BIBLIOTHÈQUE
CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives Depositum, which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

BANQUE D'OUTILS POUR SOUTENIR L'ÉVALUATION DE L'ADAPTATION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF : DES RESSOURCES CLINIQUES POUR LES INTERVENANTS

Rapport de stage présenté comme exigence partielle de la maitrise en psychoéducation (programme 3095)

Par
Clara Beaudoin

Travail dirigé par Guy Leboeuf

Août 2025

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION 7
2 PROBLÉMATIQUE 8
3 OBJECTIF 10
4 MILIEU 10
5 CADRE DE RÉFÉRENCE 12
5.1 Les troubles neurocognitifs (TNC) 12
5.1.1 Définition 12
5.1.2 Description des atteintes de la maladie d'Alzheimer 15
5.1.3 Description des atteintes des troubles vasculaires 16
5.1.4 Description des atteintes de la maladie à corps de Lewy 17
5.1.5 Description des atteintes de la démence frontotemporale 18
5.2 Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SPCD) 19
5.2.1 Définition 19
5.2.2 Errance 20
5.2.3 Agitation et agressivité 20
5.2.4 Dépression 22
5.2.5 Anxiété 23
5.2.6 Syndrome confusionnel (Délirum) 23
5.3 Processus d'évaluation auprès des personnes âgées vivant avec un TNC 24
5.3.1 Consentement libre et éclairé 24
5.3.2 Collecte de données 25
6 MÉTHODE 27
7 OUTILS D'ÉVALUATION UTILES DANS L'ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE 28
7.1 L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) 28

7.1.1 Création de l'outil 28
7.1.2 Description 28
7.1.3 Passation et analyse 29
7.1.4 Les qualités psychométriques 30
7.2 L'échelle de dépression gériatrique (EDG) 32
7.2.1 Création de l'outil 32
7.2.2 Description 32
7.2.3 Passation et analyse 33
7.2.4 Les qualités psychométriques 34
7.3 Échelle de Cornell 35
7.3.1 Création de l'outil 35
7.3.2 Description 36
7.3.3 Passation et analyse 37
7.3.4 Les qualités psychométriques 38
7.4 Outil RADAR 39
7.4.1 Création de l'outil 39
7.4.2 Description 39
7.4.3 Passation et analyse 40
7.4.4 Les qualités psychométriques 41
7.5 Le Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC-F) 42
7.5.1 Création de l'outil 42
7.5.2 Description 43
7.5.3 Passation et analyse 44
7.5.4 Les qualités psychométriques 45
7.6 Rating Anxiety in Dementia (RAID) 46
7.6.1 Création de l'outil 46

7.6.2 Description....47
7.6.3 Passation et analyse....47
7.6.4 Les qualités psychométriques....48
7.7 Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) 50
7.7.1 Création de l'outil....50
7.7.2 Description....51
7.7.3 Passation et analyse....51
7.7.4 Les qualités psychométriques....53
8 DISCUSSION....55
8.1.1 Points forts des outils recensés 55
8.1.2 Limites observées....55
8.1.3 Intégration des outils dans la pratique psychoéducative 56
8.1.4 Recommandations pour la pratique 57
9 CONCLUSION....58
ANNEXE A – AFFICHE SUR LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET LE CERVEAU....59
ANNEXE B – LE TYPE D'ERRANCE SELON LA SIGNIFICATION DU COMPORTEMENT 60
ANNEXE C – LA DÉMARCHE DÉCISIONNELLE AVANT DE PROCÉDER À UNE ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE 61
ANNEXE D– L'INVENTAIRE DE COHEN-MAINSFIELD....62
ANNEXE E– L'ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE....64
ANNEXE F– L'ÉCHELLE DE CORNELL....65
ANNEXE G– L'OUTIL RADAR....68
ANNEXE H– LE PACSCLAC-F....70
ANNEXE I– LE JOURNAL DE LA DOULEUR....71
ANNEXE J– Rating Anxiety in Dementia (RAID) 72
LISTE DE RÉFÉRENCE....73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des principales TNC 14
Tableau 2 : Les quatre catégories des comportements d'agitation 21
Tableau 3 : Les propriétés psychométriques du IACM 31
Tableau 4 : Les qualités psychométriques de L'EDG 34
Tableau 5 : Les qualités psychométriques du CSDD.....38
Tableau 6 : Les qualités psychométriques de RADAR 41
Tableau 7 : Les qualités psychométriques du PACSLAC-F.....45
Tableau 8 : Les qualités psychométriques du RAID 49
Tableau 9 : Les qualités psychométriques du SMAF.....53

LISTE DES ACRONYMES

AFE : Analyse factorielle exploratoire

CAM : *Confusion Assessment Method*

CES-D : *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*

CIM-10 : *Classification internationale des maladies – 10e révision*

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CISSAT : Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

CSDD : *Cornell Scale for Depression in Dementia*

DSM-3-R : *Diagnostic and Statistical Manual – Third Edition Revised*

DSM-4 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4e édition*

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5e édition*

EDG : Échelle de dépression gériatrique

IACM : Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

MEEM : Mini-Examen de l'État Mental

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACSLAC-F : *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate – version française*

RADAR : Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine

RAID : *Rating Anxiety in Dementia*

RI : Ressource intermédiaire

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

TNC : Trouble neurocognitif

TNCL : Trouble neurocognitif léger

TNCM : Trouble neurocognitif majeur

UQAT : Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

1 INTRODUCTION

Durant l'année universitaire 2024- 2025, j'ai effectué un stage, échelonné sur un an, qui a été complété à la *Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda*. Ce milieu vise à héberger des personnes âgées en perte d'autonomie afin de répondre adéquatement et sécuritairement à leurs besoins. La réalisation du mandat et l'acquisition de compétences professionnelles ont permis d'identifier les besoins du milieu en lien avec l'évaluation des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif (TNC) qui présente des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Le présent projet s'inscrit dans les exigences de la maîtrise en psychoéducation de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Il consiste à élaborer une banque d'outils d'évaluation que les intervenants ainsi que les psychoéducateurs peuvent utiliser auprès des personnes âgées vivant avec un TNC qui ont des SCPD. L'objectif du projet est de soutenir les intervenants œuvrant dans le milieu de vie dans le processus d'évaluation des SCPD chez les personnes âgées vivant avec un TNC.

Plus précisément, ce rapport présentera la théorie sur laquelle s'appuient ces outils et leurs propriétés. Pour ce faire, la première partie du rapport définira la problématique. Ensuite, l'objectif de ce projet et le milieu mentionné précédemment seront présentés. Les deux sections suivantes permettront d'expliquer le cadre de référence ainsi que l'approche à préconiser auprès de cette clientèle. Par la suite, la méthodologie sera exposée. Elle sera suivie d'une présentation détaillée des différents outils d'évaluation identifiés grâce à cette méthodologie. Finalement, une discussion en lien avec les outils sera effectuée.

2 PROBLÉMATIQUE

Au Québec, la société fait face à un vieillissement démographique important. Selon les statistiques, la proportion de personnes âgées augmente sans cesse. Ce phénomène s'accentuera dans les années à venir. En 2022, les personnes âgées de 65 ans et plus correspondaient à environ un cinquième de la population. Plus précisément, en 2021, on recenserait environ 1,75 million de personnes dans cette tranche d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2023). Selon l'Institut de la statistique du Québec, d'ici 2031, ce groupe pourrait représenter le quart de la population. Parmi les aînés, la population âgée de 85 ans et plus connaîtra une croissance marquée d'ici 2066 (Institut de la statistique du Québec, 2023). Il faut se rappeler que la population vieillissante n'est pas uniforme. Elle se caractérise par une grande diversité. Les facteurs personnels, familiaux, sociaux, communautaires et médicaux varient d'une personne à l'autre. Cela apporte une richesse et une singularité à l'histoire de vie de chacun de ces individus (Institut de la statistique du Québec, 2023). Ainsi, alors que certains aînés vieillissent en bonne santé, d'autres connaissent un vieillissement pathologique.

Dans ce contexte, une proportion considérable de personnes âgées est touchée par des troubles neurocognitifs, autrefois appelés démence. Ces troubles affectent non seulement les individus, mais aussi leurs proches, les services de santé et les services sociaux. Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), les troubles neurocognitifs majeurs se caractérisent par un déclin cognitif considérable dans un ou plusieurs domaines de la cognition (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, capacités perceptivo-motrices, cognition sociale), ce qui compromet l'autonomie de la personne au quotidien (Collège National des Généralistes enseignants, 2024; Gauthier *et al.*, 2025). En 2020, la Société Alzheimer du Canada calculait qu'environ 597 300 personnes vivaient avec un trouble neurocognitif au pays. Un chiffre qui devrait être près d'un million d'ici 2030 (Société Alzheimer du Canada, 2022). Au Québec, on dénombrait environ 147 100 personnes âgées atteintes de ces troubles. Par ailleurs, environ 147 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués durant l'année 2020. Ce nombre pourrait plus que doubler d'ici 2050 (Société Alzheimer du Canada, 2022). Ces données démontrent l'importance d'augmenter les services de santé et de soutien social auprès de cette clientèle. Ainsi, les troubles neurocognitifs représentent un enjeu majeur de santé publique.

Au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs, des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SPCD) peuvent apparaître. Ceux-ci touchent plus de 80 % des personnes atteintes de troubles neurocognitifs (Dubois et Michon, 2015). Ils ne sont toutefois pas uniquement la conséquence directe des altérations biologiques liées à la maladie (Dubois et Michon, 2015). En effet, selon la théorie des besoins compromis d'Algase *et al.* (1996), ces comportements sont souvent une réponse à des besoins non comblés ou à des facteurs environnementaux qui génèrent de l'inconfort ou de l'insécurité chez la personne. Les SCPD doivent donc être compris comme une forme de communication exprimant un malaise ou une détresse (d'Algase *et al.*, 1996; Rey *et al.*, 2016). Leur fréquence et leur nature peuvent varier au cours de l'évolution de la maladie. Certains comportements apparaissent, disparaissent ou réapparaissent. Ainsi, même si les modifications biologiques sont nécessaires pour expliquer l'apparition et le développement des troubles neurocognitifs, elles ne suffisent pas à elles seules à expliquer l'apparition des SCPD. Donc, d'autres facteurs individuels, psychosociaux et environnementaux doivent être pris en compte (Dubois et Michon, 2015).

Afin de mettre en place des interventions efficaces visant à diminuer les comportements problématiques en résidence, le psychoéducateur doit d'abord procéder à une évaluation rigoureuse. Cela implique de recueillir des informations objectives et pertinentes sur la situation. Pour ce faire, il est essentiel qu'il s'appuie sur une variété de sources d'information. Il doit également observer les comportements et, à partir de son analyse, déterminer les interventions appropriées (Métayer, 2019). Cependant, dans les milieux d'hébergement, cette évaluation représente un véritable défi pour les psychoéducateurs. Effectivement, peu ou pas d'outils sont spécifiquement conçus pour leur profession. Ils doivent donc souvent chercher eux-mêmes des outils pertinents, en adapter d'autres qui sont conçus pour différentes professions ou encore en créer (Métayer, 2019). La majorité des instruments de mesure disponibles ont été développés pour d'autres disciplines, ce qui limite la pratique psychoéducative avec cette clientèle. De plus, il existe peu de psychoéducateurs travaillant auprès de cette clientèle, ce qui restreint les opportunités de carrière et les possibilités d'échanges professionnels. Cette situation entraîne également un nombre limité d'équipes intégrant ces professionnels dans leurs milieux.

L'objectif du présent projet de maîtrise est de développer une banque d'outils cliniques destinée aux intervenants et aux psychoéducateurs travaillant auprès d'une clientèle présentant des troubles neurocognitifs. Plus spécifiquement, ces outils serviront à évaluer efficacement les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) afin de mettre en place des interventions adaptées pour favoriser le bien-être des résidents. Cette banque d'outils a été développée à la suite d'un stage réalisé à la *Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda* où un ce besoin a été clairement identifié au cours du stage. Effectivement, il y avait peu d'outils cliniques présents dans ce milieu. Cette résidence accueille une trentaine de résidents atteints de troubles neurocognitifs, dont les plus fréquents sont de type Alzheimer, à corps de Lewy, vasculaire et frontotemporal. L'objectif principal est de créer une banque d'outils cliniques efficaces et facilement accessibles. Celle-ci doit pouvoir être utilisée par divers professionnels (intervenants sociaux, psychoéducateurs, stagiaires, etc.) œuvrant au quotidien auprès des résidents. Ce projet vise à répondre à un besoin du milieu, soit d'être mieux outillé sur le plan clinique pour évaluer et intervenir sur les SCPD.

3 OBJECTIF

En ce sens, voici l'objectif principal du projet :

- Élaborer une banque d'outils cliniques d'évaluation destinée aux intervenants œuvrant auprès de personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif afin de favoriser la diminution des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

4 MILIEU

Pour ce projet, le milieu dont il est question se nomme *Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda*. Cette résidence a été créée en 1985. Elle comprend actuellement 84 chambres afin d'accueillir la clientèle et est sous la gouverne de *l'Office municipal d'habitation de Rouyn-Noranda.* Depuis 2015, les trois étages forment un organisme à but non lucratif (Jacob, 2022). La résidence est considérée comme une ressource intermédiaire (RI). Une RI est un milieu de vie conçue dans le but de répondre aux besoins physiques et émotionnels d'une personne en perte d'autonomie. Une orientation vers ces établissements peut être requise dans certaines situations

telles que la perte d'autonomie, la déficience intellectuelle ou physique, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles mentaux ou encore la toxicomanie (Gouvernement du Québec, 2020).

La résidence comprend trois étages distincts. Chacun est adapté aux besoins spécifiques de ses résidents. Le premier étage, nommé **«** Un chez-soi adapté **»**, accueille principalement des personnes ayant une mobilité réduite et des difficultés physiques. Le deuxième étage, appelé **«** Pavillon du Sourire **»**, est destiné aux résidents présentant à la fois des troubles physiques et des problèmes de santé mentale. Enfin, le troisième étage, connu sous le nom de « Pavillon Claude-Larouche », s'adresse aux personnes vivant avec un TNC de stade moyen à élevé (Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda, s. d.). Des comorbidités peuvent exister chez les résidents. Donc, il est possible que, selon le degré de sévérité du TNC, la personne soit hébergée à un autre étage.

Selon le site internet de la *Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda*, la mission de cet organisme est la suivante (https://ressourceshebergement-rn.org/): « […] permettre aux personnes vieillissantes, malades ou en perte d'autonomie de bénéficier d'un nouveau milieu de vie chaleureux et adapté. Il compte sur des travailleurs et travailleuses qualifié·e·s pour répondre aux besoins des résident·e·s ». De plus, l'organisme a pour objectif de soutenir et d'accompagner la communauté en lui offrant l'accès à des ressources de qualité dans un environnement sécurisé (Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda, s. d.). Les services professionnels dispensés dans la résidence sont sous la responsabilité du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSAT) (Jacob, 2022). Ils comprennent notamment des intervenantes sociales, des infirmières, des médecins, des ergothérapeutes, des nutritionnistes, etc. L'équipe de direction est composée d'une directrice générale et de trois superviseures. Chacune d'elles est responsable d'un étage afin d'assurer le bon fonctionnement des services. Des chefs d'équipe planifient et supervisent la dispensation des services de jour et de nuit. Enfin, des préposées aux bénéficiaires offrent des services de médication, de soins d'hygiène ainsi que d'assistance quotidienne.

5 CADRE DE RÉFÉRENCE

5.1 Les troubles neurocognitifs (TNC)

5.1.1 Définition

Les aînés vivant en résidence présentent souvent des problèmes de santé complexes comme des troubles neurocognitifs. Une étude américaine a révélé que 90 % des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) résident en établissement de soins de longue durée avant leur décès (Yaffe *et al.*, 2002). Cette relocalisation s'explique par divers facteurs. Par exemple, la progression de la maladie entraîne des besoins accrus en soins (Horttana *et al.,* 2011) ou encore des hospitalisations répétées (Schiebl *et al*., 2019). De plus, la charge élevée que représente l'assistance d'une personne atteinte de TNCM pour les proches aidants, combinée aux limitations fonctionnelles de la personne dans ses activités quotidiennes, constitue un autre motif fréquent d'entrée en soins de longue durée (Dufournet et al., 2019 ; Dauphinot et al., 2016). Dans le DSM-IV, les troubles neurocognitifs étaient désignés sous le terme de démence. Toutefois, cette terminologie a été remplacée par l'expression troubles neurocognitifs (TNC). Ce changement réfère à une volonté de réduire la stigmatisation associée au mot « démence » et de mieux représenter la diversité des atteintes cognitives.

Les troubles neurocognitifs se définissent comme des atteintes cognitives (des troubles de la mémoire, du langage, de l'attention, etc.) qui causent une diminution significative de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée (Seron et Van der Linden, 2014). Le DSM-V distingue deux niveaux de sévérité des TNC. Il existe les troubles neurocognitifs légers (TNCL) ainsi que les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) (American Psychiatric Association, 2015). Les TNCL se traduisent par un déclin cognitif, mais qui n'affecte pas de manière significative l'autonomie de la personne. Toutefois, les TNCM correspondent à un déclin plus important qui perturbe les activités quotidiennes et nécessite souvent des services externes (American Psychiatric Association, 2015; Collège national des généralistes enseignants, 2024). Selon une étude de Wong *et al.* (2016), environ 50 % des résidents en centres de soins de longue durée sont atteints d'un TNCM. Cette prévalence est un enjeu important pour les milieux de soins. C'est pourquoi, dans le cadre de référence de ce projet, l'accent sera principalement porté sur les troubles neurocognitifs majeurs.

Selon le DSM-5, le trouble neurocognitif majeur est défini par les critères suivants (American Psychiatric Association, 2015, p. 787-788) :

A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :

    1. Une préoccupation du sujet, d'une information fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif et ;

    2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentées par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c'est-à-dire tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).

C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).

D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Il existe différents types de troubles neurocognitifs. Ceux-ci entraînent des conséquences sur les plans social, cognitif, fonctionnel, psychologique et comportemental. Ces répercussions varient d'un type à l'autre. Il est important que les professionnels connaissent l'évolution et les particularités de chacun de ces troubles. Cela leur permet de mieux comprendre la personne aidée et de mettre en place des interventions efficaces. Les quatre troubles neurocognitifs les plus fréquents sont : la maladie d'Alzheimer, la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences frontotemporales ainsi que les troubles neurocognitifs vasculaires (Voyer, 2013). Le tableau 1 présente une définition simple pour chacun d'eux :

Tableau 1 : Description des principales TNC

Type	Description
La maladie d'Alzheimer	La maladie d'Alzheimer endommage les cellules cérébrales, ce qui entraîne une détérioration de la capacité de réflexion et de la mémoire avec le temps. C'est le trouble neurocognitif le plus courant. Les changements cérébraux caractéristiques comprennent les plaques amyloïdes et les enchevêtrements neurofibrillaires.
Les troubles neurocognitifs vasculaires	Les troubles neurocognitifs vasculaires surviennent en cas de blocage ou d'affaiblissement de l'approvisionnement du cerveau en sang. Les cellules du cerveau sont alors aussi endommagées, ce qui entraîne des problèmes de réflexion et de mouvement. Les troubles neurocognitifs vasculaires sont considérés comme le trouble neurocognitif le plus fréquent après la maladie d'Alzheimer.
Les dégénérescences frontotemporales	Les dégénérescences frontotemporales sont un groupe de troubles plus rares qui commencent généralement par affecter les zones frontales et temporales du cerveau. Les premiers symptômes impliquent des changements de personnalité et de comportement, ou des changements qui surviennent dans la compréhension ou l'élocution. D'autres changements, notamment des problèmes de mouvement, peuvent cependant survenir un peu plus tard. Généralement, ce trouble apparaît à un plus jeune âge que les autres démences.
La maladie à corps de Lewy	La maladie à corps de Lewy est causée par des dépôts anormaux de la protéine alpha-synucléine appelée « corps de Lewy » à l'intérieur des cellules nerveuses du cerveau.
Les troubles neurocognitifs mixtes	Le terme « pathologies mixtes » est utilisé lorsque plusieurs facteurs semblent contribuer aux troubles neurocognitifs. On parle alors de « troubles neurocognitifs mixtes ». Plus une personne est âgée, plus il est probable que de multiples processus pathologiques dans son cerveau entraînent des symptômes de troubles neurocognitifs.

Source : Société Alzheimer, 2022

Chaque type de trouble neurocognitif mentionné précédemment affecte les domaines cognitifs de manière différente selon la région du cerveau touchée et la nature de la pathologie. Comprendre ces domaines permet de mieux cerner les impacts observés chez les personnes présentant un TNC. L'annexe A présente les principaux domaines cognitifs, tels que définis dans la littérature scientifique ainsi que leur rôle dans le fonctionnement au quotidien (Cellard *et al.,* 2022).

