

La Gérontoise

Volume 27, numéro 2 - Automne 2016

Du domicile à l'urgence

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérotoise
Automne 2016, vol. 27, no. 2

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary
Montréal, QC, H3W 1W5

site web : www.aqiig.org
courriel : info@aqiig.org
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG
Ginette Labbé

Rédaction

Rédactrices

Anne Bourbonnais
Véronique Dubé

Conseillère clinique
Johanne Senneville

Révisseuses linguistiques
France Collin
Olivette Soucy

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaboratrices

Anne Bourbonnais
Cécile Hardy
Nathalie Houle
Geneviève Leblanc
Olivette Soucy

Dépôt légal
2^e trimestre 2016 2016-11-26
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051

Politique éditoriale

La Gérotoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérontologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gérontogériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

Politique d'abonnement

La Gérotoise est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet www.aqiig.org, ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

Table des matières

4

Mot de la présidente

6

Éditorial

7

Les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et aux soins prodigués dans le contexte de la salle d'urgence : une revue narrative

Geneviève Leblanc

17

Intervention infirmière auprès des proches afin de prévenir l'état confusionnel chez les personnes âgées admises en salle d'urgence

Cécile Hardy

27

Revue des écrits sur la gestion des comportements par les familles des personnes âgées atteintes de la maladie d'alzheimer et vivant à domicile

Nathalie Houle

39

Qui pourrait vous intéresser...

40

Prix Céline-Goulet remis à Louise Francoeur

Olivette Soucy

Mot de la présidente



Chers collègues,

Je suis heureuse de vous saluer. À la suite de l'Assemblée générale annuelle du 21 avril dernier, j'ai été nommée présidente de votre conseil d'administration. Je tiens à remercier madame Francine Lincourt Éthier pour son implication au sein de l'Association comme présidente pendant plusieurs années. Son leadership est remarquable et son dynamisme a soudé les liens entre les membres de notre Association. Je remercie également mesdames Nancy Madore et Nicole Soulard, les nouveaux membres de votre conseil d'administration bien engagés à vous représenter.

La mission de l'AQIIG demeure, soit: promouvoir la qualité des soins et des services auprès de la clientèle âgée et de leurs proches, favoriser l'amélioration des compétences professionnelles en gérontogériatrie et valoriser les savoirs en partageant les nouvelles connaissances et en publiant les expériences cliniques gériatriques. Cependant, nous devons nous ajuster à la réalité d'un système de santé en grande transformation

qui n'est pas sans créer des inquiétudes auprès des infirmières et infirmiers de tous les milieux de soins. Nous voulons être là pour vous.

Votre contribution au sein de l'AQIIG est toujours bienvenue. Ainsi, si vous désirez organiser un souper-conférence dans votre milieu, il nous fera plaisir de vous accompagner dans cette activité. De même, si vous vivez des expériences inspirantes avec votre clientèle gériatrique, que vous êtes fière d'une initiative positive, que vous avez résolu un problème spécifique à la personne âgée, *La Gérontoise* est un lieu où vous pourriez nous les raconter. Le partage de vos innovations pourrait aider d'autres infirmières et infirmiers qui vivent des situations similaires.

En terminant, je sollicite votre soutien en vous invitant à renouveler votre adhésion à l'AQIIG et en recrutant de nouveaux membres auprès de vos collègues et compagnons de travail. Ensemble, plus nous serons nombreux, plus nous serons forts pour vivre tous ces changements dans le système de santé.

Soyons solidaires de notre Association!

Ginette Labbé
Présidente

Le Groupe Champlain inc. est un regroupement de treize (13) CHSLD privés conventionnés situés dans plusieurs régions du Québec. Le Groupe Champlain offre des services à des personnes qui, privées de leur autonomie physique ou intellectuelle, ont besoin d'un milieu de vie de qualité respectant leur individualité.



Un milieu qui entoure

Groupe Champlain est un employeur important du réseau de la santé qui est à la recherche des candidats prêts à relever de nouveaux défis dans les domaines suivants :

Infirmière

Infirmière auxiliaire

Préposé(e) aux bénéficiaires

Préposé(e) à l'entretien ménager

Cuisinier(ère)

Aide-cuisinier(ère)

Aide en alimentation

Si vous cherchez :

- À développer vos talents,
- Un milieu de travail stimulant avec une forte culture de la qualité,
- Une réelle perspective de développement de carrière,
- Les mêmes conditions de travail et avantages sociaux que dans le réseau de la santé,
- Un environnement agréable et des horaires de travail souples,

Vos talents, vos ambitions et votre énergie seront mis à contribution dans nos équipes. Faites-en partie!



Le Groupe Champlain

- Préconise l'approche Milieu de vie axée sur les besoins des résidents;
- A reçu la Mention d'honneur d'Agrément Canada pour la qualité de ses soins et services;
- Fait partie du réseau Planetree pour l'amélioration de l'expérience de soins de santé et de services.

Nous souscrivons au principe de l'accès à l'égalité. Les candidatures des minorités visibles, de minorités ethniques, des autochtones, des personnes handicapées et des femmes sont encouragées. Des mesures d'adaptation peuvent être offertes aux personnes en fonction de leurs besoins.

Faites parvenir votre curriculum vitae
En ligne : www.groupechamplain.qc.ca/emploi

Nous remercions toutes les personnes qui poseront leur candidature, mais seules celles retenues seront contactées.



Réseau
PLANETREE
Québec



Éditorial

L'équipe de rédaction de La Gérontoise est heureuse de vous présenter ce numéro intitulé « Du domicile à l'urgence ».

Ce numéro présente deux articles portant sur les soins aux personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence. Un premier article présente une revue des écrits sur les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et aux soins dispensés dans les salles d'urgence. Soulevant l'idée que les professionnels de la santé ne sont pas à l'abri de manifester de l'âgisme par leurs comportements et leurs attitudes, cette revue des écrits invitera sûrement à la réflexion sur vos propres perceptions des soins aux personnes âgées dans ce contexte de soins et saura sûrement animer des discussions auprès des infirmières et autres professionnels de la santé œuvrant dans les salles d'urgence. N'hésitez pas à échanger sur les thèmes soulevés par cet article dans votre milieu de soins et à nous faire part des réactions suscitées! À cet effet, nous souhaitons connaître les réflexions que suscitent les articles de *La Gérontoise* et nous ajouterons prochainement à la revue une rubrique, « *La Gérontoise* suscite des réflexions!» N'hésitez pas à nous faire parvenir vos opinions et vos réflexions!

Un deuxième article intitulé « *Intervention infirmière auprès des proches afin de prévenir l'état confusionnel chez les personnes âgées admises en salle d'urgence* » vous est proposé. Tirée d'une expérience clinique concrète, l'intervention infirmière décrite incite à une plus grande inclusion des proches aidants lors de l'admission d'un aîné à l'urgence. Malgré un contexte difficile, voyez comment cette infirmière et auteure de l'article a pu réaliser une intervention dont l'appréciation et la faisabilité ont été soulignées par les aidants! Cet article vous inspire? Vous avez mis en place des projets-pilotes novateurs dans vos milieux? Devenez auteur pour *La Gérontoise* et écrivez un article, vous pouvez les soumettre en tout temps! Vous êtes tentée par cette invitation, mais vous n'avez jamais publié? L'équipe de rédaction peut soutenir les auteurs qui en sont à leur première expérience de publication. En plus de donner une visibilité à votre milieu et à votre expertise, nos lecteurs seront heureux de connaître de nouveaux projets qui se déroulent un peu partout dans la province. Partageons et mettons à profit les initiatives cliniques pour mieux apprendre les uns des autres!

Depuis les dernières années, les professionnels de la santé déploient des efforts considérables pour mieux comprendre et gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence que présentent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Mais qu'en est-il de la gestion de ces symptômes à domicile par les proches aidants d'un aîné atteint de la maladie d'Alzheimer? Le troisième article fait état d'une revue des écrits sur la gestion de ces comportements par les familles et ouvre la voie à des pistes de réflexion et d'interventions importantes pour soutenir les aidants à domicile.

Nous espérons que ce numéro automnal vous inspirera. Bonne lecture!

L'équipe de rédaction

Les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées et aux soins prodigués dans le contexte de la salle d'urgence : une revue narrative

Geneviève Leblanc, inf., Ét. M. Sc. ; Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Au Canada, 34 % des professionnels de la santé feraient preuve d'âgisme. Le phénomène du vieillissement de la population oblige les infirmières à soigner davantage de personnes âgées. Malgré la hausse des visites aux urgences par celles-ci, peu d'infirmières de ces milieux semblent démontrer de l'intérêt pour cette clientèle. Ce désintéressement peut influencer la qualité des soins. Le but de cette revue narrative est de dresser l'état des connaissances sur les perceptions des infirmières d'urgence quant aux personnes âgées et à leurs soins. Des recherches ont été effectuées dans CINAHL et PubMed à l'aide des mots clés suivants : personne âgée, urgence, infirmière, perception, attitude, comportement et soins gériatriques. La qualité des articles retenus a été évaluée à l'aide d'une grille d'analyse. Pour chacun des écrits, une analyse critique a été faite afin de dégager les thèmes pertinents et récurrents. Les résultats décrivent les caractéristiques de la salle d'urgence, les perceptions des infirmières y travaillant et leurs perceptions quant à la culture organisationnelle de ce milieu et des soins gériatriques. Peu d'écrits portent sur leurs attitudes et leurs comportements à l'égard de cette clientèle. Toutefois, il semble qu'une attitude ou un comportement défavorable peut affecter la qualité des soins prodigués aux personnes âgées en diminuant l'autonomie fonctionnelle, en augmentant le temps d'hospitalisation et le taux de mortalité. D'autres études devront être réalisées afin d'accroître la compréhension des attitudes et des comportements quant à cette clientèle.

Mots clés : Personne âgée, infirmière, perceptions, salle d'urgence, âgisme

Au Canada, la représentation sociale des personnes âgées est plutôt négative et peut être associée à de l'âgisme. Le terme âgisme a été proposé en 1969 par le gérontologue américain Robert Butler. Il a alors défini l'âgisme comme « *un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge et qui s'apparente à celui du racisme et du sexisme* » (Association québécoise de gérontologie, 2012, p.1). Un rapport sur ce thème a été produit par la Fédération internationale du vieillissement [FIV] (2012) à l'aide d'un sondage auprès de différentes générations. Il montre que l'âgisme est le préjugé social le plus toléré au Canada ; 51 % des participants l'admettaient. Selon le même rapport, un participant sur cinq percevait la personne âgée comme étant un fardeau pour la société et une personne acariâtre, dépendante, malade ou frêle. De plus, huit Canadiens sur dix convenaient que les aînés de 75 ans et plus sont moins importants et le tiers des participants reconnaissaient avoir traité différemment un aîné. Dans cette optique, l'infirmière, étant un être social, n'est pas à l'abri d'être influencée par les perceptions négatives du patrimoine culturel à l'égard des personnes âgées. En effet, les principaux auteurs d'âgisme seraient, à 56 %, les gens plus jeunes que les personnes âgées, à 34 %, les professionnels de la santé suivis par le gouvernement à 27 % (FIV, 2012).

Cet âgisme est d'autant plus préoccupant qu'il se produit dans le contexte du vieillissement de la population qui a des impacts multidimensionnels sur la société, dont le système de santé. Bien que le système de santé canadien tente de s'adapter à ce changement démographique, le vieillissement de la population bouleverse directement la prestation des soins infirmiers dans les salles d'urgence (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2016). Effectivement, entre 2003 et 2013, le nombre de visites ambulatoires dans ces milieux de personnes de 75 ans et plus a augmenté de 25,5 % et le nombre de visites sur civière a augmenté de 32,9 % (CSBE, 2014). À ce

rythme, d'ici une dizaine d'années, une visite sur civière sur trois concernera une personne âgée de 75 ans et plus (CSBE, 2014). Ce phénomène pourrait avoir un impact sur la prise en charge des personnes âgées en salle d'urgence.

Lovell (2006) affirme que la prise en charge des personnes âgées se présentant en salle d'urgence est un défi pour les professionnels de la santé. C'est une des raisons pour lesquelles le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS] (2011) a conçu un cadre de référence intitulé *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* pour aider les professionnels de la santé à s'approprier les soins de cette clientèle. À partir de ce cadre, plusieurs programmes ont été élaborés afin d'améliorer la qualité des soins auprès de cette population. On y retrouve, entre autres, des programmes de prévention du délirium, des chutes, des contentions et des plaies de pression. Même si les infirmières sont de plus en plus sensibilisées et informées sur certaines approches et certains programmes de prévention adaptés à la personne âgée, elles semblent rester désintéressées à soigner cette clientèle et elles adoptent une perspective négative à leur endroit (Courtney, Tong et Walsh, 2000; Gallagher, Fry, Chenoweth, Gallagher et Stein-Parbury, 2014; Grief, 2003; Liu, Norman et While, 2013). Ce désintérêt quant aux soins infirmiers délivrés aux personnes âgées en salle d'urgence peut affecter l'expérience de soins et la qualité de vie de ces personnes en diminuant leur autonomie fonctionnelle, en augmentant leur temps d'hospitalisation et le taux de mortalité pendant leur séjour (Courtney et al., 2000; Aminzadeh et Dalziel, 2002; Hwang et Morrison, 2007).

D'autre part, Higgins, Van Der Riet, Slater et Peek (2007) ont exploré les attitudes d'infirmières en soins aigus à l'égard des personnes âgées et ils ont constaté que ces professionnels agissaient différemment lors d'un soin auprès de cette clientèle. Le changement de comportement et la manière de la considérer étaient observables par la façon dont les personnes âgées étaient négligées ou ignorées par les infirmières et comment leurs soins étaient retardés ou considérés comme moins prioritaires. Cette étude n'était pas spécifique au contexte de l'urgence, mais elle met en lumière l'impact de la culture organisationnelle d'un milieu de soins quant aux comportements des infirmières à l'égard des personnes âgées.

En effet, la culture organisationnelle aurait une influence sur la façon dont les professionnels de la santé font face aux changements dans leur environnement (Annandale, 1996 ; Boreham, Shea et Mackway-Jones, 2000). Selon Schein (2010),

une culture organisationnelle peut être définie comme :

« un ensemble de présupposés et de croyances partagés qu'un groupe a appris au fur et à mesure qu'il a résolu des problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien pour qu'il soit considéré valide, et par conséquent est enseigné aux nouveaux membres comme la manière appropriée de percevoir, de penser et de ressentir par rapport aux problèmes internes et externes » (Schein, 2010, p.18, traduction libre).

Ainsi, la culture organisationnelle est un facteur qui peut expliquer le comportement des infirmières à la salle d'urgence.

Ces comportements peuvent également être influencés par les attitudes des infirmières à l'égard des personnes âgées, comme l'indique la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé envers les aînés de Schigelone (2003). Cette théorie aide à comprendre ce qui peut conduire les professionnels de la santé à soigner différemment en fonction de l'âge du patient. Les attitudes sont décrites comme pouvant avoir quatre fonctions et, d'après cet auteur, l'infirmière définira son attitude selon l'intérêt qu'elle donnera aux soins à la personne âgée au sein d'une culture organisationnelle. La fonction instrumentale ou utilitaire aide la personne à maximiser ce qu'elle perçoit comme des « récompenses »; c'est une attitude qui s'appuie sur ce qui a de l'utilité pour elle. Cette fonction peut influencer l'infirmière selon le degré de récompense qu'elle perçoit dans ses relations avec la personne âgée. Par exemple, l'attitude des infirmières pourrait être influencée dans leur intérêt pour les personnes âgées selon la charge de travail qu'elle perçoit avec cette population. La seconde fonction d'une attitude est celle liée à la connaissance. Les stéréotypes influencent ce type d'attitude qui se développe à partir des expériences d'autres personnes ou par les médias. La troisième fonction d'une attitude est celle de la défense de l'égo, c'est-à-dire un mécanisme de défense face à une menace extérieure. Par exemple, l'attitude des infirmières envers les personnes âgées peut être un reflet de leurs craintes à l'égard de leur propre vieillissement. La dernière fonction d'une attitude est celle de l'expression de valeurs qui sont centrales pour la perception de soi de la personne. Par exemple, une infirmière qui valorise beaucoup le fait de donner des soins critiques à l'urgence pourrait ne pas se percevoir comme une « vraie » infirmière d'urgence en soignant la clientèle âgée. Elle pourrait être tentée de l'éviter pour ne pas modifier sa perception de son rôle.

Ainsi, certains écrits indiquent que les personnes âgées sont traitées différemment des personnes plus jeunes, et ce, bien souvent à leur détriment. Toutefois, toutes les personnes, indépendamment de l'âge, ont le droit de recevoir des soins et des traitements optimaux, incluant ceux reçus à la salle d'urgence. Néanmoins, aucune revue des écrits sur les attitudes et les comportements quant aux soins aux personnes âgées au sein de la culture particulière de la salle d'urgence n'a été repérée. Le but de cet article est donc de dresser l'état des connaissances sur les perceptions des infirmières quant aux personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence.

Méthode

Afin de répondre au but, une revue narrative a été réalisée. Ce type de revue consiste à décrire l'état des connaissances sur un sujet précis en effectuant une analyse critique des écrits et en présentant les résultats sous forme d'un texte narratif (Paré, Trudel, Jaana et Kitsiou, 2015). Elle a été guidée par la description de la culture organisationnelle de Schein (2010) et la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées de Schigelone (2003).

Stratégie de recherche

Afin d'effectuer cette recension des écrits, les bases de données CINAHL et PubMed ont été utilisées. De même, les références des divers écrits recensés ont été explorées, ainsi que la littérature grise. Afin de maximiser la sensibilité des opérateurs de recherche, diverses combinaisons de termes ont été utilisées. Les mots clés suivants ont été employés : *elderly, older adult; emergency, ER, ED, emergency room et emergency department; nurse, nursing et registered nurse; perception, attitude et behavior; elderly care et geriatric care.*

Tous les articles écrits en français ou en anglais entre 2000 et 2016 ont été retenus. Après la lecture du résumé, les écrits portant directement sur les perceptions des infirmières à l'égard des personnes âgées ou sur l'organisation du travail à la salle d'urgence ont été inclus. L'échantillon final était composé de 22 écrits répondant à ces critères d'inclusion, soit dix études qui ont été identifiées dans les bases de données, neuf études supplémentaires qui ont été identifiées par d'autres sources et trois documents qui ont été retrouvés dans la littérature grise.

