



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

Approches et interventions face aux symptômes comportementaux et psychologiques de
la démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée - Étude de cas

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

Par
Laurie-Ann Labonté

Travail dirigé par Monsieur Guy Leboeuf

Juin 2025

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
1. DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE	7
1.1 Statistiques	7
1.2 Vieillesse pathologique.....	7
2. CADRE THÉORIQUE	10
2.1 Troubles neurocognitifs (TNC).....	10
2.1.1 Maladie d'Alzheimer	10
2.1.2 Trouble neurocognitif vasculaire	11
2.1.3 Maladie à corps de Lewis	11
2.1.4 Dégénérescence fronto-temporale	12
2.2 Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD).....	13
2.2.1 L'agressivité verbale et physique.....	15
2.2.2 L'état confusionnel	16
2.2.3 Le syndrome crépusculaire	16
2.2.4 Les hallucinations et les idées délirantes	17
2.2.5 L'errance	18
2.2.6 L'agitation verbale	19
2.2.7 La dépression et l'apathie	20
2.2.8 La résistance aux soins d'hygiène.....	21
2.2.9 Les comportements sexuels inappropriés	23
2.3 Interventions pharmacologiques et mesures de contrôle.....	23
2.3.1 Contentions chimiques.....	24
2.3.2 Contentions physiques et isolement.....	26
2.4 Interventions non-pharmacologiques	27
2.4.1 L'histoire de vie	28
2.4.2 Adapter et personnaliser le milieu de vie.....	29
2.4.3 Stratégies de communication	30

2.4.4	Gestion des refus.....	32
2.4.5	Réminiscence	33
2.4.6	Stimulation cognitive.....	34
2.4.7	Services de loisirs et la thérapie occupationnelle	35
3.	DESCRIPTION DU CONTEXTE.....	38
3.1	Description du milieu de stage (CHSLD)	38
3.1.1	L’approche milieu de vie et le projet bientraitance	38
3.1.2	Programme OPUS-AP	39
3.2	Rôle de la psychoéducation dans un CHSLD	40
3.3	Portrait de la situation et enjeux actuels dans le milieu	40
3.4	Rôle en tant que stagiaire à la maîtrise en psychoéducation au CHSLD	42
4.	ÉTUDE DE CAS.....	43
4.1	Description du contexte et de la problématique	43
4.2	Processus d’évaluation psychoéducative	44
4.2.1	Étapes de l’évaluation psychoéducative	44
4.2.2	Périodes d’observation.....	46
4.2.3	Période de « testing ».....	49
4.2.4	Recommandations psychoéducatives.....	51
4.3	Élaboration et application du plan d’intervention	51
4.3.1	Élaboration du plan d’intervention	51
4.3.2	Application du plan d’intervention	53
5.	RÉSULTATS	56
6.	DISCUSSION	59
6.1	Défis et limites rencontrées	60
6.2	Pertinence de la psychoéducation dans les CHSLD.....	61
6.3	Recommandations	64
	CONCLUSION.....	66
	ANNEXE A – TABLEAU DES TYPES D’ERRANCE.....	68

ANNEXE B – GRILLE ABC	69
ANNEXE C – DÉMARCHE CLINIQUE DE GESTION DU REFUS	70
ANNEXE D – GRILLE DE FRAGMENTATION DES SOINS	71
ANNEXE E – INSTRUMENTS DE MESURE	72
ANNEXE F – FICHE DE REPÉRAGE DES SIGNES D’ESCALADE.....	77
ANNEXE G – QUESTIONNAIRES D’ÉVALUATION DES RÉSULTATS	78
LISTE DE RÉFÉRENCES	82

INTRODUCTION

Le cerveau humain est reconnu comme étant le centre des fonctions exécutives, telles que les cognitions, le langage et le mouvement. Avec l'âge, il est possible d'observer une diminution de ces capacités, qui peut être liée au vieillissement dit « normal » ou au vieillissement pathologique. En effet, certains individus peuvent préserver leurs capacités cognitives, tandis que d'autres observeront un déclin cognitif se manifestant de différentes manières. Toutefois, les troubles de mémoire sont fréquents, surtout chez les aînés (Larochette, 2021). Par exemple, la mémoire sémantique intègre l'ensemble des apprentissages et des connaissances développées au fil du temps. Elle permet donc d'identifier des objets ou des individus. Cette mémoire est habituellement conservée chez les adultes. Par contre, des difficultés à accéder aux informations apprises peuvent indiquer la présence d'un trouble neurocognitif. Il y a également la mémoire épisodique qui permet de se rappeler les événements vécus dans l'environnement précis où ils se sont déroulés. De ce fait, le contexte spatio-temporel y est également associé, ce qui permet de situer rapidement le lieu, le contexte et les détails de cet événement. Il s'agit des souvenirs à court, moyen et long terme. Les aînés ont besoin de plus en plus d'indices pour se souvenir des événements au fil du temps (Nicolas et al., 2014). Quatre-vingts des individus de plus de 85 ans rapportent vivre des problèmes de mémoire au quotidien, notamment au niveau de la mémoire sémantique et épisodique (Larochette, 2021). Cette statistique s'explique par le fait que les aînés sont souvent confrontés au vieillissement pathologique, c'est-à-dire, au fait d'être atteint d'un trouble ou d'une maladie associée à l'âge, comme les troubles neurocognitifs (Boucher, 2014).

Cette recherche porte sur la problématique des troubles neurocognitifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Il s'agit plus précisément d'une étude de cas réalisée dans le cadre d'un stage. Tout d'abord, une définition des différents types de troubles neurocognitifs, des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ainsi que des interventions pharmacologiques, les mesures de contention et les interventions non pharmacologiques sera présentée. Ensuite, une description du milieu,

incluant le rôle de la psychoéducation au sein du CHSLD, l'approche milieu de vie et les données concernant l'utilisation des mesures de contention, suivra. Enfin, l'étude de cas comprendra une description de la problématique et des comportements d'un résident ciblé, le processus d'évaluation psychoéducative, ainsi que la mise en œuvre du plan d'intervention et les résultats obtenus. Le projet se terminera par une discussion des défis et des limites rencontrées, ainsi que des recommandations.

1. DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE

1.1 *Statistiques*

Au Québec, la population de personnes âgées de 65 ans et plus est actuellement de 1,75 million, ce qui représente 20 % de la population totale. Le nombre d'aînés au Québec est en constante augmentation (Institut de la statistique du Québec, 2023). D'ici 2050, 30 % de la population sera âgée de 65 ans et plus. Parmi ces 1,75 million, 747 000 aînés sont atteints d'un trouble neurocognitif (TNC) qui affecte leur quotidien et le maintien à domicile. En centre d'hébergement public, il s'agit de 56% des aînés qui ont un diagnostic de trouble neurocognitif (Belzile-Lavoie et Vézina, 2017). En regard de ces statistiques, il est important de s'assurer que ces aînés reçoivent les services nécessaires à leur condition de santé et que les institutions favorisent leur bien-être au quotidien.

1.2 *Vieillesse pathologique*

Auparavant, les troubles neurocognitifs étaient désignés par le terme « démence ». Cette appellation, à connotation péjorative, a été remplacée par « troubles neurocognitifs liés au vieillissement » ou « troubles neurocognitifs majeurs » (TNCM) pour ceux étant à un stade plus avancé de la maladie. Les troubles neurocognitifs (TNC) regroupent la maladie d'Alzheimer, le trouble cognitif vasculaire, la maladie à corps de Lewy et la dégénérescence fronto-temporale. Chacun de ces diagnostics a des impacts différents sur la mémoire, les comportements et la motricité et ils n'évoluent pas tous de la même manière, puisqu'ils touchent différentes parties du cerveau. Toutefois, tous les TNC sont dégénératifs et affectent l'individu sur le plan cognitif, social et fonctionnel (Belzile-Lavoie et Vézina, 2017). C'est le niveau de dysfonctionnement physique et cognitif qui caractérise la sévérité et la progression de la maladie. Effectivement, l'évolution de la maladie entraîne des pertes cognitives progressives, affectant principalement la mémoire, le jugement, l'orientation spatio-temporelle, les fonctions exécutives et le langage (Danko, 2017).

Les difficultés langagières correspondent à l'aphasie et à l'agnosie. D'abord, il y a deux types d'aphasie. L'aphasie fluente ou de Wernicke où les individus ne sont plus en mesure de reconnaître et de comprendre les mots, puis l'aphasie non-fluente ou de Broca qui empêche la personne de nommer le bon mot pour désigner un objet (Huang, 2023). En ce qui concerne l'agnosie, il s'agit d'une difficulté à reconnaître les objets ou les visages familiers, telle que prosopagnosie (Benny et al., 2016). Ces problématiques ont une incidence sur le maintien des capacités sociales. Effectivement, l'individu atteint d'aphasie et d'agnosie peut adopter un comportement d'évitement lors de l'initiation des conversations ou un retrait social volontaire, étant donné que les échanges deviendront trop complexes (Danko, 2017).

En ce qui concerne les fonctions exécutives, les troubles neurocognitifs entraînent également une dégradation des habiletés motrices appelée apraxie (Benny et al., 2016). L'apraxie est causée par des lésions cérébrales entraînant une incapacité à accomplir des mouvements volontaires préalablement appris, malgré que les capacités motrices soient préservées pour réaliser une activité ciblée. Par exemple, utiliser sa brosse à dent, attacher ses souliers, écrire, etc. (Huang, 2023).

Finalement, une perte de mémoire est généralement associée à la présence d'un TNC. Par exemple, la mémoire à court terme, où l'individu ne sera plus en mesure de se souvenir des faits récents, comme les visites reçues, les repas consommés, ou l'endroit où il a rangé ses effets personnels. L'évolution de la maladie augmente la fréquence des pertes de mémoire et affecte également la mémoire à long terme, comme les souvenirs (Belzile-Lavoie et Vézina, 2017). Dans plusieurs cas, il est également possible d'y repérer de l'anosognosie, c'est-à-dire, une incapacité à prendre conscience du déficit cognitif engendré par la maladie (Rainfray, 2015).

Ces différentes conséquences rendent les activités de la vie quotidienne et domestiques (AVQ et AVD) de plus en plus complexes, jusqu'à ce que la personne ne soit plus en mesure de les réaliser. Encore une fois, il y a présence d'une détérioration progressive où

les activités plus complexes et moins fréquentes seront d'abord touchées, pour ensuite progresser vers les activités essentielles au quotidien, comme se laver, s'habiller, etc. (Belzile-Lavoie et Vézina, 2017). En bref, l'évolution de l'atteinte cognitive devient assez sévère pour avoir un impact sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ). Au fil du temps, d'autres symptômes se développeront, comme la désorientation, la confusion, les changements comportementaux, des difficultés langagières et motrices, etc. (Singh-Manoux, 2017).

Il est important de mentionner que les troubles neurocognitifs sont une pathologie et non une continuité du vieillissement cognitif dû à l'augmentation de l'espérance de vie. En effet, il s'agit d'un déclin des différentes fonctions cognitives, allant de l'âge adulte jusqu'à la vieillesse (Singh-Manoux, 2017). Les individus qui en sont atteints ressentent souvent une perte d'identité et de dignité. La littérature indique que le diagnostic entraîne plusieurs réactions émotionnelles négatives, tant chez l'aîné atteint que chez ses proches, avec une crainte liée à l'évolution de la maladie et de ses symptômes. En effet, l'évolution de la maladie peut entraîner certains comportements imprévisibles, communément appelés les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD), qui seront expliqués dans les pages suivantes. C'est sur ces comportements qu'il est essentiel d'intervenir pour favoriser l'adaptation de l'aîné ainsi que son bien-être (Danko, 2017).

Finalement, les troubles neurocognitifs peuvent être précoces, c'est-à-dire que l'apparition des premiers symptômes survient entre 35 et 55 ans. Après 55 ans, il s'agit plutôt de la forme d'apparition progressive de la maladie. Le diagnostic se fait par la passation d'examen neuropsychologiques. C'est également le neurologue ou un médecin généraliste qui pourra prescrire une médication agissant directement sur les symptômes de la maladie au besoin. Toutefois, aucune médication n'a démontré d'effet curatif à ce jour, bien que certaines molécules, telle que la Mémantine, soit adaptée aux différents troubles neurocognitifs. C'est pour cette raison qu'il est important de développer des moyens non-pharmacologiques pour faire face aux symptômes de la maladie (Danko, 2017).

2. CADRE THÉORIQUE

2.1 *Troubles neurocognitifs (TNC)*

2.1.1 Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est le TNC le plus connu et le plus répandu. En effet, il représente environ 70% des aînés atteints et touche généralement plus les femmes, étant donné qu'elles ont une espérance de vie plus grande que les hommes. C'est une maladie dégénérative progressive, dont l'évolution s'étend sur une dizaine d'années et dont le premier symptôme est le trouble de la mémoire épisodique, c'est-à-dire, la capacité de se situer dans le temps et dans l'espace pour se souvenir du contexte des événements vécus (Singh-Manoux, 2017). La maladie d'Alzheimer se manifeste par deux mécanismes interreliés. D'abord, on observe une accumulation de protéines appelées bêta-amyloïdes entre les neurones, qui forment des plaques dans différentes régions du cerveau. Ces plaques se trouvent principalement dans les neurones de l'hippocampe, une zone impliquée dans la mémoire des nouveaux souvenirs. Elles perturbent également la communication neuronale et causent une altération des protéines Tau. Effectivement, les protéines Tau forment des enchevêtrements neurofibrillaires, qui s'attaquent aux axones des neurones et favorisent la dégénérescence des cellules nerveuses (Biogen, 2017).

Au début de la maladie, les pertes de mémoire sont anodines et rarement associées au TNC. Toutefois, à mesure que la maladie évolue, les pertes de mémoire deviennent plus importantes, allant jusqu'à affecter les AVQ (Benny et al., 2016). Ces pertes de mémoire sont également accompagnées de difficultés au niveau de l'orientation spatio-temporelle, du langage et des praxies. Au fur et à mesure de l'évolution, il est possible de détecter des changements de personnalité ainsi qu'une plus grande difficulté de concentration, de compréhension, de raisonnement et de jugement, pouvant conduire à l'apparition de changements comportementaux (Camicoli, 2006). À un stade plus avancé, l'aîné peut également présenter de l'aphasie, de l'apraxie et de l'anosognosie, entraînant des difficultés de communication et de socialisation (Rainfray, 2015).

2.1.2 Trouble neurocognitif vasculaire

Le trouble neurocognitif vasculaire est le deuxième TNC le plus répandu après la maladie d'Alzheimer, touchant entre 10 et 20 % des cas (Camicioli, 2006). Contrairement à cette dernière, le TNC vasculaire touche plus souvent les hommes. Il est associé à des lésions cérébrales dues à un manque d'oxygène provoqué par un accident vasculaire cérébral (AVC). Le tissu cérébral endommagé ne peut donc pas être régénéré. Il existe également des facteurs de risque vasculaires, tels que l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, le cholestérol, ainsi que la consommation d'alcool et de tabac, qui augmentent le risque d'infarctus, d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance coronarienne, prédisposant ainsi au TNC vasculaire. Cependant, les antécédents d'AVC demeurent la cause principale du développement de cette maladie (Rainfray, 2015).

Ce sont d'abord les fonctions exécutives qui seront affectées par le TNC. Les premiers symptômes incluent une faiblesse musculaire, ainsi qu'une difficulté à marcher et à effectuer ses transferts (Benny et al., 2016). L'individu peut également présenter une irritabilité excessive, de l'apathie et des symptômes dépressifs (Aimé et al., 2020). Un ralentissement cognitif est observé, mais contrairement aux autres TNC, la mémoire est généralement épargnée, au début de la maladie (Camicioli, 2006).

2.1.3 Maladie à corps de Lewy

La maladie à corps de Lewy est souvent confondue avec la maladie de Parkinson, car leurs symptômes présentent des similitudes. Elle représente 20 % des TNC chez les personnes âgées (Larochette, 2021). Elle se développe par des dépôts anormaux de protéines alpha-synucléine sur les cellules du cerveau, créant des structures appelées « corps de Lewy ». Ce TNC associe des pertes de mémoire à des épisodes confusionnels variables, incluant des hallucinations visuelles, auditives ou olfactives, accompagnées d'idées délirantes (Kapps, 2013). Étant donné que les épisodes de lucidité et de confusion sont variables, l'individu est plus conscient de ses pertes cognitives et des comportements adoptés pendant les épisodes confusionnels, ce qui peut entraîner une détresse émotionnelle importante

(Rainfray, 2015). Ces manifestations peuvent aussi apparaître dans les rêves, plus particulièrement durant la phase du sommeil paradoxal, et entraîner des perturbations du sommeil. Effectivement, l'individu atteint peut être amenée à concrétiser ses rêves par des actions physiques ou à vivre des épisodes d'insomnie (Larochette, 2021). Les épisodes de lucidité, accompagnés de difficultés au niveau du sommeil, augmentent le risque de dépression (Kapps, 2013).

La maladie à corps de Lewy est également associée à des symptômes parkinsoniens, tels qu'une démarche précaire, une lenteur des mouvements, des tremblements au repos et une rigidité musculaire, ce qui augmente le risque de chutes (Larochette, 2021). En effet, pour obtenir un diagnostic de TNC à corps de Lewy, il faut présenter au moins deux des trois caractéristiques suivantes : des hallucinations visuelles, des fluctuations de la cognition et des symptômes parkinsoniens (Camicioli, 2006).

2.1.4 Dégénérescence fronto-temporale

La dégénérescence fronto-temporale (DFT) se présente sous trois formes : la DFT avec symptômes comportementaux, l'aphasie progressive non fluente et la démence sémantique, qui sont toutes liées au langage (Larochette, 2021). Elle présente des symptômes cliniques différents des autres TNC, notamment au niveau de l'aspect mnésique et comportemental, de l'âge d'apparition des premiers symptômes, ainsi que de la durée d'évolution de la maladie (Durand et al., 2000). La DFT se caractérise par des changements au niveau du comportement, des conduites sociales et du langage, notamment l'aphasie et l'agnosie (Deramecourt et al., 2012). La mémoire est donc épargnée au début de la maladie (Camicioli, 2006).

En général, les premiers symptômes de la DFT se manifestent entre 45 et 60 ans, ce qui est plus précoce que pour les autres TNC. C'est une maladie qui touche autant les hommes que les femmes. Les symptômes évolueront sur une période de 8 ans. Sur le plan neurologique, il s'agit d'une atrophie et d'une dégénérescence des lobes frontal et temporal, entraînant en premier lieu des modifications comportementales et affectives qui

ne sont pas liées à un trouble de santé mentale, mais plutôt au déclin cognitif. De ce fait, les pertes de mémoire sont considérées comme secondaires aux troubles du comportement, qui sont d'une plus grande ampleur. Les modifications comportementales, associées au bas âge des personnes atteintes, peuvent rendre l'identification de la maladie plus difficile, notamment parce que les symptômes sont parfois confondus avec un trouble de santé mentale, ce qui retarde le diagnostic de la DFT. Concrètement, l'individu atteint de ce TNC peut présenter de la désinhibition, de l'impulsivité, de la négligence physique soudaine, une perte d'empathie, du désintérêt, de l'apathie, de l'indifférence, des idées fixes et des changements alimentaires. Ces symptômes peuvent être confondus, par exemple, à un épisode de manie. Des troubles de la cognition sociale sont également présents, par exemple, l'incapacité de reconnaître les émotions ou d'attribuer des états mentaux à soi-même ou à autrui. (Deramecourt et al., 2012). Au fil de l'évolution de la maladie, l'individu peut présenter de l'agitation verbale et de l'écholalie, jusqu'à devenir mutique. Les pertes de mémoire seront également présentes à un stade avancé, ainsi qu'une baisse des compétences visuospatiales. Ces différents symptômes entraînent des difficultés au niveau de la réalisation des tâches exécutives au quotidien (Larochette, 2021).