5.1.2 Description des atteintes de la maladie d'Alzheimer

Parmi les premiers signes observés, les troubles de mémoire sont l'un des premiers symptômes de ce type de trouble neurocognitif. La maladie débute généralement par une altération de la mémoire à court terme. Cela se manifeste par une difficulté à apprendre de nouvelles informations ou à se souvenir d'événements récents. Par exemple, la personne peut oublier ce qu'elle a mangé pour déjeuner, perdre ses objets personnels ou poser plusieurs fois la même question dans un court laps de temps. Au fil du temps, la mémoire à long terme est aussi atteinte. Cela se traduit par une difficulté à se remémorer les événements passés de leurs vies. Toutefois, certains souvenirs anciens peuvent rester intacts pendant un long moment. Il n'est pas rare que la personne se souvienne encore du nom de son village alors qu'elle oublie ce qu'elle a fait dans la journée (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

La mémoire de travail est également affectée. La personne a de la difficulté à retenir et manipuler des informations sur une courte durée. Par exemple, si on lui demande de prendre son manteau et de venir s'asseoir, elle peut réaliser qu'une seule des deux actions. De plus, la mémoire sémantique (connaissances générales) est progressivement altérée. Elle peut rencontrer une difficulté à nommer des objets ou reconnaître certains animaux. Les fonctions exécutives sont perturbées de manière progressive. La capacité à planifier, organiser ou résoudre des problèmes diminue. La gestion de tâches simples du quotidien, comme préparer un repas, devient difficile. À un stade plus avancé, l'individu peut être incapable de comprendre les étapes nécessaires à l'habillage ou à l'utilisation d'un appareil domestique. Le langage est également touché. Au début de la maladie, la personne cherche fréquemment ses mots. Durant l'évolution, ses phrases deviennent incomplètes ou désorganisées et elle peut montrer de l'hésitation à s'exprimer (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

L'attention soutenue et divisée diminue. La personne devient facilement distraite, a de la difficulté à suivre une conversation et à se concentrer sur une tâche. La vitesse de traitement de

l'information ralentit. Il faut plus de temps pour comprendre une consigne ou répondre à une question. L'analyse visuelle et spatiale est également compromise. La personne peut se perdre dans un lieu familier. Enfin, les praxies (gestes moteurs dirigés vers un but) sont touchées à un stade plus avancé. La personne peut avoir de la difficulté à exécuter des gestes simples, comme se coiffer, même si ses muscles fonctionnent normalement (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

5.1.3 Description des atteintes des troubles vasculaires

L'un des signes particuliers des troubles vasculaires est l'atteinte significative des fonctions exécutives. La personne présente des difficultés à débuter une tâche, à organiser les étapes nécessaires pour la réaliser et à faire preuve de flexibilité cognitive. Elle est peu persévérante dans ses actions, se décourage rapidement ou abandonne une activité dès qu'un obstacle se présente. La capacité d'abstraction est également touchée. La personne a du mal à comprendre des concepts plus complexes ou à expliquer le sens d'un proverbe. Elle peut aussi avoir de la difficulté à initier ou à suivre une conversation portant sur des sujets abstraits (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

Le langage est affecté de diverses façons. On observe souvent des problèmes d'articulation ou de prononciation, une difficulté à nommer les objets ou à trouver les bons mots. Il arrive qu'elle utilise des mots incorrects ou qu'elle en invente. Elle peut répéter une phrase sans arrêt ou ne pas réussir à la répéter. Elle utilise un vocabulaire simplifié et des phrases courtes pour communiquer. Au fil de l'évolution, la personne peut éprouver des difficultés plus importantes à lire et à écrire. Les capacités de mémoire sont également affectées. Ce sont surtout les mécanismes de rappel qui sont atteints autant pour les souvenirs passés que pour les informations récentes. La personne a de la difficulté à apprendre de nouvelles choses ou à retrouver des informations acquises précédemment. Toutefois, au premier stade, la reconnaissance est souvent préservée. Par exemple, elle peut reconnaître une personne familière. La mémoire de travail est altérée, ce qui complique la gestion de plusieurs consignes ou le traitement d'informations dans le moment présent (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

La vitesse de traitement est souvent ralentie. Sur le plan de l'attention, la capacité à se concentrer de manière soutenue est généralement réduite. La personne peut être facilement distraite et à maintenir son attention lors d'une tâche. Les capacités perceptives peuvent également être altérées. La personne perçoit plus difficilement les stimuli de son environnement, ce qui augmente

les risques de confusion dans les activités quotidiennes. Par exemple, elle peut avoir du mal à évaluer les distances, à reconnaître un objet visuellement ou à se repérer dans l'espace. Les praxies peuvent être touchées selon les lésions au cerveau. Cela peut se traduire par une maladresse dans les gestes ou une incapacité à effectuer des actions coordonnées. Enfin, la cognition sociale peut être altérée. La personne peut présenter un jugement inadéquat, une difficulté à interpréter les intentions des autres ou à adapter son comportement social. Elle peut sembler moins empathique ou moins consciente des conséquences de ses actions (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

5.1.4 Description des atteintes de la maladie à corps de Lewy

Un trait distinctif de cette maladie est la fluctuation importante des fonctions cognitives. Cela peut s'effectuer au cours d'une même minute ou d'une même journée. La personne peut être totalement lucide à un moment, puis, présenter une pensée désorganisée ou confuse quelques heures plus tard. La capacité d'attention est l'un des domaines les plus atteints et elle fluctue énormément. La personne peut se montrer attentive et active à certains moments. Ensuite, elle peut paraître complètement absente ou désorientée. L'état de conscience est également altéré. La personne peut sembler somnolente sans raison apparente ou avoir des moments d'absence. Le ralentissement du traitement de l'information est un autre symptôme fréquent. Les réactions, les réponses verbales et la compréhension des consignes sont plus lentes. La mémoire à court terme et les souvenirs peuvent être touchés, mais moins sévèrement qu'avec la maladie d'Alzheimer. Cependant, la mémoire sémantique (connaissances générales, vocabulaire) peut être autant affectée que dans la maladie d'Alzheimer (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

Dès les premiers stades, la personne rencontre des difficultés à organiser une tâche, à planifier une action ou à résoudre un problème. Il peut aussi montrer une rigidité mentale et avoir du mal à s'adapter à de nouvelles situations. Les capacités visuoconstructives et visuospatiales sont particulièrement touchées. Il peut devenir difficile de copier un dessin simple, comme un cube ou une horloge, d'interpréter des images ou de se repérer dans l'espace. Ces difficultés entraînent une désorientation spatiale significative ainsi qu'un risque accru de confusion dans l'environnement. Par exemple, la personne peut se perdre dans un lieu familier ou ne pas reconnaître une pièce de sa propre maison (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

Sur le plan langagier, la personne peut montrer des difficultés de compréhension, un discours simple ou des hésitations verbales lors des épisodes de confusion. Les capacités perceptuelles

sont également altérées. Cela se traduit par des hallucinations visuelles fréquentes. La personne voit des objets, des animaux ou des personnes qui ne sont pas réelles. Ces hallucinations sont souvent répétitives et sont une des particularités de ce trouble. La mémoire de travail peut aussi être atteinte. Cela complique la gestion de plusieurs consignes ou de conversations complexes. De plus, la vitesse de traitement de l'information est réduite, ce qui rend les interactions plus lentes. Enfin, des changements au niveau de la cognition sociale peuvent apparaître durant l'évolution de la maladie. L'individu a de la difficulté à adapter son comportement ou à comprendre les intentions des autres lors des périodes de désorganisation (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

5.1.5 Description des atteintes de la démence frontotemporale

L'un des premiers signes de ce trouble est l'apparition de changements de comportements. Les comportements sociaux inappropriés sont fréquents. La personne peut faire preuve d'impulsivité et perdre ses inhibitions. Elle peut aussi montrer un désintérêt pour les autres, un retrait affectif ou une perte d'empathie, ce qui affecte ses relations sociales. Les fonctions exécutives sont parmi les plus touchées. La personne présente une rigidité mentale, un manque de jugement, des difficultés à planifier ou à résoudre des problèmes. Elle montre souvent des comportements persévérants ou répétitifs. Par exemple, elle peut répéter sans cesse la même action ou la même phrase même si elle n'est plus appropriée à la situation. La capacité d'attention est également affectée, en particulier l'attention soutenue. Cela perturbe l'organisation des idées, l'exécution de tâches complexes et rend difficile la concentration sur une tâche pendant une longue période (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

Dans la variante temporale de la DFT, le langage est atteint dès les premiers stades. La personne peut avoir du mal à initier la parole, parler moins spontanément ou faire de l'écholalie (répéter ce que dit l'interlocuteur). Elle peut bien prononcer les mots, mais le contenu verbal est pauvre. Dans d'autres formes de DFT, les troubles du langage apparaissent tardivement. La mémoire à long terme et court terme est généralement préservée au stade léger. Elle peut toutefois être touchée aux stades modérés à sévères. La mémoire de travail et la mémoire sémantique (connaissances générales) peuvent être plus touchées dès le début en raison d'une diminution des capacités d'attention. Contrairement à d'autres formes de démence, les capacités visuospatiales et l'orientation dans l'espace sont généralement intactes au début de la maladie. Cela signifie que la personne ne présente pas de difficulté à se repérer dans son environnement. Les fonctions motrices sont aussi préservées jusqu'au stade avancé (Dubois et Michon, 2015; Voyer, 2013).

5.2 Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SPCD)

5.2.1 Définition

Selon la littérature, entre 69 à 92 % des personnes âgées vivant avec un TNC en milieu d'hébergement présenteront des SCPD (IPA, 2012, cité dans Rey, 2015). Selon *l'International Psychogeriatric Association*, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) se caractérisent par des troubles de la perception, de la pensée, de l'humeur et du comportement, souvent observés chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) (Dubois et Michon, 2015; Finkel, 1999, cité dans Bruneau *et al*., 2025; Rey, 2015). Ces symptômes se divisent en deux catégories. D'une part, les symptômes comportementaux, qui correspondent à des comportements observables, incluent l'errance, l'agitation et l'agressivité, la résistance aux soins, les comportements sexuels inappropriés, la réaction de catastrophe ainsi que le syndrome crépusculaire. D'autre part, les symptômes psychologiques, qui sont liés à l'état émotionnel ou mental de la personne, font référence aux idées délirantes, aux hallucinations, aux illusions, à la dépression, à l'apathie et à l'anxiété (Rey, 2015). Ces différents symptômes entraînent des conséquences importantes tant pour la personne atteinte que pour son entourage. Ils accroissent considérablement la détresse vécue par les proches aidants et amènent une diminution significative de la qualité de vie des personnes concernées. De plus, ces symptômes contribuent souvent à un hébergement en établissement plus rapidement que prévu (Bruneau *et al*., 2023). Pour tenter de gérer ces comportements, il est fréquent que des mesures de contention, chimiques ou physiques, soient utilisées malgré les risques qu'elles comportent. De plus, cette situation engendre également des coûts plus importants pour le système de santé afin de soutenir les proches aidants pour garder la personne à domicile (Bruneau *et al*., 2023).

Dans cette section, certains SPCD et sujets connexes seront abordés. Le choix a été fait de ne présenter que ceux qui sont en lien avec les outils d'évaluation recensés dans une section ultérieure. L'objectif est d'offrir une meilleure compréhension des concepts clés afin de faciliter la complétion et l'interprétation des outils. Les SPCD expliqués plus en détails sont l'errance, l'agitation, l'agressivité, la dépression et l'anxiété. Le délirium sera également abordé de manière approfondie.

5.2.2 Errance

Ce phénomène est présent chez environ 60 % des personnes vivant avec un TNC (Gu, 2015). Il se caractérise par des déplacements répétés et imprévisibles. Selon un point de vue extérieur, l'errance ne semble pas avoir aucun objectif clair. Lors de ces comportements, la personne ne semble pas se soucier de ses besoins physiques ou de sa sécurité. L'errance se manifeste même en présence de règles, de limites ou d'obstacles, qui semblent ne plus avoir de signification pour l'individu (Rey, 2015; Voyer, 2013). En tant que travailleur auprès de cette clientèle, il est essentiel d'analyser les risques de fuite ou de perte dans l'environnement pour garantir la sécurité de la personne. L'annexe B présente un tableau indiquant les différents types d'errance (Voyer, 2013). Ce type de comportement est l'un des plus difficiles à anticiper et à gérer pour les proches de la personne. L'errance peut entraîner plusieurs conséquences négatives sur l'individu, si elle n'est pas gérée adéquatement, comme la fatigue, des chutes, une perte de poids inquiétante et un risque accru de blessures graves. Les proches aidants et le personnel de soin sont souvent inquiets pour la personne, car l'errance nécessite une surveillance constante et rigoureuse. Cette vigilance accrue est essentielle pour prévenir tout danger. Cela peut engendrer une pression supplémentaire pour les proches aidants et le personnel de soins. Ils peuvent se sentir épuisés physiquement et émotionnellement. Les soins doivent être continuellement ajustés, avec une attention particulière portée à la gestion des risques de fuite ou de perte de l'individu dans son environnement (Kenmeugne et Dubé, 2023; Voyer, 2013).

5.2.3 Agitation et agressivité

Les comportements agressifs sont définis comme étant des actions hostiles orientées vers un autre individu, son propre corps ou encore un objet (Voyer, 2013). En général, ce serait entre 13 et 75 % des personne âgées vivant avec un trouble neurocognitif qui effectueraient des comportements agressifs (Voyer, 2013). Cette agressivité peut se traduire dans les gestes (physique), mais aussi dans les paroles (verbale). Ces comportements sont séparés en quatre catégories distinctes, soit comportements d'agitation non agressifs, comportements d'agitation physique agressifs, comportements d'agitation verbale non agressifs et comportements d'agitation verbale agressifs (Reys, 2015). Le Tableau 2 présente des exemples concrets pour chacune des quatre catégories.

Tableau 2 : Les quatre catégories des comportements d'agitation

Comportements d'agitation non agressifs	• Commettre des gestes indécents • Faire les cents pas • Déambuler de façon inappropriée • S'emparer ou cacher des objets des autres • Égarer les objets • Fouiller dans les affaires des autres • Uriner ou déféquer de façon inappropriée • Cogner des objets sans les briser • Lancer des objets ou des aliments • S'habiller de façon incorrecte • Se déshabiller dans des lieux inappropriés • S'isoler • Négliger son hygiène • Manger la nourriture des autres • Faire des gestes insultants, mais pas obscènes • Ne pas suivre les directives • Mettre dans sa bouche des objets inappropriés • Présenter des gestes répétitifs ou des comportements ritualisés • Se cramponner ou poursuivre des personnes • Déambuler de façon inappropriée
Comportements d'agitation physique agressifs	• Briser des objets • Tordre des objets • Pincer les soignants • Griffer • Donner des coups de coude • Mordre • Donner des coups de pieds • Frapper les autres résidents • S'automutiler • Cracher sur les soignants ou les résidents • Bousculer les soignants ou les résidents • Empoigner les soignants ou les résidents • Voler les objets des autres résidents

	• Posséder un objet pour blesser des personnes • Utiliser un objet pour frapper les soignants ou les résidents
Comportements d'agitation verbale non agressifs	• Parler constamment • Répéter des phrases, des mots ou des sons • Émettre des sons répétitifs • Expressions reflétant des peurs irrationnelles
Comportements d'agitation verbale agressifs	• Utiliser un langage indécent ou blasphémer • Crier ou hurler • Menacer de blesser les autres • Menacer de s'automutiler • Utiliser un langage hostile, accusateur envers les autres

Source : Reys, 2015

Dans certaines situations, il est important d'évaluer s'il s'agit simplement d'agitation ou bien de comportements agressifs. L'agressivité peut être considérée comme une situation d'urgence selon le niveau de danger qu'elle peut représenter pour la personne ou son entourage (Reys, 2015). En effet, ces comportements peuvent amener des blessures importantes pour ceux qui en sont victimes. Aussi, en contexte d'hébergement, de tels comportements peuvent causer un sentiment de peur et d'insécurité chez les autres résidents (Voyer, 2013).

5.2.4 Dépression

La présence de symptômes dépressifs est observée chez plus de 30 % des personnes âgées souffrant d'un TNC (Dorey *et al*., 2019). De plus, les épisodes dépressifs fréquents à l'âge adulte peuvent accroître le risque de développer la maladie d'Alzheimer (Dorey *et al*., 2019). Il existe une controverse dans la littérature scientifique concernant les symptômes dépressifs liés aux troubles neurocognitifs (Rey, 2015). Ceux-ci fluctuent selon le stade ou le type de TNC (Ylieff *et al*., 2005, cité dans Rey, 2015). Il est toutefois essentiel de considérer que les manifestations dépressives chez les personnes âgées peuvent différer de celles observées chez les adultes plus jeunes (Lapp *et al.*, 2019). Selon le DSM-V (2015), la dépression est considérée comme un trouble de l'humeur. Parmi ces manifestations, on retrouve des changements de comportement soudains et inexpliqués, une humeur dépressive persistante, une perte marquée de plaisir

(anhédonie), ainsi que des signes rapportés par les proches, tels qu'une autodépréciation prononcée ou l'expression d'une volonté de mourir. La présence d'antécédents familiaux ou personnels de dépression (précédant l'apparition du TNC), et un déclin cognitif rapide sont aussi des critères cliniques à considérer (American Psychiatric Association, 2015 ; Reys, 2015). Par ailleurs, certains signes sont plus fréquents dans la dépression des personnes âgées que chez les adultes plus jeunes, notamment les troubles du sommeil, la fatigue, le retard psychomoteur, la perte d'intérêt pour la vie et le désespoir pour l'avenir (Fiske, Wetherell et Gatz, 2009 ; Hegeman, Kok, Mast et Giltay, 2012 ; Wuthrich, Johnco et Wetherell, 2015, cité dans Lapp *et al.*, 2019).

5.2.5 Anxiété

L'anxiété touche plus de 30 à 40 % des personnes vivant avec un TNC (Dorey *et al.,* 2019). Aux stades légers à modérer, elle peut se manifester par un trouble anxieux généralisé, un sentiment d'insécurité diffus, des comportements d'évitement et de retrait ainsi que par des attaques de panique lors des situations inhabituelles ou imprévues (Dorey *et al.,* 2019). Lorsque le trouble neurocognitif évolue, différents symptômes peuvent apparaître tels qu'un sentiment exacerbé de solitude, des sollicitations répétées auprès de l'entourage, des appels téléphoniques fréquents, des plaintes somatiques et des troubles du sommeil (Dorey *et al.,* 2019). Au stade sévère, des changements comportementaux comme le syndrome crépusculaire (instabilité motrice en fin de journée) et le syndrome de Godot (attachement excessif à une personne cible) peuvent s'ajouter aux symptômes précédents (Dorey *et al.,* 2019).

5.2.6 Syndrome confusionnel (Délirum)

La prévalence du délirium chez les personnes âgées vivant en centre d'hébergement est d'environ 25% (Garnier-Crussard *et al.*, 2025). Ce syndrome affecte considérablement la qualité de vie. Effectivement, il amène des difficultés chez les proches, la personne et le personnel soignant. De plus, il augmente les risques de décès (Garnier-Crussard *et al.*, 2025; Rey *et al.*, 2016). Il survient le plus souvent chez des personnes présentant une vulnérabilité cognitive et cérébrale préexistante (Garnier-Crussard *et al.*, 2025). Le délirium se définit comme étant une altération importante de la conscience, de l'attention, de l'orientation, de la mémoire, de la pensée, de la perception et du comportement (Cole, 2004 ; Pelletier *et al.,* 2019).

Selon le DSM-V, certains critères peuvent permettre d'identifier la présence de ce syndrome (American Psychiatric Association, 2015, p. 597):

A. Perturbation de l'attention (c.-à-d. réduction de la capacité à diriger, focaliser, soutenir et déplacer l'attention) et de la vigilance (c.-à-d. réduction de l'orientation à l'environnement).

B. La perturbation se développe en un court laps de temps (habituellement quelques heures à quelques jours), représente un changement par rapport au fonctionnement de base, et tend à fluctuer en gravité au cours de la journée.

C. Il existe une perturbation supplémentaire des fonctions cognitives (par exemple, troubles de la mémoire, de l'orientation, du langage, de la perception visuospatiale ou de la perception).

D. Les perturbations des critères A et C ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble neurocognitif majeur préexistant, établi ou évolutif, et ne surviennent pas dans un contexte de diminution sévère de l'éveil (par exemple, coma).

E. Il existe des preuves issues de l'anamnèse, de l'examen physique ou des examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, d'une intoxication ou d'un sevrage à une substance, d'une exposition à une toxine ou de la combinaison de plusieurs étiologies.

5.3 Processus d'évaluation auprès des personnes âgées vivant avec un TNC

5.3.1 Consentement libre et éclairé

Une étape importante lors de l'évaluation psychoéducative consiste à obtenir un consentement libre et éclairé (OPPQ, 2018). Cette démarche fait partie des bonnes pratiques professionnelles (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024). Tout d'abord, le consentement éclairé se définit comme la capacité d'une personne à comprendre et apprécier la portée de l'information qui lui est communiquée, à utiliser cette information de manière raisonnable pour prendre des décisions éclairées et à exprimer clairement ses choix de façon libre et volontaire (Dunn et coll., 2006; Karlawish et coll., 2013; Lai, 2007; Marson et coll., 1994; cité dans Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024).