Évaluation de la qualité des écrits

La grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT) qui a été élaborée par le corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2008) a été utilisée pour évaluer la qualité des écrits recensés. Elle permet, entre autres, d'évaluer la rigueur d'un écrit scientifique. À la suite de cette évaluation, seules les études dont l'échantillon n'incluait pas des infirmières ou qui ne s'étaient pas déroulées en milieu hospitalier ont été exclues n'étant pas pertinentes avec le but de la revue des écrits.

L'intégralité des textes a été examinée par l'auteure principale. À l'aide de tableaux, les données pertinentes des écrits ont été classées afin de synthétiser les thèmes récurrents et pouvoir en tirer des conclusions significatives. Les études présentées dans les tableaux ont été soigneusement examinées et critiquées afin d'assurer la rigueur de la revue des écrits.

Résultats

Caractéristiques des écrits inclus

La stratégie de recherche a permis de recenser une étude quantitative, une étude mixte, une revue systématique, deux revues des écrits et 14 études qualitatives, ainsi que trois documents ministériels. Majoritairement, les populations de ces études étaient des infirmières d'urgence. La moitié des études se sont déroulées en Australie (4) et en Suède (4), suivi par le Canada (3), les États-Unis (3) et autres (2). Les écrits ont été regroupés en trois thèmes : les caractéristiques de la salle d'urgence, les perceptions des infirmières de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées et les perceptions des infirmières quant à la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques.

Les caractéristiques de la salle d'urgence

En général, la salle d'urgence est perçue comme étant la porte d'entrée de l'hôpital (Elmqvist, Fridlund et Ekebergh, 2012; MSSS, 2000). L'ambiance imprévisible la décrit souvent étant donné l'impossibilité de prévoir le nombre de patients et les raisons de leurs consultations. Selon l'ethnographie de Person, Spiva et Hart (2013), la caractéristique d'imprévisibilité, décrite par les participants qui étaient majoritairement des infirmières, rend d'une part, l'environnement

de la salle d'urgence rapidement surpeuplé ainsi que stressant et d'autre part, cause une variation sur le rythme de travail de lent à rapide. Cet environnement génère donc du stress et des frustrations chez les infirmières (Kelly, Parke, Jokinen, Stones et Renaud, 2011; Nyström, Dahlberg et Carlsson, 2003; Person et al., 2013). D'ailleurs, cet environnement de travail peut occasionner de l'insatisfaction au travail chez les infirmières. Elle entraîne également une diminution de l'application des protocoles de soins, une augmentation des erreurs ou des événements indésirables qui peuvent affecter la qualité des soins prodigués aux personnes âgées (Boltz, Parke, Shuluk, Capezuti et Galvin, 2013). D'autres caractéristiques décrivant la salle d'urgence sont identifiées dans les écrits tels que : l'éclairage 24 h sur 24, les planchers lisses (Hwang et Morrison, 2007), les professionnels de la santé rarement identifiés rendant difficile de distinguer leur profession, l'environnement bruyant, chaotique et l'espace physique limité (Kelly et al., 2011).

Dans le même ordre d'idées, Boltz et al. (2013) ont réalisé une étude exploratoire qualitative portant sur les perceptions de 527 infirmières provenant de 49 hôpitaux américains sur l'amélioration des soins à la personne âgée à l'urgence. Les infirmières ont signalé que la conception de la salle d'urgence et le manque d'équipement influencent la sécurité et le bien-être des personnes âgées. Des civières trop hautes, peu de matelas pour éviter les plaies de pression, un manque de chaise d'aisance et d'oreillers pour mobiliser les patients, affecteraient la qualité des soins chez cette clientèle. D'autres parts, Nyström et al. (2003) comparent même la salle d'urgence à une chaîne de montage industrielle représentant la chaîne des soins infirmiers. Ils caractérisent les soins infirmiers d'urgence par plusieurs fragments de soins qui rendent difficile une approche de soins holistique.

Quant aux études de Kihlgren, Nilsson et Sörlie (2005) et de Muntlin, Carlsson et Gunningberg (2010), elles indiquent que l'une des causes d'engorgement des salles d'urgence serait provoquée par l'attente de transferts de patients dans d'autres unités de soins. Au Québec, la principale cause d'engorgement des patients sur civière est souvent attribuable à l'attente d'un lit d'hospitalisation (CSBE, 2016). En général, 48 % de ces lits sont occupés par des personnes de 75 ans et plus en attente de services extérieurs, tel que le soutien à domicile ou l'admission dans un centre d'hébergement (CSBE, 2014).

Bref, cet environnement chaotique, bruyant et éclairé 24 h sur 24, en plus de l'attente liée

aux transferts dans d'autres unités de soins, augmentent les risques d'un état confusionnel chez la personne âgée (Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014). De plus, l'espace physique limité, l'équipement dysfonctionnel et les planchers lisses peuvent augmenter les risques de chute chez celles-ci (Hwang et Morrison, 2007). En somme, les écrits soulignent l'impact que les caractéristiques de la salle d'urgence peuvent avoir sur la santé des personnes âgées, mais aussi sur celle des infirmières. Le stress et les frustrations qu'elles vivent au sein de cette culture organisationnelle peuvent influencer les perceptions des infirmières d'urgence quant aux personnes âgées.

Les perceptions des infirmières de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées

Dans leur revue systématique, Liu et al. (2013) ont recensé 25 écrits portant sur les attitudes des infirmières et des étudiantes en soins infirmiers à l'égard des personnes âgées. Ils ont constaté que depuis les années 2000, l'attitude de ces dernières à l'égard des personnes âgées semble être de moins en moins positive. Puis, ils ont examiné si le milieu de soins était un facteur influençant les comportements des infirmières. Or, aucun lien significatif entre le milieu de travail et les attitudes négatives n'a été démontré. Selon ces auteurs, vouloir travailler avec les personnes âgées ainsi que détenir des connaissances quant aux changements liés au vieillissement semblent être en lien avec des attitudes plus positives envers les personnes âgées.

Plus spécifique au contexte des urgences, Bulut, Yazici, Demircan, Keles et Demir (2015) ont réalisé, en Turquie, une étude mixte. Elle avait pour but de déterminer les perceptions des professionnels de la santé travaillant en salle d'urgence concernant les personnes âgées. Un total de 19 médecins et de 17 infirmières y ont participé. La première partie de l'étude comprenait un questionnaire quantitatif et la deuxième partie des entrevues de groupe. Les données ont permis de décrire la perception des professionnels quant au profil d'une personne âgée à l'urgence. Les infirmières et les médecins l'ont décrite comme une personne de 65 ans et plus, qui a besoin de soins et qui a un état fonctionnel limité ou altéré physiquement, psychologiquement et socialement. Plus précisément, la majorité des 36 participants (69 %) décrivait la personne âgée consultant aux urgences comme étant dépendante physiquement, émotionnellement ainsi que socialement et ayant des maladies

chroniques (47 %) (Bulut et al., 2015). Ce thème de la dépendance est aussi soulevé par Kihlgren et al. (2005).

En fait, selon l'ethnographie de Fry (2012), la dépendance d'une personne irait à l'encontre des valeurs de la pratique de soins d'urgence. Les participantes infirmières indiquaient que le patient idéal est celui qui prend pleinement ses responsabilités concernant ses soins de base (Fry, 2012). Cette perspective reflète un aspect important de la culture organisationnelle d'une salle d'urgence qui est peu compatible avec les caractéristiques attribuées par les professionnels aux personnes âgées. De ce fait, Higgings et al. (2015) indiquent que la personne âgée est perçue comme un fardeau pour les infirmières en soins aigus. En plus d'être une clientèle plus exigeante et qui demande plus d'attention que d'autres patients (Higgings et al., 2015), elle est perçue comme demandant des soins plus complexes et difficiles (Boltz et al., 2013) en plus d'avoir parfois besoin d'aide pour des soins considérés comme «de base». À la lumière de la théorie de Schigelone (2003), il est possible de penser que cette confrontation de valeurs pourrait expliquer l'attitude plus négative des infirmières des soins aigus et de la salle d'urgence à l'égard des personnes âgées.

L'ethnographie canadienne de Kelly et al. (2011) avait pour but d'explorer et de comprendre l'impact de l'environnement d'un service d'urgence sur les soins auprès des personnes âgées de 75 ans et plus. Bien qu'il n'y ait pas eu d'observations faites pendant le quart de nuit et qu'il y ait eu seulement dix infirmières sur les 61 employés qui ont participé aux entrevues, un élément important s'est dégagé de cette étude sur le thème des perceptions des infirmières de la salle d'urgence sur les personnes âgées. Les infirmières étaient conscientes des conditions de santé complexe des personnes âgées, mais lorsqu'elles étaient en sous-effectif ou lorsque l'urgence était très occupée, elles ne considéraient pas cette complexité ainsi que les besoins particuliers des personnes âgées. La force de cette ethnographie est sa rigueur méthodologique, bien que ces résultats aient été obtenus auprès de participants provenant d'une seule salle d'urgence. Il est donc difficile de les généraliser. Il est toutefois possible de penser que la non-considération de la complexité des conditions de santé chez les personnes âgées peut causer un préjudice par une sous-évaluation.

D'ailleurs, les participantes infirmières d'urgence de l'étude qualitative de Boltz et al. (2013) indiquaient que la personne âgée était souvent sous-évaluée. Cependant, elles ont indiqué que

le manque de connaissances gériatriques pouvait rendre dysfonctionnelle l'évaluation de cette clientèle. De plus, ces infirmières étaient d'avis que les personnes âgées étaient transférées inutilement à l'hôpital et qu'elles n'étaient pas une priorité pour les urgences (Boltz et al., 2013). Selon ces résultats, le problème serait toutefois en amont, c'est-à-dire dans les résidences ou les centres de soins de longue durée où des problèmes du type infection urinaire pourraient être traités sur place. Ce constat a aussi été identifié dans l'étude de Kihlgren et al. (2005), mais cette fois, l'environnement non adapté à la clientèle âgée était identifié comme l'une des causes de la non-priorité accordée à cette clientèle.

En somme, les infirmières semblent percevoir les personnes âgées comme étant caractérisées par un déclin cognitif, un déclin physique et une dépendance. De plus, elles semblent les catégoriser comme des personnes demandant des soins non prioritaires au service d'urgence. La représentation plutôt négative de cette clientèle par les infirmières de la salle d'urgence peut être expliquée par les contraintes organisationnelles de ce contexte de travail. Toutefois, il est difficile de confirmer ces faits, car très peu d'infirmières de la salle d'urgence ont participé aux études recensées. Cependant, de plus amples informations sur leurs perceptions de la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques ont été retrouvées dans les écrits.

Les perceptions des infirmières quant à la culture organisationnelle de la salle d'urgence et des soins gériatriques

Les écrits analysés reflètent que sauver des vies semble être la mission qui est valorisée par les infirmières de la salle d'urgence. L'étude qualitative d'inspiration phénoménologique d'Elmqvist et al. (2012) visait à décrire et à comprendre l'expérience issue de la fonction de premier fournisseur de soins au triage de la salle d'urgence. Même si cette étude avait un petit échantillon, cinq infirmières et trois médecins, les données reflètent la richesse des expériences vécues. En effet, être sur la «ligne de front» signifiait pour ces participants de répondre aux besoins d'une personne en état critique, soit l'action de sauver des vies et d'établir, au même moment, une relation de confiance avec le patient et ses proches. Cette réalité a aussi été décrite dans l'ethnographie canadienne de Taylor, Rush et Robinson (2015) qui visait à explorer les expériences des infirmières prenant soin d'une personne âgée dans le contexte de

la salle d'urgence. Cette étude a révélé que la culture de ce milieu de soins consistait à évaluer efficacement et à juger adéquatement les priorités, le tout, avec une pression temporelle constante. Ces auteurs ajoutent que cette culture de soins préconise des interventions efficaces, précises et rapides. Par conséquent, les patients hospitalisés, en attente d'un lit, se retrouvent à la fin de la liste des priorités des infirmières. En d'autres mots, les soins d'urgences sont promus pour les patients très malades (Nyström et al., 2003), les professionnels de la santé doivent être toujours prêts à agir dans les situations critiques (Elmqvist et al., 2012; Person et al., 2013) et la plus haute priorité des soins d'urgence est de sauver des vies (Elmqvist et al., 2012; Kihlgren et al., 2005). En revanche, la personne consultant pour des besoins moins aigus ou non urgents (Muntlin et al., 2010; Nyström et al., 2003) crée des frustrations chez les professionnels de la santé travaillant aux urgences. Ceux-ci percevaient que les patients requérant des soins non urgents provoquaient un ralentissement du fonctionnement de la salle d'urgence (Muntlin et al., 2010). Ensuite, pour plusieurs professionnels de la santé, l'action de sauver des vies est ce qui rend attrayants les soins d'urgence (Kihlgren et al., 2005; Muntlin et al., 2010; Person et al., 2012). Ainsi, la gestion des cas d'urgence, le fait de soigner des personnes en état critique et de visualiser l'évolution positive de leur état clinique rendraient l'expérience de travail enrichissante, passionnante et valorisante (Khokher, Bourgeault et Sainsaulieu, 2009; Nyström et al., 2003 et Person et al., 2012).

Or, les valeurs de cette culture organisationnelle des soins infirmiers d'urgence peuvent, entre autres, influencer l'intérêt des infirmières quant aux soins gériatriques. Boltz et al. (2013) et Taylor et al. (2015) affirment qu'il était difficile pour les infirmières de passer des soins urgents aux soins de base et que ces derniers étaient perçus comme peu intéressants. Toutefois, le facteur temps ou encore les compétences et les connaissances infirmières quant aux soins gériatriques influenceraient également l'intérêt et la qualité des soins prodigués aux personnes âgées à l'urgence (Taylor et al., 2015).

Le facteur temps est important dans la culture des soins d'urgence. Afin d'évaluer si une salle d'urgence est plus performante qu'une autre, l'encombrement et les délais d'attente sont pris en compte (CSBE, 2016). Les infirmières perçoivent donc qu'elles doivent traiter le patient en sachant qu'il doit recevoir son congé le plus rapidement possible (Muntlin et al., 2010; Nugus et Forero, 2011). Cette culture d'efficacité dans la gestion du temps rend stressant, pour les infirmières, de soigner la

clientèle âgée. Khokher et al. (2009) a exploré l'influence de la culture organisationnelle sur l'expérience et les perceptions des professionnels de la santé. La culture de la salle d'urgence, de la maternité, des soins intensifs et d'unités de chirurgie a été explorée. Parmi les participants, dix infirmières de la salle d'urgence ont indiqué qu'elles étaient constamment sous pression à soigner autant de personnes que possible afin de minimiser les temps d'attente. Sans spécifier l'âge de leurs patients, les participantes ont admis que lorsque l'état du patient requérait plus de temps ou d'attention, leurs interactions avec celui-ci étaient plus tendues (Khokher et al., 2009).

D'ailleurs, les professionnels de la santé ayant participé à l'ethnographie de Kelly et al. (2011) jugeaient que soigner une personne âgée demandait plus de temps que d'autres patients. Quant aux infirmières de l'ethnographie de Taylor et al. (2015), une forme de discrimination a émergé de leurs témoignages. Elles ont signalé que le processus de soins chez une personne âgée ne cadrerait pas dans la culture des soins infirmiers d'urgence. Particulièrement, la lenteur à prodiguer des soins gériatriques allait à l'encontre des interventions rapides ou à l'accomplissement des multiples tâches infirmières (Taylor et al., 2015). Cet investissement en temps pour soigner une personne âgée peut aller contre les valeurs de l'infirmière et ainsi, entraîner des frustrations (Nyström et al., 2003; Person et al., 2012). Selon la théorie intermédiaire de Schigelone (2003), ce serait la fonction instrumentale qui expliquerait ce changement d'attitude. La perception que les soins gériatriques augmenteraient la charge de travail peut ainsi affecter l'attitude de l'infirmière.

Ensuite, Taylor et al. (2015) ont constaté que le manque de temps ou la surcharge de travail renforçait la croyance que les soins de base chez la personne âgée n'étaient pas une priorité. Effectivement, ces infirmières décrivaient que l'investissement en temps pour les soins de base, tels que la nutrition, l'hydratation, la toilette et la mobilisation, interférerait avec la priorité des soins d'urgence, soit l'ABC [A : voies respiratoires; B : respiration; et C : circulation] (Taylor et al., 2015). Ce constat est corroboré par l'étude qualitative de Gallagher et al. (2014) et par l'ethnographie de Fry (2012) qui évoquaient que la prestation des soins auprès de la clientèle âgée limitait l'accès aux patients en état critique. Taylor et al. (2015) ajoutent que, en lien avec les croyances liées à la culture organisationnelle de la salle d'urgence, les infirmières se représentent les soins gériatriques comme étant des sous-soins ou des soins non sécuritaires (Taylor et al., 2015). Toutefois, les contraintes à prodiguer des soins infirmiers de

meilleure qualité provoquaient de la détresse chez les infirmières d'urgence (Kelly et al., 2011; Taylor et al., 2015). Cependant, Boltz et al. (2013) ont plutôt observé que certaines infirmières manqueraient de respect à l'égard de cette clientèle; ils ont constaté un manque de compassion ou de l'âgisme. Néanmoins, ces résultats, obtenus auprès d'infirmières travaillant dans des hôpitaux qui se sont engagées à améliorer la prise en charge des personnes âgées hospitalisées, ne sont pas nécessairement transférables à l'ensemble des établissements. Toutefois, ils mettent en lumière l'impact de la culture organisationnelle de la salle d'urgence quant aux soins gériatriques et aux comportements ou attitudes négatives des infirmières.