2.2 *Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD)*

Comme mentionné précédemment, l'évolution des troubles neurocognitifs peut aussi entraîner ce que l'on appelle des SCPD : symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Les SCPD sont associés à l'évolution du TNC. Effectivement, ceux-ci augmenteront selon le stade et la sévérité de la maladie. Ainsi, 80 % des aînés ayant un TNC présentent des SCPD au quotidien (Danko, 2017). Les SCPD sont multifactorielles, c'est-à-dire qu'ils englobent des aspects biologiques, neurologiques, somatiques, psychologiques et environnementaux. Toutefois, les atteintes neuropathologiques des régions frontales, temporales et sous-corticales du cerveau sont les principales causes de l'apparition des SCPD, puisqu'elles rendent le traitement de l'information de l'environnement plus difficile pour l'aîné. Il devient donc plus sensible aux facteurs de risque individuels et environnementaux. La fréquence des SCPD est variable et ne se

maintient pas toujours dans le temps. Il faut donc être vigilant quant à l'intensité, à l'évolution dans le temps et à l'association avec d'autres symptômes. Plusieurs causes peuvent être associées aux SCPD. En effet, ceux-ci sont dus en partie aux lésions cérébrales engendrées par la maladie, mais aussi à des facteurs individuels, relationnels et environnementaux. Les SCPD occasionnent du stress et une détresse psychologique chez l'aîné atteint d'un TNC, mais aussi chez son entourage, qui peut rapidement s'épuiser face aux manifestations comportementales (Gold et al., 2008).

Concrètement, les SCPD peuvent se manifester par de l'agitation, de l'agressivité physique et/ou verbale, des troubles du sommeil et de l'appétit, une fluctuation de l'humeur, des symptômes d'anxiété, des hallucinations auditives et/ou visuelles, ainsi que des idées délirantes. Ces symptômes psychologiques entraînent des comportements tels que des idées délirantes, des hallucinations visuelles et/ou auditives, de l'agitation verbale et/ou motrice, de l'irritabilité, de l'agressivité verbale et/ou physique, de l'anxiété, une labilité émotionnelle, de l'apathie, de la désinhibition, ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit (Larochette, 2021). Ces comportements perturbent l'humeur et le quotidien des aînés, tout en posant des défis pour les proches aidants, le personnel soignant et les intervenants qui gravitent autour de lui (Larochette, 2021).

Les SCPD sont évalués en fonction du moment, de la fréquence et de la durée, afin de déterminer leur cause. Ils sont utilisés pour communiquer ses besoins et ses émotions. Bien qu'il soit généralement perçu comme étant inadaptés, ces comportements sont en réalité adaptés aux capacités résiduelles de l'aîné atteint d'un TNC. Cependant, ils peuvent compromettre la sécurité, d'où l'importance d'intervenir rapidement pour prévenir l'escalade de comportement (Aimé et al., 2020). Divers outils, dont des grilles d'observation et des échelles de mesure peuvent être utilisées pour favoriser l'identification de la cause du comportement problématique et ainsi, agir en prévention (Danko, 2017).

2.2.1 L'agressivité verbale et physique

L'agressivité se manifeste par des propos ou des actes hostiles délibérés et dirigés envers soi-même, autrui ou des objets. Ces comportements peuvent être physiques (bousculer, frapper, pincer, cracher, etc.) ou verbaux (crier, menacer, insulter, proférer des injures, etc.) (Léveillé et Ménard, 2016). Selon la littérature, entre 25 % et 50 % des personnes âgées atteintes d'un TNC développeront des comportements agressifs au fil de l'évolution de la maladie. L'agressivité serait encore plus fréquente dans les milieux de vie, car les aînés peuvent rapidement être sur-stimulés par leur environnement. En effet, des facteurs comme la température, la luminosité, le bruit ou les changements de routine peuvent être des éléments déclencheurs aux réactions agressives. L'environnement social, incluant les moments de soins et de repas qui impliquent une interaction avec un soignant ou d'autres résidents, contribue également à cette dynamique (Voyer, 2020). Cependant, l'agressivité n'est pas directement liée au diagnostic de TNC ni à l'évolution de la maladie. Ce sont plutôt des facteurs cognitifs, physiques et environnementaux qui peuvent déclencher ces comportements. Par exemple, la douleur, des difficultés de compréhension et de communication, les hallucinations, les troubles du sommeil ou encore l'aggravation de traits de personnalité, comme l'anxiété et l'impulsivité, sont des éléments susceptibles de favoriser cette problématique (Voyer, 2020).

Les comportements agressifs font partie des raisons pour lesquelles des démarches d'institutionnalisation en CHSLD peuvent être envisagées. En effet, ces comportements causent une grande souffrance psychologique et ajoutent un fardeau aux aidants. Toutefois, l'institutionnalisation ne résout pas nécessairement cette problématique. En CHSLD, l'agressivité persiste et nécessite une prise en charge plus exhaustive et une surveillance accrue, notamment en raison du risque élevé de blessures. Certains membres du personnel soignant et d'autres résidents peuvent ressentir de la peur et de l'insécurité au quotidien. Par conséquent, l'utilisation de la contention chimique et physique devient plus fréquente, ce qui contribue à l'accélération du déclin cognitif et physique de l'aîné (Voyer, 2020).

2.2.2 L'état confusionnel

Communément appelé délirium, l'état confusionnel se caractérise par des manifestations cognitives telles que la désorientation spatio-temporelle, des perturbations de la mémoire, des difficultés langagières et de concentration, des idées délirantes et parfois des hallucinations visuelles et/ou auditives. La durée de l'état confusionnel varie d'une personne à l'autre, allant de quelques heures à plusieurs jours. Il survient à la suite d'une perturbation du système nerveux. Il s'agit, par exemple, des situations provoquant un stress intense, telles que la déshydratation, le stress prolongé, les infections, l'intoxication, les changements de médication, un choc à la tête, etc. Chez les aînés, les principales causes de l'état confusionnel sont les infections urinaires et pulmonaires, ainsi que les interactions médicamenteuses. Le délirium est également fréquent chez les personnes atteintes d'un TNC, étant donné que leur système nerveux est déjà plus fragile et donc plus susceptible de développer un état confusionnel. Dans cette situation, un suivi rigoureux et des interventions adaptées sont de mise, puisque le délirium entraîne généralement une détresse émotionnelle importante chez l'individu (Benny et al., 2016).

2.2.3 Le syndrome crépusculaire

Le syndrome crépusculaire se manifeste par une augmentation des SCPD en fin de journée et en soirée, plus précisément au moment où le soleil se couche. Il se manifeste par une augmentation de l'agitation et de l'agressivité, accompagnée d'anxiété, d'idées délirantes, d'hallucinations et d'un sentiment de peur. Les données indiquent que 74 % des aînés qui ne présentent pas de SCPD durant la journée en développeront pendant la soirée. Concernant les aînés qui manifestent déjà des SCPD le jour, ceux-ci peuvent en présenter une augmentation de plus de quatre à la fois, le soir. En conséquence, l'utilisation de mesures de contention physique et chimique devient plus fréquente (Voyer, 2020).

Les aînés atteints d'un TNC sont les plus à risque de développer le syndrome crépusculaire. Cela s'explique par la détérioration des capacités cognitives nécessaires pour traiter les stimuli environnementaux adéquatement. Il faut également considérer que la diminution

de la luminosité en soirée peut altérer les capacités d'orientation spatiale et encore plus celles des aînés atteints d'un TNC. En effet, considérant qu'ils ne sont plus en mesure de se repérer ni d'interpréter correctement leur environnement, ils peuvent adopter des comportements adaptatifs, tels que des SCPD (Voyer, 2020).

Le syndrome crépusculaire affecte également le sommeil des aînés. En effet, entre 34 % et 43 % d'entre eux souffrent de troubles du sommeil, en plus du syndrome crépusculaire. Le rythme circadien se trouve ainsi dérégulé, ce qui favorise l'apparition de comportements associés au syndrome crépusculaire. De plus, la présence d'un diagnostic de TNC peut également perturber la sécrétion de la mélatonine, ce qui aura un impact sur le sommeil et contribuera à l'apparition de SCPD. La fatigue est une cause fréquente à cette problématique, car elle réduit la tolérance au stress, aux stimuli et diminue les capacités d'adaptation. Plus il y a d'éléments stressants dans l'environnement, plus l'aîné aura de la difficulté à s'adapter, jusqu'à recourir aux SCPD comme réponse pour faire face à ces stressseurs. De plus, les aînés atteints d'un TNC ont des capacités cognitives réduites pour interpréter leur environnement et s'y adapter, ce qui peut entraîner une manifestation comportementale et une escalade plus rapide (Voyer, 2020).

2.2.4 Les hallucinations et les idées délirantes

Les hallucinations et les idées délirantes sont des symptômes psychotiques fréquents chez les aînés atteints d'un TNC. D'abord, les idées délirantes apparaissent généralement au début de la maladie. Elles se définissent comme de fausses croyances concernant une personne ou une situation, qui persistent malgré les preuves de leur non-fondement. Elles sont souvent liées à des thèmes négatifs, tels que des suspicions, la persécution, l'abandon, etc. Dans le cadre des TNC, des idées délirantes de vol d'objets ou d'empoisonnement peuvent être fréquentes. Ces idées servent de mécanisme d'adaptation pour rationaliser les oublis, les pertes d'objets ou les incompréhensions liées à la confusion (Dorey et al., 2019). En ce qui concerne les hallucinations chez les aînés atteints d'un TNC, elles se manifestent principalement de manière auditive ou visuelle, généralement à un stade plus avancé de la maladie. Ce sont des perceptions qui se produisent sans la présence de stimuli extérieur,

mais qui semblent réelles (Rey, 2015). Il est important de distinguer les idées délirantes des illusions, qui sont des fausses perceptions induites par des stimuli qui sont, cette fois-ci, présents dans l'environnement (Dorey et al., 2019).

Des hallucinations visuelles et/ou auditives peuvent également survenir lors de délirium, en raison d'effets secondaires d'une nouvelle médication ou de l'évolution du trouble neurocognitif (Aimé, Coutu, Lafantaisie, Maïano, 2020). La littérature rapporte une prévalence de 23 % des aînés atteints d'un TNC qui présenteront des idées délirantes, 5 % des hallucinations visuelles et/ou auditives, et 13 % une combinaison de ces deux symptômes. Finalement, il est important de distinguer les idées délirantes des illusions, qui sont des fausses perceptions induites par des stimuli présents dans l'environnement (Dorey et al., 2019).

2.2.5 L'errance

L'errance est un comportement fréquent chez les personnes atteintes d'un TNC, en particulier chez les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une marche frénétique et répétitive résultant de la dégradation des fonctions cognitives. Entre 38 et 80 % des aînés présentant un diagnostic de TNC développeront des comportements d'errance au cours de l'évolution de la maladie, notamment au stade modéré et sévère. Certains d'entre eux peuvent marcher sans arrêt jusqu'à l'épuisement, ce qui souligne l'importance de reconnaître les signes de fatigue physique. L'errance peut aussi se manifester en soirée et la nuit, souvent en raison de la diminution des capacités d'orientation temporelle, ce qui perturbe le rythme circadien. Au fil du temps, six types d'errance ont été identifiés, selon la signification du comportement de l'aîné (voir annexe A). (Voyer, 2020).

En ce qui concerne les causes, il y a d'abord le dysfonctionnement de la mémoire, qui peut amener l'aîné atteint d'un TNC à déambuler sans but précis, car il ne se souvient plus de l'endroit qu'il souhaitait initialement atteindre ou comment y accéder. C'est pourquoi un nouvel environnement peut accélérer l'apparition de ce comportement. Ensuite, l'insatisfaction des besoins de base joue également un rôle. Par exemple, un aîné qui n'est

plus capable de verbaliser son besoin de manger ou d'uriner et qui cherche la cuisine ou la salle de bain. Pour continuer, l'anxiété et les hallucinations sont des facteurs prédisposant à l'errance, car ce comportement peut être une réponse adaptative visant à se protéger ou à concrétiser ses pensées. De ce fait, l'environnement dans lequel l'aîné vit joue un rôle important, notamment en ce qui concerne la surstimulation ou la sous-stimulation. Finalement, il faut considérer l'impact du style de vie antérieur de la personne. Par exemple, un aîné qui avait l'habitude de marcher quotidiennement pour se divertir ou réduire son stress aura tendance à reproduire ce comportement, même s'il est en milieu d'hébergement. L'inactivité et l'ennui représentent ainsi des causes importantes de l'errance, mais aussi d'autres types de SCPD (Voyer, 2020).

À première vue, l'errance peut sembler être un comportement anodin. Cependant, elle entraîne plusieurs conséquences. D'abord, elle augmente les besoins nutritionnels et hydriques de l'aîné, ainsi que la fatigue, le risque de chute et celui d'égarement. En groupe, l'errance peut devenir dérangeante pour les autres résidents, notamment dans le cas de l'errance invasive, où l'aîné bouscule les autres, s'introduit dans les chambres ou vole des objets. Ces comportements peuvent entraîner des réactions agressives de la part des autres résidents, qui cherchent à protéger leur espace personnel et leur environnement physique. Il s'agit donc d'un comportement nécessitant une surveillance accrue et augmentant le risque de contention physique, souvent utilisé pour empêcher l'aîné de circuler. Cependant, lorsque l'errance est gérée de manière appropriée, elle peut être bénéfique pour préserver les capacités physiques et la mobilité, favorisant ainsi le maintien de l'autonomie (Voyer, 2020).

2.2.6 L'agitation verbale

L'agitation verbale se manifeste par des expressions vocales dérangeantes, telles que des cris, un discours répétitif et incohérent, de l'écholalie, des répétitions, des demandes constantes, des plaintes répétées, des gémissements, des bruits, des avances sexuelles, etc. Chez les aînés atteints d'un TNC, jusqu'à 40 % des résidents en centre d'hébergement en présentent. L'agitation verbale peut rapidement se transformer en agressivité verbale,

notamment par la répétition d'injures et de menaces envers le personnel soignant ou les autres résidents. Il est fréquent d'observer que les manifestations d'agitation verbale augmentent progressivement en intensité au fil de la journée. Elles sont également plus marquées lorsque l'aîné est seul dans une pièce ou lorsqu'il n'est pas engagé dans une activité. De ce fait, l'isolement et la contention physique ne sont pas recommandés pour ce type de comportement. Toutefois, pour diminuer l'agitation verbale, l'administration d'antipsychotiques est fréquente et cible 3 résidents sur 4 (Voyer, 2020).

Il est important de comprendre que les comportements d'agitation verbale constituent un moyen pour l'aîné de communiquer. L'inconfort, la douleur, l'anxiété et l'ennui sont des facteurs prédisposants à cette problématique. Ainsi, l'aîné peut tenter de verbaliser son malaise par l'agitation verbale, cette stratégie de communication étant adaptée à ses capacités résiduelles. Toutefois, les propos répétitifs réduisent le degré d'attention du personnel soignant face à ces manifestations. En effet, étant habitués aux épisodes d'agitation verbale du résident, les soignants y prêtent de moins en moins attention, souvent de façon inconsciente. Cette situation complique l'administration des soins pour répondre aux besoins exprimés par le résident (Voyer, 2020).

2.2.7 La dépression et l'apathie

Les SCPD liés aux symptômes dépressifs incluent l'apathie et l'anxiété, et sont fréquents chez la clientèle âgée. L'apathie se caractérise par une baisse de motivation se traduisant par un désintérêt pour les activités habituellement appréciées, de l'isolement volontaire, de l'indifférence, une absence d'initiative, etc., persistant pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours (Danko, 2017). Environ 15 % des aînés présentent uniquement de l'apathie, tandis que 32 % en présentent en combinaison avec des symptômes dépressifs (Gold et al., 2008).

Quant à la dépression, elle peut entraîner des troubles de l'humeur et du comportement, incluant les manifestations de l'apathie, mais aussi un sentiment de tristesse et de fardeau, une diminution de la motivation, ainsi que des propos récurrents traduisant un sentiment

de désespoir face à l'avenir ou évoquant la mort. La dépression peut parfois être à l'origine de l'apathie (Danko, 2017).

Comme ces manifestations sont souvent plus discrètes que d'autres types de SCPD, elles peuvent facilement passer inaperçues. Il est donc essentiel de rester attentif à ces signes, même subtils, car ils peuvent affecter les interactions sociales, la qualité de vie et le bien-être de l'aîné. Une évaluation s'impose lorsque l'apathie persiste au-delà de quatre semaines (Danko, 2017).

Chez les personnes âgées, la dépression peut aussi se manifester sous forme de symptômes ressemblant aux TNC. Il s'agit de la dépression pseudo-démentielle qui s'exprime par un ralentissement psychomoteur et une diminution de la concentration. La dépression chez les personnes âgées peut avoir des symptômes différents de ceux observés chez les jeunes adultes, mais reste dans un même continuum. Ces différences peuvent être liées au vieillissement du cerveau. En général, la dépression touche d'abord l'attention, l'encodage, la récupération et la mémoire explicite, tandis que la mémoire implicite demeure préservée. Les personnes âgées manifestant ces symptômes peuvent d'abord penser être atteints d'un TNC avant même d'avoir envisagé le diagnostic de dépression. Par contre, une personne dépressive se plaindra des pertes de mémoire, d'une baisse intellectuelle et d'une difficulté de concentration, tandis qu'une personne atteinte d'un TNC ne reconnaîtra pas ces difficultés cognitives, notamment à cause de l'anosognosie. Si un traitement avec un antidépresseur est efficace et améliore les symptômes dépressifs associés à un TNC, ce diagnostic peut être écarté (El Haddad, 2016).

2.2.8 La résistance aux soins d'hygiène

Dans les milieux de vie, la prestation des soins est responsable de 45 à 65 % des manifestations de SCPD chez les aînés. Il s'agit de comportements de résistance ou d'opposition, généralement face aux AVQ, comme la prise de médication, l'alimentation, l'habillement, l'hygiène partielle, le bain, etc. Même pendant les soins, les SCPD demeurent un moyen pour l'aîné de communiquer ses besoins. Il utilise des comportements

défensifs qui se manifestent par de l'agressivité verbale et/ou physique, tels que jurer, insulter, pleurer, agripper, serrer les mains et les poignets, griffer, pousser, taper, cracher, serrer les dents, mordre, etc. Les soins d'hygiène, tels que les toilettes partielles et le bain, peuvent être perçus comme menaçants par l'aîné, renforçant ainsi son désir de protéger sa dignité en adoptant des comportements agressifs. Dans ces moments, il cherche à éviter le soin (Voyer, 2020).

Les comportements de résistance aux soins sont amplifiés par la présence d'un TNC. En effet, l'aîné atteint d'un TNC rencontre des difficultés dans ses fonctions cognitives, telles que la mémoire, l'attention, la planification et l'organisation. Ces difficultés affectent sa capacité à comprendre et à réaliser la séquence d'une tâche, notamment celle nécessaire pour réaliser un soin. Il faut également considérer que la confusion peut amener certains résidents à croire qu'ils ont déjà reçu le soin ou qu'ils sont en mesure de le réaliser seuls, ce qui accentue les refus et les comportements de résistance. Il en va de même pour la prise de médication. Par exemple, un aîné peut entretenir de fausses croyances ou des idées délirantes qui le poussent à refuser de prendre ses médicaments. Par ailleurs, certaines maladies physiques peuvent favoriser l'émergence de comportements de résistance aux soins, notamment lorsqu'un aîné présente des troubles sensoriels, comme des problèmes d'audition ou de vision, ou s'il éprouve de la douleur. L'observation de ces manifestations est essentielle pour identifier l'élément déclencheur de la résistance et adapter les soins en conséquence (Voyer, 2020).

Enfin, plusieurs facteurs environnementaux peuvent être à l'origine des SCPD pendant les soins. Il s'agit notamment d'une approche non-adéquate du personnel soignant ou d'une surstimulation par les stimuli environnementaux, pouvant conduire à de l'anxiété et des frustrations. Par exemple, le choix des mots, le ton employé, le non-respect de la routine habituelle, le fait d'être brusqué ou pressé, ainsi que le manque de considération pour son autonomie sont des facteurs contribuant à la problématique. Encore une fois, les SCPD pendant les soins d'hygiène peuvent engendrer des craintes et un stress supplémentaire chez le personnel soignant. Pour se protéger, ce dernier peut omettre de réaliser les soins

ou recourir à la contention chimique, ce qui affecte la qualité des soins et le bien-être de l'aîné (Voyer, 2020).