Il est essentiel d'inclure la personne vivant avec un trouble neurocognitif majeur (TNC) dans ces démarches même si elle est considérée comme inapte. Il faut donc collaborer avec les proches aidants et les professionnels, mais aussi directement avec la personne concernée. Cela permet à celle-ci de se sentir considérée dans les décisions qui touchent sa santé tout en respectant son autonomie (Faden *et al.*, 1986). Selon les experts, lorsqu'une personne n'est pas considérée comme inapte, le professionnel doit présumer qu'elle est en mesure de prendre ses propres décisions. Tout au long de l'évaluation, il est également important de réévaluer régulièrement la capacité à consentir, car celle-ci peut diminuer à mesure que la maladie évolue (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024). L'évaluation de la capacité à consentir se fait le plus souvent lors de discussions verbales entre la personne atteinte de TNC et le professionnel de la santé qui propose l'évaluation s'il a les compétences requises. Des outils cliniques plus structurés peuvent également aider cette évaluation. Par exemple, *le MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T) est un outil validé et spécifiquement conçu pour les personnes atteintes de TNC afin de déterminer leur capacité à consentir (Amaral *et al.*, 2022). Lorsque le professionnel obtient le consentement, il peut alors évaluer la situation et proposer un plan d'intervention et des interventions adaptés.

5.3.2 Collecte de données

Avant de commencer un processus d'évaluation plus complexe, il est essentiel de vérifier certains aspects. L'annexe C présente les étapes que le professionnel doit suivre dans sa démarche décisionnelle afin de déterminer s'il est pertinent d'enclencher une évaluation psychoéducative (Gouvernement du Québec, 2014). Le psychoéducateur doit d'abord s'assurer que l'approche actuellement utilisée auprès de la clientèle est adéquate. Si ce n'est pas le cas, il est important de modifier cette approche pour vérifier si elle n'est pas la cause des SCPD. Il aura alors un travail de rôle-conseil à faire auprès de l'équipe en place (Gouvernement du Québec, 2014). Cependant, si l'approche est jugée adéquate, il devient primordial de vérifier si un recadrage est possible. Cela signifie qu'il faut analyser le comportement afin de déterminer s'il constitue un danger pour la personne ou pour autrui ou s'il cause une détresse importante. Si le comportement n'engendre ni détresse ni dangerosité, le psychoéducateur devra alors sensibiliser les proches ainsi que le personnel sur leur perception des comportements ainsi que sur les émotions que les SCPD leur font ressentir (Gouvernement du Québec, 2014). Toutefois, si le recadrage n'est pas possible, des stratégies de base suivantes devront être essayées pour vérifier si elles atténuent les SCPD : validation, diversion, adaptation de l'environnement et l'exploration de l'histoire biographique. Si les comportements se maintiennent malgré ces stratégies, le psychoéducateur

devra alors procéder à une évaluation psychoéducative plus approfondie (Gouvernement du Québec, 2014).

Afin de porter un jugement clinique et d'analyser la situation, le psychoéducateur doit d'abord effectuer la collecte de données. Il faut sélectionner les données pertinentes et nécessaires à la compréhension de la problématique et de la situation de la personne vivant avec un TNC. Il est important d'utiliser une multitude de sources pour récolter ces informations (Métayer, 2019; OPPQ, 2018). Ces sources comprennent le dossier du client, les grilles d'observation, les entretiens avec les professionnels impliqués et avec l'usager ainsi que les différents outils d'évaluation ou instruments standardisés remplis dans le contexte de l'évaluation ou d'une évaluation antérieure. Il est aussi primordial de déterminer les capacités, les comportements, les stratégies d'adaptation ainsi que les difficultés de la personne vivant avec un TNC afin de bien cerner sa situation et sa problématique (Métayer, 2019). C'est la raison pour laquelle le projet de maîtrise se concentre sur les outils d'évaluation utile à ce processus.

Lors de la conduite d'une évaluation, l'observation est centrale. Elle offre un accès privilégié à des informations qui ne sont pas toujours accessibles par les entretiens ou questionnaires, notamment lorsque la personne rencontre des difficultés à s'exprimer verbalement ou à partager ses préférences. L'observation permet de recueillir des indices subtils comme les gestes, les expressions faciales, le langage corporel, les réactions émotionnelles, etc. (Desruisseaux, 2012). Par exemple, il pourra observer un soin d'hygiène réalisé auprès d'un résident dans un milieu de vie. Il peut le faire de façon participante ou rester en retrait pour observer le comportement visé (Métayer, 2019). Ainsi, le psychoéducateur a un portrait plus complet de la personne et de son vécu. De plus, l'observation est essentielle pour valider et compléter les informations fournies par les proches aidants ou les professionnels (Desruisseaux, 2012).

Aussi, les proches aidants représentent une autre source précieuse pour la collecte de données. Lorsque la personne atteinte d'un TNC n'a plus la capacité d'exprimer ses besoins, ses préférences et ses choix, les proches aidants deviennent des ressources primordiales afin de connaitre de son histoire de vie et de ses habitudes antérieures (Métayer, 2019). Leurs connaissances, souvent approfondies de la personne, permettent aux professionnels de mieux comprendre son vécu, ses valeurs et ses préférences. Ils peuvent également fournir des informations précieuses sur les changements observés dans son comportement, ses réactions, ses routines ou encore ses stratégies d'adaptation face aux difficultés (Métayer, 2019). Ces

informations contribuent à brosser un portrait plus fidèle de la personne. Alors, celles-ci facilitent l'identification de ses forces et de ses difficultés au sein du milieu de vie. Aussi, leur implication active favorise un climat de confiance et une collaboration précieuse entre les professionnels et la famille. Cette collaboration permet au psychoéducateur de proposer des interventions de qualité, pertinente et adaptée à la personne vivant avec un TNC (Métayer, 2019).

6 MÉTHODE

La présente section expose la méthode utilisée dans le cadre de ce projet. Celle-ci consiste à effectuer une recherche documentaire sur les outils d'évaluation existant pour les personnes âgées présentant des TNC.

La première étape a été une recension des écrits afin d'explorer les connaissances en lien avec les TNC, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et l'évaluation psychoéducative auprès de cette clientèle. Cette recension a été effectuée à partir de plusieurs bases de données : Cairn, Érudit, PubMed, Google Scholar, Sophia et les banques d'outils de l'INSPQ. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour identifier les écrits pertinents : *démentia, trouble neurocognitif, évaluation SCPD, interventions psychosociales, gériatrie, outils d'évaluation SCPD, échelle SCPD.* Ces mots-clés sont aussi tentés en anglais pour davantage de résultats. Les critères d'inclusion portaient sur des études réalisées auprès de personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec un TNC (tous types confondus). Il était également important que les études abordent les différents SCPD observés en centre d'hébergement. À l'inverse, les critères d'exclusion concernaient les études dont la population cible était âgée de moins de 65 ans, ne présentaient aucun TNC ni SCPD. Enfin, certains ouvrages littéraires ont également été consultés afin d'enrichir la compréhension du sujet.

À la suite de la revue de littérature, plusieurs outils et échelles d'évaluation jugés pertinents présentés à la section suivante ont été identifiés en vue de leur transmission aux intervenants. Les instruments ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence par rapport aux contextes d'intervention observés. Par la suite, une recherche plus approfondie a été menée afin de recueillir des informations plus spécifiques sur chacun de ces outils : leur création, leur mode d'administration, leur propriété ainsi que leur validité et leur fidélité. Les outils retenus couvrent un ensemble de sujets essentiels en lien avec les problématiques rencontrées par les personnes âgées vivants avec un (TNC), tels que la dépression, l'anxiété, le délirium, l'errance, l'autonomie

fonctionnelle et l'agitation et l'agressivité. Ils permettent d'évaluer de manière structurée différents aspects de ces problématiques. Ces outils constituent des ressources concrètes pour les intervenants. Ils sont sélectionnés en fonction des compétences requises pour leur utilisation afin que les intervenants puissent les utiliser dans leur pratique. Ainsi, l'intégration de ces outils cliniques dans la démarche d'évaluation augmente la rigueur et la qualité professionnelle de l'accompagnement offert à la personne aidée.

Enfin, la méthode proposée permet de sélectionner des outils cliniques d'évaluation en lien avec les problématiques présentes chez la clientèle ciblée. Plus précisément, elle a pour but de proposer des outils concrets, validés et pertinents qui soutiennent la démarche d'évaluation des intervenants. Ainsi, la personne aidée aura un accompagnement adapté, rigoureux et de qualité.

7 OUTILS D'ÉVALUATION UTILES DANS L'ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE

7.1 L'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM)

7.1.1 Création de l'outil

Cet outil a été développé, en 1986, par Jiska Cohen-Mansfield et ses collaborateurs. Celle-ci est une chercheuse en gérontologie et en psychologie spécialisée dans les troubles du comportement chez les personnes âgées vivant avec un TNC (Cohen-Mansfield *et al.*, 1989). Au départ, Cohen-Mansfield *et al.,* (1989) ont déterminé deux principales dimensions de l'agitation, soit des comportements d'agitation agressifs ou non agressifs et physique ou verbal. Ils ont exploré l'identification des sous-types de l'agitation par une analyse factorielle exploratoire (AFE) du Cohen Mansfield Agitation Inventory (Landreville *et al.,* 2007). Elle a été traduite dans plusieurs langues, dont le français. Cependant, la source précise de la traduction française n'est pas uniformément identifiée dans les publications scientifiques.

7.1.2 Description

Le IACM (voir annexe D) a pour objectif de recenser et de quantifier les comportements d'agitation et d'agressivité chez les personnes présentant des SCPD (Samson, 2019). La grille d'agitation de Cohen-Mansfield est accessible gratuitement en ligne. Elle est souvent utilisée dans différents milieux ou services pour la clientèle des aînés vivant avec un TNC et ayant des SPCD. Le professionnel l'utilise pour effectuer un profil complet et valide des comportements d'agitation de la personne âgée avant de mettre en place des interventions non pharmacologiques ou

pharmacologiques (Cohen-Mansfield *et al*., 1989; Métayer, 2019). Cet outil est une échelle d'évaluation complétée par un professionnel et non par la personne elle-même. Il répertorie 29 comportements spécifiques (Deslauriers et Landreville, 2001; Landreville *et al*., 2007; Métayer, 2019). Ces comportements sont regroupés selon quatre catégories :

- Agitation physique non agressive
- Agitation verbale non agressive
- Agitation et agressivité physiques
- Agitation et agressivité verbales

La version publiée par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides propose, pour chacun des comportements, une liste détaillée d'actions concrètes que la personne observée peut présenter (CISSS des Laurentides, 2012). Cette précision permet de mieux guider l'observation et de favoriser une interprétation rigoureuse et objective des comportements. L'outil utilise une échelle de type Likert à 7 choix de réponse pour mesurer la fréquence de ces comportements, allant de 1 (jamais observé) à 7 (plusieurs fois par heure) (Métayer, 2019). Selon les recommandations, l'évaluation doit être menée sur une période d'environ deux semaines pour obtenir un portrait représentatif (Deslauriers et Landreville, 2001; Landreville *et al*., 2007; Métayer, 2019). Le matériel requis pour administrer l'outil comprend un crayon et une grille d'observation. Son coût d'utilisation est faible et aucune formation spécifique n'est requise pour l'utiliser (Deslauriers et Landreville, 2001). Il existe également une version adaptée du CMAI développée par Katherine Samson, psychoéducatrice à l'équipe mobile SCPD de la direction SAPA (Samson, 2019). Cette version conserve les mêmes items et l'évaluation de la fréquence des comportements, mais y ajoute l'évaluation de l'intensité, de l'historique du comportement et du niveau de risque. Chacun de ces aspects est aussi évalué à l'aide d'échelles de type Likert selon cette adaptation (Samson, 2019).

7.1.3 Passation et analyse

Tout d'abord, la complétion de cette grille demande la concertation des différentes personnes, qui gravitent autour de la personne présentant des SCPD, telles que le proche aidant, l'équipe de soins et le personnel des différents quarts de travail (Cohen-Mansfield *et al*., 1989 ; Landreville *et al.,* 2007). La consultation de plusieurs acteurs permet d'obtenir un portrait plus précis et complet des comportements d'agitation et d'agressivité (Landreville *et al.,* 2007). Il est également

possible de recueillir les informations nécessaires à partir d'entrevue avec les proches, de grilles d'observation ou de notes déjà complétées dans le milieu de vie de l'usager. Ainsi, l'examinateur n'a pas nécessairement besoin d'avoir observé lui-même les comportements pour remplir la grille (Landreville *et al*., 2007). Cet outil permet aussi de comparer la fréquence des comportements avant et après la mise en place d'interventions. De ce fait, les personnes concernées peuvent évaluer de façon objective la diminution, la stabilité ou l'augmentation des comportements problématiques. Comme les comportements peuvent varier au cours de la journée, il est recommandé d'effectuer un inventaire pour chaque quart de travail (jour, soir, nuit). Une durée d'observation d'environ deux semaines est généralement recommandée afin d'obtenir un portrait représentatif (Deslauriers et Landreville, 2001; Landreville *et al*., 2007).

Une fois cette période terminée, une cote de 1 à 7 est attribuée à chaque comportement selon les données recueillies. Ensuite, les cotes sont additionnées pour obtenir un score total sur 203. Le score global de fréquence des comportements d'agitation et d'agressivité se situe entre 29 (minimum) et 203 (maximum). Plus le score est élevé, plus le niveau d'agitation et d'agressivité est considéré comme important (Cohen-Mansfield *et al*., 1989; Samson, 2019). Enfin, les données obtenues grâce à cette grille permettent de soutenir l'élaboration du plan d'intervention et d'évaluer de façon objective l'efficacité des stratégies mises en place auprès de la personne vivant avec un TNC.

7.1.4 Les qualités psychométriques

La version anglaise Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) présente de bonnes qualités psychométriques selon la littérature scientifique (Deslauriers et Landreville, 2001). Cette affirmation est également vraie pour la version française. En effet, selon les résultats de l'étude de Landreville et Deslauriers (2001), la fidélité inter-juge, la stabilité temporelle, la consistance interne, la validité concomitante et la validité de construits de l'IACM ont toutes été confirmées. De plus, cet outil est recommandé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour l'évaluation des SCPD dans le but de décrire les comportements des personnes concernées (Samson, 2019). Afin de mieux comprendre la rigueur scientifique de l'IACM, le tableau 3 ci-dessous résume chacune de ses principales propriétés psychométriques validées par l'étude de Deslauriers et Landreville (2001).

Tableau 3 : Les propriétés psychométriques du IACM

Propriétés	Description
Consistance interne	La consistance interne du IACM a été démontrée dans différentes études (Cohen-Mansfield *et al.*, 1989; Finkel, Lyons et Anderson, 1993, Miller *et al.*, 1995; Ray, Taylor, Lichtenstein et Meador, 1992). Elle reflète la cohérence des items de la grille, c'est-à-dire à quel point les différents comportements mesurés sont liés entre eux et évaluent un même concept : l'agitation. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu varie de 0.75 à 0.77, ce qui correspond à une bonne cohérence interne. Elle est comparable à celle obtenue dans les études sur la version originale du CMAI.
Fidélité inter-juge	Cette fidélité réfère que plusieurs personnes évaluent la même chose et arrivent à des résultats semblables. Une corrélation de r = 0.72 a été obtenue, ce qui est satisfaisant. Le IACM est un outil fiable, même quand deux personnes différentes l'utilisent.
Fidélité test-prétest	La fidélité test-prétest évalue la constance des résultats dans le temps. L'IACM a été administré à deux reprises à 11 semaines d'intervalle par la même infirmière. Le coefficient de corrélation est de r = 0.72, ce qui indique que l'instrument est fiable à travers le temps.
Validité concomitante	La validité concomitante du CMAI a été démontrée dans différentes études (Cohen-Mansfield *et al.*, 1989; Finkel, Lyons et Anderson, 1993, Miller *et al.*, 1995; Ray, Taylor, Lichtenstein et Meador, 1992). Cette validité consiste à savoir dans quelle mesure les résultats de l'outil sont associés à ceux d'un autre instrument mesurant un concept similaire. Dans l'article, de Deslauriers et Landreville (2001), l'IACM a été comparé à l'échelle des comportements perturbateurs du IRPCM, avec une corrélation de r = 0,74. Ce résultat indique une forte corrélation. Celle-ci démontre que le IACM mesure effectivement ce qu'il prétend mesurer.
Validité de construit	Cette validité indique si l'outil est en lien avec des variables théoriquement associées à l'agitation. Trois corrélations ont été étudiées : • Avec l'atteinte cognitive (EEDR) : r = 0.34 • Avec la perte d'autonomie dans les AVQ (SMAF) : r = 0.22 • Avec les symptômes dépressifs (IRPCM) : r = 0.40 Toutes les corrélations sont positives et significatives.

Source : Deslauriers et Landreville, 2001

7.2 L'échelle de dépression gériatrique (EDG)

7.2.1 Création de l'outil

En 1982, cet outil a été créé par Jerome A. Yesavage, T.L. Brink, Terence L. Rose, Owen Lum, Virginia Huang, Michael Adey et Von Otto Leirer. À l'origine, les cliniciens et chercheurs ont élaboré 100 items. Toutefois, sur la base des corrélations item-total, 30 items ont été sélectionnés afin de composer l'échelle de dépression gériatrique finale (Sansoni *et al.*, 2007; cité dans Li *et al.*, 2015). Cet outil a été traduit dans plusieurs langues, dont le français. Cependant, la source précise de la traduction française de la version longue n'est pas uniformément identifiée dans les publications scientifiques. Il existe également des versions plus courtes de cette échelle. Celles-ci contiennent 4, 8, 10, 15 items (GDS-15, GDS-10, GDS-8 et GDS-4). (Sheikh et Yesavage, 1986; D'Ath *et al.*, 1994; Shah *et al.*, 1997; Jongenelis *et al.*, 2007). Ce type de test peut provoquer de la fatigue chez certains types de clients. Ainsi, ces versions abrégées ont été effectuées pour faciliter davantage la passation de l'échelle auprès des personnes physiquement fragiles ou vivant avec un TNC (Li *et al.*, 2015). Par ailleurs, une version adaptée de l'échelle, développée par Nitcher *et al.* (1993) permet aux proches et au personnel soignant de répondre aux mêmes questions selon leurs observations (CFNS, 2024).

7.2.2 Description

L'EDG (voir annexe E) est un outil clinique élaboré dans le but d'évaluer la présence de symptômes dépressifs chez les aînés à partir de leur propre perception ou de l'observation d'autrui (Yesavage *et al.*, 1983). Cette échelle contient 30 items qui sont écrits de façon non confrontante auxquelles la personne répond par « oui » ou « non » (CFNS, 2024; Li *et al.,* 2015; Métayer, 2019). Contrairement à d'autres outils, elle a été créée en considérant que certaines manifestations physiques de la dépression, comme les troubles du sommeil et la perte de poids, peuvent être présentes chez les personnes âgées en raison du vieillissement ou d'un problème de santé (McDowell, 2006; cité dans Li *et al.,* 2015). Ainsi, l'échelle met l'accent sur les symptômes psychologiques plutôt que somatiques, ce qui permet de limiter les risques de faux positifs (Sansoni *et al.*, 2007; cité dans Li *et al.*, 2015).

L'EDG est utilisé fréquemment dans plusieurs milieux de vie, notamment les hôpitaux (Mondolo *et al*., 2006 ; Dennis *et al.,* 2012 ; cité dans Sheikh et Yesavage, 1986), la communauté (Dunn et Sacco, 1989 ; Nyunt *et al.,* 2009 ; cité dans Sheikh et Yesavage, 1986) et les établissements de soins pour bénéficiaires internes (Lesher, 1986 ; Marc *et al.,* 2008 ; cité dans Sheikh et Yesavage,

1986). Elle s'adresse à diverses clientèles telles que les personnes âgées de 65 ans et plus, celles ayant subi un AVC ou une lésion cérébrale, les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, de la maladie d'Alzheimer ou d'autres affections neurologiques ainsi que celles recevant des soins gériatriques (CFNS, 2024). Bien que certains auteurs soutiennent que l'outil peut être utilisé auprès de personnes vivant avec un trouble neurocognitif, l'échelle n'a toutefois pas été validée pour cette clientèle (CFNS, 2024; Thomas *et al*., 2018). Effectivement, la validité de cet outil est limitée chez les personnes présentant des troubles neurocognitifs. Il est donc important de procéder d'abord à la passation du Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein *et al.*, 1995). Si le score obtenu est inférieur à 14, il est alors recommandé d'utiliser l'échelle de dépression de Cornell pour les personnes atteintes de TNC (Métayer, 2019). L'EDG n'a pas d'instructions détaillées. L'examinateur peut poser les questions à voix haute et encercler les réponses si la personne évaluée n'est pas en mesure de lire ou d'écrire. Autrement, la personne évaluée peut compléter le questionnaire de manière autonome (Thomas *et al.*, 2008).

