

Table des matières

1. Résumé	1
2. Remerciements	2
3. Déclaration.....	3
4. Introduction	6
4.1. <i>Problématique.....</i>	6
4.2. <i>Question de recherche</i>	8
4.3. <i>But de la recherche</i>	9
5. Cadre théorique	10
5.1. <i>Les personnes âgées / aînés.....</i>	10
5.1.1. Polypathologie, multimorbidité, comorbidité ?	10
5.1.2. Polymédication.....	11
5.2. Troubles neurocognitifs majeurs	12
5.3. <i>Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</i>	13
5.3.1. Impact sur le patient atteint.....	14
5.3.2. Impact sur l'équipe soignante	14
5.4. <i>Evaluation des SCPD.....</i>	15
5.4.1. Démarche d'évaluation infirmière	16
5.4.2. Les outils d'évaluation infirmière.....	16
5.5. <i>Les approches dans la gestion des SCPD.....</i>	17
5.5.1. Approches pharmacologiques.....	17
5.5.2. Approches non-pharmacologiques	18
6. Méthode	22
6.1. <i>Devis de recherche</i>	22
6.2. <i>Collecte des données.....</i>	22
6.3. <i>Sélection des données.....</i>	23
6.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	23
6.3.2. Pyramide des preuves	24
6.3.3. Etudes retenues.....	24
6.3.4. Considérations éthiques.....	25
6.4. <i>Analyse des données.....</i>	25
7. Résultats	26
7.1. <i>Description de l'étude 1</i>	26
7.1.1. Validité méthodologique.....	26
7.1.2. Pertinence clinique.....	27
7.1.3. Utilité pour la pratique professionnelle	27
7.2. <i>Description de l'étude 2</i>	28
7.2.1. Validité méthodologique.....	29
7.2.2. Pertinence clinique.....	29
7.2.3. Utilité pour la pratique professionnelle	30

7.3.	<i>Description de l'étude 3</i>	30
7.3.1.	Validité méthodologique	31
7.3.2.	Pertinence clinique	32
7.3.3.	Utilité pour la pratique professionnelle	32
7.4.	<i>Description de l'étude 4</i>	33
7.4.1.	Validité méthodologique	34
7.4.2.	Pertinence clinique	34
7.4.3.	Utilité pour la pratique professionnelle	35
7.5.	<i>Description de l'étude 5</i>	35
7.5.1.	Validité méthodologique	36
7.5.2.	Pertinence clinique	36
7.5.3.	Utilité pour la pratique professionnelle	37
7.6.	<i>Description de l'étude 6</i>	37
7.6.1.	Validité méthodologique	38
7.6.2.	Pertinence clinique	38
7.6.3.	Utilité pour la pratique professionnelle	39
7.7.	<i>Synthèse des principaux résultats</i>	39
8.	Discussion	41
8.1.	<i>Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences</i>	41
8.2.	<i>Limites et critiques de la revue de la littérature</i>	43
9.	Conclusions	44
9.1.	<i>Propositions pour la pratique</i>	44
9.2.	<i>Propositions pour la formation</i>	45
9.3.	<i>Propositions pour la recherche</i>	45
10.	Références bibliographiques	46
10.1.	<i>Tableau de recension</i>	46
10.2.	<i>Livres et revues</i>	46
11.	Annexes	50
11.1.	<i>Annexe I : Grille d'examen clinique selon Voyer</i>	50
11.2.	<i>Annexe II : Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield</i>	54
11.3.	<i>Annexe III : Pyramide des preuves</i>	56
11.4.	<i>Annexe IV : Tableau de recension de l'étude n°1</i>	57
11.5.	<i>Annexe V : Tableau de recension de l'étude n°2</i>	58
11.6.	<i>Annexe VI : Tableau de recension de l'étude n°3</i>	59
11.7.	<i>Annexe VII : Tableau de recension de l'étude n°4</i>	60
11.8.	<i>Annexe VIII : Tableau de recension de l'étude n°5</i>	61
11.9.	<i>Annexe IX : Tableau de recension de l'étude n°6</i>	62
11.10.	<i>Annexe IX : Tableau des auteurs de cette revue de la littérature</i>	63
11.11.	<i>Annexe XI : Glossaire</i>	66
11.12.	<i>Annexe XII : Bibliographie et cyber graphie annexes</i>	68

4. Introduction

4.1. Problématique

La population vieillissante est un défi de santé depuis plus de quinze ans aujourd'hui. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a neuf cents millions de personnes de plus de soixante ans dans le monde à ce jour. Ce chiffre augmenterait à deux milliards en 2050 (OMS, 2015). Ces statistiques concordent avec l'estimation de deux milliards de personnes âgées en 2050 faite par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2002 (ONU, 2002). L'Office Fédérale de la Statistique (OFS) en Suisse a estimé que 26.4% de la population serait âgée de plus de soixante-cinq ans en 2045 (OFS, 2016). Il convient donc de se poser la question de ce que cela implique au niveau du système de santé.

Le vieillissement s'accompagne d'un certain nombre de changements physiologiques normaux. Il s'agit de la sénescence et cela se manifeste par une perte auditive et visuelle ainsi qu'une mobilité physique réduite. Ces changements sont des facteurs favorisant la survenue de pathologies chroniques telles que pathologies vasculaires, accidents vasculaires cérébraux (AVC), affections respiratoires chroniques, cancers ou démence (OMS, 2016, p.30). Lorsqu'il y a la présence d'une maladie chronique, il s'agit d'un vieillissement pathologique. Ainsi, les aînés ont un risque de mortalité et de morbidité augmentée (OMS, 2016, p.59). D'autre part, plus de la moitié des personnes âgées présenteraient une comorbidité (OMS, 2016, p.68). Selon l'OMS, il semblerait que les troubles neurocognitifs majeurs (démences) soient une cause importante de plus grande incapacité dans les pays à hauts revenus (OMS, 2016, p.65). Le nombre de personnes touchées par ces troubles serait de 35.56 millions en 2010 et ne cesserait de croître jusqu'à 65.69 millions en 2030 et 115.38 millions en 2050 (OMS, 2012, traduction libre, p.18). L'OMS estime également qu'environ 7.7 millions de nouveaux cas de démences seraient diagnostiqués chaque année à travers le monde (OMS, 2012, traduction libre, p.24). L'incidence serait plus élevée chez les 80-89 ans en Europe et en Amérique (OMS, 2012, traduction libre, p.23).

Mais qu'est-ce qu'impliquent réellement ces troubles sur la vie de la personne atteinte ? Selon différentes études recensées par l'OMS, ils affectent les fonctions cognitives supérieures, la mémoire, le langage, la perception et la réflexion, perturbant ainsi le fonctionnement normal de la vie quotidienne (OMS, 2012, traduction libre, p.67). La personne se retrouve donc en incapacité de communiquer et de comprendre le monde qui l'entoure ; de reconnaître ses proches et d'effectuer certaines activités de la vie quotidienne.

En plus d'avoir une influence délétère sur la personne, cela a également un impact sur ses proches, car ce sont les premières personnes à les prendre en charge (OMS, 2012, traduction libre, p.69). Ces aidants naturels sont confrontés à différents défis liés à l'évolution de la maladie, tels que la prise en charge sociale et financière, mais également les soins corporels et une supervision constante (OMS, 2012, traduction libre, p.71). Cela a donc un impact direct sur le fonctionnement familial, le rôle et le statut de chacun. Cela peut également provoquer une diminution de leur qualité de vie (OMS, 2012, traduction libre, p.72). Selon l'évaluation des données du Resident Assessment Instrument (RAI) en Suisse allemande, 47.6% des résidents en établissement médicosocial (EMS) ont un diagnostic médical de démence posé ; il est cependant intéressant de noter que l'on peut soupçonner une démence chez 16.9% des résidents selon leur évaluation sur l'échelle de performance cognitive (CPS), augmentant ainsi l'incidence à 64.5% (Anliker & Bartelt, 2012, traduction libre, p. 2). Le pourcentage des données avec diagnostic médical de démence n'est pas comparable avec l'analyse des données de la base PLAISIR (Neuchâtel, Vaud, Genève, Jura) qui est de 41.2% ; si l'on prend également en compte l'évaluation avec CPS, le taux de résidents augmentent à 81.8% (Berthoud, Laurent & Rey, 2012, p.7). Ceci nous indique donc qu'une grande partie de la population résidente en EMS est atteinte de troubles neurocognitifs majeurs, avec une incidence plus élevée en Suisse romande. Pourquoi ? La prise en charge parfois difficile de la personne atteinte par les proches peut être une raison. Il existe cependant des symptômes caractéristiques touchant presque la totalité des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs pouvant aussi expliquer la grande institutionnalisation de cette population.

En effet, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont une des affections les plus courantes des troubles neurocognitifs majeurs, avec une prévalence entre 70 et 80% (Testad, Aasland & Aarsland, 2007, traduction libre, p. 918-919 ; Seitz, Purandare & Conn, 2010, traduction libre). Aalten et al. (2007) décrivent douze symptômes les plus communément observés : apathie (55%) ; anxiété et dépression (34%) ; irritabilité (32%) ; agitation (31%) ; comportements moteurs aberrants (27%) ; troubles de l'appétit (22%) ; troubles du sommeil et délire (19%) ; désinhibition et hallucinations (9%) ; euphorie (5%) (p.459, traduction libre). Quelles sont les conséquences de ces symptômes ? Selon Voyer (2012), la personne atteinte peut se sentir rejetée ou abandonnée par ses proches, elle subit également ses propres réactions telles que la peur ou l'anxiété. Quant aux proches, ils peuvent ressentir de la honte, de la culpabilité ou de l'anxiété face à ces symptômes. Les soignants se retrouvent eux aussi face à des sentiments négatifs tels que l'impuissance, l'échec, la colère ou encore la culpabilité. Il semblerait également qu'ils soient plus susceptibles de conduire à l'épuisement professionnel

(p.356). Ces troubles ont donc une influence sur la qualité de la vie de la personne ainsi que de ses proches, mais également des soignants et nécessite donc une gestion. Alors comment les appréhender ?

L'incidence de prescriptions de psychotropes pour les SCPD dans les EMS en Suisse à l'entrée des résidents est de 77% (Lustenberger, Schüpbach, von Gunten & Mosimann, 2011, traduction libre, p.3). Il semble donc que ce soit la mesure de gestion la plus courante. Parmi tous les psychotropes, il se pourrait que les neuroleptiques soient les plus utilisés, avec une prévalence de 69.5% durant la période de recherche (Lustenberger et al., 2011, traduction libre, p.4). Lustenberger et al. proposent différentes directives pour la prescription de psychotropes dans les milieux de soins gériatriques. En premier lieu, les approches non-pharmacologiques devraient être essayées. En deuxième lieu, les traitements médicamenteux devraient être prescrits sur la période la plus courte possible et leur utilisation devrait être régulièrement réévaluée (2011, p.6, traduction libre). Selon Locca (2008), les traitements neuroleptiques ne sont pas toujours efficaces et s'accompagnent de différents effets secondaires plus ou moins importants, tels que des troubles cardiovasculaires, voire la mort. De plus, leur efficacité sur les SCPD ne serait pas forcément efficace (p.611, traduction libre). D'autre part, les comorbidités augmentent les risques liés aux neuroleptiques. Selon l'OMS (2016), la prévalence de comorbidités augmente considérablement entre 50 et 60 ans dans les pays à hauts revenus (p.69). L'administration de neuroleptiques aux personnes âgées est donc risquée, alors pourquoi ne pas proposer d'avantage des interventions non-pharmacologiques pour la gestion des SCPD ? Et quelles sont ces interventions ?

4.2. Question de recherche

Population	Hommes et femmes de plus de 65 ans vivant en EMS atteints de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
Intervention	Approches non pharmacologiques (programme d'interventions infirmiers)
Comparaison	Approches pharmacologiques : traitement par psychotropes
Outcome	Diminution de l'apparition des SCPD
Time	Publication entre 2011 et 2017

L'outil « PICOT » a permis de cibler la question de cette recherche qui est : En EMS, comment le soignant infirmier peut-il intégrer dans sa pratique professionnelle une ap-

proche non-pharmacologique auprès des résidents souffrant de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ?

4.3. But de la recherche

Le but de cette recherche est de :

- Identifier l'efficacité de l'approche non-pharmacologique en tant que complément ou substitution à l'approche pharmacologique dans la gestion des SCPD.
- Repérer les différentes approches non-pharmacologiques que l'infirmier peut mettre en place dans sa prise en charge de résidents souffrant de SCPD.

5. Cadre théorique

5.1. Les personnes âgées / aînés

Dans la littérature, il est souvent difficile de trouver une définition claire et précise du terme personnes âgées tant il diffère en fonction du pays et des auteurs. Il existe cependant des définitions plus universelles de « vieillissement » ou « sénescence », qui sont tout autant difficiles à définir, car les changements qui les constituent sont complexes et différents pour chaque individu. En effet, selon l'OMS (2016) et Voyer (2013), le vieillissement est lié à l'accumulation de plusieurs lésions moléculaires et cellulaires entraînant des altérations biologiques communes à tous les individus telle que diminution de l'audition, de la force musculaire ou de la capacité respiratoire. Ces modifications augmentent le risque de plusieurs pathologies et diminuent les capacités générales de l'individu. Commun à tout le monde, mais de présentation différente, le vieillissement est hétérogène car ses mécanismes sont aléatoires et dépendent de l'environnement et du comportement. Par exemple, une personne ayant été sportive durant toute sa vie verra ses capacités décliner moins rapidement que celles d'une personne plus sédentaire. Ceci explique donc pourquoi la population âgée est tellement difficile à définir (p.29) (p.5). Dans cette revue de la littérature, le terme personnes âgées ou aînés sera défini par une personne de 65 ans et plus, car c'est à ce moment que le processus de vieillissement débute (Voyer, 2013, p.5).

Il existe, d'autre part, le syndrome de fragilité qui touche la majorité des aînés en EMS. Il s'agirait d'une « accélération du vieillissement des différents systèmes » qui provoque une perte de résistance aux stressors internes et externes. Par exemple, l'aîné ne va pas se rétablir d'une grippe aussi vite qu'un jeune, nécessitant plus de temps et de soins (Voyer, 2006, p. 6). Ainsi, une personne âgée institutionnalisée a plus de risques de se retrouver dans une situation de fragilité, car elle est plus exposée à la perte progressive de certaines capacités. De plus, à partir du moment où le cycle de la fragilité a débuté, l'état de santé de l'aîné diminue peu à peu (Voyer, 2013, p.10).

5.1.1. Polypathologie, multimorbidité, comorbidité ?

Polypathologie, polymorbidité, comorbidité ? Ces trois termes similaires sont-ils réellement synonymes ? Afin d'éviter toute confusion, il est essentiel de définir chacun d'entre eux.

La comorbidité est définie selon Yancik et al. (2007) par la cooccurrence d'affections pré-existantes liées à l'âge comme l'incontinence urinaire et/ou de maladies comme le diabète

ou une cardiopathie en référence à une maladie de base comme le cancer (p.276, traduction libre). Selon cette définition, une personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs et d'incontinence urinaire serait donc *comorbide*.

La multimorbidité quant à elle est définie par la cooccurrence de deux ou plusieurs maladies et/ou états de santé actifs qui peuvent être ou non liés par une relation de cause à effet et sans maladie de base (Yancik et al., 2007, traduction libre, p.276). Cela englobe des conditions comme une altération et s'intéresse donc à la qualité de vie de la personne. Toutefois, selon Moreau-Gruet (2013) il s'agit d'avoir deux maladies chroniques ou plus (p.1). Elle met cependant en avant le fait que la définition varie en fonction de différences notoires dans les bases de données (sexe, nombre de maladies pris en compte, pays) (p.1). Avant d'avoir une définition consensuelle, il faudrait que toutes les données soient semblables.

La polypathologie est un terme plus récent, sans définition consensuelle également. Selon Voyer (2013) c'est un synonyme de comorbidité ou de multimorbidité (p.10), rejoignant ainsi Berrut et de Decker qui reprennent la définition de multimorbidité de Yancik et al. pour définir la polypathologie (Berrut et de Decker, 2015, p. 8, traduction libre). Dans le Code de la sécurité sociale en France, ce terme est utilisé quand un patient est atteint de différentes affections qui entraînent un état pathologique invalidant qui nécessite des soins d'une durée de plus de six mois (Haute Autorité de Santé [HAS], 2015, p.7).

La comorbidité est donc plus centrée sur la maladie, car il y a la présence d'une maladie de base et fait référence à l'accumulation de pathologies. Or, la multimorbidité et la polypathologie se rejoignent dans différentes définitions. Selon l'HAS, polypathologie est la traduction de « multimorbidity », qui est plus fréquemment rencontrée dans la littérature anglophone (HAS, 2015, p.7). En outre, l'HAS se centre plus sur la personne que sur la pathologie. En effet, l'intérêt va se porter sur l'impact qu'ont ces maladies sur la vie de la personne. Dans cette revue de la littérature, le terme de polypathologie selon l'HAS sera donc utilisé.

5.1.2. Polymédication

Selon Mazzocato, David, Benaroyo et Monod (2013), la polymédication est définie comme « la prise quotidienne de cinq médicaments ou plus » (p.1026). Cette pratique découle souvent de la polypathologie, touchant principalement nos aînés en raison de l'espérance de vie augmentée et de l'accroissement de pathologies chroniques. En Suisse, une estimation a été faite afin de connaître la population sous polymédication : il y aurait 100'000

personnes au moins dont deux tiers âgés de 70 ans ou plus (Neuner-Jehle, 2011, p.212). Selon cette estimation, les aînés sont la population la plus *polymédiquée* de Suisse. Quels sont les risques d'une telle médication ? Le premier étant l'interaction médicamenteuse, augmentant avec plusieurs molécules et entraînant des hospitalisations plus élevées chez les personnes âgées (Neuner-Jehle, 2011, p. 212). De plus, l'aîné présente une pharmacocinétique différente en lien avec la sénescence, augmentant ainsi le risque d'effets indésirables du médicament (Voyer, 2013, p. 419). En effet, la masse musculaire diminue ainsi que le volume d'eau entraînant une augmentation de la concentration plasmatique des médicaments hydrosolubles (digoxines, aminosides) ; qui dit augmentation dit risque de surdosage. D'autre part, la masse graisseuse augmente de 15 à 20%, favorisant ainsi l'accumulation de médicaments liposolubles (benzodiazépines, antipsychotiques et certains antidépresseurs), accroissant donc le risque de toxicité. Il y a aussi une diminution du fonctionnement rénal et hépatique, augmentant également le risque de toxicité et de surdosage des médicaments éliminés par ces voies (Voyer, 2013, p.419-420). Il existe certaines classes de médicaments qui sont souvent source d'effets indésirables, cependant les neuroleptiques causent 23% d'entre eux, soit un pourcentage important (Voyer, 2013, p.420, 422). De plus, leurs effets indésirables ne sont pas à mettre de côté, car ils augmentent les risques d'AVC et de mortalité chez les aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs (Voyer, 2013, p.422 ; Locca, 2008, traduction libre, p.611). Pourtant, en Suisse, 69,5% des aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs et de SCPD reçoivent des neuroleptiques (Lustenberger et al., 2011, traduction libre, p.4). Il est donc impératif de mettre en place des interventions non-pharmacologiques dans le cadre de la gestion de ces SCPD, qu'elles soient utilisées seules ou en complément d'un traitement pharmacologique, cependant à des posologies réduites.