2.2.9 Les comportements sexuels inappropriés

Les comportements sexuels inappropriés sont plus courants chez les hommes et peuvent se manifester sous différentes formes, telles que des commentaires sexuels verbaux, des gestes ou des comportements, avec ou sans contact, à l'égard d'autrui, ainsi que l'exhibition (Dorey et al., 2019). Concrètement, ces comportements incluent des propositions sexuelles, des attouchements, des caresses, des gestes obscènes, des baisers, de la masturbation en public, etc. (Rey, 2015). Il s'agit de comportements de désinhibition à connotation sexuelle, visant soi-même ou autrui. En milieu institutionnel, c'est entre 3,8 % et 7 % des résidents atteints de TNC qui manifesteront de tels comportements. Plusieurs facteurs peuvent influencer ces comportements, tels que l'instabilité émotionnelle, l'ennui et l'isolement social. Ils peuvent être perçus comme une stratégie adaptative pour exprimer un besoin d'affection, d'intimité ou de sexualité non satisfait (Pépin, 2024).

2.3 *Interventions pharmacologiques et mesures de contrôle*

Les interventions pharmacologiques consistent à l'utilisation d'une médication pour traiter différentes problématiques de santé. Les personnes âgées présentent souvent des comorbidités liées à des maladies chroniques et dégénératives, ce qui les rend plus susceptibles d'être exposées à la polypharmacie, c'est-à-dire, la prise concomitante de plus de cinq médicaments différents (Maltais, 2022). 20% des aînés consomment jusqu'à 10 médicaments et plus par jour. Dans cette situation, il s'agit de polypharmacie excessive (Voyer, 2020). La polypharmacie entraîne des risques d'interactions médicamenteuses pouvant provoquer des effets secondaires, affectant ainsi les fonctions cognitives, émotionnelles et comportementales, en plus d'impacter la qualité de vie. Lorsqu'il y a présence d'un TNC, la gestion pharmacologique et la prise en charge des effets secondaires indésirables peuvent être compliquées, notamment à cause des difficultés cognitives qui

altèrent la capacité du résident à communiquer clairement son état et son ressenti (Maltais, 2022).

2.3.1 Contentions chimiques

Lors de la manifestation des SCPD, les médecins prescrivent fréquemment des antipsychotiques, en particulier pour traiter l'agitation, l'agressivité verbale et motrice et les hallucinations. Les antipsychotiques les plus utilisés sont la Risperidone, l'Olanzapine et l'Aripiprazole (Léveillé et Ménard, 2016). Les antidépresseurs, tels que la Trazodone, l'Amitriptyline et la Mirtazapine, peuvent également être prescrits pour traiter les troubles de l'humeur comme l'anxiété et la dépression (Maltais, 2022). Par contre, les antipsychotiques ont démontré une efficacité limitée dans la gestion des comportements, en plus d'entraîner des effets secondaires indésirables importants, tels que le risque d'AVC, des symptômes extrapyramidaux, un état sédatif augmentant le risque de chutes, des pneumonies et un risque accru de mortalité (Maltais, 2022). De plus, l'administration d'antipsychotiques est susceptible de causer l'acathisie, un trouble psychomoteur provoquant une sensation d'inconfort et un état d'excitation, générant un besoin irrésistible de bouger. Cette médication provoque donc l'effet contraire en augmentant la nervosité et la désorientation, pouvant être responsables des comportements d'agitation ou d'agressivité (Voyer, 2020). Par conséquent, cette classe de médicaments est déconseillée pour la gestion des symptômes comportementaux auprès des aînés (Maltais, 2022).

Ensuite, les benzodiazépines sont généralement prescrites pour traiter l'anxiété et l'insomnie. Cependant, elles sont également reconnues pour leurs effets secondaires négatifs sur les fonctions cognitives, comme l'augmentation de la confusion et du risque de délirium. Tout comme les antipsychotiques, les benzodiazépines provoquent un état sédatif, entraînant des étourdissements et augmentant le risque de chutes chez les aînés (Maltais, 2022). Leur utilisation devrait donc être limitée à moins de deux semaines, le temps de mettre en place un traitement plus efficace et moins risqué, tout en évitant la dépendance à cette médication (Léveillé et Ménard, 2016).

Quant aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), ils sont couramment administrés aux personnes âgées présentant des symptômes dépressifs. Parmi ces médicaments, on retrouve l'Efexor, le Rémergon, le Cymbalta, le Prozac, le Cipramil, le Sipralexa et le Serlain, pour ne citer que ceux-ci. Les ISRS possèdent également des propriétés antidouleur. Cependant, ils peuvent entraîner divers effets secondaires, tels que des nausées, des vomissements, de l'anxiété, de l'insomnie, des tremblements, des céphalées et de la somnolence. Ces médicaments augmentent également le risque de maladies cardiovasculaires en élevant la pression artérielle. De plus, ils accroissent le risque de chutes et de blessures en raison de l'état de sédation provoquée (Anseau, 2012).

Pour continuer, les opioïdes sont utilisés dans le traitement de la douleur. Parmi les médicaments fréquemment employés dans cette catégorie, on retrouve la Codéine, le Tramadol, la Morphine, le Fentanyl, l'Oxycodone et le Tapentadol. Chez les aînés, les opioïdes causent plusieurs effets indésirables, notamment de la constipation, des vertiges, des nausées, des difficultés respiratoires, une fatigue extrême, ainsi qu'une augmentation de la fréquence des hallucinations visuelles et auditives et des risques de dépression associés. Il faut également considérer que les personnes âgées sont aussi à risque de développer une dépendance aux opioïdes, ce qui complique le sevrage (Desmeubles et al., 2018).

Enfin, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, utilisés pour réguler l'humeur en réduisant l'apathie, l'anxiété et la dépression, permettent également d'améliorer les fonctions cognitives, telles que les fonctions intellectuelles, le comportement, l'autonomie et les interactions sociales (Maltais, 2022). Les principaux médicaments utilisés sont le Donépézil, la Rivastigmine et la Galantamine (Léveillé et Ménard, 2016). Parmi les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, il y a la Mémantine. Cette médication est utilisée pour contrer la dysfonction neuronale associée au développement d'un TNC. Elle permet donc de ralentir l'évolution de la maladie pendant une période de trois mois à un an. Cependant, elle ne permet pas de guérir ni d'arrêter complètement la progression du TNC (Maltais, 2022).

À ce jour, il n'existe aucun médicament capable de prévenir ou de guérir les TNC. Les médicaments sont principalement utilisés pour gérer les SCPD. Par contre, il est important de noter que chez les personnes âgées, la masse musculaire et l'eau corporelle totale est réduite. De ce fait, la durée d'action des médicaments est augmentée, puisque leur système n'élimine pas aussi rapidement les résidus dans le sang. Il y a donc une accumulation des doses administrées (Kapps, 2013). Cette situation peut aggraver les effets secondaires, en plus de ne pas être totalement efficace pour la gestion des SCPD. C'est pour cette raison que les interventions non pharmacologiques sont de plus en plus privilégiées pour intervenir face aux SCPD (Durand et al., 2000).

2.3.2 Contentions physiques et isolement

Les mesures de contention peuvent être physiques, c'est-à-dire des mesures de contrôle visant à limiter les mouvements et à empêcher les déplacements d'une personne. En CHSLD, elles sont souvent réalisées à l'aide d'outils mécaniques, tels que des ceintures pelviennes, des tablettes de fauteuils roulants gériatriques, des grenouillères et des ridelles de lit. Les mesures d'isolement en chambre, avec le 2/3 de porte, font également partie des différents types de contention physique (Voyer, 2020).

Plusieurs raisons sont formulées pour justifier le recours aux mesures de contention physique auprès des personnes âgées. Par exemple, pour prévenir les chutes en limitant les déplacements, faciliter les soins ou contrôler des comportements tels que les SCPD. Cependant, ces mesures s'avèrent souvent inefficaces et entraînent des répercussions négatives, telles qu'un risque de blessure, une diminution des capacités physiques, un risque de dépression, un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie liée à un déconditionnement général. En effet, les études montrent que l'utilisation prolongée de la contention physique est associée à divers problèmes physiques, notamment une rigidité musculaire, une réduction du métabolisme, une perte d'électrolytes, une diminution de la circulation sanguine, des lésions de pression et de la constipation (Voyer, 2020).

Les mesures de contention physique et d'isolement augmentent également le risque que l'aîné développe le syndrome de glissement. Il s'agit d'une détérioration rapide de l'état de santé causée par une perte du désir de vivre. Ce syndrome est fortement lié à la dépression sévère et à un état apathique. L'aîné peut alors cesser volontairement de s'alimenter, de boire, de se déplacer ou de participer aux activités quotidiennes, ce qui accélère le processus de décompensation pouvant conduire jusqu'à un décès, sans une prise en charge rapide (Lefebvre des Noëttes, 2021).

Pour ces raisons, les mesures de contention et d'isolement doivent être utilisées en dernier recours et uniquement en cas d'urgence, c'est-à-dire, s'il existe un risque imminent de blessure pour la personne ou pour autrui. Si l'usage d'une mesure de contrôle est nécessaire, elle doit être le moins contraignante possible et d'une durée aussi courte que nécessaire. Son application doit respecter les droits, la dignité, la sécurité et le bien-être du résident. De plus, des procédures détaillées doivent être suivies, et le représentant légal doit être informé de l'utilisation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024).

2.4 Interventions non-pharmacologiques

Bien qu'il n'existe aucun traitement curatif pour les TNC, les études démontrent l'efficacité des interventions non-pharmacologiques. Celles-ci sont centrées directement sur le résident, en tenant compte à la fois de ses capacités résiduelles et de ses limites, mais aussi de ses intérêts, de ses habitudes de vie, de sa culture, etc. Il s'agit donc de personnaliser les interventions. La littérature indique une amélioration de la qualité de vie, des soins et du bien-être des résidents, ainsi qu'une plus grande satisfaction professionnelle chez le personnel soignant, suite à l'utilisation d'interventions non-pharmacologiques. En effet, ces interventions permettent de réduire les manifestations des SCPD sans engendrer d'effets secondaires, contrairement aux approches pharmacologiques ou aux mesures de contention décrites précédemment (Dubé et al., 2023).

Pour pouvoir recommander de telles interventions, les SCPD doivent d'abord être évalués en fonction de leur fréquence, de leur intensité, mais aussi du moment et du lieu où ils se manifestent. Ces éléments peuvent être identifiés par le biais d'observations régulières et de discussions avec le personnel ou les proches. Afin de faciliter la collecte de données, des grilles d'observation peuvent être utilisées, telles que les grilles « ABC » (voir annexe B). Ces outils permettent également d'analyser le contexte dans lequel le SCPD est survenu, les facteurs précipitants, les signes avant-coureurs, ainsi que l'environnement physique et humain, tout en tenant compte des interventions antérieures ayant eu un impact positif ou négatif. Une fois ces éléments recueillis, il devient possible de déterminer la cause du comportement, qui peut être liée à la médication, à l'environnement, à l'approche du personnel soignant ou à des besoins non comblés. Les interventions non-pharmacologiques et environnementales englobent ainsi diverses stratégies pour intervenir directement sur la cause des réponses comportementales (Léveillé et Ménard, 2016).

Toutefois, pour intervenir de manière adéquate face aux SCPD, le personnel soignant du milieu de vie doit être formé. Il doit en effet être en mesure de comprendre l'origine biologique de la maladie, afin d'expliquer les réactions comportementales. L'aîné ne doit pas être perçu comme étant responsable de son comportement, puisqu'en réalité, il n'exerce aucun contrôle sur les symptômes liés à la maladie. La littérature indique que le personnel adopte des réactions plus positives et fait preuve de davantage de compassion envers les aînés présentant des SCPD lorsqu'il est bien informé à cet effet. Les interventions non-pharmacologiques, combinées à une formation spécifique du personnel, améliore l'utilisation et les effets de ce type de stratégie et prévient l'utilisation des contentions physiques et chimiques (Danko, 2017).

2.4.1 L'histoire de vie

Tout d'abord, pour mieux connaître l'aîné et personnaliser les interventions, la lecture de son histoire de vie est primordiale. L'histoire de vie est un document obligatoire dans plusieurs milieux de vie, dont les CHSLD. Elle permet de mieux comprendre l'aîné hébergé, ses habitudes, ses préférences, ses loisirs et ses valeurs. Grâce à cette meilleure

connaissance, il devient possible d'adapter l'approche et les interventions pour qu'elles soient en adéquation avec les préférences de l'aîné. L'histoire de vie permet également de mieux comprendre le sens des manifestations comportementales, créant ainsi une relation plus empathique et favorisant la personnalisation des soins. Par exemple, prodiguer les soins au moment où l'aîné désire les recevoir et de la manière dont il avait l'habitude de les recevoir, en respectant ses préférences, son rythme et son confort. Cela permet de préserver sa dignité, son bien-être et son autonomie fonctionnelle. Outil essentiel pour le personnel, l'histoire de vie est affichée dans les chambres des résidents et placée à portée de main de l'équipe soignante, afin d'être utilisée au quotidien (Léveillé et Ménard, 2016).

2.4.2 Adapter et personnaliser le milieu de vie

Ensuite, il est possible de personnaliser l'environnement dans lequel demeure l'aîné en identifiant, par exemple, la porte de sa chambre avec son nom et une photo de lui, en décorant sa chambre avec des objets significatifs, en installant une horloge et un calendrier au mur, ou encore en aménageant les salles communes de manière à ce qu'elles soient sécuritaires et accessibles en tout temps. Ces repères favorisent l'orientation spatiale et créent un environnement sécurisant et agréable pour la personne hébergée (Léveillé et Ménard, 2016).

Pour aller plus loin dans l'adaptation de l'environnement, différents outils trompe-l'œil peuvent être utilisés pour accroître le sentiment de contrôle de l'aîné sur son environnement. Par exemple, on peut camoufler les portes de sortie avec de la papeterie ressemblant à une bibliothèque, installer des murales thérapeutiques, des tableaux d'orientation, des tapis devant les portes des chambres, des barrières visuelles, des photos anciennes, etc. Ces outils permettent de guider les résidents présentant de l'errance vers un endroit plus approprié et à l'écart de la sortie, tout en stimulant leur mémoire ancienne grâce à des images réminiscentes. Ces stratégies facilitent la gestion des idées fixes et de l'anxiété, réduisant ainsi le risque de provoquer un SCPD lié à la frustration de ne pas pouvoir sortir, par exemple (Fimbry, 2018).

Une autre intervention non-pharmacologique environnementale consiste à adapter le degré de stimulation dans le milieu de vie. En effet, il est nécessaire de diminuer les bruits susceptibles de provoquer une surstimulation chez les résidents, tels que les portes qui claquent, des conversations à haute voix, une lumière trop vive ou des mouvements rapides autour de la personne. Ces éléments peuvent créer une surcharge sensorielle, conduisant à des SCPD d'agressivité ou à des hallucinations (Léveillé et Ménard, 2016). Pour faire le pont avec le syndrome crépusculaire décrit précédemment, le recours à la luminothérapie peut être une stratégie non-pharmacologique pour adapter l'environnement. En effet, la luminothérapie permet de traiter les causes biologiques à cette problématique, notamment en régulant le cycle du sommeil (Voyer, 2020).

Finalement, l'adaptation de l'environnement où se déroulent les soins d'hygiène est aussi primordiale. Comme expliqué précédemment, les aînés atteints d'un TNC rencontrent des difficultés au niveau des fonctions cognitives, ce qui entrave leur capacité à analyser et à s'adapter aux stimuli environnementaux. De ce fait, les soins d'hygiène peuvent rapidement devenir sur-stimulant et être une source d'anxiété causant des SCPD. Dans cette situation, il est recommandé d'intervenir sur les facteurs environnementaux plutôt que sur le comportement. Il convient donc d'adapter l'environnement et les objets utilisés pendant les soins. Par exemple, remplacer les boutons d'une chemise par des velcros, utiliser des vêtements adaptés, instaurer une routine avec des pictogrammes énonçant les étapes du soin, s'assurer que la pièce où se déroule le soin est à une température confortable, faire jouer de la musique douce, etc. Ces adaptations doivent être cohérentes avec le stade de la maladie, les besoins et les capacités résiduelles de l'aîné (Voyer, 2020).

2.4.3 Stratégies de communication

Les interventions non-pharmacologiques incluent également des stratégies de communication. En effet, la présence d'un TNC peut altérer non seulement la façon de communiquer d'un aîné, mais aussi sa capacité de compréhension. Il faut considérer que l'aîné souhaite communiquer, mais qu'il n'en est parfois plus capable. Il revient donc au

personnel soignant de s'adapter en utilisant des stratégies permettant de compenser ces difficultés (Voyer, 2020).

D'abord, plusieurs principes de base en communication doivent être appliqués auprès des personnes âgées présentant un TNC, afin de favoriser leur compréhension. Il s'agit avant tout d'établir un contact en attirant leur attention. Par exemple, en établissant un contact visuel, par le toucher, par des gestes non verbaux comme un salut ou en nommant son nom. Ensuite, pour assurer une bonne compréhension, il est important d'adapter son ton de voix, ses intonations, son rythme et de répéter au besoin. Lorsque l'aîné tente de répondre, il faut montrer que son message est compris. Cela peut se faire par un sourire, un signe de tête, ou en pointant l'objet demandé, par exemple. Si l'aîné éprouve de la difficulté à trouver ses mots, il est important de lui laisser le temps de s'exprimer autrement, puis de lui proposer quelques mots parmi lesquels il pourra choisir pour formuler sa phrase (Voyer, 2020).

Le personnel soignant doit également adopter des attitudes favorisant la communication, telles que l'écoute, l'empathie, la confiance, la disponibilité et la congruence (Voyer, 2020). En psychoéducation, ces attitudes font référence aux schèmes relationnels (Ménard St-Germain, 2013). Par exemple, vouvoyer l'aîné, frapper à la porte de sa chambre pour annoncer sa présence, demander la permission d'entrer, rester calme et souriant, etc. Une bonne connaissance des compétences relationnelles et de la personnalité du résident permet au personnel soignant d'offrir une communication et des interventions de qualité. La communication est aussi influencée par l'environnement de l'aîné. En effet, le niveau de tension, de stress, les relations interpersonnelles avec les autres résidents, les gestes non verbaux, les silences, etc., influencent la réceptivité à une conversation et peuvent avoir un impact sur les manifestations comportementales (Voyer, 2020).

Certaines stratégies spécifiques, telles que la validation et la diversion, sont fréquemment utilisées. La validation consiste à reconnaître les émotions vécues par l'aîné comme étant authentiques. Par exemple, lui dire « c'est vrai que vous avez de la peine » ou « vous avez

le droit d'être fâché » sont des façons adaptées de valider les émotions. La diversion, quant à elle, est utilisée pour détourner l'attention d'une émotion négative en proposant une activité ou un sujet agréable. Par exemple, on peut inviter l'aîné à regarder son album photo, discuter de sujets significatifs ou utiliser des outils adaptés comme un animal mécanique. En général, la diversion est utilisée après la validation afin de ne pas invalider les émotions de l'aîné et pour s'assurer qu'il se sente compris et respecté (Aimé, Coutu, Lafantaisie, Maïano, 2020).

D'autres stratégies peuvent également être employées, comme l'écoute active adaptée, pour stimuler la conversation et démontrer de l'intérêt à travers une rétroaction positive. Il s'agit de phrases simples comme « vous avez raison » ou « je suis d'accord ». Il est aussi possible d'offrir une stratégie décisionnelle, notamment les faux choix. Cette approche est souvent utilisée lors des AVQ afin de répondre au besoin d'autodétermination. Par exemple, proposer deux choix de vêtements ou de repas et lui demander de désigner celui qu'il souhaite porter ou manger. Ce principe devrait être maintenu dans toutes les activités quotidiennes (Voyer, 2020).