7.2.3 Passation et analyse

Le questionnaire peut être rempli en 8 à 10 minutes. Il peut être autoadministré ou se compléter en rencontre avec la personne. Si la personne n'est pas en mesure d'y répondre, les réponses peuvent être fournies par un proche ou un membre du personnel soignant. Le matériel nécessaire pour la passation de cette échelle est un crayon et le questionnaire. Celui-ci est gratuit et accessible sur Internet (CFNS, 2024). Aussi, aucune formation spécifique n'est exigée pour la passation de cet outil (CFNS, 2024; Métayer, 2019). Également, les résultats obtenus lors d'entrevues téléphoniques sont comparables à ceux d'entrevues en personne (Sozański *et al*., 2024). Lors de la passation, l'examinateur commence par poser la question suivante : « Pourrez-vous me dire, à leur propos, comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine ? » (Thomas *et al.,* 2008; Thomas *et al.,* 2018, cité dans CFNS, 2024). Puis, celui-ci poursuit en nommant verbalement les autres questions. Les résultats permettent de repérer des indices d'une absence de dépression, d'une dépression légère ou d'une dépression modérée à sévère (CFNS, 2024). En revanche, il est essentiel de se rappeler que cet outil ne permet pas un diagnostic et ne remplace pas une consultation médicale auprès d'un professionnel habileté (Métayer, 2019; Thomas *et al.,* 2008). Ainsi, il est essentiel de diriger la personne vers des professionnels compétents à établir un diagnostic lorsque les résultats le suggèrent.

Les items 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 et 30 valent un point si la réponse est « non ». Les autres items donnent un point si la réponse est « oui ». L'examinateur doit s'assurer qu'une réponse est

encerclée pour chaque item. Si certaines réponses sont manquantes, l'auteur de l'échelle recommande d'effectuer une règle de trois (CFNS, 2024). Par exemple, si la personne évaluée répond à 27 des questions et qu'elle a 12 points, la règle de trois sera effectuée afin de connaitre le résultat sur 30 : 12/27 = X/30 → (12 × 30) ÷ 27 = 13,3, arrondi à 14. Dans le cas où le résultat est une fraction, le résultat sera arrondi à la hausse. La raison est qu'il est préférable de détecter un faux positif que de manquer un cas potentiellement grave, notamment en présence d'idées suicidaires (CFNS, 2024). Le score de l'échelle est l'addition des points de chaque item. À la suite du calcul du résultat, les seuils de cotation sont les suivantes :

- 0 à 9 : normal;
- 10 à 20 : état légèrement dépressif;
- 21 à 30 : état modérément ou gravement dépressif.

(CFNS, 2024; Thomas *et al.,* 2008)

7.2.4 Les qualités psychométriques

Le tableau ci-dessous présente les principales qualités psychométriques de l'EDG. Ces qualités permettent d'évaluer la rigueur scientifique de l'instrument telles que sa validité, sa sensibilité, sa spécificité et sa fidélité. Chacune d'elles est décrite afin de mieux comprendre la pertinence et les limites de l'échelle.

Tableau 4 : Les qualités psychométriques de L'EDG

Qualités	Description
Validité de contenu	Le concept de dépression gériatrique qui sous-tend l'EDG a été largement étudié et il a été démontré que les 30 questions de la version d'origine représentent bien le concept.
Validité de critère	Plusieurs études ont permis de comparer les résultats de l'EDG avec ceux obtenus à partir d'autres tests utilisés dans l'évaluation de la dépression chez la personne âgée. On note de bonnes corrélations entre les résultats à l'EDG et l'inventaire de dépression de Beck, l'échelle de dépression de Hamilton, l'échelle d'autoévaluation pour la dépression de Zung et l'échelle CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression) (Brink et Niemeyer, Norris *et al*., Yesavage *et al*., cités dans Stone *et al*., 2021). L'EGD évalue toutefois des

	éléments de la dépression chez les personnes âgées qui ne sont pas présents dans les autres échelles (Stone *et al*., 2021).
Sensibilité	Selon les auteurs du test, la sensibilité de l'EDG pour détecter la présence d'une dépression est bonne, avec un taux de 84 % (Yesavage *et al*., 1982). D'autres études ont montré des résultats un peu plus faibles, soit de 77,4 % (Mitchell *et al*., 2010) et de 75,3 % (Clément *et al*., 1997; Wancata *et al*., 2006). Il semblerait que la sensibilité de l'EGD diminue lorsqu'elle est utilisée pour évaluer un patient atteint de démence, il serait donc préférable d'avoir recours à une autre échelle dans ce cas (Goodarzi *et al*., 2017).
Spécificité	La spécificité de l'EDG à ne dépister que les personnes réellement atteintes de dépression est bonne. Toutefois, les auteurs n'ont pas atteint de consensus quant au pourcentage exact. Selon les travaux de Yesavage (1982), la spécificité de l'EDG-30 serait de 95 %. Clément *et al*. (1997) et Wancata *et al*. (2006) notent de leur côté qu'elle est de 77 %. Mitchell *et al*. (2010), quant à eux, l'établissent à 65,4 %.
Fidélité test-retest	La fidélité test-retest est bonne, des coefficients de corrélation variant de 0,68 à 0,94 étant proposés selon diverses études (Parmelee *et al*., Pedraza *et al*., cités dans Stone *et al*., 2021). L'EDG pourra donc être un outil intéressant pour mesurer le changement de l'état émotif des personnes.

Source: CFNS, 2024

7.3 Échelle de Cornell

7.3.1 Création de l'outil

L'Échelle de Cornell, aussi connue sous le nom de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), est présentée à l'annexe F. Elle a été élaborée, en 1988, par Alexopoulos et ses collègues dans le but de pallier les limites des outils d'évaluation existant de la dépression, qui s'avèrent souvent inefficaces dans le contexte d'un déclin cognitif avancé (Alexopoulos *et al*., 1988). La passation peut être effectué chez des personnes dont le TNC est déjà présent (avec un MMS inférieur à 15) (Dagneaux *et al.,* 2009). La version francophone validée de l'outil a été proposée par Camus *et al*. (1995). Lors de sa création, l'échelle a été effectuée pour une utilisation dans les milieux hospitaliers, en soins de longue durée et à domicile.

7.3.2 Description

La clientèle visée par le CSDD sont les personnes âgées de 65 ans et plus présentant un TNC avec des manifestations de dépression. Aucune formation obligatoire n'est requise pour son utilisation. Il peut être administré par différents professionnels de la santé notamment les infirmiers ou tout autre intervenant formé à l'évaluation. En revanche, il est nécessaire que le professionnel ait des connaissances suffisantes en lien avec les symptômes de la dépression en contexte de trouble neurocognitif afin d'assurer la rigueur de l'évaluation (Beaupré, 2023). Le Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) est un outil d'évaluation structuré composé de 19 items. Il est conçu pour détecter et quantifier les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Il repose sur des informations recueillies lors d'un entretien avec le patient, mais aussi avec un proche ou un soignant. Cette méthode permet des données plus fiable (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017 ; Kurlowicz *et al.,* 2002 ; Ownby *et al*., 2001 ; Savard, 2024 ; Voyer, 2013). Le choix des items a été effectué à partir d'une revue rigoureuse de la littérature scientifique portant sur la dépression en contexte de trouble neurocognitif. Cette recension s'appuie sur les recommandations d'un groupe de psychiatres spécialisés en gériatrie ainsi que par un comité d'experts externes (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017).

Les symptômes évalués dans le CSDD sont regroupés en cinq catégories en lien avec la diversité des symptômes dépressifs chez les personnes âgées vivant avec un TNC. La première catégorie touche à l'humeur et comprend des aspects comme l'anxiété, la tristesse, l'irritabilité ou encore le manque de réceptivité face aux événements positifs. La seconde concerne les comportements et inclut l'agitation, le ralentissement psychomoteur, les plaintes somatiques et la perte d'intérêt. Une troisième dimension porte sur les manifestations physiques telles que la perte d'appétit, la perte de poids et le manque d'énergie. La quatrième traite des fonctions cycliques telles que la variation diurne de l'humeur, les troubles d'endormissement, les réveils nocturnes ou matinaux. Enfin, la dernière dimension englobe les aspects idéatifs de la dépression comme les idées suicidaires, la faible estime de soi, le pessimisme et les idées délirantes en lien avec l'humeur (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017 ; Ownby *et al*., 2001 ; Savard, 2024).

Chaque item de l'échelle est coté selon une échelle Likert à trois niveaux de sévérité. Lorsque l'examinateur note 0, cela indique que le symptôme est absent. Le 1 indique que le symptôme est présent de manière modérée ou intermittente et 2 lorsqu'il est sévère. Si un item ne peut être évalué en raison d'un manque d'information, il peut être codé « a ». Cette procédure vise à

assurer une cotation nuancée et adaptée aux limites cognitives potentielles de la personne évaluée (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017).

7.3.3 Passation et analyse

L'échelle de Cornell pour la dépression dans la démence (CSDD) s'effectue selon un protocole structuré de deux étapes. Il faut effectuer deux entretiens semi-dirigés et les questions restent les mêmes lors de celles-ci. L'une doit être auprès du patient pour une durée d'environ dix minutes. L'autre est auprès d'un informateur fiable pendant environ vingt minutes (Beaupré, 2023 ; CSDD, 2016 ; Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017 ; Dagneaux *et al.,* 2009; Lacoste et Trivalle, 2005). Les évaluations doivent être basées sur les signes et symptômes dépressifs présents au cours de la semaine précédant l'entretien (Beaupré, 2023 ; CSDD, 2016 ; Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017 ; Dagneaux *et al.,* 2009; Kurlowicz *et al*., 2002). Afin d'obtenir des données valides, l'informateur doit connaître le patient et avoir des contacts fréquents avec lui. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un intervenant aux soins à domicile ou d'un membre du personnel en établissement (CSDD, 2016). L'examinateur doit tenir compte de ses observations (CSDD, 2016 ; Kurlowicz *et al.,* 2002). En cas d'informations contradictoires provenant des sources d'information, le professionnel est dans l'obligation de reformuler les questions, valider les réponses et les sélectionner selon son jugement clinique (CSDD, 2016 ; Kurlowicz *et al.,* 2002).

Chaque item est coté selon une échelle à trois niveaux présentés dans la section précédente. Deux items spécifiques, soit la perte d'intérêt (item 8) et le manque d'énergie (item 11), doivent respecter deux conditions pour être côtés, soit la présence du symptôme dans la semaine précédente et l'apparition du changement dans le mois précédent (CSDD, 2016). Aussi, il est important que l'évaluateur n'accorde aucun point lorsque les symptômes sont attribuables à une condition médicale ou une infirmité physique (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017 ; Lacoste et Trivalle, 2005). Un score entre 0 et 7 indique l'absence de dépression, et un score entre 8 et 14 correspond à une dépression mineure. Si la personne obtient entre 15 et 24, cela indique une dépression probable et un score au-delà de 25 correspond à une dépression majeure (Jailler, 2015). Toutefois, dans certains autres écrits scientifiques, un score seuil de 10 est utilisé pour soupçonner un syndrome dépressif (Beaupré, 2023 ; Collège de la Haute Autorité de Santé, 2017 ; Dagneaux *et al.,* 2009; Jailler, 2015 ; Lacoste et Trivalle, 2005).

7.3.4 Les qualités psychométriques

Le tableau ci-dessous présente les principales qualités psychométriques du CDSS. Ces qualités permettent d'évaluer la rigueur scientifique de l'instrument telles que sa fidélité, sa fiabilité, sa validité, sa sensibilité et sa spécificité. Chacune d'elles est décrite afin de mieux comprendre la pertinence et les limites de l'outil.

Tableau 5 : Les qualités psychométriques du CSDD

Catégorie	Description	Références
Fidélité inter-juges	La version française du CSDD démontre une fidélité inter-juges élevée avec un coefficient de corrélation de r = 0,81, indiquant une bonne concordance entre les évaluateurs.	Camus *et al*. (1995); Savard (2024)
Fidélité interne (cohérence)	La cohérence interne de l'échelle est aussi jugée adéquate, avec un alpha de Cronbach de α = 0,84, ce qui suggère que les items mesurent bien le même construit (la dépression).	Camus *et al.* (1995); Savard (2024)
Fiabilité	Le CSDD est peu sensible à la détérioration cognitive, ce qui en fait un outil fiable même chez des personnes atteintes de démence avancée. Le CSDD est plus fiable que d'autres échelles souvent utilisées, comme *la Hamilton Depression Rating Scale* (Ham-D) ou la *Dementia Mood Assessment Scale*, ce qui renforce sa pertinence clinique en gérontologie.	Dagneaux *et al.* (2009) *;* Ownby *et al.* (2001)
Validité de contenu	Le contenu de l'échelle est fondé sur une revue rigoureuse de la littérature et des avis d'experts, ce qui en assure la pertinence pour évaluer la dépression chez des personnes âgées avec ou sans démence.	Beaupré (2023); Kurlowicz *et al*. (2002); Savard (2024)
Validité concomitante	L'échelle montre une corrélation significative (r = 0,83) avec la sous-échelle de dépression du Research Diagnostic Criteria, démontrant qu'elle	Camus *et al*. (1995); Savard (2024)

	mesure bien ce qu'elle prétend mesurer, en lien avec d'autres outils reconnus.	
Validité chez diverses clientèles	La CSDD est valide pour évaluer la dépression autant chez les personnes atteintes de démence que chez celles sans atteinte cognitive, ce qui la rend unique parmi les échelles existantes.	Beaupré (2023); Kurlowicz *et a*l. (2002); Savard (2024)
Sensibilité et spécificité	Les données issues d'une revue systématique de Goodarzi *et al.,* (2017), indiquent que, pour un seuil de ≥6, la sensibilité est de 0,90 [IC 95 % : 0,82-0,95] et la spécificité est de 0,74 [IC 95 % : 0,50-0,89]. Pour un seuil de ≥8, la sensibilité diminue à 0,79, mais la spécificité augmente à 0,81.	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2024)

7.4 Outil RADAR

7.4.1 Création de l'outil

L'outil RADAR (voir annexe G) a été développé en 2016 par Philippe Voyer et son équipe de recherche à l'Université de Laval. L'acronyme RADAR signifie Repérage Actif du Délirium Adapté à la Routine (Pelletier *et al*., 2019; Voyer, 2023). L'objectif de celui-ci est de dépister rapidement le délirium chez les aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur. Il a été initialement créé en français, puis traduit en anglais ainsi que dans d'autres langues. (Pelletier *et al.,* 2019; Voyer, 2023).

7.4.2 Description

Cet outil de détection a été validé pour repérer le délirium. Son utilisation est rapide. Elle prend moins d'une minute (Pelletier *et al.,* 2019). Le RADAR s'intègre facilement à la routine clinique quotidienne du personnel soignant, notamment lors de la distribution programmée des médicaments. Il ne nécessite aucun équipement particulier ni temps d'observation prolongé. Le RADAR original comporte trois items d'observation à réponse dichotomique (oui/non), ciblant des signes cliniques du délirium (Voyer *et al.,* 2015) :

- Le patient était-il somnolent ?
- Le patient avait-il de la difficulté à suivre les consignes ?
- Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti ?

L'utilisation adéquate de l'outil RADAR nécessite une formation préalable. Six formations gratuites sont disponibles sur le site de Philippe Voyer (https://www.philippevoyer.org/outil-radar) ainsi que les documents de référence (Voyer, 2023). Ces formations couvrent les manifestations du délirium ainsi que les modalités d'administration et de cotation des items du RADAR. Parmi les ressources offertes, quatre courtes vidéos, d'environ une minute chacune, montrent des interactions simulées entre un infirmier et un patient lors de la distribution des médicaments. Après chaque vidéo, les participants doivent compléter le RADAR afin de s'assurer de leur bonne compréhension (Voyer *et al.,* 2015). De plus, sur le site de Philippe Voyer, plusieurs versions de l'outil sont disponibles, adaptées à différents contextes cliniques, telles que (Voyer, 2023) :

- L'outil RADAR – Département d'urgence
- L'outil RADAR – Soins à domicile (à compléter par un proche aidant)

7.4.3 Passation et analyse

La passation du RADAR est réalisée au moment de la distribution des médicaments, ce qui permet une intégration facilitée à l'horaire du personnel. Le professionnel observe le patient pendant cette interaction sans l'interroger ni consulter d'autres sources comme le dossier médical ou l'entourage. Il note les comportements observés au moment présent, mais aussi depuis la dernière administration de médicaments (Voyer *et al*., 2015). L'outil peut s'effectuer selon 4 plages horaires (8h, 12h, 17h et en soirée) sur une ou plusieurs journées selon le milieu clinique. De ce fait, le RADAR peut être effectué jusqu'à quatre fois par jour (Voyer, s. d.).

Les résultats de l'outil s'appuient uniquement sur l'observation de la personne par un membre du personnel soignant ou le professionnel lors de leur interaction pendant la distribution des médicaments (Voyer *et al*., 2015). Il est important de prendre en considération le comportement du patient depuis la dernière administration. Peu importe la cause possible du comportement observé, il faut noter les observations de façon objective en évitant les interprétations. De plus, il est important de se rappeler que l'observation est en lien aux dernières heures et non avec les derniers jours (Voyer, s. d.). L'analyse des résultats du RADAR est qualitative et immédiate. Si la réponse était "oui" à l'une des questions, l'outil est positif. Donc, un indicateur clinique est généré dans le dossier de la personne âgée. Celui-ci indique un possible délirium (Soboh *et al.,* 2024; Voyer, s. d.). Ensuite, chaque individu ayant un indicateur positif est évalué par leurs médecins traitants (Soboh *et al.,* 2024).

7.4.4 Les qualités psychométriques

Le tableau ci-dessous présente les principales qualités psychométriques de l'outil RADAR. Ces qualités permettent d'évaluer sa rigueur scientifique. Sa validité, sa sensibilité, sa spécificité, sa fidélité interjuge, son acceptabilité, sa validité de critère (sensibilité), sa faisabilité (facilité d'administration) ainsi que son efficience clinique seront décrites.

Tableau 6 : Les qualités psychométriques de RADAR

Qualités	Description
Fidélité interjuge	La fidélité interjuge du RADAR fait référence à la concordance des résultats obtenus par plusieurs personnes évaluant le même patient. Des pourcentages de fidélité interjuges élevés ont été démontrés dans ces études : 94% à 99% (Bilodeau et Voyer, 2017); 89% (Voyer *et al.,* 2017); 80% (Lewallen *et al*., 2018); ainsi que 82% à 98% (Voyer *et al.,* 2015).
Acceptabilité	Les résultats attestent d'une excellente acceptabilité et faisabilité de l'utilisation du RADAR. Le personnel soignant apprécie l'outil, qu'il estime facile à comprendre et à utiliser au moment de l'administration de la médication. Le personnel considère aussi avoir les connaissances nécessaires pour l'utiliser (Pelletier *et al*., 2019). Le pourcentage d'accord avec les différents énoncés varie de 94% à 100% dans l'étude de Pelletier *et al*. (2019), tandis qu'il varie de 98% à 100% dans l'étude de Voyer et al. (2015), de 87% à 100% dans celle de Bilodeau et Voyer (2017) et de 80% à 91% dans celle de Lewallen *et al.,* utilisé dans un contexte linguistique et culturel différent (2015).

Sensibilité (validité de critère)	La sensibilité varie selon la fréquence d'utilisation : 58 % (1-2 fois/jour), 73 % (3-4 fois/jour), et 100 % si utilisé pendant 7 jours consécutifs (Voyer *et al.,* 2015; Bilodeau & Voyer, 2017; Pelletier *et al.*, 2019). En urgence : 100 % (Voyer *et al.*, 2017). Spécificité : 72–83 %. L'outil est cohérent avec les critères du DSM-5 et les résultats du CAM et MEEM. Tous les tests RADAR positifs dans les études indiquaient une perturbation cliniquement significative. Le niveau de formation des utilisateurs influence la précision des résultats.
Faisabilité (facilité d'administration)	Le RADAR est rapide à administrer : il ne prend que 7 secondes par patient (*Voyer et al.*, 2015).
Efficience clinique	Une infirmière auxiliaire en CHSLD (ratio 1:20) peut compléter l'outil pour 20 patients en seulement 2 min 20 sec par jour (Pelletier et al., 2019).

Source: Voyer, s. d.

7.5 Le Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC-F)

7.5.1 Création de l'outil

Cet outil a été élaboré initialement en anglais sous le nom de *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC). Il est présenté dans l'annexe H de ce travail. La version anglaise a été créée et validée en 2004 par Shannon Fuchs-Lacelle et Thomas Hadjistavropoulos, chercheurs au département de psychologie de l'Université de Régina. Ensuite, une équipe de recherche pancanadienne, subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et sous la direction de la Dre Michèle Aubin, a produit une version française de l'outil, soit le PACSLAC-F (Université Laval, s. d.). Cette échelle a été développée

dans le contexte des soins de longue durée afin de détecter et d'évaluer la douleur chez les personnes rencontrant des difficultés à s'exprimer clairement (Aubin *et al*., 2007; Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010; Université Laval, s. d.). Les deux versions ont les mêmes items (Aubin *et al*., 2007).