5.2. Troubles neurocognitifs majeurs

Il existe différentes définitions, mais dans cette revue de la littérature, celle de l'American Psychiatric Association (APA) sera utilisée. Les troubles neurocognitifs majeurs dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V) correspondent aux démences décrites dans le DSM-IV (APA, 2013, traduction libre, p.591). Ces troubles sont caractérisés par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de la personne. Selon le DSM-V, les troubles de la mémoire ne sont plus essentiels pour poser le diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs, jusque-là essentiels dans le DSM-IV. La définition est également plus large que celle des démences, car le diagnostic peut être posé lorsqu'il y a un déclin dans un seul des domaines suivants : fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception, motricité ou cognition sociale (2013, p.602-603, traduction

libre). Les troubles neurocognitifs majeurs ont donc un impact direct sur la qualité de vie de la personne atteinte. Cela affecte son fonctionnement cognitif, son comportement, son humeur et son autonomie fonctionnelle amenant progressivement l'ainé à une dépendance (Voyer, 2013, p.51). La personne ne reconnaît plus ses proches ou les objets (agnosie) ; n'est plus capable de communiquer ou de reconnaître ses besoins ; présente des troubles temporo-spatiaux ; n'arrive plus à effectuer certaines activités de la vie quotidienne (Voyer, 2013, p.51-52). Il existe cependant trois stades des troubles neurocognitifs majeurs. Léger : où le patient présentera des difficultés avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Modéré : où il rencontrera des difficultés avec les activités de la vie quotidienne (AVQ). Et pour terminer, sévère : où il y aura une dépendance totale (APA, 2013, traduction libre, p.605). Les facteurs de risques des troubles neurocognitifs majeurs varient en fonction du type : Alzheimer ; maladie à corps de Lewy ; dégénérescence lobaire fronto-temporale ; maladie vasculaire ; lésion cérébrale. Ainsi, l'hypertension ou les AVC fréquents peuvent être des causes de maladie vasculaire ou d'Alzheimer (Voyer, 2013, p.51-52). Cette revue de la littérature s'intéressera à tous les types de troubles neurocognitifs majeurs afin d'avoir le maximum de données sur la question.

5.3. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

L'altération des fonctions cognitives chez l'ainé atteint de troubles neurocognitifs majeurs est associée à un certain nombre de troubles, lesquels sont nommés troubles du comportement, symptômes neuropsychiatriques ou encore symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Le dernier terme a été proposé par l'International Psychogeriatric Association (IPA) en 1999 et sera utilisé dans cette revue de la littérature, car il définit de manière claire les différents symptômes présents et les met directement en lien avec les troubles neurocognitifs majeurs (IPA, 2015, traduction libre, 1.5). Les symptômes comportementaux sont généralement identifiés à la suite de l'observation du patient. Ils incluent agitation physique non-agressive : déambulation, désinhibition, accumulation d'objets, errance ; ou agitation agressive : frapper, mordre, lancer des objets. Le patient peut présenter une agitation verbale non-agressive : répétitions, demandes constantes ; ou agressive : crier ou blasphémer. Il peut également avoir un comportement culturellement inapproprié, une résistance aux soins ou de l'apathie. Les symptômes psychologiques sont habituellement évalués suite à des entretiens avec les patients, ils incluent l'anxiété, la dépression, les hallucinations, les illusions et les idées délirantes (IPA, 2015, traduction libre, 1.5, 2.2-2.3 ; Voyer, 2013, p.451). Différents auteurs ont essayé de mettre

en avant des groupes de symptômes, comme Aalten et al. (2007, traduction libre). Cependant, il semblerait qu'il y ait des différences sur le type et la survenue des symptômes en fonction du type de troubles neurocognitifs. Il est donc nécessaire d'avoir plus de données avant de pouvoir en faire des syndromes (IPA, 2015, traduction libre, 1.5 ; 2.4). En outre, pour la majorité des auteurs, ces symptômes viennent d'un problème sous-jacent qu'il faut chercher et comprendre. Il y a deux interprétations principales : l'expression d'un besoin non satisfait ou une réaction face à l'environnement physique et social (Voyer, 2013, p.452). Certains auteurs mettent en avant une part de génétique dans les SCPD alors que d'autres les contredisent. Il semblerait également que les changements au niveau des neurotransmetteurs dans les troubles neurocognitifs majeurs aient un lien avec les SCPD (IPA, 2015, traduction libre, 3.3-3.4).

5.3.1. Impact sur le patient atteint

Certains auteurs pensent que l'ainé est grandement éprouvé par ces symptômes, car il en subirait les conséquences, comme l'utilisation de contention chimique ou physique (Voyer, 2013, p.452). D'autre part, comme Voyer l'a avancé, les SCPD seraient l'expression d'un besoin non satisfait ou une réaction face à l'environnement physique ou social (Voyer, 2013, p. 452). La douleur peut également être une cause des SCPD (Edberg, Moyle et Chan, 2012, traduction libre, p.4). Cela démontre que les SCPD ont un impact sur la personne, car ils sont un moyen de communication. Cependant, ce moyen est souvent inadéquat à la situation. L'entourage peut donc avoir des réactions négatives telles qu'abandon, rejet ou un langage blessant (Voyer, 2013, p.452). La personne se retrouve ainsi affectée par son propre comportement. Il existe une dernière conséquence touchant la personne, celle du refus de soins mettant sa santé en danger (Voyer, 2013, p.452). Ceci nous démontre donc l'importance de les décoder afin de comprendre ce que la personne souhaite, mais également la nécessité de gestion avec d'autres approches que des contentions afin de diminuer les conséquences de ces symptômes sur la personne.

5.3.2. Impact sur l'équipe soignante

La connaissance qu'a le soignant des troubles neurocognitifs majeurs, mais également la compréhension qu'il a des SCPD vont influencer sa prise en soins du patient. Ainsi, les SCPD ont un impact sur l'équipe soignante avant même qu'ils aient débuté. C'est-à-dire que si un soignant les perçoit comme un problème, il aura tendance à les gérer d'une manière inappropriée, à l'aide de contention par exemple (Edberg, Moyle et Chan, 2012,

traduction libre, p. 2-3). D'autre part, le fait de voir des interventions faillir peut mettre le soignant dans une situation d'échec, d'impuissance, de colère ou de culpabilité. Plusieurs études ont même démontré que les soignants travaillant auprès de personnes présentant des SCPD souffriraient plus d'épuisement professionnel. Il semblerait également que le taux d'absentéisme, de rotation et de changements du personnel soient plus élevées dans ces milieux de soins (Voyer, 2013, p.453). Nous pouvons donc constater que le soignant face à un patient atteint de SCPD est souvent dépourvu et que cette prise en soins impacte sa qualité de vie. Il est donc essentiel de s'intéresser à des interventions infirmières efficaces pour la gestion de ces symptômes afin d'en soulager les équipes.

5.4. Evaluation des SCPD

Comme le disent Edberg, Moyle et Chan (2012), les SCPD ne sont pas un diagnostic médical et il peut y avoir un risque de l'utiliser comme tel (traduction libre, p.1). Cependant, le DSM-V spécifie deux manifestations : sans troubles du comportement ou avec troubles du comportement (2013, p.605, traduction libre). L'APA met donc en avant l'évaluation de troubles comportementaux mais pas de troubles psychologiques. L'IPA (2015, traduction libre, 2.14) recommande deux échelles d'évaluation ; la première est *The Neuropsychiatric Inventory* (NPI), créé par J.L. Cummings en 1994. Elle évalue douze symptômes : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, apathie, irritabilité, euphorie, désinhibition, comportement moteur aberrant, troubles du sommeil, troubles de l'appétit (Cummings, 1997, traduction libre, S10-S11). La deuxième est *the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale* (BEHAVE-AD), développée par Reisberg et al. en 1987 (Reisberg, Auer et Monteiro, 1996, traduction libre, p. 301). Cette échelle mesure les troubles du comportement dans sept catégories majeures, à savoir : idées délirantes et paranoïdes ; hallucinations ; agitation ; agressivité ; troubles du sommeil ; troubles affectifs ; anxiété et phobies (Reisberg et al., 1996, traduction libre, p. 304). L'IPA suggère que même si ce sont des échelles globales, elles ne sont pas adéquates pour évaluer la dépression et recommande l'utilisation de *The Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSSD) (2015, traduction libre, 2.14). Cette mesure a été créée en 1988 par Alexopoulos et évalue cinq types de symptômes (humeur, comportement, somatique, fonctions cycliques et délire) (Alexopoulos, Abrams, Young et Shamoian, traduction libre, 1998). Selon l'IPA, ces différents outils sont principalement proposés aux médecins, cependant un suivi de l'évolution de ces symptômes est nécessaire et c'est là que se trouve la place de l'infirmier. Quelle est la démarche d'évaluation mise en place par l'infirmier et quels sont les outils qu'il utilise ?

5.4.1. Démarche d'évaluation infirmière

La démarche d'évaluation infirmière des SCPD se décline en plusieurs étapes selon Voyer (2013, p. 457). La première étant l'histoire biographique de la personne, essentielle, car elle permet de comprendre ses réactions dans certaines situations, mais aussi d'accepter plus facilement de reproduire certaines habitudes de vie. La deuxième étape s'intéresse à la description des symptômes. Dès le début de la démarche d'évaluation, il est fondamental d'indiquer clairement quel type de comportement est apparu : agitation verbale comme des cris ou des demandes répétées ; agitation physique telle que mordre ou lancer des objets ; idées délirantes. Il est également important de noter le moment de la journée, le lieu et s'ils sont liés à des soins. Afin d'assurer la continuité des soins, il est nécessaire de tout retranscrire dans le dossier de soins du patient (Voyer, 2013, p. 457, 459). Si l'apparition du symptôme est directement liée aux soins, l'infirmier peut mettre en place des interventions en lien avec ce dernier pour en faciliter le déroulement. Mais s'il n'y a pas de lien direct avec l'environnement, l'utilisation d'échelles de mesure facilite l'évaluation, permettant également de quantifier les SCPD et de comparer les résultats tout au long de la prise en charge (Voyer, 2013, p. 459). La troisième étape, qui n'est pas vraiment une étape mais plutôt un concept à utiliser tout au long de la prise en charge, est celle du recadrage, c'est-à-dire de regarder la situation d'un autre point de vue, celui de la personne par exemple (Voyer, 2013, p.457, 471). Enfin, la dernière étape est l'évaluation clinique du patient atteint de SCPD afin de connaître certaines causes de ces symptômes (Voyer, 2013, p.461). Voyer propose un tableau d'évaluation car il est important de s'intéresser à certains points tels que l'état mental, l'hydratation, la santé pulmonaire et la douleur, permettant ainsi à l'infirmier de tous les évaluer (Voyer, 2013, p.462-465 ; Voyer, 2011. Cf. Annexe I). Il est également nécessaire de prendre en compte l'état de santé et les pathologies que présentent le patient, car elles peuvent avoir une influence sur les SCPD. D'autre part, l'infirmier doit toujours se questionner sur l'existence de problèmes physiques ou mentaux qui peuvent expliquer les symptômes, comme de la constipation ou encore un trouble du sommeil (Voyer, 2013, p.461, 465).

5.4.2. Les outils d'évaluation infirmière

Voyer propose deux échelles d'évaluation, le NPI de Cummings et l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI). Le NPI va mesurer la fréquence, la gravité et le retentissement des SCPD. Avec le NPI, il est également possible de déterminer sur quel SCPD il faudra intervenir en premier en multipliant le résultat de la fréquence des symptômes avec celui de la sévérité. L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield, quant à lui, va permettre d'évaluer la fréquence de manifestation de 29 comportements sur une période de deux

semaines, avec une cotation de 1 qui correspond à aucune manifestation, jusqu'à 7, correspondant à plusieurs fois par heure au cours des deux dernières semaines (Voyer, 2013, p.459, 461 ; cf. annexe II).

Voyer propose également des grilles d'observations des SCPD afin d'analyser chaque apparition d'un comportement de manière détaillée. Ce type de grille s'utilise dans deux situations : si l'examen clinique n'a pu démontrer aucun facteur qui puisse expliquer les symptômes de la personne ou si c'est une situation de comportement dangereux difficile à traiter. En effet, ces grilles permettent d'aller plus loin dans la détermination des interventions appropriées, car elles donnent des informations sur l'état de l'environnement au moment où le symptôme est observé ainsi que les interventions mises en place et leurs effets (Voyer, 2013, p.465-466 ; cf. annexe I). De plus, après avoir rempli la grille, l'infirmier doit analyser les résultats et les communiquer à l'équipe, toujours dans une idée de continuité des soins. Il s'agit d'une étape déterminante, car elle permet à tous les soignants de mieux comprendre le fonctionnement des SCPD pour le patient en question (Voyer, 2013, p.468).

5.5. Les approches dans la gestion des SCPD

Il existe deux grands types d'approches dans la gestion des SCPD qui peuvent être complémentaires ou pas nécessairement. Cette revue de la littérature s'intéressera particulièrement aux approches non-pharmacologiques, car les approches pharmacologiques peuvent apporter plus de risques que de bénéfices (Voyer, 2013, p.470). Cependant, il est essentiel de s'intéresser aussi aux approches pharmacologiques afin d'avoir un critère de comparaison, car le rôle autonome infirmier se place dans ces approches qui sont reconnues performantes.

5.5.1. Approches pharmacologiques

Différents médicaments sont utilisés dans la gestion des SCPD, cependant tous sont des psychotropes, c'est-à-dire des substances agissant sur le système nerveux central. En 2009, l'HAS a fait des recommandations quant à la prescription de ces substances, rejointes par celles proposées par Lustenberger en 2011. Ces médicaments ne devraient être administrés que lorsque les troubles mettent en danger la personne, altèrent son fonctionnement ou qu'ils sont une menace ou une source de souffrance pour ses proches. Avant cela, il faudrait avoir essayé des interventions non-pharmacologiques. Il est nécessaire de les compléter avec des techniques de soins et leurs prescriptions devraient

être régulièrement évaluées. Ces psychotropes devraient entre autres être administrés à la dose la plus faible possible et sur la période la plus courte possible (HAS, 2009, p.14-15). Les traitements spécifiques à la maladie d'Alzheimer sembleraient ne pas avoir d'effets sur les SCPD (HAS, 2009, p.14). Les antidépresseurs seraient à éviter ou à limiter si le patient prend déjà des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques. Les anxiolytiques devraient être employés uniquement dans des situations de crise et de courte durée, car ils présentent des risques de sédation, d'agitation paradoxale, d'accentuation des troubles de la mémoire, de chute ou de syndrome de sevrage (HAS, 2009, p.15). Les recommandations pour les hypnotiques sont les mêmes que pour les anxiolytiques. De plus, dans tous les cas, il faut préférer des molécules qui ont une courte demi-vie. Les neuroleptiques augmentent le risque de décès et d'AVC chez le patient atteint de troubles neurocognitifs majeurs et donc chez le patient atteint de SCPD. Leur utilisation n'est donc pas recommandée et si la prescription se révèle nécessaire, il faut évaluer le rapport bénéfices/risques d'un tel traitement et mettre un suivi strict en place (HAS, 2009, p.15). Ainsi, l'utilisation de psychotropes dans la gestion des SCPD apporterait plus de risques que de bénéfices (Voyer, 2013, p. 470). Ayant connaissance de cela, il est intéressant de constater qu'en Suisse la majorité des patients atteints de SCPD sont sous neuroleptiques et cela de façon continue (Lustenberger et al., 2011, traduction libre, p.4). Pourquoi y a-t-il autant de prescriptions de neuroleptiques en EMS alors que leur utilisation n'est pas du tout recommandée ? Un autre point intéressant à relever est que ces différents médicaments peuvent être prescrits dans un même temps. Par exemple, un patient présentant des symptômes dépressifs se verra prescrire un antidépresseur et dans les moments d'agitation un anxiolytique ou un neuroleptique, engendrant ainsi une polymédication chez les patients atteints de SCPD. Ainsi, il est nécessaire de favoriser l'émergence d'interventions interprofessionnelles non-pharmacologiques.

5.5.2. Approches non-pharmacologiques

L'HAS définit les approches non-pharmacologiques comme des interventions axées sur la qualité de vie, l'orthophonie, la cognition, la stimulation sensorielle, l'activité motrice et les activités occupationnelles. Plusieurs interventions peuvent être utilisées afin de privilégier une prise en charge globale. Cependant, ces dernières n'ont pas encore apporté de preuves significatives quant à leur efficacité en raison de difficultés méthodologiques (HAS, 2009, p.11). Voyer signale le fait qu'aucune approche ne sera efficace pour traiter les SCPD si le soignant n'utilise pas les principes de base de communication avec une personne atteinte de troubles neurocognitifs. Il s'agit d'établir un contact visuel, vocal ou tactile avec la personne ; parler lentement et articuler ou encore observer la communica-

tion non-verbale (Voyer, 2013, p. 473). D'autres interventions de base sont également proposées telles que la reconnaissance du niveau de stress de la personne, l'identification des situations qui déclenchent la détresse afin de les éviter, l'explication de ce qui se passe autour de la personne, l'évaluation de l'inquiétude que des questions répétitives peuvent susciter et répondre à cette dernière. Cependant, si toutes ces tentatives ont échoué, il est aussi justifié d'entrer dans la réalité de la personne et de répondre à ses besoins dans le but de soulager sa détresse (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, p. 8). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose également des interventions spécifiques en lien avec le besoin non satisfait. En effet, si les SCPD démontrent une douleur ou un inconfort, l'infirmier peut mettre en place des mobilisations douces, offrir une couverture à la personne, offrir des soins d'hygiène différemment (réduction des manipulations et des bains), retirer les contentions physiques, proposer de l'aide pour la toilette ou proposer à boire ou à manger (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p.10). Si l'évaluation démontre de l'anxiété, les interventions proposées sont les suivantes : écoute active adaptée, musicothérapie, ambiance sonore apaisante, personnalisation de l'environnement, faire des pauses durant l'activité, thérapie occupationnelle, contacts sociaux simulés à l'aide de vidéos ou de peluches, communication selon les techniques de réminiscence, pratiquer le toucher affectif ou des massages de main avec une crème aromatisée (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p. 11). Si l'évaluation démontre un ennui, une privation sensorielle ou un besoin de détente, l'infirmier peut mettre en place soit des activités structurées (en groupe ou individuelles comme de la manipulation d'objets, des activités ressemblant au travail ou des activités physiques) soit de la stimulation sensorielle (aromathérapie, thérapie multisensorielle, musique, toucher et massage, environnement relaxant ou montrer des photos ou vidéos de personnes connues) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p. 12). Si l'évaluation démontre de la solitude, le soignant peut favoriser le contact social de différentes façons : visite de bénévoles ou de la famille, contact avec le personnel ou les autres résidents, présence d'un animal ou contact simulé à l'aide de vidéos, de photos ou de conversations enregistrées (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p. 13). Si, en revanche l'évaluation révèle des troubles du sommeil, l'infirmier peut favoriser des thérapies occupationnelles de jour, répondre aux besoins de base du résident, ajuster le positionnement dans le lit, discuter en équipe s'il est vraiment nécessaire de réveiller le résident pendant la nuit, favoriser une bonne hygiène du sommeil ou encore proposer de la luminothérapie s'il y a une perturbation du cycle nyctéméral (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p. 14). Lorsque l'évaluation démontre une dépression, l'infirmier peut favoriser le renforcement positif, les interactions sociales ou proposer une thérapie biographique ou occupationnelle, créer des événements positifs, de la

musicothérapie, de la luminothérapie ou de la zoothérapie (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p. 16). En dernier lieu, si les SCPD montrent une désorientation, le soignant peut mettre en place des repères spatiaux et temporels, rappeler au cours des interactions où le résident se trouve, personnaliser l'environnement et améliorer l'environnement direct du résident en rendant sa chambre plus intéressante que l'extérieur (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014, p. 17).