Comme l'aspect temporel, les compétences et les connaissances sont aussi des caractéristiques importantes dans la culture organisationnelle des salles d'urgence. Dans divers pays, les infirmières d'urgence caractérisent leurs compétences par les soins techniques. Du côté des États-Unis, la capacité d'effectuer de multiples tâches (Person et al., 2013) est valorisée comme une compétence infirmière. En Australie, les soins cliniques des infirmières d'urgence sont décrits comme étant axés sur le traitement des patients, tels que l'administration des médicaments ou l'installation d'une canule intraveineuse courte (Nugus et Forero, 2011). Quant aux infirmières d'urgence de Suède, les compétences d'infirmières sont valorisées en lien avec les soins médicaux technologiques (Kihlgren et al., 2005; Muntlin et al., 2010).

Les infirmières suédoises participant à l'étude phénoménologique herméneutique de Nyström et al. (2003) indiquaient que les soins infirmiers d'urgence étaient axés sur des compétences très développées technologiquement et portaient sur l'exécution de tâches médicales plutôt que sur des compétences en soins infirmiers. Elles percevaient les tâches médicales comme une extension des soins infirmiers (Nyström et al., 2003). Ce constat est appuyé par l'étude qualitative de Kihlgren et al. (2005) qui a questionné dix infirmières d'urgence sur les caractéristiques d'un bon soin infirmier auprès d'une personne âgée. Les participantes se percevaient comme ayant un faible niveau de compétences en soins infirmiers gériatriques, car leur centre d'intérêt était des soins techniques et le savoir agir en situation d'urgence.

Par contre, les participantes de l'étude de Bulut et al. (2015) déclaraient qu'elles possédaient les connaissances nécessaires quant aux soins aux personnes âgées et qu'elles trouvaient que c'était une plus-value dans leur rôle infirmier.

Elles affirmaient être compétentes lorsqu'elles répondaient à temps aux besoins physiques, sociaux et psychologiques des personnes âgées, tout en effectuant une surveillance constante afin de maintenir leur sécurité. Bien que ces infirmières aient été conscientes des caractéristiques de soins de qualité, les contraintes organisationnelles et le manque de formation affectaient l'exécution de ces soins.

Néanmoins, l'étude quantitative descriptive de Roethler, Adelman et Parsons (2011) soulève une perspective divergente. Menée auprès de 32 infirmières d'urgence en Californie, elle visait à évaluer les connaissances en soins infirmiers gériatriques. À l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation du type Likert portant sur leur pratique infirmière, 80 % des participantes se sont évaluées comme «très bonne» et «bonne» quant à leurs compétences en soins gériatriques. Ces résultats ont été comparés à l'aide d'un autre questionnaire sur leurs connaissances sur les soins aux personnes âgées. Ce questionnaire était composé de sept questions vraies ou fausses et de huit questions à choix multiples sur les soins aux personnes âgées. Soixante-huit pour cent des participantes ont obtenu 60 % ou moins. Étant donné son échantillon de petite taille, cette étude ne permet pas de généralisation, mais ces résultats permettent de croire que les infirmières surestiment leurs connaissances et qu'elles perçoivent prodiguer, malgré tout, des soins infirmiers de qualité aux personnes âgées. Par ailleurs, le manque de formations et de connaissances sur les soins gériatriques est souvent soulevé par les infirmières d'urgence participant aux études et cela affecterait la qualité de leurs soins (Boltz et al., 2013; Bulut et al., 2015; Kelly et al., 2011; Kihlgren et al., 2005).

À l'aide d'études ethnographiques, la culture organisationnelle de la salle d'urgence a été décrite. La forte culture de soins infirmiers d'urgence influence les perceptions des infirmières quant aux soins gériatriques. Ils sont souvent décrits en termes de compétences techniques, de rapidité des actions et d'un savoir-faire en situation d'urgence. Par contre, cette culture de soins est à l'opposé des perceptions quant aux soins gériatriques décrits, dans la plupart des études, comme étant consommateurs de temps, complexes et non prioritaires. Toutefois, les contraintes organisationnelles et professionnelles, comme le manque de temps et de connaissances en soins gériatriques, peuvent entraver l'offre de soins de qualité. Même si certaines participantes infirmières mentionnaient vouloir posséder davantage de connaissances sur les soins aux personnes âgées, d'autres surestimaient plutôt

leur niveau de connaissances. Toutefois, une seule étude quantitative a évalué formellement le niveau de connaissances des infirmières d'urgence à l'égard des soins gériatriques. Pourtant, la connaissance est un facteur influençant l'attitude des professionnels de la santé (Schigelone, 2003). D'autres études quantitatives pourraient donc porter sur l'évaluation du niveau de connaissances des soins gériatriques.

Discussion

Les écrits mettent en évidence plusieurs éléments qui influencent les perceptions des infirmières travaillant dans une salle d'urgence, à l'égard des personnes âgées. À la lumière du cadre de références utilisé dans cet article, soit la description de la culture organisationnelle de Schein (2010) et la théorie intermédiaire sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées de Schigelone (2003), il a été possible d'identifier des paradoxes entre la culture de la salle d'urgence et celle des soins aux personnes âgées. Ainsi, les infirmières travaillant à la salle d'urgence ont souvent une préférence pour les soins technologiques, les tâches médicales et elles sont davantage satisfaites lorsqu'elles peuvent percevoir l'évolution positive de l'état de santé des patients. Ces centres d'intérêt sont influencés par la culture organisationnelle liée aux soins d'urgence et par leurs connaissances en soins critiques. Le choc entre la culture des soins d'urgence et les soins requis par les personnes âgées peut expliquer certaines des attitudes et certains comportements négatifs des infirmières de la salle d'urgence. Ce choc peut, d'une part, renforcer les croyances voulant que la personne âgée ne soit pas une priorité dans les salles d'urgence, et, d'autre part, légitimer la surestimation par les infirmières de leurs connaissances en soins gériatriques. De plus, il peut expliquer pourquoi les infirmières de la salle d'urgence font parfois abstraction de la complexité clinique qui peut être associée à l'état de santé des personnes âgées. Les contraintes organisationnelles et le manque de connaissances sont d'autres facteurs pouvant influencer les attitudes et les comportements des infirmières de la salle d'urgence. Cependant, très peu d'écrits portent sur leurs perceptions quant aux personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence.

Cette revue des écrits a toutefois quelques limites. Tout d'abord, les études analysées étaient très hétérogènes et parfois contradictoires, il n'est donc pas possible de tirer des conclusions claires sur les perceptions des infirmières à l'égard des personnes âgées et de leurs soins. De plus,

plusieurs des études recensées présentent de petits échantillons ce qui influence la validité des résultats ainsi que leur généralisation. De même, l'utilisation de seulement deux bases de données a, entre autres, limité l'étendue de la recension des écrits, ce qui peut avoir eu un impact sur la profondeur des conclusions présentées.

Recommandations

À la lumière de cette revue des écrits, il est cependant possible d'émettre quelques recommandations. Davantage d'études ayant de plus grands échantillons d'infirmières et considérant la culture de la salle d'urgence devraient être réalisées. Aussi, des études de type ethnographique ou phénoménologique permettraient de mieux saisir l'expérience pour les infirmières de soigner une personne âgée à la salle d'urgence, et de développer les connaissances pour accroître la compréhension des attitudes et des comportements à l'égard de celle-ci. Une meilleure compréhension de ces attitudes et comportements permettrait de recommander des stratégies pour la pratique infirmière, afin d'améliorer la qualité des soins pour cette clientèle et leur expérience de soins dans notre système de santé. L'une des stratégies pourrait être, entre autres, d'apporter des pistes de solutions afin d'adapter la culture organisationnelle de la salle d'urgence à celle des soins gériatriques.

Conclusion

Pour conclure, le vieillissement de la population accroît l'impératif d'amélioration des comportements ainsi que des attitudes infirmières à l'égard des personnes âgées. Comme l'indique Schigelone (2003), l'expérience positive ou négative des professionnels de la santé dans leurs soins dispensés à une personne âgée peut influencer les perceptions des autres. Le fait de valoriser, dans le contexte de l'urgence, des soins adaptés aux personnes âgées peut rendre l'expérience des infirmières plus positive avec cette clientèle et, par conséquent, avoir des impacts positifs sur la santé des personnes âgées. De ce fait, la valorisation des soins prodigués à celles-ci à la salle d'urgence pourrait aussi avoir des effets sur les perceptions de la relève infirmière, des professionnels de la santé et, à plus grande échelle, de la population en général à l'égard des personnes âgées.



Geneviève Leblanc

Geneviève Leblanc est infirmière et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières. Elle est détentrice de la bourse Guy Sauvageau sénior de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Elle s'intéresse aux soins des personnes âgées dans le contexte de la salle d'urgence. Elle est membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec et elle est responsable des communications. Elle travaille comme conseillère-cadre en soins infirmiers, volet soutien à l'autonomie des personnes âgées pour le CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

RÉFÉRENCES

- Aminzadeh, F. et Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine*, 3 (9), 238-247. doi :10.1067/mem.2002.121523.
- Annandale, E. (1996). Working on the front-line: Risk culture and nursing in the new NHS. *The Sociological Review*, 44(3), 416-451.
- Association québécoise de gérontologie (2012). Qu'est-ce que l'âgisme ? Repéré à <http://www.aqg-quebec.org/260/Qu-est-ce-que-l-âgisme-gerontologie>
- Boltz, M., Parke, B., Shuluk, J., Capezuti, E. et Galvin, J. E. (2013). Care of the older adult in the emergency department: Nurses views of the pressing issues. *The Gerontologist*, 53(3), 441-453. doi : 10.1093/geront/gnt004
- Boreham, N.C., Shea, C.E. et Mackway-Jones, K. (2000). Clinical risk and collective competence in the hospital emergency department in the UK. *Social Science and Medicine*, 51(1), 83-91.
- Bulut, H., Yazici, G., Demircan, A., Keles, A. et Demir, S.G. (2015). Determining emergency physicians' and nurses' views concerning older patients: A mixed method study. *International Emergency Nursing*, 23, 179-184.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2016). *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012 à 2013* (Rapport urgences 2013). Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf
- Courtney, M., Tong, S. et Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 62-69.
- Elmqvist, C., Fridlund, B. et Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing et being: First provider's experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20, 113-119.
- Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (2008). Grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT). Montréal : Auteur
- Fédération internationale du vieillissement (2012). *Rapport de Revera sur l'âgisme : un aperçu des différences entre les sexes*. Repéré à http://www.reveraliving.com/revera/media/revera/content/revera-report_gender-differences_final_fr_1.pdf
- Fry, M. (2012). An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. *International Emergency Nursing*, 20, 120-125.
- Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. et Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing and Health Sciences*, 16, 449-453.
- Grief, C. L. (2003). Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: A synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing*, 29(2), 122-126. doi : 10.1067/men.2003.65
- Higgins, I., Van Der Riet, P., Slater, L. et Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 26(2), 225-237.
- Hwang, U. et Morrison, R.S. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of American Geriatrics Society*, 55(11), 1873-1876.

- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. J. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383, 911-922. doi : 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- Kelly, M.L., Parke, B., Jokinen, N., Stones, M. et Renaud, D. (2011). Senior-friendly ED care and environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy*, 16, 6-12.
- Khokher, P., Bourgeault, I.L. et Sainsaulieu, I. (2009). Work culture within the hospital context in Canada: professional versus unit influences. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 332-345.
- Kihlgren, A., Nilsson, M. et Sörlie V. (2005). Caring for older patients at an emergency department - emergency nurses' reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 601-608.
- Liu, Y. E., Norman, I. J. et While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1271-1282. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24, 22-26. doi:10.1016/j.jvn.2005.11.001
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2000). *Guide de gestion de l'unité d'urgence* (Publication no00-901-03F). Repéré <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-901.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>
- Muntlin, A., Carlsson, M. et Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 317-323. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.003
- Nugus, P. et Forero, R. (2011). Understanding interdepartmental and organizational work in the emergency department: An ethnographic approach. *International Emergency Nursing*, 19, 69-74.
- Nyström, M., Dahlberg, K. et Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit - a life world. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 761-769.
- Paré, G., Trudel, M-C., Jaana, M. et Kitsiou, S. (2015). *Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews*. *Information & Management*, 52, 183-199.
- Person, J., Spiva, L. et Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: An ethnographic study. *International Emergency Nursing*, 2, 222-227.
- Roethler, C., Adelman, T. et Parsons, V. (2011). Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care. *Journal of Emergency Nursing*, 37, 132-137, doi: 10.1016/j.jen.2009.11.020
- Schein, E.H. (2010). *Organizational Culture and Leadership* (4e éd.). San Francisco : Jossey-Bass
- Schigelone, A., R. (2003). How Can We Ignore the Why? A Theoretical Approach to Health Care Professional's Attitudes toward the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(3), 31-50. doi : 10.1300/J083v40n03_04.
- Taylor, B.J., Rush, K.L. et Robinson, C.A. (2015). Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography. *International Emergency Nursing*, 23, 185-189.

Intervention infirmière auprès des proches afin de prévenir l'état confusionnel chez les personnes âgées admises en salle d'urgence

Cécile Hardy, inf., M. Sc. ; Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la prévalence de l'état confusionnel (appelé antérieurement délirium) à la salle d'urgence se situe entre 8 et 10 % (Elie et al., 2000). Vingt-cinq à 60 % des personnes âgées développeront un état confusionnel au cours de leur hospitalisation, mais 30 % à 40 % des cas pourraient être prévenus (Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014). Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo et Fuentes (2012) ont évalué qu'une intervention brève de prévention, destinée à être mise en place par les proches, était efficace pour réduire l'incidence de l'état confusionnel. Dans le cadre d'une expérience clinique, nous avons adapté et mis en œuvre cette intervention dans une salle d'urgence en soutenant l'implication des proches qui accompagnent un parent âgé. Afin d'opérationnaliser l'approche auprès de ceux-ci, nous avons utilisé le modèle «Care Partner Engagement» de Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskiy et Kolanowski (2014). Six activités visant les facteurs de risques de l'état confusionnel à l'urgence ont été proposées à dix proches qui ont été rencontrés deux fois à un jour d'intervalle. Malgré le contexte difficile de la salle d'urgence, les proches rencontrés se sont montrés prêts à participer aux activités. Il a été possible de réaliser cette intervention en cinq à dix minutes, ce qui confirme sa faisabilité auprès des proches dans le cadre d'une salle d'urgence. Les infirmières peuvent jouer un rôle déterminant pour prévenir l'état confusionnel d'une personne âgée en développant une approche en partenariat avec les proches.

Mots clés : Délirium, prévention, partenariat, famille, salle d'urgence

Les salles d'urgence sont la porte d'entrée dans le système hospitalier d'un grand nombre de personnes âgées. Elles y séjournent dans des conditions souvent difficiles et dans un environnement favorable au développement d'un état confusionnel. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la prévalence d'un état confusionnel à

l'urgence se situe entre 8 et 10 % (Eli et al., 2000). Cependant, 25 à 60 % des personnes âgées développeront un état confusionnel au cours de leur hospitalisation (Inouye et al., 2014).

L'état confusionnel fait référence à ce qui était appelé antérieurement un délirium. La plus récente version française du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) réserve toutefois l'appellation «délirium» aux états confusionnels liés à une cause alcoolique. Dans cet article, l'expression «état confusionnel» sera donc utilisée. Cet état est décrit comme «une perturbation de l'attention et de la conscience qui s'accompagne d'une modification de la cognition par rapport à l'état antérieur ne pouvant pas être mieux expliquée par un trouble neurocognitif préexistant ou évolutif» (American Psychiatric Association, 2015 p. 780). L'état confusionnel peut être aigu ou persistant et se manifester sous une forme hypoactive, hyperactive ou mixte. Cependant, selon Han et al. (2009), 92 % des patients présentant un état confusionnel à l'urgence le font sous une forme hypoactive, moins susceptible d'être détectée à cause de sa présentation clinique.

Les conséquences d'un état confusionnel sur la santé des personnes âgées sont multiples : augmentation de la mortalité (Han et al., 2009), déclin cognitif et fonctionnel (McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau et Belzile, 2002), augmentation de la durée de séjour hospitalier, de l'institutionnalisation et augmentation des coûts financiers qui y sont associés (McCusker, Cole, Dendukuri et Belzile, 2003; Siddiqi, House et Holmes, 2006; van den Boogaard, Schoonhoven, van der Hoeven, van Achterberg et Pickkers, 2012; Witlox et al., 2010). Sur le plan humain, plusieurs études rapportent une expérience de détresse et un sentiment d'incompréhension chez les personnes âgées et les proches pendant et après un épisode d'état confusionnel (Bélanger et Ducharme, 2011; Morita, Hirai, Sakaguchi, Tsuneto et Shima, 2004).

Cependant, l'état confusionnel pourrait être prévenu dans 30 à 40 % des cas (Inouye et al., 2014). Siddiqui, Holt, Britton et Holmes (2009) ont réalisé une revue systématique Cochrane sur les interventions visant à prévenir cet état chez les patients hospitalisés. Des six études sélectionnées dans cette revue systématique parce qu'elles comportaient des groupes de contrôle et qu'elles étaient randomisées, une seule proposait une intervention non pharmacologique (Marcantonio, Flacker, Wright et Resnick, 2001). Cette étude était aussi la seule à présenter des résultats statistiquement significatifs pour la diminution de l'incidence des cas. Une approche préventive non pharmacologique qui cible des facteurs de risques apparaît donc comme un moyen efficace pour réduire l'incidence de l'état confusionnel. Plusieurs autres études confirment l'efficacité des approches préventives pour diminuer la prévalence de l'état confusionnel en milieu hospitalier (Inouye et al., 1999; Lundstrom et al., 2005; Marcantonio et al., 2001; Martinez et al., 2012; Naughton et al., 2005).