Enfin, les stratégies de communication peuvent aussi répondre à un besoin de contacts sociaux. Toutefois, il n'est pas toujours possible pour le personnel soignant de discuter longuement avec le résident. Dans ce cas, différents outils peuvent être utilisés pour simuler une présence. Par exemple, une vidéo des membres de la famille ou une discussion téléphonique simulée par un enregistrement (Voyer, 2020).

2.4.4 Gestion des refus

Pour répondre aux comportements d'opposition et de refus, il est essentiel d'évaluer si l'approche utilisée favorise réellement la collaboration de l'aîné. En effet, ces comportements résultent souvent d'une mauvaise compréhension liée à une approche non adaptée. Il est donc crucial d'appliquer les principes de communication de base mentionnés précédemment (Voyer, 2020).

Lors des soins, il est important de rester calme, de ne pas hausser le ton et de formuler une seule demande à la fois afin de faciliter la compréhension de l'aîné. Du matériel visuel peut également soutenir la communication. Par exemple, illustrer les étapes du soin à l'aide de pictogrammes soutient l'aîné à associer le message verbal à une image claire. Il est aussi possible de soutenir l'autonomie, par exemple, en disposant les vêtements dans l'ordre sur le lit pour inviter l'aîné à s'habiller lui-même (Voyer, 2020).

Si l'aîné continue de manifester de l'opposition malgré une approche appropriée et l'adaptation de l'activité, le personnel peut suivre la démarche clinique de gestion du refus (voir annexe C). Il s'agit de repérer les signes d'anxiété de l'aîné, afin d'ajuster ses actions et de le rassurer. Des pauses de 30 à 60 secondes sont également intégrées afin de laisser le temps au résident d'analyser son environnement et de réduire son stress. Cette approche permet de prévenir l'escalade des comportements, tout en favorisant un sentiment de confiance envers le soignant. Il est également recommandé de terminer le soin par une activité agréable, comme un massage des mains, une collation ou un moment de repos (Voyer, 2020).

Enfin, les soins d'hygiène peuvent être divisés à l'aide d'une grille de fragmentation des soins (voir annexe D). Il s'agit de procéder à l'hygiène de certaines parties du corps, puis de s'arrêter lorsque l'aîné démontre des signes d'opposition ou d'anxiété. Les parties du corps déjà lavées doivent être inscrites sur la grille, afin que le prochain soignant puisse se concentrer sur les zones non lavées. Cette méthode est utilisée lors des hygiènes partielles et du lavage à la serviette. Elle peut également servir de désensibilisation graduelle, notamment s'il y a une peur de l'eau pendant le bain complet. Elle évite également de pousser l'aîné au-delà de ses limites (Voyer, 2020).

2.4.5 Réminiscence

La réminiscence est une stratégie d'intervention non-pharmacologique utilisée pour diminuer les SCPD. Elle consiste à faire émerger des souvenirs anciens à l'aide d'objets, d'images, de sons, de lieux, d'odeurs, etc., qui ont une signification particulière pour la

personne ciblée. La réminiscence peut également prendre une forme narrative, notamment à travers la discussion de l'histoire de vie. Chez les personnes âgées, la réminiscence instructive est majoritairement utilisée. Son objectif est de transmettre leurs connaissances et leurs expériences aux autres. Toutefois, les personnes présentant une sensibilité accrue à l'anxiété ou à la dépression peuvent parfois vivre une forme de réminiscence plus négative, notamment en se laissant envahir par les souvenirs et les émotions difficiles du passé (Talbot-Mahmoudi, 2015).

Comme mentionné précédemment, dans les cas de TNC, la mémoire sémantique est préservée plus longtemps que la mémoire épisodique. Par conséquent, les souvenirs anciens sont plus accessibles par le biais de la réminiscence. C'est pourquoi les sujets liés à l'histoire de vie sont souvent privilégiés. Certains souvenirs évoqués peuvent être exacts, tandis que d'autres peuvent être altérés par la confusion. Dans ces situations, il est recommandé de ne pas contredire l'aîné, mais plutôt d'entrer dans sa réalité et de l'accompagner à travers ses souvenirs (Talbot-Mahmoudi, 2015).

La réminiscence a démontré plusieurs effets bénéfiques chez les aînés atteints de TNC. Elle favoriserait notamment la mise à jour du soi, c'est-à-dire, la réactivation de connaissances antérieures qui caractérisent l'individu à travers des représentations sémantiques. Elle contribue ainsi à renforcer le sens de cohérence, à améliorer le sentiment d'identité et à réduire l'ennui. Ces effets ont un impact positif sur l'humeur, ce qui améliore la qualité de vie et le bien-être (Talbot-Mahmoudi, 2015).

2.4.6 Stimulation cognitive

La stimulation cognitive désigne un ensemble d'activités et de moyens visant à améliorer et à préserver les fonctions cognitives, en particulier chez les aînés atteints d'un TNC. Bien qu'elle ne permette pas de restaurer les capacités cognitives perdues, elle contribue à ralentir leur détérioration en développant la réserve cognitive du cerveau (Voyer, 2020).

La stimulation cognitive consiste à mettre en place des activités ciblant certaines régions spécifiques du cerveau, telles que la mémoire séquentielle, les fonctions exécutives, la réminiscence, la résolution de problèmes, l'orientation, etc. (Durand et al., 2000). En optimisant globalement le fonctionnement cognitif, ces activités favorisent également le maintien de l'autonomie fonctionnelle de l'aîné (Voyer, 2020). La stimulation cognitive s'est également révélée efficace, entre autres, dans la gestion des SCPD. Elle contribue à prévenir l'apparition d'un état confusionnel en maintenant les résidents actifs et en réduisant les risques d'escalade des comportements (Benny et al., 2016).

Si elle est souvent associée aux activités organisées dans les milieux de vie, la stimulation cognitive peut aussi s'intégrer aux AVQ et aux AVD. Par exemple, permettre à l'aîné d'arroser les plantes, de laver les tables ou de plier des débarbouillettes représente une forme simple, mais efficace de stimulation cognitive. Ces gestes quotidiens contribuent au sentiment d'utilité et au bien-être général de l'aîné, tout en sollicitant ses capacités résiduelles (Benny et al., 2016).

2.4.7 Services de loisirs et la thérapie occupationnelle

Le service de loisirs représente une branche importante des services offerts en milieu d'hébergement. En effet, il permet de se rapprocher de la vision d'un « milieu de vie » et de s'éloigner d'une culture strictement axée sur les soins. Il contribue ainsi à instaurer un climat positif et à favoriser la bienveillance. Les loisirs répondent également à certains besoins fondamentaux, notamment ceux de socialisation et de stimulation. Étant donné que les résidents disposent de beaucoup de temps libre, ils peuvent consacrer une grande partie de leur journée à des activités de loisirs, s'ils le souhaitent (Voyer, 2020).

Les loisirs doivent répondre à trois objectifs principaux : être adaptés aux incapacités physiques et cognitives des résidents, favoriser le maintien de l'autonomie et proposer des activités se rapprochant de la réalité du quotidien. Les activités doivent également s'offrir sous différentes formes : en groupe, de façon individualisée, en pratique libre ou organisée (Voyer, 2020).

Les loisirs visent aussi à briser l'isolement et le confinement dans un milieu de vie. Effectivement, le fait de ne pas pouvoir sortir régulièrement de l'unité peut entraîner des émotions négatives et altérer la qualité de vie des résidents. Il est donc recommandé de proposer des activités extérieures adaptées aux conditions de santé de chacun, afin de favoriser leur bien-être. Les sorties extérieures font donc parties de l'offre de service des loisirs (Danko, 2017). Par exemple, dans un contexte d'errance, l'exercice physique constitue une intervention efficace pour réguler l'agitation. Des promenades à l'extérieur ont permis de réduire les SCPD jusqu'à 77 % chez certains résidents. La marche peut aussi être combinée à d'autres activités simples, comme cueillir des fleurs ou ramasser des feuilles, renforçant ainsi le sentiment d'utilité (Voyer, 2020).

Pour continuer, la thérapie occupationnelle fait le lien entre les loisirs et la stimulation cognitive abordée précédemment. Elle consiste à mettre en place des activités significatives dans lesquelles l'ainé s'engagera volontairement, car elles procurent une expérience émotionnelle positive. Ces activités doivent être adaptées aux capacités résiduelles, basées sur les centres d'intérêt et favoriser un sentiment de réussite et d'accomplissement. Il est donc essentiel de bien connaître la personne pour individualiser les activités. À cet effet, l'histoire de vie, présentée précédemment, est un outil indispensable pour les intervenants en loisir. De plus, certaines activités occupationnelles peuvent être réalisées de façon autonome, c'est-à-dire, sans animation. Il suffit parfois de stimuler l'ainé à utiliser un matériel adapté, comme un animal mécanique, écouter de la musique ou regarder un album photo. Ce type d'occupation a montré des effets positifs, notamment sur la réduction des SCPD (Voyer, 2020).

De nombreux bienfaits ont été observés chez les résidents grâce aux activités de loisir et d'occupationnelles. Elles contribuent à améliorer la qualité de vie ainsi que le bien-être physique et cognitif, en renforçant l'estime de soi, en évitant la sous-stimulation et en réduisant le stress, l'anxiété et la dépression. Elles permettent aussi de prévenir le déclin des fonctions physiques et cognitives. Sur le plan de l'humeur, la littérature indique que même si les résidents atteints d'un TNC ne se souviennent pas de l'activité en elle-même,

l'état de bien-être ressenti pendant l'activité persiste pendant un certain temps après. Il est donc possible de stimuler un état de bonheur et de prévenir l'apparition des SCPD grâce à ces stratégies (Voyer, 2020).

3. DESCRIPTION DU CONTEXTE

3.1 Description du milieu de stage (CHSLD)

Ce projet de recherche se déroule au centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) de Rouyn-Noranda, qui fait partie du centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT). Sa mission est d'offrir des services d'hébergement incluant les services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation, le tout axé sur la qualité de vie et le bien-être des résidents (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). La clientèle est composée d'adultes présentant une perte d'autonomie physique et/ou cognitive, ce qui limite la réalisation de leurs activités quotidiennes. Ces limitations empêchent un maintien sécuritaire à domicile et nécessitent un hébergement dans un établissement adapté aux différents besoins. Ces besoins peuvent être liés à une perte des capacités physiques nécessitant des équipements spécialisés, ou à des comportements liés aux TNC mettant en danger la sécurité de l'aîné. Par exemple, certains résidents présentant des SCPD nécessitent des interventions spécifiques pour la gestion des comportements et pour répondre à leurs besoins. Par conséquent, ils sont placés dans des unités prothétiques fermées du CHSLD, en compagnie d'autres résidents ayant aussi atteint un stade avancé de la maladie et présentant des difficultés comportementales. Afin de répondre à ces diverses problématiques, le travail interdisciplinaire entre professionnel est essentiel. L'équipe du CHSLD est composée des chefs de services, des infirmiers, des infirmiers auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, des nutritionnistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des intervenants en loisirs, des éducateurs spécialisés et des psychoéducateurs (Aimé et al., 2020).

3.1.1 L'approche milieu de vie et le projet bienveillance

L'approche milieu de vie est au cœur des pratiques du CHSLD. Elle consiste à offrir un environnement qui se rapproche le plus possible de celui du domicile. Ainsi, les soins, les services et l'environnement doivent être adaptés à chaque résident. Pour ce faire, le milieu de vie est aménagé avec des objets significatifs, des activités quotidiennes sont proposées

en fonction des préférences des résidents et les soins ainsi que les services sont dispensés à des moments opportuns, dans le respect de leurs habitudes de vie passées et de leurs capacités résiduelles. Plusieurs outils sont utilisés pour mieux connaître chaque résident, dont le document régional « histoire de vie ». L'entretien d'une relation de qualité et de confiance entre le personnel et les résidents fait également partie intégrante de cette approche. En effet, le personnel doit faire preuve de flexibilité et s'adapter aux caractéristiques de chaque résident, en s'appuyant sur des valeurs humanistes (Aimé et al., 2020).

En ce qui concerne le projet Bientraitance, celui-ci a été implanté au CHSLD dans le but de réduire les SCPD, particulièrement dans les unités prothétiques. Ce projet vise principalement à améliorer l'offre de services en matière d'activités occupationnelles et à diminuer le recours aux mesures de contrôle (Bertrand-Goulet, 2024).

3.1.2 Programme OPUS-AP

La dé-prescription est une démarche de plus en plus utilisée en CHSLD. Elle consiste à retirer les prescriptions médicamenteuses inappropriées ou à réduire les doses administrées aux résidents. Le programme OPUS-AP, développé au Québec en 2017, poursuit cet objectif. Plus précisément, il vise à réduire ou à cesser l'usage des antipsychotiques dans les CHSLD québécois grâce à une approche interdisciplinaire réunissant divers professionnels de la santé. Le programme prévoit une évaluation mensuelle du profil pharmacologique des résidents, afin de repérer l'usage d'antipsychotiques et de proposer des mesures alternatives (Ministère de la santé et des services sociaux, 2025).

À Rouyn-Noranda, le programme OPUS-AP a été mis en place au CHSLD de 2019 à 2020. Sa poursuite a été reportée en 2022 en raison de la pandémie COVID-19. À ce jour, le programme n'est toujours pas réimplanté dans ce milieu de vie. Le projet Bientraitance, présenté précédemment, vise à le relancer au cours des prochaines années (Bertrand-Goulet, 2024).

3.2 Rôle de la psychoéducation dans un CHSLD

En CHSLD, la psychoéducation constitue une profession essentielle pour la gestion des SCPD. En effet, l'évaluation psychoéducative permet de dresser un portrait du résident afin de mieux comprendre la fonction de son comportement, ses besoins et ainsi, de mettre en place des interventions non-pharmacologiques et des activités occupationnelles adaptées pour prévenir et/ou réduire les SCPD. Pour ce faire, l'observation directe, l'observation participante, l'expérimentation d'outils occupationnels et la passation d'instruments de mesure sont indispensables (voir annexe E). De plus, cette évaluation facilite l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire où l'expertise des différents professionnels du milieu de vie peut être mobilisée. Cette méthode aide à définir les rôles et responsabilités de chacun dans le but d'offrir des services harmonieux, favorisant l'adaptation de l'ainé à son milieu de vie et le maintien de son autonomie. Le plan d'intervention peut également inclure des objectifs liés à l'environnement. Par exemple, l'adaptation du milieu de vie ou l'approche du personnel soignant. Enfin, la psychoéducation inclut un volet de rôle-conseil, qui permet au personnel du CHSLD de bénéficier d'un accompagnement pour la mise en place d'interventions spécifiques aux TNC. En effet, le rôle-conseil permet de soutenir le personnel par le biais de formations théoriques et pratiques, en tirant parti des expériences sur le terrain et du vécu partagé, soit sous forme de modelage (Aimé et al., 2020). Le modelage est une technique d'apprentissage par observation qui conduit à un changement cognitif ou comportemental. Il s'agit d'exposer l'apprenant à un modèle favorable afin qu'il acquière les habiletés démontrées par ce dernier. Il a été prouvé que le modelage favorise à la fois la généralisation des connaissances et l'imitation des comportements appris (Université Teluq, 2022). En CHSLD, le modelage est utilisé auprès du personnel soignant afin qu'il adopte une approche adaptée ainsi que des stratégies d'intervention optimales pour prévenir et gérer l'apparition des SCPD.

3.3 Portrait de la situation et enjeux actuels dans le milieu

À ce jour, le CHSLD de Rouyn-Noranda ne compte aucun psychoéducateur pouvant se pencher sur les problématiques comportementales liées aux SCPD, ce qui complique la

gestion des unités prothétiques. Effectivement, l'absence de psychoéducateur dans le milieu empêche la réalisation d'évaluations psychoéducatives nécessaires pour émettre des recommandations et élaborer des plans d'intervention spécifiques à chaque résident évalué.

Ensuite, une éducatrice spécialisée en animation loisir est présente dans le milieu de vie. Son rôle consiste principalement à gérer les horaires des activités de groupe et à en assurer l'animation. Par conséquent, elle dispose de peu de temps pour effectuer des suivis individuels, personnaliser les activités occupationnelles ou le milieu de vie et implanter des plans d'intervention. Il n'y a donc aucun modelage réalisé auprès du personnel soignant, afin de soutenir l'application de ces plans et des recommandations. Par conséquent, le volet d'intervention comportementale n'est actuellement pas couvert dans le milieu.

Une autre limite importante concerne le matériel disponible sur les unités. À l'heure actuelle, les unités prothétiques disposent de peu de lieux ou d'outils adaptés aux capacités résiduelles des résidents pour la réalisation d'activités occupationnelles. De plus, les aînés atteints d'un TNC sur les unités prothétiques n'ont généralement plus les capacités cognitives nécessaires pour accomplir une activité de manière autonome. Ils nécessitent donc une organisation et une stimulation adaptées pour utiliser le matériel. Encore une fois, le manque de personnel assigné à cette tâche constitue un facteur limitant.

Pour continuer, il y a un manque de connaissances concernant les TNC et les besoins des aînés en matière d'activités occupationnelles. Le personnel soignant a parfois tendance à croire que les résidents atteints d'un TNC n'ont plus les capacités ni l'intérêt de s'engager dans des activités. Or, comme mentionné précédemment, l'ennui est une cause fréquente de la manifestation des SCPD. Cette fausse croyance contribue au manque d'activités occupationnelles sur les unités, ce qui entraîne une augmentation de la fréquence et de l'intensité des comportements, complexifiant davantage la gestion des unités prothétiques et menant à un recours plus fréquent aux mesures de contrôle. Cette croyance erronée découle en partie d'un manque de formation du personnel soignant. En effet, celui-ci ne connaît pas toujours les mesures alternatives, telles que l'approche adaptée, les

interventions non-pharmacologiques, ou encore les stratégies occupationnelles permettant d'éviter le recours aux mesures de contention pour gérer les comportements. Ce manque de formation génère des craintes chez le personnel soignant à réduire l'usage de ces mesures, puisqu'ils ne maîtrisent pas les approches ni les interventions non-pharmacologiques à utiliser auprès de chaque résident. De plus, les connaissances sont limitées quant aux effets négatifs liés à l'utilisation des mesures de contrôle, notamment les procédures, les risques qu'elles présentent et les situations exceptionnelles dans lesquelles elles peuvent être justifiées. Cette situation contribue à maintenir une culture de soins difficile à transformer dans le milieu de vie.

3.4 Rôle en tant que stagiaire à la maîtrise en psychoéducation au CHSLD

Mon rôle en tant que stagiaire à la maîtrise en psychoéducation au CHSLD de Rouyn-Noranda est d'élaborer des évaluations psychoéducatives sur les résidents référés par le chef-infirmier de l'unité prothétique dans laquelle je suis assignée. Il s'agit de cibler les capacités et les difficultés adaptatives, afin de suggérer des recommandations pour diminuer les SCPD, tout en incluant des activités occupationnelles. Mes recommandations sont inscrites dans les plans d'intervention individualisés des résidents que j'ai évaluée. Mon rôle est également d'offrir de l'accompagnement dans l'implantation des plans d'intervention, notamment en offrant des formations et en faisant du modelage auprès du personnel soignant de l'unité. De ce fait, il est possible de répondre au besoin de formation et d'intervention comportementale individualisée présent dans le milieu.

4. ÉTUDE DE CAS

4.1 Description du contexte et de la problématique

L'étude de cas porte sur le processus clinique psychoéducatif réalisé auprès d'une résidente du CHSLD atteinte de la maladie d'Alzheimer et âgée de 80 ans. Cette dernière a été référée en psychoéducation en septembre 2024 par l'infirmier-chef de son unité, en raison d'une problématique de SCPD, se manifestant par de l'agressivité verbale et physique, notamment en insultant et en frappant les autres résidents. Une problématique d'aversion envers une autre résidente de l'unité a également été observée, accentuant les réactions agressives de la cliente.