La littérature fait part d'un nombre croissant d'interventions non-pharmacologiques. L'évaluation et la description des SCPD se révèlent essentielles, car les approches que va choisir l'infirmière vont se baser sur les causes mises en évidence. D'autre part, il est essentiel que l'intervention proposée soit adaptée aux capacités fonctionnelles et cognitives de la personne (Voyer, 2013, p.474). Plusieurs approches sont proposées :

- Toucher affectif : le but est de communiquer à la personne de l'affection, de la tendresse et de la sécurité grâce au toucher. Il doit être bien perçu dès le début. Il a des effets positifs sur l'agitation, les troubles du sommeil et l'humeur (Voyer, 2013, p.475).
- Massage des mains : simple à utiliser et ne demande que cinq minutes, peut conduire à un état de relaxation et donc à une baisse de la fréquence et de l'intensité des SCPD (Voyer, 2013, p.475 ; IPA, 2012, p.14).
- Aromathérapie : utilisation de certaines huiles essentielles, favorise la relaxation (géranium, basilic, encens, pamplemousse, lavande, fenouil, camomille, citron, ylang ylang, sauge, romarin, petit grain, menthe, gingembre, cardamome, bergamote, mandarine, menthe poivrée, angélique, néroli, mélisse, orange amère, patchouli) et le sommeil (ylang ylang, jasmin, mélisse, lavande, bois de cèdre, bois de rose, mandarine, bois de santal, bergamote, vétiver, camomille, pamplemousse, encens, valériane, maniguette d'Inde, litsée citronnée), réduit les douleurs (basilic tropical, citronnelle à myrcène, combava petit grain, épinette noire, estragon, eucalyptus citronné, gaulthérie, héli-chryse immortelle, katrafay, menthe poivrée, myrrhe amère, pin sylvestre, poivre noir, thym à thymol, ylang ylang) et les symptômes dépressifs (angélique, orange, basilic, ylang ylang, camomille, jasmin, bergamote, bois de rose, sauge, citron, petit grain, bois de cèdre, géranium, pamplemousse). (Voyer, 2013, p.475 ; IPA, 2012, traduction libre, p. 13 ; Moro Buronzo, 2012, p.141-149 ; Faucon, 2017).
- *Snoezelen* – stimulation multi sensorielle contrôlée : se base sur l'éveil de l'ainé au monde extérieur à l'aide de son corps et de ses cinq sens, peut se

faire dans les soins quotidiens à l'aide de lampes multicolores par exemple (Voyer, 2013, p.475 ; IPA, 2012, traduction libre, p.14-15).

- Programme Balancing Arousal Controls Excesses (BACE) : alternance de 90 minutes de période de stimuli familiers, tenant compte des stimuli externes, et de 90 minutes de période de repos, permet de garder une relation avec l'environnement ; il y aurait une réduction de la fréquence des SCPD (Voyer, 2013, p.475).
- Thérapie de validation : il s'agit de reconnaître les émotions vécues par la personne et lui permettre de les exprimer, nécessaire d'entrer dans *la réalité de la personne* (Voyer, 2013, p.475-476).
- Thérapie contre-intuitive : utilisé lors de demandes répétées, tenir compte des demandes de la personne pour diminuer son anxiété et donc les demandes (Voyer, 2013, p.476).
- Utilisation d'un bruit ambiant – *white noise* : utilisation d'un bruit continu, de basse tonalité avec un rythme lent dans le but d'induire le calme, donnerait de bons résultats sur la diminution de la fréquence des SCPD (Voyer, 2013, p.476-477 ; IPA, 2012, traduction libre, p. 15).
- Stratégie de diversion ou de distraction : amener la personne à penser à autre chose que ce qui provoque les SCPD en lui parlant d'événements de son passé ou en faisant une activité ; réduirait la fréquence des SCPD (Voyer, 2013, p. 477).
- Musique comme intervention psychosociale : induirait le calme et diminuerait ainsi les SCPD (agitation, anxiété et dépression) (IPA, 2012, traduction libre, p.14).
- Animaux : diminueraient l'agitation, les agressions verbales et l'anxiété (IPA, 2012, traduction libre, p.15).

Il est possible de constater que l'HAS ainsi que différents auteurs se sont intéressés aux approches non-pharmacologiques des SCPD, mais ces dernières n'ont pu encore être validées. Cette revue de la littérature vise à comprendre quelles interventions l'infirmier peut mettre en place afin d'appréhender les SCPD, mais aussi de savoir lesquelles sont le plus efficaces. D'autre part, ces interventions permettent à l'infirmière d'avoir une nouvelle place dans la prise en charge des SCPD.

6. Méthode

6.1. Devis de recherche

Cette revue de la littérature vise à répondre à la question posée dans l'introduction de la manière la plus scientifique possible, donc grâce à des données probantes. Fortin (2010) décrit deux paradigmes principaux. Le premier est le postpositivisme qui suppose une réalité stable et unique, cependant cette réalité ne peut être connue qu'imparfaitement, essayant donc d'appréhender la réalité le mieux possible. Le deuxième est le paradigme naturaliste qui exclut l'existence d'une seule réalité qui peut être connue, laissant place à plus de subjectivité et de compréhension d'une situation dans un contexte particulier. Le postpositivisme se veut donc plus quantitatif, nécessitant des données à quantifier et à analyser alors que le naturalisme se veut qualitatif, s'intéressant à la signification attribuée à un contexte particulier (Fortin, 2010, p.24-25). Il existe cependant un troisième devis de recherche, le devis mixte. Il s'agit de la coexistence d'un devis postpositiviste et naturaliste, permettant ainsi de répondre pleinement à certaines questions. Dans cette revue de la littérature, le devis utilisé sera le dernier car il permet de faire des recherches quantitatives concernant l'efficacité des approches non pharmacologiques. Le fait d'allier les recherches qualitatives va éclairer quelles interventions mettent en place les infirmières (Fortin, 2010, p.372). Différentes bases de données ont été consultées, principalement en langue anglaise, car il s'agit de la langue prédominante dans la recherche. De plus, les études réalisées dans cette langue ont une portée plus grande que celles écrites en français. Cependant, une étude retenue est de langue française, venant du Canada, qui est un pays novateur dans le domaine des soins infirmiers. Toutes les études sélectionnées sont de source primaire afin de se baser sur des données de nature empirique, bien que s'agissant souvent d'études avec un niveau de preuve plus bas que les méta-analyses ou les méta-synthèses. Afin de valoriser la discipline infirmière comme discipline à part entière dans le domaine scientifique, les deux tiers des études retenues dans cette revue de la littérature sont de champ disciplinaire infirmier.

6.2. Collecte des données

Les articles ont été recherchés entre septembre 2016 et février 2017. Les bases de données suivantes ont été consultées : CINAHL, MEDLINE et BDSP. Plusieurs équations de recherche ont été utilisées. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Base de données	Equation de recherche	Articles trou- vés	Articles rete- nus
BDSP	« SCPD »	16	1
CINAHL (2011-2017) (âgés de + de 65 ans)	behavioral and psychological symptoms of dementia OR bpsd AND nurse management	217	4
CINAHL (2011-2017) (âgés de + de 65 ans)	(behavioral and psychological symptoms of dementia OR bpsd OR behavioral symptoms) AND (nurse management OR non- pharmacological interventions)	241	1
PUBMED	(behavioral and psychological symptoms of dementia OR bpsd) AND (nurse management)	51	1

6.3. Sélection des données

6.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion des études étaient les suivants :

- Publiées entre 2011 et 2017
- Source primaire
- Gestion des SCPD en milieu de soins de longue durée
- Article consultable sur internet
- Patients de plus de 60 ans
- De champ disciplinaire infirmier, psychologique ou médical
- Gestion non-pharmacologique
- Programme d'interventions infirmières

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Métasynthèse, méta-analyse, revues systématiques
- Gestion des SCPD par les proches-aidants
- Centré sur un SCPD en particulier
- Interventions mises en place et gérées par d'autres professionnels comme les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes

6.3.2. Pyramide des preuves

La pyramide des preuves proposée par l'HAS a été choisie pour différentes raisons (cf. Annexe III), la première étant qu'elle présente différents grades (A ; B ; C) et niveaux (1 ; 2 ; 3 ; 4). Elle est simple de compréhension et d'utilisation. La deuxième est le fait qu'elle soit proposée par l'HAS qui est une source sûre en matière de preuves et de niveaux de preuves scientifiques.

6.3.3. Etudes retenues

Cette section vise à présenter les études retenues afin de répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature.

N°	Auteurs	Publication	Titre	Base de données	Type	Niveau preuve
1	Chenoweth, L., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y., Parbury, J. S., & ... Haas, M.	2011	Study Protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting.	CINAHL	MIXTE	B2
2	Cohen-Mansfield, J., Marx, S.M., Dakheel-Ali, M. & Thein, K.	2015	The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia : an exploratory study	CINAHL	QUAL	C3
3	Jeon, Y.-H., Govett, J., Low, L.-F., Chenoweth, L., Mcneill, G., Hoolahan, A., Brodaty, H. & O'Connor D.	2013	Care planning practices for behavioural and psychological symptoms of dementia in residential aged care : A pilot of an education toolkit informed by the Aged Care Funding Instrument.	CINAHL PUBMED	MIXTE	C4
4	McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., &	2015	An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia	CINAHL	QUAN	B2

	Seedy, M.		in residential aged-care settings.			
5	Resnick, B., Kolanowski, A., Van Hartsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., & ... Mulhall, P. M.	2016	Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention.	CINAHL	QUAN	C4
6	Rey, S., Voyer, P. & Juneau, L.	2016	Prise en charge des SCPD.	BDSP	QUAN	C4

6.3.4. Considérations éthiques

Toutes les études analysées dans cette revue ont été validées par un comité d'éthique sauf l'étude n°5 (Resnick et al, 2016). Cette étude a cependant été soutenue par un fonds de recherche et les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt.

6.4. Analyse des données

Afin d'analyser au mieux les données obtenues, un tableau de recension a été effectué pour chaque étude, reprenant différents points tels que le devis de recherche de l'étude, le niveau de preuves, l'échantillon, la méthodologie ainsi que les résultats. La grille de recension permet d'avoir une vision résumée et globale de l'étude et de mettre en avant certains points. La validité méthodologique est également évaluée à l'aide de la pyramide des preuves. La fiabilité des outils de mesure utilisés dans les études est également analysée. La traduction des recherches en anglais est faite par l'auteure, il s'agit donc d'une traduction libre.

7. Résultats

7.1. Description de l'étude 1

Chenoweth, L., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y., Parbury, J. S., & ... Haas, M. (2011). Study Protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8(3), 153-165. doi :10.1111/j.1741-6787.2010.00204.x.

Il s'agit d'une étude de cohorte* randomisée à groupe factoriel avec stratification qui a été réalisée en Australie de 2009 à 2012. L'échantillon est composé de résidents âgés de plus de 60 ans avec un diagnostic de démence et ayant donné leur consentement éclairé (n=605) et de soignants (n=380) travaillant en fixe dans les établissements agréés par le gouvernement dans la prise en charge des démences qui ont été sélectionnés (n=38) dans les New South Wales. Elle est composée de trois périodes différentes : pré-test, post-test et suivi. Les interventions ont duré quatre mois, la période de post-test était huit mois après les interventions et celle de suivi huit mois après celle du post-test. Les suivis ont été effectués par différents assistants de recherche. Le but de cette étude est de confirmer la valeur par l'évidence base nursing de l'efficacité et de la rentabilité de la mise en place d'une prise en charge centrée sur le patient (PCC) liée à la théorie de Kittwood et d'une prise en charge environnementale (PCE) chez les patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs comparativement à un environnement habituel (UE) et à une prise en charge habituelle (UC). Afin d'obtenir des résultats probants, les établissements ont été groupés de façon randomisée. La mise en place d'une PCE et d'un UE s'est faite dans dix établissements, tout comme une PCE et un UC ainsi qu'une PCC et une PCE. La prise en charge habituelle et l'environnement habituel étaient maintenus dans huit établissements. Les résultats ne sont pas présentés dans l'article, seul le protocole d'étude y figure. Dans les établissements où la PCC était présente, le personnel a reçu une formation et pouvait s'adresser aux experts en cas de question.

7.1.1. Validité méthodologique

Cette recherche est une étude de cohorte randomisée à groupe factoriel avec stratifications, constituant un haut niveau de preuves scientifiques. Différentes échelles ont été utilisées pour la collecte de données. Leurs scores ont été utilisés dans l'analyse. L'échelle Environment Audit Tool (EAT) est validée par la communauté scientifique et est utilisée pour évaluer l'environnement du patient atteint de démence. L'outil DEMQOL a un alpha de Cronbach* à 0.87. Il permet d'évaluer la qualité de vie de personnes atteintes de démence. Afin d'avoir le maximum de données, l'échelle QUALID a également été utilisée

pour l'évaluation de cette variable ; il s'agit d'un autre outil pour l'évaluation de la qualité de vie chez les personnes démentes. L'échelle Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) développée par Cohen-Mansfield a un coefficient intra-classe* entre 0.88 et 0.93. La plupart des échelles utilisées sont adaptées à la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs. Toutes les échelles appliquées sont fiables et validées par la communauté scientifique. Des mesures statistiques telles que des corrélations ont été effectuées afin d'éviter certains biais. Une analyse de cohorte selon Murray a été faite, ce qui est conforme au devis de l'étude. Différents logiciels ont été utilisés pour analyser les données quantitatives (SAS Proc Mixed et SAS Proc Glimmix pour les variables dichotomiques). Les données qualitatives ont été analysées à l'aide du logiciel NVivo 8 et par des chercheurs ayant l'habitude de traiter de telles données. La rentabilité de la mise en place d'une PCC sera présentée par une analyse de sensibilité par scénario. De plus, comme cette étude a un grand échantillon, cela évite des biais de sélection et permet aux résultats d'être plus facilement généralisables.

7.1.2. Pertinence clinique

L'étude ne présente pas de résultats mais son protocole de recherche semble être pertinent. Il permettrait de faire avancer la pratique infirmière dans la prise en charge de patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs. Elle met en avant différents concepts tels que la qualité de vie et la qualité des soins. Elle encourage un rôle autonome infirmier propre dans la gestion des SCPD chez les patients déments.

Dans le contexte actuel valaisan, une augmentation de la population âgée est à prévoir. La plupart des patients âgés présentent des troubles neurocognitifs majeurs et donc des SCPD. Une prise en charge centrée sur la personne selon Kittwood semble être un moyen efficace et approprié pour la gestion de ces SCPD dans les EMS mais également dans les services de gériatrie. D'autre part, la mise en place d'une PCC et d'une PCE semble donner des résultats significatifs. Ainsi, adopter une prise en charge personnalisée et un environnement adapté faciliterait la prise en charge de ces patients souvent problématiques.

7.1.3. Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude permettrait d'éviter l'utilisation de médicaments psychotropes chez une population déjà polymédiquée en proposant une prise en charge adaptée aux besoins du patient. Elle cherche également à comprendre s'il y a une augmentation des bénéfices lors-

qu'une PCC est proposée avec une PCE permettant ainsi d'améliorer au maximum la qualité de vie des patients déments. D'autre part, cette étude s'intéresse également à la rentabilité de la mise en place de ces interventions, permettant de démontrer qu'une approche plus humaine peut être tout à fait réalisable. De plus, cela s'intègre dans la vision actuelle des soins infirmiers qui tend à ce que l'infirmière devienne de plus en plus autonome dans la prise en charge d'un patient. Les résultats de l'étude devraient produire des preuves suffisantes pour aider l'infirmière à promouvoir une pratique de soins de qualité chez une population âgée atteinte de démence.

7.2. Description de l'étude 2

Cohen-Mansfield, J., Marx, S.M., Dakheel-Ali, M. & Thein, K. (2015). The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia : an exploratory study. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 23(2), 160-170. doi : 10.1016/j.jagp2014.06.006.

Cette recherche est une étude comparative sur les différentes interventions non-pharmacologiques proposées aux personnes souffrant de SCPD. Le but est de comparer l'efficacité de différentes interventions afin de gérer les SCPD de façon non pharmacologique. Elle a été menée entre juin 2006 et décembre 2011. La collecte des données s'est terminée en juin 2011. 93 résidents de 6 EMS du Maryland ont été sélectionnés après avoir donné leur consentement éclairé et entrant dans les critères d'inclusion. 4 participants sont décédés durant l'étude donc ils ont été retirés (n=89). Les données ont été récoltées par des assistants de recherche. 24 interventions différentes ont été proposées divisées en 9 catégories : soins (confort des résidents, alimentation, soins de base), thème (livre, magazine, vidéo), manipulation (jeu de balle, puzzle, balle anti-stress), artistique (coloriage, peinture, couture, arrangements floraux), travail (tri, pliage de serviettes), mouvement (marche, sortir), stimulation sociale (vidéo de famille, poupée réelle, robot animal, vidéo de répétition), social (activité de groupe, discussion un à un), stimulation sensorielle (massage des mains, musique, livre). Il y a des différences significatives et des différences non significatives dans la phase de traitement et la phase d'essai. Les interventions semblant être le plus efficaces sur les SCPD dans la phase de traitement par rapport aux personnes sont : soins (4.66), jeux de balle (4.41), coloriage et peinture (4.45), alimentation (4.41), marche (4.38), sortir (4.41), pliage de serviettes (4.33) et la couture (4.33). Les interventions ayant eu le meilleur impact sur le changement d'intérêt par rapport aux personnes sont les suivantes : sortir (4.74), jeux de balle (4.56), soins (4.55), alimentation (4.52), marche (4.47), couture (4.45), arrangements floraux (4.36),

discussion un à un (4.29), activité de groupes (4.23), poupée réelle (4.23) et vidéo de famille (4.29). En outre, certaines interventions présentent des résultats significatifs dans les deux éléments cherchés.

7.2.1. Validité méthodologique

Les données collectées sont les suivantes : données démographiques via le Minimum Data Set* (MDS) avec lequel les chercheurs ont établi un score de performance dans les AVQ ; dossier médical concernant la prescription de médicaments ; le MMSE a été utilisée pour l'évaluation des troubles cognitifs ; le Change Assessment Rating (CAR) a été développé pour cette étude. Il comporte 2 items : changement des symptômes comportementaux incluant tous les comportements de l'ABMI et les changements d'affect positif ou négatif incluant tous les comportements selon le Lawton's Modified Behavior Stream. L'échelle est cotée sur 5 points : pire, légèrement pire, même chose, légèrement mieux, mieux. Elle est comparable à une autre mesure globale, le Clinical Global Impression (CGI). Les résultats sont présentés sous forme de moyenne par rapport aux personnes ou par rapport aux sessions. Les observations de départ ont été faites durant trois jours consécutifs, toutes les 30 minutes, de 8 heures à 21 heures. Toutes les observations ont duré 3 minutes et ont été introduites dans un ordinateur portable via l'instrument Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI). Pour toutes les interventions, l'arbre décisionnel Treatment Route for Exploring Agitation* (TREA) a été suivi. Cet outil permet d'identifier les besoins non satisfaits et de déterminer une intervention adaptée à ces besoins. Il prend également en compte les caractéristiques de la personne. Avant la phase de traitement, une période d'essai de 3 semaines a eu lieu pour définir quelles interventions étaient les plus appropriées pour le résident. La phase de traitement a duré 2 semaines, les interventions ont été proposées durant 4 heures par jour, pendant les heures où le résident montrait le plus de SCPD selon la mesure de base. Cette phase a duré 5 jours par semaine sur une période de 2 semaines. Les données sont évaluées de manière objective à l'aide d'outils fiables. Le MDS a une corrélation intra-classe de 0.7 ou plus. Afin de comparer les résultats des résidents entre la phase d'essai et celle de traitement les chercheurs ont utilisés un test paramétrique (t-test* apparié).

7.2.2. Pertinence clinique

Les interventions proposées sont assez conséquentes dans la dose administrée : 4 heures par jour pendant 5 jours sur une période de deux semaines. Cependant, une durée de suivi plus longue aurait été pertinente afin d'avoir une vision des effets de ces in-

terventions à long terme. Il y a des différences significatives et des différences non significatives dans la phase de traitement et la phase d'essai, cela varie en fonction des interventions proposées mais également en fonction du sexe des participants et de leurs classes sociales. Les interventions semblent donc être efficaces mais il est nécessaire d'effectuer d'autres recherches avec un échantillon plus grand et sur une période plus longue afin de faire une généralisation de ces résultats. Cependant, comme ce sont les mêmes assistants de recherche qui récoltent les données et proposent les interventions, ils peuvent être soumis à des biais d'information liés à l'enquêteur*. L'échantillon est de petite taille et provient d'une seule région, ce qui peut diminuer la généralisation des résultats. L'outil CAR a été développé pour cette étude, il se base sur deux outils reconnus et fiables mais un coefficient alpha de Cronbach aurait pu être effectué afin d'en connaître la fiabilité. Un biais d'attrition* peut être possible par le fait que des participants soient décédés durant l'étude, ils ont été retirés mais cela implique des données manquantes.

7.2.3. Utilité pour la pratique professionnelle

Cette recherche est utile pour la pratique professionnelle car elle met en évidence l'efficacité de certaines interventions en lien avec les besoins non satisfaits dans la gestion des SCPD dans des milieux de soins de longue durée. Elle nous démontre une amélioration de ces symptômes grâce à des interventions simples à mettre en place et nécessitant peu de moyens. Elle demande cependant un travail d'évaluation du patient important à l'aide d'outils valides. Ces derniers peuvent être mis en place facilement et simplement dans les milieux de soins. D'autre part, cela s'inscrit dans une optique de prise en charge individualisée et personnalisée du patient afin de répondre au mieux à ses besoins. Elle vise également à autonomiser le rôle infirmier dans sa pratique quotidienne.

7.3. Description de l'étude 3

Jeon, Y.-H., Govett, J., Low, L.-F., Chenoweth, L., Mcneill, G., Hoolahan, A., Brodaty, H. & O'Connor D. (2013). Care planning practices for behavioural and psychological symptoms of dementia in residential aged care : A pilot of an education toolkit informed by the Aged Care Funding Instrument. *Contemporary Nurse*, 44(2), 156-169. doi : 10.5172/conu.2013.44.2.156

Il s'agit d'une étude pilote se déroulant dans le district de Sydney en Australie. Elle vise à tester l'implantation d'une boîte à outils à composantes multiples (ACFI-informed education toolkit : ACFIiET) utilisant le score Aged Care Funding Instrument-Behavior Supplé-

ment (ACFI-BEH*) afin de déclencher la planification de soins pour les personnes ayant des SCPD. L'échantillon inclut cinq EMS de la région de Sydney de trente-cinq à septante lits. 46 résidents ont été retenus pour participer à l'étude, ils devaient présenter des SCPD. 209 soignants ont été retenus et ont reçu une formation. L'ACFIiET propose cinq outils et est basé sur la théorie des soins centrés sur la personne selon Kittwood : visualisation d'un DVD concernant la compréhension du cerveau et des comportements en lien avec la démence d'Alzheimer ; présentation de la démence avec un lien entre les besoins non satisfaits et une prise en charge centrée sur la personne donné par un clinicien expérimenté ; formation de l'équipe dans la planification des soins et l'évaluation des SCPD avec une présentation de stratégies de gestion ou de prévention de ces symptômes en lien avec une approche centrée sur la personne ; carte ressource pour la gestion des SCPD ; plusieurs algorithmes pour une stratégie de gestion optimale de chaque SCPD. Après deux jours de formation, une infirmière chercheuse a collecté les données entre octobre 2010 et juin 2011 en deux temps. Les résultats de la CMAI, Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) et Revised Algase Wandering Scale (RAWS) ont été comparés à ceux de l'ACFI-BEH. Certains comportements se retrouvaient dans une évaluation mais pas dans l'autre. Les résultats ne montrent pas de diminution significative de la survenue des SCPD sur les échelles validées. Par rapport à l'accessibilité de la boîte à outils, la visualisation d'un DVD sur la démence a attiré plus de soignants que la lecture d'une heure sur les soins centrés sur la personne et la gestion des SCPD (52.63% contre 39.7%). 76.2% des soignants ont participé à la formation. Les algorithmes et les cartes ont été utilisés par tous les membres de l'équipe, avec des retours positifs sur le contenu et l'utilisation de stratégies de gestion.

7.3.1. Validité méthodologique

La première collecte s'est faite 1-2 semaines avant l'implantation de l'outil et la deuxième s'est faite 9-13 semaines après le début d'utilisation de l'outil. Les instruments utilisés pour la collecte de données sont les suivants : ACFI-BEH qui donne des informations sur le niveau de fréquence de SCPD présent chez le patient, Global deterioration rating scale a été utilisé pour les données démographiques des patients ainsi que pour les comorbidités (remplis par les infirmières des EMS), RAWS-long-term care version (RAWS-LTC) a été utilisé pour mesurer la fréquence des SCPD (alpha Cronbach à 0.93), la CMAI afin d'évaluer l'agitation (alpha Cronbach entre 0.86 et 0.91), CSDD pour évaluer la dépression (alpha de Cronbach entre 0.84 et 0.98), cette échelle est aussi utilisée dans le ACFI-BEH. La faisabilité de l'implantation de la boîte à outils a été évaluée en termes de validité par des experts de l'âge avancé et des cliniciens des soins de démence. En termes

d'acceptabilité, elle a été mesurée par le degré de participation de l'équipe. Le logiciel statistique utilisé pour l'analyse des données est le SPSS 18, qui est un logiciel largement reconnu. Des statistiques descriptives ont été effectuées pour décrire la qualité du plan de soins en relations avec les SCPD. Des t-tests appariés ont été réalisés pour identifier les changements dans la période de pré-test et celle de post-test. Une correction de continuité* de Blom a été utilisée pour satisfaire les critères de normalité pour les scores RAWSLTC et CMAI. Les notes descriptives ont été analysées de manière croisée pour tous les modèles et les anomalies. Le degré de participation de l'équipe a été évalué par des analyses descriptives.

7.3.2. Pertinence clinique

Ce qui est novateur dans cette étude est le fait d'utiliser un outil d'évaluation mis en place dans tous les EMS d'Australie afin de déclencher la planification des soins pour les patients atteints de SCPD. D'autre part, le fait de proposer une boîte à outils aux soignants permet de faciliter la prise en charge de ces patients car ils ont des interventions concrètes qui leur sont proposées et qu'ils peuvent mettre en place simplement. Malgré le fait que les résultats ne soient pas significatifs sur la diminution des SCPD, le retour des soignants est très positif parce que, justement, ils ont des outils à disposition. Cela diminue donc le stress des soignants par rapport à la gestion de ces patients souvent problématiques. Les interventions proposées peuvent être mises en œuvre par tous les soignants de l'équipe et pas seulement les infirmières, donnant donc une opportunité de gestion à toute l'équipe. Les auteurs publient les résultats bien qu'ils ne soient pas significatifs et cherchent à en comprendre la raison. Ils donnent certaines pistes par le fait que certaines informations n'ont pas été documentées mais également par le fait que les soignants n'ont pas utilisé l'ACFliET pour la planification des soins, induisant donc un biais. Les résultats sont donc faussés et pourraient potentiellement être significatifs si tous les participants remplissaient les données et suivaient le protocole. L'échantillon est de petite taille, pouvant donc réduire la généralisation des résultats bien qu'une évaluation ait été faite par rapport à la taille de l'échantillon.

7.3.3. Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est utile pour la pratique professionnelle car bien que les résultats ne soient pas significatifs, elle permet de démontrer qu'une formation appropriée est primordiale pour la prise en charge des SCPD. Elle permet également de confirmer que les interventions proposées peuvent être appliquées par tous les membres de l'équipe, augmentant

ainsi l'implication de tous les soignants. De plus, comme cela est basé sur la théorie de Kittwood, l'équipe travaille vers un but commun et ensemble. Néanmoins, d'autres recherches sont nécessaires afin d'avoir d'autres résultats, avec un échantillon plus grand et toutes les données collectées et évaluées.

7.4. Description de l'étude 4

McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., & Seedy, M. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health*, 19(9), 799-807. doi :10.1080/13607863.2014.967659.

Cette recherche est un essai contrôlé randomisé. Elle s'intéresse à l'efficacité d'un protocole clinique dans la gestion des SCPD. Pour cela, 16 EMS avec plus de 60 résidents en Australie ont été sélectionnés dans le registre des EMS. Les membres de l'équipe ont reçu une formation sur la démence lors des 12 derniers mois (n=204) et les résidents devaient avoir un diagnostic de démence et présentaient des SCPD (n=187). Ils ont été séparés à l'aveugle dans 4 groupes différents : entraînement à l'utilisation du protocole clinique et soutien clinique externe (1) ; atelier sur les SCPD avec soutien clinique externe (2) ; formation à l'utilisation du support clinique seul (3) ; soins habituels (4). Les groupes 1 et 3 ont reçu une formation de 2 heures sur le protocole clinique qui est le suivant : identification des causes et risques des SCPD, gestion de l'environnement contextuel dans lequel le SCPD se produit et implantation d'interventions spécifiques aux besoins du résident. Les résultats présentés démontrent une amélioration significative des SCPD pour tous les groupes sauf celui où la prise en charge est habituelle. Pour le groupe 1, il y a une amélioration des symptômes de 27% au bout de 6 mois. Pour le groupe 2, il y a une amélioration de 34.5% au bout de 3 mois mais à 6 mois l'amélioration a diminué à 24%. Pour le groupe 3, l'amélioration au bout de 6 mois est de 33%. Pour l'agitation, il y a une amélioration significative pour le groupe 1, $F(2, 104) = 5.28, p < 0.05$. Le groupe 2 ne présente pas d'amélioration. Le groupe 3 présente une amélioration significative, $F(2, 94) = 5.71, p < 0.05$. Le groupe 4 présente également une amélioration significative, $F(2, 72) = 4.47, p < 0.05$. Concernant l'équipe, une diminution significative du stress a été perçue dans les groupes 1 ($p < 0.01$) et 2 ($p < 0.05$) où un support clinique externe était présent. Les résultats sont également significatifs concernant l'interaction entre soignants et résidents dans le groupe 1 ($p < 0.01$). Concernant l'auto-efficacité, les résultats sont significatifs avec une amélioration dans les groupes 1 ($p < 0.01$) et 3 ($p < 0.01$).

7.4.1. Validité méthodologique

Les données démographiques et les diagnostics médicaux ont été récoltés via les dossiers médicaux des résidents. La sévérité de la démence a été évaluée par le Clinical Dementia Rating (CDR). La CMAI a été utilisée pour l'agitation (alpha de Cronbach = 0.79). Le Career Stress Scale (CSS) est utilisé pour évaluer le stress de l'équipe. Le Strains in Dementia Care Scale (SDCS) évalue les interactions entre les soignants et les résidents (alpha de Cronbach = 0.90-0.95). Afin de collecter des données concernant les attitudes de l'équipe, le Approches to Dementia Questionnaire (ADQ) a été sélectionné (alpha de Cronbach = 0.81). L'auto-efficacité des soins de démence a été mesurée à l'aide d'une auto-évaluation comportant 6 situations de perception de l'équipe sur leur façon d'agir et la confiance dans leur prise en charge de patients déments, incluant la gestion des SCPD. Elle est cotée sur une échelle de Likert à 5 points (1 = grand désagrément, 5 = grand agrément) (alpha de Cronbach = 0.67). Les données ont été collectées par des assistants de recherche à 3 périodes différentes : au début (T1), à 3 mois (T2) et à 6 mois (T3). L'évaluation avec le CDR a été effectuée par deux membres de l'équipe et le résident, apportant ainsi une plus grande objectivité. De plus, toutes les échelles de mesures utilisées sont fiables et les auteurs ont présenté leur fiabilité dans l'étude. Chaque groupe était de 50 résidents et de 50 membres de l'équipe, avec une attente de taille à effet modéré. La médiane des changements de score des résidents a été utilisée pour démontrer tous les changements dans chaque condition. Les scores de CMAI ont été convertis en pourcentage pour que la comparaison soit plus facile. Des mesures répétées de l'analyse de la variance (ANOVAs*) ont été effectuées. Une correction de Bonferroni* a été utilisée afin de contrôler le taux d'erreur de chaque groupe. Toutes les données ont été analysées avec le logiciel IBM SPSS 2.0 et le degré de signifiante statistique a été fixé à $p < 0.05^*$.

7.4.2. Pertinence clinique

Les résultats sont dans l'ensemble significatifs et tendent à diminuer la fréquence et l'apparition des SCPD. D'autre part, le protocole clinique améliore également la relation entre soignants et soigné. Il permet aussi de diminuer le stress des soignants lorsqu'il y a un support clinique. L'agitation diminue également dans les groupes où le protocole a été testé. Un suivi sur 6 mois est effectué, permettant ainsi d'avoir une vision à plus ou moins long terme des bénéfices du protocole clinique. Cette recherche a un haut niveau de preuve parce qu'il s'agit d'un essai contrôlé randomisé. Il est cependant de faible puissance en lien avec l'échantillon de taille moyen. La généralisation des résultats peut donc être faussée en lien avec la taille de l'échantillon. D'autre part, il peut y avoir des différences systématiques entre les groupes et cela peut donc influencer les résultats. Les au-

teurs démontrent également un manque de motivation du personnel, ce qui peut également avoir une incidence sur les résultats. Ce protocole clinique semble donc être pertinent mais d'autres recherches sont nécessaires afin de contrôler les éléments pouvant influencer les résultats.

7.4.3. Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est utile pour la pratique professionnelle infirmière car elle permet d'offrir une prise en charge holistique du résident tout en tenant compte de ses besoins personnels. De plus, comme les améliorations par rapport aux SCPD sont en évolution positives durant les différents suivis, il est possible de penser que cette évolution serait constante et pourrait aller jusqu'à la disparition du symptôme problématique. En outre, comme dans le groupe 3, il n'y avait pas de support clinique externe, la mise en place de ce protocole peut se faire dans n'importe quel milieu de soins à condition que le personnel reçoive une formation appropriée. Ainsi, un protocole clinique structuré permet d'aider les soignants à évaluer les SCPD et comprendre quel besoin n'est pas satisfait et donc de proposer des interventions en lien direct avec ce besoin. Cela demande plus de temps mais pas plus de moyens financiers.

7.5. Description de l'étude 5

Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., & ... Mulhall, P. M. (2016). Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(7), 570-579. doi :10.1177/1533317516662337

Il s'agit d'une étude de mesures répétées d'un seul groupe comparant les résultats avant et après l'implantation de l'Evidence Integration Triangle for Behavioral and Psychological Symptoms of dementia (EIT-4-BDSP). Deux EMS ont été sélectionnés, un dans le Maryland et un autre en Pennsylvanie. Les résidents (n=37) sélectionnés devaient vivre dans l'EMS, avoir plus de 55 ans, présenter une manifestation de SCPD durant les six derniers mois et avoir une altération cognitive selon le Brief Interview of Mental Status (BIMS). Les données ont été collectées par les infirmières chercheuses ou par les membres de l'équipe. Les étapes de l'EIT-4-BDSP sont les suivantes : évaluation de l'environnement et des politiques, enseignement à l'équipe, établissement d'un plan de soins centrés sur la personne, mentorat et motivation de l'équipe. Les résultats significatifs sont les suivants : diminution de l'agitation ($p<0.001$) ; augmentation de la qualité de vie ($p<0.001$) ; amélioration de la prise en soins par une approche centrée sur la personne ($p<0.02$). Il y a

eu une augmentation de la prescription des psychotropes de la période de base à celle de suivi, passant de 62 à 66%. Les comportements résistants sont en diminution, passant d'une moyenne de 3.66 à 1.50, cependant la valeur p n'est pas significative. Il y également eu une amélioration dans le nombre de politiques dans les milieux de soins qui reflétait une approche centrée sur la personne et sur l'utilisation d'interventions comportementales. Au niveau de l'adoption du triangle d'intégration, les résultats démontrent que les participants lisent et utilisent les réunions mensuelles. De plus, les soignants planifient les actions en fonction des approches apprises. Les résultats sont non-significatifs sur la diminution de la dépression ($p < 0.006$). De plus, le suivi a été réalisé sur 86% des résidents, 14% sont décédés durant la recherche.

7.5.1. Validité méthodologique

La collecte des données s'est faite par une chercheuse qui venait sur place tous les mois pendant six mois. Il y a eu une première rencontre avec l'équipe afin de fournir les connaissances nécessaires de l'EIT-4-BDSP. Un suivi par internet toutes les semaines a également été effectué auprès des membres de l'équipe. Différents outils de mesure ont été utilisés : RE-AIM, Illness Rating Scale, CSDD, CMAI, Resistiveness to Care Scale, PAIN-AD, index de Barthel, Quality of Life-AD, Environnement Assessment total score, Policy assessment total score, The Knowledge of Behavioral Interventions for the BDSP test. Il s'agit d'un devis expérimental vrai avec un devis simple à mesure répétée, l'étude a donc une présomption scientifique. La taille de l'échantillon est petit, impactant donc la généralisation des résultats. Tous les outils de mesures ont été validés et sont fiables pour une utilisation avec les personnes âgées. Des analyses descriptives ont été effectuées pour décrire l'échantillon et l'EMS. Des estimations généralisées d'équation ont été utilisées afin de valider les analyses des mesures répétées. Un paradigme d'intention de traiter a été utilisé afin d'éviter un biais d'attrition. Pour chaque résultat, des analyses exploratoires ont été faites telles que des diagrammes de dispersion*, distributions de fréquence* et des boxplots*. Une valeur $p < 0.05$ a été déterminée pour la significativité des résultats. Un biais d'attrition est présent par le fait que 14% des résidents sont décédés durant l'étude et que leurs résultats ont été pris en compte. Les auteurs publient les résultats même s'ils ne sont pas significatifs et présentent les limites de leur étude.

7.5.2. Pertinence clinique

Certains résultats sont significatifs mais de loin pas tous. Il y a certes une diminution de l'agitation et des symptômes dépressifs mais parallèlement il y a une augmentation de la prescription des psychotropes. La diminution de ces symptômes peut donc être en lien

avec l'augmentation de la prise de neuroleptiques. Il y a donc un biais possible. D'autre part, comme c'est toujours la même chercheuse qui récolte les données, un biais d'information peut être possible. De nouvelles recherches avec un échantillon plus grand devraient être effectuées afin de pouvoir faire une généralisation des résultats. De plus, il n'y a pas de groupe témoin pour objectiver la différence des résultats avec ou sans EIT-4-BDSP. En outre, certains participants sont décédés durant la recherche, il y a donc un biais d'attrition par manque de données. Les résultats de cette recherche doivent donc être considérés avec précaution bien que tous les outils utilisés soient fiables. De plus, cette recherche n'a pas été validée par un comité d'éthique mais les auteurs déclarent cependant ne pas avoir de conflits d'intérêt.

7.5.3. Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude est utile car elle permet de constater que la mise en place de différentes étapes dans la prise en charge des SCPD est efficace pour la diminution de l'agitation. Elle met également en avant le fait que la formation est importante dans la prise en soins de ces patients et pour la gestion de SCPD. Mais comme il y a une augmentation de la prescription des neuroleptiques, les résultats en lien avec les interventions proposées doivent être considérés avec précaution. A ce stade de recherche, ils ne sont pas transférables dans la pratique professionnelle et il est nécessaire de faire d'autres recherches afin de s'assurer de la fiabilité des résultats et de la pertinence des interventions proposées.

7.6. Description de l'étude 6

Rey, S., Voyer, P. & Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, 13(4), 56-60. Niveau 4 sur la pyramide des preuves.

Cette étude est un devis rétrospectif descriptif simple d'évaluation. L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné*. Trente-huit patients du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) et cinq infirmières de l'équipe du mentorat ont été retenus. Tous les patients présentaient des troubles cognitifs (n=5) ou des diagnostics de démence (n=33). Cette recherche vise à la description du processus de prise en charge des SCPD depuis l'évaluation clinique jusqu'à la mise en place d'interventions infirmières mais également à connaître l'efficacité des interventions proposées. Les interventions offertes par les infirmières du mentorat sont les suivantes : approche de base, thérapies sensorielles, thérapies récréatives, thérapies environnementales, exercice physique, adaptation des soins

aux besoins de la personne, thérapies comportementales, thérapies cognitives, thérapies spécifiques. Dans tous les cas, les infirmières du mentorat pratiquent l'évaluation clinique du patient qui comporte trois phases : anamnèse, examen physique et utilisation d'instruments de mesure. Pour tous les patients, un plan d'interventions est présent dans le dossier patient. Ces interventions sont ciblées par rapport aux besoins du patient mais également par rapport à ses habitudes de vie. Les résultats sur la CMAI démontrent une réduction de l'agitation de 32.8% ($t < 0.0001$) et ceux de l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings (NPI) démontrent une réduction des SCPD de 64% ($t < 0.0001$).

7.6.1. Validité méthodologique

Les données ont été collectées par l'étudiante chercheuse avec un instrument de recueil de données créé pour l'étude. Cet instrument prend en compte septante-quatre activités recommandées par les guidelines sur les SCPD. Il a été testé par l'étudiante puis par deux chercheurs afin de s'assurer de la validité de l'instrument utilisé. Une grille de correction a également été utilisée afin d'assurer la fiabilité des données récoltées. Cependant, un coefficient alpha de Cronbach aurait pu être effectué afin de s'assurer de la validité de l'instrument. La collecte s'est fondée sur la base des dossiers des patients. Des fiches signalétiques ont été faites pour les données sociodémographiques des patients. Deux autres inventaires ont également été utilisés : le CMAI pour évaluer l'agitation et le NPI dans le but d'évaluer la fréquence et la gravité des SCPD. Ces deux outils de mesure sont fiables et validés par la communauté scientifique. Il s'agit d'un devis rétrospectif descriptif, qui est un des niveaux les plus bas de preuves. Il permet cependant de voir l'état des connaissances sur la prise en charge des SCPD au Québec et d'évaluer la pertinence des interventions proposées. L'échantillonnage est de type non probabiliste ce qui peut induire un biais de sélection. La durée de la récolte des données n'est pas présentée. L'article propose un lien vers la thèse entière qui permet d'avoir accès à toutes les informations non présentes dans l'article. L'utilisation d'un logiciel statistique n'est pas stipulée. Cependant, des distributions de fréquence, des mesures de tendance centrale et des mesures de dispersion ont été effectuées afin d'analyser les résultats.

7.6.2. Pertinence clinique

Les résultats sont significatifs et démontrent une efficacité de 94.7% des interventions planifiées par les infirmières pour la gestion des SCPD. D'autre part, les soignants chargés d'appliquer les interventions proposées par les infirmières du mentorat expriment un degré de satisfaction de 95%. Les proches également formulent un degré de satisfaction

entre 65.8% et 100%. S'agissant d'une étude exploratoire, les résultats ne peuvent être généralisés car ils visent à comprendre une prise en charge. Cet article démontre que les interventions planifiées par des infirmières formées à la gestion des SCPD sont efficaces et permettent une diminution de la fréquence et de la sévérité des symptômes. Il est donc tout à fait probable que cela soit reproductible dans d'autres milieux. D'autre part, la pratique clinique des infirmières correspond aux recommandations des lignes directrices actuelles sur la prise en charge des SCPD visant à diminuer la prescription de neuroleptiques et à promouvoir une approche non pharmacologique. D'autres recherches exploratoires doivent être effectuées dans d'autres pays afin de constater si la prise en charge correspond également aux lignes directrices de la prise en charge des SCPD.

7.6.3. Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude se révèle utile pour la pratique infirmière car elle permet de démontrer qu'une évaluation standardisée des patients atteints de SCPD aide à cibler au mieux les interventions proposées pour la gestion des SCPD. Elle montre également qu'il y a une meilleure efficacité car les interventions proposées sont individualisées au patient. D'autre part, la formation des soignants est importante dans cette prise en charge et permet ainsi d'obtenir des résultats cliniques probants. Les données des dossiers sont issues de l'évaluation des infirmières et non d'une évaluation systématique, ce qui peut induire un biais. Une prise en charge individualisée ne demande pas plus de moyen mais plus de temps et de connaissances de la part des infirmières prenant en charge les patients atteints de SCPD. Ainsi, avoir des infirmières expertes dans les SCPD permet une diminution de ces symptômes et une prise en charge adéquate de ces patients. Cependant, les interventions utilisées ne sont pas clairement stipulées, diminuant d'autant l'impact de l'utilité pour la pratique professionnelle.

7.7. Synthèse des principaux résultats

Les études se rejoignent ou divergent sur différents points. Le premier point est l'évaluation des SCPD qui est primordial afin de proposer des interventions adaptées. La plupart des outils utilisés pour l'évaluation sont les mêmes, principalement la CMAI pour évaluer l'agitation (Chenoweth et al., 2011 ; Jeon et al., 2013 ; McCabe et al., 2015 ; Resnick et al., 2016 ; Rey, Voyer et Juneau, 2016). Un autre outil retrouvé à plusieurs reprises est le CSDD afin d'évaluer la dépression (Jeon et al., 2013 ; Resnick et al., 2016). Cela rejoint donc les outils proposés par Voyer (Voyer, 2016, p. 459-461). De plus, tous les outils utilisés sont validés par la communauté scientifique.

Le deuxième point est la théorie ou philosophie utilisée, il s'agit de celle des soins centrés sur la personne selon Kittwood (Chenoweth et al., 2011 ; Jeon et al., 2013). Cohen-Mansfield et al. utilisent un modèle des besoins non satisfaits mais ne citent pas clairement d'auteurs relatant ce modèle (Cohen-Mansfield et al., 2015). McCabe et al. utilisent eux aussi la théorie des besoins non satisfaits selon différents auteurs présentés dans le tableau de recension (McCabe et al., 2015 ; Annexe VI). Rey, Voyer et Juneau se basent sur la théorie infirmière sur les besoins compromis d'Algase (Rey Voyer et Juneau, 2016). Cependant, toutes les études partent du principe que les SCPD sont dus à des besoins non satisfaits. Ainsi, une évaluation adéquate du symptôme permet de proposer des interventions adaptées au besoin du patient.

Le dernier point est l'approche non pharmacologique et un programme d'interventions infirmières adaptées justement au besoin non satisfait. Ces interventions peuvent être appliquées par tous les soignants de l'équipe. L'évaluation et la planification des interventions est faite par l'infirmière. La plupart des résultats sont significatifs avec un programme d'interventions adaptées, démontrant ainsi qu'il est tout à fait possible de gérer les SCPD de manière non pharmacologique (Chenoweth et al., 2011 ; Jeon et al., 2013 ; Cohen-Mansfield et al., 2015 ; McCabe et al., 2015 ; Rey, Juneau et Voyer, 2016). Seuls les résultats de l'étude de Resnick et al. doivent être considérés avec précaution car il y a une augmentation de la prescription des neuroleptiques, la diminution de l'agitation pouvant donc être due à cette augmentation (Resnick et al., 2016).

8. Discussion

8.1. Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

La majorité des études sélectionnées utilisent des outils d'évaluation fiables et validés par la communauté scientifique (Chenoweth et al., 2011 ; Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali et Thein, 2015 ; Jeon et al., 2013 ; McCabe et al., 2015 ; Resnick et al., 2016). Ces derniers visent à évaluer les SCPD sous différents angles et cherchent à comprendre quelle est la cause de ces manifestations. Dans certaines études, les données ont été récoltées par les mêmes chercheurs, au début et à la fin de la période de recherche. Ainsi, lors de la récolte de fin d'étude, donc après avoir testé les programmes d'intervention, les chercheurs peuvent avoir biaisé les résultats afin que ces derniers soient significatifs et valident leur hypothèse. Cependant, des résultats non significatifs ont été publiés. Les chercheurs tentent de comprendre pourquoi et émettent différentes hypothèses et développent eux-mêmes le fait que d'autres recherches sont nécessaires. Tous les auteurs démontrent l'importance de l'évaluation des SCPD, cependant cette évaluation est faite uniquement lors des recherches et n'est pas forcément répétée lors de nouvelles entrées ou durant le temps de séjour du résident.

Un autre point où toutes les études sélectionnées se rejoignent est l'utilisation de la théorie des besoins non satisfaits et des soins individualisés au besoin du patient (Chenoweth et al., 2011 ; Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali et Thein, 2015 ; Jeon et al., 2013 ; McCabe et al., 2015 ; Resnick et al., 2016 ; Rey, Voyer et Juneau, 2016). Elles rejettent donc les perspectives de normalisation du soin, concept actuel et sûrement futur des soins infirmiers (Dumesnil, 2015). Cette approche permet de prendre en charge un humain à part entière, dans toute sa complexité, rejoignant la notion de caring émise par J. Watson. Elle permet également à la personne souffrant de SCPD de retrouver un peu de dignité, car si elle présente ces symptômes c'est dans le but de communiquer quelque chose aux personnes qui l'entourent, et donc également à nous, soignants. Il est intéressant de parler de théorie, mais pour que ces dernières soient utilisées en pratique, il est essentiel et nécessaire que les infirmiers ou les autres membres de l'équipe soient formés à leur utilisation. Les soignants doivent également avoir la même éthique que la philosophie choisie. Il est également mis en avant qu'après une formation sur les SCPD et les démences, la prise en charge des soignants en est modifiée, positivement (Chenoweth et al., 2011 ; Jeon et al., 2013 ; McCabe et al., 2015 ; Resnick et al., 2016 ; Rey, Voyer et Juneau, 2016). Il paraît donc primordial que tous les soignants travaillant en EMS reçoivent une formation sur ces symptômes et sur leur prise en charge.

Il y a une seule étude qui présente clairement les interventions testées, amenant donc des résultats crédibles (Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali et Thein, 2015). Ces derniers permettent aussi d'avoir une idée plus précise sur le transfert de ces interventions dans la pratique. Toutes les autres études présentent des boîtes à outils, mais les interventions mises en place ne sont pas clairement formulées (Chenoweth et al., 2011 ; Resnick et al., 2016 ; Rey, Voyer et Juneau, 2016). Cependant, les interventions proposées par McCabe et al. mais aussi celles de Jeon et al. peuvent être consultées à l'aide d'un lien présent dans l'article (McCabe et al., 2015 ; Jeon et al. 2013). Ainsi, il est difficile de savoir quelles sont les interventions qui ont été le plus efficaces sur tel ou tel symptôme mais également comment transférer ces dernières à la pratique infirmière de tous les jours. De plus, la mise en place et le suivi de ces interventions dépendent beaucoup des infirmiers. Dans une étude, il y a un manque de données car justement certains membres du personnel ne documentaient pas les dossiers mis en place par les chercheurs (McCabe et al., 2015). Cela laisse donc à penser que dans une pratique quotidienne, il pourrait y avoir une prise en charge modifiée, voire altérée, selon l'infirmier ou le soignant prenant en charge le patient.

Il y a une étude qui donne une indication sur la prescription des psychotropes durant le temps de recherche, mais ces données manquent aux autres études. Or il est tout à fait possible que la prescription médicamenteuse ait également augmenté lors de ces autres recherches. Dans le cas de l'étude de Resnick et al. (Resnick et al., 2016), bien que les résultats par rapport aux interventions soient biaisés par cette augmentation, les chercheurs les publient et s'en rendent compte. Ce manque de données peut également constituer un biais. Pourquoi ces recherches ne se sont-elles pas intéressées à la prescription des traitements ?

En regard avec la question de recherche initiale qui est : « En EMS, comment le soignant infirmier peut-il intégrer dans sa pratique professionnelle une approche non pharmacologiques auprès des résidents souffrant de SCPD ? », il semble évident que la base de la prise en charge est l'évaluation des SCPD. Après avoir évalué ces symptômes à l'aide d'outils fiables tels que le NPI, la CMAI ou encore le CSDD, l'infirmier sera en mesure de proposer des interventions non pharmacologiques adaptées au besoin du résident. Pour cela il peut se baser sur la recherche de Cohen-Mansfield qui propose différentes interventions ciblées (Cohen—Mansfield, Marx, Dakheel-Ali et Marx, 2015). Il peut également se référer à une approche de gestion par l'environnement proposé par Chenoweth (Chenoweth et al., 2011).

8.2. Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature n'est pas exhaustive car il existe de nombreuses bases de données et une petite partie en a été consultée. D'autre part, elle se limite à seulement six articles, or de nombreuses autres recherches empiriques auraient pu être sélectionnées afin de donner une représentation plus générale des différentes interventions mises en place par les infirmiers. Il est cependant possible de constater que les résultats des études sélectionnées sont comparables, mis à part la recherche de Resnick et al., bien que les résultats soient significatifs. Le fait que la prescription de neuroleptiques ait augmenté durant la période de recherche amène un biais flagrant au niveau de l'interprétation des résultats.

D'autre part, dans les articles sélectionnés les chercheurs publient des résultats non significatifs et cherchent à en comprendre la cause. Il existe un grand nombre d'interventions non pharmacologiques proposées pour la gestion des SCPD qui sont présentés dans la problématique. Toutefois, cette revue de la littérature s'intéressait principalement à un programme d'interventions infirmières, afin d'autonomiser le rôle de l'infirmier dans sa pratique quotidienne.

Mes limites personnelles face au TB ont été variées. En premier lieu, il s'agit d'une première expérience dans la recherche scientifique, demandant donc beaucoup d'investissement et de vérifications en lien avec la méthodologie. Ce temps investi dans la méthodologie l'a été au détriment de la thématique de base qui a parfois été oubliée. Un autre point difficile a été la compréhension des recherches qui sont pour la plupart en anglais. Parfois, je pensais comprendre l'étude alors que j'avais compris quelque chose de totalement différent de ce que l'auteur voulait dire. Heureusement, j'ai pu trouver des ressources pour la traduction anglais-français.

9. Conclusions

9.1. Propositions pour la pratique

Actuellement la population âgée ne cesse d'augmenter et cela va continuer dans les années à venir. Qui dit augmentation de cette population dit également augmentation des démences et donc des SCPD. Les différentes études présentées dans cette revue de la littérature démontrent qu'il y a encore des changements à mettre en place dans la prise en charge de ces symptômes. En premier lieu, utiliser la théorie des soins centrés sur la personne de Kittwood mais aussi la théorie des besoins compromis d'Algase permet au résident de retrouver une certaine dignité. En effet, s'intéresser et évaluer la personne dans toute sa globalité et sa complexité permet de proposer des soins réellement adaptés à ses besoins et de ne pas proposer des soins généraux ou seulement médicamenteux.

D'autre part, l'étude de Chenoweth démontre que l'aménagement de l'environnement permettrait la diminution de la fréquence des SCPD (Chenoweth et al, 2001). Ainsi, un environnement adapté à la personne souffrant de SCPD est essentiel pour une prise en charge optimale de ces symptômes. Actuellement en Suisse, certains EMS proposent des unités spécialisées dans les démences. Dans ces unités, l'environnement est fermé, diminuant ainsi les risques pour la personne. Mais cet environnement fermé ressemble à un appartement où la personne est libre de se déplacer comme bon lui semble à l'intérieur et lui rappelle sa vie d'avant. Cela permet de faciliter la prise en charge car c'est un environnement plus ou moins connu de la personne.

Une prise en charge non pharmacologique permet de diminuer les risques immédiats des traitements neuroleptiques ou sédatifs chez ces patients. Il y a donc ainsi moins de risques pour la santé du patient. Cela diminue également les interactions médicamenteuses qui sont difficiles à gérer. Cela favorise donc la santé du résident.

Un autre point essentiel dans la prise en charge de ces symptômes est l'évaluation de ces derniers. Dans cette revue de la littérature, plusieurs grilles d'évaluation sont présentées. Ces grilles se retrouvent facilement sur internet ou dans certains ouvrages, comme celui de Voyer. Dans certains EMS il est possible de trouver ces grilles mais elles sont cependant très peu utilisées. Il est donc intéressant de se demander la raison de cette sous-utilisation, voire même de cette non-utilisation. Serait-ce par méconnaissance des infirmiers ou par manque de temps et de moyens ?

9.2. Propositions pour la formation

Dans la formation Bachelor de Soins infirmiers à la HES-SO Valais, le module 1122 présente les différents SCPD et propose différentes grilles d'évaluation. De plus, la responsable du module invite les étudiants à effectuer des travaux sur ces symptômes à l'aide de l'ouvrage de Voyer (Voyer, 2013). Cependant, lors d'un stage en réadaptation, j'ai pu constater que lorsque je parlais de SCPD auprès de mes collègues infirmiers diplômés, ils ne savaient pas de quoi il s'agissait. Les seuls infirmiers connaissant ces symptômes étaient ceux titulaires d'un CAS en psychogériatrie. Il serait donc intéressant que tous les soignants travaillant auprès de la population âgée reçoivent une formation sur ces symptômes, s'ils ne l'ont pas déjà reçue lors de leur formation initiale. D'autre part, dans la formation Bachelor, certes les SCPD sont présentés, mais il y a peu d'informations données sur la gestion de ces symptômes. Il serait donc utile d'avoir un cours pratique sur la gestion de ces derniers, permettant ainsi aux étudiants de se familiariser avec cette gestion particulière. Une visite des unités spécialisées dans les démences pourrait également être pertinente dans le but de sensibiliser les étudiants aux différents moyens à mettre en place pour prendre en charge ces symptômes parfois difficiles. De plus, avec une bonne connaissance de ces symptômes et de leur gestion, cela permet de diminuer le stress induit pour les soignants. Les articles analysés démontrent également qu'une formation sur ces symptômes et leur prise en charge aide les soignants.

9.3. Propositions pour la recherche

Le soignant infirmier peut intégrer dans sa pratique professionnelle des interventions non pharmacologiques dans le but de gérer les SCPD. Pour se faire, il est essentiel qu'il évalue les symptômes à l'aide d'outils fiables. Il peut également noter la fréquence d'apparition des SCPD et à quels moments de la journée ces derniers apparaissent afin de mieux les comprendre. D'autres études sont nécessaires afin de valider réellement le bénéfice d'approches non pharmacologiques mais également la pertinence de la mise en place d'un plan d'interventions infirmières. Les études devraient présenter spécifiquement les interventions testées et sur quels symptômes ces dernières sont le plus efficaces, permettant ainsi un transfert simplifié à la pratique. Des méta-analyses ou méta-synthèses de plus grande ampleur devraient également être effectuées afin de comparer au mieux les résultats de différentes recherches. Dans le même but, les études primaires devraient avoir des échantillons plus grands. De plus, comme la population âgée va augmenter, il s'agit d'un défi de santé actuel et les chercheurs devraient effectuer d'autres recherches afin que la prise en charge de la population âgée soit adaptée au mieux aux besoins de ces personnes.

10. Références bibliographiques

10.1. Tableau de recension

- Chenoweth, L., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y., Parbury, J. S., & ... Haas, M. (2011). Study Protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8(3), 153-165. doi :10.1111/j.1741-6787.2010.00204.x.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, S.M., Dakheel-Ali, M. & Thein, K. (2015). The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia : an exploratory study. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 23(2), 160-170. doi : 10.1016/j.jagp.2014.06.006
- Jeon, Y.-H., Govett, J., Low, L.-F., Chenoweth, L., Mcneill, G., Hoolahan, A., Brodaty, H. & O'Connor D. (2013). Care planning practices for behavioural and psychological symptoms of dementia in residential aged care : A pilot of an education toolkit informed by the Aged Care Funding Instrument. *Contemporary Nurse*, 44(2), 156-169. doi : 10.5172/conu.2013.44.2.156.
- McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., & Seedy, M. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health*, 19(9), 799-807. doi:10.1080/13607863.2014.967659.
- Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., & ... Mulhall, P. M. (2016). Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(7), 570-579. doi :10.1177/1533317516662337
- Rey, S., Voyer, P. & Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, 13(4), 56-60.

10.2. Livres et revues

- Aalten, P., Verhey, F.R.J., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E.J., Camus, V., ... Robert, P.H. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24, 457-463.
- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. (1998). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-V* (5^{ème} Ed.). Arlington, American Psychiatric Association.
- Anliker, M. & Bartelt, G. (2012). Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Q-Sys AG.
- Berrut, G. & de Decker, L. (2015). Evaluation des comorbidités chez la personne âgée. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 13(1), 7-12. Doi : 10.1684/pnv.2015.0543
- Berthou, A., Curt, L., Laurent, A. & Rey, J.-C. (2012). Analyse des démences de type Alzheimer dans la base de données PLAISIR de mai 2012 (cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud). Institut de santé et d'économie : Lausanne.
- Cummings, J.-L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire : Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(6), S10-S16.
- Dumesnil, J. (2015). *Art médical et normalisation du soin*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Edberg, A.-K., Moyle, W. & Chan, S. (2012). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD Nurses Guide*. S.d. : IPA.
- Faucon, M. (2017). *Grands crus d'huiles essentielles biologiques chémotypées : sélection 2017*. Accès : <http://www.laboratoires-phytophar.com/documents/ADV-vertus-HE.pdf>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^{ème} Ed.). Canada : Chenelière Education Inc.
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*. Accès : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- Haute Autorité de Santé (2013). Grade des recommandations [Tableau 2]. In Haute Autorité de Santé, *Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique* (p.8). Saint-Denis La Plaine Cedex : HAS.
- Haute Autorité de Santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Accès : <http://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/alzheimer-prisecharge-reco2clics-v1.pdf

International Psychogeriatric Association. (2015). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD Specialists Guide*. S.d. : IPA.

Locca, J.F., Büla, C.J., Zumbach, S. & Bugnon, O. (2008). Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes : Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton. *Journal of American Medical Directors Association*, 9, 611.e1-611.e10.

Lustenberger, I., Schüpbach, B., von Gunten, A. & Mosimann, U.P. (2011). Swiss Medical Weekly. *Psychotropic medication use in Swiss nursing homes*, 141.

Mazzocato, C., David, S., Benaroyo, L. & Monod, S. (2013). Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu ! *Revue Médicale Suisse*, 9, 1026-1031.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Moreau-Gruet, F. (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Moro Buronzo, A. (2012). *Grand guide des Huiles essentielles*. S.d. : Hachette Pratique.

Neuner-Jehle, S. (2011). Trop bien ? Traitons la polypharmacie. *PrimaryCare*, 11(12), 212-215.

Office fédéral de la statistique OFS. (2016). *Scénarios de l'évolution de la population des cantons de 2015 à 2045* (communiqué de presse no 0351-1605-00). Neuchâtel : OFS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. S.d. : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Vieillesse et santé* (Aide-mémoire n°404). Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/> Consulté le 18.11.2016

Organisation des Nations Unies. (2002). *Données sur le vieillissement de la population*. S.d. : ONU

Reisberg et al. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.

Reisberg, B., Auer, S.R. & Monteiro, I.M. (1996). Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) Rating Scale. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 301-308.

Robert, P. & David, R. (2015). Symptômes psychologiques et comportementaux liés aux démences. In J.-M. Léger & J.-L. Mas (Dir.), *Démences*. Paris : John Libbey Eurotext.

Seitz, D., Purandare, N. & Conn, D. (2010). International Psychogeriatrics. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes : a systematic review, 22(7), 1025-1039.

Testad, I., Aasland, A.M. & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22(9), 916-921.

Voyer, P. (Dir.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^{ème} Ed.). Canada : ERPI.

World Health Organization. (2012). *Dementia : a public health priority*. United-Kingdom : WHO.

Yancik, R., Ershler, W., Satariano, W., Hazzard, W., Cohen, H.J. & Ferrucci, L. (2007). Report of the National Institute on Aging Task Force on Comorbidity. *Journal of Gerontology*, 62A (3), 275-280.

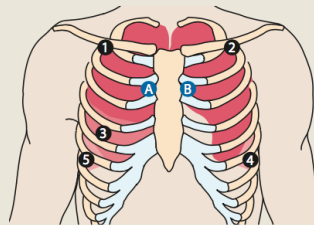
11. Annexes

11.1. Annexe I : Grille d'examen clinique selon Voyer

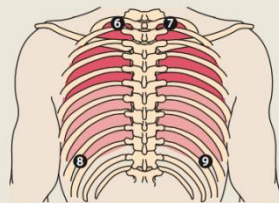
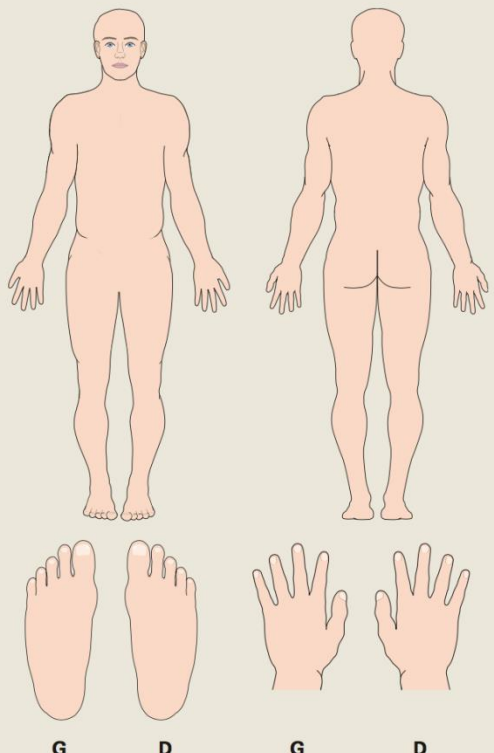
Tableau 27.6 Examen clinique infirmier de première ligne pour l'évaluation des SCPD	
Examen clinique infirmier de 1 ^{re} ligne pour évaluation des SCPD	
Nom : _____ Prénom : _____ Date de l'examen : ____ / ____ / ____	
Malaise dominant :	Score à l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (si pertinent) : ____ / 203
ANAMNÈSE DE DÉPART	
Provoquer / Pallier	Provoquer (facteurs individuels / environnementaux / interactionnels) Mesures palliatives :
Qualité / Quantité	
Région / Irradiation	
Signes / Symptômes	
Temps / Intermittence (fréquence, durée, moment)	
SIGNES VITAUX	
T° : ____ °C Rectale ☐ Buccale ☐ Respiration : ____ /min Saturation : ____ % AA ☐ Avec O ₂ ____ L/min ☐ Pouls : ____ /min Régulier ☐ Irrégulier ☐ P. artérielle : ____ / ____ Poids : ____ kg Stable depuis 3 mois : Oui ☐ Non ☐ Sinon, préciser : ____ kg Date : ____ / ____ / ____	
ÉVALUATION DE LA PRÉSENCE DE MANIFESTATIONS DE PROBLÈMES DE SANTÉ	
Perte d'autonomie :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) : Oui ☐ Non ☐
Changement de comportements :	Récent et soudain (≤ 1 semaine) : Oui ☐ Non ☐
Modification de l'état mental :	Récente et soudaine (≤ 1 semaine) : Oui ☐ Non ☐
Difficulté respiratoire :	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : Jour ☐ Nuit ☐
Toux :	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
Douleur :	Cardiaque (DRS) ☐ Ostéo-articulaire ☐ Autres ☐ Préciser : _____
Fatigue :	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
Perte d'appétit :	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
Signes de problèmes digestifs : Ex. : reflux, vomissement, touche estomac	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
Signes de problèmes éliminatoires : Ex. : constipation / diarrhée	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
Isolement social, reste en retrait :	Oui ☐ Non ☐ Si oui, depuis quand ? _____
Autres signes physiques pertinents : Ex. : blessure traumatique, chute	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____
EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL	
Capacité d'attention :	Attentif ☐ Inattentif ☐
État de conscience :	Alerte ☐ Hyperalerte ☐ Léthargique (verbal) ☐ Stuporeux (physique) ☐ Comateux ☐

©ERPI, tous droits réservés.

EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL					
Problème(s) perceptuel(s) :	Illusion(s) : Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____ Hallucination(s) : Oui ☐ Non ☐ Si oui, spécifier : _____				
Idée(s) délirante(s)	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____				
Orientation spatio-temporelle :	Orienté(e) ☐ Désorienté(e) ☐ Préciser : Temps ☐ Espace ☐				
Signes de dépression :	Humeur dépressive : Oui ☐ Non ☐ Perte d'intérêt dans les activités de loisirs : Oui ☐ Non ☐				
Signes d'anxiété :	Préciser : _____				
Signes d'insomnie :	Préciser : _____				
Stades du déclin des facultés cognitives :	Stade 5 : ☐ Besoin d'aide pour le choix des vêtements et de stimulation pour l'hygiène. Stade 6 : ☐ Besoin d'assistance pour s'habiller, prendre son bain ou douche, aller à la toilette. Présence d'incontinence urinaire et fécale. Stade 7 : ☐ Langage limité à 6 mots/phrases intelligibles/jour allant jusqu'à 1 seul mot/phrase/jour, incapacité pour se déplacer sans aide, se tenir assis, sourire et soutenir sa tête sans appui.				
Autres signes de l'état mental pertinent :	Préciser : _____				
EXAMEN DE LA BOUCHE, DES SIGNES DE DÉSHYDRATATION ET RÉALISATION DE LA PALPATION PROFONDE DE L'ABDOMEN					
Bouche :	Problèmes buccodentaires (rougeur, ulcère, lésions, etc.) Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____				
Déshydratation :	Langue sèche : Oui ☐ Non ☐ Absence de salive : Oui ☐ Non ☐ Turgor sternal : anormal ☐ normal ☐ Turgor frontal : anormal ☐ normal ☐				
Palpation :	QID : Souple ☐ Rigide ☐ Douleur ☐ QIG : Souple ☐ Rigide ☐ Douleur ☐ QSD : Souple ☐ Rigide ☐ Douleur ☐ QSG : Souple ☐ Rigide ☐ Douleur ☐				
EXAMEN PULMONAIRE (<i>minimum requis : les lobes inférieurs en face postérieure</i>)					
Auscultation					
FACE ANTÉRIEURE : Bronches et lobes supérieurs, lobe moyen et lobes inférieurs					
Bruits bronchiques		Normaux	Ronchi	Sibilants	
A Bronche droite :		☐	☐	☐	
B Bronche gauche :		☐	☐	☐	
Murmures vésiculaires		Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
1 LSD :	☐	☐	☐	☐	
2 LSG :	☐	☐	☐	☐	
3 LM :	☐	☐	☐	☐	
4 LIG :	☐	☐	☐	☐	
5 LID :	☐	☐	☐	☐	



©ERPI, tous droits réservés.

EXAMEN PULMONAIRE (<i>minimum requis : les lobes inférieurs en face postérieure</i>)				
Auscultation				
FACE POSTÉRIEURE: Lobes supérieurs et lobes inférieurs				
Murmures vésiculaires	Normaux	Diminués	Crépitants	Sibilants
6 LSG:	☐	☐	☐	☐
7 LSD:	☐	☐	☐	☐
8 LID:	☐	☐	☐	☐
9 LIG:	☐	☐	☐	☐
				
EXAMEN DES SENS ET DE LA MOBILITÉ				
Déficit auditif:	Non ☐	Oui ☐	Compensé ☐	Non compensé ☐
Déficit visuel:	Non ☐	Oui ☐	Compensé ☐	Non compensé ☐
Mobilité: Capable de <u>marcher</u> sur 3 mètres	☐ Sans aide ☐ Avec aide technique : _____			
Mobilité: Capable de <u>circuler</u> sur l'unité (Ex. : chaise roulante)	☐ Sans aide ☐ Avec aide technique : _____			
EXAMEN DE LA PEAU				
Plaie:	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma Stade : _____			
Rougeur:	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser et localiser le site sur le schéma			
Œdème:	Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser le site : _____			
Autres signes cliniques pertinents:	Préciser : _____			
				

©ERPI, tous droits réservés.

Sources : Philippe Voyer (2011). *L'examen clinique de l'aîné*. Saint-Laurent : ERPI ; B. Reisberg *et al.* (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American journal of psychiatry*, 139(9), 1136-1139.

©ERPI, tous droits réservés.

11.2. Annexe II : Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Tableau 27.5 Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

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

1. Ce comportement ne s'est jamais manifesté.
2. Ce comportement s'est manifesté moins d'une fois par semaine.
3. Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par semaine.
4. Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par semaine.
5. Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par jour.
6. Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par jour.
7. Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par heure.

Numéro	Comportement	Précisions et exemples	Cote de 1 à 7
1	Faire les cent pas	Marcher continuellement, faire des promenades à pied ou en fauteuil roulant sans intention précise, errer. <i>Exclure : les promenades à pied ayant un but.</i>	
2	S'habiller ou se déshabiller de façon inappropriée	Mettre plusieurs couches de vêtements, mettre les vêtements de manière bizarre (p. ex., le pantalon sur la tête), enlever ses vêtements en public. Avoir un agir inapproprié. <i>Si les parties génitales seulement sont exposées, noter cette observation avec le comportement 24 sur les avances sexuelles physiques.</i>	
3	Cracher	Cracher sur le plancher, sur les personnes, etc. <i>Ne pas inclure : une salivation incontrôlable, ou cracher dans un mouchoir en papier, dans les toilettes ou à l'extérieur.</i>	
4	Blasphémer ou agresser verbalement	Jurer, proférer des paroles obscènes, des paroles de profanation, avoir des propos méchants ou critiques, exprimer verbalement sa colère, avoir des propos agressifs. <i>Les bruits inintelligibles doivent être notés avec le comportement 11 sur les bruits étranges.</i>	
5	Demander constamment de l'attention	Émettre des requêtes verbales ou non verbales déraisonnables, tenaces, suppliantes, exigeantes.	
6	Répéter les mêmes phrases ou questions	Répéter de façon continue la même phrase ou question, à une personne en particulier ou non. <i>Noter les plaintes, même si elles sont orientées ou possiblement justifiées, avec le comportement 16.</i>	
7	Frapper	Maltraiter physiquement quelqu'un, frapper les autres, pincer, donner des coups sur soi ou sur ses affaires personnelles.	
8	Donner des coups de pied	Frapper énergiquement avec le pied les personnes ou les objets.	
9	Empoigner les autres	Saisir les autres, les agripper rudement, les prendre solidement ou les tirer d'un coup sec.	
10	Pousser les autres	Pousser les autres avec force, les bousculer, les déplacer en les poussant contre quelque chose.	
11	Émettre des bruits étranges	Rire de façon bizarre, grincer des dents, marmonner, avoir des discours incompréhensibles, faire des bruits avec la bouche. <i>Ne pas inclure les mots intelligibles.</i>	
12	Crier	Pousser des cris perçants, hurler, émettre des sons stridents.	
13	Égratigner	Se griffer soi-même ou griffer les autres, gratter ou érafler avec ses ongles.	
14	Essayer de se rendre ailleurs	Entrer dans un endroit ou quitter un lieu inapproprié dans la situation, comme essayer de quitter l'établissement, sortir de la maison, sortir en douce de la chambre, essayer d'entrer dans un lieu fermé, entrer sans permission à l'intérieur d'une unité de soins, d'un bureau, de la chambre ou des toilettes d'un autre résident.	
15	Se montrer généralement turbulent	Ne pas tenir en place, bouger continuellement autour de sa chaise, se lever et s'asseoir, être incapable de rester tranquille.	
16	Se plaindre	Gémir, se plaindre à propos de soi-même, exprimer des plaintes somatiques, se faire des reproches à soi-même, se plaindre de l'environnement physique ou des autres.	
17	Faire preuve de négativisme	Avoir une mauvaise attitude, ne rien aimer, trouver que rien n'est correct. <i>Exclure les colères verbales flagrantes/manifestes et les noter avec le comportement 4 sur l'agression verbale.</i>	

Numéro	Comportement	Précisions et exemples	Cote de 1 à 7
18	Manipuler des choses de manière incorrecte	Ramasser des choses appartenant à quelqu'un d'autre, fouiller dans la commode d'une autre personne, déplacer les objets, jouer avec la nourriture, jouer avec ses selles.	
19	Cacher des choses	Placer des objets hors de la vue, sous ou derrière quelque chose.	
20	Amasser des choses	Mettre beaucoup de choses ou des objets inappropriés dans un sac à main, ses poches ou sa commode.	
21	Déchirer ou arracher des choses	Déchiqueter, déchirer, briser, piétiner quelque chose.	
22	Faire preuve de maniérisme répétitif	Faire des mouvements stéréotypés comme tapoter, frapper, se balancer avec quelque chose, tripoter quelque chose, se frotter ou frotter des objets, sucer ses doigts, mettre ses souliers puis les enlever, arracher ses vêtements, prendre des objets imaginaires, manipuler des objets de manière répétitive.	
23	Faire des avances sexuelles verbales	Faire des propositions sexuelles, des insinuations d'ordre sexuel, avoir des propos à teneur sexuelle.	
24	Faire des avances sexuelles physiques	Toucher une personne avec une intention sexuelle inappropriée, se frotter les parties génitales, se masturber lorsqu'on n'est pas seul dans sa chambre ou la salle de bains, avoir des gestes affectueux avec quelqu'un qui ne le veut pas.	
25	Chuter intentionnellement	Faire exprès de tomber sur le plancher, de la position debout mais aussi du fauteuil roulant, d'une chaise ou d'un lit.	
26	Lancer des choses	Jeter des objets avec violence, lancer violemment des objets dans les airs, renverser quelque chose, lancer de la nourriture.	
27	Mordre	Mordre les autres ou soi-même.	
28	Manger des substances inappropriées	Mettre des choses inappropriées dans sa bouche et essayer de les avaler.	
29	Se mutiler	Se brûler soi-même ou brûler les autres, se couper soi-même ou couper les autres, porter atteinte à soi-même ou aux autres avec des objets dangereux.	

Source : Adapté de S. Deslauriers, P. Landreville, L. Dicaire et R. Verreault (2001). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian journal of Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 20(3), 384.

© ERPI, tous droits réservés. Reproduction sur support papier autorisée aux utilisateurs du manuel.

2 / 2

Voyer, P. (Dir.). (2013). Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield [Tableau 27.5]. In *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^{ème} Ed.) (p.459-460). Canada : ERPI.

11.3. Annexe III : Pyramide des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Haute Autorité de Santé (2013). Grade des recommandations [Tableau 2]. In Haute Autorité de Santé, *Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique* (p.8). Saint-Denis La Plaine Cedex : HAS.

11.4. Annexe IV : Tableau de recension de l'étude n°1

Chenoweth, L., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y., Parbury, J. S., & ... Haas, M. (2011). Study Protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8(3), 153-165. doi :10.1111/j.1741-6787.2010.00204.x.

Type d'étude ou de vis : Etude de cohorte randomisée à groupe factoriel avec stratification (éviter certains biais) PCE + UE 10 EMS PCE + UC 10 EMS PCC + PCE dans 10 EMS UC + UE 8 EMS Paradigme : Mixte Niveau de preuve : B2	Echantillon : 605 résidents de plus de 60 ans avec démence 380 soignants 38 EMS Critères d'inclusion EMS : approuvé et accrédité par gouvernement Australien pour personnes âgées démentes ; Sydney, Newcastle, régions de Wollongong + rural NSW sans être à plus de 300 km de Sydney Résidents : placement permanent ; consentement et diagnostic démence ; besoin de soins élevés selon l'Australian Aged Care Assessments Teams Personnel : employé dans EMS au moins 2mois avant pré-test (infirmiers, aides-soignants, infirmiers assistants, thérapeutes, animation) Critères d'exclusion EMS : Score élevé sur PCE-CAT + confirmé par EAT Résidents : comorbidités sévères Personnel : intérim	But, objectifs Confirmer valeur EBN par évaluation de l'efficacité la rentabilité de mise en place PCC, PCE, PCC + PCE dans EMS avec patients déments comparés aux prises en charge habituelles de soins et d'environnement ? Question de recherche : Pas formulé Hypothèse : Pas formulé Variables : <i>Dépendante :</i> PCE + UC ; PCE+PCC ; UE+PCC ; UE + UC <i>Indépendante :</i> pratique de soins et qualité environnement évalué par PCE-CAT ; culture organisationnelle, qualité des soins et qualité de l'environnement sur échelle de 0 à 3 ; démence spécifique ; localisation ; taille de l'établissement ; type d'établissement ; organisation.	Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Qualité de vie (QOL) Qualité des soins (QOC) SCPD Pratique de soins infirmiers centrés sur la personne (PCC) Environnement centré sur le patient (PCE) Théorie de Kittwood de la personnalité dans la démence	Méthode de collecte des données : 5 membres formés PCC si PCC EAT ; SEAT pour PCE DEMQUAL ; QUALID ; CMAI ; PCE-CAT ; QUIS Suivi au pré-test (4 mois avant interventions) ensuite 4 mois d'intervention évalué 1x/m. ; post-test à 8 mois et suivi 8 mois après post-test -> 24 mois entre le début et fin Dossier médical GDS Questions démographiques équipe Ethique : Approuvé par l'Université de Technologie de Sydney. Pour pat. Sans famille, consentement donné par tribunal tutelle Consentement éclairé	Méthode d'analyse : Données manquantes estimées par la corrélation entre la taille et la direction de biais Analyse de cohorte selon Murray Score selon les outils utilisés Analyse des coûts et conséquences -> coût par unité de variation sur DEMQUAL et sur CMAI. Analyse de sensibilité par scénario sera faite. Logiciel statistique : SAS Proc Mixed Variables dichotomiques = SAS Proc Glimmix NVivo 8 pour données qualitatives	Résultats : Pas de résultats publiés. Conclusion : Présentation du protocole clinique de l'étude PerCEN qui a pour but de démontrer efficacité plus rentabilité de la mise en place d'une PCC et d'une PCE auprès de résidents déments. Elle montrerait des résultats significatifs. Forces de l'étude : Etude longitudinale (3A) Grand échantillon Possibilité de ctrl de plusieurs facteurs de confusion Randomisation Conception factorielle permettant estimer effets séparés et combinés PCC/PCE Utilisation d'outils/échelles validés Données QUAN + QUAL Données collectées par différents RA Faiblesses de l'étude : Résultats non présentés Les participants peuvent ne pas être aveuglés car ils peuvent prendre conscience des changements d'environnements ou de prise en charge.
--	---	---	--	---	--	---

11.5. Annexe V : Tableau de recension de l'étude n°2

Cohen-Mansfield, J., Marx, S.M., Dakheel-Ali, M. & Thein, K. (2015). The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia : an exploratory study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 160-170. doi : 10.1016/j.jagp.2014.06.006.

Type d'étude ou devis : Etude comparative Paradigme : Naturaliste Niveau de preuve : Niveau B2	Echantillon : 89 résidents de 6 maison de repos du Maryland (moyenne âge = 85.9 ans ; 73% femmes, 81% de blancs, 61% veufs, 42.7% diplômé du collège, école technique ou école supérieure) Critères d'inclusion Résident vit à l'EMS $\geq$ 3 semaines. Equipe infirmière a identifié que le résident manifeste des symptômes comportementaux au - plusieurs x/j. + 60 ans. Diagnostic de démence. Critères d'exclusion : Espérance de vie - 3 mois. Bipolarité, schizophrénie ou retard mental. Quitter l'EMS dans les 4 mois. Score MMSE $\geq$ 25	But, objectifs Comparé l'impact des différentes interventions sur les symptômes comportementaux Question de recherche : Dans le processus d'interventions adaptées aux personnes atteintes de démences manifestant des SCPD, quelles interventions le + utilisées ? Qui reçoit quoi ? Quel est l'effet perçu ? Amélioration majeure des SCPD si plus d'une intervention ? Phase d'essai a une influence sur les résultats de la phase de TTT ? Hypothèse : Le taux de refus sera plus bas dans la phase de TTT que dans la phase d'essai. Le niveau de succès sera plus élevé dans la phase de TTT que dans la phase d'essai.	Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Modèle des besoins non satisfaits Interventions : Soins -> soins et nourriture et boisson Thème -> livre, magazine, vidéo. Manipulation -> balle, puzzle, squeeze Ball Artistique -> coloriage/peinture, couture, arrangements floraux Comme travail -> tri, pliage serviettes Mouvement -> marche, aller dehors Stimulation social -> vidéo familiale, poupée réelle, animal robotique, vidéo de répétition Social -> activités de groupe, interaction un à un Stimulation sensorielle -> massage mains, fabriquer livre, musique,	Méthode de collecte des données : Données collectées entre juin 2006 et juin 2011. Données démographiques MMSE Observations des participants 3 jours de suite entre 8h et 21h pendant 3 min (questionnaire) Pr chaque intervention le TREA -> Treatment Routes for Exploring Agitation a été suivi comme arbre décisionnel -> utilisation d'algorithme pour choisir l'intervention. 3 semaines d'entraînement 2 semaines de TTT pdt 4h/j sur 5 jours CAR. Ethique : Institut de recherche en biomédecine a approuvé le protocole de recherche.	Méthode d'analyse : CAR = Change Assessment Rating a été développé, il contient 2 items -> 1 concernant le changement des symptômes comportementaux et l'autre concerne l'intérêt du changement. T-tests appariés comparant les résultats de la CAR pour chaque intervention dans la phase d'essai et de TTT. Comparaison de l'efficacité des interventions par rapport à un symptôme -> seulement les interventions qui ont été présenté à au - 10 participants, comparé avec CAR. Logiciel statistique : Wilcoxon Signed Rank Test.	Résultats : Phase d'essai : interventions + utilisés = vidéo, animal robotique, interaction un à un, poupée réelle, magazine et la musique. Les - = livre à fabriquer, arrangements floraux, marche, boire ou manger et la couture. Meilleur impact SCPD = marche, aller dehors, arrangements floraux, manger ou boire, couture, soins, massage des mains, musique, intervention un à un et le livre. Participants + intéressés par couture, massage mains, marche, boire ou manger, aller dehors ou activités de groupe. Marche, sortir et interventions avec balle + utilisés par H ; couture ou commissions par F. Phase de TTT : Meilleur impact SCPD = soins, balle, nourriture ou boisson, aller dehors, coloriage et peinture, marcher, plier des serviettes, couture et vidéo de famille. Autres aussi élevés = tri, arrangements floraux, massage des mains, poupée réelle, interaction un à un, activité de groupe et livre. + intérêt = aller dehors, balle, soins, nourriture et boissons, marche, couture, tri, arrangements floraux, livre, vidéo de famille, interaction un à un, coloriage/peinture, poupée réelle et activités de groupe. Conclusion : Les interventions semblent être efficaces mais il est nécessaire de faire d'autres R pour étudier d'autres interventions + échantillon de + grande ampleur Forces et faiblesses de l'étude : Etude longitudinale (5 ans) Petit échantillon d'interventions spécifiques Possible biais car les interventions ont été choisies et mises en place par le même assistant de R qui a complété le CAR.
--	--	--	--	--	--	---

11.6. Annexe VI : Tableau de recension de l'étude n°3

Jeon, Y.-H., Govett, J., Low, L.-F., Chenoweth, L., Mcneill, G., Hoolahan, A., Brodaty, H. & O'Connor D. (2013). Care planning practices for behavioural and psychological symptoms of dementia in residential aged care : A pilot of an education toolkit informed by the Aged Care Funding Instrument. *Contemporary Nurse*, 44(2), 156-169. doi : 10.5172/conu.2013.44.2.156

Type d'étude ou devis : Etude pilote Paradigme : Postpositiviste Niveau de preuve : Niveau B2	Echantillon : 46 personnes âgées et 209 employés et gestionnaires de 5 EMS de la région de Sydney avec 35-70 lits. Critères d'inclusion Consentement éclairé par procuration, diagnostic de démence Score ACFI-BEH supérieur à A dans 1 domaine suivant : déambulation, comportement verbal, comportement physique et dépression Critères d'exclusion Comorbidités gravement compliquant démence Recevoir des soins palliatifs Se trouver en répit	But, objectifs Evaluer la faisabilité et les effets d'une trousse à outils à composantes multiples (ACFI-BEH) utilisant le score ACFI-BEH pour déclencher la planification de soins pour les personnes ayant des SCPD. Question de recherche : Pas clairement formulé -> Quels sont les effets et la faisabilité sur l'équipe de l'utilisation d'une boîte à outils basée sur les informations de la personne provenant du score ACFI-BEH ? Hypothèse : Implantation de cette boîte à outils permettrait d'accroître l'utilisation des scores ACFI-BEH dans la planification des soins + réduction des SCPD. Variables : <i>Dépendante :</i> ACFI-BEH <i>Indépendante :</i> échantillon	Concepts Cadre de référence Cadre théorique : SCPD Aged Care Funding Instrument (ACFI) AVQ Philosophie de Kittwood sur les soins centrés sur la personne	Méthode de collecte des données : Données de l'ACFI-BEH qui sont semblables à celles de la CMAI ou la CSDD Tous les soignants et les managers se sont vus ce qui a permis l'implication des employés. Infirmière en recherche avec expérience a collecté les données entre octobre 2010 et juin 2011 à 2 temps (1-2 sem. Av. et 9-13 sem. Après le début de l'utilisation de la boîte à outils) Ethique : Approbation de l'éthique de la R par tous les comités d'éthique de la recherche.	Méthode d'analyse : Tests t appariés pour identifier les changements avant et après les tests avec CMAI, RAWs et CSDD Analyse de puissance post hoc Statistiques descriptives pour décrire la qualité des plans de soins en relation des comportements reportés par le score ACFI-BEH et les mesures de comparaison + pour le taux de participation du personnel Corrections de continuité de Blom pour répondre aux critères de normalité Notes de terrain descriptives et examens de documents contre-examinés pour tous les modèles et anomalies courantes. Logiciel statistique: SPSS 18	Résultats : L'outil proposé est valide et fiable mais les interventions proposées n'ont pas de résultats significatifs sur la survie des SCPD. Conclusion : Les résultats ne sont pas significatifs, cependant certaines données n'ont pas été documentées de la part des soignants ce qui peut induire un biais. Forces et faiblesses de l'étude : Petite taille d'échantillon Certaines données n'ont pas été documentées Les auteurs présentent des résultats non significatifs et tentent de comprendre pourquoi
---	--	---	--	--	--	---

11.7. Annexe VII : Tableau de recension de l'étude n°4

McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., & Seedy, M. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health*, 19(9), 799-807. doi :10.1080/13607863.2014.967659.

Type d'étude ou devis : Essai contrôlé randomisé Paradigme : Postpositiviste Niveau de preuve : Niveau B2	Echantillon : Equipe = 204 Résidents = 187 Tous recrutés dans 16 EMS Australie + NZ Critères d'inclusion : EMS avec + de 60 résidents Diagnostic de démence Présenter des SCPD Consentement du résident et de l'équipe Critères d'exclusion : Pas spécifié	But, objectifs : Eduquer le personnel sur le fait que le comportement a habituellement des causes, quelles sont ces causes et les aider à développer une distance émotionnelle pour l'évaluer. Encourager l'équipe à évaluer et gérer plus de ces cas eux-mêmes, voir à les prévenir en se familiarisant avec les facteurs causaux communs et en améliorant les soins. Réduire la dépendance des cliniciens, avec l'expertise. Si une aide extérieure est requise, permettre aux cliniciens ou médecin de venir et d'évaluer le patient de façon détaillée. Question de recherche : Pas clairement formulé Hypothèse : Condition de formation/soutien supérieurs dans le groupe contrôle. Formation/protocole augmente l'amélioration du comportement et la gamme de mesures de l'équipe. Variables : <i>Dépendante</i> : changements dans les SCPD et les changements dans l'ajustement du personnel <i>Indépendante</i> : méthodes utilisées par le personnel ; données démographiques	Concepts Cadre de référence Cadre théorique : SCPD Guidelines de l'IPA Théorie des besoins non-satisfaits (Cohen-Mansfield & Werner, 1999 ; Bird & Blair, 2010 ; Hallberg, Norberg & Erikson, 1990 ; Meares & Draper, 1999 ; Hallberg, Edberg, Nordmark & Johnsson, 1993) Modèle de TTT pour SCPD par Brechen et al. (2013) : 1^{ère} étape = identifier les causes et risques de SCPD 2^{ème} = Gestion de l'environnement contextuel dans lequel se produit SCPD 3^{ème} étape = implantation d'interventions spécifiques aux besoins du résident	Méthode de collecte des données : Données démographiques (âge, genre, temps de résidence, diagnostic démence et autre diagnostic pertinent) relevé dans dossier médical. Sévérité de démence évalué par CDR complété par 2 membres de l'équipe/résident SCPD + problématique identifié par 2 soignants CMAI 14-item Carer Stress Scale pour stress équipe Données démographiques équipe obtenues Strains in Dementia Care Scale-SDCS Approaches to Dementia Questionnaire-ADQ Ethique : Comité d'éthique universitaire a approuvé l'étude	Méthode d'analyse : Suivi en début de recherche, à 3 mois, 6 mois. Valeurs positives = amélioration ; négatives = aggravation. Médiane des notes de changement pour représenter le pourcentage global de changement dans chaque condition Scores de variation en pourcentage Analyses de variance avec les corrections de Bonferroni pour contrôler le taux d'erreur familial de chaque groupe ($p < 0.05$) Tests t d'échantillons appariés Statistiques descriptives Groupes de 50 soignants et 50 résidents Logiciel statistique : IBM SPSS 20.00	Résultats : Comportement difficile = amélioration dans toutes les conditions d'intervention mais pas dans groupe témoin. Formation/soutien = T2 +18.5%, T3 +27%. Support = T2 +34.5%, T3 +23%. Entraînement = T2 +12%, T3 +33%. Prise en charge actuelle = T2 0%, T3 0%. CMAI = significatifs sur le temps pour formation/soutien ; non significatif pour le support ; significatifs pour entraînement ; significatifs en T3 pour la prise en charge habituelle Analyse de covariance pour évaluer différences entre formation/soutien et prise en charge habituelle non significative. Réactions et perceptions équipe = stress diminué pour la phase de formation/soutien et de support ; pas significatifs pour entraînement et prise en charge habituelle Autres mesures de l'équipe = SDCS -> effet de temps significatifs pour formation/soutien et prise en charge actuelle. ADQ -> aucun effet de temps significatif Auto-efficacité augmente avec formation/soutien et entraînement. Conclusion : Protocole clinique structuré pour aider l'équipe à identifier les facteurs causaux individuels qui provoquent le SCPD était efficace pour toutes les mesures sauf lorsqu'il était combiné avec soutien clinique. Réduit fréquence des SCPD, diminue stress équipe. Si le personnel reçoit une formation appropriée quant à la gestion des SCPD et un soutien clinique pour intégrer les pratiques -> bénéfique pour résidents + équipe ! Forces et faiblesses de l'étude : Etude longitudinale (9 mois ; 2A en tout) ; possible différences systématiques entre les groupes ; manque de motivation du personnel + roulement peuvent avoir eu influence sur résultats et cela doit être évalué dans futurs R
---	--	--	---	---	---	---

11.8. Annexe VIII : Tableau de recension de l'étude n°5

Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., & ... Mulhall, P. M. (2016). Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(7), 570-579. doi :10.1177/1533317516662337.

Type d'étude ou devis : Mesures répétées d'un seul groupe comparant les résultats avant et après l'implantation de l'EIT-4-BPSD Paradigme : Postpositiviste Niveau de preuve : Niveau B2	Echantillon : 2 EMS (1 Maryland, 1 Pennsylvanie) -> 37 résidents Critères d'inclusion Vivre dans un des EMS Avoir plus de 55 ans Présenté 1 SCPD Altération cognitive d'un score de 0-12 sur BIMS Pas dans un établissement pour un court séjour Critères d'exclusion Capacité décisionnelle altérée + refus du représentant légal	But, objectifs Tester triangle d'intégration des preuves pour SCPD (EIT-4-BPSD) qui a été développé pour aider personnel à intégrer les interventions comportementales dans la prise en charge. Enseigner et motiver les équipes à évaluer les résidents en fonction de leurs préférences, utiliser des techniques de communication appropriée, faciliter la participation aux activités de soins et à l'activité physique, élaborer un plan de soins adaptés aux besoins de la personne Question de recherche : Quelle est l'efficacité et la faisabilité de l'EIT-4-BPSD à l'aide du modèle RE-AIM) Hypothèse : Résidents exposés à l'EIT-4-BPSD subiront moins de SCPD, maintiendront ou amélioreront la fonction, réduction de l'utilisation de psychotropes, amélioration qualité de vie pdt les 6 mois de R. Installations exposées à EIT-4-BPSD démontreront améliorations dans les évaluations de l'environnement et des politiques qui reflètent le soutien aux approches comportementales pour les SCPD et augmentent l'utilisation de ces approches pour les gérer. Variables : Dépendantes = mesure des résultats	Concepts Cadre de référence Cadre théorique : EIT (Evidence Integration Triangle) facilite la mise en place d'interventions primaires dans centres d'oncologie. Le processus commence et finit avec l'engagement des parties prenantes. Les interventions sont ajustées aux besoins des utilisateurs. EIT inclue également l'environnement, les politiques, le contexte culturel et les relations interpersonnelles. Etape 1 = évaluation de l'environnement et des politiques Etape 2 = Enseignement à l'équipe 3 = établissement d'un plan de soins centré sur la personne 4 = mentorat et motivation de l'équipe SCPD Gestion non pharmacologique	Méthode de collecte des données : Approche face à face + sur internet. 1^{ère} rencontre en équipe pour introduire l'équipe dans le processus participatif + fournir formation sur connaissances et compétences nécessaires. Visite de la chercheuse tous les mois pdt 6 mois RE-AIM ; données démographiques ; PAIN-AD ; BIMS ; CIRS ; Cornell Scale for Depression in Dementia ; Resilience to Care Scale ; CMAI ; 4 étapes de l'EIT ; Ethique : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts avec les chercheurs, auteurs et/ou la publication l'article.	Méthode d'analyse : Analyses descriptives pour décrire l'échantillon au début et pdt le suivi. Estimations généralisées d'équation ont été utilisées pour valider les analyses de mesures répétées. Paradigme d'intention de traiter Diagramme de dispersion, distribution de fréquences, boxplots Valeur P inférieure à 0.05 Logiciel statistique : Pas spécifié	Résultats : Atteindre -> tout le personnel a été éduqué dans un groupe ou lors d'un suivi individuel. Efficacité -> Suivi réalisé sur 86% des résidents, 14% décédés au cours d'une maladie aiguë. Diminution de l'agitation et amélioration de la qualité de vie. Non significatifs sur la diminution des symptômes dépressifs et la résistance aux soins. Aucun changement au niveau de la dlr ou fonction. Augmentation de la prescription de psychotropes. Résultats des installations -> au début 20 sur 24 facteurs environnementaux présents pour faciliter utilisation d'approches comportementales pour gérer les SCPD, pdt le suivi = 21.50 ; augmentation dans le nombre de politiques dans les milieux qui reflétaient une approche centrée sur la personne et utilisation d'interventions comportementales. Augmentation des symptômes ayant des interventions comportementales intégrées dans le plan de soins. Adoption -> preuves que les participants lisent et utilisent les réunions mensuelles et planifient des actions en fonction des approches apprises ; politiques intérieures ont évolué pour faciliter des approches comportementales. Implantation -> toutes les étapes de l'EIT-4-BPSD ont été fournies dans les 2 cas, preuves de réception d'infos sur les approches comportementales Conclusion : Etude démontre efficacité préliminaire -> nécessaire de faire d'autres R avec ajout de données à évaluer ; mise en place d'activités physiques BINGO ou peinture murale qui a permis d'engager les résidents dans un type d'activités et éviter SCPD. Forces et faiblesses de l'étude : Petite taille de l'échantillon ; absence de groupe témoin ; manque d'évaluations objectifs du comportement du personnel + défis de mesure lors de l'évaluation des résidents souffrant de démence modérée à sévère
--	---	---	--	---	---	---

11.9. Annexe IX : Tableau de recension de l'étude n°6

Rey, S., Voyer, P. & Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, 13(4), 56-60.

Type d'étude ou de vis : Devis rétrospectif descriptif Paradigme : Naturaliste Niveau de preuve : Niveau C4	Echantillon : Type non probabiliste : par choix raisonné. N = 38 (21 femmes ; 17 hommes). Moyenne âge = 81.5 ans (66 à 95 ans) dont 15 en résidence privée ; 18 en centre d'hébergement et 5 à l'hôpital. Aînés atteints de MAa et représentant des SCPD qui sont suivis par infirmières de l'équipe du mentorat. 5 femmes infirmières de 39 à 62 ans. Critères d'inclusion / d'exclusion: Inclusion: - 65 ans et plus - Résider ou être soigné sur le territoire du Réseau Universitaire Intégré de Santé de l'Université Laval. - Etre atteints d'une MAa et présenter SCPD Exclusion: - Autre trouble de santé mentale - Situations qui n'ont pas été suivies jusqu'à l'évaluation de l'efficacité des résultats.	But, objectifs Décrire le processus de prise en charge (évaluation, planification et efficacité des SCPD) par les infirmières Question de recherche : Pas clairement formulé, attribué à l'évaluation clinique de l'infirmière, la planification et l'efficacité des interventions mises en place afin d'appréhender les SCPD. Hypothèse: QUAL donc pas d'hypothèse	Concepts Cadre de référence Cadre théorique : Théorie infirmière sur les besoins compromis d'Algase. SCPD Guidelines IPA	Méthode de collecte des données : Instrument de collecte de données créé pour l'étude à partir des 74 activités recommandées par les lignes directrices sur les SCPD. Collecte réalisée à partir des dossiers de patients. Fiches signalétiques révélant les caractéristiques des aînés + infirmières. Ethique : Approbation du Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec. Autorisation du directeur des services professionnels du CHU de Québec. Exemption du Comité d'éthique et de recherche de l'Université de Laval. Confidentialité respectée.	Méthode d'analyse : Distributions de fréquence. Mesures de tendance centrale. Mesures de dispersion. Caractéristiques sociodémographiques Logiciel statistique : Pas spécifié	Résultats : Evaluation clinique : anamnèse 100% de l'échantillon ; examen physique 97.4%, recours à des instruments de mesure 100% Planification : plan d'interventions présents 100%, tjrs corrélée avec les causes sous-jacentes identifiées + personnalisées avec histoire de vie de l'ainé ; cibles individuelles, interactionnelles et environnementales Efficacité : évaluation avec IACM -> réduction de 18.4 points ; évaluation avec INPC -> réduction moyenne de la fréquence + gravité des SCPD de 64%. Interventions efficaces pour 94.7% des patients. Satisfaction : infirmières = 95% de satisfaction de niveau élevé en lien avec les interventions et leurs apprentissages. Proche = 65.8% mais 100% lorsqu'un résultat a été obtenu. Conclusion : Les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe du mentorat entraînent une réduction des comportements d'agitation et des SCPD entre 32 et 64% chez 92% de l'échantillon. Meilleure efficacité car interventions individualisées. Meilleure formation des soignants + actualisation des compétences = résultats cliniques probants. Forces et faiblesses de l'étude : Echantillonnage peu élevé ; biais possible lors de la sélection ; données des dossiers issus de l'évaluation des infirmières et non d'une évaluation systématique ; impossible de connaître le temps dévolu à l'application des interventions ni la durée de ces dernières. La pratique clinique des infirmières correspond aux recommandations des lignes directrices sur les SCPD.
---	---	---	--	---	---	--

11.10. Annexe IX : Tableau des auteurs de cette revue de la littérature

Etude N°	Auteurs et qualifications	Revue	Editeur	Considérations éthiques Financement	Conflits d'intérêts	Facteur d'impact
1	Lynn Chenoweth, RN, PhD, Professor of Aged & Extended Care Nursing, UTS Director, Health & Ageing Research Unit, SESIAHS, Lindfield NSW. Madeleine King, BSc, PhD, Australian Chair in Cancer Quality of Life, Psycho-Oncology Cooperative Research Group, School of Psychology, University of Sydney NSW. Georgina Luscombe, BPsy(Hons), PhD, Medical Statistician, Faculty of Medicine University of Sydney NSW. Ian Forbes, BArch, MSc, Adjunct Professor of Architecture & Design, UTS, Health Planner/Architect, Sydney Design Inc, Broadway NSW. Yun-Hee Jeon, RN, DN, BHScN, MN, PhD, Associate Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Sydney NSW. Henry Brodaty, AO, MB BS, MD, DSc, FRACP, FRANZCP, Head of Psychogeriatrics, University of NSW, Director and PI of the Primary Australian Dementia Collaborative Centre UNSW, Director of the Academic Dept. Of Old Age Psychiatry, Prince of Wales Hospital, Sydney NSW. Richard Fleming, BTech(Hons), DCI.Psy., Director, Dementia Services Development Centre, Hammond Car Clinical Associate Adjunct Professor, Faculty of Health and Behavioural Sciences, University of Wollongong, Wollongong NSW. Marion Haas, BPhy(Qld), MPH, PhD(Syd), Deputy Director, Centre for Health Economics, Research & Evaluation (CHERE), UTS, Broadway NSW all in Australia.	Worldviews On Evidence- Based Nur- sing	Third Quar- ter	Approuvé par l'Université de Technology de Sydney. Pour patients sans famille, consentement donné par tribunal tutelle Consentement éclairé	Pas de déclaration	Pas trouvé dans OMICS
2	Jiska Cohen-Mansfield, PhD, Sackler Faculty of Medicine, Department of Health Promotion, Herczeg Institute on Aging, and Minerva Center for the Interdisciplinary Study of End of Life, Tel-Aviv University, Israel, Innovative Aging Research, 807 Horton Dr., Silver Spring, MD. Marci S. Marx, PhD, Innovative Aging Research, 807 Horton Dr., Silver Spring, MD. Maha Dakheel-Ali, MD, Innovative Aging Research, 807 Horton Dr., Silver Spring, MD. Khin Thein, MD, Innovative Aging Research, 807 Horton Dr., Silver Spring, MD.	American Journal of Geriatric Psychiatry	Elsevier Inc.	Institut de recherche en biomédecine a approuvé le protocole de recherche.	Pas de conflits d'intérêts	Pas trouvé dans OMICS

3	Yun-Hee Jeon, RN, DN, BHScN, MN, PhD, Sydney Nursing School, University of Sydney NSW. Janelle Govette, Sydney Nursing School, University of Sydney NSW. Lee-Fay Low, Dementia Collaborative Research Centre, School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney NSW. Lynn Chenoweth, RN, PhD, Faculty of Nursing and Midwifery and Health, University of Technology Sydney, Ultimo NSW. Georgenne McNeill, Alzheimer's Australia, Ryde, NSW. Anne Hoolahan, Northern Sydney Home Nursing Service, Northern Sydney Local Health District, NSW. Henry Brodaty, AO, MB BS, MD, DSc, FRACP, FRANZCP, Dementia Collaborative Research Centre, School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney NSW. Daniel O'Connor, Monash Ageing Research Centre, Monash University, Melbourne, VIC.	Contemporary Nurse	eContent Management Pty Ltd	Approbation de l'éthique de la R par tous les comités d'éthique de la recherche.	Pas de déclaration	Pas trouvé dans OMICS
4	Marita P. McCabe, School of Psychology, Deakin University, Victoria, Australia. Michael Bird, Dementia Services Development Centre, Bangor University, North Wales, UK. Tanya E. Davison, Aged Mental Health Research Unit, School of Psychology & Psychiatry, Monash University, Victoria, Australia. David Mellor, School of Psychology, Deakin University, Victoria, Australia. Sarah MacPherson, Aged Care Evaluation Unit, Southern LHD, Queanbeyan, Australia. David Hallford, School of Psychology, Deakin University, Victoria, Australia. Melissa Seedy, School of Psychology, Deakin University, Victoria, Australia.	Aging & Mental Health	Taylor & Francis	Comité d'éthique universitaire a approuvé l'étude	Pas de déclaration	Pas trouvé dans OMICS
5	Barbara Resnick, PhD, CRNP, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, MD, USA. Ann Kolanowski, PhD, Pennsylvania State University, University Park, PA, USA. Kimberly Van Haistma, PhD, Pennsylvania State University, University Park, PA, USA. Marie Boltz, PhD, William F. Connell School of Nursing, Boston College, Boston, MA, USA. Elizabeth Galik, PhD, CRNP, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, MD, USA. Alice Bonner, PhD, School of Nursing, Northeastern University, Boston, MA, USA. Erin Vigne, RN, MA, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, MD, USA. Lauren Holtzman, BS, School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, MD, USA. Paula M. Mulhall, RPN, RGN, RN, Pennsylvania State University, University Park, PA, USA.	American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias	Sage	Pas spécifié	Pas de conflits d'intérêts	Pas trouvé dans OMICS

6	Sylvie Rey, inf., M.Sc., Ph.D. (c). Chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Laval, conseillère en soins infirmiers dans l'équipe de consultation et d'intervention en psychogériatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Philippe Voyer, inf., Ph.D., Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval, responsable des activités cliniques de l'équipe du mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Lucille Juneau, inf. M.Sc., Directrice adjointe, Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et des services gériatriques spécialisés du CIUSSS de la Capitale-Nationale.	Perspective infirmière	Pas indiqué dans l'article	Approbation du Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec. Autorisation du directeur des services professionnels du CHU d Québec. Exemption du Comité d'éthique et de recherche de l'Université de Laval. Confidentialité respectée.	Pas indiqué.	Pas trouvé dans OMICS
---	--	------------------------	----------------------------	--	--------------	-----------------------

11.11. Annexe XI : Glossaire

ACFI-BEH : l'ACFI est un outil permettant l'évaluation des besoins de soins des résidents dans les EMS en Australie, d'abord centré sur les coûts. L'acronyme BEH renvoie à l'évaluation des comportements (déambulation, agression physique et verbale, dépression) (Jeon et al., 2014, p.157).

ANOVAs : Analyse de la variance dans le but de comparer plus de deux moyennes, cela consiste à comparer la variance de chaque groupe avec la variance existant entre chaque groupe (Fortin, 2010, p. 523).

Biais d'attrition : biais lié à la perte de participants à l'étude, pour l'éviter, tous les participants doivent être pris en compte (Université de Lyon, 2017, introduction).

Biais d'information de l'enquêteur : lien avec l'objectivité du chercheur, si le même chercheur récolte les données et proposent les interventions, il peut être tenté de biaiser les données récoltées afin d'avoir des résultats significatifs. (Albouy-Llaty, 2011, p.43).

Boxplot : représentation graphique sous forme de boîtes qui permet de représenter la médiane, les quartiles, les centiles ou les déciles (Futura Sciences, 2017, boîte à moustaches).

Clinical Global Impression : échelle qui permet d'évaluer l'amélioration de l'état d'un patient pendant la prescription d'un traitement ou après son arrêt (Caci, 2011, p.1).

Coefficient alpha de Cronbach : Indice de fidélité afin d'estimer la cohérence interne d'une échelle avec plusieurs énoncés, permet de déterminer si l'outil utilisé mesure réellement le concept évalué. La valeur varie entre 0 et 1, plus elle est élevée, plus la cohérence l'est aussi (Fortin, 2010, p.408-409).

Correction de Bonferroni : méthode statistique qui ajuste la confiance des intervalles afin que cela soit au plus proche de la réalité (Support Minitab, 2017, qu'est-ce que la méthode de Bonferroni ?).

Correction de continuité : approximation d'une distribution discrète par une distribution continue afin d'atteindre la bonne valeur (Lobry, 2016, p. 4).

Corrélation intra-classe : Coefficient qui compare la variabilité intra sujet avec la variabilité inter sujets, permet d'évaluer la fidélité entre les observateurs et les variables exprimées de manière quantitative. Elle varie entre 0 et 1. Cela permet d'évaluer la constance des estimations issues des observations (Fortin, 2010, p.406).

Diagramme de dispersion : graphique fournissant des renseignements préliminaires sur la nature de la relation entre deux variables (Fortin, 2010, p.597).

Distribution de fréquences : Classement systématique de données allant de la plus petite à la plus grande valeur, qui indique la fréquence obtenue pour chaque classe (Fortin, 2010, p.597).

Echantillonnage par choix raisonné : Méthode qui consiste à sélectionner certaines personnes pour leurs caractéristiques typiques de la population de l'étude (Fortin, 2010, p. 597).

Etude de cohorte : Etude d'observation pendant laquelle un groupe de personnes est exposé à des facteurs de risque d'un phénomène donné est suivi pendant une certaine période et comparée à un groupe qui n'a pas été exposé aux mêmes facteurs (Fortin, 2010, p.598).

Minimum Data Set : outil standardisé qui permet l'évaluation du status fonctionnel médical, psychosocial et cognitif d'un adulte. Il est utilisé dans les milieux de soins de longue durée (APA, 2017, The Minimum Data Set, traduction libre).

Treatment Routes for Exploring Agitation : Protocole basé sur l'approche théorique des besoins non satisfaits et souligne l'importance d'interventions non pharmacologiques pour satisfaire ces besoins chez une personne agitée (Cohen-Mansfield, Marx, Dakheel-Ali & Thein, 2015, p.4-5).

T-test : test paramétrique qui sert à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (Fortin, 2010, p.603).

Valeur p : probabilité qu'une différence soit due au hasard, lien avec le risque de se tromper, plus la valeur est basse moins il y a de chance que les résultats soient dû au hasard (Fortin, 2010, p.518).

11.12. Annexe XII : Bibliographie et cyber graphie annexes

Albouy-Llaty, M. (2011). *Les biais*. Université de Poitiers. Accès : http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0525_BIAIS.pdf

APA (2017). *The Minimum Data Set : Construct : An adult's functional, medical, psycho-social, and cognitive status*. Accès : <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/minimum-data.aspx>

Caci, H. (2011). *Cotation de la CGI-S et de la CGI-I*. Accès : <https://tdahbe.files.wordpress.com/2013/02/cgi-s-et-cgi-i-cotation.pdf>

Chenoweth, L., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y., Parbury, J. S., & ... Haas, M. (2011). Study Protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8(3), 153-165. doi :10.1111/j.1741-6787.2010.00204.x.

Cohen-Mansfield, J., Marx, S.M., Dakheel-Ali, M. & Thein, K. (2015). The use and utility of specific nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in dementia : an exploratory study. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 23(2), 160-170. doi : 10.1016/j.jagp.2014.06.006

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^{ème} Ed.). Canada : Chenelière Education Inc.

Futura Sciences (2017). *Boîte à moustaches*. Accès : <http://www.futura-sciences.com/sciences/definitions/mathematiques-boite-moustaches-9452/>

Jeon, Y.-H., Govett, J., Low, L.-F., Chenoweth, L., Mcneill, G., Hoolahan, A., Brodaty, H. & O'Connor D. (2013). Care planning practices for behavioural and psychological symptoms of dementia in residential aged care : A pilot of an education toolkit informed by the Aged Care Funding Instrument. *Contemporary Nurse*, 44(2), 156-169. doi : 10.5172/conu.2013.44.2.156.

Lobry, J.R. (2016). *C'est quoi la correction de continuité de Yates ?* Accès : <https://pbil.univ-lyon1.fr/R/pdf/gro.pdf>

McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., & See-
dy, M. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the ma-

nagement of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health*, 19(9), 799-807. doi:10.1080/13607863.2014.967659.

Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Boltz, M., Galik, E., Bonner, A., & ... Mulhall, P. M. (2016). Pilot Testing of the EIT-4-BPSD Intervention. *American Journal Of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(7), 570-579. doi :10.1177/1533317516662337

Rey, S., Voyer, P. & Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, 13(4), 56-60.

Support Minitab (2017). *Qu'est-ce que la méthode de Bonferroni*. Accès : <http://support.minitab.com/fr-fr/minitab/17/topic-library/modeling-statistics/anova/multiple-comparisons/what-is-the-bonferroni-method/>

Université de Lyon (2017). *Le contrôle du biais d'attrition : Analyse en intention de traiter et remplacement des données manquantes*. Accès : <http://www.spc.univ-lyon1.fr/polycop/ITT%20remplacement%20donnee%20mangante.htm>

Voyer, P. (Dir.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^{ème} Ed.). Canada : ERPI.