur la condition de santé entre une pratique sportive réalisée six fois par semaine comparativement à une même pratique réalisée cinq fois par semaine. Toutefois, le fait de comparer d'après différents paramètres biologiques une personne sédentaire et une personne active se trouve facilité.

5.4. Caractéristiques des plans d'interventions établis par les infirmières de l'équipe de mentorat

Les infirmières de l'équipe de mentorat rédigent systématiquement un plan d'interventions personnalisé. À la connaissance de l'étudiante, il n'existe aucune autre étude décrivant les plans d'interventions formulés par des infirmières dans des situations de SCPD. Les interventions réalisées par les infirmières de l'étude sur le STI (Kovach, Kelber, et al., 2006) ne sont pas décrites. Il semble par ailleurs qu'il s'agisse plutôt d'interventions ponctuelles, visant à répondre à un épisode de SCPD plutôt qu'un plan d'interventions dûment formulé afin d'intervenir de façon planifiée et concertée sur une situation de SCPD en répondant aux besoins compromis identifiés par l'évaluation clinique. Les infirmières de pratique avancée de l'étude de Barton et ses collaborateurs (2014) suggéraient certaines interventions telles que la promotion d'interactions positives et l'évitement d'argumentation ou de confrontation. De plus, elles donnaient des explications sur la maladie, les comportements et les bases de la communication. Elles donnaient également des conseils au proche soignant sur la gestion du stress, le maintien de la santé et les services disponibles. Enfin, des informations écrites et audiovisuelles sur les MAa étaient fournies. Cependant, il semble qu'aucun plan d'interventions personnalisé formel n'ait été établi par ces infirmières.

Les soignants de l'étude de Landreville, Dicaire et leurs collaborateurs (2005) utilisaient neuf techniques prédéterminées adaptées à des situations d'agitation. Là aussi, il semble que les soignants agissaient sur un épisode symptomatique et non au niveau d'un plan d'interventions planifiées. Les infirmières participant à l'étude de Gagné (2010) étaient questionnées sur deux situations différentes. En ce qui concerne la situation d'agitation verbale, 80% des infirmières ont cité au moins une catégorie d'INP appropriée.

Cependant, en ce qui concerne le comportement d'agressivité, seules 40.9% des infirmières ont cité une INP appropriée. Là aussi, la réponse était ponctuelle, dans le but de répondre à un épisode précis et circonscrit dans le temps. Ainsi, les interventions décrites dans ces deux études ne semblent pas être personnalisées en fonction des caractéristiques de l'aîné et de son milieu de vie ni être relatives aux causes sous-jacentes identifiées lors d'une évaluation clinique ou aux facteurs précipitants issus de l'environnement social, physique et organisationnel.

En situation de SCPD, l'infirmière ne peut se contenter de recommander des approches de base ou de faire appliquer des techniques. En effet, elle doit identifier l'ensemble des causes sous-jacentes spécifiques à la situation et planifier des interventions complémentaires adaptées à ces causes. Par exemple, les techniques de lavage à la serviette sont identiques d'une personne à l'autre, mais il est important d'ajouter d'autres INP et des interventions pharmacologiques s'il y a présence de douleur. De plus, il est important de personnaliser les INP en fonction des habitudes de vie et du niveau d'autonomie de chacun. Le fait de rédiger des plans d'interventions permet à l'ensemble des soignants de connaître les directives de l'infirmière et de s'y conformer. Cela soutient donc la continuité des soins. Ainsi, plutôt que de réagir à des épisodes de SCPD, l'équipe soignante et interprofessionnelle ainsi que la famille peuvent appliquer de façon concertée et concomitante des interventions qui agissent sur les causes sous-jacentes. En agissant sur les causes sous-jacentes, il y a une meilleure probabilité de réduire la fréquence, la gravité et les répercussions des SCPD.

Ainsi, les infirmières de l'équipe de mentorat rédigent des plans d'interventions axés sur les causes sous-jacentes identifiées. Les plans d'interventions ciblent les niveaux individuel, interactionnel et environnemental. Les interventions sont parfois planifiées en fonction de la catégorie de SCPD. Cependant, les interventions sont systématiquement personnalisées en fonction des causes sous-jacentes identifiées, de l'histoire de vie, des habitudes et du niveau d'autonomie fonctionnelle de l'aîné. De plus, lors de la planification des interventions, les infirmières de l'équipe de mentorat tiennent compte des caractéristiques de l'environnement physique et organisationnel. Les interventions proposées sont donc adaptées systématiquement à ces caractéristiques. Par exemple, afin de favoriser l'application des interventions, le ratio et la disponibilité des soignants sont prise en compte par les infirmières de l'équipe de mentorat. Ces données auront une influence sur la fréquence des interventions planifiées ou sur la sélection des interventions les plus susceptibles d'être efficaces dans la situation présente. Les éléments de personnalisation et la participation des proches sont dûment inscrits au plan d'interventions. Les infirmières de l'équipe de mentorat relèvent également des éléments concernant la formation des soignants. Ces éléments sont variés sous forme de procédure, d'algorithme, de renseignements sur la médication ou de références théoriques. La pratique des infirmières de l'équipe de mentorat en ce qui concerne les plans d'interventions respecte donc les

recommandations des lignes directrices (CCSMPA, 2006). L'efficacité des interventions à réduire la fréquence et la gravité des SCPD est probablement due aux caractéristiques intrinsèques des plans d'interventions établis par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Enfin, il est important de rappeler que la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat est relative à une pratique de deuxième ligne. Cela signifie que les SCPD présentés par les aînés sont persistants dans le temps, d'une fréquence et d'une gravité modérée à grave et que l'équipe soignante n'a pas pu leur trouver de réponse satisfaisante. Ainsi, l'efficacité des interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat est d'autant plus notable puisqu'il s'agit de situations particulièrement complexes.

5.5. Les forces de l'étude

Cette étude sur la description du processus de prise en charge des SCPD par des infirmières est la première étude du genre. En effet, à la connaissance de l'étudiante, aucune étude n'a relevé de façon systématique les éléments constituant la pratique d'infirmières en termes d'évaluation clinique, de planification des interventions et d'évaluation de l'efficacité. De plus, à la connaissance de l'étudiante, le fait de mesurer le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD est également une première réalisation.

Sur le plan de la démarche de recherche, l'instrument de collecte des données utilisé pour cette étude a été créé à partir des recommandations des lignes directrices. De plus, il a subi un pré-test avant d'être utilisé. L'échantillon des situations provient de dossiers qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion fixés pour cette étude. Cependant, tous les dossiers ont été étudiés.

Il faut mentionner que les résultats obtenus ne peuvent être attribués aux conditions expérimentales de l'étude. En effet, la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat a été étudiée sur des situations régulières de soins, sans critères inclusifs particuliers pour de qui est de la catégorie de SCPD. De plus, l'application du plan d'interventions était réalisée par les membres réguliers des équipes soignantes, sans aucune disposition particulière sous forme d'ajout de personnel ou de formation préalable. Finalement, les résultats ne peuvent être attribués à un phénomène de désirabilité sociale. En effet, il s'agit d'une étude rétrospective, ce qui fait que les personnes impliquées ne savaient pas qu'elles allaient participer indirectement à une recherche.

Enfin, le recueil des données a permis de relever des résultats concrets issus d'instruments de mesure validés. Comparativement à d'autres études, les infirmières de l'équipe de mentorat ne déterminaient pas elles-mêmes les résultats cliniques. En effet, les soignants impliqués dans la situation et l'application du plan d'interventions étaient questionnés pour compléter les instruments de mesure sur la fréquence et la gravité des symptômes, tant pour l'évaluation initiale que pour l'évaluation de l'efficacité des interventions.

5.6. Les limites de l'étude

Il existe certaines limites à cette étude. Pour commencer, le nombre des situations (N = 38) est modeste, ce qui empêche de généraliser les résultats. Cela a également nuit à la réalisation de certaines analyses statistiques. De plus, un biais de sélection peut être présent puisque les situations sont issues d'un petit échantillon situé dans la région de Québec et qu'il représente uniquement des aînés évalués par les infirmières de l'équipe de mentorat. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer que des résultats semblables seraient obtenus ailleurs.

Ensuite, les données ont été recueillies dans les dossiers des infirmières de l'équipe de mentorat. Les données correspondent donc à ce que les infirmières de l'équipe de mentorat inscrivent au dossier des aînés évalués. Or, certaines données peuvent être manquantes. Ainsi, les résultats sur la pratique sont issus de la documentation des infirmières de l'équipe de mentorat et non d'une observation systématique en cours de situation.

De plus, en raison du caractère rétrospectif de cette étude, il n'a pas été possible d'exercer un contrôle des variables étrangères. Également, il n'y avait qu'un seul groupe pour l'échantillon, ce qui explique qu'il n'y ait ni répartition aléatoire ni groupe de contrôle. De plus, en ce qui concerne les interventions, il n'a pas été possible de déterminer quelles interventions avaient le plus d'effet.

Sur le plan des instruments de mesure, la validité interjuges pour les infirmières de l'équipe de mentorat n'a pas été établie. Cependant, il faut relever le fait que ces infirmières ont été dûment formées par le même professeur et qu'elles se réfèrent à des consignes de passation précises. De plus, il faut encore relever le fait que l'infirmière de l'équipe de mentorat qui complétait les instruments de mesure à l'étape de l'évaluation de l'efficacité n'était pas aveugle en ce qui concerne l'application d'interventions. Cependant, ce sont les soignants concernés par l'application du plan d'interventions qui estimaient la fréquence et la gravité des SCPD, tant à l'étape de l'évaluation initiale qu'à celle de l'évaluation de l'efficacité. Avant de répondre aux

différents éléments des instruments de mesure, les soignants recevaient de l'information sur les instruments de mesure utilisés et la procédure de cotation par les infirmières. Cependant, même s'il s'agit d'un devis rétrospectif, il peut tout de même avoir un biais de désirabilité sociale. En effet, l'infirmière qui procède à l'évaluation de l'efficacité est la même que celle qui a mené l'évaluation clinique et la planification des interventions. Bien que le soignant interrogé ne soit peut-être pas le même que celui qui était présent aux étapes précédentes, il y a un risque qu'il réponde de façon plus positive par rapport aux résultats des instruments de mesure afin de ne pas décevoir l'infirmière de l'équipe de mentorat.

Les résultats décrivent la pratique d'infirmières de deuxième ligne en situation de SCPD. Aucun lien ne peut être établi avec la pratique d'infirmières de première ligne. Aucun lien ne peut non plus être fait avec une pratique infirmière relative à d'autres situations que les SCPD. Il n'existe aucune donnée disponible pour décrire les modes de collaboration entre les infirmières de première ligne et les infirmières de deuxième ligne. Les résultats de cette étude ne permettent donc pas de décrire la pratique des infirmières de première ligne en situation de SCPD.

Les résultats obtenus ne permettent pas non plus de présenter le niveau d'application du plan d'interventions par les équipes soignantes. De plus, il n'a pas été possible de décrire les modifications faites dans le profil pharmacologique des aînés. Ainsi, il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure les résultats obtenus sont relatifs à l'application des interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat, aux effets des médicaments, au simple passage du temps ou à l'effet cumulé de ces trois éléments.

Il faut signaler encore qu'aucune donnée temporelle sur les plans d'interventions n'est disponible. Ainsi, il n'est pas possible de décrire le temps dévolu à l'application des interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat. Il n'est donc pas possible de savoir si les plans d'interventions des infirmières de l'équipe de mentorat demandent un investissement en temps différent de la part des soignants que les soins usuels. Cependant, le niveau de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions peut suggérer que les interventions proposées aux soignants pouvaient être appliquées. En effet, plus de 88 % des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions estiment que le plan d'interventions présenté par les infirmières de l'équipe de mentorat est applicable dans le milieu.

Enfin, la durée d'application totale des plans d'interventions n'est pas connue. De plus, les effets des plans d'interventions à moyen et long termes ne sont pas connus non plus. Ainsi, il n'est pas possible de savoir pendant combien de temps les soignants des différents milieux appliquent le plan d'interventions avant

de le modifier. Il serait également intéressant de décrire ce qui soutient l'application des interventions à travers le temps ou lui nuit. En effet, le taux de roulement du personnel peut être important et il peut influencer la continuité des soins.

5.7. Implications pour la discipline infirmière

Cette étude prend en considération les quatre concepts centraux de la discipline infirmière qui sont la personne, la santé, l'environnement et le soin (Fawcett, 2005; Pepin et al., 2010). Il est intéressant de décrire les implications de cette étude en regard de ces quatre concepts. La description qui suit permet de démontrer que les résultats de cette recherche sont pertinents dans le domaine de la discipline infirmière. En effet, tous les concepts du métaparadigme sont concernés par cette étude.

Le premier concept est celui de la personne. L'aîné atteint de MAa représente le cœur de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat. En effet, l'évaluation clinique est centrée sur les dimensions biopsychosociales et spirituelles de l'aîné, ainsi que sur ses besoins distinctifs. L'évaluation clinique se déroule auprès de l'aîné et non uniquement à partir du dossier. Elle a pour but d'identifier les causes sous-jacentes inhérentes à la condition de santé et de vie de l'aîné. Par la suite, l'infirmière de l'équipe de mentorat peut identifier avec précision les cibles des interventions et personnaliser le plan d'interventions de façon très précise. Cette manière de faire permet d'obtenir une efficacité indéniable en termes de réduction de la fréquence et de la gravité des SCPD.

Le deuxième concept est celui de la santé. Or, il apparaît que les SCPD provoquent des conséquences fâcheuses pour la condition de santé et la qualité de vie de l'aîné atteint de MAa mais aussi pour celles des autres personnes en présence soit les proches, les autres patients et les soignants. En diminuant la fréquence et la gravité des SCPD, les infirmières de l'équipe de mentorat améliorent la condition de santé et la qualité de vie de l'ensemble des personnes. De plus, en privilégiant les INP et l'utilisation judicieuse des psychotropes ainsi qu'en éduquant sur la surveillance des effets secondaires des médicaments, les infirmières de l'équipe de mentorat agissent selon les recommandations en vigueur et honorent les valeurs essentielles que sont la bienveillance et la non-malfaisance. De plus, les infirmières de l'équipe de mentorat ne considèrent pas les SCPD comme une fatalité inhérente à la maladie ni comme un comportement perturbateur ou dysfonctionnel qu'il faut faire disparaître. Ainsi, en considérant les SCPD

comme un symptôme relatif à des causes sous-jacentes, les infirmières de l'équipe de mentorat mènent une démarche clinique globale de qualité, comme cela se fait pour d'autres conditions chroniques.

Le troisième concept est celui de l'environnement. Les infirmières de l'équipe de mentorat prennent en considération les caractéristiques sociales, physiques et organisationnelles spécifiques à chaque situation. Les interventions planifiées intègrent la participation des proches et contiennent des éléments de formation sur les SCPD et sur les interventions. Les spécificités du milieu organisationnel sont également prises en compte en ce qui concerne plus particulièrement la disponibilité des différents intervenants, les caractéristiques de l'environnement physique et la disponibilité du matériel. Le fait de prendre en considération les données relatives à l'environnement physique et organisationnel assure une plus grande probabilité que le plan d'interventions soit applicable dans le milieu.

Le quatrième concept est celui du soin. Les infirmières de l'équipe de mentorat accomplissent un ensemble d'activités réservées aux infirmières et font preuve d'une pratique respectant les lignes directrices sur la gestion optimale des SCPD. De plus, en rédigeant les plans d'interventions, les infirmières de l'équipe de mentorat soutiennent la qualité des soins prodigués aux aînés atteints de MAa et présentant des SCPD. Les infirmières de l'équipe de mentorat soutiennent également la formation continue des soignants puisque, pour chaque situation, des éléments formatifs font partie intégrante de leur démarche de soin. Les infirmières de l'équipe de mentorat agissent également dans une perspective interprofessionnelle et systémique, en interpellant l'ensemble des personnes en présence et en favorisant leur participation active.