Madame est hébergée au CHSLD depuis environ un an et demi. Les manifestations d'agressivité étaient déjà présentes à domicile, ce qui indique une problématique connue depuis plusieurs années. Toutefois, l'aversion envers l'autre résidente est apparue en mars 2024, soit environ six mois avant l'ouverture du dossier en psychoéducation. Depuis, la résidente présente des réactions agressives lorsqu'elle est en présence de cette personne ou simplement lorsqu'elle la voit assise ou circulant dans les aires communes de l'unité. Concrètement, cette aversion se manifeste par un haussement de ton, des cris, des insultes, des menaces, ainsi que des tentatives de coups. Ces comportements peuvent survenir à tout moment de la journée, mais leur intensité augmente généralement en après-midi et surtout en soirée. Étant donné que les deux résidentes passent la majorité de leur temps dans les aires communes, les agressions surviennent principalement au salon, mais aussi dans le corridor et à l'occasion, à la cuisine. Par ailleurs, Madame présente des troubles de l'audition et des hallucinations visuelles, pouvant augmenter la confusion et contribuer à l'apparition de réactions agressives.

Afin de remédier à cette problématique comportementale, l'équipe médicale du CHSLD a tenté des ajustements pharmacologiques. Il a été observé que le Dilaudid s'avérait efficace pour atténuer les réactions agressives de la résidente, notamment en soulageant sa douleur aux jambes et aux hanches et en réduisant son irritabilité. De plus, l'Ativan et l'Haldol sont

administrés au besoin, principalement lors des épisodes de crise, en tant que mesures de contention chimique. La contention physique est aussi fréquemment utilisée, notamment à l'aide deux tiers de porte. Il y a donc peu d'interventions non-pharmacologiques qui ont été mobilisées jusqu'à présent.

4.2 Processus d'évaluation psychoéducative

4.2.1 Étapes de l'évaluation psychoéducative

L'évaluation psychoéducative est un acte réservé aux psychoéducateurs membre de l'ordre professionnel. Elle vise à apprécier les capacités et les difficultés adaptatives, en collaboration avec le client, mais aussi avec les personnes gravitant autour de lui. Au CHSLD, il s'agit du personnel soignant, des professionnels de l'établissement et des membres de sa famille. L'objectif est de déterminer des moyens d'intervention, formulés sous forme de recommandations, pour favoriser une adaptation optimale dans l'environnement (OPPQ, 2018).

Avant d'amorcer le processus d'évaluation psychoéducative, il convient d'abord d'analyser la demande de service — dans ce cas-ci, la référence de l'infirmier-chef de l'unité de la dame. Si la référence s'avère pertinente et que la demande s'inscrit dans le champ d'exercice de la psychoéducation, il est nécessaire d'obtenir le consentement de la résidente aux services offerts (OPPQ, 2018). En CHSLD, la majorité des résidents présentant un TNC ne sont plus en mesure de comprendre adéquatement l'information ni de consentir aux services et aux soins de santé, incluant ceux relevant de la psychoéducation. Certains sont également jugés inaptes au sens de la loi. Ainsi, le consentement du représentant légal désigné au dossier est requis avant d'entamer la démarche d'évaluation psychoéducative (Gagnon-Dubreuil, 2023). Pour qu'un consentement soit libre et éclairé, les articles 15 à 17 du Code de déontologie de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec doivent être expliqués, puis une note évolutive doit être inscrite au dossier afin d'attester du consentement (OPPQ, 2018).

Une fois le consentement obtenu, la collecte de données peut commencer. Celle-ci implique des échanges avec le représentant légal, le référent, le personnel soignant, ainsi que les autres professionnels impliqués dans le dossier, afin de bien cerner la problématique ayant mené à la demande en psychoéducation. La lecture du dossier est également essentielle, notamment les notes évolutives du personnel soignant, les documents « histoire de vie » et « habitudes de vie », ainsi que les renseignements médicaux tels que les diagnostics et la médication. L'objectif est de cerner le contexte de manifestation des comportements, en analysant le moment, la fréquence, la durée, l'intensité, ainsi que les stratégies déjà utilisées pour tenter de résoudre la problématique (OPPQ, 2018).

Étant donné que les résidents en CHSLD atteints de TNC ne sont généralement pas conscients de la problématique en raison de la confusion induite par la maladie, il n'est pas possible d'obtenir leur point de vue à ce sujet. Des périodes d'observation sont donc nécessaires pour documenter l'escalade des manifestations comportementales, identifier les éléments déclencheurs, observer les composantes environnementales, ainsi que les interventions du personnel. Les périodes d'observation ciblent les moments où la problématique se manifeste, mais aussi d'autres moments de la journée, afin d'effectuer des comparaisons. Par exemple, lors des soins du matin, les repas, les après-midis, les activités de groupe, les soirées ou le bain. Ces temps d'analyse permettent également la mise en place d'essais, aussi appelés « testing ». Il s'agit de l'expérimentation de diverses stratégies d'intervention et d'activités occupationnelles visant à prévenir ou à réduire l'apparition des SCPD. Les moyens testés doivent être cohérents avec les observations réalisées, mais aussi avec les intérêts et les capacités résiduelles du résident. Ils doivent également tenir compte du fonctionnement de l'unité, notamment de la routine déjà instaurée. Les essais s'intègrent directement dans le vécu éducatif partagé, tant avec le résident qu'avec le personnel soignant (OPPQ, 2018).

À la suite de la collecte de données, des périodes d'observation et d'essais, le psychoéducateur est en mesure d'analyser la problématique et de se positionner à l'aide de son jugement clinique. C'est à ce moment qu'il peut formuler des hypothèses cliniques

quant à la fonction du comportement problématique pour lequel il a été sollicité, ainsi que les besoins sous-jacents à combler. Tel que mentionné précédemment, les SCPD sont majoritairement des tentatives d'adaptation, dans les limites des capacités résiduelles de l'aîné, pour répondre à ses besoins non satisfaits. Les recommandations issues de l'évaluation psychoéducative s'inscrivent donc dans cette logique. Elles ciblent le résident, mais surtout l'environnement dans lequel il évolue, soit son unité de vie et le personnel soignant qui y travaille. En effet, les résidents atteints de TNC ne sont plus en mesure de comprendre et d'appliquer les recommandations eux-mêmes. Il devient donc essentiel d'agir sur leur environnement pour induire des changements significatifs. Les recommandations comprennent des interventions à prioriser, des interventions contre-indiquées, des moyens, des activités et des services à mettre en place (OPPQ, 2018).

Enfin, l'évaluation psychoéducative doit être communiquée au représentant légal, afin d'obtenir son consentement pour la mise en œuvre des recommandations, incluant le partage avec les équipes soignantes responsables de leur application. Cette étape sera abordée plus en détail dans la section suivante, portant sur le plan d'intervention. Une note évolutive à cet effet doit également être rédigée (OPPQ, 2018).

4.2.2 Périodes d'observation

L'objectif de l'évaluation psychoéducative auprès de la résidente de l'étude de cas est de mieux comprendre la problématique comportementale d'agressivité physique, la dynamique d'aversion ainsi que ses besoins, afin de déterminer les interventions à privilégier pour améliorer sa qualité de vie et son bien-être dans son milieu de vie et ainsi, favoriser son adaptation.

Comme mentionné précédemment, la collecte de données comprend l'ensemble des échanges avec le représentant légal et l'équipe soignante, ainsi que la consultation du dossier, afin de mieux cerner la problématique. Celle-ci concerne des réactions agressives, telles que hausser le ton, proférer des insultes ou frapper les autres résidents, survenant généralement en après-midi et en soirée, entre 15h et 20h. Selon l'équipe soignante,

Madame peut également manifester de l'agressivité physique envers une résidente qu'elle semble avoir prise en aversion. Ensuite, il faut considérer que son dossier médical fait état de douleurs aux hanches et aux jambes, qui sont soulagées par une médication analgésique, tel que le Dilaudid. Finalement, son histoire de vie révèle des intérêts pour les animaux, les enfants, la cuisine, les activités extérieures, la marche, les pratiques religieuses et l'aide aux tâches quotidiennes. Madame aime aussi partager son histoire familiale en buvant une liqueur et en mangeant du chocolat. Ces éléments peuvent servir de leviers dans le cadre des interventions.

Des périodes d'observation sont planifiées à des moments stratégiques, notamment en après-midi et en soirée. Lors des évaluations, il est possible d'observer que la résidente passe la majorité de son temps dans les aires communes et qu'elle est facilement distraite par les bruits ambiants. Ces bruits peuvent provoquer de la confusion et accroître la stimulation liée à l'environnement. Madame est également très réactive aux stimuli générés par les autres résidents. Par exemple, l'errance, les comportements intrusifs, les haussements de ton, les claquements des mains ou des pieds, les pleurs, les cris, etc. Cette agitation autour d'elle est précurseur aux réactions agressives. Il est important de mentionner qu'elle réagit non seulement à sa voisine de chambre, mais aussi à tout résident présentant une agitation verbale ou motrice dans l'unité. Dans ces circonstances, un moment de repos dans sa chambre serait bénéfique. Toutefois, elle refuse souvent d'y aller, possiblement parce qu'elle veut demeurer attentive à son environnement. De plus, l'absence de repères visuels et de matériel occupationnel rend cet espace peu attrayant.

Il est également observé que Madame est plus réactive en après-midi et en soirée, alors qu'elle somnole généralement le matin. Cela s'explique par le fait qu'elle passe une grande partie de ses nuits éveillée. Ce comportement peut être lié au syndrome crépusculaire, fréquent chez les aînés atteints d'un TNC. Le syndrome crépusculaire entraîne des comportements d'agitation, notamment de l'errance qui s'intensifie au fil de la journée. Il est important de considérer que ses douleurs aux jambes et aux hanches peuvent s'aggraver avec les comportements d'errance. De plus, la résidente n'exprime pas spontanément

qu'elle a mal, mais elle réagit positivement lorsqu'on lui pose des questions à ce sujet, ce qui requiert une vigilance de la part du personnel soignant.

Pour continuer, l'environnement ne dispose d'aucun matériel occupationnel pour rediriger l'attention de la résidente vers une activité ou un élément apaisant et ainsi, atténuer la surstimulation causée par les stimuli de l'environnement. Cette situation contribue à maintenir les comportements agressifs liées à la surstimulation, tout en entraînant une sous-stimulation. L'errance pourrait alors représenter une stratégie adaptative pour répondre à un besoin occupationnel. Considérant que la résidente est active, qu'elle préserve des capacités physiques et qu'elle souhaite participer aux tâches quotidiennes, le fait de rester assise dans les aires communes sans activité est source de frustration à long terme, pouvant mener à l'apparition de SCPD. Il en résulte une dynamique de déséquilibre entre la surstimulation et la sous-stimulation.

Par ailleurs, Madame tient parfois des propos incohérents pouvant indiquer des hallucinations visuelles, fréquentes chez les personnes âgées atteintes d'un TNC. Elle semble voir des éléments menaçants et présente aussi des idées délirantes à connotation négative, telles que des soupçons de vol, un sentiment de persécution ou la présence de personnes malveillantes. Ces signes sont souvent précurseurs à des réactions agressives visant à se protéger.

En ce qui concerne la dynamique d'aversion, les comportements de Madame suggèrent qu'elle confond la résidente avec une personne connue par le passé, malgré qu'il ne s'agisse pas d'elle. Toutefois, il faut aussi considérer que cette résidente manifeste elle aussi des comportements d'agitation, ce qui peut surstimuler la cliente. En fait, toute personne présentant de l'agitation verbale ou motrice peut être visé par ses comportements d'agressivité. On observe donc une combinaison de facteurs qui alimentent cette dynamique d'aversion, entraînant confusion, colère et détresse psychologique, souvent exprimées par des agressions physiques dans un but de protection.

Enfin, il est important de relier ces comportements au besoin de contrôle. La résidente présente une désorientation spatio-temporelle importante. Elle croit que l'unité est sa maison et perçoit les autres résidents comme des invités importuns. La présence de la résidente qu'elle a prise en aversion intensifie son agressivité, car elle l'associe à une personne qu'elle méprise et souhaite qu'elle quitte son domicile. Son réflexe premier est donc de réagir par une agression physique pour faire fuir les résidents, ce qui est adapté à ses capacités cognitives résiduelles. En effet, les pertes cognitives engendrées par la maladie ne permettent plus à Madame de réguler ses émotions et de verbaliser son mécontentement.

Cependant, avant qu'une agression ne survienne, certains signes d'escalade sont observables. D'abord, Madame montre des signes faciaux de colère, tels que froncer les sourcils et soupirer. Ensuite, il y a une escalade vers de l'agitation verbale, comme hausser du ton, prononcer des injures et insulter les autres résidents ou le groupe. L'intervalle entre les agressions verbales et physiques est court, ce qui nécessite une intervention adaptée et immédiate.

4.2.3 Périodes d'essais

À la suite des périodes d'observation et de l'analyse de la situation, incluant la fonction des comportements ainsi que les besoins de la résidente, des périodes d'essais s'avèrent nécessaires. Comme mentionné précédemment, les essais permettent d'expérimenter certaines interventions auprès de la résidente, afin d'orienter les recommandations en fonction des stratégies qui sont réellement efficaces pour intervenir face à la problématique. Ces interventions contribuent également à enrichir l'analyse fonctionnelle et à préciser les hypothèses cliniques dans le cadre de l'évaluation psychoéducative.

Dans un premier temps, il est essentiel d'identifier du matériel occupationnel permettant d'équilibrer le besoin de sous-stimulation avec la surstimulation déjà présente dans l'environnement. À cet effet, les éléments issus de l'histoire de vie, consultée préalablement, servent à proposer des activités cohérentes avec les intérêts de la résidente.

Ainsi, différentes tâches quotidiennes sont mises à l'essai pour occuper Madame, comme laver les tables, nettoyer les murs et les fenêtres, passer le balai, etc. Cependant, il est possible d'observer qu'elle demeure attentive aux bruits de l'environnement, ce qui peut nuire à sa concentration lors de la réalisation des activités. Il est également observé qu'elle n'est pas toujours disponible physiquement ou cognitivement pour s'engager dans une tâche, notamment lorsqu'elle présente de la douleur ou des signes de fatigue. Dans ces moments, il est préférable de favoriser des activités moins exigeantes, telles que manipuler le chien mécanique ou discuter de son histoire de vie, qui peuvent être réalisées en position assise et demandant moins de concentration.

Ces activités occupationnelles sont proposées à différents moments de l'après-midi, notamment vers 15 h et en soirée, afin de prévenir l'agitation et l'agressivité habituellement observées à ces heures. Il a été constaté que le matériel occupationnel peut servir de levier pour encourager la résidente à se reposer dans sa chambre, en y réalisant une activité calme et agréable. Cela contribue à réduire son exposition aux stimuli environnementaux tout en renforçant son sentiment d'utilité.

Pour prévenir l'escalade des comportements, il est essentiel que le personnel soignant soit en mesure d'identifier les signes non verbaux manifestés par la résidente, précédemment décrits. Le repérage de ces signes permet d'intervenir de manière préventive, avant l'apparition de SCPD, notamment l'agressivité physique. Il est également important de s'assurer que les besoins de base, qu'elle n'est plus en mesure d'exprimer spontanément, soient comblés. Par exemple, il convient de vérifier la présence éventuelle de douleurs pouvant engendrer de l'irritabilité. Une fois ces besoins pris en compte, des interventions adaptées doivent être mises en place.

L'utilisation de la diversion matérielle, notamment à l'aide du chien mécanique, s'avère efficace. Elle permet de détourner l'attention de la résidente de la source de frustration, tout en renforçant son sentiment d'utilité. Par exemple, on peut lui demander de venir s'occuper de l'animal mécanique dans sa chambre. La diversion peut également passer par

une invitation à aider aux tâches quotidiennes, à discuter de son histoire de vie ou à boire un breuvage agréable dans sa chambre. Il s'agit de reprendre les activités occupationnelles qu'elle apprécie, en les utilisant comme moyen de diversion face aux éléments déclencheurs de ses réactions agressives. Il devient alors possible de détourner son attention vers un objet ou une activité agréable.

4.2.4 Recommandations psychoéducatives

Pour conclure, les recommandations permettent de résumer l'évaluation psychoéducatrice et de proposer des pratiques cohérentes répondant aux besoins de la résidente. Comme mentionné précédemment, en CHSLD, les recommandations portent principalement sur l'environnement, puisque les résidents ne disposent généralement plus des capacités cognitives nécessaires pour les mettre en œuvre eux-mêmes. Dans le cadre de cette étude de cas, les recommandations visent la création d'outils adaptés permettant au personnel soignant de repérer les signes d'escalade spécifiques chez Madame, afin de prévenir les altercations physiques avec les autres résidents, incluant la dame qu'elle a prise en aversion. Les interventions préventives suggérées incluent la mise en place d'activités occupationnelles autonomes et les stratégies de diversion. Pour faciliter la transition vers ces activités, il est pertinent de créer une routine incluse dans la route de travail du personnel soignant et intégrant des choix d'activités occupationnelles à un moment stratégique de la journée, par exemple vers 15 h. Il est également essentiel de s'assurer que le matériel proposé soit accessible et disponible sur l'unité. Enfin, l'ajout de repères visuels sur la porte de la chambre de Madame permettrait de soutenir son orientation spatio-temporelle et de favoriser sa collaboration, lorsqu'un moment de repos en chambre est souhaité.

4.3 *Élaboration et application du plan d'intervention*

4.3.1 Élaboration du plan d'intervention

En psychoéducation, le plan d'intervention se définit par un objectif général accompagné de plusieurs objectifs spécifiques, en tenant compte de l'opinion du client ainsi que de celle

des personnes qui gravitent autour de lui et qui joueront un rôle dans le processus clinique. Les objectifs spécifiques constituent les étapes à franchir pour atteindre l'objectif général, selon un échéancier et des indicateurs de réussite. Pour ce faire, des moyens doivent également être déterminés, de même que les personnes responsables de la mise en œuvre du plan d'intervention. Il convient ensuite de planifier le déroulement des suivis en fonction de cette structure (OPPQ, 2018).

Pour l'étude de cas, l'objectif général vise à diminuer les altercations physiques entre la cliente et les autres résidents de l'unité, y compris la dame prise en aversion. Afin d'y parvenir, trois objectifs spécifiques sont élaborés, impliquant la participation des membres du personnel soignant. Comme mentionné précédemment, ces objectifs sont conçus pour guider le personnel, car la cliente ne possède plus les capacités cognitives pour les comprendre et les appliquer.

Le premier objectif spécifique consiste en la lecture d'un moyen élaboré pour faciliter le repérage des signes non verbaux de la résidente, pouvant conduire à une escalade vers des réactions agressives. Il s'agit de la « fiche de repérage des signes d'escalade » (voir annexe F). Cette fiche est un aide-mémoire détaillant spécifiquement les comportements à observer, précurseurs des altercations physiques, ainsi qu'un résumé des interventions à appliquer dans chaque situation. La fiche est structurée en deux sections, facilitant l'identification des niveaux 1 et 2 d'escalade. Elle permet ainsi d'ajuster les interventions en fonction du niveau atteint par la résidente au moment de l'intervention. Cet outil est particulièrement utile pour le personnel soignant peu familier avec l'unité de la résidente et qui connaît moins bien ses caractéristiques personnelles, comme son histoire de vie ou ses centres d'intérêt.

Le deuxième objectif spécifique découle logiquement du premier. Il s'agit d'appliquer concrètement la « fiche de repérage des signes d'escalade » auprès de la résidente. Il est demandé au personnel soignant d'identifier un comportement et d'appliquer une intervention ciblée au moins une fois par semaine, lorsque Madame présente des signes

d'agitation. Pour atteindre cet objectif, des moyens comme le modelage, le recadrage et le renforcement sont utilisés par moi, stagiaire à la maîtrise en psychoéducation, auprès du personnel. L'éducatrice spécialisée en animation loisir joue également un rôle essentiel quant à la disponibilité du matériel occupationnel sur l'unité, nécessaire pour intervenir auprès de la résidente.