Depuis cette revue systématique, Martinez et al. (2012) ont réalisé une étude randomisée pour évaluer l'efficacité d'un protocole de prévention de l'état confusionnel basé sur six interventions non pharmacologiques destinées à être mises en place par les proches dans une unité de médecine. Leur implication afin de prévenir un état confusionnel semble pertinente dans le cadre d'une hospitalisation puisque les proches sont souvent les premières personnes à détecter des changements soudains de comportement indicateurs d'un état confusionnel et à pouvoir en informer les soignants. Les résultats de l'étude de Martinez et al. (2012), statistiquement significatifs, indiquaient que l'implication des proches dans les soins de la personne âgée peut avoir un impact sur l'incidence de l'état confusionnel. Cette intervention consiste en une entrevue brève avec les proches d'environ 10 minutes au cours de laquelle les activités de prévention sont présentées. Cette brève approche réalisée dans une unité de médecine la rend en théorie facilement transférable et faisable dans la plupart des milieux de soins, y compris à la salle d'urgence. De plus, la participation des proches aux soins offerts dans les salles d'urgence peut contribuer à pallier le peu de connaissances que les soignants ont de l'état mental antérieur des personnes âgées. Il semblait donc pertinent d'adapter et d'essayer cette approche dans ce milieu.

Cet article présente le compte-rendu et les retombées d'une expérience clinique qui visait à adapter et à mettre en œuvre cette intervention

de prévention de l'état confusionnel chez les personnes âgées admises dans une salle d'urgence en soutenant l'implication des proches qui les accompagnaient.

Cadre de référence

À l'instar de Martinez et al. (2012), il apparaît que la collaboration et l'implication des proches sont au cœur du succès de cette intervention. Afin de guider la mise en œuvre de l'intervention de prévention, le modèle d'engagement en partenariat (*Care Partner Engagement Model*) de Hill et al. (2014) a été retenu. Ce modèle s'appuie sur «les meilleures pratiques de l'Institut national pour la santé et l'excellence clinique (NICE) et du programme Family-HELP» (Hill et al., 2014, p. 2, traduction libre). Les auteurs ont utilisé le cas de la prévention de l'état confusionnel à titre d'exemple d'application du modèle dans la pratique clinique. Ce modèle tient compte : des caractéristiques de la personne âgée; de la disponibilité, des connaissances et des ressources des proches; ainsi que de la capacité de l'équipe de soins à commencer un partenariat de soins. Le modèle s'opérationnalise autour de cinq étapes : 1) engagement et échanges d'informations; 2) sensibilisation et information; 3) plan de surveillance en partenariat; 4) prise de décision partagée et interventions précoces et; 5) réalisation d'ajustements en continu (voir Figure 1).

La phase d'engagement et d'échange d'information correspond à une étape d'évaluation des risques d'état confusionnel et de partage des informations uniques que les proches détiennent sur la personne âgée. La phase de sensibilisation et d'information est l'étape au cours de laquelle les informations spécifiques sur l'état confusionnel sont présentées aux proches et au cours de laquelle des informations écrites peuvent leur être remises. Ces informations doivent être personnalisées en fonction de leurs besoins. Le plan de surveillance en partenariat permet d'intégrer et de maintenir l'engagement des proches aux soins en tenant compte des observations qu'elles ont faites. Ces observations permettent lorsque l'on passe à l'étape 4 de réaliser des interventions précoces si un état confusionnel est soupçonné et de prendre des décisions partagées entre proches et professionnels de la santé. La phase d'ajustement est un processus continu qui permet d'adapter le modèle à l'unicité des proches et des situations. Cette phase demande aux soignants de demeurer flexibles, curieux et créatifs en ayant comme objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches,

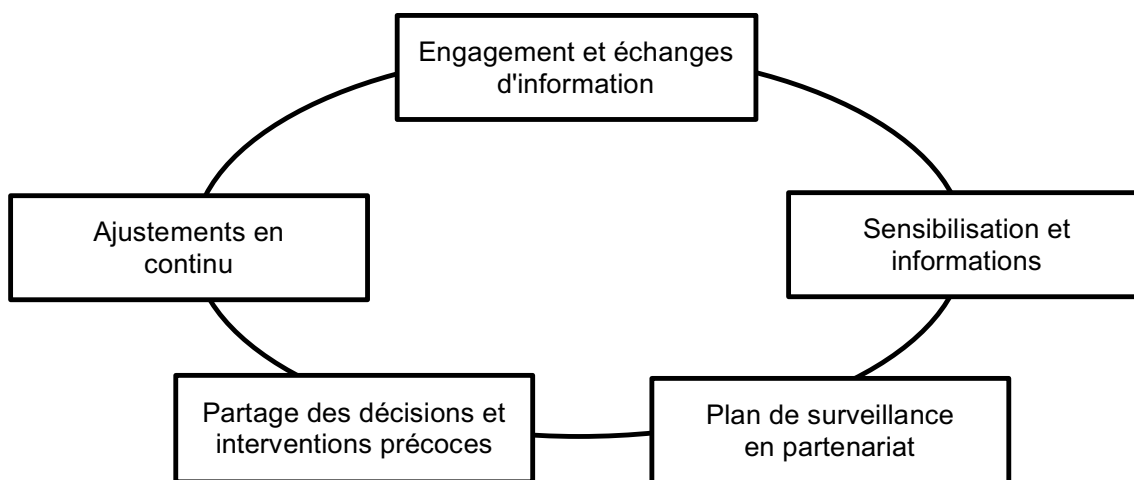


Figure 1. Modèle d'engagement en partenariat adapté de Hill et al. (2014)

en plus de favoriser la récupération. Le modèle peut être utilisé pour guider les interventions afin de faciliter l'engagement des personnes âgées et celui de leurs proches dans le processus de soins afin d'améliorer la santé des patients et la performance du système de santé.

Déroulement de l'intervention

L'intervention a eu lieu dans une salle d'urgence d'un hôpital de la région de Montréal qui reçoit environ 37 000 visites par année. Selon l'étude de Martinez et al. (2012), les personnes âgées peuvent être considérées à risque de développer un état confusionnel si elles sont âgées de 70 ans et plus au moment de leur admission à l'hôpital. Ce critère a donc été retenu pour proposer à la personne âgée et à un de ses proches de participer à l'intervention. De plus, afin de pouvoir bien profiter de l'intervention de prévention, les personnes âgées ne devaient pas présenter de signes d'un état confusionnel au début de l'intervention et elles devaient recevoir régulièrement la visite d'un proche. L'absence d'état confusionnel était évaluée par l'auteure principale auprès des proches et de la personne âgée en utilisant les questions d'un outil d'évaluation de la confusion aiguë, soit le *Confusion Assessment Method* (CAM), développé par Inouye et al. (1990). Par ailleurs, puisque l'intervention de prévention de l'état confusionnel proposée par Martinez et al. (2012) a été développée dans une unité de médecine, elle a été adaptée au contexte de la salle d'urgence en se basant sur des écrits scientifiques ainsi que sur l'expérience

clinique des auteures et de conseillères-cadres en soins infirmiers de l'urgence. Les caractéristiques de l'environnement physique, par exemple, promiscuité et manque d'espace, ainsi que celles de la clientèle âgée de la salle d'urgence (par exemple, état de santé instable, comorbidités, présence de douleur aiguë) ont guidé ces adaptations. Ainsi, la douleur est souvent présente chez les personnes âgées à la salle d'urgence et les délais pour la soulager demandent souvent que l'on utilise de plus grandes doses de narcotiques. Ces éléments doivent être considérés puisque la douleur et l'usage de narcotiques sont deux facteurs précipitants l'état confusionnel (Inouye, 2006). En s'appuyant sur ces connaissances, il est apparu important de sensibiliser les proches et les personnes âgées à l'importance de demander rapidement un soulagement de la douleur. D'autre part, il ressort des écrits (Inouye, 2006; Robinson, Rich, Weitzel, Vollmer et Eden, 2008; Schreier, 2010) qu'il est important afin de prévenir l'état confusionnel de favoriser une mobilisation précoce et une hydratation régulière. Ces trois actions ont donc été ajoutées à l'intervention de Martinez et al. (2012). D'autres adaptations de ces activités ont également été effectuées. Une des activités suggérées par ces auteurs, soit « favoriser la présence d'objets familiers », peut être difficile à réaliser à la salle d'urgence dans un contexte de promiscuité, de contrôle des infections et de déplacements fréquents des civières, elle a donc été retirée. De plus, l'activité « réorienter dans le temps et l'espace » a été jumelée avec l'activité « procurer un calendrier et une horloge », ce qui a permis de limiter et de simplifier le nombre d'activités proposées aux proches.

À la suite de cette adaptation, six activités ont été proposées aux personnes âgées et à leurs proches. Ce sont : 1) réorienter régulièrement la personne âgée, entre autres, en apportant une montre et un calendrier; 2) encourager des visites plus longues; 3) favoriser le port des lunettes et des appareils auditifs; 4) profiter de toutes les occasions pour faire bouger en vérifiant auprès des soignants les activités possibles; 5) encourager à boire régulièrement et amener des repas maison (en discutant au préalable des restrictions possibles); 6) demander rapidement un soulagement de la douleur de la personne âgée. Une brochure, rédigée en français et en anglais, présentant l'ensemble de ces activités préventives, a été développée à l'intention des proches¹.

Par ailleurs, le modèle d'engagement en partenariat (Hill et al., 2014) a permis d'opérationnaliser l'intervention proposée par Martinez et al. (2012). Les cinq étapes circulaires de ce modèle ont guidé la façon de mobiliser les ressources des proches et de soutenir leur engagement au processus de soins. Afin d'établir ce partenariat dans l'application de l'intervention, deux rencontres avec les personnes âgées et les proches ont été planifiées. Elles ont eu lieu à une journée d'intervalle et, dans la mesure du possible, à l'urgence. Pour plus de détails, il est possible de consulter le document de Hardy (2015).

Déroulement des rencontres

La première rencontre a eu lieu à la salle d'urgence au chevet de la personne âgée et en présence d'au moins un de ses proches. Le but de cette rencontre était d'établir un lien de confiance avec les proches et la personne âgée afin de transmettre de l'information sur des actions préventives de l'état confusionnel et de les engager dans un partenariat. La deuxième rencontre visait à renforcer les apprentissages des proches sur les actions de prévention de l'état confusionnel et à recueillir leurs commentaires sur ces dernières.

En tout, dix proches ont été rencontrés dans le cadre de cette expérience clinique pour effectuer deux brèves entrevues. Les proches rencontrés étaient tous des femmes, soit les filles des personnes âgées dans sept situations, les épouses (3), les amies proches (2) et une aidante à domicile. Les personnes âgées rencontrées étaient cinq hommes et cinq femmes, toutes âgées de plus de 80 ans. Dans la majorité des cas, elles s'étaient présentées à l'urgence pour des symptômes de difficulté respiratoire

(7 cas), de détérioration de l'état général lié à la progression d'un cancer (1 cas), de symptômes gastro-intestinaux (1 cas) ou de septicémie (1 cas). Sur l'ensemble des proches rencontrés, une seule a refusé de participer lors de la première rencontre en raison de son insatisfaction face à son expérience dans la salle d'urgence. La grande majorité des proches ont démontré de l'intérêt pour le sujet et pour partager leurs connaissances malgré les conditions de séjour difficiles à la salle d'urgence.

Compte-rendu de l'expérience clinique

En suivant les étapes du modèle de Hill et al. (2014), un résumé des rencontres effectuées avec les dix proches et les personnes âgées, ainsi que les réflexions qu'elles ont inspirées sont présentés.

Engagement et échanges d'informations

L'étape de l'engagement et d'échanges d'informations avait pour objectif de créer un climat de confiance et de respect. Cinq des dix proches rencontrés ont dit avoir vécu une expérience antérieure d'un état confusionnel avec un proche, sans toujours savoir que cela se nommait ainsi. Parfois, les mots « état confusionnel » ou « délirium » n'étaient pas connus, mais l'évocation d'une confusion soudaine, d'un comportement d'agitation, de somnolence extrême ou de désorientation ramenait à des événements vécus pour les proches ou la personne âgée. Il a souvent été difficile d'impliquer les personnes âgées dans la conversation, en particulier dans la section des soins aigus et des soins sur civières. La condition médicale, l'environnement bruyant de l'urgence, la fatigue ou le manque d'intérêt ont été les principaux obstacles. Elles ont souvent mentionné ne pas bien entendre ou être trop fatiguées pour suivre les discussions. Cependant, nous avons pu constater que les personnes âgées rencontrées dans l'environnement plus calme de l'unité de courte durée étaient plus disponibles aux échanges.

Sensibilisation et informations

L'étape de sensibilisation et d'informations visait à fournir des informations supplémentaires sur l'état confusionnel et à expliquer les activités de prévention de cet état à l'aide d'une brochure. À cette étape, il a parfois fallu distinguer les signes

de l'état confusionnel des signes attribués au vieillissement et à la fatigue. L'apparition soudaine et fluctuante de changements de comportements, la perte d'attention, la désorganisation de la pensée, le changement d'état de conscience sont les caractéristiques facilement identifiables qui ont été particulièrement abordées avec les proches. Par la suite, les activités de prévention ont été présentées. Les proches les ont trouvées facilement réalisables. La brochure a été jugée claire, informative et facile à suivre. Plusieurs membres d'une famille ont relayé les informations et la brochure aux autres membres afin qu'ils puissent participer. Les proches ont mentionné faire déjà une partie des activités suggérées (par exemple, être présent au chevet, offrir à boire, amener de la nourriture maison). Cette étape a été l'occasion de reconnaître l'importance de leur présence au chevet, malgré un environnement de soins peu optimal.

Plan de surveillance en partenariat

L'étape suivante de l'intervention portait sur l'élaboration d'un plan de surveillance mutuelle. Elle a permis de souligner l'importance de la vigilance tout au long de l'hospitalisation afin de rapporter aux professionnels les changements dans l'état cognitif ou le comportement de la personne âgée. Lors des deuxièmes rencontres, les proches ont affirmé que l'infirmière de la personne âgée était la professionnelle à qui elles s'adresseraient le plus facilement pour signaler des changements. Deux proches nous ont mentionné être heureuses d'avoir le nom des soignants inscrit sur les tableaux blancs disponibles au-dessus des civières. Un proche a mentionné avoir été en mesure de déceler rapidement l'apparition d'un état confusionnel à la suite de l'administration d'un narcotique et de le signaler à l'infirmière. Deux proches ont mentionné avoir observé des changements (par exemple, somnolence, propos répétitifs), mais ne savaient pas trop si cela était lié à l'état de santé et à la fatigue ou à un état confusionnel. Il a été possible de clarifier certains doutes et inquiétudes en discutant de leurs observations, par exemple en leur posant des questions comme : Est-ce nouveau? Est-ce constant ou cela a fluctué dans la dernière journée? Un des défis relevés lors de la deuxième rencontre a été de mieux comprendre les inquiétudes des proches. Certaines étaient liées au manque d'informations sur l'évolution de l'état de santé, sur les traitements en cours ou sur le plan de soins. D'autres inquiétudes étaient liées à l'apparition d'un état confusionnel. Dans tous les cas, l'intervention a été ajustée afin de mieux répondre aux questions et inquiétudes dans le but de maintenir l'engagement des proches.

Prise de décisions partagée

L'étape de la prise de décisions partagée consistait à identifier avec les proches les obstacles et les moyens pour faciliter leur engagement dans la prévention d'un état confusionnel et la mise en place des activités de prévention. Ils ont rapporté que les activités de réorientation et de présence régulière au chevet ont été les plus faciles à réaliser. Certains proches ont apporté à la personne âgée une montre ou une petite horloge. De leur côté, les personnes âgées ont exprimé plusieurs fois apprécier le fait d'avoir une horloge. Au niveau du soulagement de la douleur, les personnes âgées et les proches rencontrés semblaient bien informés et à l'aise pour demander un soulagement rapide de la douleur. D'autre part, au niveau du port des lunettes et des appareils auditifs, plusieurs personnes âgées ne souhaitaient pas les porter par crainte de les perdre. La disponibilité d'un sac identifié à leur nom attaché à leur civière a été proposée aux personnes âgées sans trop de succès. Certaines d'entre elles ont mentionné trouver inconfortable de porter leurs appareils auditifs dans le milieu de soins bruyant d'une salle d'urgence et qu'elles ne souhaitaient tout simplement pas les porter. Enfin, l'activité de mobilisation a été l'activité la moins réalisée. Souvent, les proches ont exprimé des doutes par rapport aux capacités de la personne âgée à se mobiliser ou à être en mesure de l'aider. Parfois, cette dernière ne souhaitait pas se faire aider par un proche par crainte de les déranger ou bien elle se disait trop faible. Les effets néfastes de l'immobilisation ont été discutés et la possibilité d'impliquer la physiothérapeute ou d'avoir de l'aide des soignants a été abordée. Il s'agit de la seule activité qui a nécessité l'aide d'un soignant pour sa mise en œuvre. Les proches et les personnes âgées ont besoin d'information sur l'importance de demeurer physiquement actif, mais la disponibilité de préposés ou d'infirmières pour aider à la mobilisation est souvent une contrainte.

De manière générale, les proches souhaitaient participer aux activités, mais la réalisation de celles reliées à la prévention a demandé une certaine constance au chevet de la personne âgée ce qui, selon les proches, n'est pas toujours possible. Cependant, l'engagement des dix proches à mettre en place les activités proposées a été constaté lors des secondes rencontres. Certaines proches se sont impliquées plus que d'autres, mais aucune n'a évoqué l'environnement de l'urgence comme un obstacle à sa participation à l'intervention. Par contre, elles ont régulièrement demandé des informations concernant l'état de santé de leur proche âgé. C'est dans les unités plus calmes (soins de courte durée et unité de

médecine interne) et lorsque l'état de santé de la personne âgée était stable que les proches ont démontré un plus grand engagement dans les activités. D'autre part, démontrer de l'intérêt pour l'expérience des proches, répondre à leurs questions, faciliter la réalisation des activités de prévention, offrir de l'aide et ajuster les interventions ont été des stratégies qui ont facilité le développement d'un partenariat et favorisé la participation. Les principaux défis quant à l'intervention ont été de maintenir le partenariat et l'engagement malgré une présence auprès d'eux pour une courte période et de stimuler la participation des personnes âgées aux activités, en particulier en ce qui concerne la mobilisation.