Enfin, les résultats de cette étude montrent que le fait d'intervenir selon le modèle conceptuel infirmier d'Algase (Algase et al., 1996) provoque des résultats très intéressants en termes de réduction de la fréquence et de la gravité des SCPD. En effet, le modèle d'Algase (Algase et al., 1996) identifie plusieurs facteurs prédisposants et précipitants les SCPD. En recherchant la présence de ces facteurs, les infirmières de l'équipe de mentorat réalisent une démarche d'évaluation complète qui les mène à identifier les facteurs en présence. Par la suite, la planification des interventions en fonction des facteurs identifiés permet d'agir avec efficacité sur la réduction des facteurs causaux. En réduisant la fréquence, la gravité ou l'impact des causes sous-jacentes, les infirmières de l'équipe de mentorat agissent donc sur la source même du problème. Ainsi, les résultats de cette étude appuient les postulats du modèle d'Algase.

5.7.1. Pratique clinique.

Le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD est de 91 %. Ainsi, la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat est relative à une pratique fondée sur des résultats probants. Cela tend donc à indiquer que la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat allie l'expertise clinique, la considération des ressources disponibles, la prise en compte des caractéristiques de la personne et les résultats probants de recherche qui sont à la base des recommandations des lignes directrices (Fortin et Gagnon, 2010). De plus, la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat peut être qualifiée d'exemplaire puisqu'elle est « (...) éclairée par des données probantes, afin d'atteindre de meilleurs résultats cliniques auprès du patient. » (Fortin et Gagnon, 2010, p. 569). Les résultats de cette étude montrent que les infirmières de l'équipe de mentorat exercent une évaluation clinique aguerrie de la condition de santé et de vie de l'aîné. De plus, elles posent un jugement clinique qui les mène à différencier des catégories de SCPD et à établir des constats distinctifs. Enfin, elles établissent également un plan d'interventions personnalisé très spécifique. Ainsi, les infirmières de l'équipe de mentorat détiennent un niveau d'expertise élevé. Sur le plan des organisations et des politiques, il faudrait promouvoir des rôles d'infirmières de pratique avancée expertes dans les soins aux aînés atteints de MAa et dans la gestion optimale des SCPD. Ainsi, ces infirmières cliniciennes expertes, potentiellement spécialisées, pourraient exercer plusieurs fonctions relatives aux soins directs dans le cadre des situations plus complexes de SCPD. Elles pourraient également assumer des fonctions liées à la consultation, l'éducation, la gestion, la recherche et le leadership et ce, quel que soit le milieu de soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008; Burgess & Page, 2003; Gagnon et al., 2011; Hamric, Spross, & Hanson, 2009; F. Khan & M. Curtice, 2011a; Roch & Ouellet, 2010; Tourigny et al., 2010).

Les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat provoquent une réduction des comportements d'agitation et des symptômes neuropsychiatriques estimée entre plus de 32% et 64% chez 92% des aînés formant l'échantillon. Les résultats de cette étude laissent donc supposer qu'une pratique infirmière fondée sur les recommandations des lignes directrices sur les SCPD peut diminuer très efficacement la fréquence et la gravité des symptômes chez les aînés atteints de MAa. Ainsi, il est important que les infirmières puissent effectuer les activités qui leur sont réservées. Or, une recherche européenne récente (Ausserhofer et al., 2014) montre qu'un tiers des infirmières doivent consacrer du temps à des tâches ne relevant pas spécifiquement de leur rôle. Il est possible qu'un constat similaire puisse être fait pour les infirmières québécoises. Donc, si les infirmières doivent effectuer des tâches qui ne relèvent pas de leur champ de pratique, cela diminue le temps disponible pour effectuer les activités qui leur sont réservées. Il est donc essentiel que les milieux de pratique soutiennent une organisation du travail et une répartition des tâches qui promeuvent l'exercice infirmier.

En plus d'exercer leur rôle, les infirmières doivent agir avec compétence. Pour ce faire, elles doivent s'inspirer des données probantes et des lignes directrices concernant leur champ de pratique. Cette étude démontre que les infirmières peuvent faire concorder leur pratique avec les recommandations des lignes directrices. En effet, le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD est de 91 %. Cependant, si une infirmière peut développer ses propres compétences, elle doit pouvoir compter sur une culture organisationnelle qui encourage la diffusion et l'utilisation des données probantes (Gerrish & Clayton, 2004; Tagney & Haines, 2009). Il semble donc essentiel que les milieux de pratique encourage la pratique infirmière informée par des résultats de recherche (Gagnon et al., 2011). Cela peut être réalisé par la formation continue, le soutien clinique et l'élaboration de guides de pratique et de protocoles internes fondés sur les lignes directrices.

5.7.2. Formation infirmière.

Malgré les limites énoncées, les résultats de cette étude suggèrent qu'en situation de SCPD, une pratique fondée sur les recommandations des lignes directrices diminue la fréquence et la gravité des symptômes. Or, tous les milieux de soins accueillent des aînés atteints de MAa et présentant des SCPD. Ainsi, la formation initiale des infirmières devrait inclure les principales recommandations des lignes directrices sur les SCPD en ce qui concerne les activités réservées aux infirmières, telles que l'évaluation, le suivi et la surveillance cliniques des SCPD. Les approches de bases ainsi que les INP et l'usage optimal des médicaments devraient également faire partie du curriculum de formation de base des infirmières. De plus, des activités de formation continue devraient être proposées aux infirmières travaillant auprès d'aînés atteints de MAa. Ces formations devraient être adaptées aux spécificités des aînés selon les différents milieux cliniques, que ce soit l'hôpital, les centres d'hébergement ou les soins à domicile.

Il est important d'enseigner d'un point de vue pratique (Aveyard, 2001; Fessey, 2007). Ainsi, les infirmières auront plus de facilité à appliquer leurs nouvelles compétences en situation concrète. Certaines techniques de soins spécifiques telles que le lavage à la serviette devraient être enseignées du point de vue pratique. De fait, des formations en situation de soins ou du mentorat clinique peuvent être des stratégies intéressantes pour améliorer la compétence des infirmières et la qualité des soins.

5.7.3. Recherche infirmière.

Les données de cette étude montrent qu'il n'existe que très peu de résultats concernant la pratique infirmière en situation de SCPD. Ainsi, il subsiste nombre de questionnements sur les connaissances des

infirmières sur les SCPD, les activités effectuées par les infirmières en situation de SCPD, le niveau de concordance de la pratique des infirmières des différents milieux avec les recommandations des lignes directrices et l'efficacité des interventions des infirmières en situation de SCPD.

La recherche infirmière pourrait également s'intéresser à la pratique des infirmières de première ligne en situation de SCPD. La recherche pourrait par exemple établir le niveau de concordance avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD. La recherche infirmière pourrait également s'intéresser aux effets d'une formation sur la gestion optimale des SCPD sur la pratique des infirmières de différents milieux cliniques.

Il serait intéressant que des futures recherches cherchent à réduire les limites présentes de cette étude. Ainsi, une recherche pourrait prévoir un groupe de contrôle et non pas uniquement un groupe d'intervention. Par exemple, il serait intéressant de comparer le niveau de concordance de la pratique d'infirmières exerçant dans différents milieux cliniques ou d'infirmières tenant un rôle conseil dans des situations de SCPD avec le niveau de concordance des infirmières de l'équipe de mentorat. Par la suite, le taux d'efficacité des interventions sur la fréquence et la gravité des SCPD pourrait être comparé. Il serait également recommandé que l'échantillon soit plus vaste afin de pouvoir généraliser les résultats. Pour ce faire, l'étude pourrait être réalisée sur plusieurs sites différents.

Il serait également important que des recherches ultérieures s'intéressent à l'adhésion des soignants en ce qui concerne l'application du plan d'interventions. En effet, cela permettrait d'établir une comparaison entre le taux d'adhésion au plan d'interventions et le taux d'efficacité des interventions. De plus, il serait possible de déterminer quelles sont les interventions les plus souvent appliquées afin de déterminer l'efficacité de chacune d'entre elles. Enfin, des mesures temporelles pourraient être réalisées, telles que le temps nécessaire à l'application du plan d'interventions comparativement à des soins usuels.

Les résultats de telles recherches pourraient éclairer les milieux cliniques et les milieux de formation sur les réalisations à mener afin d'améliorer la pratique des infirmières dans les situations de SCPD.

En résumé, les résultats de cette étude ont été comparés à d'autres résultats d'études similaires. Il ressort des résultats intéressants en ce qui concerne la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat en termes de qualité de pratique et d'efficacité à réduire les SCPD. De plus, cette étude comporte de nombreuses forces. Par exemple, le caractère novateur de cette étude et la rigueur scientifique de la démarche peuvent

être soulignés. En revanche, il existe plusieurs lacunes que des études ultérieures pourraient facilement corriger. Par exemple, il serait intéressant de relever des données sur l'application des plans d'interventions par les équipes soignantes. Enfin, la contribution de cette étude à la discipline infirmière a pu être démontrée.

Conclusion

L'objectif principal de cette étude rétrospective descriptive était de décrire le processus de prise en charge (évaluation, planification et efficacité) des SCPD par des infirmières. Pour répondre à cet objectif, plusieurs questions de recherche étaient posées. Cette étude a permis de répondre à l'ensemble des questions de recherche.

La recension des écrits a permis de constater que les SCPD survenaient fréquemment chez les aînés atteints de MAa. En effet, 97% d'entre eux présentent des SCPD au cours de l'évolution de la maladie. Les SCPD entraînent des conséquences négatives pour l'aîné ainsi que pour ses proches, les autres résidents et les soignants. De plus, les SCPD ont un coût important pour le système de santé. Le modèle des besoins compromis proposé par Algase et ses collaborateurs (1996) propose de rechercher les causes sous-jacentes aux SCPD. Par la suite, des interventions visant à réduire la fréquence, la gravité ou les répercussions des SCPD peuvent être appliquées. Des lignes directrices sur la gestion optimale des SCPD regroupent un ensemble de recommandations sur l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité des interventions. Il existe également de nombreuses études sur les interventions en situation de SCPD. Cependant, à ce jour, aucune étude n'avait été réalisée pour décrire la prise en charge des SCPD par des infirmières.

Ainsi, cette étude permet de détailler la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. De nombreux résultats offrent un regard complet sur leur démarche constituée par l'évaluation clinique, la planification des interventions et l'évaluation de l'efficacité des interventions. De plus, cette étude permet de mesurer le niveau de concordance de la pratique des infirmières de l'équipe de mentorat avec les recommandations des lignes directrices sur les SCPD.

Les résultats de l'étude montrent que la pratique des infirmières atteint un niveau très élevé en ce qui concerne la concordance avec les recommandations des lignes directrices. De plus, les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat engendrent une réduction significative de la fréquence des comportements d'agitation ainsi que de la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques.

Les limites de l'étude ont été clairement identifiées. Ces limites peuvent guider la réalisation de projets de recherche futurs sur la pratique des infirmières en situation de SCPD. La pertinence de l'étude dans le domaine de la discipline infirmière a été démontrée. Ainsi, des pistes de réflexion sur la pratique, la

formation et la recherche infirmières ont été avancées. Les résultats de cette étude pourraient contribuer à améliorer de façon significative la prise en charge des SCPD par des infirmières. Le fait d'améliorer la pratique infirmière peut avoir des conséquences positives sur la condition de santé et la qualité de vie des aînés atteints de MAa ainsi que de leurs proches. De plus, en ce qui concerne les établissements de santé, le fait de diminuer la fréquence et la gravité des SCPD peut avoir des répercussions positives importantes sur la santé et la qualité de vie des autres patients, sur la santé et la qualité de vie au travail des soignants ainsi que sur les coûts qu'engendrent les SCPD.

Pour conclure, il serait donc important que des recherches soient menées afin de décrire la pratique des infirmières en situation de SCPD et les effets de celle-ci en les comparant à d'autres services cliniques visant la même population et en examinant les aspects économiques de l'équipe de mentorat.

Références

- Aberdeen, S. M., Leggat, S. G., & Barraclough, S. (2010). Concept mapping: a process to promote staff learning and problem-solving in residential dementia care. *Dementia (14713012)*, 9(1), 129-151. doi: 10.1177/1471301209354022
- Agence de la Santé et des Services sociaux de la région de la Capitale Nationale (03). (2009). *Projet de réorganisation de l'offre de service pour la clientèle présentant des troubles comportementaux et psychologiques en CHSLD*. Québec (QC): Auteur - CSSS de la région de la Capitale-Nationale : Gestionnaires de la Table Hébergement.
- Ahn, H., & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 13, 14. doi: 10.1186/1471-2318-13-14
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A. M., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), 10-19. doi: 10.1177/153331759601100603
- American Geriatrics Society, & American Association of Geriatric Psychiatry. (2003). Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes : Management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. *Journal of American Geriatric Society*, 51, 1287-1298.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La pratique infirmière avancée. Un cadre national*. Ottawa (ON): Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., LeMay, S., Hadjistavropoulos, T., Fillion, L., . . . Fuchs-Lacelle, S. (2008). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 27(01), 45-55. doi: 10.3138/cja.27.1.45
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., . . . consortium, Rn Cast. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, 23(2), 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318
- Aveyard, B. (2001). Education and person-centred approaches to dementia care. *Nursing Older People*, 12(10), 17-19.
- Ayalon, L., Gum, A. M., Feliciano, L., & Arean, P. A. (2006). Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 166(20), 2182-2188. doi: 10.1001/archinte.166.20.2182
- Baker, J. C., Hanley, G. P., & Mathews, R. M. (2006). Staff-administered functional analysis and treatment of aggression by an elder with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 469-474.
- Ballard, C. G., Brown, R., Fossey, J., Douglas, S., Bradley, P., Hancock, J., . . . Howard, R. (2009). Brief psychosocial therapy for the treatment of agitation in Alzheimer disease (the CALM-AD trial). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 726-733. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181b0f8c0
- Ballard, C. G., & Corbett, A. (2010). Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs*, 24(9), 729-739. doi: 10.2165/11319240-000000000-00000
- Ballard, C. G., & Corbett, A. (2013). Agitation and aggression in people with Alzheimer's disease. *Current opinion in psychiatry*, 26(3), 252-259.
- Ballard, C. G., Creese, B., Corbett, A., & Aarsland, D. (2011). Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality. *Expert Opinion on Drug Safety*, 10(1), 35-43. doi: 10.1517/14740338.2010.506711
- Ballard, C. G., Gauthier, S., Cummings, J. L., Brodaty, H., Grossberg, G. T., Robert, P., & Lyketsos, C. G. (2009). Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 5(5), 245-255. doi: 10.1038/nrneurol.2009.39

- Ballard, C. G., O'Brien, J. T., Reichelt, K., & Perry, E. K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 553-558.
- Ballard, C.G., & Corbett, A. (2013). Agitation and aggression in people with Alzheimer's disease. *Current opinion in psychiatry*, 26(3), 252-259.
- Ballard, C.G., Corbett, A., Chitramohan, R., & Aarsland, D. (2009). Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 532-540. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833111f9
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P. D., & Biddle, S. (2008). *Bathing without a Battle. Person-directed Care of Individuals With Dementia* (2 ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Barrick, A. L., Rader, J., & Mitchell, M. (2008). Selecting Person-Directed Solutions That Work. In A. L. Barrick, J. Rader, B. Hoeffler, P. D. Sloane & S. Biddle (Eds.), *Bathing without a Battle. Person-directed Care of Individuals With Dementia* (2 ed., pp. 35-61). New York: Springer Publishing Company.
- Bartels, S. J., Moak, G. S., & Dums, A. R. (2002). Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 53(11), 1390-1396.
- Barton, C., Merrilees, J., Kettle, R., Wilkins, S., & Miller, B. (2014). Implementation of advanced practice nurse clinic for management of behavioral symptoms in dementia: A dyadic intervention (innovative practice). *Dementia*. doi: 10.1177/1471301213519895
- Beck, C., Frank, L., Chumbler, N. R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T. S., Rasin, J., . . . Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist*, 38(2), 189-198.
- Bedard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., & Vezina, J. (2011). Reducing verbal agitation in people with dementia: evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. *Aging & Mental Health*, 15(7), 855-865. doi: 10.1080/13607863.2011.569480
- Beer, L. E., Hutchinson, S. R., & Skala-Cordes, K. K. (2012). Communicating With Patients Who Have Advanced Dementia: Training Nurse Aide Students. *Gerontology and Geriatrics Education*, 33(4), 402-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02701960.2012.702165>
- Bidewell, J. W., & Chang, E. (2010). Managing dementia agitation in residential aged care. *Dementia*, 10(3), 299-315.
- Bourque, M., & Voyer, P. (2013). La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 451-478). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Bradford, A., Shrestha, S., Snow, A. L., Stanley, M. A., Wilson, N., Hersch, G., & Kunik, M. E. (2012). Managing pain to prevent aggression in people with dementia: a nonpharmacologic intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27(1), 41-47. doi: 10.1177/1533317512439795
- Brauner, S. S. (1989). Impact of the confused elderly on the lucid aged in a nursing home. *Journal of Gerontological Social Work*, 14(1/2), 137-152.
- Brodaty, H., & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946-953. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529
- Brodaty, H., Draper, B. M., & Low, L. F. (2003). Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Medical Journal of Australia*, 178(5), 231-234.
- Buettner, L., & Fitzsimmons, S. (2009). *N.E.S.T. Approach. Dementia practice guidelines for disturbing behaviors. Needs, Environment, Stimulation, Techniques*. State College (PA): Venture Publishing.
- Buhr, G. T., & White, H. K. (2006). Difficult behaviors in long-term care patients with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(3), 180-192. doi: 10.1016/j.jamda.2005.12.003
- Burgess, L., & Page, S. (2003). Educating nursing staff involved in the provision of dementia care. *Nursing Times*, 99(46), 34-37.