7.5.2 Description

Le PACSLAC-F est pour une grille d'observation des comportements des ainés rencontrant des difficultés de communication importante. Il peut être rempli par des professionnels de la santé tels que des infirmières, des psychoéducateurs, des ergothérapeutes ou tout autre personnel soignant par le biais de l'observation. Cette grille est construite sous la forme d'une liste à cocher. Elle contient 60 items séparés en 4 catégories telles que l'expression faciale (13 items), l'activité et le mouvement du corps (20 items), le comportement-personnalité-humeur (12 items) et autres 15 items) (Aubin *et al*., 2007; Misson et al., 2011; Misson et al., 2012; Université Laval, s. d.). Cette dernière catégorie fait référence aux expressions vocales, aux modifications dans les routines d'alimentation et de sommeil ainsi que certains symptômes physiques. Il ne nécessite aucun équipement particulier ni temps d'observation prolongé. Il peut être rempli pendant les interactions quotidiennes de la personne notamment lors des soins d'hygiène du repas et des déplacements (Aubin *et al*., 2007; Misson et al., 2011). Chaque item observé est côté 1 si présent et 0 s'il est absent, ce qui donne un score total variant de 0 à 60. Le score ne reflète pas directement un niveau de douleur, mais sert plutôt à suivre les fluctuations comportementales dans le temps (Aubin *et al*., 2007; Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010).

Afin de réduire la longueur de la grille et d'améliorer la précision des items, la version abrégée PACSLAC-II a été développée et validée par un groupe de chercheurs composé de Sarah Chan, Thomas Hadjistavropoulos, Jaime Williams et Amanda Lints-Martindale (Chan, Hadjistavropoulos, Williams et Lints-Martindale, 2014; cité dans Poulin *et al.*, 2021). Cette étude a conclu que le PACSLAC-II présente de bonnes qualités psychométriques pour différencier la douleur des autres manifestations comportementales, tout en étant plus court que le PACSLAC original et d'autres outils existants. Le PACSLAC-II comporte 31 items répartis en 5 catégories comportementales. Les catégories sont identiques à celles de la version originale, mais le nombre d'items dans chaque catégorie diffère (Poulin *et al.,* 2021). Poulin *et al.* (2021) ont réalisé la traduction et la validation des qualités psychométriques de la version française du PACSLAC-II

(PACSLAC-II-F) dans un contexte québécois. L'étude apporte des données soutenant la validité et la fidélité de la version française du PACSLAC-II.

7.5.3 Passation et analyse

L'outil s'adresse aux professionnels de la santé œuvrant en milieu de soins de longue durée comme le personnel infirmier, les préposés aux bénéficiaires, les médecins et professionnels psychosociaux, etc.). Certaines conditions d'utilisation sont fortement recommandées par les auteurs de la grille afin d'assurer un dépistage et un suivi adéquats de la douleur (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010). Ainsi, le PACSLAC-F devrait être utilisé systématiquement dans les 24 premières heures suivant l'admission de la personne âgée. Ensuite, un suivi régulier est nécessaire et une utilisation minimale d'une fois par semaine pour chaque résident concerné. Toutefois, la fréquence d'administration doit être augmentée dans certaines situations cliniques (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010). Par exemple, une détérioration de l'état de santé général, la présence d'un diagnostic de maladie susceptible d'être douloureuse ou encore l'instauration ou l'ajustement d'un traitement analgésique justifient des observations plus fréquentes (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010).

Afin de remplir le PACSLAC-F, lorsqu' un comportement est observé, 1 point est noté à la grille à côté de l'item correspondant, ce qui permet d'obtenir un score global maximal de 60. Chaque item est donc côté 0 (comportement absent) ou 1 (comportement présent). Toutefois, il est important de rappeler qu'un score, pris isolément, ne confirme ni n'infirme la présence de douleur (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010). Ce sont plutôt les fluctuations du score au fil des observations qui donnent des indices. Il faut parallèlement effectuer l'histoire médicale et l'examen physique du patient. Cela a pour but de détecter les épisodes douloureux ou d'évaluer l'efficacité des interventions mises en place (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010). La passation de cet outil ne nécessite qu'un seul observateur et aucune connaissance préalable approfondie de la personne évaluée. La passation de la grille est rapide, soit environ cinq minutes (Misson *et al.*, 2011, 2012). La passation s'étend durant un quart de travail (environ 8 heures). Durant cette période d'observation, la personne âgée est observée lorsqu'elle au repos ou en action. Tous les comportements pertinents sont notés pendant les interactions lors des soins courants. Un comportement, qui revient à plusieurs reprises pendant un quart de travail,

n'est coché qu'une seule fois sur l'outil et correspond à un seul point dans le score total. Le score total est compilé à la fin de chaque période d'observation et noté dans le journal de douleur de la personne (voir annexe I) (Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, 2010).

7.5.4 Les qualités psychométriques

Le tableau ci-dessous présente les principales qualités psychométriques du PACSLAC-F selon l'étude d'Aubin *et al.,* 2007. Ces qualités permettent d'évaluer la rigueur scientifique de l'instrument telles que sa consistance, sa fidélité, sa validité, sa sensibilité, son acceptabilité ainsi que son utilité clinique. Chacune d'elles est décrite afin de mieux comprendre la pertinence et les limites de l'outil.

Tableau 7 : Les qualités psychométriques du PACSLAC-F

Qualité psychométrique	Description
Consistance interne	Très bonne. • Alpha de Cronbach global α = 0,80 à 0,92 selon les sous-échelles (ex. : expressions faciales, comportements sociaux). • Meilleure cohérence dans les situations douloureuses.
Fidélité interjuges	Excellente. • Corrélation interjuges globale : r = 0,85 à 0,97, selon les items et les contextes. • Les évaluateurs (infirmières) s'accordaient particulièrement bien pour les comportements faciaux et vocaux.
Fiabilité test-retest	Bonne stabilité observée. • Corrélations élevées dans les situations similaires (valeurs qualifiées de satisfaisantes).
Validité discriminante	Capacité discriminante confirmée. • Scores significativement plus élevés lors des soins douloureux que lors des périodes de repos (p < 0,05). • Les situations stressantes non douloureuses généraient des scores plus bas que les soins douloureux.
Validité convergente	Bonne à très bonne. • Corrélation globale avec le DOLOPLUS-2 : r = 0,67 à 0,78

	selon les sous-scores. • Montre que le PACSLAC-F évalue des manifestations similaires à cet autre outil reconnu.
Validité de critère	Concordance globale bonne. • Les scores PACSLAC-F augmentaient lors des soins où les infirmières jugeaient que la personne avait mal. • Aucune discordance majeure notée dans les observations cliniques.
Sensibilité au changement	Présente, mais peu documentée quantitativement dans l'article. • Observation clinique : diminution des scores après administration d'analgésiques ou interventions calmantes.
Acceptabilité / Facilité d'utilisation	Jugée bonne à très bonne par les infirmières. • Temps d'observation moyen : environ 3 à 5 minutes. • Bien intégré dans les routines sans perturber les soins.
Utilité clinique	Jugée très utile pour identifier rapidement la douleur chez les personnes ayant une communication verbale réduite. • Favorise une prise en charge plus rapide et adaptée de la douleur.

Source : Aubin *et al*., 2007

7.6 Rating Anxiety in Dementia (RAID)

7.6.1 Création de l'outil

L'échelle RAID (Rating Anxiety in Dementia) a été développée en 1999 par une équipe de chercheurs britanniques composée de K. K. Shankar, M. Walker, D. Frost et M. W. Orrell (Shankar *et al*., 1999). Il est présenté dans l'annexe J de ce travail. Les items de l'échelle sont basés sur la conceptualisation de l'anxiété décrite dans la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 1992 ; cité dans Shankar *et al*., 1999), le DSM-3-R et le DSM-4 (American Psychiatric Association, 1987, 1994 ; cité dans Shankar *et al.*, 1999), le Present State Examination (Wing *et al.*, 1974 ; cité dans Shankar *et al*., 1999), le Geriatric Mental State (Copeland *et al.,* 1976 ; cité dans Shankar *et al.,* 1999) et le Generalized Anxiety Scale (Lindesay *et al.,* 1989 ; cité dans Shankar et al., 1999). De plus, cet outil a été élaboré en lien avec la littérature scientifique disponible à l'époque sur l'anxiété chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (Shankar *et al*., 1999). Une traduction française de l'échelle RAID existe (Coalition canadienne

pour la santé mentale des personnes âgées, 2024). Toutefois cette version n'est pas librement accessible dans les publications informatiques.

7.6.2 Description

L'objectif du RAID est de dépister et d'évaluer les manifestations d'anxiété chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (Creighton *et al*., 2018 ; Kwak *et al*., 2017; Shankar *et al*., 1999 ; Snow *et al*., 2012). L'échelle comporte 18 items permettant d'évaluer les manifestations d'anxiété observées au cours des deux dernières semaines chez la personne évaluée (Creighton *et al*., 2018 ; Snow *et al*., 2012; Shankar *et al.,* 1999). Ces items sont répartis en quatre sous-échelles, soit l'inquiétude, l'appréhension et la vigilance, la tension motrice et l'hypersensibilité autonome (Creighton *et al*., 2018). Une échelle de cotation à trois points est utilisée pour évaluer ceux-ci. De plus, deux éléments supplémentaires dans l'échelle font référence à des peurs spécifiques ainsi qu'à des crises de panique. Comparativement aux autres items, l'évaluateur doit fournir une description détaillée de ces aspects (Snow *et al*., 2012).

Les auteurs du RAID, ainsi que les guides cliniques, estiment que cet outil doit être utilisé par des professionnels de la santé mentale ou de la santé gériatrique ayant une formation clinique appropriée (Kwak *et al*., 2017). Cette échelle d'évaluation clinique est gratuite pour les professionnels de la santé, tant à des fins cliniques que pour des recherches non commerciales (Dementia Centre for Research Collaboration, s. d.). L'échelle RAID a également été validée dans les maisons de retraite et les cliniques spécialisées, telles que celles en gériatrie, en mémoire et pour les anciens combattants (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024).

7.6.3 Passation et analyse

Des entretiens semi-structurés avec la personne concernée et des informateurs sont effectués par le professionnel de la santé afin de récolter les données pertinentes pour la complétion du RAID (Dementia Centre for Research Collaboration, s. d.). Le RAID dure environ 20 minutes. Plus précisément, il faut prévoir une entrevue de 10 minutes avec l'informateur et 10 minutes avec le patient pour récolter les données (Creighton *et al*., 2018). Les divergences entre les informations recueillies auprès des patients et des soignants doivent être analysées sur la base du jugement clinique du professionnel. Toutefois, le RAID inclut peu d'instructions détaillées pour l'évaluation et la notation et aucune instruction précise sur la manière d'intégrer ces sources

d'information multiples et divergentes (Snow *et al*., 2012). De plus, le RAID a été développé pour prendre en compte toutes les données cliniques pertinentes disponibles dans les dossiers médicaux ou d'autres sources importantes (Shankar *et al*., 1999).

Le score total de l'échelle varie entre 0 et 54. Il représente la somme des items 1 à 18. Un score de 11 ou plus est associé à une anxiété clinique significative. Si les symptômes résultent d'un handicap physique ou d'une maladie, aucun score n'est attribué (Shankar *et al.,* 1999). Chaque item est associé à un score de cotation, allant de 0 (absent) à 3 (grave). Plus les scores sont élevés, plus les niveaux d'anxiété sont importants. Voici le système de cotation :

- U : Incapable d'évaluer
- 0 : Absent
- 1 : Légère ou intermittente
- 2 : Modéré
- 3 : Grave

(Shankar *et al.,* 1999).

Afin d'aider et d'encadrer les professionnels lors de la passation de cet outil, l'équipe de chercheurs Snow et ses collaborateurs (2012) ont développé une version du RAID (RAID-SI) qui comprend un guide d'entretien structuré. Ce guide a pour but de normaliser l'administration, la notation ainsi que la collecte et l'intégration des informations. Il comprend des consignes détaillées pour les évaluateurs en lien avec les questions de suivi, des approches pour l'intégration de l'information et d'autres aspects de l'administration, tels que la collecte d'informations sur la fréquence, la détresse et la gravité (Snow *et al*., 2012).

7.6.4 Les qualités psychométriques

Le tableau ci-dessous présente les principales qualités psychométriques du RAID. Ces qualités permettent d'évaluer la rigueur scientifique de l'instrument telles que sa consistance, sa fidélité, sa validité, sa sensibilité, son acceptabilité ainsi que son utilité clinique. Chacune d'elles est décrite afin de mieux comprendre la pertinence et les limites de l'outil.

Tableau 8 : Les qualités psychométriques du RAID

Qualités psychométriques	Description	Sources
Fidélité interjuges	La fidélité interjuges du RAID a été évaluée dans plusieurs études. Par exemple, Goyal et al. (2016) ont rapporté un coefficient de corrélation intraclasse (ICC) de 0,82, indiquant une excellente fidélité entre évaluateurs.	Creighton *et al.*, 2018 ; Goodarzi *et al.*, 2019
Fidélité test-retest	La fidélité test-retest du RAID n'a pas été spécifiquement évaluée dans les études incluses, bien que la version originale mentionne une bonne stabilité temporelle.	Creighton *et al.*, 2018
Validité de construit	La validité de construit du RAID a été soutenue par des corrélations significatives avec d'autres mesures d'anxiété et par la capacité à distinguer les patients avec ou sans trouble anxieux.	Creighton *et al.*, 2018
Validité convergente / divergente	Le RAID présente une validité convergente adéquate, avec des corrélations modérées à fortes avec d'autres mesures d'anxiété bien que la validité divergente n'ait pas été systématiquement évaluée. r= 0.79 avec HARS (corrélation forte) r = 0.65 avec CSDD (corrélation forte).	Creighton *et al.*, 2018
Validité concurrente	Le RAID a été comparé à un diagnostic clinique basé sur le DSM-4 ou DSM-5, avec une sensibilité allant de 85 % à 90 % et une spécificité de 56 % à 79 %, ce qui indique une bonne capacité à détecter les cas d'anxiété chez les personnes atteintes de démence.	Goodarzi *et al.,* 2019
Sensibilité au changement	Le RAID a démontré une sensibilité au changement dans des études d'intervention, notamment celles utilisant la musique comme thérapie, où une réduction significative de l'anxiété a été observée après traitement. Aussi, le RAID a été conçu pour être administré par un clinicien à partir de plusieurs sources (patient, proche, dossier), ce qui permet de capter des changements subtils dans les symptômes d'anxiété.	Creighton *et al.*, 2018; Goodarzi *et al.*, 2019; Sung *et al.*, 2006

7.7 Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

7.7.1 Création de l'outil

Le SMAF a été conçu en 1984 par une équipe du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Puis, il a été révisé en 1993 et 2002 par des chercheurs et cliniciens de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Ces révisions visaient à rendre l'outil plus précis et à l'adapter avec les pratiques cliniques (Hébert ***et al***., 2003). Le SMAF a d'abord été présenté dans un article scientifique en 1988, puis une version officielle a été diffusée par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) en 1993 (Consortium national de formation en santé, s. d.). La version initiale du SMAF a été conçue pour évaluer l'autonomie des personnes âgées. Toutefois, cet outil peut également être utilisé auprès de toute personne adulte vivant une perte d'autonomie. Il prend en considération l'ensemble des dimensions du quotidien, en évaluant à la fois l'environnement de la personne, les ressources dont elle dispose et la stabilité de celles-ci. Ainsi, le SMAF permet aux intervenants d'estimer le niveau d'autonomie de la personne, mais aussi de cibler les aspects du quotidien sur lesquels il serait pertinent d'intervenir (Consortium national de formation en santé, s. d.).

Le SMAF repose sur une conception fonctionnelle de l'autonomie, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1980 (Gervais ***et al***. 2009). Son développement s'appuie sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS, ainsi que sur une approche fonctionnelle de la santé (Gervais ***et al.,*** 2011). Cet outil s'inscrit dans la démarche d'évaluation officiellement en vigueur au Québec dans les programmes de soutien à domicile et pour l'orientation des personnes vers un milieu d'hébergement (Gervais ***et al.,*** 2011). Le SMAF est l'un des Outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) (Consortium national de formation en santé, s. d.). L'évaluation pet être fait à du logiciel eSMAF. L'évaluation est saisie directement dans celui-ci, ce qui produit automatiquement le profil Iso-SMAF et génère un tableau d'accompagnement individualisé (TAI). Ce tableau, à l'aide d'un code de couleur, met en évidence les fonctions où la personne est autonome ainsi que le degré d'assistance nécessaire pour celles où des difficultés sont présentes (Gervais ***et al***., 2011).

7.7.2 Description

Le SMAF est un questionnaire qui évalue les capacités d'une personne à réaliser ses activités quotidiennes. Il comprend 29 items répartis dans cinq catégories principales :

- Les activités de la vie quotidienne : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, fonction vésicale, fonction intestinale, utiliser les toilettes ;
- La mobilité : transferts, marcher à l'intérieur, installer une orthèse ou une prothèse, se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur, utiliser les escaliers, circuler à l'extérieur ;
- La communication : voir, entendre, parler ;
- Les fonctions mentales : mémoire, orientation, compréhension, jugement, comportements ;
- Les tâches domestiques : entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transport, prendre ses médicaments, gérer son budget.

Pour chacun des items, une échelle allant de 0 à –3 est utilisée pour indiquer le niveau d'incapacité ou d'aide requise (0, -0,5, -1, -1,5, -2, -3) (Consortium national de formation en santé, s. d. ; Gervais et al., 2011 ; Hébert *et al.*, 2003). Il y a des coûts associés à l'acquisition et à l'utilisation de ce questionnaire, qui varient selon le lieu d'achat et d'utilisation. Pour obtenir davantage d'informations, il est possible de communiquer avec le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). La formation est obligatoire pour utiliser le SMAF. Elle est accessible en ligne ou en présentiel, selon les besoins et la demande, par l'intermédiaire du CESS. Dans certains milieux de pratique, cette formation est également offerte par les établissements. Le SMAF est disponible en version électronique et en version imprimable via le logiciel eSMAF (Consortium national de formation en santé, s. d.).

7.7.3 Passation et analyse

Le SMAF est administré par un professionnel formé qui collecte les informations de différentes manières. Par exemple, il peut questionner la personne évaluée, ses proches, les proches aidants, les autres soignants ou encore par observation directe dans le milieu de vie (Consortium national de formation en santé, s. d. ; Hébert *et al.,* 2003). Lors de la passation, chaque item est coté selon une échelle de 0 (autonomie complète) à –3 (dépendance totale). Des valeurs intermédiaires sont possibles de -0,5 ou -1,5 lorsque l'activité est réalisée de façon autonome,

mais avec difficulté (Gervais et al., 2011 ; Hébert *et al.,* 2003). La grille propose cinq degrés de cotation :

- 0 : autonome;
- –1 : surveillance ou stimulation requise;
- –2 : aide partielle requise;
- –3 : aide complète requise.

De plus, l'examinateur évalue la présence de ressources matérielles ou sociales qui compensent les incapacités ainsi que leur stabilité (Consortium national de formation en santé, s. d. ; Gervais et al., 2011; Hébert *et al.*, 2003). Si l'incapacité est totalement compensée par des ressources stables, il n'y aura pas de situation de handicap. Dans le cas contraire, le score de handicap correspond à l'incapacité observée (Hébert *et al.,* 2003).

L'évaluation initiale dure environ 45 minutes et les réévaluations sont généralement plus courtes. Elles varient entre 20 et 30 minutes selon le contexte et l'expérience de l'évaluateur (Consortium national de formation en santé, s. d. ; Gervais *et al*., 2011). La cotation se fait directement pendant l'entrevue ou l'observation. Un score total est obtenu en additionnant les cotes de chaque item. Le score maximal d'incapacité est de -87. Cette côte représente une dépendance totale pour les 29 items. Des sous-scores par dimension peuvent également être calculés afin de déterminer l'autonomie dans des dimensions précises (Consortium national de formation en santé, s. d.; Gervais *et al.,* 2009 ; Hébert *et al.,* 2003). Le logiciel eSMAF permet de générer automatiquement le profil Iso-SMAF, c'est-à-dire une classification en 14 profils types qui résume les besoins en services de la personne selon son autonomie fonctionnelle (Consortium national de formation en santé, s. d. ; Gervais *et al.,* 2011). Cette évaluation permet d'identifier les écarts entre les incapacités de la personne et les ressources disponibles, ce qui facilite la planification des services requis. À domicile, les services visent à diminuer les incapacités ou à mobiliser davantage de ressources pour compenser les difficultés. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, le profil d'incapacité oriente plutôt les ressources vers des milieux d'hébergement (Hébert *et al.,* 2003).

7.7.4 Les qualités psychométriques

Le tableau ci-dessous présente les principales qualités psychométriques de l'outil SMAF. Ces qualités permettent d'évaluer sa rigueur scientifique. Sa fidélité, sa validité et sa sensibilité au changement seront décrits.

Tableau 9 : Les qualités psychométriques du SMAF

Qualités psychométriques	Description	Sources
Fidélité interjuges	La fidélité interjuges a été évaluée auprès de divers professionnels (infirmières, travailleurs sociaux), dans différents milieux (domicile, institutions). Le taux d'accord global est d'environ 75 %, et le kappa pondéré moyen est de 0,75 pour l'ensemble des items. Par dimensions, les kappas varient de 0,53 (communication) à 0,76 (tâches domestiques). Les coefficients sont considérés comme satisfaisants et comparables à ceux obtenus dans d'autres outils fonctionnels. Aucune différence significative n'a été observée selon la profession de l'examinateur ou le type de milieu.	Hébert *et al.*, 2003
Fidélité test-retest	Une étude auprès de 90 sujets a permis de mesurer la stabilité des scores dans le temps. Le coefficient de corrélation intraclasse (CCI) pour le score total est de 0,95 pour la fidélité test-retest (intervalle de confiance à 95 % : 0,90 à 0,97). Ces résultats démontrent une très bonne stabilité de l'outil, même lorsque l'évaluation est répétée à court terme (deux semaines). Les sous-scores par dimension montrent également des résultats élevés, bien qu'un peu plus variables (par exemple, 0,74 pour la mobilité et 0,57 pour les fonctions mentales).	Hébert *et al.*, 2003
Validité de construit	Le SMAF repose sur le modèle conceptuel de l'OMS (Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps). Ce cadre théorique distingue clairement la déficience, l'incapacité (niveau individuel) et le handicap (résultant de l'interaction entre l'incapacité et l'environnement). Les items du SMAF sont organisés selon ces dimensions fonctionnelles (AVQ, mobilité,	Hébert *et al.*, 2003

	communication, fonctions mentales, tâches domestiques), ce qui permet une évaluation cohérente avec ce modèle. La prise en compte des ressources pour compenser les incapacités renforce encore la validité conceptuelle de l'outil.	
Validité concurrente	La validité concurrente a été évaluée notamment par la corrélation entre le score SMAF et le temps de soins infirmiers requis pour une personne. Un coefficient élevé (r = 0,92) a été obtenu, ce qui démontre que le score SMAF reflète bien le niveau de soins requis dans la pratique clinique. Cela soutient la pertinence de l'outil pour la planification des soins, tant au niveau individuel que pour la gestion des ressources dans les milieux de soins.	Hébert *et al.*, 2003
Validité convergente / divergente	Le SMAF a été comparé à d'autres outils, notamment la grille AGGIR en France. Les résultats montrent des concordances pour certains aspects de l'autonomie, mais aussi des différences révélatrices : le SMAF prend mieux en compte certaines fonctions mentales et sociales qui sont négligées dans d'autres grilles. Ces comparaisons soulignent la richesse multidimensionnelle du SMAF et son apport complémentaire pour une évaluation plus globale de l'autonomie.	Gervais *et al.,* 2009 ; Gervais *et al., 2011*
Sensibilité au changement	Le SMAF est sensible aux variations cliniques de la condition fonctionnelle d'une personne. Un changement de 5 points ou plus au score total est considéré comme cliniquement significatif et métriquement détectable. Cette sensibilité permet de suivre l'évolution de l'autonomie dans le temps, par exemple lors d'une réadaptation ou à la suite d'une hospitalisation. Elle rend l'outil utile pour évaluer l'impact d'interventions cliniques ou sociales.	Hébert *et al.*, 2003

8 DISCUSSION

8.1.1 Points forts des outils recensés

Plusieurs éléments positifs ressortent des outils d'évaluation sélectionnés dans ce rapport. Tout d'abord, certains outils ne demandent aucune formation spécifique afin d'être utilisés. Ainsi, leur utilisation, leur accessibilité et leur déploiement en milieu clinique sont plus faciles. Bien que certaines échelles, comme le RADAR, nécessitent une formation préalable, celle-ci est disponible en ligne, rendant l'outil relativement simple à intégrer dans la pratique. Dans le cas du SMAF, les formations sont généralement offertes gratuitement par les établissements lorsqu'un professionnel doit l'utiliser. Ensuite, tous les outils recensés sont gratuits et requièrent peu de matériel. Cet avantage permet leur utilisation dans divers milieux où les ressources sont limitées. Cette accessibilité est avantageuse pour les milieux d'hébergement, car il est fréquent que ceux-ci disposent de moyens restreints pour l'évaluation.

De plus, les outils sélectionnés sont adaptés au contexte des milieux d'hébergement pour les personnes âgées. En effet, plusieurs d'entre eux ont fait l'objet d'études scientifiques menées directement dans ces milieux de vie, ce qui confirme leur pertinence pour cette clientèle. Ainsi, la plupart sont conçus pour tenir compte de la réalité des personnes vivant avec un TNC. Ils offrent également une certaine souplesse lors de la passation. Pour certains outils, comme le PACSLAC-F ou l'échelle de Cornell, il est possible de recueillir l'information auprès des proches lorsque la personne évaluée n'est pas en mesure de communiquer verbalement. Cette collaboration favorise le sentiment de valorisation chez les proches et contribue à une meilleure compréhension de la personne évaluée par les professionnels.

8.1.2 Limites observées

Bien que les outils recensés présentent plusieurs avantages, certaines limites pertinentes doivent être soulevées. D'une part, certains instruments peuvent être plus difficiles à administrer auprès de personnes aux stades avancés. Par exemple, l'échelle de dépression gériatrique (EDG) repose sur la capacité de la personne à verbaliser ses pensées et à répondre à des questions, ce qui limite son utilisation dans les cas de TNC sévère. Pour ces situations, des outils comme l'échelle de Cornell sont plus appropriés. Aussi, certains outils nécessitent du temps d'observation, de concertation interdisciplinaire ou d'analyse. Tous ces éléments peuvent représenter une charge de travail supplémentaire pour les intervenants, surtout dans les milieux où les ressources humaines sont limitées. De plus, bien que les outils soient gratuits, plusieurs

sont disponibles uniquement en format PDF ou imprimables. Cette condition peut limiter leur utilisation dans des environnements qui privilégient la saisie électronique ou dans lesquels les ressources informatiques sont peu développées ou limitées.

D'autre part, la plupart des outils sélectionnés ne nécessitent pas de formation spécifique et ne présentent pas de guide disponible sur le Web. L'absence de seuils clairs ou de directives précises pour l'interprétation des résultats peut entraîner des interprétations variables selon les professionnels, ce qui diminue la fiabilité des conclusions. De plus, bien que les outils recensés présentent généralement de bons résultats en termes de fidélité et de validité, certains n'ont pas été validés dans un contexte québécois ou francophone. Par ailleurs, ils ne tiennent pas nécessairement compte des réalités culturelles ou linguistiques de certaines clientèles. Par exemple, en Abitibi-Témiscamingue, la présence de peuples autochtones est significative. Ainsi, des personnes âgées autochtones peuvent être hébergées dans les milieux de soins. Certains outils peuvent s'avérer difficiles à utiliser avec cette clientèle ou produire des résultats moins valides et fiables.

8.1.3 Intégration des outils dans la pratique psychoéducative

Les échelles recensées ont une importance significative dans la pratique psychoéducative. Ces outils sont liés aux interventions professionnelles des psychoéducateurs. Par exemple, l'observation clinique est un élément central du travail psychoéducatif, comme le précise le cadre de référence. Elle est essentielle pour remplir adéquatement les outils sélectionnés. Ceux-ci permettent de structurer les observations de manière objective et d'appuyer les analyses cliniques. Le psychoéducateur doit observer l'environnement ainsi que les personnes rencontrées. Ces observations sont consignées dans le bilan clinique ou l'évaluation psychoéducative. Une section de l'évaluation psychoéducative est dédiée à ces outils, ce qui montre leur pertinence et leur utilité dans la pratique psychoéducative.

Aussi, le psychoéducateur ne peut pas établir de diagnostic. Cependant, il peut apprécier certains symptômes et contribuer à l'évaluation d'un autre professionnel en interdisciplinarité. Par exemple, des outils comme des échelles de dépression permettent d'identifier des symptômes, mais ne remplacent en aucun cas un diagnostic médical. Ils permettent plutôt de fournir une base objective à partir de laquelle un suivi et des interventions peuvent être adaptés. Ces outils permettent également de centrer les observations du psychoéducateur sur les difficultés que le professionnel cherche à comprendre. Par exemple, si des symptômes de dépression chez une

personne âgée sont suspectés, l'utilisation de grilles de mesure adaptées à ce trouble permet de recueillir des données spécifiques, fiables et pertinentes. Cela oriente les observations cliniques et permet de mieux structurer l'interaction avec le client. L'évaluation sera alors centrée sur les symptômes et comportements les plus significatifs.

Enfin, l'intégration d'outils validés scientifiquement dans la pratique psychoéducative renforce la crédibilité du processus d'évaluation clinique, ainsi que celle du jugement clinique et des recommandations qui en découlent. Cette approche permet également d'éviter les biais subjectifs et garantit que l'évaluation soit rigoureuse. Les outils sont basés sur des faits objectifs et non sur des observations subjectives de plusieurs personnes ou de la personne elle-même. Pour le psychoéducateur, cette démarche accroît également la légitimité de son travail auprès des autres professionnels (médecins, travailleurs sociaux, etc.) et renforce la confiance du client. Les différents acteurs percevront alors la démarche comme étant plus objective et structurée grâce à l'utilisation de ces outils.

8.1.4 Recommandations pour la pratique

Afin d'optimiser l'utilisation de ces outils, certaines recommandations peuvent être proposées :

- Mettre en place des formations de base sur les principaux outils afin de standardiser leur utilisation et limiter les biais de passation ;
- Création de guides de passation et d'analyse plus détaillés des outils sélectionnés afin d'uniformiser l'utilisation de ceux-ci ;
- Inclure les proches aidants dans le processus d'évaluation, particulièrement lorsque la personne ne peut s'exprimer verbalement ;
- Enfin, promouvoir l'utilisation systématique d'outils validés dans la pratique psychoéducative afin d'assurer la rigueur et la qualité des interventions.

9 CONCLUSION

Ce projet a permis de réaliser une recherche approfondie sur les outils existants chez les personnes âgées présentant des TNC. Les objectifs fixés sont atteints, soit la recension des connaissances actuelles des outils cliniques avec la clientèle visée ainsi que l'élaboration d'une banque d'outils cliniques d'évaluation destinée aux intervenants œuvrant auprès de personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif afin de favoriser la diminution des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Face au vieillissement démographique et à la prévalence croissante des TNC, la prise en charge de cette clientèle est nécessaire et sera un défi considérable. Ce projet a mis en évidence l'importance d'outiller les professionnels pour une évaluation rigoureuse, juste et objective. Les outils recensés, fondés sur des données probantes, visent à améliorer l'analyse, l'évaluation et l'intervention auprès des personnes âgées atteintes de TNC, en tenant compte de leur complexité. En conclusion, ce projet contribue à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, en misant sur une approche multidisciplinaire et psychoéducative, avec pour objectif d'améliorer à la fois le bien-être des usagers et le support clinique des intervenants.

ANNEXE A – AFFICHE SUR LE FONCTIONNEMENT COGNITIF ET LE CERVEAU

Cerveau
Compréhension Et pRéVEntion des Atteintes neUropsychologiques

Le fonctionnement cognitif et le cerveau

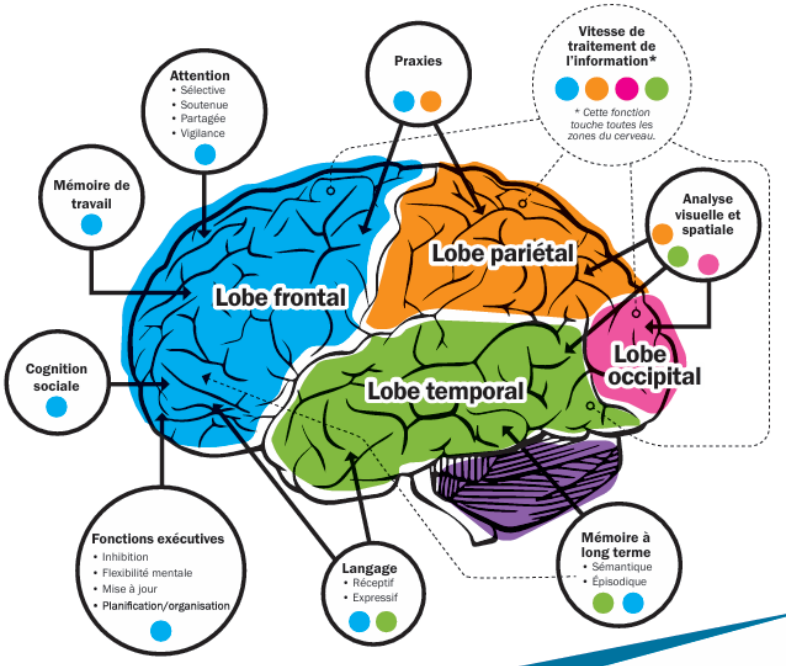
Avril 2022

Différents processus cognitifs existent. Les grands domaines cognitifs présentés ici réfèrent à ceux qui sont habituellement évalués en neuropsychologie. Les régions du cerveau impliquées dans ces processus cognitifs sont également présentées. Toutefois, rares sont les processus qui sollicitent uniquement une seule région cérébrale. L'objectif est de présenter les régions cérébrales les plus souvent associées aux grands domaines cognitifs.

Obligation de citer l'auteur, pas de possibilité de modifier l'oeuvre, pas d'utilisation commerciale, partage à l'identique.

● Lobe frontal ● Lobe pariétal ● Lobe occipital ● Lobe temporal

Vitesse de traitement de l'information	Vitesse ou rythme auquel une personne réalise ou déclenche diverses opérations mentales ou tâches.
Attention	Capacité d'atteindre un niveau d'éveil suffisant afin de pouvoir se concentrer sur diverses situations.
Mémoire de travail	Permet de maintenir et de manipuler des informations temporairement en mémoire pendant plusieurs secondes.
Mémoire à long terme	Capacité de se souvenir de ce que l'on vit au quotidien, de ce que l'on apprend. Il y a, entre autres, la mémoire épisodique (événements de notre vie personnelle) et la mémoire sémantique (connaissances générales).
Fonctions exécutives	Processus impliqués lors de situations nouvelles ou complexes. Comprennent notamment l'inhibition, la flexibilité mentale (ou flexibilité cognitive), la mise à jour de l'information et la planification/organisation. Ces processus ont pour objectif de coordonner efficacement les autres fonctions cognitives, un peu comme un rôle de chef d'orchestre.
Praxies	Capacité à coordonner des activités gestuelles volontaires dirigées vers un but.
Analyse visuelle et spatiale	Capacité à bien percevoir les objets qui nous entourent selon leur orientation, leur forme, leur couleur, la distance à laquelle ils se trouvent ainsi que leur emplacement dans l'espace/environnement.
Cognition sociale	Processus aidant à comprendre les gens qui nous entourent et les interactions sociales.
Langage	Permet la communication. Les fonctions langagières comprennent le langage expressif, qui permet de parler et d'écrire, ainsi que le langage réceptif, qui permet de comprendre ce que l'on écoute ou ce que l'on lit.



UNIVERSITÉ LAVAL

Tiré des différents volets de la Trousse Cerveau, réalisés par Caroline Cellard, Caroline East-Richard, Geneviève Dufour, Élisabeth Thibaudeau, Éva Racine, Mélissa Turcotte, Alexandra R.-Mercier, Karianne Guay, Andréanne Simard et Gabriel Demers

Québec

ANNEXE B – LE TYPE D'ERRANCE SELON LA SIGNIFICATION DU COMPORTEMENT

TYPE D'ERRANCE SELON LA SIGNIFICATION DU COMPORTEMENT	
Errance de recherche	La personne cherche quelque chose, par exemple la sortie ou un autre lieu (arrêt d'autobus, domicile actuel ou ancien, etc.) ou est à la recherche de quelqu'un (mère, enfants, etc.). Ces déambulations sont souvent chargées d'angoisse et comportent de fréquentes sollicitations auprès des autres personnes présentes. Les tentatives de raisonnement et d'apaisement de l'entourage peuvent déclencher des réactions agressives.
Errance de fuite	L'aîné qui erre présente un désir de fuite qui est fréquent en milieu clinique, mais parfois également au domicile. Son errance reflète la non-acceptation du lieu ou sa non-reconnaissance; elle peut exprimer aussi un désir de liberté.
Errance exploratoire	L'aîné qui erre explore en ouvrant les portes, en manipulant les objets rencontrés au hasard ou en fouillant dans les placards. Ces déambulations sont habituellement plus paisibles.
Errance compulsive	La personne qui erre de façon compulsive présente généralement des atteintes sévères et communique peu. Elle s'arrête rarement dans sa déambulation; son trajet est souvent linéaire et stéréotypé et elle peut marcher jusqu'à l'épuisement. Elle ne s'arrête pas lorsqu'on l'interpelle et cela perturbe notamment la prise de ses repas.
Errance de turbulence nocturne	L'aîné qui erre la nuit peut être en mode exploratoire, mais ce type d'errance s'accompagne souvent d'activités d'habillage ou de prise d'aliments et il est sous-tendu par l'instabilité du sommeil.
Errance de talonnage	L'aîné qui erre talonne une personne, de façon continue ou sporadique. Le talonnage peut traduire l'ennui et le désir de contacts humains ou encore un désir de communiquer un besoin insatisfait. Ces comportements peuvent cependant être importuns pour les soignants en raison de l'agacement que cause le fait d'être suivi.

Source : Imbeault (2013), adapté de Strubel, D., et Corti, M. (2008).

ANNEXE C – LA DÉMARCHE DÉCISIONNELLE AVANT DE PROCÉDER À UNE ÉVALUATION PSYCHOÉDUCATIVE

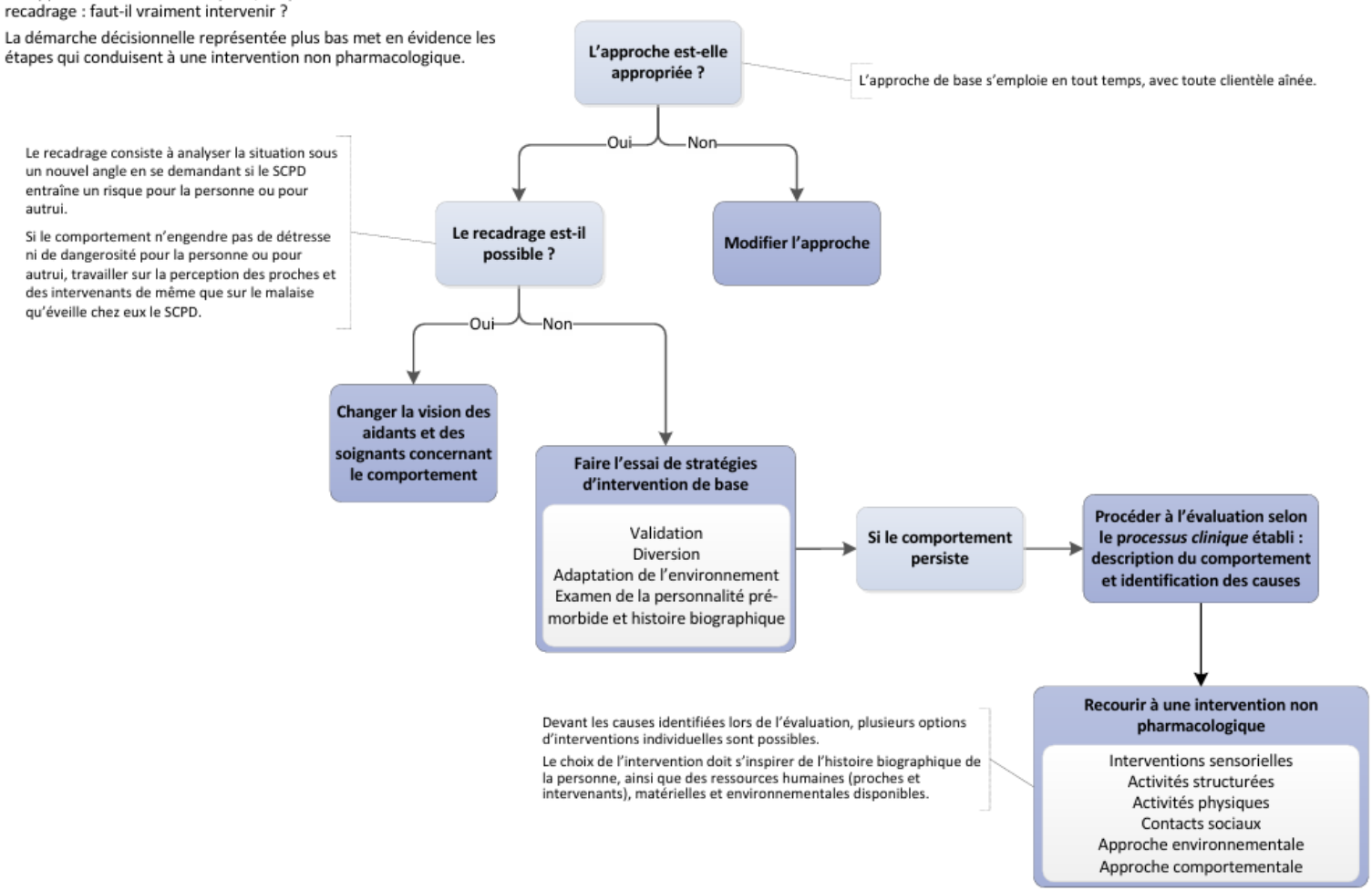
F. INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

Pour plus de détails, se référer au guide :
Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD

Avant même de recourir à une approche non pharmacologique du SCPD, s'assurer que l'approche de base est adéquate.