Réalisation d'ajustements

Enfin, l'étape de la réalisation d'ajustements s'est faite au fur et à mesure de l'intervention. Il s'agissait de négocier des actions pour permettre de maintenir l'engagement des proches. Plusieurs nous ont fait part de leur frustration quant au prix excessif du stationnement, en particulier lorsque plusieurs membres d'une même famille se relayaient au chevet de la personne âgée et que la durée de séjour se prolongeait. Plusieurs ont mentionné aussi leur frustration face à la difficulté d'obtenir des informations concernant l'état de santé ou le plan de soins de leur proche, ce qui pouvait, selon eux, freiner leur désir de collaboration. Or, les proches qui ont fait l'effort de venir au chevet de leur parent âgé manifestent, à divers degrés, le désir d'être impliqués. Le modèle de Hill et al. (2014) mis à l'essai dans le cadre de cette expérience clinique utilise l'engagement et l'échange d'informations comme une stratégie permettant de mettre en place des liens de partenariat. Écouter et comprendre les frustrations des proches a fait aussi partie des stratégies qui ont pu soutenir l'implication des proches aux activités de prévention de l'état confusionnel.

Retombées de l'expérience clinique

Les proches ont plusieurs fois mentionné souhaiter recevoir des renseignements oraux et écrits sur l'état confusionnel, ainsi que du fait que l'on tienne compte de leur opinion. Les besoins d'informations des proches sont importants, autant en ce qui concerne les moyens de prévenir l'état confusionnel que sur l'état de santé et le plan de soins de leur proche âgé. La plupart des proches ont profité de l'intervention pour demander des informations sur l'état de santé.

Lorsqu'il était possible de répondre à leurs questions, cela a permis de créer rapidement un lien de confiance et d'assurer un intérêt pour les activités de prévention. Par ailleurs, les proches étaient disponibles pour s'impliquer dans les activités. Cette expérience clinique confirme qu'il existe des besoins d'éducation au sujet de l'état confusionnel chez les proches et que des activités de prévention sont facilement réalisables. De plus, le projet a démontré qu'il est possible pour une infirmière travaillant à la salle d'urgence de fournir, dans un temps minimal, des informations ciblées sur l'état confusionnel et sur des activités de prévention qui correspondent aux besoins des proches. La mise en œuvre d'une démarche de soins en partenariat a été facile à intégrer et a démontré qu'elle facilitait la collaboration et l'engagement des proches aux activités de prévention. Au fil des rencontres, il a été possible de constater que l'utilisation du modèle de partenariat avait une influence positive sur la relation entre l'infirmière et les proches. Cela a permis de recevoir de nombreux commentaires pour améliorer l'intervention et d'offrir des informations adaptées à la situation des proches. À la lumière des retombées de cette expérience clinique, nous formulons des recommandations pour la pratique clinique, la recherche, la formation et la gestion.

Recommandations

Pour la pratique clinique

Le modèle d'engagement en partenariat (Hill et al., 2014) est un modèle récemment élaboré. Selon eux, «le partenariat de soins a le potentiel de faciliter la prévention et la reconnaissance précoce de l'état confusionnel, tout en améliorant la qualité des soins, la qualité de vie des patients hospitalisés et la satisfaction des proches en utilisant les forces et les habiletés des acteurs du partenariat» (Traduction libre, p. 6). Rosenbloom et Fick (2014) ont montré que l'attitude des infirmières et des proches peut être influencée de manière positive par un programme d'éducation portant sur le partenariat afin de prévenir l'état confusionnel. Il semble donc important de continuer à faire connaître et à soutenir les infirmières quant à l'adoption d'un modèle de soins qui valorise le partenariat avec les proches. Cette sensibilisation pourrait se faire dans le cadre des programmes de formation à l'approche adaptée à la personne âgée (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). De plus, l'intervention de prévention d'après le modèle de partenariat de Hill et al. (2014) n'étant pas spécifique au contexte

de la salle d'urgence, il pourrait facilement être appliqué par les infirmières dans d'autres unités de soins, par exemple, dans les unités de médecine, de gériatrie et de chirurgie. Aussi, selon Han et al. (2009), l'état confusionnel n'est pas détecté chez 75 % des patients. Il semble donc essentiel qu'un dépistage systématique soit utilisé par les infirmières, par exemple à l'aide de l'outil CAM, et ce, en collaboration avec les proches. Ce dépistage en collaboration devrait servir de point de départ pour échanger des informations à propos de l'état confusionnel et pour présenter les activités de prévention. Les infirmières pourraient aussi encourager les proches à relayer les informations sur la prévention de l'état confusionnel aux autres membres de la famille ainsi qu'à la personne âgée.

Par ailleurs, certains aménagements dans l'environnement des patients pourraient améliorer l'orientation des personnes âgées et faciliter la présence des proches à l'urgence. Par exemple, en adoptant et en généralisant l'utilisation des tableaux blancs afin de faciliter la communication avec les proches et les personnes âgées. La date, le nom des soignants et d'autres informations non confidentielles pourraient y être inscrits aussi bien par les soignants que par les familles ou leur proche. Aussi, l'orientation des personnes âgées durant leur hospitalisation serait facilitée par l'installation généralisée d'horloge dans les chambres et dans les diverses zones des salles d'urgence.

De plus, les proches ont exprimé de l'inconfort à encourager la mobilisation chez leur proche. Une attention particulière devrait être portée à leur besoin d'aide à ce sujet. Il semble donc important d'encourager les équipes soignantes à la mobilisation régulière des personnes âgées. Enfin, les infirmières et les proches devraient encourager le port d'appareils auditifs et de lunettes, au moins durant les heures de présence familiale afin que les personnes âgées profitent pleinement de la présence stimulante de leur proche. Les lunettes et les appareils auditifs devraient être identifiés, par la personne âgée, les proches ou les soignants, le plus tôt possible durant l'hospitalisation afin de promouvoir leur utilisation sans craindre leur perte.

Pour la recherche

Plusieurs écrits mentionnent l'augmentation de la satisfaction des proches, des patients et des soignants lorsqu'ils s'engagent dans un partenariat de soins (Bridges, Flatley, et Meyer, 2010; Hill et al., 2014; Vandall-Walker et Clark, 2011). Cependant, comme le soulignent Rosenbloom et Fick (2014),

davantage de recherches sont nécessaires pour évaluer dans quelle mesure un modèle de soins en partenariat appliqué à la prévention de l'état confusionnel prévient les épisodes et a un impact sur la santé des personnes âgées et des familles. En particulier, les obstacles et les moyens facilitant l'adoption d'un modèle de soins en partenariat avec les proches en vue de prévenir l'état confusionnel ont été peu explorés auprès des infirmières et ils pourraient faire l'objet d'études. Enfin, la mesure des effets de l'intervention sur l'incidence de l'état confusionnel et de son impact sur les proches n'était pas le but de cette expérience clinique, mais une étude pourrait examiner ces effets.

Pour la formation

Le modèle de soins en partenariat avec les familles permet de faciliter l'engagement et augmente la satisfaction des proches (Hill et al., 2014). De plus, les activités de prévention de l'état confusionnel ont été jugées faciles et réalisables par elles. Nous recommandons donc que les formations continues portant sur l'approche adaptée à la personne âgée et sur la prévention de l'état confusionnel fassent connaître le modèle en partenariat et les activités de prévention de l'état confusionnel, incluant la brochure sur les activités de prévention développée pour les proches¹. De plus, il serait pertinent dans le cadre des formations offertes aux infirmières de les sensibiliser à l'importance de donner régulièrement des informations aux personnes âgées et, avec leur consentement, à leurs proches sur l'évolution de leur état de santé, leur plan de soins et de répondre à leurs préoccupations principales. En effet, beaucoup de frustrations pourraient être évitées en assurant une communication efficace entre les infirmières, les personnes âgées et leur famille.

Nous avons pu constater que beaucoup de personnes âgées ne recevaient pas de visites durant leur hospitalisation. Nous recommandons donc que les préposés aux bénéficiaires et les bénévoles soient familiarisés avec les activités de prévention de l'état confusionnel afin de pouvoir participer au travail de prévention.

Pour la gestion

Au cours des rencontres, les proches ont évoqué à plusieurs reprises les prix jugés excessifs du stationnement des hôpitaux. Étant donné l'importance de la présence des proches pour prévenir les complications liées à l'hospitalisation

d'un proche âgé, nous recommandons que des tarifs familiaux plus abordables soient offerts afin de faciliter leur présence tout au long de l'hospitalisation. Par ailleurs, l'engorgement des salles d'urgence engendre promiscuité, bruit et surcharge de travail pour le personnel, ce qui en fait un milieu particulièrement favorable au développement de l'état confusionnel chez les personnes âgées. Cette situation augmente la probabilité d'une hospitalisation prolongée, de déclin fonctionnel et cognitif durable, en plus de générer des coûts financiers importants (Inouye et al., 2014). Nous recommandons donc que des solutions durables soient mises en place dans les salles d'urgence afin d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées, en particulier en assurant un environnement calme et un transfert rapide vers les unités de soins plus adaptées à leur condition de santé et à leur âge.

Conclusion

Pour conclure, l'adoption par les infirmières d'un modèle de soins en partenariat avec les proches est un défi dans les salles d'urgence où l'instabilité des patients demande souvent des réponses rapides et complexes engageant un nombre important de professionnels de la santé. Cependant, pour les personnes âgées, les conditions de séjour difficiles dans les salles d'urgence augmentent les risques de développer un état confusionnel et d'autres complications liées à leur séjour dans ce milieu. Créer des liens de partenariat entre les personnes âgées, leurs proches aidants et les soignants contribue à réduire les effets néfastes de l'hospitalisation. Cette expérience clinique a été l'occasion d'apprendre à mieux connaître les besoins des proches et leurs inquiétudes face à l'hospitalisation d'un proche âgé. Nous avons pu constater que les proches manquaient d'informations, mais qu'elles étaient prêtes à collaborer et à participer à des activités de prévention quand on répondait à leurs questions et à leurs besoins. Elles occupent, grâce aux connaissances qu'elles ont de leur proche âgé, une place prépondérante pour prévenir l'état confusionnel. Investir un peu de temps pour les connaître et les impliquer dans des activités de prévention dès l'admission à la salle d'urgence d'une personne âgée. Utiliser un modèle de partenariat peut améliorer l'expérience des proches en leur offrant des mesures de soutien adaptées, tout en prévenant les complications d'un état confusionnel chez leurs parents âgés. Les infirmières ont la responsabilité professionnelle de travailler à créer des liens avec les proches et à négocier des soins en partenariat avec elles (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). En s'engageant dans

le développement d'une pratique centrée sur les personnes âgées et leur famille, les infirmières ont un impact direct sur la satisfaction des proches et le pouvoir d'améliorer la qualité et la sécurité de soins des personnes âgées.



Cécile Hardy

Cécile Hardy a une maîtrise en sciences infirmières. Elle est conseillère en soins infirmiers à l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Elle possède une vaste expérience clinique en soins d'urgence. Ses champs d'intérêt portent sur l'adaptation des soins aigus aux personnes âgées et sur les approches en partenariat avec les personnes et leur famille.

NOTE

1. La brochure présentant les activités de prévention de l'état confusionnel à l'intention des proches est disponible en français et en anglais en contactant l'auteure principale par courriel : cecilehardy@hotmail.com

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd., traduit par M. A. Crocq et J.D. Guelfi). Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Bélanger, L. et Ducharme, F. (2011). *Patients' and nurses' experiences of delirium: A review of qualitative studies. Nursing Critical Care*, 16(6), 303-315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x
- Bridges, J., Flatley, M. et Mayer, J. (2010). Older people's and relatives experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 89-107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009
- Elie, M., Rousseau, F., Cole, M., Primeau, F., McCusker, J. et Bellavance, F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Canadian Medical Association Journal*, 163(8), 977-981.
- Han, J. H., Zimmerman, E. E., Cutler, N., Schnelle, J., Morandi, A., Dittus, R. S., . . . Ely, E. W. (2009). Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Academic Emergency Medicine*, 16(3), 193-200. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00339.x
- Hardy, C. (2015). *Intervention infirmière auprès des familles afin de prévenir le délirium chez un proche âgé admis dans une salle d'urgence* (Rapport de stage de maîtrise), Université de Montréal. Repéré à : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13144>
- Hill, N. L., Yevchak, A., Gilmore-Bykovskiy, A. et Kolanowski, A. M. (2014). The Model of Care Partner Engagement: use in delirium management. *Geriatric Nursing*, 35(4), 272-278. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.02.023
- Inouye, S. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354,1157-1165. doi: 10.1056/NEJMra052321
- Inouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P. Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. et Cooneu, L. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669-676.
- Inouye, S., van Dick, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegal, A. et Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948. doi:10.7326/0003-4819-113-12-941
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J. et Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922. doi: 10.1016/s0140-6736(13)60688-1
- Lundstrom, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brannstrom, B., Bucht, G. et Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 622-628. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53210.x
- Marcantonio, E., Flacker, J., Wright, J. et Resnick, N. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G. et Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age & Ageing*, 41(5), 629-634. doi: 10.1093/ageing/afs060
- McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F. et Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 457-463.
- McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N. et Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay? *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1539-1546.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf> 52
- Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Tsuneto, S. et Shima, Y. (2004). Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*, 45(2), 107-113. doi: 10.1176/appi.psy.45.2.107
- Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R. et Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 18-23. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53005.x
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec*. Repéré à : https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf

Robinson, S., Rich, C., Weitzel, T., Vollmer, C. et Eden, B. (2008). Delirium prevention for cognitive, sensory, and mobility impairments. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 22(2), 103-113. doi: 10.1891/0889-7182.22.2.103

Rosenbloom, D. et Fick, D. (2014). Nurse/family caregiver intervention for delirium increases delirium knowledge and improves attitudes toward partnership. *Geriatric Nursing*, 35, 175-181. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.12.004

Schreier, A. (2010). *Nursing care, delirium, and pain management for hospitalized older adult*. Pain Management Nursing, 11(3), 177-185. doi:10.1016/j.pmn.2009.07.002


Siddiqi, N., Holt, R., Britton, A. M. et Holmes, J. (2009). Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 53

Siddiqi, N., House, A. O. et Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: A systematic literature review. *Age & Ageing*, 35(4), 350-364. doi: 10.1093/ageing/af1005

Vandall-Walker, V. et Clark, A. (2011). It starts with access! A grounded theory of family members working to get through critical illness. *Journal of Family Nursing*, 17(2), 148-181. doi:10.1177/1074840711406728


Van den Boogaard, M., Schoonhoven, L., van der Hoeven, J. G., van Achterberg, T. et Pickkers, P. (2012). Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 775-783. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.016

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. et van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443-451. doi: 10.1001/jama.2010.1013



CHARLAND + GAMACHE
SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.


**NOTRE PROFESSION SE TRANSFORME,
FAITES-EN AUTANT!**

FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES 

FORMATIONS OFFERTES

- Examen physique général ou spécifique à un système tel musculo-squelettique, cardio-vasculaire, respiratoire, gynécologique ou autre adapté à tout type de clientèle
- Prévention et gestion des chutes et évaluation clinique post chute
- MPOC : Connaissances essentielles et prise en charge
- Le soin à la personne âgée et les déficits cognitifs : un défi quotidien
- Plaie de pression : connaissances essentielles et sa prise en charge

CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES!

T 1-855-806-2089 CHARLANDGAMACHE.COM 

Revue des écrits sur la gestion des comportements par les familles des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et vivant à domicile

Nathalie Houle, inf., Ét. M. Sc. ; Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.

Au Québec et ailleurs, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans les établissements de santé et à domicile se fait, entre autres, par l'utilisation de médicaments. Dans le contexte des soins à domicile, les proches sont souvent impliqués dans le soutien des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'implication des proches signifie également qu'ils doivent gérer les SCPD et utiliser de la médication dans plusieurs cas. Cet article a pour but de décrire les connaissances existantes sur l'expérience des familles en lien avec l'utilisation de la médication pour contrôler les comportements d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. À cette fin, une revue des écrits a été effectuée dans plusieurs bases de données. Actuellement, plusieurs études se sont attardées aux conséquences de la maladie d'Alzheimer sur l'unité familiale, à la gestion des SCPD par l'utilisation de médicaments et aux différents rôles et responsabilités des proches aidants dans ce contexte. Par contre, aucune étude n'évoque les significations que les familles donnent à l'utilisation des médicaments pour contrôler les comportements de leur proche. Une meilleure compréhension de la signification qu'accordent les familles à l'utilisation des médicaments favoriserait le développement d'interventions axées sur les besoins de la famille-personne âgée.

Mots clés : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, maladie d'Alzheimer, personne âgée, proches aidants, médicaments

Au Québec et ailleurs, l'utilisation des substances chimiques fait partie intégrante de la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans les établissements de santé et à domicile. À cet effet, ces substances peuvent alors être considérées comme des contentions chimiques. Puisque ces molécules

sont grandement utilisées et qu'elles peuvent avoir des effets secondaires considérables chez les personnes âgées (American Geriatrics Society, 2012), il est important de se questionner sur cette façon de gérer les comportements de ces personnes.

La prescription de médicaments administrés au besoin et dont l'indication d'administration est non précisée laisse place à une gestion plus ou moins adéquate des substances chimiques et favorise le risque d'abus (Hugues, 2008). La Charte des droits et libertés de la personne du Québec (Gouvernement du Québec, 2016) vise à faire respecter les droits fondamentaux des personnes et à favoriser, entre autres, la mise en place d'un filet de protection contre ce type d'abus. De plus, elle stipule que « toute personne âgée ou handicapée a le droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation » (chap. 4, art. 48). L'utilisation des mesures de contrôle, dont la contention chimique, de façon abusive va à l'encontre des droits de la personne.

Afin d'éviter le risque d'abus, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2002) a élaboré un cadre de référence à l'intention des établissements pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Il sert de ligne directrice à la prise de décision en respectant des règles précises. Pour cette raison, depuis 2002, les établissements de santé doivent se munir de protocoles et de procédures en ce qui concerne l'utilisation et la surveillance des mesures de contrôle physiques et de l'isolement. Un consentement doit également être obtenu de la part du client ou d'un proche, le cas échéant. Pourtant, à l'heure actuelle, il n'y a pas de protocoles ou de procédures disponibles pour l'encadrement des mesures de contrôle chimique. De plus, peu d'études ont exploré l'utilisation de ces mesures chez les personnes âgées. Une étude de Hughes, Hope, Reader et Rice (2002) sur les aspects éthiques en lien avec la maladie d'Alzheimer¹ et les soins apportés par les proches aidants apporte quelques indices sur

cette utilisation. Les résultats ont démontré que les proches aidants ne partagent pas nécessairement la même vision que les professionnels de la santé en ce qui concerne les soins à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Selon les auteurs, les proches aidants font face à des dilemmes éthiques lorsqu'ils doivent décider d'administrer ou non des sédatifs. De plus, les auteurs mentionnent que les proches aidants craignent les effets secondaires et peuvent même se questionner sur le bien et le mal que représente l'administration des médicaments sédatifs.