- Burke, A. D., & Tariot, P. N. (2009). Atypical antipsychotics in the elderly: a review of therapeutic trends and clinical outcomes. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 10(15), 2407-2414. doi: 10.1517/14656560903200659
- California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management. (2008). Guideline for Alzheimer's Disease Management. Final Report (pp. 122). California: California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2009). The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care*, 47(11), 1164-1173. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181b58a69
- Chapados, C., Audétat, M.-C., & Laurin, S. (2013). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70045-6
- Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées. (2006). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement).
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ed). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Theoretical Frameworks for behavioral problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 8-21.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765-785. doi: 10.1007/s11940-013-0257-2
- Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10), 711-721.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(8), 908-916.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Regier, N. G., & Thein, K. (2010). Can persons with dementia be engaged with stimuli? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 351-362.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Regier, N. G., Thein, K., & Freedman, L. (2010). Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1459-1464. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02951.x
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2011). The impact of stimuli on affect in persons with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 480-486. doi: 10.4088/JCP.09m05694oli
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M., Regier, N. G., & Marx, M. S. (2010). The value of social attributes of stimuli for promoting engagement in persons with dementia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 586-592. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e9dc76
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., & Freedman, L. (2012). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 1255-1261. doi: 10.4088/JCP.12m07918
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 52A(6), M369-377.
- Conn, D. K., & Seitz, D. P. (2010). Advances in the treatment of psychiatric disorders in long-term care homes. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 516-521. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833efe56

- Cooke, M. L., Moyle, W., Shum, D. H., Harrison, S. D., & Murfield, J. E. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health, 14*(8), 905-916. doi: 10.1080/13607861003713190
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2006). Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *Journal of Affective Disorders, 90*(1), 15-20. doi: 10.1016/j.jad.2005.08.017
- Corbett, A., Smith, J., Creese, B., & Ballard, C. (2012). Treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *Current Treatment Options in Neurology, 14*(2), 113-125. doi: 10.1007/s11940-012-0166-9
- Courtney, C., Farrell, D., Gray, R., Hills, R., Lynch, L., Sellwood, E., . . . Group, A. D. Collaborative. (2004). Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet, 363*(9427), 2105-2115. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16499-4
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology, 44*(12), 2308-2314.
- D'Hondt, A., Kaasalainen, S., Prentice, D., & Schindel Martin, L. (2011). Bathing residents with dementia in long-term care: critical incidents described by personal support workers. *International Journal of Older People Nursing*, no-no. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00283.x
- Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 265-312). Montréal (QC): Gaëtan Morin éditeur - Chenelière éducation.
- de Vugt, M. E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., & Verhey, F. R. (2005). A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *International Psychogeriatrics, 17*(4), 577-589. doi: 10.1017/S1041610205002292
- Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L., & Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement, 20*(3), 374 - 384.
- Dettmore, D., Kolanowski, A., & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing, 30*(1), 8-17. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.03.001
- Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., . . . Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(12), 1386-1395. doi: 10.1002/gps.2275
- Dillon, C., Serrano, C. M., Castro, D., Leguizamón, P. P., Heisecke, S. L., & Taragano, F. E. (2013). Behavioral symptoms related to cognitive impairment. *Neuropsychiatric Disease Treatment, 9*, 1443-1455. doi: 10.2147/NDT.S47133
- Diwan, S., & Phillips, V. L. (2001). Agitation and dementia-related problem behaviors and case management in long-term care. *International Psychogeriatrics, 13*(1), 5-21.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. (1978). The discipline of Nursing. *Nursing Outlook, 26*, 113 - 120.
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*, 171-179.
- Dunn, J. C., Thiru-Chelvam, B., & Beck, C. H. (2002). Bathing. Pleasure or pain? *Journal of Gerontological Nursing, 28*(11), 6-13.
- Dupuis, S. L., & Luth, J. (2005). Understanding responsive behaviours. The importance of correctly perceiving triggers that precipitate residents' responsive behaviours. *Canadian Nursing Home, 16*(1), 29-34.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics, 20*(4), 764-776. doi: 10.1017/S1041610208006716
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology, 7*(4), 362-367. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2

- Engberg, J., Castle, N. G., & McCaffrey, D. (2008). Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*, 48(4), 442-452.
- Enmarker, I., Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 153-162. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x>
- Evans, D., & FitzGerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 735-743.
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(1), 2-9.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Feldman, H., Gauthier, S., Hecker, J., Vellas, B., Subbiah, P., Whalen, E., & Donepezil, Msad Study Investigators Group. (2001). A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology*, 57(4), 613-620.
- Feliciano, L., Vore, J., LeBlanc, L. A., & Baker, J. C. (2004). Decreasing entry into a restricted area using a visual barrier. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(1), 107-110. doi: 10.1901/jaba.2004.37-107
- Fessey, V. (2007). Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses. *Nursing Older People*, 19(10), 29-33.
- Finkel, S.I., & Burns, A. (1999). BPSD Consensus Statement. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- Fleming, R., & Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1084-1096. doi: 10.1017/S1041610210000438
- Foley, K. L., Sudha, S., Sloane, P. D., & Gold, D. T. (2003). Staff perceptions of successful management of severe behavioral problems in dementia special care units. *Dementia (14713012)*, 2(1), 105-124.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal (QC): Chenelière Éducation.
- Fossey, J., Ballard, C., Juszcak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 332(7544), 756-761. doi: 10.1136/bmj.38782.575868.7C
- Fuchs-Lacelle, S., & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5(1), 37-49.
- Fung, J. K., Tsang, H. W., & Chung, R. C. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), 372-382. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00849.x
- Gagné, C. (2010). *Évaluation des connaissances des infirmières en CHSLD sur la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. (Maîtrise en sciences infirmières), Université Laval, Québec.
- Gagné, C., & Voyer, P. (2013). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : qu'en savons-nous ? *Perspective infirmière*, 10(4), 36-39.
- Gagnon, J., Côté, F., Mbourou, G., Dallaire, C., Gagnon, M.-P., & Michaud, C. (2011). La pratique infirmière informée par des résultats de recherche : la formation de leaders dans les organisations de santé, une avenue prometteuse. *Recherche en soins infirmiers*, 2(105), 76-82.
- Gardette, V., Lapeyre-Mestre, M., Coley, N., Cantet, C., Montastruc, J. L., Vellas, B., & Andrieu, S. (2012). Antipsychotic use and mortality risk in community-dwelling Alzheimer's disease patients: evidence for a role of dementia severity. *Current Alzheimer Research*, 9(9), 1106-1116.
- Gareri, P., De Fazio, P., Manfredi, V. G. L., & De Sarro, G. (2014). Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 34(1), 109-123.

- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P., & Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 346-372. doi: 10.1017/S1041610209991505
- Gerrish, K., & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12(2), 114-123.
- Gitlin, L. N. (2012). Good news for dementia care: caregiver interventions reduce behavioral symptoms in people with dementia and family distress. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 894-897. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12060774
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *Journal of the American Medical Association*, 308(19), 2020-2029. doi: 10.1001/jama.2012.36918
- Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernet, N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229-239. doi: 10.1097/JGP.0b013e318160da72
- Gormley, N., Lyons, D., & Howard, R. (2001). Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 30(2), 141-145.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), 399-406.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An integrative approach* (4 ed.). St-Louis (Missouri): Saunders Elsevier.
- Haute Autorité de Santé. (2009). Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportements perturbateurs. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine (FR): Haute Autorité de Santé.
- Heard, K., & Watson, T. S. (1999). Reducing wandering by persons with dementia using differential reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(3), 381-384. doi: 10.1901/jaba.1999.32-381
- Hemels, M. E., Lanctot, K. L., Iskedjian, M., & Einarson, T. R. (2001). Clinical and economic factors in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Drugs and Aging*, 18(7), 527-550.
- Hendry, K. C., & Douglas, D. H. (2003). Promoting quality of life for clients diagnosed with dementia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(3), 96-102.
- Herrmann, N., Lanctot, K. L., Sambrook, R., Lesnikova, N., Hebert, R., McCracken, P., . . . Nguyen, E. (2006). The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(10), 972-976. doi: 10.1002/gps.1594
- Hoe, J., & Thompson, R. (2010). Promoting positive approaches to dementia care in nursing. *Nursing Standard*, 25(4), 47-56; quiz 58. doi: 10.7748/ns2010.09.25.4.47.c8001
- Hoeffler, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, C. M., Stewart, B. J., McKenzie, D., . . . Sloane, P. D. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist*, 46(4), 524-532.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 756-763. doi: 10.1002/gps.2429
- Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriott, A., . . . Byrne, E. J. (2008). Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(2), 138-146. doi: 10.1159/000149584
- Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal*, 343, d4065. doi: 10.1136/bmj.d4065
- Huybrechts, K. F., Schneeweiss, S., Gerhard, T., Olfson, M., Avorn, J., Levin, R., . . . Crystal, S. (2012). Comparative safety of antipsychotic medications in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*, 60(3), 420-429. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03853.x

- Institut de la statistique de Québec. (2003). *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*. Québec: Institut de la statistique de Québec.
- International Psychogeriatric Association. (2012). *The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide*. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- Jennings, L., & Grossberg, G. T. (2013). Antipsychotics continue to have a place in the management of difficult behavior problems in patients with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(6), 447-449. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.015
- Jeon, Y. H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas, M. (2012). Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies, 49*(5), 508-518. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.020
- Jeste, D. V., Blazer, D., Casey, D., Meeks, T., Salzman, C., Schneider, L., . . . Yaffe, K. (2008). ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology, 33*(5), 957-970. doi: 10.1038/sj.npp.1301492
- Kalapatapu, R. K., & Neugroschl, J. A. (2009). Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: evaluation and management. *Geriatrics, 64*(4), 20-26.
- Katz, I. R., Jeste, D. V., Mintzer, J. E., Clyde, C., Napolitano, J., & Brecher, M. (1999). Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(2), 107-115.
- Kennedy, M. M., & Mion, L. C. (1996). Neuroleptic therapy. How much do nurses know? *Journal of Gerontological Nursing, 22*(12), 7-13.
- Khan, F., & Curtice, M. (2011). Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *British Journal of Community Nursing, 16*(9), 441-449.
- Kirkevold, O., & Engedal, K. (2008). Quality of care in Norwegian nursing homes--deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(4), 560-567. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00575.x
- Kolanowski, A. M. (1999). An overview of the need-driven dementia-compromised behavior model. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(9), 7-9.
- Kolanowski, A. M., Fick, D., Frazer, C., & Penrod, J. (2010). It's about time: use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(2), 214-222. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01338.x
- Kolanowski, A. M., Litaker, M., & Buettner, L. (2005). Efficacy of theory-based activities for behavioral symptoms of dementia. *Nursing Research, 54*(4), 219-228.
- Kolanowski, A. M., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P. T., Jr. (2011). A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(6), 1032-1041. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x
- Kong, E., Evans, L. K., & Guevara, J. P. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health, 13*(4), 512-520. doi: 10.1080/13607860902774394
- Koopmans, R. T., Zuidema, S. U., Leontjevas, R., & Gerritsen, D. L. (2010). Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care. *International Psychogeriatrics, 22*(7), 1054-1062. doi: 10.1017/S1041610210000736
- Kovach, C. R., Kelber, S. T., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Behaviors of nursing home residents with dementia: examining nurse responses. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(6), 13-21.
- Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 21*(3), 147-155.
- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Reynolds, S., & Wells, T. (2006). The serial trial intervention: an innovative approach to meeting needs of individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 32*(4), 18-27.

- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., & Wells, T. (2005). A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 134-140; discussion 140.
- Kovach, C. R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A. M., Cashin, S., & Silva-Smith, A. L. (2004). Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia... Balancing Arousal Controls Excesses. *Gerontologist*, 44(6), 797-806.
- Landreville, P., Bedard, A., Verreault, R., Desrosiers, J., Champoux, N., Monette, J., & Voyer, P. (2006). Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities. *International Psychogeriatrics*, 18(1), 47-73.
- Landreville, P., Dicaire, L., Verreault, R., & Levesque, L. (2005). A training program for managing agitation of residents in long-term care facilities: description and preliminary findings. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(3), 34-42; quiz 55-36.
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal: EDISEM inc.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorder & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp. 619-675). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lévesque, L., Roux, C. M., & Lauzon, S. (1990). *Alzheimer. Comprendre pour mieux aider*. Saint-Laurent (QC): Éditions du renouveau Pédagogique Inc.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021. doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.1996
- Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and Aging*, 22(1), 28-36. doi: 10.1037/0882-7974.22.1.28
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent (QC): Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- McCabe, M. P., Davison, T. E., & George, K. (2007). Effectiveness of staff training programs for behavioral problems among older people with dementia. *Aging & Mental Health*, 11(5), 505-519. doi: 10.1080/13607860601086405
- McCabe, M. P., Mellor, D., Davison, T. E., Karantzas, G., von Treuer, K., & O'Connor, D. W. (2013). A study protocol to investigate the management of depression and challenging behaviors associated with dementia in aged care settings. *BMC Geriatrics*, 13, 95. doi: 10.1186/1471-2318-13-95
- McGonigal-Kenny, M. L., & Schutte, D. L. (2006). Nonpharmacologic management of agitated behaviors in persons with Alzheimer disease and other chronic dementing conditions. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(2), 9-14.
- Michigan Dementia Coalition. (2008). Knowledge and Skills Needed for Dementia Care. A Guide for Direct Care Workers (pp. 79). Michigan: Michigan Dementia Coalition.
- Miller, L. L., Talerico, K. A., Rader, J., Swafford, K., Hiatt, S. O., Millar, S. B., . . . Sloane, P. D. (2005). Development of an intervention to reduce pain in older adults with dementia: challenges and lessons learned. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(2), 154-167.
- Moniz-Cook, E., & Clarke, C. (2011). Dementia care : coping with aggressive behaviour. *Nursing & Residential Care*, 13(2), 86-90.
- Moniz-Cook, E., Woods, R. T., & Richards, K. (2001). Functional analysis of challenging behaviour in dementia: the role of superstition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(1), 45-56.
- Morley, J. E. (2012). Antipsychotics and dementia: a time for restraint? *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(9), 761-763. doi: 10.1016/j.jamda.2012.09.001
- Morley, J. E. (2013). Behavioral management in the person with dementia. *Journal of nutrition, health & aging*, 17(1), 35-38. doi: 10.1007/s12603-012-0406-4
- Moyle, W., Murfield, J. E., O'Dwyer, S., & Van Wyk, S. (2012). The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04234.x

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care*. London (GB): National Institute for Health and Clinical Excellence and Social Care Institute for Excellence.
- New South Wales. (2006). *Guidelines for working with people with challenging behaviours in residential aged care facilities - using appropriate interventions and minimising restraint*. North Sydney (AU): New South Wales Department of Health.
- Nieswiadomy, M. (1998). Populations and samples. In M. Nieswiadomy (Ed.), *Foundations of nursing research* (3 ed., pp. 169 - 189). Stamford: Appleton & Lange.
- Nieswiadomy, M. (2012). *Foundations of Nursing Research* (6 ed.). Upper Saddle River (NJ): Pearson.
- Norton, M. J., Allen, R. S., Snow, L. A., Hardin, M. J., & Burgio, L. D. (2010). Predictors of need-driven behaviors in nursing home residents with dementia and associated certified nursing assistant burden. *Aging & Mental Health, 14*(3), 303-309. doi: 10.1080/13607860903167879
- O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2009). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics, 21*(2), 225-240. doi: 10.1017/S1041610208007588
- O'Neil, M. E., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, A., Addleman, A., & Kansagara, D. (2011). Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia: A Systematic Review of the Evidence. VA-ESP Project #05-225. Retrieved 2013.03.31, from <http://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/Dementia-Nonpharm.pdf>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., . . . Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30*(2), 161-178. doi: 10.1159/000316119
- Opie, J., Rosewarne, R., & O'Connor, D. W. (1999). The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*(6), 789-799.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Guide d'exercice*. Montréal (QC): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Westmount (QC): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Mémoire. Westmount (QC): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ornstein, K., & Gaugler, J. E. (2012). The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *International Psychogeriatrics, 24*(10), 1536-1552. doi: 10.1017/S1041610212000737
- Orrell, M., Hancock, G., Hoe, J., Woods, B., Livingston, G., & Challis, D. (2007). A cluster randomised controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1127-1134. doi: 10.1002/gps.1801
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 ed.): Chenelière Éducation.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
- Porsteinsson, A. P., Drye, L. T., Pollock, B. G., Devanand, D. P., Frangakis, C., Ismail, Z., ... Lyketsos, C. G.; CitAD Research Groupe. (2014). Effect of Citalopram on Agitation in Alzheimer Disease: The CitAD Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association, 311*(7), 682-691. doi: 10.1001/jama.2014.93.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of Clinical Research. Applications to Practice* (3 ed.). Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall.

- Proulx, S., Misson, L., Savoie, M., Aubin, M., & Verreault, R. (2013). La douleur. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 377-390). Saint-Laurent (QC): Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Rader, J., Barrick, A. L., Hoeffler, B., Sloane, P. D., McKenzie, D., Talerico, K. A., & Glover, J. U. (2006). The bathing of older adults with dementia. *American Journal of Nursing*, *106*(4), 40-48, quiz 48-49.
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A. R., Farina, E., . . . Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, *72*(4), 305-310. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.05.016
- Ragneskog, H., Gerdner, L. A., & Hellstrom, L. (2001). Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units. *Journal of Clinical Nursing*, *10*(6), 730-736.
- Rasin, J., & Kautz, D. D. (2007). Knowing the resident with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, *33*(9), 30-36.
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, *51*(5), 317-323.
- Resnick, B. (2013). Antipsychotic Use in Nursing Homes: Response to the Editorials by Dr. Morley and Dr. Volicer. *Journal of the American Medical Directors Association*. doi: 10.1016/j.jamda.2012.11.015
- Richards, K., Lambert, C., & Beck, C. (2000). Deriving interventions for challenging behaviors from the Need-driven, Dementia-compromised Behavior Model. *Alzheimer's Care Quarterly*, *1*(4), 62-76.
- Robert, P. H., Verhey, F. R., Byrne, E. J., Hurt, C., De Deyn, P. P., Nobili, F., . . . Vellas, B. (2005). Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *European Psychiatry*, *20*(7), 490-496. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.031
- Roch, G., & Ouellet, N. (2010). Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. *L'infirmière clinicienne*, *7*(2).
- Rousseau, F. (2005). Principes généraux d'évaluation et de traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Eds.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 61 - 108). Montréal: EDISEM Inc.
- Schneider, L. S., Dagerman, K. S., & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, *294*(15), 1934-1943. doi: 10.1001/jama.294.15.1934
- Schneider, L. S., Tariot, P. N., Dagerman, K. S., Davis, S. M., Hsiao, J. K., Ismail, M. S., . . . Group, Catie-Ad Study. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, *355*(15), 1525-1538. doi: 10.1056/NEJMoa061240
- Seitz, D. P., Brisbin, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., Wilson, K., Gill, S. S., . . . Conn, D. (2012). Efficacy and Feasibility of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Long Term Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *13*(6), 503-506.e502. doi: 10.1016/j.jamda.2011.12.059
- Seitz, D. P., Gill, S. S., Herrmann, N., Brisbin, S., Rapoport, M. J., Rines, J., . . . Conn, D. K. (2013). Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, *25*(2), 185-203. doi: 10.1017/S1041610212001627
- Simard, J., & Volicer, L. (2010). Effects of Namaste Care on residents who do not benefit from usual activities. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, *25*(1), 46-50. doi: 10.1177/1533317509333258
- Sink, K. M., Holden, K. F., & Yaffe, K. (2005). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, *293*(5), 596-608. doi: 10.1001/jama.293.5.596
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., . . . Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(11), 1795-1804. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x

- Snowdon, J. (2010). Mental health service delivery in long-term care homes. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1063-1071. doi: 10.1017/S1041610210000773
- Société Alzheimer du Canada. (2011). *Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail*. Toronto (ON): Société Alzheimer du Canada.
- Somboontanont, W., Sloane, P. D., Floyd, F. J., Holditch-Davis, D., Hogue, C. C., & Mitchell, C. M. (2004). Assaultive behavior in Alzheimer's disease: identifying immediate antecedents during bathing. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(9), 22-29; quiz 55-26.
- Souder, E., & O'Sullivan, P. (2003). Disruptive behaviors of older adults in an institutional setting: staff time required to manage disruptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(8), 31-36.
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., . . . Tschanz, J. T. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 170-177. doi: 10.1002/gps.1858
- Street, J. S., Clark, W. S., Gannon, K. S., Cummings, J. L., Bymaster, F. P., Tamura, R. N., . . . Breier, A. (2000). Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 968-976.
- Sutor, B., Rummans, T. A., & Smith, G. E. (2001). Subspecialty clinics: psychiatry and psychology. Assessment and management of behavioral disturbances in nursing home patients with dementia. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(5), 540-550.
- Tagney, J., & Haines, C. (2009). Using evidence-based practice to address gaps in nursing knowledge. *British Journal of Nursing*, 18(8), 484-489.
- Talerico, K. A., & Evans, L. K. (2000). Making sense of aggressive/protective behaviors in persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 77-88.
- Talerico, K. A., O'Brien, J. A., & Swafford, K. L. (2003). Person-centered care. An important approach for 21st century health care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(11), 12-16.
- Tariot, P. N., Cummings, J. L., Katz, I. R., Mintzer, J., Perdomo, C. A., Schwam, E. M., & Whalen, E. (2001). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 1590-1599.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Peskind, E., Raskind, M., Weiner, M. F., Tractenberg, R. E., . . . Thal, L. J. (2000). Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology*, 55(9), 1271-1278.
- Testad, I., Corbett, A., Aarsland, D., Lexow, K. O., Fossey, J., Woods, B., & Ballard, C. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 1-16. doi: 10.1017/S1041610214000131
- Tourigny, J., Nazon, E., Veilleux, M., Berthiaume, C., Harrisson, S., & Rouleau, V. (2010). Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. *L'infirmière clinicienne*, 7(2).
- Turner, J., & Snowdon, J. (2009). An innovative approach to behavioral assessment and intervention in residential care: a service evaluation. *Clinical Gerontologist*, 32(3), 260-275.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B., & Moniz-Cook, E. (2011). Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.2687
- Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Zuidema, S., Cohen-Mansfield, J., & Moyle, W. (2010). Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1121-1128. doi: 10.1017/S1041610210001365
- Vézina, J., Ducharme, F., & Landreville, P. (2005). Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Eds.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 225-308). Montréal: EDISEM inc.

- Volicer, L. (2008). Is Aggression a Common Symptom of Dementia? *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(7), 532.
- Volicer, L. (2009). Behaviors in advanced dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 146; author reply 146-147. doi: 10.1016/j.jamda.2008.10.017
- Volicer, L., Van der Steen, J. T., & Frijters, D. H. (2009). Modifiable factors related to abusive behaviors in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 617-622. doi: 10.1016/j.jamda.2009.06.004
- Voyer, P. (2005). Milieux de soins et symptômes comportementaux de la démence. In P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Eds.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 309-343). Montréal: EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). *L'examen clinique de l'aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique*. Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau Pédagogique Inc.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed.). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Voyer, P., Gagnon, C., & Germain, J. (2009). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Aide-mémoire à la prise de décision*. Québec: Regroupement des médecins oeuvrant en gériatrie dans la région 03 (RMG03).
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Richard, S. (2013). Nursing Documentation in Long-Term Care Settings: New Empirical Evidence Demands Changes be Made. *Clinical Nursing Research*. doi: 10.1177/1054773813475809
- Voyer, P., & Nkoghogho Mengue, P.-G. (2013). L'usage optimal des médicaments chez les aînés en perte d'autonomie. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 417-447). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Voyer, P., & Richard, H. (2013). Perspectives sur la personne âgée. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed., pp. 1-12). Saint-Laurent (QC): Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., Laurin, D., Rochette, L., & Martin, L. S. (2005). Managing disruptive behaviors with neuroleptics: treatment options for older adults in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(11), 49-61.
- Wang, P. S., Schneeweiss, S., Avorn, J., Fischer, M. A., Mogun, H., Solomon, D. H., & Brookhart, M. A. (2005). Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *New England Journal of Medicine*, 353(22), 2335-2341. doi: 10.1056/NEJMoa052827
- Webster, J. (2004). Person-centred assessment with older people. *Nursing Older People*, 16(3), 22-27; quiz 28. doi: 10.7748/nop2004.05.16.3.22.c2309
- Wells, D. L., Dawson, P., Sidani, S., Craig, D., & Pringle, D. (2000). Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(4), 442-449.
- Whall, A. L., Black, M. E., Groh, C. J., Yankou, D. J., Kupferschmid, B. J., & Foster, N. L. (1997). The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12(5), 216-220.
- Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A. M., Kim, H., Hong, G. S., DeCicco, B., . . . Beck, C. (2008). Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 48(6), 721-731.
- Whall, A. L., & Kolanowski, A. M. (2004). The need-driven dementia-compromised behavior model-- a framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. *Aging & Mental Health*, 8(2), 106-108. doi: 10.1080/13607860410001649590
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

- Zimmerman, S., Anderson, W. L., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A. S., . . . Sloane, P. D. (2013). Systematic Review : Effective Characteristics of Nursing Homes and Other Residential Long-Term Care Settings for People with Dementia. *Journal of American Geriatric Society*, *61*(8), 1399-1409.
- Zwakhalen, S. M., van't Hof, C. E., & Hamers, J. P. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(21-22), 3009-3017. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x
- Zwijssen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2013). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.4014

Annexe A : Instrument de collecte des données

Instrument de collecte de données

No :

1 : point accordé; 0 : aucun point accordé; P : présent/réalisé; ab : absent/non réalisé; part : partiellement réalisé/incomplet; na : non applicable/non adapté

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	P (1)	ab (0)	Commentaires	*
1.1. Au niveau de l'évaluation clinique, l'infirmière procède-t-elle à une évaluation clinique ?							
Une évaluation a été complétée	1	0					
			Autres	inscrire			
Question 1.1. Nombre de points				/1			
1.2. Au niveau de l'évaluation clinique, quelles étapes de l'évaluation (anamnèse, histoire de vie, examen physique, instrument de mesure) sont-elles réalisées ?							
Anamnèse	1	0					
Analyse ACC	1	0					
			Antécédents	1	0		
			Comportement	1	0		
			Conséquences	1	0		
Examen physique	1	0					
			Système pulmonaire	p	ab	part	
			Système cardiaque	p	ab	part	
			Système digestif	p	ab	part	
			Système tégumentaire	p	ab	part	
			Système musculosquelettique	p	ab	part	
			Système neurologique	p	ab	part	
			Système génito-urinaire	p	ab	part	

			Tête et cou	p	ab	part	
			Autres	inscrire			
Poursuite de l'investigation selon les constatations	1	0					
Analyses de laboratoire	1	0					
Évaluation psychologique	1	0					
			État de conscience	p	ab		
			Attention	p	ab		
			Autres	inscrire			
Examen des milieux social et physique	1	0					
			Changements situation sociale ou familiale	1	0		
			Nouveaux stresseurs, particularités de la situation de vie, changements de personnel	1	0		
			Disponibilité activités sociales/occupationnelles	1	0		
			Disponibilité expériences positives, renforcements estime de soi	1	0		
			Écarts r/à mode de vie habituel, préférences, perte autonomie	1	0		
			Iso-SMAF	p	ab		
			Aspects milieu physique (changement de chambre)	1	0		
			Milieu organisationnel	p	ab		
			Ressources humaines - ratios	p	ab		
			Disponibilité pour interventions	p	ab		
			Application du plan de l'équipe	p	ab		
			Horaire des soins	p	ab		

			Nombre de soignants pour soins	p	ab		
			Ressources matérielles	p	ab		
			Autres	inscrire			
			Mesures de contrôle	p	ab		
			Présence de mesures	oui	non	na	<input type="checkbox"/> isolement <input type="checkbox"/> contention physique <input type="checkbox"/> soins sous contrainte
			Mesures alternatives	p	ab		
			Présence de mesures	oui	non	na	<input type="checkbox"/> gardien sécurité, <input type="checkbox"/> heures soins ajoutées, <input type="checkbox"/> surfaces détection <input type="checkbox"/> unité sécurisée/fermée, <input type="checkbox"/> bracelet antifugue, <input type="checkbox"/> autre :
Test diagnostiques	1	0					
			Signes vitaux	p	ab		
			Température	p	ab		
			Tension artérielle	p	ab		
			Pulsation	p	ab		
			Respiration	p	ab		
			Saturation	p	ab		
			Poids	p	ab		
Observation du comportement	1	0					
			Attitudes	p	ab		
			Collaboration	p	ab		
			Réaction principes de base	p	ab		
Renseignements rapportés par le patient	1	0	na				<input type="checkbox"/> na= incapacité à exprimer clairement ses idées
Préoccupations d'autres personnes	1	0					
			Infirmière	p	ab	na	
			Infirmière auxiliaire	p	ab	na	
			PAB	p	ab	na	

			Proche	p	ab	na		
			Autres personnes	p	ab			
			Comportement « tolérable »	p	ab			
			Autres	inscrire				
Examen psychométrique	1	0						
Investigation axée sur troubles ou problèmes physiques ou psychologiques	1	0						
			Douleur	1	0			
			Constipation ou fécalome	1	0			
			Infections	1	0			
			Température corporelle	p	ab			
			Changement comportement	p	ab			
			Changement autonomie fonctionnelle	p	ab			
			Changement état mental	p	ab			
			Blessure	1	0			
			Plaie	p	ab			
			Rougeur	p	ab			
			Autre traumatisme	p	ab			
			Déshydratation	1	0			
			Langue sèche	p	ab			
			Salive sublinguale	p	ab			
			Turgor sternal	p	ab			
			Turgor frontal	p	ab			
			Peau sèche	p	ab			
			Problèmes nutritionnels	1	0			

			Delirium	1	0		
			Instrument CAM	p	ab		
			CAM : positif ou négatif	pos	neg	na	
			Démence	1	0		
			Psychose	1	0		
			Idées délirantes	p	ab		
			Hallucinations	p	ab		
			Illusions	p	ab		
			Dépression ou manie	1	0		
			Risque suicidaire	1	0		
			Troubles anxieux	1	0		
			Troubles du sommeil	1	0		
			Toxicomanie ou réactions de sevrage	1	0		
			Problèmes auditifs ou visuels	1	0		
			Compensés ou non	p	ab		
			Aggravation d'une maladie chronique	1	0		
			Apparition récente d'une maladie physique	1	0		
			Autres	inscrire			
Utilisation d'instruments de mesure	1	0					
Instruments relatifs à la dépression	1	0					
			EDG [0 - 14]	p	ab		
			EDG - score			/15	
			Cornell [0 - 38]	p	ab		
			Cornell - score			/38	

			Autres	inscrire		
Instruments relatifs aux SC	1	0				
			IACM [29 - 203]	p	ab	
			IACM - score	/203		
			Autres	inscrire		
Instruments pour l'évaluation comportementale	1	0				
			INPC [0 - 144]	p	ab	
			INPC - score total	/144		
			INPC score / fréquence	/36		
			INPC score / gravité	/48		
			Autres	inscrire		
Autres mesures			MEEM [0 - 30]	p	ab	
			MEEM score / 30	/30		
			MEEM-S [0 - 30]	p	ab	
			MEEM-S score / 30	/30		
			ÉNV [0 - 10]	p	ab	
			ÉNV score / 10	/10		
			PACSLAC [0 - 60]	p	ab	
			PACSLAC score / 60	/60		
			Autres	inscrire		
Question 1.2. Nombre de points						/43
1.3. Au niveau de l'évaluation clinique, une revue de la médication est-elle réalisée ?						
Présence d'une revue	1	0				
			Médicaments susceptibles d'altérer la cognition ou l'humeur	1	0	