Si l'approche de base est adéquate, se questionner sur le recadrage : faut-il vraiment intervenir ?

La démarche décisionnelle représentée plus bas met en évidence les étapes qui conduisent à une intervention non pharmacologique.



Retour « Processus »

Adapté de : M. BOURQUE et P. VOYER. « La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence », dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2e édition, St-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique et Pearson ERPI, 2013, p. 451-478.

ANNEXE D– L'INVENTAIRE DE COHEN-MAINSFIELD

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

GRILLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD (CMAI)

Date : _____

Quart de travail
Jour ☐
Soir ☐
Nuit ☐

Indications à l'équipe de soins

- Observez l'usager pendant une période de deux semaines;
- Suite à l'observation : complétez une grille par quart de travail;
- Encerclez le chiffre correspondant à la meilleure réponse.

CE COMPORTEMENT S'EST MANIFESTÉ :

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

Agitation physique non-agressive **TOTAL #1 :**	1- Fait les cent pas	1	2	3	4	5	6	7
	2- Se déshabille, s'habille de façon inappropriée	1	2	3	4	5	6	7
	3- Recherche constante d'attention	1	2	3	4	5	6	7
	4- Chercher à saisir	1	2	3	4	5	6	7
	5- Déchire les affaires	1	2	3	4	5	6	7
	6- Mange des produits non-comestibles	1	2	3	4	5	6	7
	7- Fait des avances sexuelles physiques	1	2	3	4	5	6	7
	8- Attitude répétitive	1	2	3	4	5	6	7
	9- Essaie d'aller ailleurs	1	2	3	4	5	6	7
	10- Manipulation non-conforme d'objet	1	2	3	4	5	6	7
	11- Agitation généralisée	1	2	3	4	5	6	7
	12- Cache des objets	1	2	3	4	5	6	7
	13- Amasse des objets	1	2	3	4	5	6	7
Agitation verbale non-agressive **TOTAL #2 :**	14- Répète des mots, des phrases	1	2	3	4	5	6	7
	15- Se plaint	1	2	3	4	5	6	7
	16- Émet des bruits bizarres	1	2	3	4	5	6	7
	17- Fait des avances sexuelles verbales	1	2	3	4	5	6	7
Agitation et agressivité physique **TOTAL #3 :**	18- Donne des coups	1	2	3	4	5	6	7
	19- Bouscule	1	2	3	4	5	6	7
	20- Mord	1	2	3	4	5	6	7
	21- Crache	1	2	3	4	5	6	7
	22- Donne des coups de pieds	1	2	3	4	5	6	7
	23- Griffe	1	2	3	4	5	6	7
	24- Se blesse, blesse les autres	1	2	3	4	5	6	7
	25- Tombe volontairement	1	2	3	4	5	6	7
	26- Lance les objets	1	2	3	4	5	6	7
Agitation et agressivité verbale **TOTAL #4 :**	27- Jure	1	2	3	4	5	6	7
	28- Est opposant	1	2	3	4	5	6	7
	29- Pousse des hurlements	1	2	3	4	5	6	7

Total : (1+2+3+4) = ☐

Cette échelle, dont le total maximal est de 203, permet d'évaluer l'état d'agitation de l'usager. Plus le total est élevé plus l'agitation est intense.

Source : S. Deslauriers, P. Landreville, L. Dicaire et R. Verreault (2001). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen_Mansfield . Canadien Journal of Aging/ La revue Canadienne du vieillissement, 20 (3), 384.

DSI-i-5051 **# 666205** **23 décembre 2010 / fl**
Modifié 5 octobre 2012 / rph

1	Fait les cent pas	Marcher continuellement, faire des promenades à pied ou en fauteuil roulant sans intention précise, errer. (Exclure : les promenades à pied ayant un but.)
2	Se déshabille, s'habille de façon inappropriée	Mettre plusieurs couches de vêtements, mettre les vêtements de manière bizarre (ex : le pantalon sur la tête), enlever ses vêtements en public. Avoir un agir inapproprié. (Si les parties génitales seulement sont exposées, noter cette observation avec le comportement 24 sur les avances sexuelles physiques.)
3	Recherche constante d'attention	Émettre des requêtes verbales ou non verbales déraisonnables, tenaces, suppliantes, exigeantes.
4	Chercher à saisir	Saisir les autres, les agripper rudement, les prendre solidement ou les tirer d'un coup sec.
5	Déchire les affaires	Déchiqueter, déchirer, briser, piétiner quelque chose.
6	Mange des produits non-comestibles	Mettre des choses inappropriées dans sa bouche et essayer de les avaler.
7	Fait 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 bain, avoir des gestes affectueux avec quelqu'un qui ne le veut pas.
8	Attitude répétitive	Faire des mouvements stéréotypés comme tapoter, frapper, sa 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.
9	Essaie d'aller 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.
10	Manipulation non-conforme d'objet	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.
11	Agitation généralisée	Ne pas tenir en place, bouger continuellement autour de sa chaise, se lever et s'asseoir, incapable de rester tranquille.
12	Cache des objets	Placer des objets hors de la vue, sous ou derrière quelque chose.
13	Amasse des objets	Mettre beaucoup de choses ou des objets inappropriés dans un sac à main, ses poches ou sa commode.
14	Répète des mots, des phrases	Répéter, de façon continue, la même phrase ou question, à une personne en particulier ou non. (Noter les plaintes, même si elles sont orientées ou possiblement justifiées, avec le comportement 16.)
15	Se plaint	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.
16	Émet des bruits bizarres	Rire de façon bizarre, grincer des dents, marmonner, avoir des discours incompréhensibles, faire des bruits avec la bouche. (Ne pas inclure les mots intelligibles.)
17	Fait des avances sexuelles verbales	Faire des propositions sexuelles, des insinuations d'ordre sexuel, avoir des propos à teneur sexuelles.
18	Donne des coups	Maltraiter physiquement quelqu'un, frapper les autres, pincer, donner des coups sur soi ou sur ses affaires personnelles.
19	Bouscule	Pousser les autres avec force, les bousculer, les déplacer en les poussant contre quelque chose.
20	Mord	Mordre les autres ou soi-même.
21	Crache	Cracher sur le plancher, sur les personnes, etc. Ne pas incluse : une salivation incontrôlable, ou cracher dans un mouchoir en papier, dans les toilettes ou à l'extérieur.
22	Donne des coups de pied	Frapper énergiquement avec le pied les personnes ou les objets.
23	Griffe	Se griffer soi-même ou griffer les autres, gratter ou érafler avec ses ongles.
24	Se blesse, blesse les autres	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.
25	Tombe volontairement	Faire exprès de tomber sur le plancher, de la position debout, mais aussi du fauteuil roulant, d'une chaise ou d'un lit.
26	Lance les objets	Jeter des objets avec violence, lancer violemment des objets dans les airs, renverser quelque chose, lancer de la nourriture.
27	Jure	Jurer, proférer des paroles obscènes, des paroles de profanation, avoir des propos méchants ou critiques, exprimer verbalement sa colère, avoir des propos agressifs. (Les bruits inintelligibles doivent être notés avec le comportement 11 sur les bruits étranges.)
28	Est opposant	Avoir une mauvaise attitude, ne rien aimer, trouver que rien n'est correct. (Exclure les colères verbales flagrantes/manifestes et les noter avec le comportement 4 sur l'agression verbale.
29	Pousse des hurlements	Pousser des cris perçants, hurler, émettre des sons stridents.

ANNEXE E– L'ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE

1. Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non [1]
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux domaines d'intérêts ?	oui [1]	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui [1]	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui [1]	non
5. Avez-vous espoir dans l'avenir ?	oui	non [1]
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui [1]	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non [1]
8. Avez-vous peur qu'un malheur puisse vous arriver ?	oui [1]	non
9. Etes vous heureux (se) la plupart du temps ?	oui	non [1]
10. Vous sentez-vous souvent désemparé(e) ?	oui [1]	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et incapable de tenir en place(e) ?	oui [1]	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose de nouveau ?	oui [1]	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui [1]	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui [1]	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non [1]
16. Vous sentez-vous souvent abattu(e) et triste ?	oui [1]	non
17. Avez-vous le sentiment que votre vie actuelle n'en vaut pas la peine ?	oui [1]	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui [1]	non
19. Trouvez-vous la vie passionnante ?	oui	non [1]
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui [1]	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non [1]
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui [1]	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont mieux loti que vous ?	oui [1]	non
24. Êtes-vous facilement contrarié(e) par les moindres choses ?	oui [1]	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui [1]	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui [1]	non
27. Vous levez-vous le matin avec plaisir ?	oui	non [1]
28. Préférez-vous éviter les rassemblements avec les gens ?	oui [1]	non
29. Vous est-il facile de faire des choix ?	oui	non [1]
30. Votre esprit est-il aussi clair qu'avant ?	oui	non [1]

ANNEXE F– L'ÉCHELLE DE CORNELL

MR61762

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

Identification de l'usager

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

ÉCHELLE DE DÉPRESSION AU COURS DES DÉMENCES DE CORNELL

Système de notation du score : a : impossible 0 : absent 1 : modéré ou intermittent 2 : sévère

Catégorie	Signes et symptômes	Manifestation au quotidien	Remarques pour l'évaluateur	Scores			
				a	0	1	2
Troubles de l' humeur	**Anxiété**	Expression anxieuse, rumination, inquiétude.	S. O.				
	Tristesse	Expression triste, voix triste, au bord des larmes.	S. O.				
	Manque de réactions	Ne réagit pas lors d'événements plaisants, est indifférent à l'humour. Son humeur affecte sa relation avec son environnement, ses relations avec ses proches.	S. O.				
	Irritabilité	Facilement irrité, facilement en colère.	*Exemple :* montre des signes d'impatience pendant la rencontre.				
Troubles du comportement	**Agitation**	Impatience, mouvements de frottement des mains, étirement des cheveux.	*Exemple* : est incapable de rester en place.				
	Ralentissement moteur	Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions.	S. O.				
	Plaintes fonctionnelles multiples	Indigestions, constipations, diarrhées, crampes, vomissements, douleurs articulaires, douleurs au dos, douleurs musculaires, mictions fréquentes, transpirations, maux de tête, palpitations cardiaques, hyperventilations.	Les plaintes doivent être plus fréquentes ou plus intenses que d'habitude. **Coter 0** : si les symptômes sont exclusivement gastro-intestinaux.				
	Pertes des intérêts	Moins impliqué dans les activités habituelles.	**Coter seulement** si un changement brutal est survenu depuis moins d'un mois.				
Signes physiques	**Diminution de l'appétit**	S'alimente moins que d'habitude.	**Coter 2** : s'il s'alimente seulement lorsqu'il est motivé par les autres.				
	Perte de poids dans le dernier mois		**Coter 2** : s'il a perdu plus 2 kg en un mois.				

Nom : Prénom : Nº dossier :

Système de notation du score : a : impossible 0 : absent 1 : modéré ou intermittent 2: sévère

Catégorie	Signes et symptômes	Manifestation au quotidien	Remarques pour l'évaluateur	Scores a	0	1	2
	Manque d'énergie	Se fatigue facilement, est incapable de soutenir une activité, fait plus fréquemment des siestes.	**Coter seulement** si un changement brutal est survenu depuis moins d'un mois.				
Modifications des rythmes	**Variations de l'humeur dans la journée**	Symptômes plus intenses le matin.	**Coter 0** : si les symptômes s'aggravent uniquement en fin de soirée.				
	Difficultés d'endormissement	Endormissements plus tardifs que d'habitude.	**Coter 1** : s'il a eu de la difficulté à s'endormir quelques soirs au cours de la dernière semaine. **Coter 2** : si le problème se manifeste tous les soirs.				
	Nombreux réveils nocturnes		**Coter 0** : si le réveil est lié à un besoin d'uriner seulement.				
	Réveil matinal précoce	Réveil plus précoce que normalement.	**Coter 1** : s'il peut se rendormir. **Coter 2** : s'il est incapable de se rendormir				
Troubles idéatoires	**Suicide**	Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Désir de suicide, tentative de suicide.	S. O.				
	Autodépréciation	Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec.	**Coter 1** : pour les propos liés à une perte de l'estime de soi. **Coter 2** : pour les propos liés à un sentiment d'échec.				
	Pessimisme	S'attend au pire.	**Coter 1** : s'il est possible de le rassurer. **Coter 2** : s'il est impossible de le rassurer.				
	Délire congruent à l'humeur	Idées délirantes de ruine, de pauvreté, de maladie, d'incurabilité, de perte. Croit qu'il est puni.	S. O.				
Interprétation du résultat			**Sous-totaux :**				
Score de : 6 à 12 points = dépression mineure. 13 à 17 points = dépression majeure probable. 18 points et plus = dépression majeure certaine.			**Total :**				

Sources : *G.S. Alexopoulos et al. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological Psychiatry, 23, 271-284 ; V. Camus, L. Schmitt, P.J. Ousset et M. Micas (1995). Dépression et démence. Contribution à la validation française de deux échelles de dépression : « Cornell Scale for Depression in Dementia » et « Dementia Mood Assessment Scale ». L'Encéphale, 21, 201-208.*

MR61762

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

Identification de l'usager

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

ÉCHELLE DE DÉPRESSION AU COURS DES DÉMENCES DE CORNELL

Analyse / Interprétation

☐ Absence de dépression ☐ Dépression mineure ☐ Dépression majeure probable ☐ Dépression majeure certaine

Interventions

Médecin avisé : ☐ Oui ☐ Non ☐ (S.O.) si résultat : absence de dépression

Autres professionnels avisés : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez titre d'emploi : _____

Plan thérapeutique infirmier : ☐ Élaboré ☐ Ajusté ☐ (S.O.) si ne s'applique à votre titre d'emploi

Autres interventions : _____

Signature du professionnel : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Révision du niveau de dépression (au besoin)

Date : _____ Heure : _____ Résultat (score) : ___ Niveau de dépression changé : ☐ * Oui ☐ Non
AAAA-MM-JJ HH : MM

Signature de l'intervenant: _____ Titre d'emploi : _____

Date : _____ Heure : _____ Résultat (score) : ____ Niveau de dépression changé : ☐ * Oui ☐ Non
AAAA-MM-JJ HH : MM

Signature de l'intervenant : _____ Titre d'emploi : _____

Date : _____ Heure : _____ Résultat (score) : ____ Niveau de dépression changé : ☐ * Oui ☐ Non
AAAA-MM-JJ HH : MM

Signature de l'intervenant : _____ Titre d'emploi : _____

***Si changement du niveau de dépression, effectuer une note complémentaire et ajuster le PTI, au besoin.**

ANNEXE G– L'OUTIL RADAR

Logo de votre institution

R.A.D.A.R.

Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine
© Philippe Voyer

Lorsque vous lui avez administré ses médicaments, (cochez oui ounon)		Date :			Date :			Date :			Date :			Date :			Date :			Date :		
		Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales	Oui	Non	Initiales
1. Le patient était-il somnolent?	8 h																					
	12 h																					
	17 h																					
	HS																					
2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	8 h																					
	12 h																					
	17 h																					
	HS																					
3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	8 h																					
	12 h																					
	17 h																					
	HS																					

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales

Éléments de précision

Items du RADAR	Consignes
1 Le patient était-il somnolent?	Avait-il tendance à s'endormir? Avait-il de la difficulté à demeurer éveillé?
2 Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes?	A-t-il pris ses médicaments lorsque vous les lui avez donnés? A-t-il tendu la main? A-t-il porté ses médicaments à sa bouche? A-t-il pris le verre d'eau (ou bu l'eau) lorsque vous lui en avez offert? Est-ce que son regard suivait vos déplacements et gestes lorsque vous lui parliez (contact visuel)?
3 Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti?	Bougeait-il lentement? Était-il ralenti dans sa façon de s'asseoir, de marcher, de prendre ses médicaments?
	S'il vous est arrivé d'observer l'un de ces comportements depuis la distribution de médicaments précédente, **cochez « oui »**. Dans le doute, **cochez « oui » également**.

Les auteurs ne peuvent être tenus responsables de quelque dommage que ce soit, direct ou indirect, résultant de l'utilisation du R.A.D.A.R. L'utilisation du R.A.D.A.R. peut ne pas convenir pour certains patients et ne peut en aucun cas se substituer au jugement clinique d'un professionnel de la santé.

UNIVERSITÉ LAVAL
Faculté des sciences infirmières

ANNEXE H– LE PACSCLAC-F

GRILLE D'OBSERVATION

PACSLAC-F©

Date : ____ ____ _____
jj mm aaaa

jour ☐ soir ☐ nuit ☐

Identification patient

Section 1. Expressions faciales	Présent (1)
Grimace	
Regard triste	
Visage renfermé	
Regard menaçant	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, ↑mouvement)	
Sourcils froncés	
Expression de douleur	
Visage sans expression	
Dents serrées	
Visage crispé	
Bouche ouverte	
Front plissé	
Nez froncé	
Section 2. Activités et mouvements du corps	**Présent (1)**
Bouge sans arrêt	
Se recule	
Nerveux	
Hyperactif	
Marche sans arrêt	
Errance	
Tente de fuir	
Refuse de bouger	
Bouscule	
Diminution de l'activité	
Refuse la médication	
Bouge lentement	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)	
Non coopératif / Résistant aux soins	
Protège le site de la douleur	
Touche ou soutien le site de la douleur	
Claudication	
Poings serrés	
Prend la position fœtale	
Raideur / Rigidité	

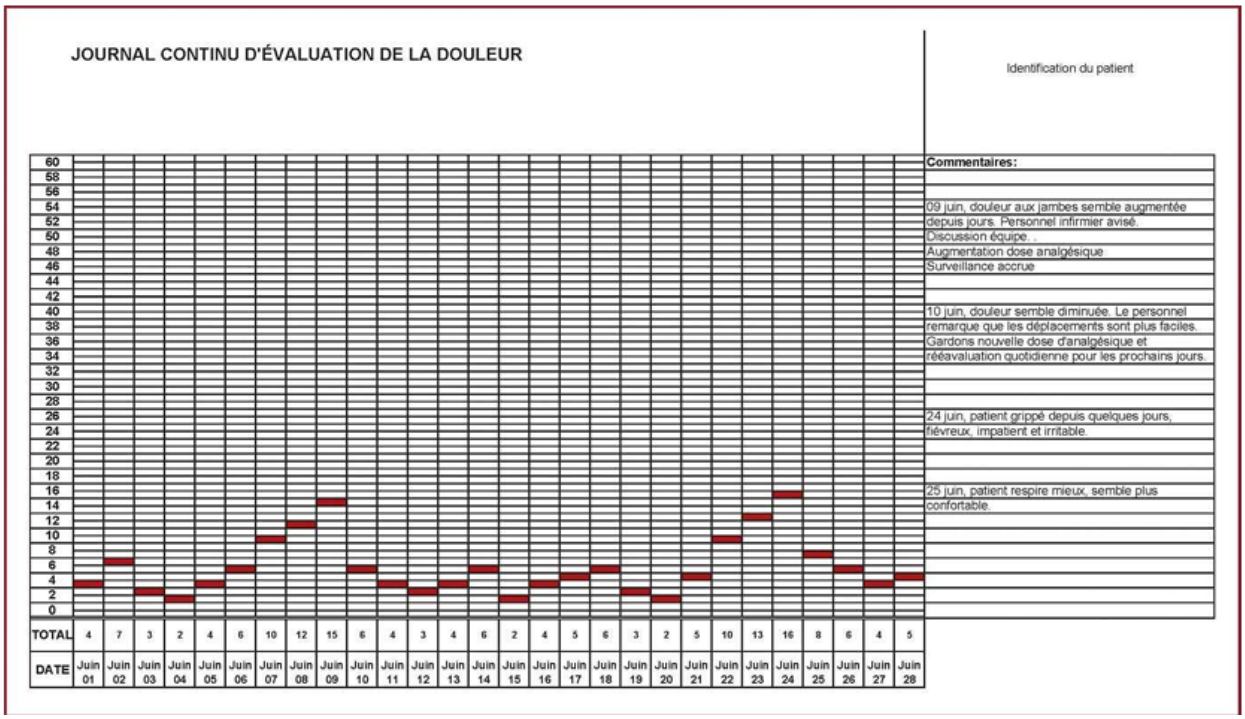
Section 3. Comportement / humeur	Présent (1)
Agression physique (ex. pousser, griffer, frapper)	
Agression verbale	
Refuse d'être touché	
Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Fâché / Mécontent	
Lance des objets	
Augmentation de la confusion	
Anxieux	
Bouleversé	
Agité	
Impatient / Irritable	
Frustré	
Section 4. Autres	**Présent (1)**
Pâleur du visage	
Rougeurs au visage	
Yeux larmoyants	
Transpiration excessive	
Tremblements	
Peau froide et moite	
Sommeil modifié (jour et/ou nuit)	
Appétit modifié	
Cris / Hurlements	
Appel à l'aide	
Pleure	
Son spécifique / Vocalisation lié à la douleur	
Gémit / Se plaint	
Marmonne	
Grogne	

Total sections 1 à 4	

Les auteurs ne peuvent être tenus responsables en tout ou en partie de quelque dommage que ce soit, direct ou indirect, résultant de l'utilisation du PACSLAC-F.
L'utilisation du PACSLAC-F peut ne pas convenir pour certains patients et ne peut en aucun cas se substituer à une évaluation approfondie effectuée par un professionnel de la santé compétent.

PACSLAC-F est protégée par le droit d'auteur et par les lois québécoises, canadiennes et étrangères sur la propriété intellectuelle.
© Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T, Savoie M, LeMay S, Aubin M.

ANNEXE I– LE JOURNAL DE LA DOULEUR



ANNEXE J– RATING ANXIETY IN DEMENTIA (RAID)

Rating Anxiety In Dementia – RAID

Patient's Name: _____ **DOB:** _____ **Hospital no:** _____

Rater's Name: _____ **Occupation :** _____

Patient's status at evaluation:

1. Inpatient.
2. Outpatient.
3. Day hospital/day centre patient.
4. Other (specify): _____

Scoring system :

U. unable to evaluate. 0. absent. 1. mild or intermittent. 2. moderate. 3. severe

Rating should be based on symptoms and signs occurring during two weeks prior to the interview. No score should be given if symptoms result from physical disability or illness. Total score is the sum of items 1 to 18. A score of 11 or more suggests significant clinical anxiety.

			Score
Worry	1.	Worry about physical health.	
	2.	Worry about cognitive performance (failing memory, getting lost when goes out, not able to following conversation).	
	3.	Worry over finances, family problems, physical health of relatives.	
	4.	Worry associated with false belief and/or perception.	
	5.	Worry over trifles (repeatedly calling for attention over trivial matters).	
Apprehension and vigilance	6.	Frightened and anxious (keyed up and on the edge).	
	7.	Sensitivity to noise (exaggerated startle response).	
	8.	Sleep disturbance (trouble falling or staying asleep).	
	9.	Irritability (more easily annoyed than usual, short tempered and angry outbursts).	
Motor tension	10.	Trembling.	
	11.	Motor tension (complain of headache, other body aches and pains).	
	12.	Restlessness (fidgeting, cannot sit still, pacing, wringing hands, picking clothes).	
	13.	Fatigueability, tiredness.	
Autonomic hypersensitivity	14.	Palpitations (complains of heart racing or thumping).	
	15.	Dry mouth (not due to medication), sinking feeling in the stomach.	
	16.	Hyperventilating, shortness of breath (even when not exerting).	
	17.	Dizziness or light-headedness (complains as if going to faint).	
	18.	Sweating, flushes or chills, tingling or numbness of fingers and toes.	
Phobias (fears which are excessive, that do not make sense and tend to avoid–like afraid of crowds, going out alone, being in a small room, or being frightened by some kind of animals, heights, etc.). *Describe.*			
Panic attacks (feelings of anxiety or dread that are so strong that think they are going to die or have a heart attack and they simply have to do something to stop them, like immediately leaving the place, phoning relatives, etc.). *Describe.*			

Reference: K. K. Shankar , M. Walker , D. Frost & M. W. Orrell (1999) The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID), Aging & Mental Health, 3:1, 39-49. Reproduced with permission from M. W. Orrell.

LISTE DE RÉFÉRENCE

Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C. et Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological psychiatry, 23*(3), 271-284. https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8

Algase, D. L., Beck, C. H., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. et Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 11*(6), 10–19. https://doi.org/10.1177/153331759601100603

Amaral, A. S., Afonso, R. M., Simões, M. R. et Freitas, S. (2022). Decision-Making Capacity in Healthcare: Instruments Review and Reflections About Its Assessment in the Elderly with Cognitive Impairment and Dementia. *Psychiatric Quarterly, 93*(1), 35-53. https://doi.org/10.1007/s11126-020-09867-7

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5 éd.). Elsevier Masson. https://archive.org/details/dsm-5-fr-en

Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., Lemay, S., Hadjistavropoulos, T., et Fillion, L. (2007). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *La Revue canadienne du vieillissement*, *27*(1), 45–55. https://doi.org/10.3138/cja.27.1.45

Beaupré, N. (2023). *Fiche descriptive - Outil publié : Échelle de Cornell (Cornell scale for depression in dementia*). Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/fdop-10370-echelle-de-cornell-depistage-depression-avec-demence

Bruneau, M. A., Pépin, M. É., Bergman, H et Couturier, Y. (2023). Améliorer la qualité de la prise en charge des sujets présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au Québec. *Santé mentale au Québec, 48*(2), 229-255. https://doi.org/10.7202/1109840ar.

Camus, V., Schmitt, L., Ousset, P. J. et Micas, M. (1995). Dépression et démence : contribution à la validation française de deux échelles de dépression. *L'Encéphale, 21*(3), 201–208. PMID: 7649070.

Cellard, C., East-Richard, C., Dufour, G., Thibaudeau, É., Racine, È., Turcotte, M., Mercier, A. R., Guay, K., Simard, A. et Demer, G. (2022). *Le fonctionnement cognitif et le cerveau* [Affiche]. Outils développés | CompréhEnsion et pRéVEntion des Atteintes neUropsychologiques

CISSS des Laurentides. (2012). *Grille d'agitation de Cohen-Mansfield*. https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Espace_exploitants/Grille_Cohen-Mansfield.pdf

CNFS. (2024). *Échelle de dépression gériatrique (GDS).* https://personnes-agees.cnfs.ca/tests/mesurer-affect/gds

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)*. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. V4-CCSMH-FRENCH-BPSD-Clinical-Guidelines_Final-April-24.pdf

Cohen-Mansfield J., Marx M. S. et Rosenthal A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Psychogeriatrics, 44*(3), 777–784. https://doi.org/10.1093/geronj/44.3.M77

Collège de la Haute Autorité de Santé. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours* [Rapport de recherche]. Collège de la Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

Collège national des généralistes enseignants. (2024). *Médecine générale: Réussir ses EDN*. Elsevier Health Sciences.

Consortium national de formation en santé. (s. d.). *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)*. https://personnes-agees.cnfs.ca/tests/mesurer-autonomie/smaf

Cornell Scale for Depression in Dementia. (n.d.). *The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD): Administration & Scoring [PDF]. The Dementia Centre*. https://www.dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/06/CSDD.pdf

Creighton, A. S., Davison, T. E. et Kissane, D. W. (2018). The assessment of anxiety in aged care residents: a systematic review of the psychometric properties of commonly used measures. *International Psychogeriatrics, 30*(7), 967-979. https://doi.org/10.1017/S1041610217002599

D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S. et Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice, 11*(3), 260–266. https://doi.org/10.1093/fampra/11.3.260

Dagneaux, I., Vercruysse, M. P., Degryse, J. M. et Périno, L. (2009). *Des échelles pour prendre soin*. Presses universitaires de Louvain. https://books.openedition.org/pucl/1579

Dauphinot, V., Ravier, A., Novais, T., Delphin-Combe, F., Moutet, C., Xie, J., Mouchoux, C. et Krolak-Salmon, P. (2016). Relationship between comorbidities in patients with cognitive complaint and caregiver burden: a cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(3), 232 237. 10.1016/j.jamda.2015.10.011

Dementia Centre for Research Collaboration. (s. d.). *Rating Anxiety in Dementia (RAID)*. https://www.dementiaresearch.org.au/doms/behaviour/?utm

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. (2010). *Grille PACSLAC-F : Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate – version française*. Université de Montréal. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Grille-PACSLAC-Fr_2010.pdf

Deslauriers, S., Landreville, P., Dicaire, L. et Verreault, R. (2001). Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *La revue canadienne du vieillissement, 2*0(3), 373-384. https://doi.org/10.1017/S0714980800012836

Desruisseaux Rouillard, F. (2012). *Observation.* Dans Unipsed.net. https://unipsed.net/ressource/observation/

Dorey, J. M., Herrmann, M., Schuster, J. P., Von Gunten, A. et Lepetit, A. (2019). Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans les troubles neurocognitifs de la personne âgée. *EMC psychiatrie*, *16*(4), 1-13. http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(19)81456-6

Dubois, B. et Michon, A. (2015). *Démences*. Doin.

Dufournet, M., Dauphinot, V., Moutet, C., Verdurand, M., Delphin-Combe, F., Krolak-Salmon, P., Delphin Combe, F., Makaroff, Z., Federico, D. et Coste, M.-H. (2019). Impact of cognitive, functional, behavioral disorders, and caregiver burden on the risk of nursing home placement. *Journal of the American Medical Directors Association, 20*(10), 1254-1262. 10.1016/j.jamda.2019.03.027

Faden, R. R., Beauchamp, T. L. et King, N. M. P. (1986). *Part I. Foundations. A history and theory of informed consent. Oxford University Press*. DIGITAL_CCSMH_BPSD-Clinical-Guidelines_May2024_FR.pdf

Folstein, M.F., Folstein, S. et McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12(*3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6.

Garnier-Crussard, A., Grangé, C., Dorey, J. M. et Chapelet, G. (2025). Diagnostic et prise en soins du syndrome confusionnel aigu chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne*, *46*(5), 265-275. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2024.11.005

Gauthier, S., Besner, J., Gélinas, I., Morais, A., Rosa-Neto, P. et Webster, C. (2025). *Détection, diagnostic et prise en charge des troubles neurocognitifs majeurs : un guide pratique pour les professionnels de la santé*. Université McGill. The detection, diagnosis and management of neurocognitive disorders: a practical guide for healthcare professionals

Gervais, P., Hébert, R., Lamontagne, J. et Tousignant, M. (2011). L'implantation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle : les conditions de réussite et les obstacles rencontrés dans le cadre du projet PISE-Dordogne. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, *9*(4), 417-428. https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0306

Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R. et Connangle, S. (2009). Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Management et Avenir, 26*(6), 205-218. https://doi.org/10.3917/mav.026.0205.

Goodarzi, Z. S., Mele, B. S., Roberts, D. J. et Holroyd-Leduc, J. (2017). Depression Case Finding in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS), 65*(5), 937–948. https://doi.org/10.1111/jgs.14713

Goodarzi, Z., Samii, L., Azeem, F., Sekhon, R., Crites, S., Pringsheim, T., Smith, E. E., Ismail, Z. et Holroyd-Leduc, J. (2019). Detection of anxiety symptoms in persons with dementia: A systematic review. Alzheimer's & Dementia: Diagnosis. *Assessment & Disease Monitoring, 11*(1), 340–347. https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.02.005

Gouvernement du Québec. (2014). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf

Gouvernement du Québec. (2020). *Hébergement par une ressource intermédiaire*. Hébergement par une ressource intermédiaire | Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Gu, L. (2015). Nursing Interventions in Managing Wandering Behaviorin Patients With Dementia: A Literature Review. Archives of Psychiatric Nursing, 29(6), 454-457. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.003

Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J. et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie, 28*(4), 323–336.

Horttana, B. M., Fahlström, G. et Ahlström, G. (2011). Experiences of relocation in dementia care from the perspective of six care workers. *International journal of older people nursing, 6*(2), 93-101. 10.1111/j.1748-3743.2010.00246.x

Institut de la statistique du Québec. (2023). *Portrait des personnes aînées au Québec*. Gouvernement du Québec. Portrait des personnes aînées au Québec

Jacob, N. (2022). *Guide d'accueil pour la clientèle hébergée à Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda*. Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda.

Jailler, R. (2015). *Intérêt du dépistage de la dépression dans la démence par un outil validé* (Thèse de doctorat). Université Joseph Fourier. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01132161/document

Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiter, H. et Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the geriatric depression scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(9), 837–842. https://doi.org/10.1002/gps.1748

Kenmeugne, T. Y. A. et Dubé, V. (2023). La gestion de la déambulation des aînés en centre d'hébergement et de soins de longue durée au moyen d'une approche de soins centrés sur la personne: revue intégrative des écrits. *L'Infirmière Clinicienne*, *20*(1), 24-50. Microsoft Word - Kenmeugne et Dube 2023 RevueInfCliniciennevol20no1pp24-50

Kurlowicz, L. H., Evans, L. K., Strumpf, N. E., & Maislin, G. (2002). A psychometric evaluation of the Cornell Scale for Depression in Dementia in a frail, nursing home population. *The American journal of geriatric psychiatry, 10*(5), 600-608. https://doi.org/10.1097/00019442-200209000-00014

Kwak, Y. T., Yang, Y.et Koo, M. S. (2017). Anxiety in dementia. *Dementia and neurocognitive disorders, 16*(2), 33-39. https://doi.org/10.12779/dnd.2017.16.2.33

Lacoste, L., et Trivalle, C. (2005). Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gérontologique. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (NPG), 5*(26), 44-51. https://doi.org/10.1016/S1627-4830(05)82565-6

Landreville, P., Casault, L., Julien, E., Dicaire, L., Verreault, R. et Lévesque, L. (2007). Structure factorielle de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *European review of applied psychology, 57*(3), 167-174. https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.05.003

Lapp, M., Quadéri, A. et Corveleyn, X. (2019). Effet de la thérapie des schémas sur la dépression de la personne âgée institutionnalisée : 3 études de cas uniques de type AB en lignes de bases multiples. *Pratiques Psychologiques, 25*(2), 183-204. https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.12.002

Li, Z., Jeon, Y. H., Low, L. F., Chenoweth, L., O'Connor, D. W., Beattie, E. et Brodaty, H. (2015). Validity of the geriatric depression scale and the collateral source version of the geriatric depression scale in nursing homes. *International psychogeriatrics, 27*(9), 1495-1504. https://doi.org/10.1017/S1041610215000721

Métayer, D. (2019). *L'intervention auprès de la personne âgée en perte d'autonomie: une pratique psychoéducative innovante*. Béliveau éditeur.

Misson, L., Savoie, M. et Verreault, R. (2012). La douleur chez les aînés. *Perspective infirmière, 9*(6), 39-44. https://www.oiiq.org/archives/www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol9no6/08_Acfa.pdf

Misson, L., Savoie, M. L., Aubin, M., Hadjistavropoulos, T. et Verreault, R. (2011). Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 12*(2), 55-64. https://doi.org/10.1016/j.douler.2010.09.012

OPPQ (2018*). Le référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*. Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/04/Rf-de-comptences-Version-adopte-par-le-CA-duconseil-17-mai-2018-1.pdf

Ownby, R. L., Harwood, D. G., Acevedo, A., Barker, W., & Duara, R. (2001). Factor structure of the Cornell Scale for Depression in Dementia for Anglo and Hispanic patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*(3), 217-224. https://doi.org/10.1097/00019442-200108000-00005

Pelletier, I., Voyer, P., Cyr, N. et Carmichael, P. H. (2019). Outil RADAR : pour une détection efficace des signes du delirium en CHSLD. *Perspective infirmière*, *16*(3), 68-74. perspective-infirmiere-vol-16-no3-2019.pdf

Poulin, A., Misson, L., Verreault, R., Voyer, P., Aubin, M., Desbiens, J.-F., Hadjistavropoulos, T., Savoie, M. et Lafond, M.-F. (2021). Les déficits cognitifs et l'évaluation de la douleur en CHSLD : Une version abrégée de l'échelle PACSLAC. *Perspective infirmière, 18*(1), 47–52. https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere/PI-vol18-no-1.pdf#page=47

Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda. (s. d.). *Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda. Résidence Personnes âgées - Ressources d'hébergement Rouyn-Noranda*

Rey, S. (2015). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psycho logiques de la démence chez les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée– Guide de pratique clinique pour les infirmières*. Direction des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf

Rey, S., Voyer, P. et Juneau, L. (2016). Prise en charge des SCPD. *Perspective infirmière*, *13*(4), 56-60. rey_voyer_junod_2016_prise_en_charge_des_scpd.pdf

Samson, K. (2019). *Évaluation du comportement adaptée de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield : Guide d'utilisation*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. ciusssmcq.ca/telechargement/5961/guide-evaluation-comportement-inventaire-cohen-mansfield-pdf/

Savard, M. (2024). *Traitement psychodynamique de la symptomatologie dépressive chez une personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur* (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke. https://usherbrooke.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/e9015774-a64d-4c93-8e2b-3020c287b4e1/content

Scheibl, F., Farquhar, M., Buck, J., Barclay, S., Brayne, C. et Fleming, J. (2019). When frail older people relocate in very old age, who makes the decision? *Innovation in aging, 3*(4). https://doi.org/10.1093/geroni/igz030

Seron, X. et Van der Linden, M. (dir.). (2014). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte : Tome 1- Évaluation (2e édition)*. De Boeck.

Shah, A., Herbert, R., Lewis, S., Mahendran, R., Platt, J. et Bhattacharyya, B. (1997). Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age and Ageing, 26*(3), 217–221. https://doi.org/10.1093/ageing/26.3.217

Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D. et Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health, 3*(1), 39-49. https://doi.org/10.1080/13607869956424

Sheikh, J. I. et Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist: *The Journal of Aging and Mental Health, 5*(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09

Snow, A. L., Huddleston, C., Robinson, C., Kunik, M. E., Bush, A. L., Wilson, N., Calleo, J., Paukert, A., Kraus-Schuman, C., Petersen, N. J. et Stanley, M. A. (2012). Psychometric properties of a structured interview guide for the rating for anxiety in dementia. *Aging & Mental Heath, 16*(5), 592-602. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644518

Soboh, R., Gino-Moor, S., Jiris, N., Ginsberg, S. et Oliven, R. (2024). Validation of a viable delirium detection test performed by nurses and physicians during routine patient care. *BMC Geriatrics, 24*(297) 1-8, https://doi.org/10.1186/s12877-024-04884-8

Société Alzheimer du Canada. (2022). *Les troubles neurocognitifs au Canada : Quelle direction à l'avenir?* [Rapport de recherche]. Société Alzheimer du Canada. Etude-Marquante-rapport-1_Societe-Alzheimer-Canada.pdf

Société Alzheimer du Canada. (2024). *Les multiples facettes des troubles neurocognitifs au Canada* [Rapport de recherche]. Société Alzheimer du Canada. ASC_Les multiples facettes des troubles neurocognitifs au Canada_Etude phare_Rapport2.pdf

Sozański, B., Ćwirlej-Sozańska, A. B., Wiśniowska-Szurlej, A., Wilmowska-Pietruszyńska, A., Spalek, R. et De Sire, A. (2024). Geriatric Depression Scale – 30 assessments: Face-to-face or telephone interviews for older people – A randomized crossover study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 31*(1), 72-77. https://doi.org/10.26444/aaem/173530

Sung, H. C., Chang, S. M., Lee, W. L. et Lee, M. S. (2006). The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary therapies in medicine, 14*(2), 113-119. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2006.03.002

Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Clement, J. P. et Burrough, S. (2008). L'échelle de dépression gériatrique (GDS) de Yesavage. *La Revue de gériatrie, 33*(8), 729-731. https://www.researchgate.net/publication/288810568_Yesavage's_geriatric_depression_scale_GDS

Université Laval. (s. d.). *L'outil PACSLAC-F*. https://pacslac.ulaval.ca/loutil-pacslac-f/presentation/

Voyer, P. (2023). *Outil RADAR*. https://www.philippevoyer.org/outil-radar

Voyer, P. (dir.). (2013). *Soins infirmiers aux ainées en perte d'autonomie (2 éd.).* ERPI.

Voyer, P. (s. d.). *Fiche résumant les résultats scientifiques*. https://www.philippevoyer.org/_files/ugd/7de94d_04c504b0ea83474b87b61e0b1b664b21.pdf

Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., Savoie, M., Richard, S. et Carmichael, P.H. (2015). Recognizing Acute Delirium As part of your Routine [RADAR]: A validation study. *BMC Nursing, 14*(19), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12912-015-0070-1

Wong, S.L., Gilmour, H. et Ramage-Morin, P.L. (2016). *Rapports sur la santé : La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence au Canada,* (publication no 82-003-X). Statistique Canada. La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence au Canada

Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K. et Covinsky, K. E. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Jama, 287*(16), 2090-2097. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia - PubMed

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et Leirer, V. O. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*(1), 37-49. https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4