Les proches aidants sont bien souvent des membres de la famille de la personne âgée. Une famille peut se définir comme une unité à part entière. Elle inclut la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer au même titre que les autres membres de la famille, ainsi que les personnes qui se reconnaissent comme membre de la famille (Beeber et Zimmerman, 2012; Wright et Leahey, 2007). Cette implication familiale est primordiale étant donné l'importance du maintien à domicile des personnes âgées (MSSS, 2003) qui fait en sorte que nous nous questionnons davantage sur les différents enjeux et défis qui lui sont reliés. Actuellement, les mesures de contrôle physiques sont peu utilisées à domicile, mais la situation est bien différente en ce qui concerne les mesures de contrôle chimiques. Au Québec, entre 2006 et 2009, la prévalence de l'usage des antipsychotiques chez les personnes âgées avec un diagnostic de trouble neurocognitif majeur a augmenté de 13,3 % (Institut national de l'excellence en santé et en services sociaux, 2012).

La théorie de niveau intermédiaire de Beeber et Zimmerman (2012) intitulée *Family management style framework (FMSF)* peut être utile pour examiner cette problématique. Elle explique comment une famille dont un proche est atteint de la maladie d'Alzheimer fait face à la maladie. Elle a la particularité d'inclure la personne âgée atteinte de cette maladie comme un membre à part entière de la famille. Elle ne met donc pas toute la responsabilité sur le proche aidant, mais plutôt sur la globalité de l'unité familiale qui comporte des sous-unités en interrelation. Cette théorie s'inspire de celle de Knalf et Deatrck (2003) sur le *FMSF* pour les familles avec un enfant atteint d'une maladie chronique.

L'adaptation de la théorie de Beeber et Zimmerman (2012) à la famille dont un des membres est atteint de la maladie d'Alzheimer permet de mieux comprendre les aspects que la famille doit incorporer dans son quotidien quant à la gestion de la maladie et la signification de cette gestion dans leur vie quotidienne. De

plus, elle permet de faire « ressortir les forces de la famille et les défis afin de permettre la mise en place d'interventions bien ciblées » (p. 125-126, traduction libre). La théorie comporte trois concepts clés, soit la définition de la situation, la gestion des comportements et la perception des conséquences.

Ces auteurs font ressortir que la famille est composée de différentes personnes et qu'elle varie significativement d'une famille à l'autre. De façon générale, « le proche aidant identifie une ou des proches aidantes secondaires qui sont souvent des frères et sœurs » (Beeber et Zimmerman, 2012, p. 128, traduction libre). La définition de la situation est unique à la famille et leur permet de mettre dans leurs mots l'expérience qu'ils ont en lien avec la maladie d'Alzheimer. Toujours selon cette théorie, la philosophie que la famille adopte en ce qui concerne la gestion des comportements et des approches de gestion de ceux-ci permet de comprendre le pouvoir que la famille a sur la situation.

Finalement, pour Beeber et Zimmerman (2012), la façon dont la famille voit les impacts de la gestion des comportements favorise le développement de ses réponses et devient sa façon de gérer les situations et les problèmes. L'identification de ce style de gestion permet de comprendre les différentes composantes et explique la gestion des comportements d'une façon plutôt qu'une autre et des conséquences sur le noyau familial. Par exemple, les différents sentiments en lien avec l'usage de la médication pourraient varier selon les perceptions que la famille se fait des conséquences de la médication sur la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ainsi que sur l'équilibre de la vie familiale (Beeber et Zimmerman, 2012).

Afin de mieux comprendre la gestion des comportements, il est pertinent de s'intéresser au vécu de l'unité familiale d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le but de cette revue des écrits est donc de faire ressortir les connaissances actuelles sur la gestion des comportements en lien avec l'usage des médicaments par les familles en utilisant le *FMSF* comme cadre de référence.

Méthode

Cette revue des écrits utilise une approche narrative. La stratégie de recherche utilisée sera d'abord présentée, puis celle d'analyse des écrits sera exposée.

Stratégie de recherche

Afin de réaliser cette revue des écrits, les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : CINAHL, MEDLINE et EMBASE. De plus, des recherches ont été effectuées dans Google Scholar et Google afin d'assurer d'inclure une variété d'écrits, dont la littérature grise pouvant être retrouvée sur des sites gouvernementaux et d'associations à but non lucratif en lien avec le sujet de cette revue des écrits.

Les mots clés utilisés lors de la recherche initiale ont été : contention chimique, médication, comportement, Alzheimer, démence, déficit cognitif, personne âgée, proche aidant, famille, perception, signification, soins à domicile. De plus, en cours de recherche, d'autres mots clés furent identifiés à partir des écrits trouvés. Ce sont : auto-efficacité, responsabilité, stratégies. La recherche s'est limitée aux articles en langue française et anglaise parus entre 1980 et 2016. Afin de réaliser cette revue des écrits, les critères d'inclusion suivants ont été utilisés : les publications utilisées devaient avoir une date de parution après 1980 en favorisant les parutions plus récentes et elles devaient porter sur les proches aidants de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer dans un contexte de soins à domicile. Les articles ayant comme sujet les avancées de la recherche sur l'Alzheimer, les complications de la maladie autres que les comportements de type SCPD et les articles traitants de la gestion des comportements par des professionnels et des non-professionnels de la santé autres que la famille ont été exclus de cette recherche.

Stratégie d'analyse des écrits

Le résumé des écrits a initialement été lu afin d'évaluer leur correspondance avec les critères d'inclusion. Par la suite, les écrits retenus ont été analysés en utilisant une grille permettant de documenter la recherche documentaire, d'analyser les caractéristiques et les résultats des écrits, de les regrouper par types d'écrits, d'effectuer un résumé et de les classer selon les résultats obtenus les uns par rapport aux autres.

Nous avons également identifié les forces et les limites des écrits. La stratégie d'analyse des écrits a permis de regrouper les articles selon les résultats obtenus et de les organiser en fonction du cadre de référence du *FMSF*.

Résultats

Un total de 45 articles a été recensé pour cette revue des écrits. Ce sont majoritairement des études de nature quantitatives (n=20), des études qualitatives (n=11), quelques devis mixtes (n=3), des revues d'écrits (n=3) et des méta-analyses (n=2). De plus, de la littérature grise (n=6) sur le sujet a été retrouvée. Les écrits provenaient des États-Unis, de l'Australie, du Canada, de la Suède, de l'Espagne, du Brésil, de la Belgique, de l'Italie, de l'Irlande, de la France, du Royaume-Uni, de la Suisse, du Japon et de la Chine. Les auteurs de ces écrits appartenaient aux disciplines suivantes : sciences infirmières, sociologie, psychiatrie, gériatrie, médecine et psychologie. De façon générale, les études quantitatives utilisées pour cette revue décrivaient bien leur échantillon. Les auteurs fournissaient les explications pertinentes en ce qui concerne la perte de participants. Pour les études qualitatives, ils présentaient les éléments nécessaires pour bien décrire le devis de recherche et comprendre les résultats. Les résultats de la revue de ces écrits sont organisés ci-dessous en trois sections correspondant aux concepts clés du cadre de référence. La première section s'attarde aux perceptions des conséquences de la maladie d'Alzheimer sur la famille. La deuxième section permet de définir la situation en lien avec la gestion de comportements et l'utilisation de médicaments. Finalement, la troisième section traite de la perception des influences de la famille sur la gestion des comportements associés à la maladie d'Alzheimer.

Perceptions des conséquences de la maladie d'Alzheimer sur l'unité familiale

«Lorsqu'on prend soin au quotidien d'un être cher, on fait l'expérience de toute la gamme des émotions» (Ducharme, 2011, p. 18). Cela est d'autant plus vrai lorsque la famille offre des soins à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que cela n'est pas sans heurt et difficulté (Borghi, de Castro, Marcon et Carreira, 2013; Scott, 2013). Dans une histoire de cas, Jadwiga Wegierek (2012) retrace le parcours d'une femme qui a pris soin de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. L'auteure

mentionne que la fille de cette femme est devenue à son tour malade pendant la période durant laquelle elle s'occupait de sa mère. En fait, ce genre de situation n'est pas un phénomène isolé. Plusieurs auteurs rapportent dans leurs études que les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer développent souvent à leur tour des problèmes de santé physique ou mentale (Borghi et al., 2013; Braun, Mura, Peter-Wight, Hornung et Scholz, 2010; Massimo, Evans et Benner, 2013). Dans une revue des écrits, Richardson, Lee, Berg-Weger et Grossberg (2013) présentent des recherches récentes sur la maladie d'Alzheimer, la santé des proches aidants et les interventions psychosociales. Ces auteurs mentionnent que les professionnels de la santé doivent considérer comme des patients les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. La présence de déclin fonctionnel sur une période de temps substantielle rendrait la tâche particulièrement difficile pour les membres de cette famille.

Dans une autre revue des écrits effectuée par Schoenmakers, Buntinx et Delepeleire (2010), les auteurs mentionnent que de façon générale les proches aidants de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sont en moins bonne santé que ceux du même groupe d'âge qui prennent soin d'une personne atteinte d'une maladie chronique. Toujours selon ces auteurs, la présence de comportements perturbateurs serait un facteur déterminant qui augmenterait la présence de sentiments négatifs et la dépression chez les proches aidants. Par exemple, certains comportements, tels que l'agressivité et l'agitation, manifestés chez plus de 20 % des personnes à domicile atteintes de la maladie d'Alzheimer (Ballard et Corbett, 2010), peuvent contribuer à la fragilisation du noyau familial. Lorsqu'il est affaibli, les proches aidants n'auront alors pas nécessairement tendance à rechercher le soutien des autres membres de la famille.

Le stress ressenti au quotidien a également des impacts sur le sommeil des familles. Dans une étude se déroulant dans une clinique auprès de 40 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de 40 autres souffrants de la maladie de Parkinson ainsi que leur proche aidant principal, Cupidi et al. (2012) rapportent que les problèmes de sommeil souvent reliés à la maladie d'Alzheimer causent une augmentation de la détresse chez les proches aidants. L'échantillon utilisé est de petite taille, mais les résultats sont similaires à ceux obtenus dans une étude de Simpson et Carter (2013) par l'entremise de trois groupes de discussion recueillant les propos de 15 proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les proches aidants ont qualifié la qualité de leur sommeil de pauvre et ont mentionné qu'il était entrecoupé de périodes d'éveil. La présence de fragmentation du sommeil chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer peut conduire à des comportements tels que la fébrilité, les cris et l'agressivité physique (McCurry, Vitiello, Gibbons, Logsdon et Teri, 2006). Selon une étude de Rose et al. (2011), la fragmentation du sommeil, qui éventuellement conduit à de la fatigue extrême autant chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer que chez le proche aidant, est l'un des facteurs importants pesant dans la balance lorsque les proches doivent prendre la décision de garder ou non la personne âgée à domicile.

Les membres de la famille d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer peuvent également souffrir de fatigue reliée à la compassion exprimée à l'endroit de la personne âgée (Lynch et Lobo, 2012). Dans une revue de la littérature sur le concept de la fatigue relié à de la compassion, ces auteurs rapportent que ce type de fatigue est en lien direct avec une réponse importante au stress que les familles expriment par l'empathie ressentie pour la personne âgée. Lorsque les membres de la famille souffrent de fatigue reliée à de la compassion et qu'ils n'écoutent pas leurs symptômes, ils risquent de se retrouver en épuisement, tout comme les professionnels de la santé exposés à la souffrance et au stress dans le cadre de leur travail (Lynch et Lobo, 2012).

Les impacts de la maladie d'Alzheimer sur la famille touchent également les aspects financiers (Richardson et al., 2013; Suehs et al., 2014). Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile peuvent avoir besoin de la présence constante d'un proche ou d'une personne rémunérée lors des stades plus avancés de la maladie. Dans une étude quantitative comparative de 1861 dyades incluant une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et de 1861 dyades sans personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, Suehs et al. (2014) ont trouvé une relation entre la présence de la maladie d'Alzheimer et l'augmentation des dépenses pour la famille en ce qui concerne les soins médicaux comparativement à des familles sans un membre atteint de la maladie d'Alzheimer.

Le phénomène de dépendance et le fonctionnement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ont été le sujet d'une étude quantitative exploratoire de Gillespie et al. (2012) en Irlande. Les coûts des soins formels et informels sur une période de six mois furent analysés. Cette étude montre qu'il y a une augmentation pour ces

soins lorsque la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a de la difficulté à fonctionner. Par contre, lorsque le niveau de dépendance de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer atteint une sévérité importante, ce ne sont que les coûts des soins informels qui augmentent.

Hurd, Martorell, Delavande, Muller et Langa (2013) ont également fait une étude sur les coûts de l'Alzheimer, mais cette fois aux États-Unis. Ils ont utilisé comme échantillon la population de l'étude *Health and Retirement Study*, soit 10 903 personnes. À partir de cet échantillon, ils ont effectué des modèles statistiques selon diverses sources de données afin d'identifier les participants à l'étude qui avaient déjà la maladie d'Alzheimer. Les résultats démontrent que ces familles doivent déboursier des frais supplémentaires afin d'offrir certains soins. La perte de salaire par le proche aidant pour prendre soin de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a également été prise en considération et représente plus de 31 % des coûts totaux. Cette étude démontre que pour une personne atteinte de cette maladie, il y a des coûts annuels moyens de plus de 45 430 \$ (dollars américains en 2013). Gillespie et al. (2012), démontrent également que ce sont des frais associés au remplacement du temps du proche aidant et à la perte salariale que celui-ci subit. Au Québec, les pertes salariales des proches aidants et le temps qu'ils offrent en soins ne sont pas compensés entièrement. Les familles doivent donc absorber une très grande partie de ses coûts. Selon l'*Alzheimer's Association* (2012) cité dans Suehs et al. (2014), les impacts physiques et émotionnels de la maladie d'Alzheimer sur les membres de la famille ajoutent aux dépenses du système de santé américain des frais de plus de 9 milliards de dollars.

D'autre part, les impacts familiaux de prendre soin d'un membre de la famille atteint de la maladie d'Alzheimer peuvent, dans certains cas, être considérés comme favorable pour la famille. Dans une étude qualitative d'analyse comparative, Shim, Barroso et Davis (2012) ont effectué une analyse secondaire de 57 entrevues auprès de 21 conjoints qui sont également les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. À la suite de l'analyse des données, ces auteurs ont réparti en trois groupes les expériences de ces proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le premier regroupe des proches ayant une expérience négative, le deuxième, ceux qui ont une expérience ambivalente et le troisième, ceux qui ont une expérience positive. Les proches aidants rapportant des expériences positives considèrent prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

comme une action enrichissante. Ces proches aidants ont pu identifier dans leur quotidien des moments particuliers empreints de tendresse et de souvenirs agréables malgré la maladie de leur proche.

Dans le même ordre d'idée, Shim, Barroso, Gilliss et Davis (2013) ont mis l'accent sur le sens même de prendre soin. Grâce à une analyse de 11 entrevues de proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, ces auteurs ont fait émerger le sens que donnent les proches aidants aux soins apportés à leur proche. Les proches aidants donnent un sens à leurs soins par la croissance personnelle qu'ils en retirent. Ces études font ressortir que l'attitude adoptée par les proches aidants peut favoriser une expérience positive et permettre de vivre selon leurs propres valeurs et croyances (Shim et al., 2013). De plus, la présence de soutien du proche aidant par les autres membres de la famille favoriserait un sentiment de bien-être pour toute la famille et valoriserait le proche aidant principal dans son rôle auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (Gallagher-Thompson et al., 2012).

Définition de la situation en lien avec la gestion de comportements et l'utilisation de médicaments

La maladie d'Alzheimer a des conséquences sur l'unité familiale et une des causes est la présence de différents comportements chez la personne âgée atteinte de cette maladie. Il y a plusieurs façons de les désigner. Certains auteurs parlent d'agitation (Ballard et Corbett, 2010; Ballard et Howard, 2006), d'autres mentionnent que ce sont des comportements perturbateurs (Beck et al., 1998; Horning, Melrose et Sultzer, 2014) ou des troubles du comportement (Benoit et al., 2003; Herrmann, 1998). Les termes comportements dysfonctionnels (Bedard, Molloy, Pedlar, Lever et Stones, 1997) ou excessifs (Landreville, Vézina et Gosselin, 2000 cité dans Voyer, 2006) sont également utilisés. L'emploi de ces appellations fait référence à une signification particulière que les proches ou les soignants lui donnent. Il est possible que cela ne représente pas nécessairement la signification que la personne attribuerait à ses propres comportements. De son côté, l'International Psychogeriatric Association (2012) fait plutôt référence aux symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD). Ces derniers forment l'ensemble des différents comportements relié à la maladie d'Alzheimer (Benoit et al., 2003). Dans le cadre de cette revue, nous utiliserons cette expression

qui évite d'attribuer un sens particulier aux comportements.

Afin d'étudier le phénomène de l'utilisation de médicaments pour gérer des comportements, il faut tout d'abord comprendre que ceux en lien avec l'apparition de la maladie d'Alzheimer sont variés et qu'ils n'ont pas tous le même impact sur le quotidien des proches aidants et des personnes âgées. De plus, ces comportements ne sont pas peu communs. Selon l'*Alzheimer's Society* du Royaume-Uni (2013), le développement de SCPD chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer se retrouve dans une proportion de neuf personnes âgées sur dix. Une étude de Benoit et al. (2003) rapporte des résultats similaires. En effet, plus de 92,5 % des 255 participants présentent des troubles cognitifs modérés (entre 11-20 sur 30 à l'examen mini-mental [MMSE]) et 84 % des 244 participants ayant des troubles cognitifs légers (entre 21-30 sur 30 au MMSE) avaient des symptômes comportementaux ou psychologiques.