		Historique du traitement	1	0		
		Modifications récentes	1	0		
		Recours aux PRN	1	0		
		Réponse au traitement	1	0		
		Présence effets secondaires indésirables	1	0		
		Efficacité thérapeutique	1	0		
		Observance de la personne	1	0	<input type="checkbox"/> mention de résistance à la prise de médicaments	
		Nombre de principes actifs au profil	inscrire			
		Nom générique	p	ab		
		Nom commercial	p	ab		
		Posologie	p	ab		
		Horaire	p	ab		
		Cible thérapeutique	p	ab		
		Effets indésirables	p	ab		
		Médicament PRN	p	ab		
		Posologie PRN	p	ab		
		Analyse pharmacologique par logiciel	p	ab		
		Autres	inscrire			
Question 1.3. Nombre de points					/9	
1.4. Au niveau de l'évaluation clinique, quelles sont les causes sous-jacentes des SCPD identifiés ?						
Causes sous-jacentes investiguées	1	0				
		Delirium	1	0		
		Douleur	1	0		

Causes sous-jacentes identifiées au dossier	p	ab					
			Facteurs neurologiques	p	ab	<input type="checkbox"/> perte d'autonomie fonctionnelle <input type="checkbox"/> déficits sensoriels non compensés <input type="checkbox"/> problèmes perceptuels <input type="checkbox"/> idées délirantes/confabulations <input type="checkbox"/> séquelles AVC (hémiplégie/hémi-parésie) <input type="checkbox"/> atteinte des fonctions langagières <input type="checkbox"/> déficits sensori-moteurs <input type="checkbox"/> autre :	
			Facteurs cognitifs	p	ab	<input type="checkbox"/> présence de déficits cognitifs <input type="checkbox"/> incapacité d'exprimer ses besoins et ses pensées clairement <input type="checkbox"/> diminution capacité attentionnelle <input type="checkbox"/> anosognosie <input type="checkbox"/> désinhibition <input type="checkbox"/> manque de repères <input type="checkbox"/> autre :	
			État de santé	p	ab	<input type="checkbox"/> démence <input type="checkbox"/> comorbidité santé mentale <input type="checkbox"/> polyopathie (2 conditions chroniques ou +) <input type="checkbox"/> autre :	
			Facteurs psychosociaux	p	ab	<input type="checkbox"/> traits de caractère/personnalité <input type="checkbox"/> intolérance à la frustration <input type="checkbox"/> deuils non résolus <input type="checkbox"/> autre :	
			Facteurs personnels	p	ab	<input type="checkbox"/> douleur <input type="checkbox"/> sx dépressifs <input type="checkbox"/> sx anxieux <input type="checkbox"/> inconfort <input type="checkbox"/> soif/faim <input type="checkbox"/> ennui <input type="checkbox"/> déshydratation <input type="checkbox"/> trouble du sommeil <input type="checkbox"/> manque d'exercice physique <input type="checkbox"/> manque d'intimité <input type="checkbox"/> manque d'estime de soi <input type="checkbox"/> manque de sécurité <input type="checkbox"/> habitudes de vie non préservées <input type="checkbox"/> autre :	
			Environnement social – interaction	p	ab	<input type="checkbox"/> communication non adaptée <input type="checkbox"/> isolement social <input type="checkbox"/> rejeté/craint par les autres résidents <input type="checkbox"/> tensions familiales <input type="checkbox"/> autre :	
			Environnement physique	p	ab	<input type="checkbox"/> environnement non familier/non personnalisé <input type="checkbox"/> surstimulation <input type="checkbox"/> sous-stimulation <input type="checkbox"/> manque d'activités de loisirs/occupations <input type="checkbox"/> environnement non adapté/non sécuritaire <input type="checkbox"/> perte de contrôle/pouvoir <input type="checkbox"/> autre :	
			Environnement organisationnel	p	ab	<input type="checkbox"/> manque de disponibilité des soignants <input type="checkbox"/> inflexibilité dans les soins (horaires, tâches) <input type="checkbox"/> manque de matériel <input type="checkbox"/> mesures de contrôle <input type="checkbox"/> attentes irréalistes <input type="checkbox"/> autre :	
			Nombre de causes identifiées au plan d'interventions	inscrire			
			Autres	inscrire			
Question 1.4. Nombre de points						/3	

1.5. Au niveau de l'évaluation clinique, quels sont les SCPD identifiés ?						
SCPD identifié (s)	1	0				
			Énoncés au dossier	inscrire		
			Symptômes comportementaux	p	ab	
			Errance	p	ab	
			Agitation/agressivité	p	ab	
			Résistance aux soins	p	ab	
			Comportements sexuels inappropriés	p	ab	
			Réaction de catastrophe	p	ab	
			Syndrome crépusculaire	p	ab	
			Symptômes psychologiques	p	ab	
			Idées délirantes	p	ab	
			Hallucinations	p	ab	
			Illusions	p	ab	
			Dépression	p	ab	
			Apathie	p	ab	
			Anxiété	p	ab	
			Nombre de SCPD identifiés	inscrire		
			Énoncés INPC dans les constats (autres que SCPD)	p	ab	
			INPC nommés dans les constats (autres que SCPD)			<input type="checkbox"/> Exaltation humeur/Euphorie <input type="checkbox"/> Apathie/Indifférence <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Désinhibition <input type="checkbox"/> Irritabilité/Instabilité de l'humeur <input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> moteur aberrant <input type="checkbox"/> Sommeil <input type="checkbox"/> Appétit/Troubles de l'appétit

			Énoncés INPC (sur INPC)	p	ab		
			Idées délirantes	p	ab	score :	
			Hallucinations	p	ab	score :	
			Agitation/Agressivité	p	ab	score :	
			Dépression/Dysphorie	p	ab	score :	
			Anxiété	p	ab	score :	
			Exaltation humeur/Euphorie	p	ab	score :	
			Apathie/Indifférence	p	ab	score :	
			Désinhibition	p	ab	score :	
			Irritabilité/Instabilité de l'humeur	p	ab	score :	
			Comportement moteur aberrant	p	ab	score :	
			Sommeil	p	ab	score :	
			Appétit/Troubles de l'appétit	p	ab	score :	
			Énoncés Comportements Agitation (Beck)	p	ab		
			CA physique non agressifs	p	ab		
			CA physique agressifs	p	ab		
			CA verbale non agressifs	p	ab		
			CA verbale agressifs	p	ab		
			Autres	inscrire			
Question 1.5. Nombre de points						/1	
Questions 1.1. à 1.5. Nombre de points						/ 57	

2.1. Au niveau de la planification, y a-t-il présence d'un plan d'interventions au dossier ?						
Plan d'interventions rédigé/au dossier	1	0				
Question 2.1. Nombre de points				/1		
2.2. Au niveau de la planification, quelles sont les interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?						
Présence d'INP au plan d'interventions	1	0				
			Nombre d'INP au plan d'interventions	inscrire		
			Approche de base	p	ab	
			communication	p	ab	na
			validation	p	ab	na
			diversion	p	ab	na
			écoute active adaptée	p	ab	na
			Thérapies sensorielles	p	ab	
			Auditive	p	ab	na <input type="checkbox"/> écoute musicale et <input type="checkbox"/> musicothérapie
			Toucher	p	ab	na <input type="checkbox"/> massage, <input type="checkbox"/> massage des mains et <input type="checkbox"/> toucher doux/affectif
			Olfactif	p	ab	na <input type="checkbox"/> aromathérapie
			Visuelle	p	ab	na <input type="checkbox"/> observation d'images <input type="checkbox"/> al
			Multiple	p	ab	na <input type="checkbox"/> zoothérapie, <input type="checkbox"/> Snoezelen, <input type="checkbox"/> pièce d'apaisement
			Thérapies récréatives	p	ab	<input type="checkbox"/> rencontre de groupe, <input type="checkbox"/> de réminiscence, <input type="checkbox"/> loisirs en groupe
			Thérapies environnementales	p	ab	
			Repères pour orientation	p	ab	na
			Bruit ambiant	p	ab	na
			Aide d'errance	p	ab	na
			Barrières visuelles	p	ab	na
			Programme BACE	p	ab	na
			Activités passe-temps non personnalisées	p	ab	na <input type="checkbox"/> meuble de fouille, <input type="checkbox"/> tableau avec activités variées, <input type="checkbox"/> pliage de linge, <input type="checkbox"/> tablier de stimulation, <input type="checkbox"/> casse-tête

			Contrôle des stimuli	p	ab	na	
			Mesure de sécurité discrètes	p	ab	na	
			Variation	p	ab	na	<input type="checkbox"/> ambiance, <input type="checkbox"/> formes et <input type="checkbox"/> grandeurs
			Unité de soins spécialisée	p	ab	na	
			Personnalisation de la chambre	p	ab	na	
			Exercice physique	p	ab		
			Exercices isotoniques ou sur chaise	p	ab	na	
			Marche et marche conversation	p	ab	na	
			Relaxation musculaire	p	ab	na	
			Adaptation des soins aux besoins de la personne	p	ab		
			Activités biographiques	p	ab	na	<input type="checkbox"/> tâches ménagères, <input type="checkbox"/> bricolage, <input type="checkbox"/> entretien de plantes, <input type="checkbox"/> jardinage, <input type="checkbox"/> tâches relatives à un métier, <input type="checkbox"/> soin d'un enfant/animal
			Interaction sociale individualisée	p	ab	na	
			Présence simulée	p	ab	na	<input type="checkbox"/> audio ou <input type="checkbox"/> vidéo
			Indice écrit	p	ab	na	
			Soins d'hygiène	p	ab	na	<input type="checkbox"/> principes de base <input type="checkbox"/> bain à la serviette <input type="checkbox"/> méthode discontinue <input type="checkbox"/> fragmentation des soins
			Habillement	p	ab	na	
			Horaire	p	ab	na	<input type="checkbox"/> soins et <input type="checkbox"/> activités
			Plan de soins individualisé	p	ab	na	
			Réponse aux besoins compromis	p	ab	na	
			Thérapies comportementales	p	ab		
			Renforcement positif	p	ab	na	
			Abolition des gratifications	p	ab	na	
			Promotion des événements agréables	p	ab	na	
			Restauration	p	ab	na	<input type="checkbox"/> stratégie décisionnelle au quotidien (sentiment de contrôle + choix)
			Thérapies cognitives	p	ab		<input type="checkbox"/> stimulation cognitive au quotidien
			Orientation à la réalité	p	ab	na	

			Thérapies spécifiques	p	ab		
			Réminiscence	p	ab	na	
			Thérapie occupationnelle	p	ab	na	
			Luminothérapie	p	ab	na	
			Thérapie contre-intuitive	p	ab	na	
			Approche CSI	p	ab	na	CSI : confort-stimulation-interaction
			Formation des soignants	p	ab		
			Sur les MAa	p	ab	na	
			Sur les SCPD	p	ab	na	y compris <input type="checkbox"/> recadrage
			Sur les INP	p	ab	na	
			Sur le retrait des mesures de contrôle	p	ab	na	<input type="checkbox"/> contention et isolement
			Sur l'évaluation clinique	p	ab	na	<input type="checkbox"/> démarche, <input type="checkbox"/> examen physique et <input type="checkbox"/> instruments de mesure
			Sur les interventions pharmacologiques	p	ab	na	et leur surveillance
			Consultation	p	ab		Équipes ou intervenants spécialisés
			Autres				
Question 2.2. Nombre de points					/1		
2.3. Au niveau de la planification, les interventions planifiées sont-elles en lien avec les causes sous-jacentes des SCPD ?							
Lien explicite	1	0					
			Causes avec INP exclusivement	p	ab	na	
			Causes avec interventions pharmacologiques exclusivement	p	ab	na	
			Causes avec INP et interventions pharmacologiques	p	ab	na	
			Autres	inscrire			
Question 2.3. Nombre de points					/1		

2.4. Au niveau de la planification, le plan d'interventions a-t-il des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental) ?							
p.i a différents niveaux	1	0					
			Niveau individuel	p	ab	na	
			Niveau interaction	p	ab	na	
			Niveau environnement	p	ab	na	
			Autres				
Référence à des lignes directrices, recommandations, pratiques exemplaires	1	0					<input type="checkbox"/> CCSMPA <input type="checkbox"/> Voyager <input type="checkbox"/> autre :
Axe / formation prestataires de soins	1	0					<input type="checkbox"/> présentation du plan d'interventions à l'équipe <input type="checkbox"/> objectifs d'apprentissage <input type="checkbox"/> algorithme <input type="checkbox"/> infos sur les médicaments <input type="checkbox"/> procédure de soins <input type="checkbox"/> autre :
Question 2.4. Nombre de points						/3	
2.5. Au niveau de la planification, les INP sont-elles personnalisées à l'histoire biographique de l'ainé et à son contexte de vie ?							
Personnalisation réalisée	1	0					
			Participation famille	1	0	na	na : pas de famille existante/présente/impliquée
			Présence de l'histoire sociale, goûts, aversions, ce qui est important pour le patient (histoire de vie) au dossier	1	0		
			Description des éléments de personnalisation des INP	p	ab		
			Personnalisation concorde avec histoire de vie	p	ab		
			Autres				
Question 2.5. Nombre de points						/3	

2.6. Au niveau de la planification, y a-t-il des recommandations en lien avec les médicaments ?						
			Présence de psychotropes réguliers	p	ab	
			Présence d'antipsychotique régulier	p	ab	<input type="checkbox"/> halopéridol <input type="checkbox"/> chlorpromazine <input type="checkbox"/> fluphénazine <input type="checkbox"/> méthotriméprazine <input type="checkbox"/> clozapine <input type="checkbox"/> loxapine <input type="checkbox"/> olanzapine <input type="checkbox"/> quétiapine <input type="checkbox"/> rispéridone
			Présence d'antidépresseur régulier	p	ab	<input type="checkbox"/> amitriptyline <input type="checkbox"/> clomipramine <input type="checkbox"/> clonazépam <input type="checkbox"/> citalopram <input type="checkbox"/> paroxétine <input type="checkbox"/> sertaline <input type="checkbox"/> bupropion <input type="checkbox"/> mirtazapine <input type="checkbox"/> trazodone <input type="checkbox"/> venlafaxine
			Présence d'anticonvulsivant régulier	p	ab	<input type="checkbox"/> acide valproïque <input type="checkbox"/> gabapentine <input type="checkbox"/>
			Présence de benzodiazépine régulière	p	ab	<input type="checkbox"/> alprazolam <input type="checkbox"/> chlordiazépoxyde <input type="checkbox"/> clorazépate <input type="checkbox"/> diazépam <input type="checkbox"/> flurazépam <input type="checkbox"/> lorazépam <input type="checkbox"/> midazolam <input type="checkbox"/> oxazépam <input type="checkbox"/> témazépam <input type="checkbox"/> triazolam
			Présence d'hormonothérapie régulière	p	ab	<input type="checkbox"/>
			Présence de médicament Alzheimer régulier	p	ab	<input type="checkbox"/> donézépil <input type="checkbox"/> galantamine <input type="checkbox"/> mémantine <input type="checkbox"/> rivastigmine
			Présence d'anxiolytique/hyposédatif	p	ab	<input type="checkbox"/> buspirone <input type="checkbox"/> hydrate de chloral <input type="checkbox"/> doxépine <input type="checkbox"/> dropéridol <input type="checkbox"/> escitalopram <input type="checkbox"/> paroxétine <input type="checkbox"/> zopiclone
			Présence d'analgésique régulier	p	ab	<input type="checkbox"/> acétaminophène <input type="checkbox"/> codéine <input type="checkbox"/> fentanyl <input type="checkbox"/> hydromorphone <input type="checkbox"/> morphine <input type="checkbox"/> oxycodone <input type="checkbox"/> propoxyphène <input type="checkbox"/> sufentanil <input type="checkbox"/> tramadol
			Autres			
Recommandations explicites	1	0				
			Contenu des recommandations	inscrire		
sur antipsychotique si prescrit	p	ab	na			
sur antidépresseur si prescrit	p	ab	na			
sur anticonvulsivant si prescrit	p	ab	na			
sur benzodiazépine si prescrite	p	ab	na			
sur hormonothérapie si prescrite	p	ab	na			
			sur médicament Alzheimer si prescrit	p	ab	na

			sur analgésique si prescrit	p	ab	na		
			Autres	p	ab			
			Recommandations sur des médicaments non présents au profil médicamenteux	p	ab			
Recommandation sur la réévaluation de la pertinence d'un traitement	p	ab						
			Autres		inscrire			
Question 2.6. Nombre de points						/1		
2.7. Au niveau de la planification, y a-t-il des recommandations les antipsychotiques PRN et les benzodiazépines PRN ?								
			Présence de PRN au profil	p	ab			
			Antipsychotiques	p	ab		<input type="checkbox"/> halopéridol <input type="checkbox"/> chlorpromazine <input type="checkbox"/> fluphénazine <input type="checkbox"/> méthotriméprazine <input type="checkbox"/> clozapine <input type="checkbox"/> loxapine <input type="checkbox"/> olanzapine <input type="checkbox"/> quétiapine <input type="checkbox"/> rispéridone	
			Benzodiazépines	p	ab		<input type="checkbox"/> alprazolam <input type="checkbox"/> chlordiazépoxyde <input type="checkbox"/> clonazépam <input type="checkbox"/> clorazépate <input type="checkbox"/> diazépam <input type="checkbox"/> flurazépam <input type="checkbox"/> lorazépam <input type="checkbox"/> midazolam <input type="checkbox"/> oxazépam <input type="checkbox"/> témazépam <input type="checkbox"/> triazolam	
			Présence d'anxiolytique/hypnosédatif	p	ab		<input type="checkbox"/> buspirone <input type="checkbox"/> hydrate de chloral <input type="checkbox"/> doxépine <input type="checkbox"/> dropéridol <input type="checkbox"/> escitalopram <input type="checkbox"/> paroxétine <input type="checkbox"/> zopiclone	
			Analgésiques	p	ab		<input type="checkbox"/> acétaminophène <input type="checkbox"/> codéine <input type="checkbox"/> fentanyl <input type="checkbox"/> hydromorphone <input type="checkbox"/> morphine <input type="checkbox"/> oxycodone <input type="checkbox"/> propoxyphène <input type="checkbox"/> sufentanil <input type="checkbox"/> tramadol	
			Autres		inscrire			
Présence de recommandations sur les PRN	1	0						
Sur antipsychotique PRN si prescrit	p	ab	na					
Sur benzodiazépine PRN si prescrit	p	ab	na					