Enfin, le troisième objectif spécifique porte sur les activités de loisirs offertes sur l'unité de la résidente. Considérant que l'évaluation psychoéducative recommande un équilibre entre la surstimulation et la sous-stimulation, il est pertinent d'occuper la résidente non seulement par des interventions ponctuelles, mais également par le biais d'un horaire structuré. L'objectif spécifique vise donc à ce qu'elle participe à une activité de groupe et à une activité individuelle chaque semaine, inscrite au calendrier des loisirs et animée par l'éducatrice spécialisée, ce qui renforcera sa participation tout en mobilisant différentes sphères cognitives et motrices nécessaires à la réalisation d'une activité organisée.

Ces trois objectifs spécifiques permettent de répondre à l'objectif général, qui est de diminuer les altercations physiques et par conséquent, les réactions agressives de la résidente. Ils répondent également à certaines recommandations émises dans l'évaluation psychoéducative, notamment l'amélioration du repérage et des interventions face aux signes d'escalade spécifiques de Madame, la suggestion d'activités occupationnelles pouvant être réalisées de manière autonome avec un peu de stimulation, ainsi que la poursuite de l'offre de service en loisirs pour combler le besoin de stimulation.

4.3.2 Application du plan d'intervention

Le plan d'intervention a été élaboré à la fin du mois d'octobre 2024, suite à l'évaluation psychoéducative, puis mis en œuvre sur l'unité en novembre 2024. La première étape consiste à informer l'infirmier-chef des moyens utilisés, notamment la « fiche de repérage des signes d'escalade », afin qu'il partage l'information aux équipes terrain. Le mois de novembre a été consacré à la réalisation du premier objectif spécifique, à savoir la lecture de la fiche de repérage par le personnel soignant de l'unité de la résidente. J'ai également

effectué un suivi auprès de l'équipe soignante des quarts de jour et de soir pour répondre à leurs questions à cet effet. Il a été possible d'observer une diminution des comportements agressifs et de l'utilisation des mesures de contention chimique, notamment l'Ativan. Quelques soignants réguliers du quart de jour rapportent une plus grande facilité à identifier les signes d'escalade chez la résidente, ce qui permet d'intervenir en prévention et d'éviter l'utilisation d'une médication à cet effet.

Trois mois sont ensuite consacrés à l'atteinte du deuxième objectif spécifique, soit l'utilisation de la « fiche de repérage des signes d'escalade » et des stratégies de diversion par le biais de l'occupationnel. Pour soutenir le personnel soignant dans l'implantation, j'ai été présente régulièrement sur l'unité de la résidente, à différents moments de la journée et en soirée. Plusieurs interventions ponctuelles sont réalisées, permettant de faire du modelage avec le personnel soignant des quarts de jour et de soir, ainsi que de renforcer l'utilisation des outils occupationnels suggérés. Il s'agit d'intervenir auprès de la résidente lorsqu'elle manifeste des SCPD, en présence d'un préposé aux bénéficiaires qui observe mon approche et tente de la reproduire par la suite. Cependant, peu de membres du personnel soignant avaient pris connaissance de la fiche de repérage, ce qui a limité l'utilisation immédiate des interventions inscrites pour agir en prévention.

Une augmentation de l'utilisation des contentions physiques par le biais du 2/3 de porte est observée en après-midi et en soirée au mois de décembre 2024. Cette hausse s'explique par une rotation accrue du personnel soignant, notamment en raison des congés pendant le temps des Fêtes. En effet, les remplaçants des employés réguliers n'avaient pas pris connaissance de la « fiche de repérage des signes d'escalade » et ne connaissaient pas bien la cliente, ce qui a limité l'efficacité des interventions et réduit les occasions de prévenir l'escalade vers des réactions agressives avant qu'il y ait altercations avec les autres résidents. De plus, l'augmentation du nombre de visiteurs pendant les Fêtes constitue un autre facteur contribuant à la surstimulation de la résidente et pouvant mener à l'apparition de comportements d'agressivité.

Pour faciliter la diffusion de la fiche aux différents quarts de travail et au roulement du personnel, une capsule vidéo explicative est mise en place en janvier 2025. Le personnel soignant fût invité à visionner cette courte capsule vidéo que j'ai créée, afin de recevoir les explications liées à la fiche et d'optimiser son utilisation. À la suite de cette écoute, une feuille de signature devait être remplie pour assurer un suivi, sous la responsabilité de l'infirmier-chef de l'unité. Ainsi, plusieurs acteurs sont impliqués dans l'atteinte de cet objectif spécifique. Au total, 8 membres du personnel soignant, majoritairement des préposés aux bénéficiaires et des infirmiers auxiliaires, ont signé la feuille attestant du visionnement de la capsule vidéo et de la lecture de la fiche, ce qui est peu comparé au nombre total d'employés fournissant des soins à la résidente. Toutefois, le visionnement de la capsule vidéo reste supérieur à une simple lecture tentée précédemment.

Les mois de janvier et février 2025 sont consacrés à poursuivre l'implantation de la « fiche de repérage des signes d'escalade ». J'ai aussi poursuivi le modelage auprès du personnel soignant, ainsi que le renforcement de l'utilisation du matériel adapté. Le troisième objectif spécifique a également été réalisé grâce aux activités hebdomadaires de l'éducatrice spécialisée en animation loisir, offertes depuis le début de l'implantation du plan d'intervention, soit en novembre 2024.

5. RÉSULTATS

Le plan d'intervention a été réévalué en mars 2025. L'équipe soignante rapporte une diminution des manifestations des SCPD, incluant les réactions agressives et les altercations avec les autres résidents. La contention chimique n'était plus utilisée, à l'exception du Dilaudid, administré pour soulager les douleurs de la cliente. La contention physique par le biais du deux tiers de porte était encore utilisé au besoin, mais à l'occasion. On observe donc une diminution de la fréquence et de l'intensité des comportements agressifs, ainsi qu'une réduction du recours aux mesures de contrôle, depuis la mise en place du plan d'intervention et de ses outils. Parmi ceux-ci, la « fiche de repérage des signes d'escalade », ainsi que ma présence terrain pour faire du modelage à l'aide de capsules vidéo et d'interventions sur le terrain, ont eu des impacts significatifs. De plus, une amélioration de l'humeur est notée, caractérisée par une attitude plus joyeuse et souriante chez la résidente, suite à la participation aux activités de groupe et individuelles. Madame est décédée au cours du mois de mars 2025.

En avril 2025, un questionnaire d'évaluation des résultats, portant notamment sur les interventions non pharmacologiques proposées, est administré au personnel de l'équipe soignante régulière du quart de jour et du quart de soir (voir annexe G). Seulement quatre participants ont été ciblés, en raison du roulement de personnel, ce qui a limité l'administration du questionnaire aux acteurs significatifs du plan d'intervention. L'objectif était de recueillir des informations pertinentes et fiables concernant l'implantation du plan, le choix des moyens ciblés et les effets observés sur les comportements de la résidente. Les répondants devaient donc bien connaître la cliente et avoir été présents avant et pendant l'implantation du plan d'intervention, afin d'avoir une vue d'ensemble de la situation et de pouvoir comparer les résultats. Le personnel soignant ciblé exerce également différentes fonctions, afin de recueillir des points de vue variés et complémentaires. Il s'agit d'infirmiers, d'infirmiers auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Ils étaient également assignés à différents quarts de travail, soit de jour et de soir.

En ce qui concerne l'écoute de la capsule vidéo explicative de la « fiche de repérage des signes d'escalade », une personne sur quatre indique ne pas l'avoir visionnée, car elle n'était pas informée de la démarche. Cette réponse met en évidence la difficulté à assurer la transmission des informations dans une équipe sujette à des changements constants, malgré la présence de quelques membres stables. Toutefois, bien que cette personne n'ait pas vu la vidéo, elle avait tout de même pris connaissance de la fiche et elle était donc en mesure d'appliquer les interventions, selon sa compréhension de la lecture.

Les résultats du questionnaire indiquent que les interventions figurant sur la « fiche de repérage des signes d'escalade » étaient utilisées quotidiennement. Cependant, leur efficacité pour prévenir l'escalade des comportements n'est pas perçue de manière unanime. En effet, deux membres du personnel soignant affirment qu'elles sont toujours efficaces, tandis qu'un autre indique qu'elles ne le sont qu'une fois sur cinq et un autre une fois sur deux. L'infirmier-chef de l'unité croit que l'application des interventions n'est pas optimale, en raison d'un manque de formation initiale du personnel soignant. Un autre commentaire souligne que les interventions ne sont pas efficaces lorsque la résidente est déjà en crise, ce qui démontre une difficulté à intervenir de manière préventive, malgré les outils disponibles et le modelage réalisé à cet effet. Cela dit, ces outils représentent un levier important pour soutenir le personnel soignant non régulier, c'est-à-dire, qui travaille peu sur cette unité et auprès de la résidente. Finalement, une réduction de 25 à 50 % de l'utilisation des mesures de contrôle a été observée chez Madame, selon les répondants au questionnaire. Tous les membres du personnel interrogés s'accordent à dire que les interventions non pharmacologiques, le modelage et la présence d'une stagiaire à la maîtrise en psychoéducation sur le terrain sont essentiels pour provoquer des changements à ce niveau.

Il faut également prêter attention aux questions 1 et 2, qui concernent l'identification des répondants, notamment leur niveau d'expérience et leur ancienneté auprès de la clientèle et de la problématique de SCPD. Il est possible d'observer que plus le personnel soignant est formé, plus il tend à rester en poste sur une longue période de temps. En effet, l'infirmier

et l'infirmier auxiliaire sont en poste depuis plus de cinq ans, alors que les préposés aux bénéficiaires interrogés ont une ancienneté d'un à cinq ans. On peut donc émettre l'hypothèse que le niveau de formation a un impact sur le roulement du personnel au sein d'une équipe. Cette hypothèse est cohérente avec les observations précédentes, notamment le fort taux de remplacement chez les préposés aux bénéficiaires de l'unité. Cela renforce la nécessité d'offrir des formations et un soutien interne pour accompagner les employés qui prodiguent des soins à cette clientèle.

Considérant le décès de la résidente, le plan d'intervention et ses moyens n'ont pas été révisés. Toutefois, à la lumière des résultats, il aurait été pertinent d'ajouter un objectif lié à la création d'une routine personnalisée, incluant des moments occupationnels. En effet, le personnel soignant avait de la difficulté à repérer les signes d'escalade et à utiliser les moyens occupationnels prévus dans la fiche de repérage au moment opportun. L'ajout d'un horaire structuré aurait permis d'identifier un moment significatif de la journée, généralement associé aux comportements problématiques et d'y intégrer une activité fixe. Enfin, l'ajout de repères visuels pour favoriser l'orientation spatio-temporelle, ainsi que la collaboration de la résidente à se reposer dans sa chambre pour diminuer la sursimulation, aurait aussi pu constituer un objectif supplémentaire, car elle refusait parfois de s'y rendre, malgré les interventions mises en place.

6. DISCUSSION

En regard des résultats obtenus suite à la réalisation complète de la démarche clinique en psychoéducation, une diminution des SCPD liés à l'agressivité physique a été constatée chez la résidente ciblée. En effet, celle-ci présentait des réactions agressives pouvant mener à des altercations physiques avec d'autres résidents de l'unité. Les moyens d'intervention employés par le personnel soignant reposaient principalement sur des mesures de contrôle, notamment la contention chimique et physique. Cependant, ces solutions ne présentaient qu'une efficacité temporaire et les SCPD continuaient de se manifester, alimentant une problématique récurrente et menant à une impasse sur le plan des interventions. La présence d'une stagiaire en psychoéducation sur l'unité, chargée d'évaluer le dossier de la résidente et d'amorcer une démarche clinique, a toutefois eu un effet bénéfique sur le plan comportemental.

L'évaluation psychoéducative, incluant les périodes d'observation et d'essais, a permis d'identifier l'élément déclencheur de la problématique. Il s'agissait d'un déséquilibre entre la surstimulation et la sous-stimulation dans le milieu de vie. Les comportements agressifs observés étaient donc une réponse adaptative, cohérente avec les capacités résiduelles de la résidente, utilisée pour répondre à un besoin de contrôle et de protection face aux stimuli environnementaux qu'elle percevait comme étant intrusifs dans son milieu de vie. Afin de prévenir l'apparition de ces comportements, il était essentiel de modifier l'environnement de la résidente pour rétablir un équilibre. Autrement dit, il s'agissait de lui proposer du matériel occupationnel lui permettant de concentrer son attention sur une activité plaisante, plutôt que sur les stimuli perturbateurs générés par les autres résidents dans les aires communes, qu'elle percevait comme étant des invités dans sa maison.

Il faut toutefois tenir compte du fait que la résidente est décédée en mars 2025, alors que la passation du questionnaire d'évaluation des résultats des interventions a eu lieu en avril 2025. En CHSLD, les décès sont fréquents. Il s'agit d'une réalité propre à ce milieu, qu'il convient de prendre en considération dans toute démarche clinique. Par conséquent, il est

possible que les résultats aient été influencés par le décès de la résidente. Cela pourrait constituer un biais de compassion post-mortem, c'est-à-dire un refus, souvent inconscient, de porter un jugement critique sur une personne décédée, par respect ou par malaise. Il se peut donc que certaines réponses au questionnaire aient été plus favorables qu'elles ne l'auraient été de son vivant, atténuant ainsi la gravité perçue de la situation ou des comportements observés.

6.1 Défis et limites rencontrés

Tout d'abord, le roulement de personnel a limité la diffusion efficace de l'information au sein des équipes de travail. Plusieurs membres du personnel soignant n'étaient pas informés de la présence d'une stagiaire en psychoéducation sur l'unité, ni de son rôle ou de son mandat. Son intégration était donc empreinte de défi.

Ensuite, la diffusion des plans d'intervention n'a pas été fluide ni optimale. Il a été observé que le personnel soignant ne disposait pas du temps nécessaire pour prendre connaissance de ces documents, souvent exhaustifs, ce qui pouvait décourager leur lecture. Le besoin d'obtenir un outil plus simple, concret et facilement applicable dans le quotidien est apparue comme étant nécessaire pour poursuivre la démarche clinique. C'est dans cette optique que les « fiches de repérage des signes d'escalade » ont été créées. Cependant, malgré l'adaptation de cet outil, la majorité des membres du personnel n'en connaissait pas l'existence, ni son utilité en contexte d'intervention. Pour pallier cette lacune, des capsules vidéo explicatives des fiches ont été mises en place afin de rejoindre un maximum de soignants, tous quarts de travail confondus, incluant les nouveaux employés. Toutefois, ce n'est pas tous les membres du personnel qui ont écoutés les capsules vidéo, malgré ces ajustements et le support de l'infirmier-chef dans la diffusion. La communication des renseignements entre les équipes de travail demeure un défi important à ce jour.

Un autre enjeu majeur concerne le manque de formation pratique du personnel soignant. Bien que quelques formations théoriques en ligne sur les SCPD soient obligatoires pour les nouveaux employés, aucun accompagnement terrain n'est offert pour favoriser

l'application concrète de ces notions auprès des résidents. Il s'agit d'un besoin important en matière de modelage adapté aux caractéristiques spécifiques de chaque résident. Ce défi est accentué par le roulement de personnel ou l'affectation ponctuelle d'employés à différentes unités, ce qui empêche une connaissance approfondie des résidents, notamment leurs préférences, leur histoire de vie, les signes précurseurs des SCPD et les interventions efficaces à leur égard. Par ailleurs, cette lacune en formation s'étend également à la compréhension des TNC en général. Le personnel soignant n'a souvent pas le réflexe d'utiliser du matériel adapté, car il n'est pas suffisamment informé des bénéfices qu'il peut apporter. La culture du milieu reste fortement axée sur les soins physiques et les tâches techniques, ce qui freine l'élargissement des interventions à des approches plus occupationnelles et moins pharmacologiques. Encore une fois, l'absence d'accompagnement sur le terrain limite la possibilité de constater concrètement les effets positifs de l'utilisation d'une approche adaptée et du matériel occupationnel sur les manifestations comportementales des résidents.

Enfin, un défi persiste dans l'identification des signes précurseurs à l'escalade comportementale chez les résidents. Le personnel soignant n'assure pas toujours une vigie constante de ces signes, ce qui compromet l'efficacité des interventions préventives. Plus le niveau d'escalade est élevé, plus il devient difficile d'intervenir efficacement sans recourir aux mesures de contrôle. Ce problème est étroitement lié au roulement de personnel, puisque les nouveaux employés ne connaissent pas suffisamment les caractéristiques individuelles des résidents pour repérer les signes non-verbaux en amont.

6.2 Pertinence de la psychoéducation dans les CHSLD

La présence d'une stagiaire en psychoéducation au CHSLD a permis de répondre à plusieurs besoins dans le milieu, notamment en lien avec les enjeux comportementaux observés sur les unités prothétiques. En effet, la psychoéducation permet de cibler les capacités et les difficultés adaptatives à l'origine des manifestations comportementales, c'est-à-dire, les SCPD, en se centrant sur les besoins du résident évalué tout en considérant ceux du milieu de vie. Cette expertise améliore la compréhension de la fonction des

comportements et permet de proposer des stratégies adaptées à chaque situation. Il s'agit de prendre du recul et d'effectuer une évaluation complète des comportements du résident, afin de formuler des recommandations et de concevoir un plan d'intervention spécifique à la gestion comportementale. De plus, l'approche psychoéducative repose sur les schèmes relationnels, essentiels à la création d'un lien de confiance, tant avec les résidents qu'avec les membres du personnel soignant. Cette approche constitue une force en psychoéducation, particulièrement dans les milieux où l'on vise des changements significatifs. Elle permet de comprendre les craintes liées à ces changements, d'être présent pour accompagner les acteurs concernés et de faire preuve d'empathie tout au long du processus.

La psychoéducation implique également une vision d'ensemble de la problématique. Ainsi, les psychoéducateurs et psychoéducatrices peuvent formuler des recommandations d'ordre environnemental adaptées aux milieux de soins : modifications de l'environnement physique, création d'outils pour soutenir les soignants, accompagnement dans l'ajustement des approches, etc. Cette vision globale intègre les observations et les opinions du personnel soignant, qui passe la majeure partie de leur temps auprès des résidents. Ces informations sont cruciales à l'élaboration d'un plan d'intervention cohérent et favorisent l'engagement des soignants dans son application, surtout lorsqu'ils sont engagés tout au long du processus clinique. La psychoéducation est une profession intégrative par nature, puisqu'elle reconnaît l'expertise de chaque intervenant, ce qui facilite grandement le travail collaboratif interdisciplinaire en CHSLD.

Par ailleurs, la psychoéducation utilise du matériel adapté pour intervenir efficacement auprès de sa clientèle. En CHSLD, il s'agit principalement de moyens permettant d'offrir des moments occupationnels aux résidents. Comme le personnel soignant dispose de peu de temps pour animer des activités, les suggestions doivent être simples, concrètes et adaptées aux capacités résiduelles des résidents, afin qu'ils puissent y participer de manière autonome ou avec un minimum de stimulation. L'objectif est d'impliquer les résidents dans des tâches compatibles avec le fonctionnement du milieu de vie, sans nuire à l'organisation

de travail des soignants. Pour recommander des activités et des stratégies d'intervention adaptées à une problématique comportementale liée aux SCPD, le processus clinique d'évaluation psychoéducative est essentiel. Le fait de tester divers matériels occupationnels et stratégies d'intervention, puis d'en consigner les effets dans le dossier clinique, permet d'enrichir les observations et de cibler ce qui a réellement des effets positifs sur le résident, sans alourdir la charge de travail du personnel. On peut ainsi recommander une approche, des interventions et du matériel ayant démontré leur efficacité, dans le plan d'intervention.