D'autre part, les conséquences de ces comportements sont diversifiées pour la personne âgée atteinte et elles peuvent avoir des effets négatifs sur sa relation avec ses proches. Selon Powers, Dawson, Krestar, Yarry et Judge (2016), les conséquences qui la touchent sont la frustration causée par la perte de mémoire, la gêne, la perte de sa propre identité, la diminution de son autonomie et le sentiment de devenir dépendante des autres. Un autre type de conséquences est que la présence de SCPD conduit fréquemment à l'utilisation de médicaments pour gérer ces comportements. Au Québec, entre 2006 et 2009, la prévalence de l'usage des antipsychotiques chez les personnes âgées avec un diagnostic de démence a augmenté de 13,3 % (INESSS, 2012). À ce sujet, Hungerford et al. (2014) ont effectué en Australie, une analyse statistique exploratoire avec un échantillon de 61 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et vivant à domicile. Les résultats de leur étude démontrent que plus de 21 % de ces personnes prenaient des antipsychotiques. De plus, seulement 6,5 % de celles-ci avaient une comorbidité psychotique. Lorsqu'une personne âgée est atteinte de la maladie d'Alzheimer et qu'elle vit à domicile, l'unité familiale doit composer avec les SCPD et avec l'utilisation de médicaments. La complexité de la maladie d'Alzheimer et de la gestion des SCPD peut influencer la façon dont les SCPD sont gérés et peuvent grandement influencer l'état de santé de la personne âgée. L'unité familiale doit donc composer avec tous ces éléments lorsqu'il est question de gestion des SCPD.

Perceptions des influences de l'unité familiale sur la gestion des comportements associés à la maladie d'Alzheimer

Les diverses conséquences en lien avec le développement de la maladie d'Alzheimer, autant chez la personne âgée atteinte de la maladie que chez ses proches, permettent d'établir qu'il y a davantage de conséquences négatives que positives pour l'unité familiale. L'apparition des SCPD et la gestion de ceux-ci nécessitent davantage de temps et d'efforts. Ces symptômes représentent ce qui est le plus stressant à gérer pour les proches aidants (Donaldson, Tarrier et Burns, 1998; McCann, Bamberg et McCann, 2015). La gestion des comportements est un sujet d'actualité dans les établissements de santé (MSSS, 2016) et génère le développement de diverses formations et de capsules d'information. Par contre, la perception de l'influence que peut avoir la famille sur les comportements associés à la maladie d'Alzheimer a été, à ce jour, peu étudiée. Afin de mieux comprendre ce qui pourrait influencer la gestion des comportements par celle-ci, les écrits sur l'expérience des proches aidants nous permettent d'émettre diverses hypothèses sur des facteurs qui pourraient influencer directement ou indirectement leurs perceptions.

La gestion des SCPD nécessite tout d'abord de définir la perception que les proches aidants ont de leurs responsabilités et de leurs différents rôles auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. La responsabilité des proches revêt différents aspects. Tout d'abord, la perception des responsabilités du proche aidant peut être définie comme une obligation familiale (Commission canadienne des droits de la personne, 2014; Hodgins, Wuest et Malcolm, 2011). Au-delà de l'obligation familiale, il y a aussi la responsabilité morale. En fait, ce thème est soulevé dans l'étude d'Éthier, Boire-Lavigne et Garon (2014). À la suite d'une étude qualitative exploratoire qui se déroula au Québec auprès d'un échantillon de 20 proches aidants, ces auteurs soulignent que la responsabilité morale du proche est en fait un levier nécessaire à la compréhension de l'engagement de celui-ci auprès de la personne atteinte d'Alzheimer. En l'absence d'engagement, on peut émettre l'hypothèse que le proche aidant n'aurait pas la même perception de la situation et de l'influence qu'il peut exercer sur les comportements de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, l'interaction entre le proche aidant et la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer forme une dyade qui est unique en soi (Éthier et al., 2014). L'unicité de la dyade est également soulignée par d'autres auteurs, ainsi que l'influence de la relation, avant l'apparition de la maladie entre le proche aidant et la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer (Hodgins et al., 2011; Quinn, Clare et Woods, 2012; Samuelsson, Annerstedt, Elmstahl, Samuelsson et Grafström, 2001; Shim, et al., 2012). La qualité de la relation antérieure viendrait influencer le risque de retrait du proche aidant lorsqu'il est jugé difficile de prendre soin de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer (Hodgins et al., 2011, Quinn et al., 2012; Samuelsson et al., 2001; Shim et al., 2013). Selon ces auteurs, une relation antérieure jugée négative viendrait augmenter le risque de détérioration de la santé du proche aidant (Hodgins et al., 2011). Donc si la relation au sein de la dyade est positive, le proche aidant risque d'influencer la gestion des comportements de façon positive par une approche adaptée à cette dyade et basée sur ses expériences antérieures.

La relation antérieure de la dyade n'est pas le seul facteur qui pourrait influencer la gestion des comportements. Dans une étude qualitative qui a eu lieu au Japon, Sakakibara, Kabayama et Ito (2015) mentionnent que certains proches aidants n'ont pas vraiment le choix de prendre soin de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le proche n'ayant pas le choix peut influencer négativement la gestion des comportements. D'autres études parlent de deuil en lien avec la perte de la personne âgée tel qu'on la connaît (McCann et al., 2015) et la notion de deuil blanc signifie que la personne est toujours vivante, mais qu'elle n'a plus ses capacités cognitives antérieures (Société Alzheimer du Canada, 2013). Il s'agit alors d'une obligation acceptée par choix lorsque des alternatives sont possibles ou imposées lorsque le proche aidant se retrouve sans alternatives. De plus, cette étude fait ressortir les concepts d'obligation sociale en lien avec l'idée de redonner à l'autre, d'obligation morale de prendre soin de l'autre et même de mission dans le contexte de croyances religieuses (Sakakibara et al., 2015).

D'autres auteurs ont également fait ressortir le sentiment d'obligation ressenti par les proches aidants. L'étude de Hodgins et al. (2011) s'est déroulée dans des provinces de l'est du Canada et visait des femmes aidantes de plus de 19 ans qui prenaient soin d'une personne atteinte de démence. Cette étude quantitative avec un échantillon de convenance de 286 femmes rencontrées durant quatre entrevues démontra qu'il y a une corrélation entre la santé des proches

aidants et le sens d'obligation. Le sentiment d'obligation ressenti par le proche aidant influence négativement la santé de celui-ci. Cette étude démontre l'importance de porter attention et de bien évaluer la relation entre le proche aidant et la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Plus cette relation est ressentie comme un devoir par le proche aidant, plus cette personne voit sa qualité de vie et sa santé décliner.

La gestion des comportements par les proches aidants peut être influencée par le proche aidant lui-même. En effet, la théorie de Bandura (1977) a démontré l'influence de l'auto-efficacité sur la gestion des comportements. Cette théorie a servi de cadre de référence à d'autres études qui ont examiné l'auto-efficacité des proches aidants. Chenoweth et al. (2016) ont effectué une étude quantitative portant sur le coaching pour favoriser l'auto-efficacité de proches aidants prenant soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle a duré 24 mois et avait initialement 91 proches aidants en tant que participants. L'étude a fait ressortir le fait que la compréhension de la maladie par le proche aidant et l'influence de celle-ci sur les comportements de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est en lien direct avec les capacités de celui-ci à jouer son rôle. Toutefois, la compréhension de la maladie par le proche aidant n'est pas le seul facteur qui peut influencer la gestion des comportements.

Toujours en lien avec l'auto-efficacité, Nogales-Gonzalez, Romero-Monreno, Losada, Marquez-Gonzalez et Zarit (2015) ont effectué une étude quantitative transversale à Madrid. Elle avait un échantillon de 231 proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Neuf participants n'ont pas terminé l'étude en raison de données manquantes essentielles en lien avec des variables analysées. Selon ces auteurs, la présence d'un effet modérateur sur les SCPD serait directement en lien avec l'auto-efficacité ressentie par les proches aidants (Nogales-Gonzalez et al., 2015). Les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux obtenus préalablement dans d'autres études (Cheng, Lam, Kwok, Ng et Fung, 2012; Gallagher et al., 2011; Nogales-Gonzalez et al., 2015). Par contre, le fait que cette étude soit transversale ne permet pas d'observer à long terme l'effet de l'auto-efficacité sur la dyade (Nogales-Gonzalez et al. 2015).

Dans le même ordre d'idée, Cheng et al. (2012) ont démontré que les proches aidants présentant une forte auto-efficacité peuvent mieux gérer la présence de SCPD sans toutefois avoir un effet direct pour les atténuer ou les cesser. Cette étude met l'accent sur les pensées des proches aidants

et leur capacité à gérer celles qui peuvent être négatives ou perturbatrices. En effet, ceux ayant une plus haute auto-efficacité permettant de contrôler leurs propres pensées bénéficient d'une capacité supérieure à gérer les SCPD et à ne pas se laisser envahir ou perturber par ceux-ci (Cheng et al., 2012).

D'autres études vont dans le même sens et rapportent que l'auto-efficacité et la vision positive que le proche aidant se fait de la situation lui apportent davantage de bénéfices en ce qui concerne sa propre santé physique et mentale (Rabinowitz, Mausbach, Thompson et Gallagher-Thompson, 2007; Romero-Morero et al., 2011). La gestion des comportements s'appuie sur la capacité du proche aidant à gérer le stress et à utiliser les ressources disponibles (Cheng et al., 2012). Finalement, la gestion des SCPD semble passer principalement par la vision que le proche aidant se fait de la situation. La capacité d'une personne à gérer son stress lorsqu'elle est face à des SCPD pourrait lui permettre de recourir à des stratégies aidantes et facilitantes, ce qui aurait une influence positive sur la gestion des comportements. Pour terminer, cette revue des écrits a permis de voir sous un angle différent des facettes de la gestion de la maladie d'Alzheimer par l'unité familiale en utilisant le *FSMF*.

Discussion

Cette revue des écrits permet de constater que la perception de la famille en ce qui concerne l'utilisation des médicaments pour gérer les comportements d'une personne âgée vivant avec la maladie d'Alzheimer et l'impact de ce geste sur leur relation quotidienne est peu connue. Par contre, elle montre que les proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont susceptibles de développer des problèmes de santé à leur tour, autant physiques que psychologiques. Ces problèmes de santé découlent en partie quand la famille se voit dans une situation où la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer devient dépendante des membres de la famille ou du proche aidant afin de pallier à ses besoins et à sa sécurité. De plus, la famille doit composer avec des impacts financiers (coûts et pertes de revenus) à la suite de l'apparition de la maladie et de cette dépendance. Malgré ces difficultés, les proches aidants rapportent que les instants passés près de la personne âgée peuvent aussi favoriser des moments de tendresse et un sentiment de bien-être.

Par ailleurs, ces personnes atteintes manifestent

souvent des SCPD, ce qui entraîne une forte prévalence de médicaments utilisés pour les gérer. À partir des connaissances actuelles, il est uniquement possible d'émettre des hypothèses sur les perceptions de l'unité familiale sur la gestion des SCPD. Une de celles-ci serait que la nature de la responsabilité du proche aidant dans son rôle auprès de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer pourrait influencer ces perceptions. La relation antérieure entre ces personnes et, par le fait même, la qualité de cette relation ainsi que le sens des responsabilités du proche pourraient affecter ces perceptions. Les valeurs des proches aidants, leur sens de l'obligation et des responsabilités, ainsi que leur vision de la situation peuvent influencer les actions et les gestes quotidiens posés auprès de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. De plus, leur auto-efficacité, c'est-à-dire, leur capacité à se croire capables de gérer les comportements à partir de leurs forces, volontés et ressources vient également influencer la perception de l'influence de l'unité familiale sur la gestion des SCPD.

Les écrits soulignent aussi que l'utilisation de médicaments pour gérer les SCPD, qui correspond alors à une mesure de contrôle chimique, est répandue. Ce type de mesure de contrôle a des effets secondaires fréquents et il peut avoir des conséquences graves pour la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer (American Geriatrics Society, 2012). Leur usage soulève donc des questions éthiques.

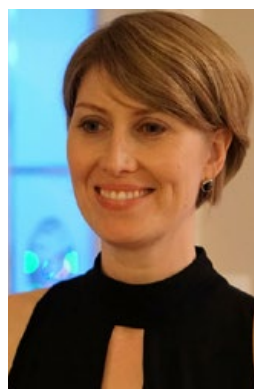
Les résultats de cette revue des écrits fournissent des indications qui peuvent influencer la pratique clinique en ce qui concerne la gestion des comportements par les familles des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et vivant à domicile. Tout d'abord, les résultats démontrent que les proches aidants peuvent percevoir leurs rôles et responsabilités de façon différente les uns des autres. Par exemple, un proche aidant pourrait percevoir son rôle comme un fardeau ou une obligation et un autre en retirer une satisfaction personnelle et un sentiment d'effectuer son rôle social dans l'unité familiale. Le soutien offert à ces proches devrait donc être différent et respecter l'unicité de l'unité familiale. Des plans d'interventions individualisés et répondant aux besoins de la famille devraient être prévus en tenant compte de la relation antérieure et des capacités individuelles des membres de la famille. De plus, les plans d'intervention doivent aussi considérer que les proches aidants sont à risque de développer des problèmes de santé à leur tour. Le soutien précoce des aidants permettrait de prévenir certains problèmes. Devant leur épuisement potentiel et leur risque de problèmes

de santé, il faut s'assurer de les dépister et de favoriser la mise en place d'interventions dans le milieu répondant à leurs besoins.

En ce qui concerne la recherche, cette revue des écrits démontre le besoin de mieux comprendre l'expérience des familles utilisant des médicaments pour gérer les comportements d'une personne âgée vivant avec la maladie d'Alzheimer à domicile. Des études explorant, par exemple, les significations que des unités familiales donnent à l'utilisation de médicaments pour gérer les comportements permettraient de mieux comprendre leurs valeurs, leurs pensées et leurs sentiments lors de ce soin. À partir d'une meilleure compréhension de leur expérience, il serait possible, éventuellement, de développer des pistes d'interventions qui pourraient améliorer la qualité des soins apportés aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'à leur famille.

Conclusion

La recherche sur la maladie d'Alzheimer est très active et la recherche de traitement fait souvent la manchette. Par contre, les besoins et les expériences des unités familiales, incluant la personne âgée, sont également à prioriser dans le contexte du vieillissement de la population et de la prévalence de cette maladie. De cette façon, l'unité familiale pourra offrir un soutien qui permettra à tous ses membres d'obtenir une qualité de vie à la mesure de leur propre définition. Cette revue des écrits a permis d'éclairer quelques aspects de la réalité vécue par l'unité familiale dans le contexte de la maladie d'Alzheimer et de faire ressortir le fait qu'il y a encore de nombreuses questions sans réponse et de nombreuses pistes qui restent à explorer.



Nathalie Houle

Nathalie Houle s'intéresse aux soins des personnes âgées en perte d'autonomie et plus particulièrement celles atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle a un intérêt pour les expériences de l'unité familiale en ce qui concerne l'utilisation des médicaments ayant pour but de contrôler les comportements des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle est étudiante à l'Université de Montréal et complète un mémoire de maîtrise en sciences infirmières sous la direction de Dre Anne Bourbonnais. En plus d'effectuer des études de deuxième cycle, Mme Houle travaille à titre d'infirmière clinicienne, assistante infirmière-chef dans un CHSLD du CISSS des Laurentides.

NOTE

1. Pour les besoins de cet article, toute référence à la maladie d'Alzheimer inclut également les affections connexes.

RÉFÉRENCES

Alzheimer's Society (2013). *Antipsychotic drugs*. Repéré à http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=548

American Geriatrics Society. (2012). American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616-631. doi : 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x

Ballard, C. et Corbett, A. (2010). Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs*, 24, 729-739.