			Sur analgésique PRN si prescrit	p	ab	na		
			Sur autres PRN si prescrits	p	ab	na		
Recommandation sur la réévaluation de la pertinence d'un traitement	p	ab						
			Autres	inscrire				
Question 2.7. Nombre de points							/1	
2.8. Au niveau de la planification, y a-t-il un partenariat avec le médecin traitant de l'ainé ?								
Mention de partenariat au dossier	1	0						
			Contact lors de l'évaluation	p	ab			
			Autorisation	p	ab			
			Mention de discussion sur le plan d'interventions	p	ab			
			Autre					
Question 2.8. Nombre de points							/1	
Questions 2.1. à 2.8. Nombre de points							/ 12	
3.1. Au niveau de l'efficacité, des instruments de mesure sont-ils utilisés pour juger de l'efficacité des interventions ?								
Utilisés pour évaluation efficacité	1	0						
Identiques que pour évaluation initiale	1	0						
			Instruments utilisés (autres que IACM et INPC)	inscrire				
Question 3.1. Nombre de points							/2	

3.2. Au niveau de l'efficacité, quelles sont les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat ?						
Données au dossier	1	0				
			Utilisation IACM	p	ab	
					/203	
			IACM : écart avec score initial			
			IACM : % d'efficacité			
			Utilisation INPC	p	ab	
					/144	
			INPC : écart avec score total initial			
			INPC : % d'efficacité			
			INPC fréquence : score		/48	
			INPC fréquence : écart avec score initial			
			INPC fréquence : % d'efficacité			
			INPC gravité : score		/36	
			INPC gravité : écart avec score initial			
			INPC gravité : % d'efficacité			
Question 3.2. Nombre de points					/1	
3.3. Au niveau de l'efficacité, y a-t-il des changements au profil pharmacologique ?						
Évaluation des changements réalisée	1	0				
			Présence de changements	p	ab	
			Changements : antipsychotique	p	ab	na
			Changements : benzodiazépine	p	ab	na
			Changements : antidépresseur	p	ab	na
			Changements : analgésie	p	ab	na
			Changements : autres classes de médicaments	inscrire		
Surveillance des réactions indésirables	1	0				
Question 3.3. Nombre de points					/2	

3.4. Au niveau de l'efficacité, les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont-elles été appliquées ?						
			Présence d'analyse	p	ab	
			Recommandations appliquées	oui	non	part
3.5. Au niveau de l'efficacité, quel est le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions ?						
			Présence de mesure au dossier	p	ab	
			Moyenne	inscrire		
3.6. Au niveau de l'efficacité, quel est le degré de satisfaction des proches ?						
			Présence de mesure au dossier	p	ab	
			Moyenne	inscrire		
Questions 3.1. à 3.7. Nombre de points				/ 5		
Questions 1.1. à 3.8. Nombre de points				/ 74		
Relevé pour la description des caractéristiques du patient						
Sexe				F	M	
Âge						
Diagnostic MAa						
DTA						
Démence vasculaire						
DFT						
DCL						
Autre						
Diagnosics mentaux associés						

Lieu résidence/soins			
Domicile			
Résidence privée/ conventionnée			
Centre d'hébergement			
Hôpital			
Autre			
Répondant			
Conjoint(e)			
Enfant			
Curateur public			
Autre			
Autre renseignement pertinent			
Relevé pour la description des données temporelles sur les situations			
Temps entre demande d'intervention et début intervention (jours)			
Temps de l'infirmière de l'équipe de mentorat (heures)			
Temps d'application du plan d'intervention [avant évaluation de l'efficacité] (semaines)			
Renseignements sur le degré d'application du p.i.	p	ab	
Application	oui	non	part
Autres renseignements pertinents			

Commentaires complémentaires sur la situation :

Annexe B : Grille de correction

Grille de correction

La grille de correction présente les éléments de réponse pour les questions relatives aux lignes directrices sur les SCPD présentées dans le deuxième chapitre. La grille de correction est également un complément aux éléments présentés sur l'analyse des données dans le chapitre trois.

Les lignes directrices de la Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées [CCSMPA] (2006) constituent les principales références. Des extraits des recommandations seront insérés dans le texte si cela est jugé utile. Les degrés de solidité des recommandations sont présentés. Les degrés sont ceux utilisés par la CCSMPA (2006). Un tableau présente le détail des degrés de solidité à la fin de cette annexe.

Afin de répondre à la question générale de recherche qui est de décrire quelles sont les caractéristiques de la prise en charge des SCPD par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ, plusieurs questions sont posées. Les questions sont réparties en trois dimensions, soit 1) l'évaluation clinique, 2) la planification des interventions et 3) l'évaluation de l'efficacité.

1. Questions concernant l'évaluation clinique :

Pour chaque situation, il faudra vérifier si la documentation réalisée par l'infirmière de l'équipe de mentorat respecte les lignes directrices sur les SCPD. Pour ce faire, un relevé dans le dossier permettra de consigner la fréquence à laquelle une classe ou une composante de l'évaluation clinique recommandée par les lignes directrices sur les SCPD a été considérée par l'infirmière. La cotation s'effectue à chaque fois que la classe ou la composante apparaît comme ayant été évaluée par l'infirmière. Ce n'est donc pas la présence ou non d'un symptôme clinique mais bien le fait que l'infirmière ait évalué la présence ou l'absence d'une classe ou d'une composante.

Les questions concernant l'évaluation clinique par l'infirmière sont au nombre de cinq.

1.1. Au niveau de l'évaluation clinique, l'infirmière procède-t-elle à une évaluation clinique ?

Les lignes directrices stipulent que « le dépistage (de SCPD) donne lieu à une investigation approfondie (...) » (CCSMPA, 2006, p. 23. Cette recommandation a un degré de solidité « D ». Un point sera accordé à chaque fois que le dossier comprend des données d'évaluation clinique complétées par l'infirmière de l'équipe de mentorat. Les données peuvent être contenues dans une note ou un formulaire.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Une évaluation a été complétée	1	0			
			Autres	inscrire	
Question 1.1. Nombre de points					/1

1.2. Au niveau de l'évaluation clinique, quelles étapes de l'évaluation (anamnèse, histoire de vie, examen physique, instrument de mesure) sont-elle réalisées ?

Les recommandations des lignes directrices indiquent que « les principaux éléments de l'investigation approfondie sont l'anamnèse et l'examen physique, les épreuves de laboratoire et l'investigation psychologique, l'étude des milieux social et physique et les tests diagnostiques pertinents (...), ainsi que l'historique du traitement et de la réponse au traitement.» (CCSMPA, 2006, p. 23). De plus, les lignes directrices recommandent l'utilisation d'instruments de mesure. Cette recommandation a un degré de solidité « C ».

Les classes dans le cadre de l'examen clinique des SCPD recommandées par les lignes directrices sont l'anamnèse, l'analyse ACC (antécédents – comportement –

conséquences), l'examen physique, la poursuite de l'investigation selon les constatations, les analyses de laboratoire, l'évaluation psychologique, l'examen des milieux social et physique, les tests diagnostiques, l'observation du comportement, les renseignements rapportés par le patient, les préoccupations d'autres personnes, l'examen psychométrique, l'investigation sur les troubles et les problèmes physiques ou psychologiques et les instruments de mesure (CCSMPA, 2006, p. 24). Cette recommandation a un degré de solidité « C ». Un point sera accordé à chaque fois que des données relatives à ces classes sont consignées au dossier par l'infirmière.

Parfois, les recommandations des lignes directrices détaillent les composantes de certaines classes. Par exemple, en ce qui concerne l'investigation sur les troubles et les problèmes physiques ou psychologiques, les lignes directrices citent 17 composantes différentes. En ce qui concerne les instruments de mesure, les lignes directrices recommandent d'utiliser des instruments relatifs à la dépression, aux symptômes comportementaux et à l'évaluation comportementale. Ainsi, 11 instruments de mesure sont recommandés. Cependant, certains instruments ne sont pas traduits en français. Ainsi, seuls les instruments de mesure disponibles dans une version française validée seront pris en considération, tels qu'ils sont présentés au deuxième chapitre. Un point sera accordé lorsque l'infirmière de l'équipe de mentorat a évalué chacune des composantes mentionnées par les lignes directrices.

De plus, certaines composantes sur l'examen clinique des SCPD par l'infirmière ont été ajoutées à celles des lignes directrices. En effet, certaines composantes sont en lien avec les spécificités gériatriques et sont décrits dans des ouvrages de référence pour la pratique gériatrique infirmière au Québec (Voyer, 2011, 2013). Par exemple, les lignes directrices recommandent de détecter la présence d'une infection. Or, l'infection chez les aînés peut être suspectée et détectée par la présence de fièvre mais aussi par un changement de comportement, un changement de niveau d'autonomie fonctionnelle ou un

changement de l'état mental. Ainsi, l'instrument de collecte de données permettra de vérifier si l'infirmière a évalué la composante « infection » mais aussi les quatre autres composantes relatives à la détection d'une infection. Toutes les composantes ajoutées sont présentées sur l'instrument de collecte de données (Annexe A).

En ce qui concerne les instruments de mesure, un point sera accordé si l'infirmière de l'équipe de mentorat a utilisé des instruments de mesure. De plus, un point sera accordé à chaque fois que l'infirmière de l'équipe de mentorat a utilisé des instruments relatifs à la dépression, les symptômes comportementaux ou l'évaluation du comportement. Enfin, les résultats obtenus pour chaque instrument de mesure seront relevés.

Si certaines formulations au dossier diffèrent de la formulation utilisée dans l'instrument de collecte de données (Annexe A), l'étudiante et son directeur de recherche établiront une équivalence.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Anamnèse	1	0			
Analyse ACC	1	0			
			Antécédents	1	0
			Comportement	1	0
			Conséquences	1	0
Examen physique	1	0			
			Système pulmonaire	p	ab part
			Système cardiaque	p	ab part
			Système digestif	p	ab part
			Système tégumentaire	p	ab part
			Système musculosquelettique	p	ab part
			Système neurologique	p	ab part
			Système génito-urinaire	p	ab part
			Tête et cou	p	ab part

			Autres	inscrire		
Poursuite de l'investigation selon les constatations	1	0				
Analyses de laboratoire	1	0				
Évaluation psychologique	1	0				
			État de conscience	p	ab	
			Attention	p	ab	
			Autres	inscrire		
Examen des milieux social et physique	1	0				
			Changements situation sociale ou familiale	1	0	
			Nouveaux stresseurs, particularités de la situation de vie, changements de personnel	1	0	
			Disponibilité activités sociales/occupationnelles	1	0	
			Disponibilité expériences positives, renforcements estime de soi	1	0	
			Écarts r/à mode de vie habituel, préférences, perte autonomie	1	0	
			Iso-SMAF	p	ab	
			Aspects milieu physique (changement de chambre)	1	0	
			Milieu organisationnel	p	ab	
			Ressources humaines - ratios	p	ab	
			Disponibilité pour interventions	p	ab	
			Application du plan de l'équipe	p	ab	
			Horaire des soins	p	ab	
			Nombre de soignants pour soins	p	ab	
			Ressources matérielles	p	ab	
			Autres	inscrire		
			Mesures de contrôle	p	ab	
			Présence de mesures	oui	non	na
			Mesures alternatives	p	ab	
			Présence de mesures	oui	non	na
Test diagnostiques	1	0				

			Signes vitaux	p	ab
			Température	p	ab
			Tension artérielle	p	ab
			Pulsation	p	ab
			Respiration	p	ab
			Saturation	p	ab
			Poids	p	ab
Observation du comportement	1	0			
			Attitudes	p	ab
			Collaboration	p	ab
			Réaction principes de base	p	ab
Renseignements rapportés par le patient	1	0	na		
Préoccupations d'autres personnes	1	0			
			Infirmière	p	ab na
			Infirmière auxiliaire	p	ab na
			PAB	p	ab na
			Proche	p	ab na
			Autres personnes	p	ab
			Comportement « tolérable »	p	ab
			Autres	inscrire	
Examen psychométrique	1	0			
Investigation axée sur troubles ou problèmes physiques ou psychologiques	1	0			
			Douleur	1	0
			Constipation ou fécalome	1	0
			Infections	1	0
			Température corporelle	p	ab
			Changement comportement	p	ab
			Changement autonomie fonctionnelle	p	ab
			Changement état mental	p	ab

			Blessure	1	0	
			Plaie	p	ab	
			Rougeur	p	ab	
			Autre traumatisme	p	ab	
			Déshydratation	1	0	
			Langue sèche	p	ab	
			Salive sublinguale	p	ab	
			Turgor sternal	p	ab	
			Turgor frontal	p	ab	
			Peau sèche	p	ab	
			Problèmes nutritionnels	1	0	
			Delirium	1	0	
			Instrument CAM	p	ab	
			CAM : positif ou négatif	pos	neg	na
			Démence	1	0	
			Psychose	1	0	
			Idées délirantes	p	ab	
			Hallucinations	p	ab	
			Illusions	p	ab	
			Dépression ou manie	1	0	
			Risque suicidaire	1	0	
			Troubles anxieux	1	0	
			Troubles du sommeil	1	0	
			Toxicomanie ou réactions de sevrage	1	0	
			Problèmes auditifs ou visuels	1	0	
			Compensés ou non	p	ab	
			Aggravation d'une maladie chronique	1	0	
			Apparition récente d'une maladie physique	1	0	
			Autres	inscrire		
Utilisation d'instruments de mesure	1	0				

Instruments relatifs à la dépression	1	0				
			EDG [0 - 14]	p	ab	
			EDG - score		/15	
			Cornell [0 - 38]	p	ab	
			Cornell - score		/38	
			Autres	inscrire		
Instruments relatifs aux SC	1	0				
			IACM [29 - 203]	p	ab	
			IACM - score		/203	
			Autres	inscrire		
Instruments pour l'évaluation comportementale	1	0				
			INPC [0 - 144]	p	ab	
			INPC – score total		/ 144	
			INPC score / fréquence		/36	
			INPC score / gravité		/48	
			Autres	inscrire		
Autres mesures			MEEM [0 - 30]	p	ab	
			MEEM score / 30		/30	
			MEEM-S [0 - 30]	p	ab	
			MEEM-S score / 30		/30	
			ÉNV [0 - 10]	p	ab	
			ÉNV score / 10		/10	
			PACSLAC [0 - 60]	p	ab	
			PACSLAC score / 60		/60	
			Autres	inscrire		
Question 1.2. Nombre de points						/43

1.3. Au niveau de l'évaluation clinique, une revue de la médication est-elle réalisée ?

Les lignes directrices sur les SCPD recommandent de procéder à « (...) l'historique du traitement et la réponse au traitement » (CCSMPA, 2006, p. 24). Cette

recommandation a un degré de solidité « C ». La collecte de données permettra de déterminer si l'infirmière a réalisé une revue de la médication. Un point sera accordé lorsque l'infirmière de l'équipe de mentorat a réalisé une revue de la médication. Les lignes directrices sur les SCPD citent également huit composantes importantes à considérer pour la revue de la médication. Ces composantes sont présentées dans l'instrument de collecte de données. Ainsi, un point sera accordé à chaque fois qu'une composante issue des lignes directrices aura été considérée par l'infirmière de l'équipe de mentorat. De plus, la présence au dossier d'autres composantes relatives à la médication considérées par l'infirmière de l'équipe de mentorat sera relevée. Enfin, le nombre de principes actifs inscrits au profil pharmacologique de l'aîné sera relevé.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Présence d'une revue	1	0			
			Médicaments susceptibles d'altérer la cognition ou l'humeur	1	0
			Historique du traitement	1	0
			Modifications récentes	1	0
			Recours aux PRN	1	0
			Réponse au traitement	1	0
			Présence effets secondaires indésirables	1	0
			Efficacité thérapeutique	1	0
			Observance de la personne	1	0
			Nombre de principes actifs au profil	inscrire	
			Nom générique	p	ab
			Nom commercial	p	ab
			Posologie	p	ab
			Horaire	p	ab
			Cible thérapeutique	p	ab
			Effets indésirables	p	ab
			Médicament PRN	p	ab

			Posologie PRN	p	ab
			Analyse pharmacologique par logiciel	p	ab
			Autres	inscrire	
Question 1.3. Nombre de points					/9

1.4. Au niveau de l'évaluation clinique, quelles sont les causes sous-jacentes des SCPD identifiés ?

L'évaluation clinique réalisée par l'infirmière a pour but de trouver les causes sous-jacentes des SCPD. Comme le stipulent les lignes directrices, « il importe de prendre en considération tous les facteurs déclenchants, comme le delirium ou la douleur chronique » (CCSMPA, 2006, p. 24). Cette recommandation a un degré de solidité « D ».

Le premier relevé pour ce qui est de la quatrième question concernant l'évaluation clinique par l'infirmière permettra de savoir si l'infirmière de l'équipe de mentorat a recherché des facteurs déclenchants. Un point sera accordé à quand cela sera apparent dans le dossier. Par la suite, il sera vérifié si l'infirmière a considéré le delirium et la douleur qui sont les deux composantes citées par les lignes directrices. Un point sera accordé à quand l'une de ces composantes aura été évaluée par l'infirmière de l'équipe de mentorat.

Le tableau de collecte de données permet de relever les causes sous-jacentes identifiées dans le dossier par l'infirmière de l'équipe de mentorat. La classification des causes sous-jacentes des SCPD est en lien avec les facteurs prédisposants et précipitants décrits dans le modèle d'Algase (Algase et al., 1996). Le modèle est présenté au deuxième chapitre. Afin de faciliter le relevé, certaines causes sont proposées dans la colonne des commentaires. Si certaines formulations de causes sous-jacentes diffèrent de la formulation utilisée par le modèle d'Algase et al (1996), l'étudiante et son directeur de recherche établiront une conversion de termes.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Causes sous-jacentes investiguées	1	0			
			Delirium	1	0
			Douleur	1	0
Causes sous-jacentes identifiées au dossier	p	ab			
			Facteurs neurologiques	p	ab
			Facteurs cognitifs	p	ab
			État de santé	p	ab
			Facteurs psychosociaux	p	ab
			Facteurs personnels	p	ab
			Environnement social – interaction	p	ab
			Environnement physique	p	ab
			Environnement organisationnel	p	ab
			Nombre de causes identifiées au plan d'interventions	inscrire	
			Autres	inscrire	
Question 1.4. Nombre de points				/3	

1.5. Au niveau de l'évaluation clinique, quels sont les SCPD identifiés ?

Les lignes directrices sur les SCPD insistent sur l'importance de procéder à « la synthèse et l'interprétation des données » (CCSMPA, 2006, p. 25). Cette recommandation a un degré de solidité « D ». Le fait qu'au moins un SCPD soit dûment inscrit dans le dossier se cotera par un point. De plus, un relevé permettra de décrire quels sont les SCPD identifiés par l'infirmière de l'équipe de mentorat. Le nombre de SCPD identifiés dans le dossier sera également relevé pour chaque situation. La classification des SCPD est celle de l'IPA (2012). Cette classification est présentée au deuxième chapitre. De plus, il est possible que certains symptômes ne soient pas énoncés dans la classification de

l'IPA (2012). Ainsi, l'instrument de collecte de données permettra de relever les énoncés issus de l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings (Cummings et al., 1994) ou des différents comportements d'agitation selon la proposition de Beck (Beck et al., 1998). Si certaines formulations diffèrent de la formulation utilisée par l'IPA (2012), l'étudiante et son directeur de recherche établiront une conversion de termes.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
SCPD identifié (s)	1	0			
			Énoncés au dossier	inscrire	
			Symptômes comportementaux	p	ab
			Errance	p	ab
			Agitation/agressivité	p	ab
			Résistance aux soins	p	ab
			Comportements sexuels inappropriés	p	ab
			Réaction de catastrophe	p	ab
			Syndrome crépusculaire	p	ab
			Symptômes psychologiques	p	ab
			Idées délirantes	p	ab
			Hallucinations	p	ab
			Illusions	p	ab
			Dépression	p	ab
			Apathie	p	ab
			Anxiété	p	ab
			Nombre de SCPD identifiés	inscrire	
			Énoncés INPC dans les constats (autres que SCPD)	p	ab
			INPC nommés dans les constats (autres que SCPD)		nommer
			Énoncés INPC (sur INPC)	p	ab
			Idées délirantes	p	ab
			Hallucinations	p	ab
			Agitation/Agressivité	p	ab
			Dépression/Dysphorie	p	ab

			Anxiété	p	ab
			Exaltation humeur/Euphorie	p	ab
			Apathie/Indifférence	p	ab
			Désinhibition	p	ab
			Irritabilité/Instabilité de l'humeur	p	ab
			Comportement moteur aberrant	p	ab
			Sommeil	p	ab
			Appétit/Troubles de l'appétit	p	ab
			Énoncés Comportements Agitation (Beck)	p	ab
			CA physique non agressifs	p	ab
			CA physique agressifs	p	ab
			CA verbale non agressifs	p	ab
			CA verbale agressifs	p	ab
			Autres	inscrire	
Question 1.5. Nombre de points					/1

2. Questions concernant la planification

Les questions concernant la planification des interventions par l'infirmière de l'équipe de mentorat sont au nombre de huit. Les cinq premières questions concernant la planification des interventions portent sur le plan d'interventions. Les deux questions suivantes s'intéressent au profil médicamenteux de l'aîné. Enfin, la huitième question est relative au partenariat entre l'infirmière de l'équipe de mentorat et le médecin traitant de l'aîné.

2.1. Au niveau de la planification, y a-t-il présence d'un plan d'interventions au dossier ?

Les lignes directrices soulignent l'importance d'établir un plan de soins personnalisé (CCSMPA, 2006, p. 18). Cette recommandation a un degré de solidité « D ».

Un point sera accordé à chaque fois qu'un plan d'interventions aura été élaboré par l'infirmière de l'équipe de mentorat.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Plan d'interventions rédigé/au dossier	1	0			
Question 2.1. Nombre de points				/1	

2.2. Au niveau de la planification, y a-t-il des interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?

Les lignes directrices soulignent l'importance d'appliquer des INP en présence de SCPD (CCSMPA, 2006, p. 32). Un point sera accordé lorsque le plan d'interventions contient des INP. De plus, l'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur le nombre et les catégories d'INP inscrites dans le dossier, telles que celles-ci sont présentées au Tableau 2.1. Si certaines formulations diffèrent de celle du tableau, l'étudiante et son directeur de recherche établiront une conversion de termes en se référant au Tableau 2.1.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Présence d'INP au plan d'interventions	1	0			
			Nombre d'INP au plan d'interventions	inscrire	
			Approche de base	p	ab
			communication	p	ab na
			validation	p	ab na
			diversion	p	ab na
			écoute active adaptée	p	ab na
			Thérapies sensorielles	p	ab
			Auditive	p	ab na
			Toucher	p	ab na
			Olfactif	p	ab na
			Visuelle	p	ab na

			Multiple	p	ab	na
			Thérapies récréatives	p	ab	
			Thérapies environnementales	p	ab	
			Repères pour orientation	p	ab	na
			Bruit ambiant	p	ab	na
			Aide d'errance	p	ab	na
			Barrières visuelles	p	ab	na
			Programme BACE	p	ab	na
			Activités passe-temps non personnalisées	p	ab	na
			Contrôle des stimuli	p	ab	na
			Mesure de sécurité discrètes	p	ab	na
			Variation	p	ab	na
			Unité de soins spécialisée	p	ab	na
			Personnalisation de la chambre	p	ab	na
			Exercice physique	p	ab	
			Exercices isotoniques ou sur chaise	p	ab	na
			Marche et marche conversation	p	ab	na
			Relaxation musculaire	p	ab	na
			Adaptation des soins aux besoins de la personne	p	ab	
			Activités biographiques	p	ab	na
			Interaction sociale individualisée	p	ab	na
			Présence simulée	p	ab	na
			Indice écrit	p	ab	na
			Soins d'hygiène	p	ab	na
			Habillement	p	ab	na
			Horaire	p	ab	na
			Plan de soins individualisé	p	ab	na
			Réponse aux besoins compromis	p	ab	na
			Thérapies comportementales	p	ab	
			Renforcement positif	p	ab	na
			Abolition des gratifications	p	ab	na
			Promotion des événements agréables	p	ab	na
			Restauration	p	ab	na
			Thérapies cognitives	p	ab	

			Orientation à la réalité	p	ab	na
			Thérapies spécifiques	p	ab	
			Réminiscence	p	ab	na
			Thérapie occupationnelle	p	ab	na
			Luminothérapie	p	ab	na
			Thérapie contre-intuitive	p	ab	na
			Approche CSI	p	ab	na
			Formation des soignants	p	ab	
			Sur les MAa	p	ab	na
			Sur les SCPD	p	ab	na
			Sur les INP	p	ab	na
			Sur le retrait des mesures de contrôle	p	ab	na
			Sur l'évaluation clinique	p	ab	na
			Sur les interventions pharmacologiques	p	ab	na
			Consultation	p	ab	
			Autres			
Question 2.2. Nombre de points						/1

2.3. Au niveau de la planification, les interventions planifiées sont-elles en lien avec les causes sous-jacentes des SCPD ?

Les lignes directrices appuient l'importance d'agir sur les causes sous-jacentes identifiées. Un point sera accordé lorsqu'un lien explicite entre les interventions planifiées et les causes sous-jacentes aura été établi par l'infirmière de l'équipe de mentorat.

L'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur les relations entre les causes sous-jacentes, les INP et les interventions pharmacologiques.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)	
Lien explicite	1	0				
			Causes avec INP exclusivement	p	ab	na
			Causes avec interventions pharmacologiques exclusivement	p	ab	na
			Causes avec INP et interventions pharmacologiques	p	ab	na
			Autres	inscrire		
Question 2.3. Nombre de points				/1		

2.4. Au niveau de la planification, le plan d'interventions a-t-il des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental) ?

Un point sera accordé lorsque le plan d'interventions aura été composé des cibles à différents niveaux. L'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur les différents niveaux considérés par l'infirmière soit, les niveaux individuel, interactionnel et environnemental.

De plus, les lignes directrices relèvent l'importance de « personnaliser le plan de soins en tenant compte des recommandations et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. » Ainsi, la CCSMPA (2006) insiste sur le « (...) le caractère primordial de la formation et des qualifications des prestataires de soins. » (CCSMPA, 2006, p. 18). Cette recommandation a un degré de solidité « D ». Un point sera accordé lorsque l'infirmière de l'équipe de mentorat aura démontré qu'elle fait référence à des lignes directrices, des recommandations ou des pratiques exemplaires. Cela peut être démontré par des références bibliographiques au plan d'interventions, des documents remis ou annexés ou par toute forme de référence. Un autre point sera accordé lorsqu'un axe aura été mis sur la formation des prestataires de soins. Cela peut également être démontré par des interventions de formation sur la MAa ou les SCPD, sur les interventions non

pharmacologiques ou pharmacologiques, par des documents remis ou annexés au plan d'interventions ou par des objectifs d'apprentissage dûment énoncés au dossier.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)	
p.i a différents niveaux	1	0				
			Niveau individuel	p	ab	na
			Niveau interaction	p	ab	na
			Niveau environnement	p	ab	na
			Autres			
Référence à des lignes directrices, recommandations, pratiques exemplaires	1	0				
Axe / formation prestataires de soins	1	0				
Question 2.4. Nombre de points				/3		

2.5. Au niveau de la planification, les INP sont-elles personnalisées à l'histoire biographique de l'aîné et à son contexte de vie ?

Les lignes directrices précisent qu'il faut « personnaliser le plan de soins » et insistent sur « (...) l'importance d'une prestation de soins personnalisée, axée sur l'utilisateur, dans le respect de la diversité et avec la participation de la famille (...). » (CCSMPA, 2006, p. 18). Pour ce faire, les soignants doivent « connaître notamment l'histoire médicale, l'histoire sociale, les goûts et aversions du résident, ce qui revêt de l'importance pour lui (...). » (CCSMPA, 2006, p. 18). Cette recommandation a un degré de solidité « D ». Un point sera accordé lorsque l'infirmière de mentorat aura démontré qu'elle a personnalisé le plan d'interventions. Pour cela, l'infirmière doit inscrire les éléments de personnalisation pour les différentes interventions. En règle générale, des précisions sur les INP sont données. Par exemple, le genre de musique préférée, les activités de la thérapie

occupationnelle, les thèmes de réminiscence ou encore les objets de diversion sont précisés.

De plus, un point sera accordé lorsque la participation de la famille à l'application du plan d'interventions aura été clairement établie dans le dossier. Enfin, un point sera accordé lorsque des éléments de connaissance sur l'histoire de vie de l'aîné seront évidents dans le dossier. Cela peut faire partie intégrante des données recueillies lors de l'anamnèse ou faire partie d'un document spécifique sur l'histoire de vie de l'aîné.

L'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur les éléments de personnalisation des INP ainsi que sur la concordance de la personnalisation des INP avec l'histoire de vie de l'aîné.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)	
Personnalisation réalisée	1	0				
			Participation famille	1	0 na	
			Présence de l'histoire sociale, goûts, aversions, ce qui est important pour le patient (histoire de vie) au dossier	1	0	
			Description des éléments de personnalisation des INP	p	ab	
			Personnalisation concorde avec histoire de vie	p	ab	
			Autres			
Question 2.5. Nombre de points					/3	

2.6. Au niveau de la planification, y a-t-il des recommandations en lien avec les médicaments ?

Les lignes directrices précisent qu'il faut « évaluer minutieusement les bienfaits et les effets néfastes potentiels des interventions médicamenteuses » (CCSMPA, 2006, p. 36). Cette recommandation a un degré de solidité « A ».

De plus, des recommandations sur l'usage et des restrictions sont clairement énoncées quant au recours aux neuroleptiques et aux benzodiazépines. En règle générale, les antipsychotiques sont réservés « à l'agitation ou à la psychose grave où la gravité est évaluée selon le danger, la souffrance ou l'incapacité considérable » (CCSMPA, 2006, p. 37). Cette recommandation a un degré de solidité « B ». En règle générale, les benzodiazépines devraient être réservées aux situations d'anxiété et d'insomnie (CCSMPA, 2006, p. 37). De plus, leur usage ne devrait pas excéder deux à trois semaines (CCSMPA, 2006, p. 37). Ces recommandations ont un degré de solidité « C ».

Enfin, les lignes directrices précisent que le traitement médicamenteux des SCPD devrait être « (...) réévalué à intervalles réguliers, tous les trois à six mois par exemple, pour déterminer la pertinence de diminuer la dose ou de cesser le traitement. » (CCSMPA, 2006, p. 38). Cette recommandation a un degré de solidité « A ».

Ainsi, un point sera accordé lorsque des recommandations de l'infirmière de l'équipe de mentorat sur la médication seront apparentes au dossier.

Les lignes directrices établissent des recommandations sur les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anticonvulsivants, les benzodiazépines et l'hormonothérapie. Un relevé permettra de consigner la présence d'une recommandation sur l'un de ces principes actifs, en présence de prescription. De plus, la présence d'une recommandation de l'infirmière de l'équipe de mentorat sur le fait d'évaluer la pertinence de diminuer la dose ou de cesser le traitement sera également relevée.

L'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur le contenu des recommandations et sur les recommandations relatives aux autres classes de médicaments que celles mentionnées par les lignes directrices. De plus, la présence de recommandations de l'infirmière de l'équipe de mentorat sur des classes de

médicaments ou des principes actifs non prescrits ou non relevés au profil pharmacologique sera consignée.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
			Présence de psychotropes réguliers	p	ab
			Présence d'antipsychotique régulier	p	ab
			Présence d'antidépresseur régulier	p	ab
			Présence d'anticonvulsivant régulier	p	ab
			Présence de benzodiazépine régulière	p	ab
			Présence d'hormonothérapie régulière	p	ab
			Présence de médicament Alzheimer régulier	p	ab
			Présence d'anxiolytique/hyposédatif	p	ab
			Présence d'analgésique régulier	p	ab
			Autres		
Recommandations explicites	1	0			
			Contenu des recommandations	inscrire	
sur antipsychotique si prescrit	p	ab na			
sur antidépresseur si prescrit	p	ab na			
sur anticonvulsivant si prescrit	p	ab na			
sur benzodiazépine si prescrite	p	ab na			
sur hormonothérapie si prescrite	p	ab na			
			<i>sur médicament Alzheimer si prescrit</i>	p	ab na
			<i>sur analgésique si prescrit</i>	p	ab na
			Autres	p	ab
			Recommandations sur des médicaments non présents au profil médicamenteux	p	ab
Recommandation sur la réévaluation de la pertinence d'un traitement	p	ab			
			Autres	inscrire	

Question 2.6. Nombre de points				/1

2.7. Au niveau de la planification, y a-t-il des recommandations les antipsychotiques PRN et les benzodiazépines PRN ?

Pour commencer, la présence ou l'absence de PRN dans le profil sera relevée. Un point sera donné lorsque l'infirmière aura établi une recommandation sur les PRN prescrits. En présence de prescription d'antipsychotique PRN et de benzodiazépine PRN, un relevé sera réalisé afin de déterminer la fréquence à laquelle l'infirmière de l'équipe de mentorat énonce une recommandation. Le relevé permettra également de relever la fréquence à laquelle l'infirmière de l'équipe de mentorat propose de réévaluer régulièrement la pertinence de diminuer la dose ou de cesser le traitement.

De plus, l'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur les principes actifs prescrits sous forme de PRN et sur les recommandations de l'infirmière de l'équipe de mentorat relatives aux autres classes de médicaments PRN.

Classes	P (1)	ab (0)		Composantes	p (1)	ab (0)	
				Présence de PRN au profil	p	ab	
				Antipsychotiques	p	ab	
				Benzodiazépines	p	ab	
				Présence d'anxiolytique/hypnosédatif	p	ab	
				Analgésiques	p	ab	
				Autres	inscrire		
Présence de recommandations sur les PRN	1	0					
Sur antipsychotique PRN si prescrit	p	ab	na				
Sur benzodiazépine PRN si prescrit	p	ab	na				
				Sur analgésique PRN si prescrit	p	ab	na

			Sur autres PRN si prescrits	p	ab	na
Recommandation sur la réévaluation de la pertinence d'un traitement	p	ab				
			Autres	inscrire		
Question 2.7. Nombre de points						/1

2.8. Au niveau de la planification, y a-t-il un partenariat avec le médecin traitant de l'aîné?

Les lignes directrices sur la gestion optimale des SCPD précisent qu'une collaboration interdisciplinaire est jugée primordiale « (...) dans la mise en œuvre des recommandations sur les pratiques exemplaires. » (CCSMPA, 2006, p. 25). Cette précision fait partie d'une recommandation sur l'évaluation qui a un degré de solidité « D ». Cependant, aucun détail concernant la composition et les modes de collaboration d'une telle équipe n'est décrit.

Un point sera accordé lorsque l'infirmière aura communiqué avec le médecin traitant de l'aîné. L'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur le contenu des échanges entre l'infirmière de l'équipe de mentorat et le médecin. Par exemple, il sera relevé si l'infirmière contacte le médecin lors de l'évaluation initiale ou pour obtenir son autorisation d'intervenir dans le dossier ou encore pour lui transmettre les constats de son évaluation clinique, la teneur du plan d'interventions et ses recommandations concernant la médication.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Mention de partenariat au dossier	1	0			
			Contact lors de l'évaluation	p	ab
			Autorisation	p	ab
			Mention de discussion sur le plan d'interventions	p	ab
			Autre		
Question 2.8. Nombre de points					/1

3. Questions concernant l'efficacité :

Les six questions concernant l'évaluation de l'efficacité sont relatives aux SCPD, au profil pharmacologique et à la satisfaction des personnes impliquées.

3.1. Au niveau de l'efficacité, des instruments de mesure sont-ils utilisés pour juger de l'efficacité des interventions ?

Les lignes directrices précisent que « l'évaluation du changement est de nature quantitative, de préférence à l'aide de l'instrument utilisé avant l'intervention » (CCSMPA, 2006, p. 25). Cette recommandation a un degré de solidité « D ». Un point sera accordé lorsque l'infirmière de l'équipe de mentorat aura utilisé des instruments de mesure pour cette étape. De plus, un point sera accordé quand les instruments utilisés seront identiques que ceux utilisés lors de l'évaluation initiale au début de l'épisode de soins.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Utilisés pour évaluation efficacité	1	0			
Identiques que pour évaluation initiale	1	0			
			Instruments utilisés (autres que IACM et INPC)	inscrire	
Question 3.1. Nombre de points					/2

3.2. Au niveau de l'efficacité, quelles sont les différences de fréquence et de gravité dans les SCPD avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat ?

Un point sera accordé lorsque l'infirmière de l'équipe de mentorat aura inscrit des résultats dans le dossier. Les résultats du IACM et du INPC seront relevés.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Données au dossier	1	0			
			Utilisation IACM	p	ab
					/203
			IACM : écart avec score initial		
			IACM : % d'efficacité		

			Utilisation INPC	p	ab
					/144
			INPC : écart avec score total initial		
			INPC : % d'efficacité		
			INPC fréquence : score		/48
			INPC fréquence : écart avec score initial		
			INPC fréquence : % d'efficacité		
			INPC gravité : score		/36
			INPC gravité : écart avec score initial		
			INPC gravité : % d'efficacité		
Question 3.2. Nombre de points					/1

3.3. Au niveau de l'efficacité, y a-t-il des changements au profil pharmacologique ?

Un point sera accordé lorsque l'infirmière de l'équipe de mentorat aura procédé à l'évaluation des changements au profil pharmacologique en cours d'épisode de soins. Les lignes directrices notent que « le traitement médicamenteux s'accompagne de la surveillance continue des effets indésirables » (CCSMPA, 2006, p. 38). Cette recommandation a un degré de solidité « A ». De plus, « des résultats inattendus ou des effets indésirables de traitement imposent la réévaluation et le réexamen des facteurs déclenchant, perpétuant ou exacerbant les symptômes dépressifs et comportementaux. Les réactions indésirables au traitement sont évaluées. » (CCSMPA, 2006, p. 25). Cette recommandation a un degré de solidité « D ». Ainsi, un point sera également accordé quand le dossier comportera des éléments sur la surveillance des réactions indésirables.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
Évaluation des changements réalisée	1	0			
			Présence de changements	p	ab
			Changements : antipsychotique	p	ab na
			Changements : benzodiazépine	p	ab na
			Changements : antidépresseur	p	ab na

			Changements : analgésie	p	ab	na
			Changements : autres classes de médicaments	inscrire		
Surveillance des réactions indésirables	1	0				
Question 3.3. Nombre de points						/2

3.4. Au niveau de l'efficacité, les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont-elles été appliquées ?

L'instrument de collecte permet de recueillir des données descriptives sur l'application des recommandations concernant la médication.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)	
			Présence d'analyse	p	ab	
			Recommandations appliquées	oui	non	part

3.5. Au niveau de l'efficacité, quel est le degré de satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions ?

En présence d'une mesure de la satisfaction des soignants impliqués dans l'application du plan d'interventions, le degré de satisfaction sera relevé.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
			Présence de mesure au dossier	p	ab
			Moyenne	inscrire	

3.6. Au niveau de l'efficacité, quel est le degré de satisfaction des proches ?

En présence d'une mesure de la satisfaction des proches, le degré de satisfaction sera relevé.

Classes	P (1)	ab (0)	Composantes	p (1)	ab (0)
			Présence de mesure au dossier	p	ab

			Moyenne	inscrire
--	--	--	---------	----------

Ainsi, les questions relatives aux lignes directrices sur les SCPD permettent de recueillir un certain nombre de points. Plus le nombre de points est élevé plus la pratique infirmière concorde avec les recommandations. Le tableau ci-dessous présente le récapitulatif des points.

Dimension	Nombre de points
Évaluation clinique	57
Planification des interventions	12
Évaluation de l'efficacité	5
Total des points	74

Le tableau ci-dessous présente les degrés de solidité des recommandations de la CCSMPA (2006). Il est inspiré du document de la CCSMPA (2006, p. 6).

Degré de solidité		Catégories de données probantes
A	Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie I	Données probantes issues : Ia. d'une méta-analyse d'essais cliniques comparatifs et randomisés Ib. d'au moins un essai clinique comparatif et randomisé
B	Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie II ou	Données probantes issues : IIa. d'au moins une étude comparative sans randomisation

	extrapolée de données probantes de catégorie I	IIb. d'au moins une étude quasi-expérimentale d'un autre type
C	Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie III ou extrapolée de données probantes de catégorie I ou II	Données probantes issues d'études descriptives non expérimentales, comme une étude comparative, une étude corrélationnelle ou une étude cas-témoin
D	Recommandation étayée directement par des données probantes de catégorie IV ou extrapolée de données probantes de catégorie I, II ou III	Données probantes issues de rapports ou de l'opinion de comité d'experts, ou de l'expérience clinique de sommités

Annexe C : Recueil de données sur les aînés formant l'échantillon

No :

Fiche signalétique patient

Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Âge	
Diagnostic MAa	<input type="checkbox"/> DTA <input type="checkbox"/> Démence vasculaire <input type="checkbox"/> DFT <input type="checkbox"/> Démence à corps de Léwy <input type="checkbox"/> Démence mixte <input type="checkbox"/> Autre :
Diagnosics mentaux associés	
Lieu résidence/soins	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Résidence privée-conventionnée <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Autre :

Répondant	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) : <input type="checkbox"/> Enfant : <input type="checkbox"/> Curateur public : <input type="checkbox"/> Autre :
Autre renseignement pertinent	

Ce tableau est intégré à l'instrument de collecte de données (Annexe A) afin de faciliter le relevé global des données sur les situations. De plus, les données sur les médicaments sont relevées sur l'instrument de collecte de données (Annexe A).

Annexe D : Recueil de données sur les infirmières de l'équipe de mentorat

Fiche signalétique infirmière

Âge	
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Expérience professionnelle	<input type="checkbox"/> Nombre d'années d'expérience comme infirmière : <input type="checkbox"/> Nombre d'années d'expérience en gériatrie comme infirmière : <input type="checkbox"/> Autre :
Formation	<input type="checkbox"/> DEC, année d'obtention : <input type="checkbox"/> BAC, année d'obtention : <input type="checkbox"/> Maîtrise, année d'obtention : <input type="checkbox"/> Autre, décrire + année d'obtention :
Autre renseignement pertinent	

Annexe E : Approbation du comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec

Le 24 septembre 2013

Docteur Philippe Voyer
a/s de Madame Sylvie Rey, étudiante
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Ferdinand-Vandry, local 3445
1050, avenue de la Médecine
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6

Objet : Assurance qualité / Évaluation de la méthodologie

Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
par des infirmières

Docteur,

Votre demande datée du 17 septembre 2013 concernant la nécessité ou non de faire approuver votre projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche a été évaluée. Après l'avoir analysé, il appert que, selon l'Énoncé de politique des trois Conseils, *Éthique de la recherche avec des êtres humains, 2010 (EPTC2, article 2,5)*, votre devis de recherche n'est pas considéré comme un projet de recherche nécessitant l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche. Conséquemment le CÉR du CHU de Québec n'a pas à approuver votre projet afin qu'il puisse se dérouler au CHU de Québec.

Toutefois, le devis présenté apparaît conforme aux principes qui régissent l'éthique de la recherche. Les considérations habituelles pour l'accès aux dossiers et le respect de la confidentialité selon les règles des Bonnes Pratiques Cliniques sont applicables.

Les informations recueillies ne devront servir qu'aux seuls objectifs de la présente activité d'évaluation et ne devront pas faire l'objet d'une banque de données ou être utilisées ultérieurement à d'autres fins. De plus, aucun contact avec les patients ou les parents (dans le cas de personnes mineures) ne sera effectué dans le cadre de cette activité d'évaluation. Le CÉR recommande de procéder à l'anonymisation irréversible une fois que les analyses seront complétées afin de permettre une protection maximale de la confidentialité.

Le chercheur doit s'assurer d'obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels du CHUQ pour l'accès aux dossiers hospitaliers.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Ana Marin, Ph.D.
Présidente du sous-comité A
Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec

AM/mni
(GU14-135)

Annexe F : Autorisation du DSP du CHU de Québec



Direction des services professionnels

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Le 7 octobre 2013

Docteur Philippe Voyer
A/S de Madame Sylvie Rey
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Ferdinand-Vandry, local 3445
1050, avenue de la Médecine
Québec (Québec) G1V 0A6

Objet : Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par des infirmières

Docteur,

J'accuse réception de votre courrier électronique du 27 septembre 2013 concernant le sujet susmentionné.

Je vous autorise à consulter les dossiers de l'équipe de mentorat du CEVQ.

Toutefois, les informations recueillies ne devront servir qu'aux seuls objectifs de la présente étude et ne devront pas faire l'objet d'une banque de données ou être utilisées ultérieurement à d'autres fins. De plus, aucun contact avec les patients ou les parents, dans le cas de personnes mineures, ne sera effectué dans le cadre de cette étude.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute information supplémentaire.

Veillez agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le directeur des services professionnels par intérim,

Martin Lamarre, M.D.

ML/pb

L'Hôtel-Dieu de Québec
11, côte du Palais, bureau K0-22
Québec (Québec) G1R 2J6
Téléphone : 418 691-5521
Télécopieur : 418 525-4476

P:\DSP\LoCour+MBoite\DSP - Pierrette\Archives\LET De Philippe Voyer - autorisation accès dossier symptômes comportementaux inf .doc

chudequebec.ca

Affilié à  UNIVERSITÉ
LAVAL

Annexe G : Exemption du CÉRUL

Comité d'éthique - Confirmation de l'exemption de votre projet de recherche

Brigitte Poitras

Date d'envoi : 11 novembre 2013 11:30

À : Sylvie Rey

Cc : Cindy Asselin; Philippe Voyer

Bonjour Madame Rey,

Le présent courriel a pour but de vous confirmer l'exemption, par le CÉRUL du projet de recherche intitulé :

Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de démence par des infirmières

réalisé dans le cadre de votre maîtrise en sciences infirmières.

Donc, pour ce qui est de l'éthique de la recherche, votre dossier est en règle.

Je vous souhaite une très belle journée.

Brigitte Poitras



Secrétaire de gestion

Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé

Comité d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation

Maison Michael-John-Brophy

2241, chemin Sainte-Foy

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Tél. : (418) 656-2131 poste 13162

Venez visiter notre nouveau site Internet à l'adresse suivante : www.cerul.ulaval.ca