La gestion des SCPD en CHSLD représente un défi constant pour le personnel soignant. Ces derniers ont besoin d'accompagnement pour intervenir de manière adéquate, notamment en développant leurs connaissances quant aux bonnes approches face aux TNC, ainsi que des mesures alternatives aux contentions chimiques et physiques, notamment par le biais des interventions non-pharmacologiques. J'ai offert des formations théoriques, mais également des formations pratiques à travers le modelage. Plusieurs membres du personnel ont d'ailleurs rapporté une amélioration de leurs stratégies d'intervention grâce à sa présence sur le terrain. Elle est intervenue de manière ponctuelle lors de situations de crise, en appliquant une approche adaptée aux TNC. Cette forme d'apprentissage informelle est bénéfique, car l'expérience vécue est significative et reste ancrée chez les soignants.

Enfin, la psychoéducation comprend aussi un volet de rôle-conseil. Celui-ci peut s'intégrer de manière informelle aux formations de groupe, au modelage ou aux discussions cliniques avec les autres professionnels du milieu de vie. Il peut également être offert de façon plus structurée, en accompagnant un employé ciblé qui éprouve des difficultés dans l'exercice de ses fonctions ou dans la réalisation de son mandat. Étant donné leur expertise en matière de comportements adaptatifs, les psychoéducateurs et psychoéducatrices sont bien outillés pour jouer ce rôle et partager leurs connaissances à cet effet.

6.3 *Recommandations*

La présence d'une psychoéducatrice ou d'un psychoéducateur en CHSLD représente une valeur ajoutée significative, tant pour les résidents que pour les équipes soignantes. Grâce à son approche centrée sur l'humain, la psychoéducation permet de mieux comprendre les comportements perturbateurs en identifiant les besoins sous-jacents, ce qui mène à des interventions plus ciblées, humaines et efficaces. Elle offre également un soutien concret aux équipes en favorisant la collaboration interdisciplinaire, en proposant des stratégies adaptées et en jouant un rôle-conseil essentiel auprès du personnel. Par son regard global, la psychoéducation permet d'agir autant sur l'environnement que sur les pratiques professionnelles, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie des résidents et à réduire la charge de travail du personnel soignant, notamment en ce qui a trait à la gestion des SCPD. Il serait donc important d'intégrer cette profession au sein des équipes de travail, notamment au CHSLD de Rouyn-Noranda. De plus, la psychoéducation est complémentaire à l'éducation spécialisée. Tel que mentionné précédemment, l'éducatrice spécialisée actuellement en poste exerce un mandat principalement axé sur la gestion et l'animation des services de loisirs. Elle n'a donc pas l'occasion d'intervenir spécifiquement sur les problématiques comportementales dans le cadre de ses fonctions. Il serait pertinent d'ajouter ce volet au CHSLD de Rouyn-Noranda, afin de faciliter l'implantation des plans d'intervention et d'assurer un accompagnement terrain plus fréquent, notamment sous forme de modelage, auprès du personnel soignant.

Lorsque les membres du personnel soignant sont adéquatement outillés en ce qui concerne les bonnes pratiques à adopter auprès des personnes présentant un TNC et des SCPD et qu'ils bénéficient d'un accompagnement concret pour mettre en application les interventions recommandées, ils se sentent plus confiants d'utiliser des approches non-pharmacologiques et du matériel adapté pour la gestion des comportements. Cela contribue également à réduire les craintes liées à la diminution des mesures de contrôle. Par le fait même, il serait essentiel d'informer le personnel soignant sur les normes encadrant l'utilisation de ces mesures, ainsi que sur les effets négatifs qu'elles peuvent engendrer.

Ces nouvelles connaissances permettront de privilégier des stratégies d'intervention alternatives, plus respectueuses et efficaces.

En bref, il est impératif d'intégrer un volet en psychoéducation, en complémentarité avec un mandat d'éducation spécialisée spécifiquement dédié à la gestion des SCPD, afin de répondre de façon plus ciblée aux besoins de cette clientèle et de soutenir adéquatement les équipes de soins.

CONCLUSION

Ce projet a permis de mettre en lumière l'ampleur et la complexité des TNC accompagnés de SCPD chez les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). À travers l'étude de cas réalisée, il a été possible d'illustrer l'importance d'une évaluation psychoéducative rigoureuse et personnalisée pour mieux comprendre les comportements observés, ainsi que pour cibler des interventions et des moyens adaptés aux besoins spécifiques de chaque résident.

L'analyse des différentes approches pharmacologiques a mis en évidence leurs limites, notamment en ce qui concerne leurs effets secondaires, ainsi que l'efficacité et la pertinence d'utiliser des interventions non-pharmacologiques. Les stratégies non-pharmacologiques, telles que la personnalisation du milieu de vie, les techniques de communication, la réminiscence, la stimulation cognitive et la valorisation de l'histoire de vie, offrent des pistes d'intervention concrètes et humanisantes pour améliorer la qualité de vie des aînés tout en réduisant l'incidence des SCPD.

Ce travail souligne également le rôle essentiel de la psychoéducation dans les milieux de soins, en favorisant une approche centrée sur la personne, empreinte d'empathie, de compréhension et de respect. Finalement, pour assurer des interventions durables et éthiques, la formation continue du personnel, la sensibilisation à l'importance des approches relationnelles, ainsi que la collaboration interdisciplinaire demeurent des leviers incontournables pour accompagner les personnes âgées atteintes de TNC.

Dans un contexte où les CHSLD font face à des défis constants liés à la gestion des SCPD et au soutien du personnel, la psychoéducation s'impose comme une profession-clé, capable de concilier expertise clinique, accompagnement humain et amélioration continue des milieux de vie. Cette pertinence se fait d'autant plus sentir alors que d'importants changements s'amorcent au sein des CHSLD. Il devient impératif de reconnaître pleinement la contribution unique de la psychoéducation et de créer des postes qui lui sont

dédiés, afin de soutenir efficacement ces transitions et d'assurer une évolution cohérente et humaine des milieux de vie, ainsi que des services offerts en gériatrie.

ANNEXE A – TABLEAU DES TYPES D'ERRANCE

Errance de recherche	L'ainé cherche quelque chose, tel qu'un lieu ou un objet ou est à la recherche d'une personne. Ces déambulations sont souvent chargées d'anxiété avec des comportements de sollicitations fréquentes auprès des autres personnes présentes. Les tentatives de raisonnement ou d'apaisement peuvent déclencher des réactions défensives. La validation peut être aidante.
Errance d'éloignement	L'ainé présente un désir de fuite. Cette errance représente la non-acceptation ou la non-reconnaissance du lieu dans lequel il se trouve. Il peut également s'agir d'un désir de liberté. Cette forme d'errance est associée au phénomène d'égarement.
Errance exploratoire	L'ainé erre en ouvrant les portes, en manipulant des objets trouvés au hasard, en fouillant dans les placards, etc. C'est une forme de déambulation paisible, mais associée à l'intrusion dans l'espace personnel d'autrui.
Errance compulsive	L'ainé qui erre de façon compulsive présente généralement des atteintes sévères et communique peu. Il s'arrête rarement dans sa déambulation, malgré qu'il soit interpellé. Son trajet est linéaire et stéréotypé et il peut marcher jusqu'à l'épuisement. Cette forme d'errance affecte l'administration des soins et elle est associée au risque de bousculer autrui.
Errance de turbulence nocturne	L'ainé erre la nuit en mode exploratoire. Toutefois, cette forme d'errance est souvent associée à une activité de la vie quotidienne, telle que l'habillage, l'alimentation, etc. Il s'agit d'une problématique d'instabilité du sommeil.
Errance de talonnage	L'ainé erre en talonnant une personne, de façon continue ou sporadique. Il peut se traduire par de l'ennui ou un désir de contact humain ou de communiquer un besoin insatisfait.

(Voyer, 2020, p. 514)

ANNEXE B – GRILLE ABC**GRILLE D'ANALYSE DU COMPORTEMENT ABC**

NOM DE L'USAGER : _____

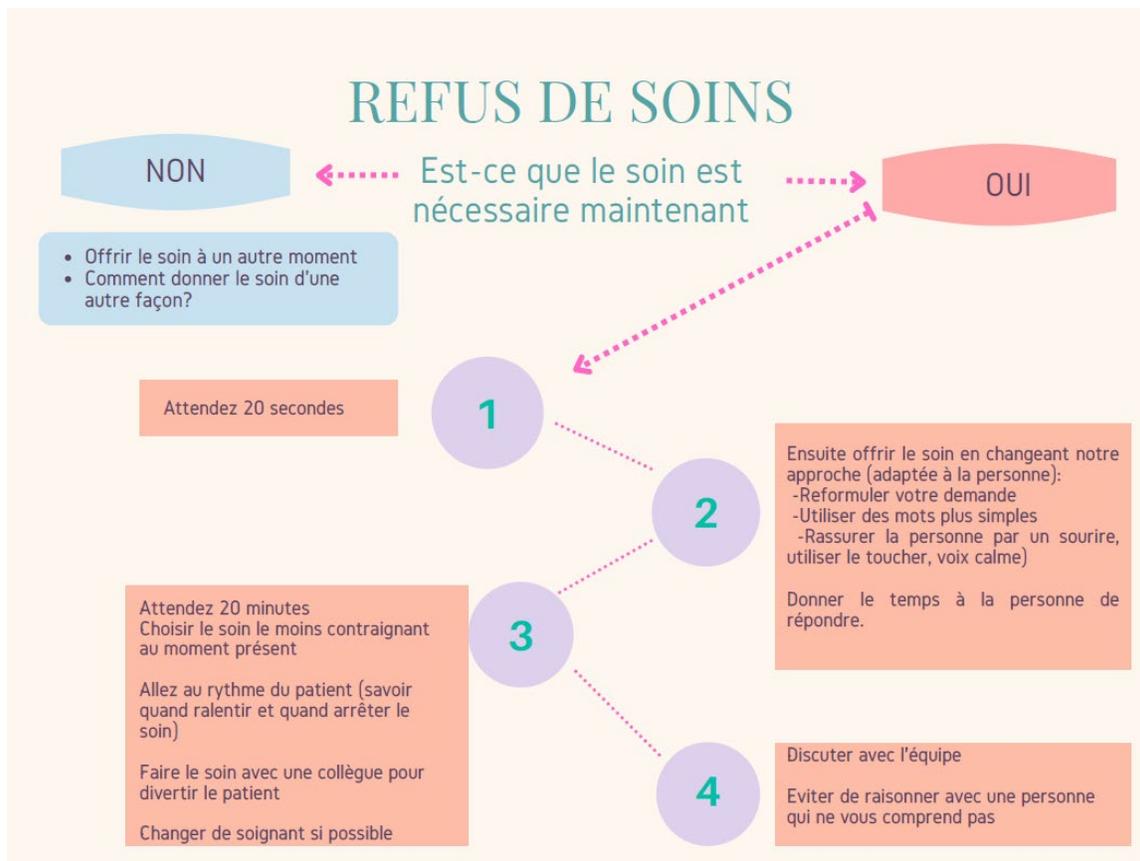
DATE : _____

COMPORTEMENT CIBLÉ : _____

ANTÉCÉDENTS	COMPORTEMENT	CONSÉQUENCES

NOTES :

ANNEXE C – DÉMARCHE CLINIQUE DE GESTION DU REFUS



(Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2024)

ANNEXE D – GRILLE DE FRAGMENTATION DES SOINS

Fragmentation des soins d'hygiène

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Cheveux							
Visage							
Cou							
Poitrine/abdomen							
Dos							
Parties génitales Siège	Aux changements de culottes						
Mains							
Jambes							
Pieds							

(Labonté, 2022)

ANNEXE E – INSTRUMENTS DE MESURE

Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield version française a été créée en 1986 et elle est utilisée pour objectiver et quantifier les comportements d'agitation et d'agressivité constituant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) courant chez les individus atteints d'un trouble neurocognitif majeur. L'objectif est de connaître la fréquence, l'intensité et le niveau de dangerosité des comportements, afin d'adapter les interventions. L'instrument de mesure comprend 29 items sur une échelle de 0 à 7. Les 29 items sont divisés selon 4 sous-échelles, soit l'agitation physique non agressive, l'agitation verbale non agressive, l'agitation et agressivité physiques et l'agitation et agressivité verbales (Deslauriers et al., 2010).

Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 29 items version longue

Nom du patient : _____ Prénom du patient : _____

Date de naissance du patient : _____ Sexe : [M] [F] Date du test : _____

Nom du référent : _____ (conjoint - enfant - soignant - autre) : _____

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

0 = non évaluable	4 = quelques fois au cours de la semaine
1 = jamais	5 = une à deux fois par jour
2 = moins d'une fois par semaine	6 = plusieurs fois par jour
3 = une à deux fois par semaine	7 = plusieurs fois par heure

		FRÉQUENCE							
		0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	1. Cherche à saisir								
	2. Déchire les affaires								
	3. Mange des produits non comestibles								
	4. Fait des avances sexuelles physiques								
	5. Déambule								
	6. Se déshabille, se rhabille								
	7. Attitudes répétitives								
	8. Essais d'aller ailleurs								
	9. Manipulation non conforme d'objets								
	10. Agitation généralisée								
	11. Recherche constante d'attention								
	12. Cache des objets								
	13. Amasse des objets								
Agitation verbale non agressive	14. Répète des mots, des phrases								
	15. Se plaint								
	16. Émet des bruits bizarres								
	17. Fait des avances sexuelles verbales								
Agitation et agressivité physiques	18. Donne des coups								
	19. Bouscule								
	20. Mord								
	21. Crache								
	22. Donne des coups de pied								
	23. Griffes								
Agitation et agressivité verbales	24. Se blesse, blesse les autres								
	25. Tombe volontairement								
	26. Lance les objets								
	27. Jure								
	28. Est opposant								
	29. Pousse des hurlements								
Score total									

© PU DUSSET - eusset@chu.toulouse.fr
Version française traduite et validée par Miras M., Dusser P., Verhas R.
Références : Miras M., Dusser P., Verhas R.
Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle
de Cohen-Mansfield, La Revue Française de Psychiatrie et Psychol. Médicale 1997 ; 151-157.

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

ÉCHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

Échelle de déambulation d'Algase

L'échelle de déambulation d'Algase version française a été créée en 1986 et elle a été révisée en 2004. Il s'agit d'un instrument d'observation utilisé dans les CHSLD et ayant pour objectif d'évaluer le comportement d'errance sous trois angles, soit la marche persistante, l'orientation spatiale et les comportements de fugue et ainsi, mieux connaître la cause de la problématique. L'instrument de mesure comprend 29 items sur une échelle de 0 à 7. Les 29 items sont divisés selon 4 sous-échelles, soit l'agitation physique non agressive, l'agitation verbale non agressive, l'agitation et agressivité physique et l'agitation et agressivité verbale (Chabane-Sari Achouri, 2013).

Echelle révisée de déambulation d'Algase – Soins de longue durée

Elodie MARTIN, Nathalia BIESSY-DALBE, Jean-Michel ALBARET, Donna L. ALGASE
Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse - 133, rte de Narbonne - 31062 Toulouse cedex 9

Nom:.....

Date:.....

Pour chacune des propositions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux au comportement de votre patient au cours de la semaine écoulée

1 - Le patient présente une diminution de la marche spontanée

- 1 - ne marche jamais seul sauf si on l'y incite
- 2 - marche le minimum, par exemple pour aller à la salle de bain
- 3 - marche moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - marche autant ou plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

2 - Le patient se perd

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

3 - Le patient marche de son propre chef

- 1 - seulement s'il est incité
- 2 - occasionnellement durant la journée
- 3 - fréquemment durant la journée
- 4 - presque constamment durant la journée

4 - Le patient tente de quitter son service

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

5 - Le patient ne peut pas localiser la salle de bain sans aide

- 1 - ne nécessite pas d'aide
- 2 - nécessite parfois de l'aide
- 3 - nécessite souvent de l'aide
- 4 - nécessite toujours de l'aide

6 - Le patient ne peut pas localiser la salle à manger sans aide

- 1 - ne nécessite pas d'aide
- 2 - nécessite parfois de l'aide
- 3 - nécessite souvent de l'aide
- 4 - nécessite toujours de l'aide

7 - Le patient s'enfuit

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

8 - Le patient rentre dans des zones non autorisées

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

9 - Le patient marche sans répit

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

10 - Le patient va et vient

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

11 - Le patient ne peut pas localiser sa propre chambre sans aide

- 1 - ne nécessite pas d'aide
- 2 - nécessite parfois de l'aide
- 3 - nécessite souvent de l'aide
- 4 - nécessite toujours de l'aide

12 - Le patient marche entre le petit déjeuner et le repas du midi

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

13 - Le patient marche entre le midi et le repas du soir

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

14 - Le patient marche entre le repas du soir et le coucher

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

15 - Le patient retourne dans son service après l'avoir quitté sans s'en apercevoir

- 1 - jamais
- 2 - une seule fois
- 3 - plus d'une fois mais pas souvent
- 4 - souvent

16 - Le patient marche entre le lever et le petit déjeuner

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

17 - Le patient marche sans but

- 1 - il a toujours un but ou une destination identifiable
- 2 - il a souvent un but ou une destination identifiable
- 3 - il a quelquefois un but ou une destination identifiable
- 4 - il n'a jamais un but ou une destination identifiable

18 - Pendant qu'il marche seul, le patient se regroupe contre des obstacles ou contre d'autres patients

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

19 - Le patient présente une augmentation de la marche spontanée

- 1 - marche environ autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 2 - marche beaucoup plus que la moyenne mais s'assort par périodes
- 3 - marche beaucoup plus que la moyenne et s'assort rarement
- 4 - marche beaucoup plus que la moyenne et ne s'assort jamais

Marche persistante : items n° 1, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 19
Comportement de fugue : items n° 4, 7, 8, 15
Désorientation spatiale : items n° 2, 5, 6, 11, 17, 18

SCORES	MP (9 items)	CF (6 items)	DS (6 items)
Scores par sous-échelle	/36	/16	/24
Moyenne par sous-échelle (score/nbre items)	/4	/4	/4
Score total (MP + CF + DS)			
	/76		
Moyenne totale	/4		

MP= marche persistante ; CF= comportement de fugue ; DS= désorientation spatiale

Sous-échelles	N	Moyenne (écart type)
Marche persistante /4	Non déambulants	50 1.79 (0.45)
	Déambulants	50 3.17 (0.60)
Comportement de fugue /4	Non déambulants	50 1.08 (0.34)
	Déambulants	50 2.16 (0.73)
Désorientation spatiale /4	Non déambulants	50 2.07 (1.01)
	Déambulants	50 2.93 (0.80)
Moyenne totale /4	Non déambulants	50 1.74 (0.39)
	Déambulants	50 2.89 (0.52)

Moyenne et écart-type de chaque sous-échelle pour les sujets déambulants et non déambulants (différence significative à p<0.01).

Échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

L'échelle ECPA a été créée en 2000 et elle est utilisée auprès de la clientèle âgée non-communicante, dans le but d'évaluer s'il y a présence de douleurs au quotidien ou pendant les soins et ainsi, échanger avec le personnel soignant pour adapter les interventions. L'échelle comprend 40 items sur une échelle de 0 à 4. Les items sont divisés selon 8 sous-échelles, soit l'expression du visage, la position spontanée au repos, les mouvements ou la mobilité et la relation à autrui avant les soins, puis l'anticipation anxieuse aux soins, les réactions pendant la mobilisation, les réactions pendant les soins des zones douloureuses et les plaintes exprimées pendant les soins (Aubin et al., 2007).

**EVALUATION COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude**	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer aux (jour(s) précédent(s)) ** ou prostration
N.B. : les écarts négatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI
Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer aux (jour(s) précédent(s))

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM :	Prénom :	Sexe :	Âge :	
Date :	Service :			
Heure :	Nom du Cotuteur :			

SCORE

Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R)

Le NPI a été créé en 1994 et traduit en français en 1998 par Robert Philippe. Cet inventaire permet de reconnaître les changements et identifier la gravité des comportements d'une personne atteinte d'un trouble neurocognitif, tels que les idées délirantes, les hallucinations, l'agitation, l'anxiété, l'euphorie, la désinhibition, l'irritabilité, les comportements moteurs aberrants, les troubles du sommeil et les troubles de l'appétit. Les comportements évalués doivent donc être nouveaux selon une période de temps donnée. L'instrument de mesure est administré auprès des proches aidants ou du personnel soignant. Il comprend 12 items sur deux échelles, soit celle de la gravité de 0 à 3 et celle des répercussions de 0 à 5 (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015).

Nom : _____ Prénom : _____ Âge: _____

Date : _____ Nom de l'évaluateur : _____

Type de relation avec le patient

- très proche/prodigue des soins quotidiens
 proche/s'occupe souvent du patient
 pas très proche/donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Consignes d'administration du NPI-R à l'intention du proche aidant

Présence

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question. Les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie, depuis la dernière évaluation ou depuis le début ou l'ajustement d'un traitement.

- Si le sujet (votre épouse, votre mari ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

Gravité

Si le sujet présente ce trouble, entourez la réponse **OUI** et évaluez la gravité du trouble du comportement avec l'échelle suivante (à quel point il est perturbant ou handicapant pour le patient) :

1. Léger : changement peu perturbant pour le patient
2. Moyen : changement plus perturbant pour le patient
3. Important : changement très perturbant pour le patient

Répercussion

Pour chaque trouble du comportement observé, il vous est aussi demandé d'évaluer la répercussion, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante (sur les plans émotionnel et psychologique) :

- | | | |
|----------------|---------------|---------------------------------|
| 0. Pas du tout | 2. Légèrement | 4. Sévèrement |
| 1. Minimum | 3. Modérément | 5. Très sévèrement, extrêmement |

Veillez encircler l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation et à celle du patient.

Domaines comportementaux	S.O.	Absent	Gravité	Répercussion
1. Idées délirantes	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
2. Hallucinations	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
3. Agitation/agressivité	x	0	1 2 3	1 2 3 4 5
4. Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
5. Anxiété	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
6. Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
7. Apathie/indifférence	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
8. Désinhibition	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
9. Irritabilité/instabilité	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
10. Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
11. Troubles du sommeil	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5
12. Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	1 2 3 4 5

Score total :

_____ /36 _____ /60

S.O. : question inadaptée (sans objet)

Grille d'observation comportementale hebdomadaire

Cette grille d'observation comportementale hebdomadaire a été créée par le gouvernement du Québec en 2017, dans le cadre de l'implantation du programme OPUS-AP. L'utilisation permet d'identifier le moment, la fréquence et la durée de la manifestation d'un à deux SCPD, afin d'obtenir une vue d'ensemble de la problématique et d'y ajuster les interventions (Gouvernement du Québec, 2017).

GRILLE D'OBSERVATION COMPORTEMENTALE (7 JOURS)

GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES (sept jours)															FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES
DATE															
HEURE	Comp.	Act-Int													
00h00															
01h00															
02h00															
03h00															
04h00															
05h00															
06h00															
07h00															
08h00															
09h00															
10h00															
11h00															
12h00															
13h00															
14h00															
15h00															
16h00															
17h00															
18h00															
19h00															
20h00															
21h00															
22h00															
23h00															

Légende : Comp = comportement, Act-Int = activité-intervention

Inspirée : CHCN (1993, révisé 1996), Francoeur, Louise IUGM

ANNEXE F – FICHE DE REPÉRAGE DES SIGNES D'ESCALADE

Date : Novembre 2024

Fiche de repérage et interventions pour : ██████████

Objectif : Utiliser des interventions spécifiques et du matériel occupationnel significatif dans le but de prévenir l'escalade d'agressivité et les altercations avec les autres résidents.



Comportements observés	Interventions à appliquer	Date de révision
<p>Madame présente des signes faciaux de colère : fronce les sourcils, n'est pas réceptive au contact physique et/ou verbal.</p> <p>Madame soupire.</p> <p>Madame hausse le ton et verbalise ses insatisfactions par rapport au milieu de vie ou aux autres résidents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Demander à Madame si elle a de la douleur, si elle a faim, soif, besoin d'aller à la salle de bain, etc. (besoins de base); → Valider les émotions de Madame et utiliser la diversion verbale : « je vous comprend, venez avec moi on va faire... »; → Inviter Madame à vous aider dans les tâches quotidiennes, par exemple, passer le balai, laver les tables, les murs et les fenêtres, etc. : « aidez-moi à faire X tâche » et fournir le matériel devant elle (facilite la compréhension); → Si Madame ne veut pas réaliser les tâches, l'inviter à s'occuper de son chien mécanique à sa chambre ou au salon; → Si Madame ne veut pas s'occuper de son chien mécanique, l'inviter à prendre une marche sur l'unité et discuter de son histoire de vie (tâches et animaux de la ferme, ses enfants, la cuisine, la religion). 	Mars 2025
<p>Madame insulte les autres résidents ou le personnel...</p> <p>Nomme : « Personne n'a d'affaire ici », traite les autres de « lâches ».</p> <p>** Peu de temps entre les insultes et les altercations physiques ! **</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Inviter Madame à manger une sucrerie à sa chambre (Pepsi et chocolat dans son mini-frigo); → Inviter Madame à regarder son album réminiscence à sa chambre; → Discuter avec Madame de son histoire de vie à sa chambre (tâches et animaux de la ferme, ses enfants, la cuisine, la religion); → Lui amener le chien mécanique à sa chambre. <p>À ce moment, Madame a besoin d'un temps de repos à sa chambre et nécessite la présence du personnel pour se calmer!</p>	Mars 2025

Signature : _____

(Labonté, 2024)

ANNEXE G – QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Questionnaire d'évaluation des interventions non-pharmacologiques

1. Depuis combien de temps travaillez vous auprès de la clientèle du CHSLD?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

Poste exercé : Infirmière auxiliaire.

2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la résidente?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

3. Avez-vous écouté la capsule vidéo explicative de la fiche de repérage des signes d'escalade de la résidente?

Oui	Non
-----	-----

4. Sur une échelle de 0 à 5, à quelle fréquence situez-vous l'utilisation de interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour intervenir auprès de la résidente?

0. Jamais	1. Une fois par semaine	2. Deux fois par semaine	3. Plus de trois fois par semaine	4. À tous les jours	5. Plusieurs fois par jour
-----------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---------------------	----------------------------

5. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous l'efficacité des interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour prévenir les comportements d'agressivité chez Mme. ?

1. Jamais efficace	2. Efficace une fois sur cinq	3. Efficace une fois sur deux	4. Efficace en tout temps
--------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

6. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous la diminution de l'utilisation des mesures de contention (2/3 de porte et médication) auprès de la résidente?

1. Aucune	2. 25%	3. 50%	4. 75%	5. 100%
-----------	--------	--------	--------	---------

7. Pensez-vous que nous devrions poursuivre l'élaboration de moyens non-pharmacologiques pour intervenir auprès de la clientèle?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

Modeling pertinent et efficace. Diminution de la contention chimique. Si on agit en prévention, il est possible de prévenir l'escalade de comportement et éviter la contention physique.

(Labonté, 2025)

Questionnaire d'évaluation des interventions non-pharmacologiques

1. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la clientèle du CHSLD?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

Poste exercé : *Assistant infirmier Chef*

2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la résidente?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

3. Avez-vous écouté la capsule vidéo explicative de la fiche de repérage des signes d'escalade de la résidente?

Oui	Non
-----	-----

4. Sur une échelle de 0 à 5, à quelle fréquence situez-vous l'utilisation de interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour intervenir auprès de la résidente?

0. Jamais	1. Une fois par semaine	2. Deux fois par semaine	3. Plus de trois fois par semaine	4. À tous les jours	5. Plusieurs fois par jour
-----------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---------------------	----------------------------

5. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous l'efficacité des interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour prévenir les comportements d'agressivité chez Mme. ?

1. Jamais efficace	2. Efficace une fois sur cinq	3. Efficace une fois sur deux	4. Efficace en tout temps
--------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

6. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous la diminution de l'utilisation des mesures de contention (2/3 de porte et médication) auprès de la résidente?

1. Aucune	2. 25%	3. 50%	4. 75%	5. 100%
-----------	--------	--------	--------	---------

7. Pensez-vous que nous devrions poursuivre l'élaboration de moyens non-pharmacologiques pour intervenir auprès de la clientèle?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

Besoin de formation et de présence terrain pour aider le personnel soignant.

Questionnaire d'évaluation des interventions non-pharmacologiques

1. Depuis combien de temps travaillez vous auprès de la clientèle du CHSLD?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

Poste exercé : PAB

2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la résidente?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

3. Avez-vous écouté la capsule vidéo explicative de la fiche de repérage des signes d'escalade de la résidente?

Oui	Non
-----	-----

4. Sur une échelle de 0 à 5, à quelle fréquence situez-vous l'utilisation de interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour intervenir auprès de la résidente?

0. Jamais	1. Une fois par semaine	2. Deux fois par semaine	3. Plus de trois fois par semaine	4. À tous les jours	5. Plusieurs fois par jour
-----------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---------------------	----------------------------

5. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous l'efficacité des interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour prévenir les comportements d'agressivité chez Mme. ?

1. Jamais efficace	2. Efficace une fois sur cinq	3. Efficace une fois sur deux	4. Efficace en tout temps
--------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

6. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous la diminution de l'utilisation des mesures de contention (2/3 de porte et médication) auprès de la résidente?

1. Aucune	2. 25%	3. 50%	4. 75%	5. 100%
-----------	--------	--------	--------	---------

7. Pensez-vous que nous devrions poursuivre l'élaboration de moyens non-pharmacologiques pour intervenir auprès de la clientèle?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

Difficile d'agir en prévention et d'intervenir quand Mme. est déjà en crise.

NE savait pas qu'il y avait une capsule vidéo.

Questionnaire d'évaluation des interventions non-pharmacologiques

1. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la clientèle du CHSLD?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

Poste exercé : PAB

2. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de la résidente?

Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans
-----------------	----------------------	---------------------	---------------

3. Avez-vous écouté la capsule vidéo explicative de la fiche de repérage des signes d'escalade de la résidente?

Oui	Non
-----	-----

4. Sur une échelle de 0 à 5, à quelle fréquence situez-vous l'utilisation de interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour intervenir auprès de la résidente?

0. Jamais	1. Une fois par semaine	2. Deux fois par semaine	3. Plus de trois fois par semaine	4. À tous les jours	5. Plusieurs fois par jour
-----------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------------	---------------------	----------------------------

5. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous l'efficacité des interventions inscrites sur la fiche de repérage des signes d'escalade pour prévenir les comportements d'agressivité chez Mme. ?

1. Jamais efficace	2. Efficace une fois sur cinq	3. Efficace une fois sur deux	4. Efficace en tout temps
--------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

6. Sur une échelle de 1 à 4, à combien situez-vous la diminution de l'utilisation des mesures de contention (2/3 de porte et médication) auprès de la résidente?

1. Aucune	2. 25%	3. 50%	4. 75%	5. 100%
-----------	--------	--------	--------	---------

7. Pensez-vous que nous devrions poursuivre l'élaboration de moyens non-pharmacologiques pour intervenir auprès de la clientèle?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

Très pertinent, surtout pour le personnel soignant non-régulier. considère les observations du personnel soignant dans les recommandations.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Aimé, A., Coutu, S., Lafantaisie, V. et Maïano, C. (2020). *L'ABC de la psychoéducation*. Presses de l'Université du Québec.
- Anseau, M., Pitchot, W. et Scantamburlo, G. (2012). Approche clinique et thérapeutique de la dépression chez la personne âgée. *Revue médicale liège*, (67)11 566-572. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/162413/1/Approche%20clinique%20et%20th%a9rapeutique%20de%20la%20d%a9pression%20chez%20la%20personne%20a2g%a9e.%20Rev%20Med%202012%2c67%2c11%2c566-572.pdf>
- Aubin, M., Giguère, A., Hadjistavropoulos, T. et Verreault, R. (2007). L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain Research and Management* (12)3, 195-203. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2670710/#b68-prm12195>
- Belzile-Lavoie, M. et Vézina, J. (2017). Les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté : défis et pistes de solution. *La psychologie au quotidien*. Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763754314-011>
- Benny, M., Huot, A., Lalonde, J-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L. et Sergerie, M-A. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : une approche biopsychosociale*. Modulo.
- Bertrand-Goulet, A. (2024). *Plan d'action – Réduction des SCPD au CHSLD de Rouyn-Noranda*. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Biogen. (2017). *Comprendre la maladie d'Alzheimer*[vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ftz4-MIEr8Q>
- Boucher, L. (2014). Contribution de la réalité virtuelle à l'identification d'un déficit cognitif léger chez les personnes âgées. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7522/>
- Camicioli, R. (2006). Distinguer les différents types de démences. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, (8)4 4-11. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6973774/>

- Chabane-Sari Achouri, B. (2013). *Évaluation de la déambulation chez la personne âgée désorientée en EHPAD*. [Mémoire de maîtrise, Université Renée Descartes]. <https://ehpad.org/wp-content/uploads/2022/04/ACHOURI-CHABANE-SARI-Bahidja-2013.pdf>
- Créasources. (2020). *Le guide ultime des grilles d'observation pour l'intervenant*. <https://blog.creasources.ca/guide-ultime-des-grilles-observation/>
- Danko, M. (2017). *Perception et vécu subjectif de stigmatisation familiale chez le proche aidant d'une personne ayant reçu le diagnostic de maladie d'Alzheimer (MA)*. [Thèse de doctorat, Université Paul Valéry - Montpellier III]. <https://theses.hal.science/tel-01508555v1>
- Deramecourt, V., Lebert, F. et Pasquier, F. (2012). De la maladie de Pick aux démences fronto-temporales. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 196(2) 431-443. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919318370>
- Deslauriers, S., Dicaire, L., Landreville, P. et Verreault, R. (2010). Validité et fidélité de l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *La Revue canadienne du vieillissement* (20)3, 373-384. <https://doi.org/10.1017/S0714980800012836>
- Desmeubles, J-A., Lloret-Linares, C., Rodieux, F. et Piguet, V. (2018). Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables les enfants et les personnes âgées : Recommandations pratiques. *Revue médicale suisse*, 612(14) 1268-1278. https://www.revmed.ch/view/430443/3711078/RMS_612_1268.pdf
- Dorey, J-M., Herrmann, M., Lepetit, A., Schuster, J-P. et Von Gunten, A. (2019). Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans les troubles neurocognitifs de la personne âgée. *EMC psychiatrie*, (16)4 1-13. <https://www.e-ma2.fr/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/21-S1-10-Dorey-2.pdf>
- Dubé, V. et Kenmeugne, T-Y-A. (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. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/12/Kenmeugne-et-Dube-2023-RevueInfCliniciennevol20no1pp24-50.pdf>
- Durand, E., Poncet, F., Pradat-Diehl, P. et Renaud, A. (2000). Évolution d'une démence fronto-temporale en rééducation. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 43(3) 125-131. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(00\)88786-3](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(00)88786-3)

- El Haddad, M. (2016). *Clinique d'un état de dépression pseudo-déméntielle : entre la démence et la psychosomatique*. [Annales de psychologie]. Faculté des lettres et des sciences humaines. Université Saint-Joseph. <https://hal.science/hal-01333689v1/document>
- Fimbry, M. (2018). Des murales pour tromper l'errance en CHSLD. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1118310/murales-trompe-oeil-chsld-errance-tentatives-fugue#:~:text=Un%20nombre%20croissant%20de%20centres,l'errance%20chez%20les%20r%C3%A9sidents>.
- Gagnon-Dubreuil, V. (2023). Considérations entourant le droit au respect de la vie privée des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs. [Essai à la maîtrise en droit, Université de Sherbrooke]. BDTs. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/20732>
- Gold, G., Kohler, M-C. et Von Gunten, A. (2008). Les proches des personnes souffrant d'une démence. *Revue médicale Suisse*, 153(4) 988-993. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-153/les-proches-des-personnes-souffrant-d-une-demence#tab=tab-toc>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Guide d'utilisation : Grille d'observation comportementale 7 jours*. Santé et services sociaux. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/utilisation-optimale-medicaments-hebergement-longue-duree/1_grille-observation-guide-utilisation.pdf
- Huang, J. (2023). *Aphasie et apraxie*. Le manuel Merk. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/aphasie>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Portrait des personnes âgées au Québec - Faits saillants*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/portrait-personnes-aines-quebec-faits-saillants>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Inventaire neuropsychiatrique réduit (NPI-R)*. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/EquipeAmbulatoire_INESSSFicheOutil.pdf

- Kapps, A. (2013). *Étude descriptive quantitative et corrélacionnelle portant sur la perception de la qualité de vie des proches aidants de plus de 65 ans qui prennent soin d'un proche souffrant d'une problématique de démence*. [Mémoire de maîtrise]. Faculté de biologie et de médecine Université de Lausanne. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25201>
- Larochette, C. (2021). *Accompagner les proches-aidants confrontés à la maladie d'Alzheimer ou à un trouble apparenté : vers un programme en ligne centré sur la pleine conscience, la psychologie positive et l'acceptation*. [Thèse de doctorat, Université de Lille]. Byu Edu. <https://theses.fr/2020LILUH034>
- Lefebvre des Noëttes, V. (2021). Contention et isolement en gériatrie : entre principe de précaution et devoir d'humanité. *Annales Médico-Psychologiques*, 179(8) 731-734. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448721002523?via%3Dihub>
- Maltais, A. (2022). *Polypharmacie et pratiques de prescription de médicaments psychotropes et anticholinergiques chez les aînés québécois vivant en communauté et ayant reçu un diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble neurocognitif majeur entre 2015 et 2018*. [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus UL. <https://www.erudit.org/en/theses/laval/M/?page=5>
- Ménard, C., et Léveillé, C. (2016). Trouble neurocognitif : Quand la maladie (et le patient) frappe! *Le Médecin du Québec* (51)3, 21-26.
- Ménard St-Germain, V. (2013). *Schémas relationnels*. Unipsed.net. <https://unipsed.net/ressource/schemes-relationnels-2/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2024). *Gestion clinique de l'épisode de soins : Mesures de contrôle, contention, isolement et substance chimique*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/mesures-de-contrôle-e-contention-isolement-et-substance-chimique/#:~:text=La%20contention%2C%20l'isolement%20et,et%20libert%C3%A9s%20de%20la%20personne>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2025). *Utilisation optimale des médicaments en hébergement de longue durée (démarche intégrée OPUS-AP/PEPS)*. Documents et outils - Utilisation optimale des médicaments en hébergement de longue durée (démarche intégrée OPUS-AP/PEPS) - Professionnels de la santé – MSSS

- Nicolas, S., Piolino, P. et Plancher, G. (2014). Réalité Virtuelle et Mémoire Épisodique : Étude dans la maladie d'Alzheimer. *Neuropsychologia*, 50(5) 592-602. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22261400/>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2018). *Version abrégée du référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec*. <https://ordrepsed.qc.ca/publications/version-abregee-du-referentiel-de-competences-lie-a-l'exercice-de-la-profession-de-psychoeducatrice-ou-psychoeducateur-au-quebec/>
- Pepin, N. (2024). *La gestion des comportements sexuels inappropriés chez les personnes âgées avec trouble neurocognitif*. [Projet de maîtrise, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue]. Depositum. https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1624/1/noemie-pepin_memoire_2024-VF.pdf
- Rainfray, M. (2015). Comment prendre en charge les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs? *Cancer/Radiothérapie*, 19(1) 386-390. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2015.05.011>
- Rey, S. (2015). *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée – Guide pratique clinique pour les infirmières*. Centre intégré de santé et de services sociaux de Portneuf, direction soutien à l'autonomie des personnes âgées. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf
- Singh-Manoux, A. (2017). Actualités des facteurs de risque des démences. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(4-6) 731-738. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919304558>
- Talbot-Mahmoudi, C. (2015). Concept de réminiscence : évolution et applications en pratique clinique auprès de sujets âgés et dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, 7(2), 117-126. https://shs.cairn.info/article/RNE_072_0117?tab=texte-integral
- Université Teluq. (2022). *Apprentissage par l'observation*. https://wiki.teluq.ca/wikimedia/index.php/Apprentissage_par_l'observation
- Voyer, P. (2020). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Pearson ERPI.