Ballard, C. et Howard, R. (2006). Neuroleptic drugs in dementia : benefits and harm. *Nature Reviews Neurosciences*, 7, 492-500. doi :10.1038/nrn1926

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84, 191-215.
- Beck, C., Frank, L., Chumbler, N.R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T.S., Rasin, J., Walls, R. et Baldwin, B. (1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *The Gerontologist*, 38, 189-198.
- Bedard, M., Molloy, D.W., Pedlar, D., Lever, J.A. et Stones, M.J. (1997). Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *International Psychogeriatrics*, 9, 277-290.
- Beeber, A. S. et Zimmerman, S. (2012). Adapting the Family Management Style Framework for families caring for older adults with dementia. *Journal of Family Nursing*, 18, 123-144. doi :10.1177/1074840711427144.
- Benoit, M., Staccini, P., Brocker, P., Benhamidat, T., Bertogliati, C., Lechowski, L., Tortrat, D., ... groupe REAL.FR. (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : résultats de l'étude REAL.FR. *La Revue de médecine interne*, 24, 319-324.
- Borghi, A. C., de Castro, V. C., Marcon, S. S. et Carreira, L. (2013). Overload of families taking care of elderly people with Alzheimer's disease : a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 876-883.
- Braun, M., Mura, K., Peter-Wight, M., Hornung, R. et Scholz, U. (2010). Toward a better understanding of psychological well-being in dementia caregivers : the link between marital communication and depression. *Family Process*, 49, 185-203.
- Cheng, S-T., Lam, L. C. W., Kwok, T., Ng, N. S. S. et Fung, A. W. T. (2012). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong chinese caregivers. *The Gerontologist*, 53, 71-80. doi : 10.1093/geront/gns062
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., White, D., McNeils, G., Jeon, Y-H. et Zaratan, B. (2016). Coaching in self-efficacy improves care responses, health and well-being in dementia carers : a pre/post-test/follow-up study. *BMC Health Services Research*, 16, 1-16. doi : 10.1186/s12913-016-1410-x
- Commission canadienne des droits de la personne (2014). *Guide sur la conciliation des responsabilités professionnelles et des obligations familiales des proches aidants : stratégies de collaboration pour un milieu de travail compréhensif et performant*. Repéré à http://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/guide_conciliation_responsabilites_professionnelles.pdf
- Cupidi, C., Realmuto, S., Lo Coco, G., Cinturino, A., Talamanca, S., Arnao, V., Perini, V., ... Lo Coco, D. (2012). Sleep quality in caregivers of patients with Alzheimer's disease and Parkinson's disease and its relationship to quality of life. *International Psychogeriatrics*, 24, 1827-1835. doi : 10.1017/S1041610212001032.
- Donaldson, C., Tarrier, N. et Burns, A. (1998). Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 13, 248-256.
- Ducharme, F. (2011). *Aider un proche au quotidien : trucs et astuces pour les proches aidants*. Repéré à https://mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/F-5220_proches-aidants.pdf
- Éthier, S., Boire-Lavigne, A-M. et Garon, S. (2014). Plus qu'un rôle d'aidant : s'engager à prendre soin d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer est une responsabilité morale. *Vie et Vieillesse*, 11, 5-13.
- Gallagher, D., Ni Mhaolain, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R. F., ... Lawlor, B.A. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging and Mental Health*, 15, 663-670. doi : 10.1080/13607863.2011.562179.
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... Shyu, Y. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers : A review. *Clinical Gerontologist*, 35, 316-355. doi : 10.1080/07317115.2010.678190.
- Gillespie, P., O'Shea, E., Cullinan, J., Lacey, L., Gallangher, D., Ni Mhaolain, A. et Lawlor, B. (2012). The effects of dependence and function on costs of care for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Ireland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 256-264. doi : 10.1002/gps.3819.
- Gouvernement du Québec (2016). *Charte des droits et libertés de la personne*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.HTM
- Herrmann, N. (1998). Pharmacothérapie des troubles du comportement dans la démence. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 2, 6-8.
- Hodgins, M., Wuest, J. et Malcolm, J. (2011). Modeling the effect of past relationship and obligation on changes in the health and health promotion of women caregivers of family members with dementia. *Research and Nursing Health*, 34, 440-456.
- Horning, S.M., Melrose, R. et Sultzer, D. (2014). Insight in Alzheimer's disease and its relation to psychiatric and behavioral disturbances. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 77-97. doi: 10.1002/gps.3972. Epub 2013 May 14.

- Hugues, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. *Nursing Older People*, 20, 33-38.
- Hughes, J. C., Hope, T., Reader, S. et Rice, D. (2002). Dementia and ethics : the views of informal carers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 242-246.
- Hungerford, C., Doyle, K., Schumaker-Jones, T., Domaschenz, M., Messent, P. et Cleary, M. (2014). The use of antipsychotic medication by community-dwelling people with dementia : an exploratory statistical analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 872-875. doi : 10.1111/jocn.12604
- Hurd, M., Martorell, P., Delavande, A., Mullen, K.J., Langa, K.M. (2013). Monetary costs of dementia in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1326-1334. doi: 10.1056/NEJMs1204629
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2012). *Étude sur l'usage des antipsychotiques. Volet III : Personnes âgées de 25 ans ou plus, principalement celles de 65 ans ou plus avec un diagnostic de démence*. Repéré à : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_resume_antipsychotiqueIII_FR.pdf
- International Psychogeriatric Association. (2012). *The Nurses Guide to BPSD*. Repéré à [http://www.ipa-online.org/members/pdfs/Nurses Guide.pdf](http://www.ipa-online.org/members/pdfs/Nurses%20Guide.pdf)
- Jadwiga Wegierek, A. M. (2012). Taking care of a loved one who has Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 27, 463-467. doi :10.1177/1533317512455842
- Knalf, K. A. et Deatrck, J. A. (2003), Further refinement of the Family Management Style Framework. *Journal of Family Nursing*, 9, 232-248.
- Lynch, S. H. et Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers : A Wilsonian analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2125-2134. doi : 10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x
- Massimo, L., Evans, L. K. et Benner, P. (2013). Caring for loved ones with frontotemporal degeneration : The lived experiences of spouses. *Geriatric Nursing*, 34, 302-306.
- McCann, T.V., Bamberg, J. et McCann, F. (2015). Family carers' experiences of caring for an older parent with severe and persistent mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 203-212. doi : 10.1111/inm.12135.
- McCurry, S.M., Vitiello, M.V., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G. et Teri, L. (2006), Factors associated with caregiver reports of sleep disturbances in persons with dementia. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 14, 112-20.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi, le premier choix : La politique de soutien à domicile*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contentions, isolement et substances chimiques, Cahier de formateur*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Nogales-Gonzalez, C., Romero-Moreno, R., Losada, A., Marquez-Gonzalez, M. et Zarit, S. H. (2015). Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. *Aging and Mental Health*, 19, 1022-1030. doi : 10.1080/13607863.2014.995593
- Powers, S., Dawson, S.M., Krestar, M.L., Yarry, S.J. et Judge, K.S. (2016). 'I wish they would remember that I forget: The effects of memory loss on the lives of individuals with mild-to-moderate dementia. *Dementia*, 15, 1053-1067. doi: 10.1177/1471301214553236.
- Quinn, C., Clare, L. et Woods, R.T. (2012). What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1195-1202. doi :10.1002/qps.3773.Epub2012Feb.15.
- Rabinowitz, Y. G., Mausbach, B. T., Thompson, L. W. et Gallagher-Thompson, D. (2007). The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behavior patterns in female caregivers of elderly relatives with Alzheimer's dementia. *Journal of Aging Health*, 19, 946-964. doi : 10.1177/0898264307308559.
- Richardson, T. J., Lee, S. J., Berg-Weger, M. et Grossberg, G. T. (2013). Caregiver health : health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15, 361-367. doi : 10.1007/s11920-013-0367-2.
- Romero-Morero, R, Losada, A, Mausbach, B.T., Marquez-Gonzalez, M., Patterson, T. L. et Lopez, J. (2011). Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging and Mental Health*, 15, 221-231.
- Rose, K. M., Beck, C., Tsai, P. F., Liem, P.H., Davila, D.G., Kleban, M., ... Richards, K.C. (2011). Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. *Sleep*, 34, 779-786.

Sakakibara, K., Kabayama, M., et Ito, M. (2015). Experiences of "endless" caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: A qualitative study. *BMC Research Notes*, 8 :827. doi :10.1186/s13104-015-1829-x.

Samuelsson, A.M., Annerstedt, L., Elmstahl, S., Samuelsson, S-M. et Grafström, M. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 25-33.

Schoenmakers, B., Buntinx, F. et Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66, 191-200. doi :10.1016/j.maturitas.2010.02.009.

Scott, K.E. (2013). *Dementia caregivers' perspectives regarding the effectiveness of support group involvement*. Repéré à <https://libres.uncg.edu/ir/wcu/f/Scott2013.pdf>

Shim, B., Barroso, J. et Davis, L. L. (2012). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia : negative, ambivalent, and positive experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 220-229.

Shim, B., Barroso, J., Gilliss, C. L. et Davis, L. L. (2013). Finding meaning in caring for a spouse with dementia. *Applied Nursing Research*, 26, 121-126.

Simpson, C. et Carter, P. (2013). Dementia caregivers' lived experience of sleep. *Clinical Nurse Specialist*, 27, 298-306.

Société Alzheimer du Canada (2013). *Le deuil blanc : Ressource pour les fournisseurs de soins de santé*. Société Alzheimer du Canada, Toronto, Canada.

Suehs, B.T., Shah, S.N., Davis, C.D., Alvir, J., Faison, W.E., Patel, N.C., van Amerengen, D. et Bodula, J. (2014). Household members of persons with Alzheimer's disease : health conditions, healthcare resource use, and healthcare costs. *Journal of the American Geriatric Society*, 62, 435-441. doi : 10.1111/jgs.12694. Epub.2014Feb27.

Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : Une approche adaptée au CHSLD*. Saint-Laurent, Qc : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Wright, L. M. et Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.



www.mireformation.ca 581 996-3774

Formation Conseil inc. **Visitez notre site web pour les dates en salle - Documentation disponible en anglais**
FORMATION CONTINUE EN SALLE OU POUR VOTRE GROUPE

 <p>Examen clinique Chutes : de l'examen clinique aux interventions personnalisées</p>	 <p>SCPD - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence</p>
 <p>Soins en fin de vie Relation aidante en soins palliatifs</p>	 <p>Contentions: sécurité versus dignité</p>
 <p>Notes au dossier PTI - Plan thérapeutique infirmier Dysphagie et alimentation</p>	 <p>Soin des plaies et + encore</p>

QUÉBEC • MONTRÉAL • CHICOUTIMI • DRUMMONDVILLE • RIMOUSKI • TROIS-RIVIÈRES • LAVAL • NOTRE-DAME DU LAC • COATICOOK

ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE ACCRÉDITÉES, ADMISSIBLES À L'OIIAQ ET L'OIIQ



Qui pourrait vous intéresser...

American Geriatrics Society. (2012). American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616-631. doi : 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x

Cet article présente les critères Beers révisés, c'est-à-dire une liste de médicaments potentiellement dangereux pour les personnes âgées de plus de 65 ans afin d'améliorer la qualité de leurs soins. Cette liste a été mise à jour par un comité d'experts en s'appuyant sur une revue systématique de résultats probants. Cinquante-trois médicaments potentiellement dangereux pour les personnes âgées se retrouvent dans cette liste. Les auteurs espèrent que ces critères révisés permettront une meilleure utilisation des médicaments auprès des aînés.

Beeber, A. S. et Zimmerman, S. (2012). Adapting the Family Management Style Framework for families caring for older adults with dementia. *Journal of Family Nursing*, 18, 123-144. doi :10.1177/1074840711427144.

Ces auteurs présentent une théorie permettant d'identifier les éléments pouvant influencer le style de gestion des familles qui prennent soin de personnes âgées vivant avec une démence. Les éléments identifiés peuvent augmenter la compréhension de l'expérience vécue par les familles et guider l'intervention afin de mieux répondre aux besoins de l'ensemble de la famille, incluant la personne âgée.

Fédération internationale du vieillissement (2012). Rapport de Revera sur l'âgisme : un aperçu des différences entre les sexes. Repéré à http://www.reveraliving.com/revera/media/revera/content/reverareport_gender-differences_final_fr_1.pdf

Ce rapport présente les résultats d'un sondage effectué auprès de 1501 Canadiens en 2012 sur l'âgisme. Ce rapport a permis de mettre en lumière l'ampleur de ce type de discrimination liée à l'âge au Canada.

Hill, N. L., Yevchak, A., Gilmore-Bykovskiy, A. et Kolanowski, A. M. (2014). The Model of Care Partner Engagement: use in delirium management. *Geriatric Nursing*, 35(4), 272-278. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.02.023

Cet écrit présente un modèle pragmatique opérationnalisant la façon d'établir une relation de partenariat avec les proches aidants et les personnes âgées. Il vise à promouvoir des soins de haute qualité et répondant aux attentes des personnes et familles. Les auteurs fournissent un exemple d'application en lien avec le problème de l'état confusionnel.

Inouye, S.K., Westendorp, R.G. J. et Saczynski, J.S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383, 911-922. doi : 10.1016/S0140-6736(13)60688-1

Cet écrit de chercheurs renommés présente une revue des écrits sur la problématique de l'état confusionnel chez les personnes âgées. Les plus récentes connaissances sur l'épidémiologie, les causes, la pathophysiologie, l'évaluation, les interventions et les controverses sont exposées.

Rosenbloom, D. et Fick, D. (2014). Nurse/family caregiver intervention for delirium increases delirium knowledge and improves attitudes toward partnership. *Geriatric Nursing*, 35, 175-181. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.12.004

Cet article présente une étude qui visait à évaluer la faisabilité d'un programme éducatif à l'intention des familles et des infirmières à propos du délirium. Ce programme a été démontré faisable et il a amélioré les connaissances à l'égard du délirium. Il a aussi contribué à de meilleures attitudes sur le partenariat famille-infirmière.

Schigelone, A., R. (2003). How can we ignore the why? A theoretical approach to health care professional's attitudes toward the elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(3), 31-50. doi : 10.1300/J083v40n03_04.

Schigelone décrit les divers types d'attitudes à l'égard des personnes âgées en démontrant la fonctionnalité de ces attitudes. Elle poursuit en offrant une réflexion sur la façon de changer les attitudes des professionnels de la santé à l'égard de cette clientèle.

Prix Céline-Goulet remis à Louise Francoeur

Olivette Soucy, inf., M. Sc.

Le 18 octobre 2016, lors d'une rencontre organisée par Le regroupement des diplômé(e)s de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le Prix Céline-Goulet a été remis à Louise Francoeur, membre de notre Association. Ce Prix est décerné annuellement à une infirmière diplômée de cette faculté qui s'est illustrée par la passion démontrée pour sa profession, sa détermination et sa persévérance dans la réalisation de projets novateurs ainsi que pour l'inspiration et la fierté qu'elle suscite.

Louise Francoeur, inf., M. Sc. et DESS bioéthique, a été conseillère cadre en soins infirmiers à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal durant 28 ans. La personne âgée ayant toujours été au cœur de ses préoccupations, elle a, durant toutes ces années, œuvré pour l'avancement des soins gériatriques. Elle a élaboré et assuré de nombreuses formations cliniques, donné plusieurs conférences et participé à un grand nombre de projets de recherche. Elle est actuellement professeure de formation pratique adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal où, toujours aussi passionnée, elle contribue à la formation de la relève

infirmière, entre autres à l'égard des soins aux personnes âgées et à leur famille.

Parmi ses réalisations les plus importantes, notons que, depuis 2007, Madame Francoeur a participé à l'équipe qui a mis en place une formation sur les soins de fin de vie, dans le cadre de la Loi 2. Ce travail a donné lieu à un programme de formation destinée à des formateurs de toutes les régions du Québec. Elle a d'ailleurs publié un article récemment à ce sujet soit « Les soins de fin de vie selon la Loi 2 : rôle et responsabilités de l'infirmière auprès des personnes âgées » dans *La Gérotoise*, vol. 26, no 2, à l'automne 2015 et dans *Perspective infirmière* de janvier 2016. Cet article a été chaleureusement accueilli par tous les milieux cliniques et a alimenté plusieurs rencontres de soins.

Louise Francoeur mérite hautement ce Prix reconnaissance. Passionnée et enthousiaste, elle démontre, auprès des infirmières et infirmiers, un savoir-être remarquable auquel elle joint un brillant savoir-faire. Elle inspire et encourage des soins gériatriques de qualité.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec offre plus de 100 formations à des prix des plus compétitifs !

Ateliers (7 h)	Visioconférences (3 h 15)
<ul style="list-style-type: none">• L'examen clinique de l'ainé (abdomen, cardiaque, chute, état mental, pulmonaire, sommaire...)• Aptitude à consentir à un soin, prendre soin de sa personne et gérer ses biens : enjeux à considérer et évaluation clinique• Les soins de plaies chez l'ainé• Développer et maintenir le leadership transformationnel• Soins palliatifs aux personnes âgées en centre d'hébergement de longue durée• Le délirium : le prévenir, le détecter et le traiter• Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement• Les troubles de la personnalité chez la personne âgée : les reconnaître et les prendre en compte	<ul style="list-style-type: none">• Dépression gériatrique et suicide• Dépister et évaluer la douleur chez les personnes âgées• Prédiction de la maladie d'Alzheimer chez les personnes présentant un déclin cognitif subjectif* Démence et comportement d'agressivité extrême : mieux intervenir pour diminuer l'escalade d'agressivité* Connaissances incontournables pour mieux intervenir auprès d'usagers présentant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale en CHSLD* Problèmes bucco-dentaires des aînés : intervenir pour prévenir * Nouvelles formations offertes

Toutes nos formations sont accréditées par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Consultez notre site Internet pour obtenir la liste complète des formations au : www.cevq.ca/formation-continue

cevq.enseignement.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca
418 682-7511, poste 84838 ou 84432

Affilié à  UNIVERSITÉ LAVAL



Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,
Montréal (Québec) H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092
www.aqiig.org
info@aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2016-2017

Ginette Labbé, présidente

Directrice d'une résidence pour personnes âgées
presidente@aqiig.org

Céline Lagrange, trésorière

Nancy Madore, vice-présidente

Directrice des services d'hébergement
Résidence Berthiaume-Du-Tremblay

Johanne Senneville, administratrice

Infirmière clinicienne spécialisée. Conférencière à son compte

Olivette Soucy, secrétaire

Consultante en soins infirmiers gériatriques

Nicole Soulard, administratrice,

Conseillère clinicienne en soins infirmiers
Hôpital Marie-Clarac

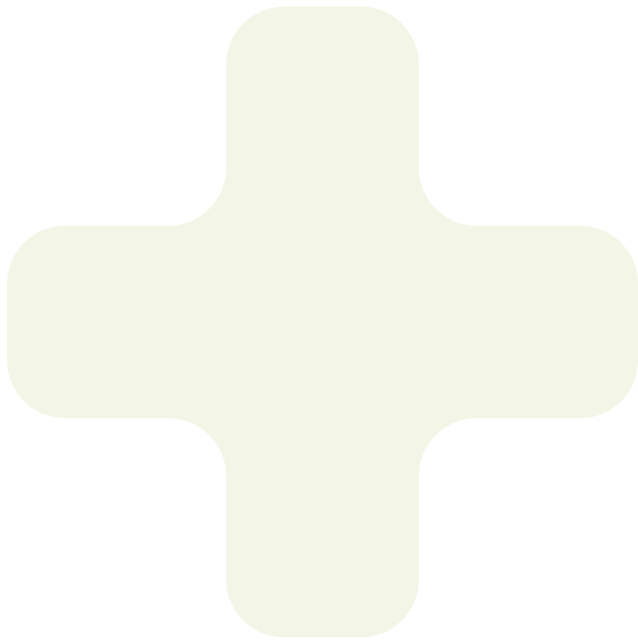
À la recherche d'auteurs

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître... Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats... Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous joindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche d'articles qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances

Courriel de l'Association : info@aqiig.org



AQiiG 

The logo graphic consists of a cluster of five small crosses in yellow, green, blue, purple, and red, arranged in a cross-like pattern.

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie