



## Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

*Prévenir, soigner, soutenir... chaque jour*

### **Mieux outiller les intervenants en CHSLD œuvrant auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence**

### **Revue systématique et enquête terrain**

Sylvie St-Jacques, Ph.D., responsable scientifique de l'ETMISSS-PL,  
Julie Dussault, Ph.D., agente de recherche en évaluation,  
Nadine Bolduc, M.A., agente de recherche en évaluation

Octobre 2014

Centre affilié universitaire



UNIVERSITÉ  
LAVAL



Consortium en évaluation des technologies  
et des modes d'intervention en santé et  
services sociaux en première ligne

ETMISSS-PL



**Mieux outiller les intervenants en CHSLD œuvrant auprès de la  
clientèle présentant des troubles de comportement  
sans diagnostic de démence**

**Revue systématique et enquête terrain**

CSSS de la Vieille-Capitale  
CETMISSS-PL

Octobre 2014

## Remerciements

Cette évaluation a bénéficié du soutien financier du CETMISS-PL. Ce document est disponible en version PDF sur le site Internet du CSSS de la Vieille-Capitale au [www.csssvc.qc.ca](http://www.csssvc.qc.ca). Ce document peut être reproduit, en tout ou en partie, avec mention de la source.

### Recherche documentaire

Renée-Claude Landry, Chef d'équipe du Centre de documentation, CSSS de la Vieille-Capitale

### Comité de suivi

Du CSSS de la Vieille-Capitale : Hélène Santerre, Chef du service de santé et de sécurité du travail  
Luce-Gabrielle Bouchard, T.s. équipe des services gériatriques spécialisés de 2<sup>ième</sup> ligne  
Nancy Lachance, Conseillère clinicienne en travail social et répondante pour le dossier majeur inapte

Du CSSS de Québec-Nord : Steeve Vigneault, Directeur de l'hébergement et demandeur  
Nathalie Guénard, Infirmière en hébergement  
Denis Bois, Préposé aux bénéficiaires

Du CSSS de Portneuf : Sylvie Rey, Infirmière en hébergement

Du CSSS de Charlevoix : Nancy Girard, Adjointe à la directrice des programmes clientèles

Du CSSS Alphonse-Desjardins :  
De l'IUSMQ : Langis Lemieux, Coordonnateur à la planification et à la programmation

Du Comité des résidents du CSSS de la Vieille-Capitale : France Chrétien et Luciane Marcotte

### Révision scientifique

Du CSSS de la Vieille-Capitale : Julie Gilbert, Cadre à l'hébergement

De l'INESSS : Micheline Lapalme, Coordinatrice scientifique, services sociaux

### Conception graphique et mise en page

Nadine Michaud

### Correspondance

CETMISS-PL  
CSSS de la Vieille-Capitale, centre affilié universitaire  
Sylvie St-Jacques Ph.D., responsable scientifique  
880, rue Père-Marquette, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2A4  
[Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca](mailto:Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca)

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CSSS de la Vieille-Capitale, les membres du groupe de travail de même que les membres du comité directeur du CETMISS-PL ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Pour citer ce document : St-Jacques, S., Dussault, J., & Bolduc, N. (2014). Mieux outiller les intervenants en CHSLD œuvrant auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence. Revue systématique et enquête terrain. Québec : CETMISS-PL et CSSS de la Vieille-Capitale, 84 p

Dépôt légal : 2014  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89680-094-0 (papier)  
ISBN : 978-2-89680-095-7 (PDF)

## Résumé

Plusieurs des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) présentent des troubles de comportement. Il existe des pratiques éprouvées visant à gérer les symptômes comportementaux et psychologiques associés à une démence qui, autrement, rendent difficile le travail du personnel ou troublent la qualité de vie des autres résidents.

Pour la clientèle présentant des troubles de comportement mais n'ayant pas de diagnostic de démence, les pratiques sont moins bien établies et sont souvent aléatoires. Bien que ces résidents soient peu nombreux, leurs comportements ont des conséquences majeures sur le milieu de vie. Les intervenants en CHSLD sont souvent mal outillés pour faire face à cette clientèle. Cela entraîne des conséquences, parfois graves, au niveau de leur santé physique et psychologique.

Ce projet a été réalisé dans le but de soutenir la prise de décision de la direction de l'hébergement du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Québec-Nord pour améliorer la situation. Les recommandations qui en découlent s'appuient sur les résultats d'une revue systématique de la littérature, complétée par le recueil d'informations sur le terrain auprès de sept unités québécoises spécialisées dans la gestion des troubles de comportement. Ce document s'adresse principalement aux décideurs dans le secteur de l'hébergement afin d'orienter leurs interventions auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence.

Vingt-et-une études originales, deux revues de la littérature et un guide de pratique sont inclus dans la revue systématique. Outre quelques

études de cas, aucune des études repérées ne concernent spécifiquement la clientèle ciblée; la plupart impliquent des populations mixtes constituées de résidents avec et sans démence. Aucune étude ne traite d'unités spécifiques en CHSLD destinées à une clientèle présentant des troubles de comportement sans démence. Par contre, des stratégies efficaces mises en place dans des unités d'hébergement régulières sont documentées, particulièrement la formation du personnel. Parmi les unités spécialisées adaptées aux usagers présentant des troubles de comportement qui ont participé au projet, certaines ne s'adressent pas spécifiquement aux personnes âgées en perte d'autonomie et celles situées en CHSLD ne regroupent pas exclusivement des résidents sans diagnostic de démence.

Dans la littérature comme sur le terrain, les interventions visent la prévention des troubles de comportement. Sur la base du niveau de preuve scientifique, une seule recommandation peut être émise suite à l'analyse des données, soit d'offrir au personnel des formations spécifiques en lien avec les troubles de comportement et adaptées à la clientèle ciblée et au milieu. Cependant, la diversité des formations ne permet pas d'en recommander une en particulier.

En absence de données probantes concernant la mise en place en CHSLD d'unités spécialisées adaptées aux usagers sans diagnostic de démence aux prises avec des troubles de comportement, il est toutefois possible de s'inspirer des éléments jugés essentiels par les informateurs clés des unités spécialisées qui ont été consultés. Parmi ceux-ci, la stabilité du personnel représente un enjeu majeur et permet d'assurer une cohérence et une constance auprès des résidents.

## Mieux outiller les intervenants en CHSLD œuvrant auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence

Sylvie St-Jacques, Julie Dussault, Nadine Bolduc

Les troubles de comportement figurent parmi les situations les plus difficiles à gérer par les équipes de soins en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les intervenants sont souvent désemparés et mal outillés pour faire face à de telles situations. Plusieurs événements d'agression physique par les résidents sont déclarés à chaque année. Certains entraînent des arrêts de travail et des coûts, tel qu'en témoignent les données présentées dans le **Tableau I** pour les CHSLD de CSSS membres du Consortium en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux de première ligne (CETMISS-PL).

Bien que les troubles de comportement en CHSLD soient généralement associés à la démence, des troubles de comportement parfois graves et persistants sont observés chez des résidents qui n'ont pas de diagnostic de

démence. Quoique peu nombreux (environ 25 résidents sur les 902 hébergés dans les CHSLD sur le territoire du CSSS de Québec-Nord, soit 3% de la clientèle), ces résidents perturbent l'organisation des soins ainsi que la qualité de vie des intervenants et des autres résidents.

Alors qu'il existe des approches éprouvées permettant de gérer les symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence, ce n'est pas le cas pour la gestion des troubles de comportement de la clientèle sans diagnostic de démence. Afin d'améliorer la situation, la direction de l'hébergement du CSSS de Québec-Nord souhaite implanter des stratégies qui permettraient de mieux outiller le personnel face aux troubles de comportement chez les résidents qui n'ont pas de diagnostic de démence. Outre les stratégies qui pourraient être mises en place dans les unités d'hébergement régulières, la direction envisage la possibilité de créer une unité spécifique pour cette clientèle.

Afin de prendre une décision éclairée, la question posée au CETMISS-PL est la suivante : « *Comment mieux intervenir auprès des résidents présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence?* »

**Tableau I.** Agressions provenant de la clientèle envers les employés dans les CSSS membres du CETMISS-PL pour l'année 2012-2013

CSSS	CHSLD	Résidents dans l'ensemble des CHSLD	Événements déclarés**	Arrêts de travail	Tarification CSST excluant les facteurs de chargement
Charlevoix	6	219*	nd	nd	nd
Portneuf	6	347	102	2	nd
Québec-Nord	8	902	161	6	25 563 \$
Vieille-Capitale	8	1 315	247	20	130 715 \$

\* incluant 8 résidents avec troubles de comportement; \*\* agressions déclarées par les employés; nd=non disponible

## 1. Questions d'évaluation

En lien avec le contexte et les enjeux relatifs à la question décisionnelle, les questions d'évaluation sont les suivantes :

- 1) Selon que la clientèle visée soit hébergée sur des unités de vie régulières ou regroupée dans une unité spécifique pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement, quelles interventions permettent :
  - a. De diminuer les troubles de comportement des résidents sans diagnostic de démence?
  - b. D'améliorer les compétences du personnel intervenant avec cette clientèle?
  - c. De préserver la santé et la sécurité du personnel et des autres résidents qui côtoient cette clientèle?
  
- 2) Advenant la mise en place en CHSLD d'une unité spécifique pour les résidents sans diagnostic de démence aux prises avec des troubles de comportement, quelles caractéristiques s'avèrent essentielles et quelles conditions de mise en place sont à privilégier :
  - a. Au niveau organisationnel?
  - b. Au niveau du personnel?
  - c. Au niveau du résident?

Pour répondre à ces questions, une revue systématique de la littérature et une enquête sur le terrain ont été réalisées.

## 2. Problématique

Selon une analyse réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2008) à partir de données recueillies auprès de 5 centres d'hébergement de la Nouvelle-Écosse sur une période de 5 ans, près de la moitié des résidents présenteraient un ou plusieurs symptômes comportementaux. Le plus fréquent est la résistance aux soins (30%), notamment lors des soins personnels et de la prise de médicaments, suivi par l'agressivité verbale (16%) (tel que crier, insulter, menacer), les comportements perturbateurs ou socialement inappropriés (14%) (tel que des comportements sexuels inadéquats) et l'agressivité physique (10%) (tel que frapper, grifigner, pousser). L'errance est observée chez 20% des résidents qui sont autonomes dans leurs déplacements. Ce comportement est fortement associé à une atteinte cognitive et à la démence, tel que documenté également dans d'autres études (Conn et Gibson, 2006; Koopmans *et coll.*, 2010).

Au Québec, devant l'absence de définition commune du trouble de comportement, Tassé *et coll.* (2010) ont procédé à une consultation systématique auprès d'experts afin de dégager un consensus (**Encadré 1**). De cette recherche il s'est aussi dégagé que pour être considéré grave, le trouble de comportement doit mettre en danger réellement ou potentiellement l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou il doit compromettre sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. En somme, ce sont les impacts du trouble de comportement qui déterminent sa sévérité, et non le comportement en lui-même (NSW Government, 2006).

**Encadré 1.** Définition du trouble de comportement (Tassé, 2010)

Action ou séquence d'actions qui est jugée inacceptable sur le plan développemental social ou culturel et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique et dont la gravité ou l'impact se situe sur un continuum.

Les troubles de comportement ont plusieurs causes. Ils peuvent résulter de facteurs physiques comme la médication ou la douleur, de facteurs psychologiques ou psychiatriques, de facteurs personnels, et de facteurs environnementaux (Koopmans *et coll.*, 2010). Leur expression peut être influencée par plusieurs variables (NSW Government, 2006); en CHSLD, les situations de crise liées au vieillissement, notamment la maladie, les deuils et l'entrée en institution, contribuent à intensifier ces comportements (Bonin & Côté, 2006; Gagnon *et coll.*, 2009).

Au Québec, quelque 60% des personnes âgées vivant en CHSLD ont des troubles cognitifs et au moins 20% souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement (ICIS, 2013, OIIQ, 2014). Les résidents présentant un déficit cognitif développent souvent des troubles de comportement au cours de leur maladie. Chez les résidents atteints de démence, la prévalence des troubles de comportement est fortement en corrélation avec la sévérité du déficit cognitif (Voyer, 2005; Goumain, 2002).

Bien que moins nombreux, les résidents qui ne souffrent pas de démence peuvent également présenter des troubles de comportement importants. Ces résidents forment un groupe hétérogène qui inclut les victimes d'accidents vasculaires cérébraux, ceux atteints de maladies neurodégénératives telle la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaque, ceux

présentant des signes de dépression, des troubles de la personnalité, des désordres bipolaires ou autres diagnostics psychiatriques ainsi que ceux qui souffrent d'anxiété généralisée (Bonin & Côté, 2006; Koopmans *et coll.*, 2010). Les résidents présentant des troubles graves du comportement proviennent généralement du milieu psychiatrique (Corporation d'hébergement du Québec, 2008).

Malgré un phénomène de sous-déclaration probable à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), les personnes travaillant en CHSLD sont nombreuses à subir des actes de violence sur les lieux de travail. Selon un sondage réalisé par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux du Québec (ASSTSAS) en 2007 pour les 12 mois précédents, 42% d'entre elles auraient été la cible d'agressions physiques, dont la grande majorité était commise par un usager (Bigaouette, 2007). Une recension réalisée également par l'ASSTSAS rapporte que les principales conséquences des comportements agressifs sur le personnel sont la détresse psychologique, les troubles musculo-squelettiques ainsi que les traumatismes physiques et psychologiques (Bigaouette, 2012).

Les intervenants sont souvent déstabilisés face aux agissements du résident ayant des troubles de comportement. Les approches habituelles sont souvent inefficaces. Plusieurs rapportent que l'investissement auprès d'une personne âgée présentant un trouble de comportement est considérable, ce qui a pour effet de désorganiser leur travail et ainsi perturber le fonctionnement de l'unité. Cette situation est souvent la cause de conflits et de tensions qui ont pour effet de culpabiliser et de dévaloriser le personnel (Gagnon *et coll.*, 2009, Bonin & Côté, 2006; NSW Government, 2006).

L'intervenant peut éprouver des sentiments de frustration, de colère et d'incompétence face à la personne âgée ayant un trouble de comportement, ce qui conduit parfois à l'épuisement professionnel (Bonin & Côté, 2006; Gagnon et coll., 2009).

Dans plusieurs CHSLD, des milieux de vie prothétiques ont été mis en place pour accueillir certains résidents atteints de démence qui ont des troubles de comportement importants (Goumain, 2002). Cet environnement adapté assure la sécurité des résidents errants et fugueurs et laisse libre court à l'errance. Ce milieu soutien également le personnel en lui offrant un environnement de travail sécuritaire et adapté, propice au maintien de sa santé physique et psychologique (Villeneuve, 2002). Bien que les bénéfices sur les symptômes comportementaux des résidents soient encore à démontrer (Lai et coll., 2009), une étude canadienne a montré que le personnel travaillant sur des unités prothétiques était moins souvent victime d'agressions de la part de la clientèle que celui travaillant sur des unités régulières de CHSLD (Morgan, 2005).

Considérant les difficultés d'intégration en CHSLD des résidents appartenant au groupe restreint de la clientèle présentant des troubles de comportement mais n'ayant pas de diagnostic de démence, la Corporation d'hébergement du Québec (2008) a soulevé la nécessité de leur offrir un milieu de vie délimité et des approches spécialisées, adaptées à leurs besoins.

## 3. Revue systématique de la littérature

### 3.1 Méthodologie

La typologie PICO (Guyatt, 2008) a été utilisée pour définir la stratégie de recherche documentaire ainsi que les critères de sélection des études (Tableau 2).

#### 3.1.1 Recherche documentaire

Les bases de données bibliographiques PubMed, CINAHL®, Embase, PsycINFO, Web of Science, AgeLine et la librairie Cochrane ont été interrogées en utilisant les termes suivants (titres et résumés ou vocabulaire libre):

(*Nursing HomeS*, OR *Long-term care*)  
AND  
(*Violence*, OR *Aggressi\**, OR *BehavioUr DisorderS*,  
OR *Disruptive behavioUrS*, OR *Assault\**)  
AND  
(*Resident\**, OR *Older\**, OR *Elder\**)  
NOT  
*Elder abuse*

Aucune limite de temps n'a été imposée à la période couverte par la recherche documentaire. De plus, 94 sites Web susceptibles d'héberger de la littérature grise pertinente ont été visités. Aussi, les bibliographies de toutes les études retenues ont été parcourues.

**Tableau 2.** Définition des critères PICOTS

<b>Population</b>	Population incluant des résidents présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence; Personnel œuvrant auprès de cette clientèle.
<b>Intervention</b>	Stratégies permettant diminuer les troubles de comportement des résidents ou visant à améliorer la compétence, la sécurité ou la santé du personnel ou des autres résidents face aux troubles de comportement.
<b>Comparateur</b>	Offre de service habituelle.
<b>Résultats « Outcomes »</b>	-Compétences du personnel œuvrant auprès de la clientèle ciblée; -Santé et sécurité du personnel œuvrant auprès de la clientèle ciblée; -Troubles de comportement des résidents ciblés.
<b>Temporalité « Timing »</b>	Aucun moment particulier.
<b>Contexte « Setting »</b>	CHSLD (unités de vie régulières ou unités spécifiques pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement).

### 3.1.2 Sélection des études

Deux membres de l'équipe de l'ETMISS-PL ont procédé indépendamment à la sélection et à l'évaluation de la qualité méthodologique des

études. Les désaccords ont été résolus par discussion.

En utilisant les critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le **Tableau 3**, une première phase de sélection a été réalisée à partir des titres et résumés des publications suivie d'une deuxième phase à la lecture complète des publications retenues en phase I. La qualité méthodologique des documents retenus a été évaluée à l'aide d'outils validés : l'outil Qual-Syst (Kmet et coll., 2004) pour les études originales quantitatives et qualitatives ainsi que les grilles AMSTAR (Shea et coll., 2007), INATHA (INHATA, 2001) et AGREE II (Brouwers, 2009) pour l'évaluation, respectivement, des revues systématiques ou utilisant une approche systématique, des rapports d'ETMIS et des guides de pratique. Le niveau de preuve et le classement des recommandations ont été évalués selon le design des études (Petri et al, 1995) (**Encadré 2**).

### 3.1.3 Extraction des données

Les données des études incluses ont été extraites indépendamment par deux membres de l'équipe à l'aide de grilles structurées (**Annexes 2, 3, et 4**). Pour chacune des études, le premier auteur, le pays, l'année de la publication, l'objectif de l'étude, les participants, l'intervention, les instruments de mesure, les résultats ainsi que les conclusions de l'auteur sont documentés.

**Tableau 3.** Critères de sélection des études

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Résidents en CHSLD présentant des troubles de comportement sans diagnostic de démence</li> <li>✓ Personnel œuvrant avec cette clientèle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Résidents avec diagnostic de démence</li> </ul>
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Toutes interventions destinées aux populations ciblées pour lesquelles les troubles de comportement ou les compétences du personnel ont été mesurés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études présentant uniquement des interventions pharmacologiques</li> <li>✓ Études ne décrivant pas les interventions utilisées</li> <li>✓ Études ne présentant aucune intervention</li> </ul>
Comparateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aucune précision</li> </ul>	
Résultat	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Impact des interventions sur les troubles de comportement des résidents ou sur la compétence, la santé ou la sécurité du personnel ou des autres résidents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études sans mesure de l'impact des interventions</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études réalisées en CHSLD ou autres établissements ayant la même vocation</li> <li>✓ Unités spécifiques pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement ou unités de vie régulières</li> <li>✓ Pays comparables au Canada</li> </ul>	
Type de publication	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études originales (aucun devis exclu)</li> <li>✓ Revues systématiques</li> <li>✓ Revues de la littérature</li> <li>✓ Rapports d'ETMI</li> <li>✓ Guides de pratique</li> <li>✓ Thèses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Éditoriaux</li> <li>✓ Commentaires</li> <li>✓ Livres</li> </ul>
Qualité méthodologique		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études jugées de faible qualité méthodologique</li> </ul>
Langue de publication	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Français ou anglais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Autres que le français ou l'anglais</li> </ul>
Autre		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Études portant sur la violence envers les aînés</li> </ul>

**Encadré 2.** Hiérarchie des preuves et classement des recommandations

*Hiérarchie des preuves scientifiques	Type d'étude	Grade des recommandations
Ia	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisé	A Preuve scientifique établie
Ib	Au moins un essai contrôlé randomisé	A Preuve scientifique établie
IIa	Au moins une étude bien menée, contrôlée mais non-randomisée	B Présomption scientifique
IIb	Au moins un autre type d'étude quasi-expérimental bien mené	B Présomption scientifique
III	Étude non-expérimentale descriptive bien menée	C Faible niveau de preuve scientifique
IV	Rapports d'opinions de comités d'experts et expériences cliniques d'autorités respectées	C Faible niveau de preuve scientifique

\*Petrie, Barnwell, Grimshaw, 1995

## 3.2 Résultats

### 3.2.1 Sélection des études

L'**Annexe 1** présente le schéma de sélection des études. La recherche dans les bases de données bibliographiques a permis de recenser 2366 publications. Après avoir retiré les doublons et lu les titres et résumés, 176 publications ont été retenues sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. À ce nombre se sont ajoutés 40 documents provenant de la littérature grise et 15 publications identifiées à partir de la bibliographie des documents retenus. Sur la base des critères d'inclusion, 25 publications rapportant les résultats de 22 études originales, 3 revues de la littérature, dont une ayant fait l'objet de 2 publications, et 3 guides de pratique ont été inclus.

### 3.2.2 Qualité méthodologique

La qualité méthodologique des 22 études originales varie de 32% à 100% (médiane 73%). Considérant le faible nombre d'études et leur diversité, les études présentant un score égal ou supérieur à 50% ont été incluses; une seule étude (score 32%) a été exclue. Parmi les 3 revues retenues, seulement celles dont la qualité méthodologique a été évaluée de bonne à très bonne ont été incluses. Les guides de pratique dont la qualité a été évaluée de bonne à très bonne ont également été inclus.

Au final, 21 études originales, 2 revues utilisant une approche systématique et 1 guide de pratique sont inclus.

### 3.2.3 Caractéristiques des documents

Les caractéristiques des 21 études originales incluses sont présentées dans les tableaux de l'**Annexe 2**. La majorité a été réalisée aux États-Unis (12/21), suivi par le Canada (7/21), puis le Royaume Uni (2/21) et l'Australie (1/21). Parmi ces études on retrouve 4 essais rando-

misés, 6 études quasi-expérimentales, 7 études observationnelles et 4 études de cas.

Treize études mesurent exclusivement l'impact des interventions sur les comportements des résidents, 2 uniquement sur les compétences des intervenants et 6 sur les deux. Parmi les études originales mesurant l'impact d'interventions sur les résidents, 5 concernent uniquement des résidents sans diagnostic de démence (Arco & Du Toit, 2006; Block *et coll.*, 1987; Buckwalter *et coll.*, 1988, Harton *et coll.*, 2012; Mooney *et coll.*, 1995). Les autres études impliquent des populations mixtes incluant des résidents avec et sans diagnostic de démence. Dans ces études, la proportion de résidents sans démence varie de 13 à 75% ou n'est pas spécifiée.

Les caractéristiques des deux revues de littérature incluses sont présentées dans l'**Annexe 3**. Une de ces revues a fait l'objet de 2 publications (Landreville *et coll.*, 2006, 2007) et toutes ont été rédigées par un auteur canadien. Dans les 2 cas, une approche systématique a été utilisée. Le guide de pratique inclus (Shang, 2012) présente un algorithme de gestion des troubles de comportement qui a été produit au Québec.

### 3.2.4 Synthèse des données probantes

Les données extraites des études originales sont présentées dans les tableaux de l'**Annexe 2**.

#### 3.2.4.1 Études originales

Les interventions étudiées sont diversifiées mais peuvent être regroupées selon qu'elles visent : **a.** l'amélioration des compétences du personnel face aux troubles de comportement via l'offre de formations, un soutien professionnel ou les deux; **b.** l'implantation de types d'approches spécifiques; **c.** le contrôle des facteurs déclenchant les troubles de comportement; **d.** une approche multimodale qui regroupe différents types d'intervention; et **e.** des interventions

indirectes qui ne visent pas spécifiquement les troubles de comportement mais dont l'impact sur ceux-ci a été mesuré (**Tableau 4**).

**Tableau 4.** Types d'interventions rapportées dans les 21 études originales incluses

Études originales incluses		Compétence du personnel		Approches interventionnelles	Facteurs déclenchants	Interventions indirectes	Autres
		Formation	Soutien				
1	Alamgir, 2009					√	
2	Arco, 2006	√					
3	Balderston, 1990				√		
4	Block, 1987	√					
5	Boyd, 2004, 2009	√					√
6	Buckwalter, 1988					√	
7	Burgio, 2002	√					
8	Engst, 2004				√		
9	Fitzwater, 2002	√					
10	Gagnon, 2009		√				
11	Harton, 2012			√			
12	Irvine, 2007, 2012a, b	√					
13	Landreville, 2005	√	√				
14	Laurence, 1986			√			
15	Mooney, 1995			√			
16	Proctor, 1999	√	√	√			
17	Ryden, 2000 Krichbaum, 2005	√	√				√
18	Shah, 1998	√					
19	Teresi, 2013	√					
20	Werner, 1994					√	
21	Yoon, 2013					√	

### 3.2.4.1a Interventions visant à améliorer les compétences du personnel.

#### Formation

Sept études ont évalué l'impact d'une formation en lien avec les troubles de comportement auprès du personnel (5/7) et sur les comportements des résidents (7/7) (**Tableau 5**). Dans 3 de ces études, l'intervention consistait en une activité de formation uniquement (Fitzwater & Gates, 2002; Shah & De, 1998), dont une via internet (Irvine et coll., 2007, 2012a, b). Dans les 4 autres études, la formation

était complétée par un suivi auprès des participants dans le but de parfaire leur formation et de stimuler l'application des compétences acquises (Arco & Du Toit, 2006; Block et coll., 1987; Burgio et coll., 2002; Teresi et coll., 2013). Dans tous les cas, la formation a entraîné une diminution des troubles de comportement ainsi qu'une amélioration des connaissances et des compétences du personnel (Arco & Du Toit, 2006; Burgio et coll., 2002; Fitzwater & Gates, 2002; Irvine et coll., 2007, 2012a, b; Teresi et coll., 2013).

**Tableau 5.** Impacts de la formation du personnel

Études	Impacts mesurés						
	Personnel soignant						Résidents
	Compétences/ Utilisation des techniques	Connaissances	Confiance	Attitude	Empathie	Intention d'adopter le nouveau comportement	Troubles de comportement
Arco, 2006	↑						↓
Block, 1987							↓
Burgio, 2002	↑						↓
Fitzwater, 2002	↑						↓
Irvine, 2007, 2012a, b		↑	↑	↑	↑	↑	↓
Shah, 1998							↓
Teresi, 2013		↑					↓

Le **tableau 6** présente les caractéristiques et le contenu des formations. Toutes enseignent des techniques de communication ou de gestion des troubles de comportement. Certaines formations incluent le rôle joué par les facteurs environnementaux et les facteurs déclenchants des troubles de comportement (Arco & Du Toit, 2006; Burgio et coll., 2002; Fitzwater &

Gates, 2002; Irvine et coll., 2007, 2012a, b; Shah & De, 1998; Teresi et coll., 2013), sur les symptômes et la définition de la violence (Arco & Du Toit, 2006; Fitzwater & Gates, 2002; Shah & De, 1998), sur l'évaluation des situations et l'élaboration de plans d'intervention (Arco & Du Toit, 2006, Teresi et coll., 2013). Dans certaines études, les formations incluent des suivis auprès

des participants par rétroactions (Arco & Du Toit, 2006; Block et coll., 1987; Burgio et coll., 2002) ou par des incitatifs (Burgio et coll., 2002)

suite à leur observation dans des situations réelles.

**Tableau 6.** Détails des formations

Études	Contenu					Suivi
	Facteurs environnementaux/déclenchants	Techniques de communication/gestion des comportements	Signes et symptômes/déf. de la violence	Évaluation et plan d'intervention	Autres	
Arco 2006	√	√	√	√		Rétroaction
Block 1987		√				Rétroaction
Burgio 2002	√	√				Rétroaction Incitatifs
Fitzwater 2002	√	√	√			Aucun
Irvine 2007, 2012a, b		√			Vignettes Simulation	Aucun
Shah 1998	√	√	√			Aucun
Teresi 2013	√	√		√		Aucun

### Support professionnel

Deux études présentent des interventions qui consistent uniquement à fournir un support professionnel au personnel pour la gestion des troubles de comportement (Ryden et coll., 2000, Gagnon et coll., 2009). Dans le premier cas, une infirmière spécialisée en gériatrie apporte son soutien aux équipes de soins en CHSLD, à raison de 10 heures par semaine par CHSLD. Elle participe à l'évaluation des résidents nouvellement admis, dont ceux présentant des comportements agressifs, à l'élaboration de plans d'intervention individualisés ainsi qu'à leur implantation. Six mois après l'arrivée de

l'infirmière spécialisée, un impact modeste, statistiquement non significatif, a été observé : comparativement au groupe contrôle, une plus grande proportion de résidents a connu une stabilisation ou une amélioration de comportement (Ryden et coll., 2000).

La deuxième étude décrit et évalue l'impact de la mise sur pied d'une équipe de soutien en hébergement (Gagnon et coll., 2009). Cette équipe, composée d'une travailleuse sociale, d'un psychologue et d'un membre de la direction, avait pour but précis d'aider les gestionnaires et les équipes de soins à résoudre les conflits et à surmonter les difficultés

engendrées par les troubles de comportement des personnes hébergées. L'étude a permis de documenter une baisse de tension individuelle et, dans l'équipe de travail, une meilleure compréhension des situations problématiques et de leurs causes, une déculpabilisation et une mise en commun de la problématique ainsi qu'une uniformisation et une cohérence dans les façons d'intervenir auprès des résidents présentant des problèmes de comportement.

#### Formation et Support professionnel

Une étude a évalué l'impact d'un programme de formation doublée d'un support professionnel sur les compétences du personnel et sur les troubles de comportement des résidents (Landreville *et coll.*, 2005). Ce programme (AGI) implique d'abord une période de formation des professionnels, suivi par des rencontres hebdomadaires avec les formateurs. Une amélioration significative des compétences des intervenants ainsi qu'une diminution des comportements d'agitation verbale des résidents ont été observés suite à l'implantation du programme AGI.

#### **3.2.4.1b. Interventions basées sur une approche spécifique**

Trois études rapportent l'impact d'approches fondées sur des philosophies d'intervention particulières afin de diminuer les troubles de comportement (Harton et Deschênes., 2012; Mooney *et coll.*, 1995, Laurence, 1986).

L'étude de Harton et Deschênes (2012) a évalué l'impact d'une approche de collaboration où le résident devient un partenaire dans l'amélioration de ses troubles de comportement. L'étude présente le cas d'un individu hébergé sur une unité spécialement conçue pour les résidents ayant des difficultés d'autocontrôle de l'humeur et du comportement, et présentant des déficits cognitifs associés à une maladie neurologique. L'unité

préconise une approche de collaboration qui a été mise en place à l'aide du programme d'action créatif transitoire d'éducation socioneuropsychologique (P.A.C.T.E.S.). Le Programme P.A.C.T.E.S. consiste en une série d'activités et d'interventions pour aider le résident à développer des comportements sociaux acceptables. Dans le cas présenté, la réalisation d'un projet de vie significatif par le résident a conduit à l'élimination de ses épisodes d'agressivité.

Dans une autre étude, Mooney *et coll.* (1995) ont utilisé une approche basée sur la philosophie de l'humanisme pour gérer les troubles de comportement de résidents présentant un retard mental modéré ou sévère. L'approche humaniste préconise des interventions non-punitives, la valorisation des bons comportements et l'enseignement d'alternatives socialement acceptables par modelage. Douze mois après l'implantation de cette approche, une diminution de 81% des troubles de comportement a été observée.

La troisième étude concerne l'approche de résolution de problème qui implique le développement d'interventions individuelles ciblant un comportement spécifique observé dans un contexte particulier. L'étude rapporte les cas de 3 résidents sans diagnostic de démence chez qui un trouble de comportement a été résolu en utilisant cette approche (Laurence, 1986).

#### **3.2.4.1c. Interventions ciblant les facteurs potentiellement déclenchants**

Deux études ont mesuré l'impact d'interventions qui visaient spécifiquement à éliminer ou atténuer les facteurs susceptibles de déclencher les troubles de comportement (Balderston *et coll.*, 1990; Engst *et coll.* 2004).

Dans l'étude de Balderston (1990) différentes interventions ont été mises en place suite à l'identification des moments de la journée et

des endroits associés à une plus grande fréquence de comportements d'agressivité chez les résidents. Par exemple, les repas des résidents qui étaient agressifs envers les autres lors de leurs déplacements vers la cafétéria, ont été servis sur l'unité. Dans les salles de jours, le regroupement des résidents selon leur statut fonctionnel plutôt que leur dispersion dans la pièce a permis de diminuer le nombre d'agressions. Des résidents qui présentaient des comportements récurrents d'agressivité ont été déplacés dans une autre unité afin de protéger les résidents plus vulnérables. En plus de réduire le nombre d'incidents survenus dans l'unité, le taux d'incidents chez les résidents relocalisés a aussi diminué de manière appréciable après leur transfert.

L'étude réalisée par Engst *et coll.* (2004) concerne l'impact de la mise en place d'un programme individualisé de cédulas d'accompagnement à la toilette sur le risque de blessures du personnel et sur l'agitation des résidents. Dans l'approche traditionnelle, les résidents dont la mobilité est restreinte ou qui ont des atteintes cognitives sont nettoyés dans leur lit, ce qui inclut le changement de culottes d'incontinence et le remplacement des piqués. Le fait d'amener ces résidents à la toilette selon un programme individuel d'accompagnement a entraîné une réduction des troubles de comportement verbaux et émotionnels chez les résidents et une diminution des blessures musculosquelettiques chez le personnel.

#### **3.2.4.1d. Interventions multimodales**

Trois études rapportent les résultats d'approches multimodales, c'est à dire combinant différents types interventions (Krichbaum *et coll.*, 2005; Boyd *et coll.*, 2004, 2009; Proctor *et coll.*, 1999).

Dans la seconde phase de l'étude de Ryden *et coll.* (2000) (Krichbaum *et coll.*, 2005) des sessions d'éducation auprès du personnel, la

formation d'équipes de résolution de problèmes et l'adhésion au comité d'assurance qualité de l'établissement ont été ajoutées au soutien apporté par une infirmière spécialisée en gérontologie. Bien que cela ait conduit à une amélioration d'autres mesures de la qualité des soins, aucun impact significatif n'a été observé sur les comportements agressifs.

Pour sa part, l'équipe du *Healthcare Benefit Trust* de Colombie-Britannique (HBT) a évalué un projet visant à réduire les comportements agressifs des résidents (Boyd *et coll.*, 2004, 2009). Dans 5 centres d'hébergements, un programme d'intervention mettant l'emphase sur l'éducation et la formation du personnel, sur les politiques et les procédures des établissements, et sur le travail d'équipe a été développé. Des interventions adaptées à chacun des sites ont été mises en place et leur impact sur les comportements agressifs a été évalué dans le temps. Dans 3 sites le nombre d'incidents a diminué et le personnel a attribué cette diminution aux changements faits dans le cadre du programme. Dans les 2 autres sites, le nombre d'incidents est resté constant ou a augmenté. Dans le premier cas, le nombre d'agressions était déjà faible et dans l'autre, l'augmentation a été attribuée à un accroissement du nombre de déclarations des incidents suite au programme. Dans tous les sites, le personnel a démontré une plus grande satisfaction au travail.

Dans l'étude de Proctor *et coll.* (1999), le personnel a participé à une série de séminaires concernant la gestion des troubles de comportement, une approche psychosociale pour la résolution des troubles de comportement a été implantée et une infirmière spécialisée en psychiatrie a apporté son soutien à l'équipe de soin. Bien que les troubles de comportement aient été moins nombreux dans le groupe d'intervention, la comparaison avec le groupe

contrôle n'a démontré aucune variation significative entre les deux groupes au suivi à 6 mois.

### 3.2.4.1e. Interventions indirectes

Quatre études ont mesuré l'impact sur les comportements des résidents d'interventions qui ne visaient pas spécifiquement à modifier cette variable (Alamgir *et coll.*, 2009; Buckwalter *et coll.*, 1988; Werner *et coll.*, 1994; Yoon, 2013).

Une première étude a évalué les effets sur les résidents du retrait des mesures de contention en CHSLD (Werner *et coll.*, 1994). Une diminution significative des troubles de comportement a été mesurée chez les résidents qui avaient des contentions et qui présentaient de l'agitation au début de l'intervention.

Une autre étude (Alamgir *et coll.*, 2009) avait pour but d'évaluer l'impact sur la qualité des soins de l'introduction de lève-personnes dans 12 établissements de soins prolongés. Parce qu'elle diminue la proximité entre le personnel et le résident, l'impact du lève-personnes sur le nombre d'agressions a été mesuré. Les résultats ont plutôt montré que le risque d'agression n'était pas associé au nombre cumulé de lits munis de lève-personnes (Alamgir *et coll.*, 2009).

Dans une étude réalisée auprès de personnes hébergées souffrant d'aphasie et de dyspraxie, une diminution des comportements inappropriés a été observée lors d'une phase de la thérapie du langage qui impliquait des périodes dédiées à l'interaction entre le résident et l'intervenant (Buckwalter *et coll.*, 1988). Des périodes de 10 minutes à chaque quart de travail ont entraîné une amélioration du comportement et de la socialisation des résidents (Buckwalter *et coll.*, 1988).

Les impacts sur l'évolution de la santé des résidents du modèle « *green house* »<sup>1</sup> ont été évalués dans le cadre d'une thèse de doctorat en nursing (Yoon, 2013). Ce modèle est soutenu par des valeurs de respect de l'intimité des résidents, de leur autonomie et de leur liberté de choix. Les symptômes de comportement agressif et les symptômes négatifs de l'humeur sont parmi les variables investiguées. L'analyse de données couvrant une période de 18 mois a toutefois montré que ces symptômes étaient davantage présents chez les résidents habitant les « *green house* » comparativement à ceux vivant dans des unités de vie traditionnelles.

### 3.2.4.2 Revues de la littérature

Les données provenant des revues incluses sont présentées dans l'**Annexe 3**. Cependant les résultats présentés dans ces revues ne seront pas considérés parce que : 1) les études originales qui sont rapportées dans ces revues sont en majorité spécifiques à la clientèle avec démence et ne concerne donc pas la clientèle ciblée, et 2) les études impliquant des résidents sans diagnostic de démence se retrouvent parmi les études originales qui sont incluses dans la présente revue systématique.

### 3.2.4.3 Guide de pratique

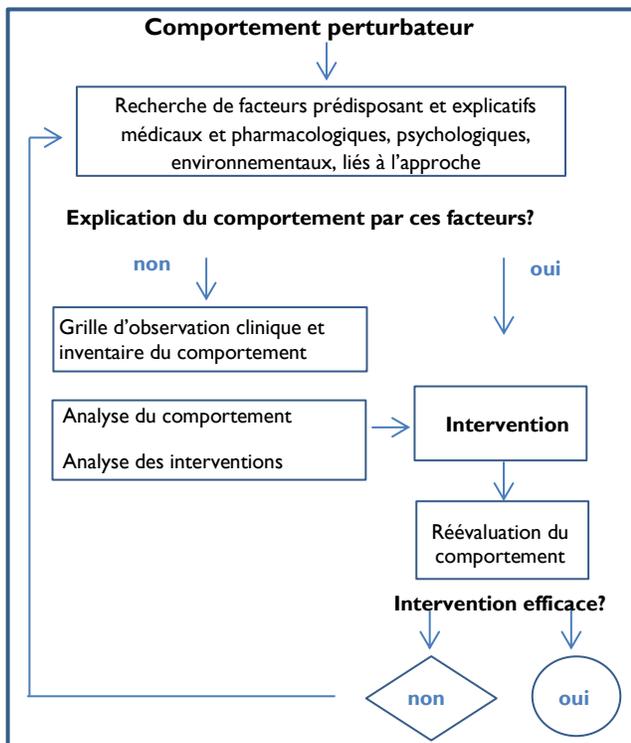
L'algorithme montérégien de gestion des troubles de comportement (Shang, 2012) a été élaboré au Québec par des experts suite à une recension des écrits et des pratiques (Fleury, 2010 a, b). Il a été validé auprès d'un groupe d'experts en prévention de l'apparition ou en gestion des troubles de comportement et auprès d'experts externes possédant des champs de compétences complémentaires. Cet algorithme est schématisé succinctement à la **figure 1** et les recommandations sont

---

<sup>1</sup> Petites unités de 10 résidents aménagées de façon à créer un environnement de type familial et où les valeurs des résidents sont prises en compte.

présentées dans l'**Annexe 4**. L'algorithme vise à guider les professionnels dans la gestion des comportements perturbateurs et serait applicable pour tous les types de clientèles et toutes les missions. Cependant, il ne s'applique pas aux situations de crise, mais à des troubles de comportement récurrents et non résolus, ou ayant des conséquences graves. L'algorithme montréalais est accompagné d'un outil de collecte de données, la « *Grille d'observation clinique et inventaire du comportement* ».

**Figure 1.** Schéma résumant l'algorithme montréalais de gestion des troubles de comportement



Adaptation du schéma présenté dans Shang, 2012

## 4. Collecte de données terrain

Il existe au Québec des unités spécialisées pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement s'adressant à différentes clientèles incluant des personnes sans diagnostic de démence. Considérant l'intérêt manifesté par le demandeur concernant la mise en place en CHSLD d'une unité spécifique pour les résidents sans diagnostic de démence qui présentent des troubles de comportement et afin d'apporter des éléments de réponse à la deuxième question d'évaluation, des données ont été recueillies auprès de quelques-unes de ces unités. Le but de cette étape du projet est de documenter les caractéristiques et la mise en place d'unités spécialisées pour la gestion des troubles de comportement advenant le choix du demandeur de développer une unité spécifique en CHSLD pour la clientèle visée. Cette collecte de données a été réalisée en mode exploratoire et se limite à une enquête auprès de personnes ressources de quelques unités spécialisées.

### 4.1 Élaboration du questionnaire

Un questionnaire a été développé afin de recueillir systématiquement et de façon structurée des informations sur la mise en place, le fonctionnement et les impacts des unités spécialisées pour les usagers présentant des troubles de comportement. Ce questionnaire, validé par le comité de suivi, est présenté à l'**Annexe 5**.

### 4.2 Sélection des unités spécialisées

Des établissements possédant une ou des unités spécialisées pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement ont été identifiés. Ces unités devaient compter, en totalité ou en partie, une clientèle sans diagnostic de

démence; celles destinées exclusivement à une clientèle souffrant de démence ont été exclues.

Pour chacune des unités retenues, un informateur-clé, soit la personne responsable de l'unité, une personne y œuvrant depuis un certain temps ou une personne ayant participé à sa mise en place, a été identifié (**Tableau 7**). Ces informateurs-clés ont été invités à répondre au questionnaire soit par entrevue téléphonique avec une professionnelle ou par envoi du questionnaire, qui devait être complété puis retourné par voie électronique. Des documents nous ont également été acheminés par les informateurs-clés en complément des informations demandées. L'ensemble des données colligées est présenté sous forme de courtes descriptions de chacune des unités dans la présente section du rapport. Des fiches synthèse, présentées à l'**Annexe 6**, résument

les informations recueillies pour chaque unité et offrent des compléments d'information concernant par exemple les critères d'admissibilité de l'unité, la dotation en personnel, les caractéristiques de la clientèle, etc. L'ensemble de ces informations a été validé auprès des informateurs-clés concernés.

### 4.3 Résultats

Sept unités spécialisées, situées dans les régions de Québec (secteur Charlevoix), de Montréal, de Chaudière-Appalaches et du Bas-St-Laurent ont été investiguées (**Tableau 7**). Elles se divisent en 3 catégories selon le type d'établissement et le type de clientèle, soit les unités en centre d'hébergement, les résidences à assistance continue (RAC) et une unité régionale pour les usagers présentant des troubles de comportement sévères et persistants (URTCSP).

**Tableau 7.** Unités spécialisées recrutées

Catégorie d'unité	Établissement	Région	Catégories de clientèle	Informateur - clé*
Centre d'hébergement	CH Rousselot	Montréal	III	Assistant infirmier chef
	CH Émilie-Gamelin	Montréal	I et II	Psychoéducateur
	CH Yvon-Brunet	Montréal	I et II	Chef d'unité
	CH de Charny	Chaudière-Appalaches	III	Psychologue conseiller en milieu de vie
Résidences à assistance continue (RAC)	Ressource De Lorimier	Montréal	N/A	Adjoint clinique
	CRDI de St-Placide	Charlevoix	N/A	Chef de service
Unité régionale pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement sévères et persistants (URTCSP)	CSSS de La Mitis	Bas-St-Laurent	N/A	Coordonnateur par intérim

\* Pour des raisons de confidentialité, uniquement le masculin est employé. CH : centre d'hébergement; CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle.

### 4.3.1 Les unités spécifiques en CHSLD

Situées dans les CHSLD, les unités spécifiques sont des milieux adaptés et spécialement aménagés pour accueillir la clientèle en perte d'autonomie qui présente des troubles de comportement. Bien que ces unités puissent compter une proportion variable de résidents souffrant de démence, elles s'adressent à une clientèle plus large pouvant être atteinte de divers syndromes, maladies ou déficiences.

La région de Montréal (06) compte plusieurs de ces unités que l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal a réparties en trois catégories distinctes selon le type de clientèle (ASSS de Montréal, 2013). Ces catégories sont brièvement définies dans l'**encadré 3**. Les critères de priorisation pour l'accès aux unités spécifiques, aussi définis par l'ASSS de Montréal, sont présentés dans l'**encadré 4**.

**Encadré 3.** Catégories de clientèle pour les unités spécifiques en CHSLD (ASSS de Montréal, 2013)

**Type I :** clientèle dont les troubles de comportement sont principalement liés à un trouble neurocognitif, associé ou non à une pathologie psychiatrique stabilisée;

**Type II :** clientèle présentant des troubles de comportement principalement liés à une maladie psychiatrique requérant un suivi et associée ou non à un trouble neurocognitif, dont la fréquence ou l'intensité, ainsi que l'encadrement requis, sont plus importants qu'en type I;

**Type III :** clientèle présentant des comportements agressifs (liés à un trouble neurocognitif ou une maladie psychiatrique) importants, imprévisibles et dangereux, pouvant mettre en danger la santé et la sécurité de la personne, des autres résidents ou du personnel. Un nombre maximal de résident a été établi à 14 pour ce type de ressource.

**Encadré 4.** Critères de priorisation d'accès aux unités spécifiques en CHSLD (ASSS de Montréal)

#### PRIORITÉ 1

- Usager dont le maintien à domicile est compromis ou qui présente un niveau de risque pouvant porter préjudice à lui-même ou à son entourage;
- Usager en provenance d'un institut universitaire en santé mentale;
- Usager en provenance d'un autre centre de réadaptation;
- Usager en provenance d'un Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- Usager en provenance d'une ressource intermédiaire.

#### PRIORITÉ 2

- Usager en lit d'évaluation/orientation ou en programme d'hébergement pour évaluation (PHPE);
- Usager en allègement de type d'unité (ex. : type II vers type I; type I vers le régulier);
- Usager en provenance d'un CHSLD en programme régulier.

#### PRIORITÉ 3

- Usager à domicile avec un encadrement adéquat;
- Usager hors territoire et hors région.

### L'unité spécifique du CH Rousselot

L'unité spécifique du CH Rousselot a ouvert ses portes en février 2008. L'objectif premier de cette unité transitoire de 18-24 mois est de stabiliser les comportements agressifs. Située au rez-de-chaussée du CH Rousselot, elle est indépendante du reste de l'établissement et entièrement sécurisée. Comme il s'agit d'une unité de type III, elle peut accueillir un maximum de 14 résidents et propose un encadrement plus stricte, incluant par exemple une cour arrière indépendante et sécurisée ainsi qu'un accompagnement lors des sorties.

Aucun modèle spécifique d'intervention n'est préconisé; l'approche varie selon le résident et s'adapte à son évolution. Différents outils sont utilisés pour évaluer, colliger et suivre les comportements des résidents. Mentionnons entre autres l'Échelle d'évaluation des dimensions du comportement (*Behavior Dimensions Rating Scale*) (Bullock et Wilson, 1989), une grille d'observation ABC et une grille d'analyse multimodale contextuelle (pour des exemples, voir Lapointe et Lardon, 2005).

Le personnel bénéficie de diverses formations spécialisées, entre autres en neuropsychologie et en santé mentale, en troubles graves du comportement et en déficience intellectuelle.

Sans disposer de données pouvant le confirmer, le personnel œuvrant dans cette unité spécifique observe de façon générale une stabilisation des troubles de comportement des clients admis dans l'unité. Toutefois, pour maintenir cet effet dans le temps, une constance doit être maintenue dans l'intervention tout au long du séjour, ainsi qu'après le départ du client. Des effets positifs sont également observés sur le personnel, notamment dans la stratégie d'intervention qui est de plus en plus orientée vers une approche préventive.

Les principaux enjeux rencontrés concernent la stabilisation du personnel, les préjugés face à la clientèle et la définition du corridor de services et des ententes de partenariat avec les autres établissements de la région. Selon l'informateur-clé, les éléments essentiels de la mise en place de ce type de ressource sont :

- L'offre de formations à l'ensemble du personnel, qui sera revue aux 3-4 ans;
- Une gestion indépendante du personnel;
- De grands espaces;
- Des mesures de rétention du personnel.

### **L'unité spécifique du CH Émilie-Gamelin**

Le CH Émilie-Gamelin du CSSS Jeanne-Mance compte deux unités spécifiques : une première unité ouverte en 1995 et réservée à une clientèle répondant aux critères de type II (37 résidents), et une seconde mise en place en 2009, pour une clientèle de type I (29 résidents).

Les unités spécifiques de type I et II regroupent des résidents dont l'encadrement ne nécessite pas de mesures aussi strictes que celles utilisées pour les unités spécifiques de type III. Ainsi, bien que les deux unités spécifiques du CH Émilie-Gamelin soient séparées et entièrement sécurisées, les sorties et les visites sont libres en tout temps, dans la mesure où le plan d'intervention du résident le permet.

Le Programme P.A.C.T.E.S. (Programme Action Créatif Transitoire d'Éducation Socio-neuropsychologique), développée par l'unité spécifique *La clé des champs* au CHSLD Centre-Ville-de-Montréal (Harton & Deschênes, 2012), est utilisé par le personnel pour intervenir auprès des résidents. Ce programme s'inspire des approches positives développées pour les personnes ayant des atteintes cérébrales avec un trouble du comportement, telle l'approche de collaboration (Ylvisaker & Feeney, 1998).

Des formations concernant l'approche de collaboration et la clientèle difficile sont offertes au personnel. L'équipe du CH Émilie-Gamelin a également bénéficié d'un suivi de quelques mois offert par les professionnels du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Une formation concernant la *Prestation sécuritaire des soins et services à la clientèle hébergée en unité spécifique de type I et II*, développée par un infirmier à l'interne, a également été offerte au personnel.

En termes de retombées sur la clientèle, il est observé que les résidents agressifs en provenance des unités régulières s'adaptent plus facilement à l'unité spécifique qui offre un

encadrement plus adapté. Suite à l'intégration dans l'unité, il y a atténuation des troubles de comportement, permettant dans certains cas une réinsertion du résident au sein d'unités régulières. De son côté, le personnel œuvrant dans les unités spécifiques du CH Émilie-Gamelin apparaît plus ouvert et moins craintif face à cette clientèle difficile.

Le plus grand défi dans la gestion de ce type de ressource, selon l'informateur-clé, est la mise en application d'une gestion de groupe et la création d'une dynamique dans l'unité, par exemple en favorisant le jumelage entre résidents, en développant les habiletés sociales de ces derniers, etc. Toujours selon l'informateur clé, les éléments essentiels sont :

- La possibilité pour le personnel d'acquérir de bonnes connaissances en gestion de groupe;
- La sensibilisation du personnel à la condition de la clientèle;
- La constance dans l'intervention.

### ***L'unité spécifique du CH Yvon-Brunet***

À l'instar du CH Émilie-Gamelin, le CH Yvon-Brunet compte deux unités spécifiques, une de type I et une de type II. Les deux unités, qui ont ouvert leur porte en janvier 2003, regroupent un total de 54 résidents, soit 30 résidents pour le type I et 24 résidents pour le type II.

Contrairement à une majorité d'autres unités spécifiques en centre d'hébergement, l'accès aux deux unités du CH Yvon-Brunet n'est pas sécurisé. Aux dires de l'informateur clé, en se sentant moins « enfermés » les résidents sont moins anxieux et tendent moins à développer des comportements de fuite. Par ailleurs, les membres du personnel accordent une grande importance au respect de l'intimité des résidents, qui peuvent fermer leur porte à clé s'ils le désirent.

Le personnel utilise auprès des résidents une approche humaniste axée sur la prévention des troubles de comportement. L'accent est mis sur la valorisation des forces et des compétences du résident. Selon cette approche, l'équipe prend une position d'accompagnateur (relation égalitaire) et les prises en charge ne sont prévues que lorsqu'il y a perte de contrôle. Des stratégies ont été développées pour répondre le mieux possible aux besoins spécifiques de chacun des résidents et favoriser les liens au sein de l'unité, telles que le jumelage préposé aux bénéficiaires/résident et éducateur/résident, le plan d'intervention, le plan d'accompagnement et l'outil « histoire de vie » qui raconte l'histoire du résident.

Différentes formations sont offertes au personnel, dont la formation OMÉGA, la formation sur la pacification ainsi que la formation AGIR pour les préposés aux bénéficiaires. Le CH Yvon-Brunet compte également des formateurs certifiés à l'interne.

Au regard de l'informateur-clé, le faible nombre d'interventions visant à contrôler les troubles de comportement témoigne de la rareté de ceux-ci au sein des unités. La « gestion de crises » a progressivement fait place à la « prévention » des troubles de comportement. Des effets bénéfiques sont également constatés au niveau du personnel, particulièrement dans l'unité de type II où l'on observe de faibles taux de roulement du personnel.

Les plus grands enjeux concernent le maintien de la cohérence et de la complémentarité dans l'intervention ainsi que la flexibilité dans la façon d'intervenir, ce qui nécessite un savoir-être et des compétences humaines chez le personnel. Du point de vue de l'informateur-clé, les éléments essentiels sont :

- L'instauration de rencontres d'équipe fréquentes;

- L'affichage de postes par compétence, nécessitant, pour ce faire, la mise en place d'ententes syndicales;
- La création d'une dynamique d'équipe, la définition de valeurs communes;
- De grands espaces et un esthétisme des lieux dans l'optique de créer un milieu de vie;
- La sensibilisation des directions support (services techniques, alimentation).

### **L'unité spécifique du CH de Charny**

Le centre d'hébergement de Charny est situé dans le Centre de santé Paul-Gilbert, un centre hospitalier relevant du CSSS Alphonse-Desjardins dans la région de Chaudière-Appalaches. Il compte depuis novembre 2007 une aile d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles sévères du comportement. La clientèle qui y est accueillie (maximum de 12 résidents) répond aux critères de type III des unités spécifiques en CHSLD (ASSS de Montréal, 2013), soit des résidents avec un trouble grave de comportement pouvant présenter une agressivité physique importante et imprévisible<sup>2</sup>. Bien qu'orientée vers la réintégration de la clientèle dans des unités d'hébergement régulières, il s'agit d'une unité permanente. Elle est entièrement sécurisée (caméra de surveillance, bouton d'appel, etc.) bien que les visites et sorties soient permises.

L'orientation ainsi que la priorisation des résidents en vue de l'intégration dans cette unité se fait entre autres en fonction de la gravité des risques associés aux comportements. Le niveau d'incapacité du milieu de provenance à gérer de façon optimale et sécuritaire la problématique et les risques y

étant associés sont également pris en compte dans la priorisation.

L'équipe soignante et professionnelle de l'unité a mis en place des balises d'intervention individualisées pour chacun des résidents ciblant spécifiquement les comportements susceptibles de mener à des agressions ou à une désorganisation. Les approches mises de l'avant s'appuient sur des modèles théoriques et des pratiques fondées sur des données probantes en matière de gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence<sup>3</sup>, notamment. Parmi les modèles qui sont utilisées, mentionnons le modèle BACE (*Balancing Arousal Controls Excesses*) (Kovach et coll., 2004; Kovach, 2000), l'approche comportementale et l'approche pharmacologique. Des grilles d'observation de la clientèle et de suivi du comportement sont utilisées, telle le *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* (Cohen-Mansfield & Billig, 1986) et le *Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE)*.

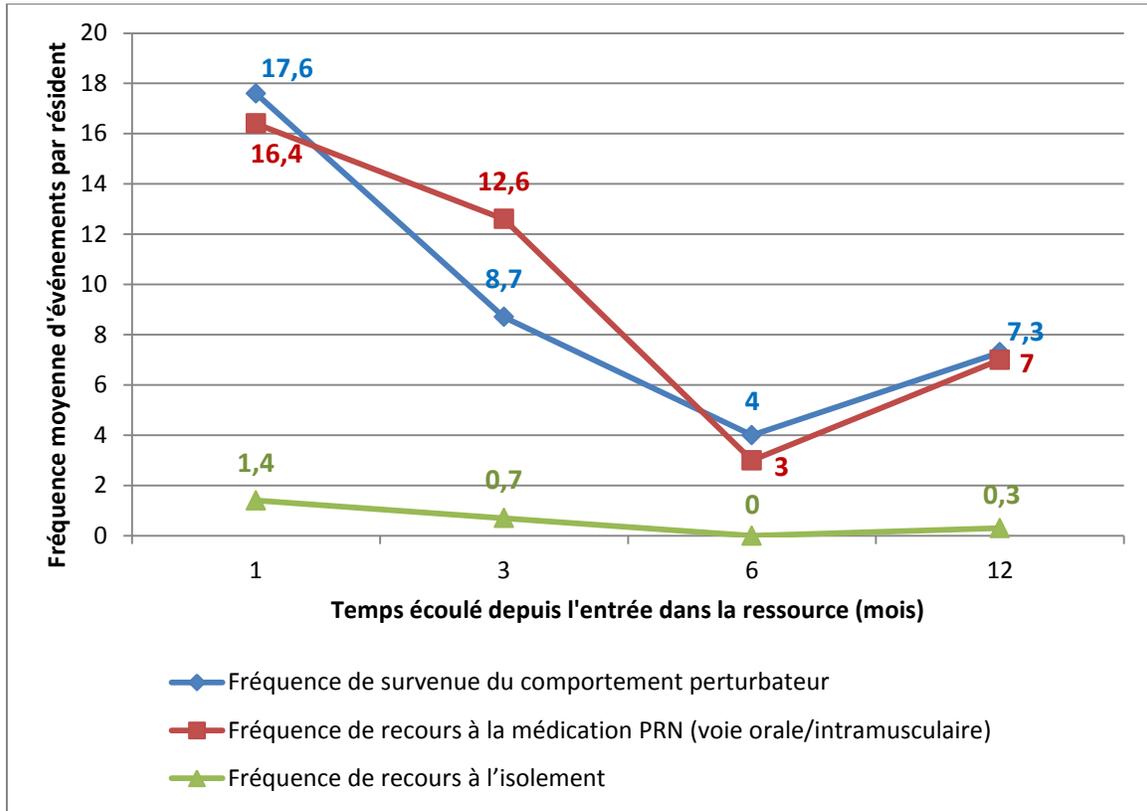
Les impacts sur la clientèle ont été mesurés. De façon rétrospective, il a été possible de documenter la fréquence de survenue des comportements identifiés comme ayant motivé l'admission du résident à l'unité et la fréquence de recours aux médications PRN et aux mesures d'isolement afin de gérer les comportements. Ces données sont présentées sous forme graphique dans la **Figure 2**. Une diminution importante des troubles de comportement et du recours à une intervention pharmacologique sont observés. Le recours rare aux mesures d'isolement présente également une légère diminution.

---

<sup>2</sup> En se référant au modèle de Brodaty (2003), cette unité répond aux besoins de résidents qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques pouvant être qualifiés de très sévères à extrêmes (niveaux 6 et 7 de la pyramide).

---

<sup>3</sup> La ressource comporte une majorité de résidents souffrant de démence.



**Figure 2** Évolution<sup>4</sup> des troubles de comportement et des interventions auprès de 10 résidents les 1er, 3ième, 6ième et 12ième mois suivant leur admission au CH de Charny

<sup>4</sup> Source : adaptation des données fournies par le CH de Charny. Les fréquences présentées correspondent aux moyennes de l'ensemble des données recueillies auprès des 10 résidents.

Par ailleurs, des témoignages très positifs ont été recueillis auprès des membres du personnel œuvrant dans l'unité ainsi que des membres des familles ou des représentants des résidents. L'informateur clé a observé une amélioration de l'aptitude du personnel à repérer les signes précurseurs des comportements perturbateurs et une croissance du sentiment de sécurité. Le CH de Charny a d'ailleurs reçu en 2013 le Grand Prix santé et sécurité du travail, catégorie Innovation Organismes publics, de la CSST pour la région Chaudière-Appalaches (annoncé le 31 octobre 2013).

Les plus grands défis pour le personnel de cette ressource sont d'assurer un soutien clinique solide aux intervenants, par exemple le recours à des services professionnels, et d'assurer la rigueur et la cohérence dans l'intervention tout en maintenant une approche souple et adaptée. Selon l'informateur-clé, les éléments essentiels sont :

- L'offre d'une formation solide en gestion optimale des troubles de comportement (santé mentale) et sur les problématiques de la clientèle à l'ensemble du personnel;
- La possibilité de bénéficier d'un support clinique adéquat pour l'équipe.

#### **4.3.2 Les résidences à assistance continue (RAC)**

Les résidences à assistance continue sont des services résidentiels transitoires offerts à la clientèle des centres de réadaptation présentant des problèmes graves de comportement qui nécessitent des interventions spécialisées et un environnement adapté. Des auxiliaires en santé et services sociaux et des éducateurs spécialisés dispensent les services requis 24 heures par jour, sept jours par semaine (CRDI de Québec, 2012).

Deux RAC ont été investiguées, soit la résidence Delorimier située dans la région de Montréal, et le CRDI St-Placide situé dans Charlevoix, dans la région de Québec (03).

#### **La résidence Delorimier**

Dans la région de Montréal, le CR Lucie-Bruneau offre des services de RAC sous forme d'« Îlots de service ». Il s'agit de logements intégrés dans des immeubles, dédiés ou non, où des services sont disponibles de façon permanente. La résidence Delorimier correspond à l'un de ces îlots (CR Lucie-Bruneau, 2005).

Cette résidence, qui a ouvert ses portes en avril 2013, est destinée à une clientèle présentant une déficience physique associée à un trouble de comportement. Elle peut accueillir jusqu'à 8 résidents et compte deux étages dont un sécurisé et destiné à la clientèle souffrant de toxicomanie. Souvent considérée comme une ressource de « dernier recours », la résidence Delorimier accueille une clientèle provenant de divers établissements du réseau de la santé et des services sociaux (hôpitaux, services de santé mentale des CSSS, ressources dédiées aux personnes âgées, etc.).

L'équipe de la résidence Delorimier s'inspire en grande partie de l'approche de collaboration (Ylvisaker & Feeney, 1998) mise sur pied pour les personnes souffrant de traumatismes crâniens. L'ensemble du personnel est formé à cette approche en plus de bénéficier des formations traditionnelles pour intervenir auprès de cette clientèle, telle la formation OMÉGA. L'équipe a également développé à l'interne certains outils de suivi de la clientèle, telle une grille de prévention active.

Puisque la ressource est très récente, il est difficile d'en évaluer l'impact sur la clientèle. Toutefois, la configuration de la résidence Delorimier se rapproche de celle d'une autre ressource résidentielle offerte par le CR Lucie-

Bruneau et ouverte il y a 3 ans, soit la résidence Liège. Selon l'informateur-clé, le personnel œuvrant dans cette ressource a pu observer non seulement une diminution du nombre de crises au sein de la clientèle, mais un véritable passage de la gestion de crise à la prévention des troubles de comportement et à l'élaboration de projets de vie pour les résidents. La résidence Liège jouit par ailleurs d'un faible taux de roulement du personnel<sup>5</sup> et d'un nombre très bas de congés de maladie au sein de son personnel. Une autre retombée est la diminution du nombre d'intervenants dans chacun des dossiers.

Malgré les retombées positives de ce type de ressource, le personnel de la résidence Delormier fait parfois face à certaines craintes exprimées par les proches des résidents, qui sont peu habitués à une ressource offrant une grande liberté et peu de mesures restrictives. Une sensibilisation face à ce type de ressource et face aux nouvelles approches préventives sont parfois nécessaires auprès de ces derniers. Selon l'informateur-clé, les éléments essentiels pour la mise en place d'une ressource comme celle de Delormier sont :

- Le maintien d'une grande souplesse dans l'intervention et dans le milieu;
- La création d'un environnement le moins institutionnel possible;
- La stabilité du personnel.

### **Le CRDI St-Placide**

Le CSSS de Charlevoix offre, pour sa clientèle DI-TSA (déficience intellectuelle; troubles du spectre de l'autisme), des services résidentiels de type RAC dont le service spécialisé pour les

personnes présentant un trouble grave du comportement. Ce service comporte 4 RAC regroupées en 2 jumelés et accueille 20 clients dont 4 places qui sont à vocation régionale<sup>6</sup>.

L'ouverture de cette ressource en 2007 s'inscrit dans les suites de la désinstitutionnalisation de l'ancien Institut psychiatrique de l'Hôpital Sainte-Anne<sup>7</sup> (Deschênes & Guay, 2011). Le CRDI St-Placide a été mis sur pied spécifiquement pour accueillir la clientèle désinstitutionnalisée présentant des troubles graves du comportement. Cette ressource entièrement sécurisée a été construite dans la communauté (hors institution) et adaptée spécifiquement pour ce type de clientèle. Aujourd'hui, la clientèle du CRDI St-Placide se compose en majorité de personnes souffrant de déficience intellectuelle moyenne à sévère ou de troubles sévères du spectre de l'autisme. Plusieurs de ces personnes ont également des troubles associés (ex. : TDAH, troubles de la personnalité, etc.).

Les responsables de la ressource ont développé une culture d'intervention sécuritaire, qui vise à favoriser la responsabilisation et l'imputabilité de l'ensemble du personnel quant au maintien de la sécurité dans le milieu en tout temps. Pour ce faire, les intervenants ont le devoir de s'assurer que l'information circule rapidement dans le service et que les situations potentiellement dangereuses sont signalées dans les plus brefs délais au chef de service. Le personnel des services techniques est sensibilisé aux enjeux pour les clients et un partenariat a été établi pour favoriser la prise en charge rapide des situations dangereuses. La ressource respecte en tout temps la règle de capacité minimale

---

<sup>5</sup> Les ASSS à temps complet de jour et de soir sont les mêmes depuis 2010, et ceux à temps complet de nuit sont les mêmes depuis 2011. Ceux travaillant à temps partiel ont quitté la résidence Liège uniquement dans le but d'aller travailler à temps plein à la résidence Delormier lorsque celle-ci a ouvert ses portes.

<sup>6</sup> Ces lits sont mis à la disposition de la clientèle du CSSS de Charlevoix, mais également de celle du CRDIQ.

<sup>7</sup> Cette transformation des services dans Charlevoix s'inscrit dans la dernière vague de la désinstitutionnalisation des personnes ayant une déficience intellectuelle, qui touche l'ensemble de la province au cours des années 1980 jusqu'aux années 2000 (Proulx, 2011).

d'intervention, selon laquelle trois intervenants sont disponibles pour intervenir dans un délai de deux minutes (Guay et coll., 2008). Par ailleurs, le CSSS de Charlevoix a négocié des ententes particulières avec le syndicat en vue de favoriser l'attraction et la rétention du personnel.

Plusieurs approches sont utilisées pour intervenir auprès de la clientèle, notamment une approche positive et individualisée, de même que l'approche relationnelle (en développement). Parmi les outils d'intervention, mentionnons l'analyse multimodale et de nombreux outils du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) tels que le Plan de transition et l'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques-II (EGCP-II).

Les impacts sur la clientèle ainsi que sur le personnel (Deschênes & Guay, 2011; Guay et coll., 2008), ont valu au CRDI St-Placide un prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux en 2009-2010 dans la catégorie « Personnalisation des soins et des services » (MSSS, 2010). Mentionnons à cet effet :

1. L'augmentation significative de la qualité de vie des clients;
2. L'augmentation du sentiment de confiance chez les intervenants;
3. La diminution significative des troubles graves de comportement, confirmée par la diminution considérable de l'utilisation des mesures de contention (de 1 922/année à 235 suite à la création du service spécialisé, à 11/année après ouverture des RAC);
4. Le faible taux de cotisation à la CSST (2 accidents mineurs la première année de fonctionnement de la résidence);
5. Une forte capacité de recrutement et de un taux de rétention du personnel d'environ 90%;

6. L'augmentation du nombre moyen d'heures par semaine passées hors de la résidence pour les résidents (de 7.25 heures à 26 heures).

#### **4.3.3 L'Unité régionale pour les usagers avec troubles de comportement sévères et persistants.**

Le CSSS de La Mitis offre un service régional destiné à une clientèle souffrant de troubles de comportement sévères et persistants. Il s'agit d'un type de ressource différent des unités spécifiques dans les CHSLD et des RAC. En effet, comptant à l'origine une vingtaine de résidents et couvrant uniquement l'Est de la région 01 (Mitis, Matapédia, Matane, Rimouski), l'Unité régionale a récemment étendu son service à l'ensemble de la région et renouvelé sa mission (2013-2014) pour offrir un service se déployant à différents niveaux :

- 1) Un service d'expertise conseil en troubles de comportement et troubles graves de comportement;
- 2) De l'hébergement transitoire (4 lits) et de crise (2 lits);
- 3) Un suivi encadrant le retour dans le milieu (6 à 8 mois).

Ce service est destiné à l'ensemble de la clientèle adulte incluant les aînés, souffrant de troubles graves de comportement associés à une déficience intellectuelle ou physique, à un problème de santé mentale, à une démence ou à un problème de toxicomanie. Les demandes d'admission, qui peuvent provenir d'une ressource d'hébergement publique ou privée, du CLSC ou du médecin traitant, sont priorisées selon les critères suivants :

- La situation de crise;
- Le danger imminent;
- Le risque de détérioration;
- Le risque d'hospitalisation.

Les services d'hébergement de l'Unité régionale, incluant les quatre lits transitoires et les deux lits de crise, sont destinés à la clientèle souffrant exclusivement de troubles graves de comportement.

Il est prévu de mettre en place des dispositifs de sécurité et de garantir la présence en tout temps de deux intervenants sur l'unité dont un homme. Au niveau des services d'expertise conseil et de suivi dans les milieux, il y aura création d'un poste de psychoéducatrice et la désignation de personnes-pivot (souvent infirmières ou infirmière auxiliaires) au sein des établissements (ressource intermédiaire (RI), CHSLD) collaborant avec l'Unité régionale. Ainsi, l'intégration d'un résident dans une RI ou un CHSLD impliquera une formation offerte par l'Unité régionale, l'élaboration conjointe d'un plan d'action et de nombreux suivis dans le nouveau milieu.

L'expertise développée par l'Unité régionale repose à la fois sur l'expérience du personnel et certaines approches reconnues, tel le modèle conceptuel développé par Henry Brodaty (2003) pour les personnes souffrant de démence ainsi que les stratégies d'intervention proposées par le *Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 03* (Voyer, 2009). Divers outils sont utilisés pour intervenir auprès de la clientèle, tel des grilles d'observation sur 24h incluant le *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* (Cohen-Mansfield & Billig, 1986) et le *Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)* (Alexopoulos et coll., 1988), ainsi que des grilles visant à dépister la douleur chez les résidents ayant des difficultés à communiquer. Puisque l'Unité régionale est en réorganisation et que le nouveau service n'est pas encore effectif, il n'y a encore aucune donnée concernant les retombées sur la clientèle ou sur le personnel. Ceci étant dit, la mise en place de ce nouveau type de service pose des enjeux majeurs liés entre autres au

suivi de la clientèle après intégration dans une RI ou une unité régulière en CHSLD, à la définition du corridor de services et au développement de collaborations que cela nécessite avec de nombreuses organisations, ainsi qu'à la rétention du personnel.

Selon l'informateur-clé, le succès des interventions auprès de la clientèle présentant des troubles de comportement ne réside pas dans le fait de regrouper ou non les résidents, mais plutôt dans l'approche utilisée auprès de cette clientèle. Une approche qui permet d'apprendre à bien connaître le résident et d'aller à la source du problème de comportement, ainsi qu'une grande souplesse dans l'intervention lui apparaissent incontournables.

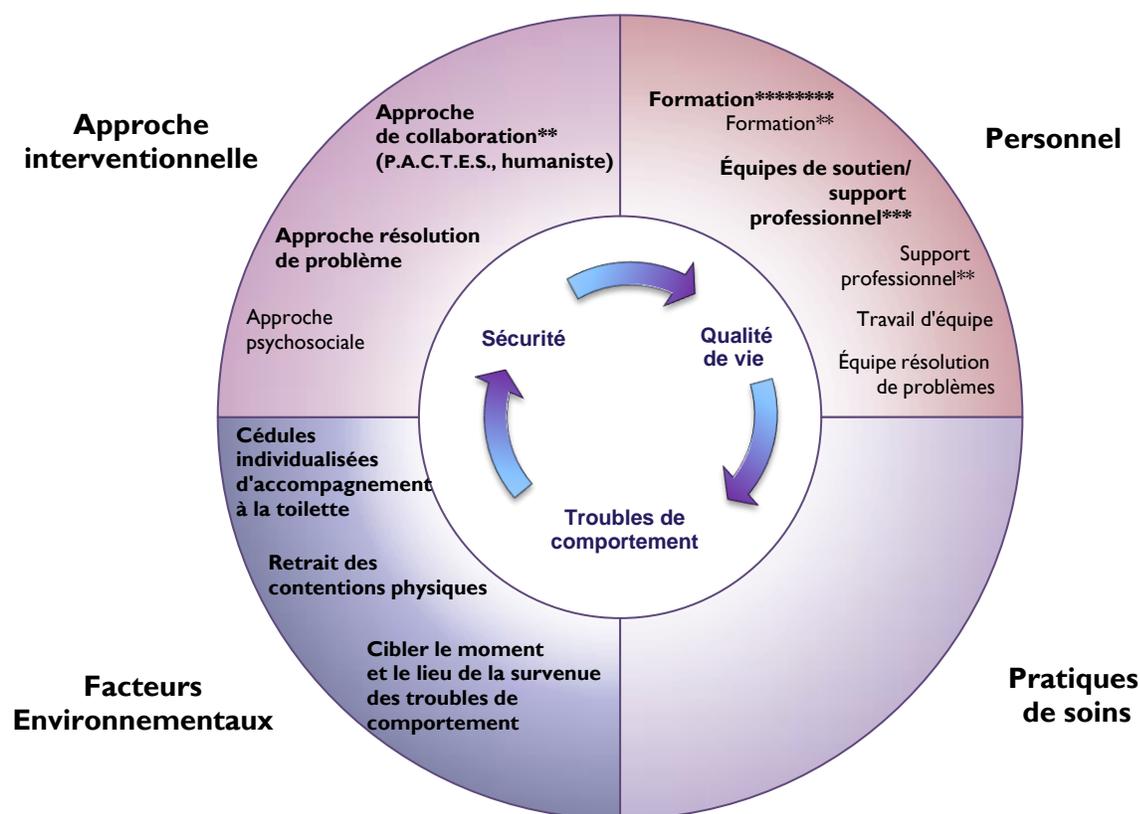
## 5. Analyse des résultats

Les données issues de la revue de la littérature et celles recueillies sur le terrain ont été synthétisées à l'aide d'un cadre d'analyse inspiré de l'approche globale en prévention de l'ASTSASS (Bigaouette, 2012) et du modèle d'évaluation et de réponse aux troubles de comportement du *New South Wales Government* (2006). Le soignant et la personne hébergée étant en relation quotidiennement à travers les soins et les services, la qualité de cette relation est déterminante pour la qualité de vie de l'un et de l'autre (Bigaouette, 2003). Dans le cadre d'analyse proposé, les facteurs influençant cette relation sont classés en 4 dimensions, soit 1) l'approche interventionnelle, 2) le personnel, 3) les pratiques de soins et 4) les facteurs environnementaux. **L'approche interventionnelle** fait référence aux approches utilisées pour définir les interventions auprès des résidents. Le **personnel** réfère aux compétences des intervenants et autres éléments de gestion des ressources humaines. Les **pratiques de soins** incluent les éléments reliés à la nature et à la prestation des soins et services offerts à la clientèle. Les **facteurs**

**environnementaux** incluent l'environnement physique, l'interaction avec les autres résidents, la famille et le personnel, les activités sociales ou significatives et le respect de l'autonomie et des préférences du résident (Koopmans et coll., 2010).

La synthèse des données extraites de la littérature et de l'enquête terrain est présentée, respectivement, dans les **figures 3 et 4**. Les interventions identifiées pour chacune des dimensions seront discutées en fonction du

niveau de preuves selon les critères mentionnés dans l'encadré 2 de la section méthodologie. Brièvement, les données issues d'une méta-analyse ou d'un essai contrôlé randomisé apportent une preuve scientifique établie, celles provenant d'études contrôlées non randomisées et d'études quasi-expérimentales apportent une présomption de preuve alors que les données issues d'études descriptives et l'opinion d'experts, tel que les données recueillies auprès des informateurs clés, n'apportent qu'un faible niveau de preuve scientifique.



**Figure 3.** Synthèse des données extraites des études originales (\* nombre d'étude si >1; les caractères gras indiquent que l'intervention a produit l'effet souhaité).

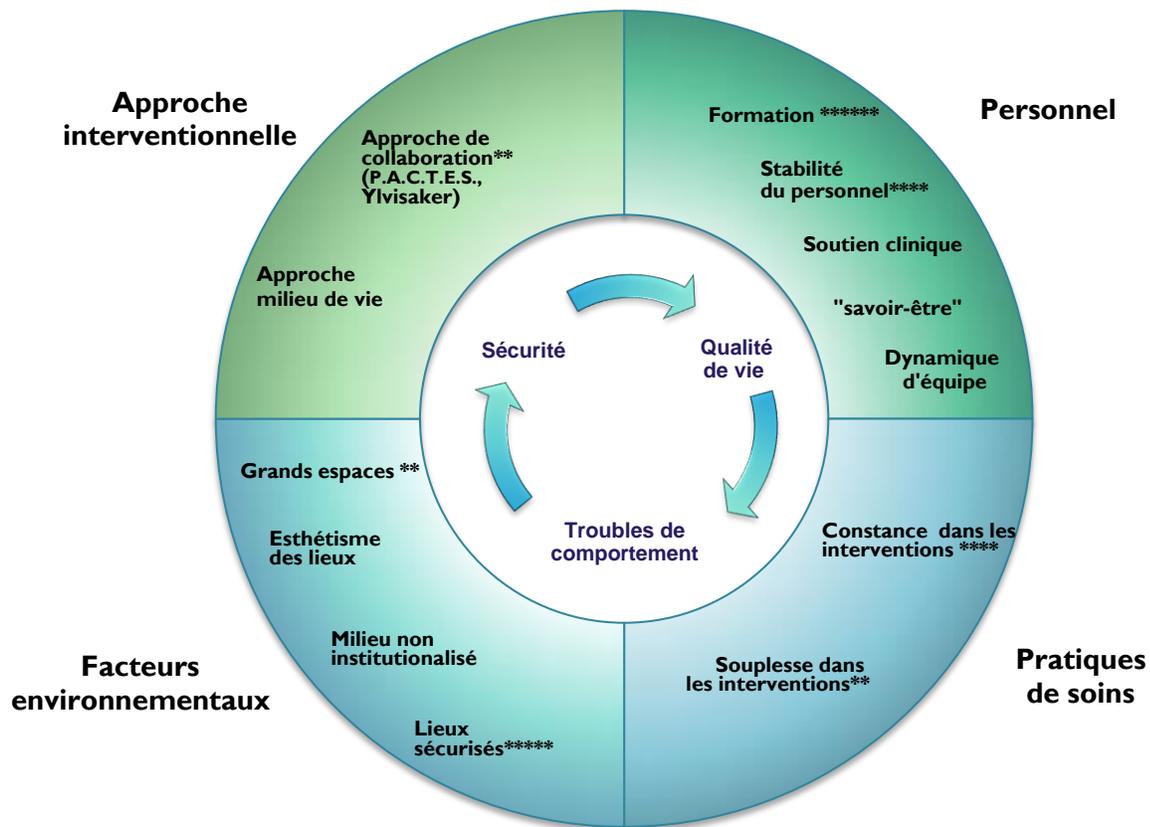


Figure 4. Synthèse des données issues de l'enquête terrain (\*nombre de sites si >1).

### 5.1 Approche interventionnelle

Trois études originales, dont 2 études de cas (Harton & Deschênes, 2012; Laurence, 1986) et une étude observationnelle impliquant 37 résidents (Mooney et coll., 1995), et les informateurs clés de 5 unités spécialisées pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement ont rapporté utiliser différentes approches interventionnelles spécifiques.

Bien que les approches de collaboration, humaniste, résolution de problèmes, positive et milieu de vie soient associées avec une diminution des troubles de comportement, le faible niveau de preuve ne permet pas de se prononcer sur l'efficacité d'un type d'approche

en particulier. Cependant, les résultats de l'essai randomisé réalisé par Proctor et coll., (1999) ont démontré que l'utilisation de l'approche psychosociale, même couplée à d'autres types d'intervention, n'avait aucun impact sur les troubles de comportement.

### 5.2 Personnel

Sept études originales, incluant 3 essais randomisés (Irvine 2012a, b; Burgio et coll., 2002; Teresi et coll., 2013), 2 études quasi-expérimentales (Fitzwater et coll., 2002; Shah et coll., 1998), une étude observationnelle (Arco & Du Toit, 2006) et une étude de cas (Block et coll., 1987) ont démontré l'efficacité de la formation du personnel pour diminuer les troubles de comportement chez les résidents.

Cinq de ces études ont de plus démontré une amélioration des compétences du personnel face aux troubles de comportement (Arco & Du Toit, 2006; Burgio *et coll.*, 2002; Fitzwater *et coll.*, 2002; Irvine 2007, 2012a, b; Teresi *et coll.*, 2013). Aussi, toutes les unités spécialisées pour les usagers présentant des troubles de comportement qui sont incluses dans le projet offrent à leur personnel des formations spécialisées diversifiées et continues.

Considérant que 3 essais contrôlés randomisés (Irvine 2012a, b; Burgio *et coll.*, 2002; Teresi *et coll.*, 2013) et 2 études quasi-expérimentales de bonne qualité (Fitzwater *et coll.*, 2002; Shah *et coll.*, 1998) ont démontré l'impact de la formation du personnel, le niveau de la preuve scientifique est suffisamment élevé pour confirmer la pertinence de mettre en place de telles activités de formation auprès du personnel œuvrant auprès de résidents présentant des troubles de comportement. Cependant, en raison de la diversité des formations, il est impossible d'en cibler une en particulier.

Deux études concernent l'apport d'un soutien professionnel à l'équipe de soins. Une de ces études a rapporté un impact positif au niveau du personnel (Gagnon *et coll.*, 2009) et l'autre n'a démontré qu'un impact modeste sur l'amélioration des comportements agressifs des résidents (Ryden *et coll.*, 2000). Sur le terrain, l'importance d'un soutien clinique n'a été rapportée que par un seul site. Le faible niveau de preuve ne permet pas de se prononcer sur l'impact d'un soutien professionnel pour réduire les troubles de comportement.

Une des études incluses a évalué l'impact d'un programme où la formation du personnel était suivie par l'apport d'un soutien professionnel (Landreville *et coll.*, 2005). Les résultats de cette

étude quasi-expérimentale apportent une présomption scientifique de l'efficacité de ce programme pour améliorer la compétence des intervenants et diminuer le nombre de comportements perturbateurs. Il est cependant difficile de distinguer l'impact de chacun des éléments du programme.

D'autres éléments au niveau du personnel ont été relevés par les informateurs clés des unités spécialisées sur le terrain. Parmi ceux-ci, la stabilité du personnel. Différentes mesures d'attraction et de rétention du personnel ont été mis en place ou sont prévues en ce sens. Aussi, les compétences humaines ou le savoir-être des membres du personnel ainsi qu'une bonne dynamique de groupe sont d'autres éléments jugés essentiels pour une bonne gestion des troubles de comportement.

### 5.3 Pratiques de soins

Une étude dont le but n'était pas d'agir spécifiquement sur les troubles de comportement concerne la pratique de soins. Dans cette étude, une amélioration des troubles de comportement a été observée au cours d'une thérapie du langage suite à la mise en place de périodes dédiées à l'interaction entre le résident et son intervenant (Buckwalter *et coll.*, 1988). Bien que cette étude quasi-expérimentale apporte une présomption scientifique de l'efficacité de porter des périodes d'attention aux résidents pour diminuer leurs troubles de comportement, il est difficile de tirer une conclusion solide de cette seule étude réalisée auprès de 23 résidents aphasiques.

Selon les informateurs qui ont participé à l'enquête terrain, la constance dans les interventions est un élément jugé critique pour la gestion des troubles de comportement. Cet aspect est favorisé par une stabilité du personnel et des équipes d'intervention. La

souplesse dans l'intervention représente également un élément important de la pratique.

#### 5.4 Facteurs environnementaux

Deux études quasi-expérimentales apportent une présomption scientifique que la modulation de facteurs environnementaux permet de réduire les troubles de comportement, tel qu'illustré par la mise en place de cédules individualisées d'accompagnement à la toilette (Engst et coll., 2004) et la réduction des contentions physiques (Werner et coll., 1994). Pour sa part, l'étude observationnelle de Balderston et coll. (1990), décrit certaines interventions ciblant des facteurs susceptibles d'être à l'origine des troubles de comportement. Il est difficile de se prononcer sur l'efficacité d'intervention modulant des facteurs environnementaux en raison du manque de preuves scientifiques et de la diversité de ces facteurs. Toutefois, l'Algorithme montérégien de gestion des troubles de comportement (Shang, 2012) préconise le développement d'interventions ciblant les facteurs à la base des troubles de comportement du résident.

Les informateurs clés sur le terrain ont mentionné l'importance de procurer aux résidents de grands espaces esthétiques, sécuritaires et un environnement le moins institutionnel possible

### Discussion

Outre quelques études de cas, aucune étude visant spécifiquement la clientèle cible, soit des résidents en CHSLD qui présentent des troubles de comportement sans diagnostic de démence, n'a été repérée. Ceci peut s'expliquer par le fait que les troubles de comportement sont surtout associés à la démence (Conn & Gibson, 2006; Koopmans et coll., 2010; Voyer et coll., 2005) et qu'une grande proportion de la clientèle hébergée en CHSLD est atteinte de démence (Bonin & Côté, 2006; OIIQ, 2014). En

conséquence, les études incluses dans la revue de la littérature impliquent des populations mixtes de résidents incluant ceux qui n'ont pas de diagnostic de démence. Il est important de prendre en compte ces limites dans l'interprétation des données provenant de la littérature.

Parmi les unités spécialisées pour les usagers aux prises avec des troubles de comportement qui ont participé au projet, certaines ne s'adressent pas spécifiquement aux personnes en perte d'autonomie vivant en CHSLD (Ressource Delorimier, CRDI St-Placide et Unité régionale La Mitis). Les unités spécifiques situées en CHSLD (CH Rousselot, CH Émilie-Gamelin, CH Yvon-Brunet et CH de Charny) ne regroupent pas exclusivement des résidents sans diagnostic de démence. Aussi, le faible niveau de preuve scientifique que ces données apportent ne permet pas d'élaborer des recommandations solides concernant la mise en place d'unités spécifiques en CHSLD pour la clientèle ciblée dans ce rapport.

### 6. Conclusion et recommandations

En se basant sur le niveau de preuve, La synthèse et l'analyse des données probantes permettent une seule **recommandation** afin de diminuer les troubles de comportement et améliorer la compétence du personnel :

- Offrir au personnel des formations en lien avec les troubles de comportement et adaptées à la clientèle ciblée et au milieu.
- La diversité des formations rapportées ne permet pas de recommander une formation en particulier.

En absence de données probantes concernant des unités spécifiques en CHSLD pour les résidents sans diagnostic de démence qui présentent des troubles de comportement et considérant le faible niveau de preuve des

données recueillies lors de l'enquête terrain, aucune recommandation ne peut être émise advenant le choix du décideur de mettre en place des unités en CHSLD pour la clientèle ciblée. Cependant, il est possible de s'inspirer des **éléments jugés essentiels par les informateurs clés des unités spécialisées** qui ont été consultés :

- Mettre en place des conditions de travail favorables à la stabilisation du personnel (horaires, congés, vacances, reconnaissance);
- Négocier des ententes avec les syndicats permettant de sélectionner le personnel en fonction des compétences et du savoir-être;
- Créer une dynamique d'équipe;
- Prévoir des espaces suffisamment grands et attrayants;

- Créer un milieu permettant une certaine souplesse et le moins institutionnalisé possible (absence d'horaires fixes);
- Sécuriser les lieux.

En conclusion, des études de méthodologies robustes, impliquant un grand nombre de participants, effectuant un suivi dans le temps et présentant des résultats spécifiques aux types de résident sont nécessaires. Les retombées observées au niveau des résidents et du personnel des unités spécialisées pour les usagers présentant des troubles de comportement gagneraient à être documentées de façon systématique.

Il est intéressant de constater que, dans la littérature comme sur le terrain, les interventions visent la prévention des troubles de comportement plutôt que leur contrôle.

## Références

### Études incluses

Alamgir, H., O. W. Li, Gorman, E., Fast, C., Yu, S., Kidd, C. (2009). "Evaluation of ceiling lifts in health care settings: patient outcome and perceptions." *Official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 57(9): 374-380.

Arco, L. & Du Toit, E. (2006). "Effects of Adding On-the-Job Feedback to Conventional Analog Staff Training in a Nursing Home." *Behavior Modification* 30(5): 713-735

Balderston, C., Negley, E. N., Kelly, G. R., Lion, J.R. (1990). "Data-based interventions to reduce assaults by geriatric inpatients." *Hospital & Community Psychiatry*. 41(4):447-449.

Block, C., J. A. Boczkowski, Hansen, N., Vanderbeck, M. (1987). "Nursing home consultation: difficult residents and frustrated staff." *Gerontologist* 27(4): 443-446.

Boyd, N., Mitchell, J., Malm, A. (2009). "Responding to aggression in long term care: lessons from five case studies." *Journal of Healthcare Protection Management* 25(1): 104-123.

Buckwalter, K. C., D. Cusack, Beaver, M., Sidles, E., Wadle, K. (1988). "The behavioral consequences of a communication intervention on institutionalized residents with aphasia and dysarthria." *Archives of psychiatric nursing* 2(5): 289-295.

Burgio, L. D., A. Stevens, Burgio, K. L., Roth, D. L., Paul, P., Gerstle, J. (2002). "Teaching and maintaining behavior management skills in the nursing home." *Gerontologist* 42(4): 487-496.

Engst, C., R. Chhokar, Robinson, D., Earthy, A., Tate, R. B., Yassi, A. (2004). "Implementation of a scheduled toileting program in a long term care facility: evaluating the impact on injury risk to caregiving staff." *Official journal of the American Association of Occupational Health Nurses* 52(10): 427-435.

Fitzwater, E. L. and D. M. Gates (2002). "Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study." *Geriatric Nursing* 23(1): 18-23.

Gagnon, É., Clément, M., Raizenne, É. Évaluation de l'équipe de soutien en hébergement du Centre de Santé et Services sociaux de Québec-Nord. (Rapport de recherche) Québec : CSSS de la Vielle-Capitale; 2009.

Harton, A., & Deschênes, M. (2012). Réunion interdisciplinaire et PII : le patient partenaire et décideur grâce à l'approche de collaboration. 29e colloque de l'AQIISM Laval - 1er juin 2012

Irvine, A. B., Bourgeois, M, Billow, M., Seeley, J. R. (2007). "Internet training for Nurse Aides to Prevent Resident Aggression." *Journal of the American Medical Directors Association* 8 (8): 519-526.

Irvine, A. B., Billow, M. B., Gates, D. M., Fitzwater, E. L., Seeley, J. R., Bourgeois, M. (2012a). "Internet training to respond to aggressive resident behaviors." *The Gerontologist* 52(1): 13-23.

Irvine, B., Billow, M. B., Gates, D. M., Fitzwater, E. L., Seeley, J. R., Bourgeois, M. (2012b). "An internet training to reduce assaults in long-term care." *Geriatric Nursing* 33(1): 28-40.

Krichbaum, K., V. Pearson, Savik, K., Mueller, C. (2005). "Improving resident outcomes with GAPN organization level interventions... gerontological advanced practice nurses." *Western Journal of Nursing Research* 27(3): 322-337.

Landreville, P., M. Bordes, Dicaire, L., Verreault, R. (1998). "Behavioral approaches for reducing agitation in residents of long-term-care facilities: critical review and suggestions for future research." *International Psychogeriatrics* 10(4): 397-419.

Landreville, P., L. Dicaire, Verreault, R., Levesque, L. (2005). "A training program for managing agitation of residents in long-term care facilities: description and preliminary findings." *Journal of Gerontological Nursing* 31(3): 34-42

Landreville P., Bedard A., Verreault R., Desrosiers J., Champoux N., Monette J., Voyer P. "Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities." *Database of abstracts of Reviews of Effects (DARE), Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2007*

Landreville P., Bedard A., Verreault R., Desrosiers J., Champoux N., Monette J., Voyer P. (2006). "Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities." *International Psychogeriatrics* 18 (1): 47-73.

Laurence, M. K. (1986). "Dealing with the difficult older patient." *Canadian Medical Association Journal* 134(10): 1122-1126.

Mooney, R.P., Mooney, D.R., Cohernour, K.L. (1995) Applied humanism: A model for managing inappropriate behavior among mentally retarded elders. *Journal of Gerontological Nursing* 21(8): 45-50

Proctor, R., A. Burns, Stratton Powell, H., Tarrier, N., Faragher, B., Richardson, G., Davies, L., South, B. (1999). "Behavioural management in nursing and residential homes: A randomised controlled trial." *Lancet* 354(9172): 26-29.

Ryden, M. B., M. Snyder, Gross, C. R., Savik, K., Pearson, V., Krichbaum, K., Mueller, C. (2000). "Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities." *Gerontologist* 40(6): 654-662.

Shah, A., De T. (1998). The effect of an educational intervention package about aggressive behaviour directed at the nursing staff on a continuing care psychogeriatric ward. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 13(1):35-40.

Shang, M. Algorithme montériégien en gestion des troubles de comportement. Démarche de création et recommandations d'experts. Longueuil : ASSS Montérégie, 2012.

Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Pillemer, K., Lachs, M. S. (2013). "A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial." *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 644–656.

Werner P., Cohen-Mansfield J., Koroknay V., Braun J. (1994). "The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents." *Geriatric Nursing*. 15(3):142-6.

Yoon, J. Y. The effect of green house nursing home model on health outcome trajectories. (Thesis) University of Wisconsin—Madison. 2013.

### Exclus à la qualité

Cassidy, E.L., Rosen, C., Walker, S., Krinsky, A., Kuhlman, G., Wilson, D., Solano, N., Sheikh J.I. (2008) "Assessment to intervention: Utilizing a staff needs assessment to improve care for behaviorally challenging residents in long term care (Part II)". *Clinical Gerontologist* 29 (1): 27-38

Donald, F., R. Martin-Misener, Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., DiCenso, A. (2013). "A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care." *Journal of Advance Nursing* 69(10): 2148-2161.

NSW Government, Department of health. Guideline. Aged care: Working with people with challenging behaviours in residential aged care facilities. Document GL2006\_014, New South Wales; 2006  
[www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au)

Poole, Julia. Poole's Algorithm: Nursing Management of Disturbed Behaviour in Aged Care Facilities. Department of Aged Care & Rehabilitation Medicine. New South Wales: Royal North Shore Hospital & Community Health Services (2000).

### Références additionnelles

Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., Shamoian, C. A. (1988). "Cornell Scale For Depression in Dementia." *Biological Psychiatry* 23: 271–284.

Agence de santé et de services sociaux (ASSS) de Montréal (2013). Cadre de référence pour les unités spécifiques. Document non publié.

Bigaouette, M. (2009) Un milieu de vie pour ne pas perdre sa vie à la gagner! *Objectif Prévention*, 26(5) : 9, ASSSTSAS [www.asstsas.qc.ca](http://www.asstsas.qc.ca)

Bigaouette, M. (2012) La prévention des lésions professionnelles liées aux comportements agressifs et perturbateurs en gériatrie. ASSSTSAS [www.asstsas.qc.ca](http://www.asstsas.qc.ca)

Bonin, C. & Côté, L. Troubles de comportement et troubles de personnalité chez la clientèle âgée : une démarche clinique en soins infirmiers. Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Sherbrooke, 2006.

Brodsky, H., Draper, B.M., & Low, L.-F. (2003). Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Medical Journal of Australia*, 178(5): 231-234.

Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J.S., Cluzeau, F et collaborateurs, The AGREE Next Steps Consortium (2013) Appraisal of guidelines for research & evaluation II  
[http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument\\_2009\\_UPDATE\\_2013.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf)

Bullock, L. M., & Wilson, M. J. (1989). Behavior Dimensions Rating Scale: Examiner's Manual. Itasca, IL: Riverside.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Québec (2012). Fiche d'information à l'intention des parents – Volet 2 Les options résidentielles. Québec : CRDI.

Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1986;34: 711-21.

Conn, D., Gibson, M., Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006) Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée.

Corporation d'hébergement du Québec. Répertoire des guides de planification immobilière. Centres d'hébergement-CHSLD. Principes généraux. Version 1.1 – 22 janvier 2008

Centre de réadaptation (CR) Lucie-Bruneau (2005). Plan de développement d'un réseau de ressources résidentielles non institutionnelles et alternatives. Montréal : CR Lucie-Bruneau et CR Constance-Lethbridge.

Deschênes, A., & Guay, I. Mener à bien un projet de désinstitutionnalisation pour une clientèle présentant des troubles graves du comportement. Document non publié.

Fleury, F. (2010a) Recension des écrits concernant les meilleures pratiques relatives aux équipes de psychogériatrie. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Fleury, F. (2010b) Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Guay, I., Brassard, R., Léveillé, M. (2008) La résidence pour TGC de St-Placide : la fin d'une époque, le début d'une nouvelle ère. La Malbaie, CSSS de Charlevoix [https://www.aqis-igdi.qc.ca/docs/Documentation/Residence\\_TGC\\_Saint-Placide\\_Charlevoix.pdf](https://www.aqis-igdi.qc.ca/docs/Documentation/Residence_TGC_Saint-Placide_Charlevoix.pdf)

Goumain, P., Ledoux, É. (2002) Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé, Collection PARC no. 7, ASSTSAS

Guyatt, G., Drummond, R., Meade, M., Cook, D. The Evidence Based-Medicine Working Group Users' Guides to the Medical Literature. 2nd edition. McGraw Hill; Chicago: 2008.

INAHTA, Grille pour la lecture et l'élaboration des rapports d'évaluation de technologies de santé, disponible à : [http://www.inahta.org/upload/HTA\\_resources/HTA\\_checklist\\_French\\_.pdf](http://www.inahta.org/upload/HTA_resources/HTA_checklist_French_.pdf), 2001.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Analyse en bref. De l'information pour une intervention de qualité : Soins aux pensionnaires de centres de soins infirmiers présentant des symptômes comportementaux. Ottawa, ON : ICIS, 2008. [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Vivre dans un centre de soins infirmiers : évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada. Ottawa, ON : ICIS, 2013. [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)

Kmet, L., Lee, R. C., Cook, L. S. (2004) Standard quality assessment criteria for evaluation of primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative #13. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Edmonton, Canada <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR13.pdf>

Koopmans, R.T.M., Zuidema, S.U., Leontjevas, R., Gerritsen D.L. (2010) Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care. *International Psychogeriatrics* 22 (7): 1054-1062

Kovach, C. R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A. M., Cashin, S., Silva-Smith, A. L. (2004). "Effect of the BACE Intervention on Agitation of People With Dementia." *The Gerontologist*, 44(6): 797-806.

Kovach, C. R. (2000). "Sensoristasis and Imbalance in Persons with Dementia." *Journal of Nursing Scholarship*; 32(4): 379-384.

Lai, C.K.Y., Yeung, J.H.M., Mok, V., Chi, I. (2009) Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD006470. DOI: 10.1002/14651858.CD006470.pub2.

Lapointe, A., Lardon, Y. Recueil de grilles et d'outils d'intervention. Programme régional d'expertise multidisciplinaire en TGC; Montréal, 2005.

Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'Arcy, C., Forbes, D., Lawson, J. (2005) Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12 (3); 347-358

Proulx, J. L'évolution des interventions dans le domaine résidentiel auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Une revue de littérature à l'échelle internationale. École de travail social de l'Université du Québec à Montréal; Longueuil : 2011.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mémoire. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), Janvier 2014  
[www.oiiq.org/sites/default/files/3401\\_memoire-chsld.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401_memoire-chsld.pdf)

Petrie, G. J., Barnwell, E., Grimshaw, J. on behalf of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1995) Clinical guidelines: criteria for appraisal for national use. SIGN

Shea, B. J., Hamel, C., Wells, G. A., Bouter, L., M., Kristjansson, E., Grimshaw, J., Henry, D. A., Boers, M. (2009) "AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews". *Journal of Clinical Epidemiology* 62(10): 1013-1020  
[http://amstar.ca/Amstar\\_Checklist.php](http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php)

Tassé, J. M., Sabourin, G., Garcin, N., Lecavalier, L. (2010) Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science* 42(1) : 62-69

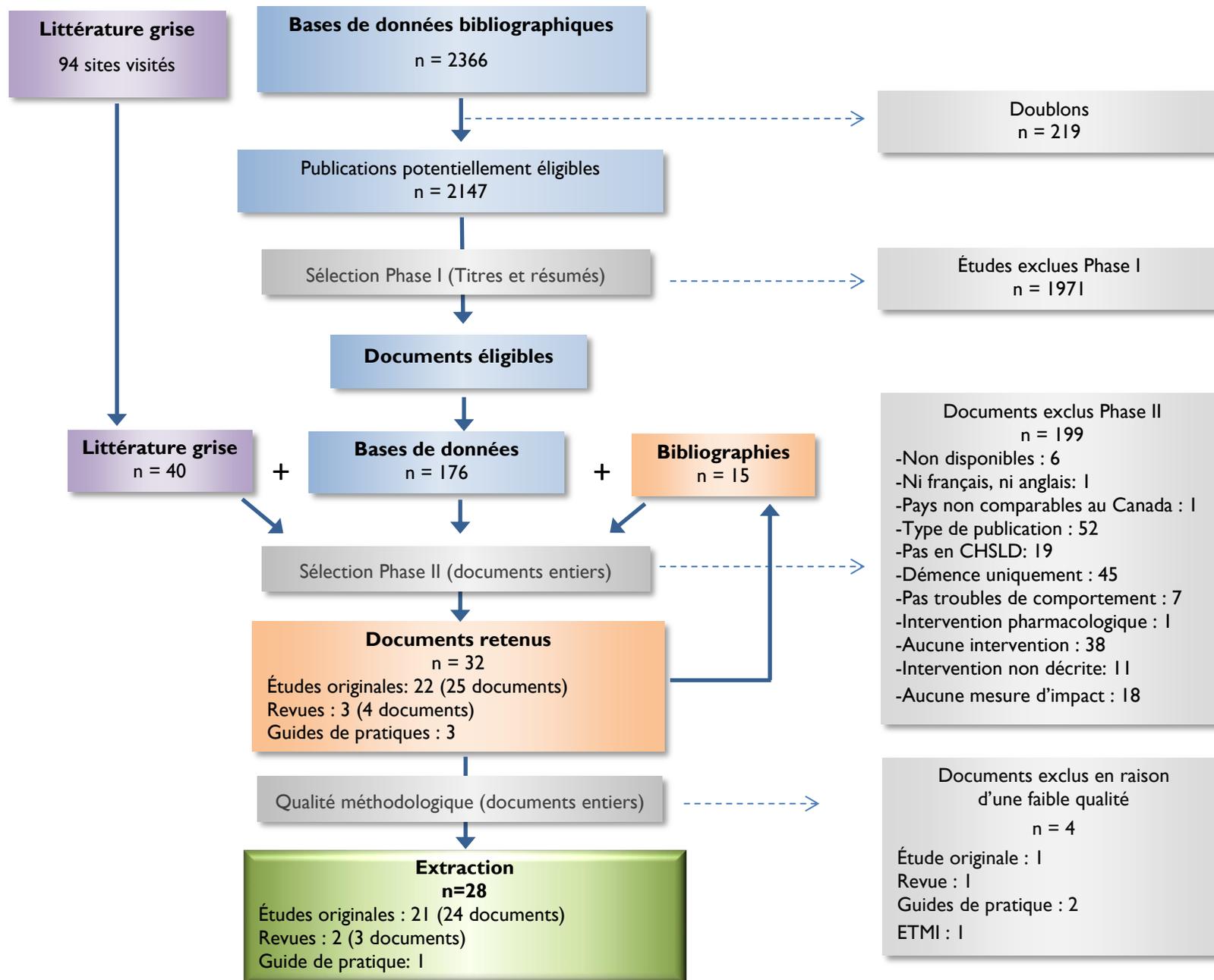
Villeneuve, J. (2002) Guide pour l'aménagement des unités prothétiques fermées en CHSLD. *Objectif Prévention* 25(3): 6 [www.asstsas.qc.ca](http://www.asstsas.qc.ca)

Voyer, P. Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Aide-mémoire à la prise de décision. Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 03; Québec : 2009.

Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G.M., Desrosiers, J., Champoux, N., Bédard, A. (2005) Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5: 13 doi: 10.1186/1471-2318-5-13

Ylvisaker, M. & Feeney, T.J. (1998). *Collaborative Brain Injury Intervention: Positive Everyday Routines*. Thomson Delmar Learning Ed.

Annexe I. Sélection des documents



## Annexe 2 : Extraction des études originales issues de la littérature

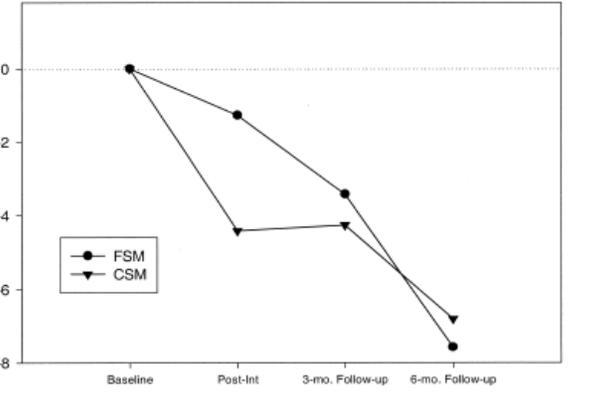
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																												
<b>Alamgir</b> Canada 2009	Évaluer l'impact de l'implantation de lève-personne dans des établissements de soins de longue durée et de soins aigus sur des indicateurs de qualité de soins  Étude observationnelle analytique  73%  III	12 établissements de soins de longue durée et 7 établissements de soins aigus.  Utilisation de lève-personne pour déplacer les résidents/patients	À partir de banques de données, taux / 100 résidents (ou patients)  Soins longue durée : -Ulcères de pression -Agression envers les soignants -Infection urinaire -Incontinence  Soins aigus : -Chutes  Par année et par le nombre cumulatif de lits munis d'un lève-personne/100 lits	Risque d'agression selon le nb cumulatif de lits munis de lève-personne dans les établissements de longue durée:  <table border="1" data-bbox="909 446 1457 678"> <thead> <tr> <th>Nb cumulatif de lève personne /100 lits</th> <th>RR ajusté*</th> <th>IC 95%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1.0 (réf)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0.88-10.1</td> <td>1.15</td> <td>0.76-1.74</td> </tr> <tr> <td>10.5-47.1</td> <td>1.19</td> <td>0.85-1.66</td> </tr> </tbody> </table> *Risque relatif (RR) ajusté pour l'augmentation de la proportion de lits équipés de lève personne; IC : intervalle de confiance.	Nb cumulatif de lève personne /100 lits	RR ajusté*	IC 95%	0	1.0 (réf)		0.88-10.1	1.15	0.76-1.74	10.5-47.1	1.19	0.85-1.66	Dans les établissements de longue durée, aucune relation entre le taux d'agression et le taux cumulatif de lits munis de lève-personne.																
Nb cumulatif de lève personne /100 lits	RR ajusté*	IC 95%																															
0	1.0 (réf)																																
0.88-10.1	1.15	0.76-1.74																															
10.5-47.1	1.19	0.85-1.66																															
<b>Arco</b> Australie 2006	1. Évaluer les effets d'évaluations rétroactives auprès des intervenants qui ont suivi un programme de formation conventionnel  2. Vérifier le maintien de la performance après la cessation des évaluations rétroactives  Étude observationnelle à niveaux de base multiples  94%  III	4 intervenants et une résidente présentant des problèmes de comportement verbaux au moment des repas (ex. accusations, remarques dérogatoires et sarcastiques, conversations inappropriées, refus de manger en présence des autres résidents)  Programme de formation conventionnel 3 ateliers de groupe 1x 2h/sem, 3 sem.  1) Changements cognitifs et de comportements liés au vieillissement; Environnement et relations intervenant-	Périodes d'observation de 60 à 90 min (moments des repas) pendant 26 semaines, 0 à 2 observations/sem, lundi au vendredi T1 : après ateliers T2 : pendant les 5 semaines d'évaluations rétroactives T3 : de 5 à 16 semaines après arrêt des évaluations rétroactives  Mesures : - % de conséquences positives et négatives suite à une action de l'intervenant - % de comportements appropriés et non-appropriés de la résidente	<table border="1" data-bbox="909 841 1461 1143"> <thead> <tr> <th></th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>Comportement de l'intervenant</b></td> </tr> <tr> <td>% conséquences positives</td> <td>5-17</td> <td>45-100</td> <td>95-100</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Comportements de la résidente</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nombre moyen</td> </tr> <tr> <td>Appropriés</td> <td>5-6</td> <td>5-7</td> <td>6-10</td> </tr> <tr> <td>Non-appropriés</td> <td>3-10</td> <td>1</td> <td>0-1</td> </tr> </tbody> </table> Tous les intervenants ont rapporté : - meilleure capacité pour faire face aux problèmes de comportement; - satisfaction des buts, des principes et des procédures, de la qualité de la formation et du support; - augmentation des connaissances; - motivation à continuer.		T1	T2	T3	<b>Comportement de l'intervenant</b>				% conséquences positives	5-17	45-100	95-100	<b>Comportements de la résidente</b>				Nombre moyen				Appropriés	5-6	5-7	6-10	Non-appropriés	3-10	1	0-1	L'évaluation rétroactive suite au programme de formation conventionnel est associée à l'amélioration et au maintien des performances des intervenants et à une amélioration du comportement de la résidente.  Les procédures se sont montrées efficaces et acceptables.
	T1	T2	T3																														
<b>Comportement de l'intervenant</b>																																	
% conséquences positives	5-17	45-100	95-100																														
<b>Comportements de la résidente</b>																																	
Nombre moyen																																	
Appropriés	5-6	5-7	6-10																														
Non-appropriés	3-10	1	0-1																														

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																						
		patient. 2) Principes de base et pratiques pour gérer les problèmes de comportement. 3) Réalisation d'un plan de support avec consultation des intervenants. <b>Évaluation rétroactive</b> Observateur rapporte à l'intervenant les taux de comportements positifs et négatifs à la fin de chaque séance d'observation	- Questionnaire de validation sociale 4 sem avant la fin de l'étude																								
<b>Balderston</b> États-Unis 1990	Présenter comment les données d'incident sont utilisées pour concevoir des interventions visant à réduire le nombre d'agressions chez les patients gériatriques  Étude observationnelle  55 %  III	<b>Centre médical des vétérans</b> (770 lits; large population gériatrique)  <b>Collecte systématique et révision des données sur les incidents d'agression</b> entre résidents et envers le personnel depuis 1986.	Données sur les incidents d'agressions de l'année fiscale 1987	245/603 agressions dans unités de soins de longue durée hébergeant 244 patients avec des problèmes médicaux chroniques et fonctionnels ou mentaux. <b>Moment des incidents</b> : heure des repas à la cafétéria; fin de journée <b>Lieu des incidents</b> : 53% dans les aires de vie <b>Comportement agressif à répétition</b> : 41 individus (majorité sans démence) responsables de 154 incidents  <table border="1" data-bbox="909 966 1711 1417"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Intervention</th> <th colspan="2">Nombre d'incidents</th> <th rowspan="2">Différence</th> </tr> <tr> <th>Avant Oct. 1986- mars 1987</th> <th>Après Avril 1987- sept 1987</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moment de l'incident</td> <td>Repas des résidents impliqués dans les incidents servis dans l'unité; Sieste pour résidents démontrant agressivité</td> <td>91</td> <td>63</td> <td>- 31%</td> </tr> <tr> <td>Lieux des incidents</td> <td>Regroupement des patients dans la pièce selon leur état fonctionnel;</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>- 57%</td> </tr> <tr> <td>Patients avec comportement agressif à répétition</td> <td>Transfert dans une autre unité</td> <td>154</td> <td>80</td> <td>-51%</td> </tr> </tbody> </table>		Intervention	Nombre d'incidents		Différence	Avant Oct. 1986- mars 1987	Après Avril 1987- sept 1987	Moment de l'incident	Repas des résidents impliqués dans les incidents servis dans l'unité; Sieste pour résidents démontrant agressivité	91	63	- 31%	Lieux des incidents	Regroupement des patients dans la pièce selon leur état fonctionnel;	ND	ND	- 57%	Patients avec comportement agressif à répétition	Transfert dans une autre unité	154	80	-51%	Important de déterminer le lieu et le moment des agressions dans le développement et l'implantation des interventions.  Bien appliquées, ces interventions aident à diminuer l'incidence d'agression par les patients gériatriques.
	Intervention	Nombre d'incidents		Différence																							
		Avant Oct. 1986- mars 1987	Après Avril 1987- sept 1987																								
Moment de l'incident	Repas des résidents impliqués dans les incidents servis dans l'unité; Sieste pour résidents démontrant agressivité	91	63	- 31%																							
Lieux des incidents	Regroupement des patients dans la pièce selon leur état fonctionnel;	ND	ND	- 57%																							
Patients avec comportement agressif à répétition	Transfert dans une autre unité	154	80	-51%																							

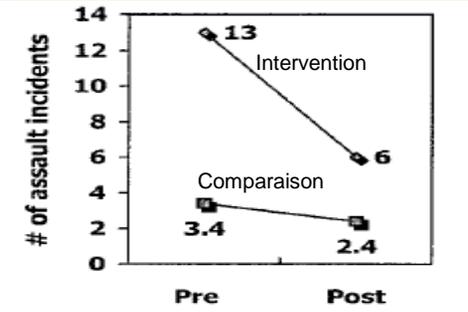
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
<p><b>Block</b> États-Unis 1987</p>	<p>Démontrer l'impact d'offrir des bases en thérapie comportementale ainsi qu'une formation aux préposés aux bénéficiaires (PAB) œuvrant en CHSLD pour mieux intervenir auprès de résidents démontrant des comportements agressifs.</p> <p><b>Étude de cas</b></p> <p><b>50 %</b></p> <p><b>IV</b></p>	<p><b>4 préposés aux bénéficiaires;</b> <b>2 cas de troubles de comportement dont 1 sans diagnostic de démence</b></p> <p>Dans un CHSLD de 40 lits</p> <p><b>Formation</b> de 1h introduisant les principes de base de la thérapie comportementale;</p> <p>Choix de 2 résidents présentant des troubles de comportement importants</p> <p><b>Travail avec les consultants (2 h)</b> -identification des comportements problématiques, leurs antécédents et les conséquences -identification des interventions les plus appropriées; -Observation pré et post intervention; -Rétroaction auprès des PAB</p>	<p>Fréquence des comportements négatifs et positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 semaines avant l'intervention;</li> <li>- Période d'intervention de 4 semaines;</li> <li>- Suivi de 2 semaines (arrêt des rétroactions auprès des PAB)</li> </ul>	<p>Patient de 78 ans souffrant d'angine, d'arythmie cardiaque et de vertiges, accident vasculaire cérébrale; Ne peut se déplacer en raison de sa condition physique; Comportements violents issus de la frustration liée à sa condition, particulièrement lors des soins du matin.</p> <p><b>Intervention basé sur les résultats de l'observation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appeler le patient par son prénom;</li> <li>- Établir un contact physique;</li> <li>- Inviter le patient à participer aux soins du matin (rôle mineur)</li> <li>- Encourager les comportements positifs du résident;</li> <li>- Ignorer les comportements négatifs.</li> </ul> <p><b>RÉSULTATS</b></p> <p><b>Comportements positifs : +17%</b> <b>Comportements négatifs : -58%</b></p>	<p>Les résultats suggèrent que les PAB ont compris les principes de base de la thérapie comportementale, ont été capables de participer à l'élaboration des interventions et ont appliqué les techniques apprises.</p> <p>Un tel type de programme auprès des PAB permettrait de développer leurs compétences et leurs habiletés auprès des résidents présentant des troubles de comportement.</p>

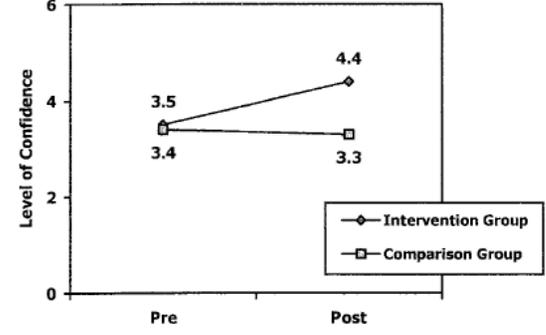
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
Boyd Canada 2004, 2009	<p>Évaluer l'impact de programmes d'intervention basés sur l'éducation et la formation du personnel, le changement des politiques et procédures, ainsi que le travail en équipe sur les effets négatifs associés aux incidents d'agression en CHSLD,</p> <p><b>Étude de cas</b></p> <p><b>55 %</b></p> <p><b>IV</b></p>	<p><b>5 établissements de soins de longue durée :</b></p> <p><b>1)</b> Eastside Lodge (100 lits); <b>2)</b> Southside Care Home (150 lits); <b>3)</b> Island Lodge (100 lits); <b>4)</b> Westside Place (75 lits) et <b>5)</b> Valley Care Home (75 lits).</p> <p><b>Programmes d'intervention spécifiques aux problèmes observés à chacun des sites et basés sur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'éducation et la formation;</li> <li>- les politiques et les procédures;</li> <li>- sur le travail d'équipe.</li> </ul> <p><b>Projet de 3 ans :</b></p> <p><b>1<sup>ère</sup> année:</b> création d'équipes de projet locales (~ 12 personnes) et évaluation de la situation dans chacun des établissements;</p> <p><b>2<sup>e</sup> année :</b> implantation des programmes d'intervention établis par l'équipe de projet;</p> <p><b>3<sup>e</sup> année :</b> évaluation de l'impact sur les troubles de comportement.</p>	<p>À chacun des établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Analyse des rapports d'incidents, des réclamations et des données concernant les congés de maladie;</li> <li>-Entrevues individuelles auprès d'un groupe représentatif de 10 employés et</li> <li>-5 à 8 groupes de discussion de 8 employés</li> </ul> <p>sur les changements qui pourraient être fait pour réduire les agressions.</p> <p><i>Job Satisfaction Survey</i>, un instrument validé permettant de mesurer la satisfaction au travail</p> <p><i>Risk Assessment Questionnaire</i> et <i>Employee Survey</i>, développés par l'équipe de recherche afin de mesurer les risques d'agression par les résidents.</p> <p>Mesures 2 ans avant et 1 an après l'implantation des changements</p>	<p><b>Incident reports 1999-2003</b></p> <p>↓ = Implantation du programme</p> <p>Diversité des programmes qui sont en fonction des besoins de chacun des établissements.</p> <p><b>Nombre d'agression :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution dans les sites <i>Eastside Lodge</i>, <i>Southside care</i> et <i>Valley Care home</i>;</li> <li>- Augmentation au site <i>Island Lodge</i> (attribué à une plus grande déclaration des incidents);</li> <li>- Aucun impact à <i>Westside Place</i> (peu d'incidents d'agression avant même l'implantation du programme)</li> </ul> <p><b>Dans tous les sites :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de la satisfaction au travail</li> <li>- Diminution des risques d'agression par les résidents</li> <li>- Amélioration de la déclaration d'incidents</li> </ul>	<p>Dans tous les sites, le projet a permis d'améliorer les connaissances, la déclaration d'incidents, la satisfaction au travail et de réduire les risques de blessures et d'agression.</p> <p>Il est primordial que ces améliorations perdurent et que d'autres CHSLD puissent profiter des opportunités qui ont été offertes aux 5 sites étudiés.</p> <p>Le coût de ces interventions avoisine 15 000\$ par site, par année</p> <p>Ce modèle requiert une mise à jour continue (recueillir et évaluer l'information, implanter des changements et retourner au début du processus pour évaluer l'impact des changements)</p>

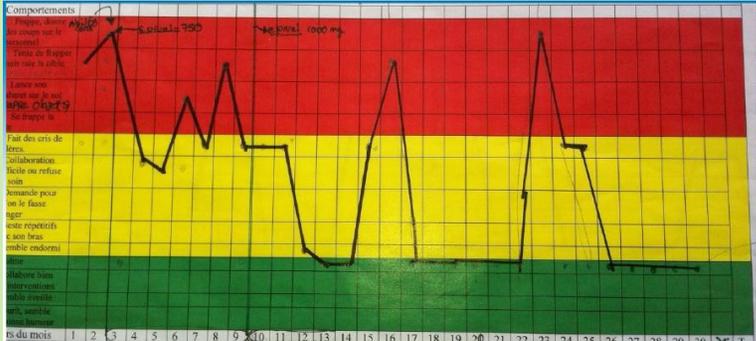
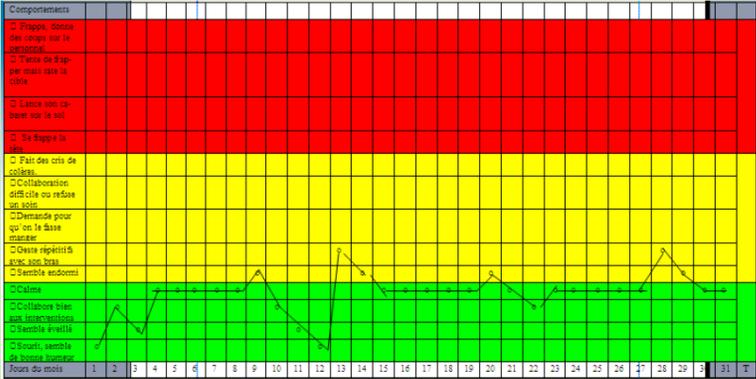
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																															
<p><b>Buckwalter</b> États-Unis 1988</p>	<p>Décrire les changements comportementaux survenus auprès de personnes institutionnalisées qui souffrent d'aphasie et de dyspraxie qui participent à une intervention collaborative soins-infirmiers /orthophonistes qui vise à remédier à leurs déficits de communication.</p> <p><b>Étude quasi-expérimentale</b></p> <p><b>77%</b> <b>IIb</b></p>	<p><b>23 résidents aphasiques</b> d'une unité de soins de longue durée d'un centre médical pour vétérans.</p> <p>Diagnostics primaires : accident cérébral vasculaire, syndrome cérébral organique ou traumatisme crânien.</p> <p><b>Thérapie collaborative soins infirmiers /orthophonie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement par l'orthophoniste d'un programme de thérapie individualisé <i>Speech therapy enhancement programs</i> (STEP);</li> <li>- Implantation par le personnel infirmier* (Attention systématique)</li> </ul> <p>10 min/jour pendant les soins usuels, sur les quarts de travail jour, soir, nuit.</p> <p>*formation aux principes de la communication thérapeutique et du développement d'un environnement de soin thérapeutique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tests linguistiques (BDAE, AIDS, LAST)</li> <li>- Satisfaction du personnel infirmier</li> <li>Satisfaction des patients</li> </ul> <p><i>Goal Attainment Scaling</i> (GAS) :</p> <p><b>-Comportements inappropriés :</b> violence, auto-destruction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apparence personnelle</li> <li>-relations interpersonnelles</li> <li>-socialisation</li> <li>-comportements dépressifs</li> </ul> <p>Mesure sur une période de 2 ans :</p> <table border="1" data-bbox="667 938 882 1409"> <tr><td colspan="2">Baseline</td></tr> <tr><td colspan="2">Phase I (12 mois)</td></tr> <tr><td>STEP 1</td><td>3 mois</td></tr> <tr><td>Contrôle I</td><td>3 mois</td></tr> <tr><td>Attention systématique</td><td>3 mois</td></tr> <tr><td>STEP 2</td><td>3 mois</td></tr> <tr><td>Contrôle 2</td><td>3 mois</td></tr> <tr><td colspan="2">Phase II (12 mois)</td></tr> </table>	Baseline		Phase I (12 mois)		STEP 1	3 mois	Contrôle I	3 mois	Attention systématique	3 mois	STEP 2	3 mois	Contrôle 2	3 mois	Phase II (12 mois)		<p>Scores GAS :</p> <p>Échelle: 0 (moins favorable) à 4 (succès)</p> <table border="1" data-bbox="991 393 1549 734"> <thead> <tr> <th></th> <th>Moyenne (période)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Baseline</td><td>2.72</td></tr> <tr><td>STEP 1</td><td>2.90</td></tr> <tr><td>Contrôle I</td><td>2.99</td></tr> <tr><td><b>Attention systématique</b></td><td><b>3.235</b></td></tr> <tr><td>STEP 2</td><td>3.00</td></tr> <tr><td>Contrôle 2</td><td>3.12</td></tr> </tbody> </table> <p>Scores plus élevés lors de la période d'attention soutenue.</p> <table border="1" data-bbox="991 802 1549 1078"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Atteinte des objectifs</th> </tr> <tr> <th>moyenne</th> <th>déviatoin standard</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Activité vie quotidienne</td><td>2.92</td><td>0.198</td></tr> <tr><td><b>Comportement</b></td><td><b>3.07</b></td><td>0.30</td></tr> <tr><td>Orientation</td><td>2.86</td><td>0.63</td></tr> <tr><td><b>Socialisation</b></td><td><b>3.09</b></td><td>0.43</td></tr> </tbody> </table> <p>Impact le plus élevé pour comportement et socialisation.</p>		Moyenne (période)	Baseline	2.72	STEP 1	2.90	Contrôle I	2.99	<b>Attention systématique</b>	<b>3.235</b>	STEP 2	3.00	Contrôle 2	3.12		Atteinte des objectifs		moyenne	déviatoin standard	Activité vie quotidienne	2.92	0.198	<b>Comportement</b>	<b>3.07</b>	0.30	Orientation	2.86	0.63	<b>Socialisation</b>	<b>3.09</b>	0.43	<p>La mise en place de périodes dédiées d'interaction avec le personnel infirmier pourrait être un bon moyen d'interrompre le processus défavorable de retrait des résidents ayant un problème de communication.</p> <p>Des études similaires doivent être réalisées dans différents milieux avec un échantillon plus grand et plus homogène de participants afin de valider ces résultats.</p>
Baseline																																																				
Phase I (12 mois)																																																				
STEP 1	3 mois																																																			
Contrôle I	3 mois																																																			
Attention systématique	3 mois																																																			
STEP 2	3 mois																																																			
Contrôle 2	3 mois																																																			
Phase II (12 mois)																																																				
	Moyenne (période)																																																			
Baseline	2.72																																																			
STEP 1	2.90																																																			
Contrôle I	2.99																																																			
<b>Attention systématique</b>	<b>3.235</b>																																																			
STEP 2	3.00																																																			
Contrôle 2	3.12																																																			
	Atteinte des objectifs																																																			
	moyenne	déviatoin standard																																																		
Activité vie quotidienne	2.92	0.198																																																		
<b>Comportement</b>	<b>3.07</b>	0.30																																																		
Orientation	2.86	0.63																																																		
<b>Socialisation</b>	<b>3.09</b>	0.43																																																		

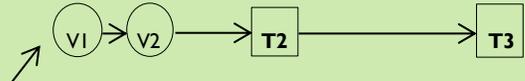
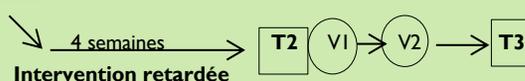
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																												
<p><b>Burgio</b> États-Unis 2002</p>	<p>Évaluer l'efficacité sur l'agitation des résidents d'un programme de formation sur la gestion des comportements et d'un système de motivation auprès d'assistantes infirmières certifiées (CNA).</p> <p><b>Essai contrôlé randomisé</b></p> <p><b>92%</b></p> <p><b>Ib</b></p>	<p><b>10 unités de soins de 2 centres de soins de longue durée :</b></p> <p><b>- 79 résidents avec troubles de comportement</b> (moy. 80 ans) 13% sans démence</p> <p><b>- 85 CNA</b></p> <p><b>Programme de formation</b> théorique et pratique sur la gestion du comportement (4 semaines)</p> <p><b>+ Système de motivation</b> avec évaluation, feedback et incitatifs (FSM)</p> <p><b>46 CNA</b> <b>47 résidents</b> ou Supervision de routine (CSM)</p> <p><b>39 CNA</b> <b>32 résidents</b></p>	<p><u>Observation des compétences des CNA</u></p> <p>- BMSC (<i>Behavior Management Skills Checklist</i>)</p> <p><u>Observation des problèmes de comportement :</u></p> <p>- CMAI (<i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory</i>)</p> <p>- CABOS (<i>Computer-assisted behavioral observation Systems</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseline</li> <li>• Après formation (4 sem)</li> <li>• Suivi à 3 mois</li> <li>• Suivi à 6 mois</li> </ul>	<p><b>Gestion du comportement par les CNA (événement/session)</b></p> <table border="1" data-bbox="911 337 1629 651"> <thead> <tr> <th></th> <th>Baseline</th> <th>post-formation (4 sem)</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Stratégies efficaces</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FSM</td> <td>0.61</td> <td>0.69</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CSM</td> <td>0.65</td> <td>0.74</td> <td>.08</td> </tr> <tr> <td><b>Stratégies inefficaces</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FSM</td> <td>0.20</td> <td>0.099</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CSM</td> <td>0.14</td> <td>0.090</td> <td>.03</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Changement du % de l'observation de comportements agités chez les résidents</b></p> 		Baseline	post-formation (4 sem)	P	<b>Stratégies efficaces</b>				FSM	0.61	0.69		CSM	0.65	0.74	.08	<b>Stratégies inefficaces</b>				FSM	0.20	0.099		CSM	0.14	0.090	.03	<p>La formation des CNA a amélioré les capacités de gestion de comportements et a permis de réduire l'agitation des résidents de façon soutenue.</p> <p>Le système de motivation a été plus efficace pour le maintien des capacités 6 mois après la formation.</p>
	Baseline	post-formation (4 sem)	P																														
<b>Stratégies efficaces</b>																																	
FSM	0.61	0.69																															
CSM	0.65	0.74	.08																														
<b>Stratégies inefficaces</b>																																	
FSM	0.20	0.099																															
CSM	0.14	0.090	.03																														

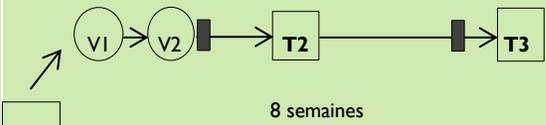
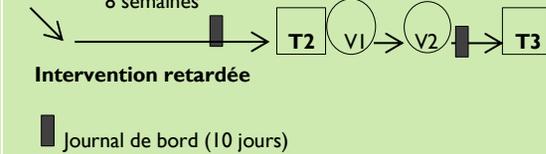
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
Engst Canada 2004	Évaluer l'impact d'un programme d'accompagnement des résidents à la toilette sur les risques de blessures du personnel de soins et sur l'agitation ou les comportements agressifs des résidents.  Étude quasi-expérimentale avec groupe contrôle  55%  IIb	Deux unités de 75 lits dans un même établissement en soins de longue durée :  Sélection des résidents dans l'unité intervention en fonction de leur statut de continence.  <u>Unité intervention :</u> 34 résidents 32 intervenants  <u>Unité contrôle :</u> 28 résidents 17 intervenants  Programme individualisé de cédule d'accompagnement à la toilette : - affichage des horaires personnalisés selon le statut de continence du résident. - Assistance d'une équipe interdisciplinaire pour la manipulation des résidents, la révision de la médication, de l'alimentation et de l'hydratation.  Tous les participants (intervention et contrôle) ont reçu de l'éducation sur l'identification des comportements agités dans le cadre d'un autre programme	<b>Cohen-Mansfield Agitation Inventory :</b> Grille évaluant le niveau d'agitation des résidents  <b>Resident agitation checklist :</b> Grille mesurant l'agitation des résidents perçue par les intervenants  <b>Mesure du risque d'accident musculosquelettiques chez les intervenants :</b> - Évaluation de la charge de travail; - Rapports d'incidents - questionnaire 8 mois avant et 8 mois après la période d'intervention  Formation  Le programme a permis de réduire les troubles de comportement verbaux et émotionnels mais n'a démontré aucun effet sur les troubles de comportement physiques.	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;"> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>Non significatif</b></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;"> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>Non significatif</b></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="width: 45%;"> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p><b>Différence pré-post significative seulement pour les comportements émotionnels</b></p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px; text-align: center;"> <span>■ Comparison</span>    <span>◆ Intervention</span> </div> </div>	Le programme d'accompagnement à la toilette a permis de réduire les comportements d'agitation verbale et émotionnelle.  Aucun effet n'est observé sur les comportements d'agitation physique.  La diminution des blessures musculosquelettiques chez le personnel ne serait pas attribuable au programme d'accompagnement à la toilette, mais : 1) à l'intégration des lève-personnes; 2) à la formation des intervenants

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																																
				<p><b>Comparaison des tendances pré- et post dans les deux unités</b></p> <table border="1" data-bbox="909 329 1734 699"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Comportements</th> <th colspan="2">Pré- intervention</th> <th colspan="2">post-intervention</th> <th rowspan="2">p</th> </tr> <tr> <th>Score moyen</th> <th>Écart-type</th> <th>Score moyen</th> <th>Écart-type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Physiques</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unité intervention</td> <td>1.45</td> <td>0.501</td> <td>1.36</td> <td>0.484</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unité contrôle</td> <td>1.3</td> <td>0.462</td> <td>1.48</td> <td>0.648</td> <td><b>.032</b></td> </tr> <tr> <td><b>Verbaux</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unité intervention</td> <td>1.7</td> <td>0.939</td> <td>1.61</td> <td>0.929</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unité contrôle</td> <td>1.24</td> <td>0.323</td> <td>1.5</td> <td>0.546</td> <td><b>.023</b></td> </tr> <tr> <td><b>Émotionnels</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unité intervention</td> <td>1.58</td> <td>0.71</td> <td>1.45</td> <td>0.623</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unité contrôle</td> <td>1.27</td> <td>0.476</td> <td>1.43</td> <td>0.475</td> <td>.143</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Tendances différentes entre les deux unités pour les comportements physiques et verbaux avec légère diminution dans l'unité intervention par rapport à une légère augmentation dans l'unité contrôle.</b></p> <p>68% des intervenants dans l'unité intervention considèrent que le programme a entraîné une diminution de l'agitation des résidents</p> <p>Le nombre de blessures musculosquelettiques attribuables à l'agressivité des résidents a diminué de 47% après l'intervention; cependant une diminution pré- post de 67% est observé dans le groupe contrôle.</p>	Comportements	Pré- intervention		post-intervention		p	Score moyen	Écart-type	Score moyen	Écart-type	<b>Physiques</b>						Unité intervention	1.45	0.501	1.36	0.484		Unité contrôle	1.3	0.462	1.48	0.648	<b>.032</b>	<b>Verbaux</b>						Unité intervention	1.7	0.939	1.61	0.929		Unité contrôle	1.24	0.323	1.5	0.546	<b>.023</b>	<b>Émotionnels</b>						Unité intervention	1.58	0.71	1.45	0.623		Unité contrôle	1.27	0.476	1.43	0.475	.143	
Comportements	Pré- intervention		post-intervention			p																																																															
	Score moyen	Écart-type	Score moyen	Écart-type																																																																	
<b>Physiques</b>																																																																					
Unité intervention	1.45	0.501	1.36	0.484																																																																	
Unité contrôle	1.3	0.462	1.48	0.648	<b>.032</b>																																																																
<b>Verbaux</b>																																																																					
Unité intervention	1.7	0.939	1.61	0.929																																																																	
Unité contrôle	1.24	0.323	1.5	0.546	<b>.023</b>																																																																
<b>Émotionnels</b>																																																																					
Unité intervention	1.58	0.71	1.45	0.623																																																																	
Unité contrôle	1.27	0.476	1.43	0.475	.143																																																																
<b>Fitzwater</b> États-Unis 2002	Tester l'efficacité d'une intervention éducative pour diminuer la violence envers les infirmières auxiliaires (CNA) dans les établissements de soins de longue durée.  Étude quasi-expérimentale Avant-après  <b>71%</b>  <b>IIb</b>	<b>2 centres d'hébergement</b> (100 et 120 lits) sélectionnés et assignés au hasard.  <b>20 CNA volontaires</b> (10 dans chacun des centres)  * 45 à 60% des résidents ont un diagnostic de démence.  <b>Intervention éducative :</b> 2 ateliers de 2h sur prévention de la violence (infirmière en psychiatrie) :  - définitions violence et agressions;	Registre des agressions (données auto-rapportées).  Liste de prévention de la violence (12 items)  Mesures au cours des 2 semaines avant et des 2 semaines après l'intervention.	 <p>Différence significative du nombre d'incidents de violence <b>p=.02</b></p>	Les résultats de cette étude supportent le concept selon lequel les méthodes d'enseignement et d'apprentissage sont des stratégies efficaces pour améliorer les compétences des CNA pour prévenir et gérer les comportements agressifs des résidents.																																																																

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur									
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- causes des comportements violents;</li> <li>- techniques de communication efficace;</li> <li>- signes et symptômes de violence imminente;</li> <li>- sécurité des patients et des intervenants.</li> </ul> jeux de rôle, simulation, discussion, exposés, démonstrations.		 <table border="1" data-bbox="919 321 1465 656"> <caption>Level of Confidence Data</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervention Group</td> <td>3.5</td> <td>4.4</td> </tr> <tr> <td>Comparison Group</td> <td>3.4</td> <td>3.3</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="1503 363 1675 526">Différence significative de la confiance des CNA pour prévenir la violence des résidents</p> <p data-bbox="1503 558 1575 584"><b>p=.005</b></p>	Group	Pre	Post	Intervention Group	3.5	4.4	Comparison Group	3.4	3.3	
Group	Pre	Post												
Intervention Group	3.5	4.4												
Comparison Group	3.4	3.3												
<b>Gagnon</b> Canada 2009	1-Décrire l'intervention de l'équipe de soutien en hébergement; 2-Évaluer l'atteinte des principaux objectifs que s'est fixé l'équipe de soutien; 3-Évaluer la capacité de l'équipe de soutien à mener son intervention et atteindre ses objectifs. <b>Étude observationnelle descriptive</b>  65%  III	<b>6 chefs d'unité</b>  <b>7 intervenants</b> (infirmières et préposés)  <b>Équipe de soutien en hébergement</b> dont le but est de soutenir les gestionnaires et les équipes de soins pour résoudre les conflits et surmonter les difficultés engendrées par les troubles de comportement - analyse de la situation; - développement d'un protocole d'intervention; - accompagnement dans la mise en application du protocole; - soutien dans l'appropriation des habiletés nécessaires.	Entrevues de groupe avec les membres de l'équipe de soutien;  Entrevues individuelles avec les chefs d'unités et les intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse de la tension individuelle;</li> <li>- Meilleure compréhension de la situation;</li> <li>- Dépersonnalisation du problème;</li> <li>- Renforcement du sentiment de faire équipe;</li> <li>- Diminution de la charge de travail et des tensions dans l'équipe de travail;</li> <li>- Amélioration des situations;</li> <li>- Satisfaction face à la démarche.</li> </ul>	Bilan très positif de l'équipe de soutien.  Grande satisfaction des intervenants et désir de maintien de ce service.  Recommandations de maintenir l'équipe de soutien et de l'améliorer en apportant certains changements.									

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
		Membres de l'équipe de soutien (travailleuse sociale, psychologue et un membre de la direction de l'hébergement)			
<p><b>Harton</b> Canada 2012</p>	<p>Évaluation de l'impact du programme P.A.C.T.E.S. (Programme Action Créatif Transitoire d'Éducation Socioneuropsychologique sur les troubles de comportement</p> <p>Le patient partenaire et décideur</p> <p><b>Étude de cas</b></p> <p><b>55%</b></p> <p><b>IV</b></p>	<p><b>Homme</b> ~50 ans <b>agressivité verbale et physique</b>, schizophrénie, troubles cognitifs et épilepsie, déficience physique.</p> <p><b>Unité La Clé des champs</b> : Unité spécialisée en milieu ouvert dans un centre d'hébergement comptant 26 résidents ayant des difficultés d'autocontrôle de l'humeur et du comportement et des déficits cognitifs associés à une maladie neurologique (sans démence)</p> <p><b>Projet de vie significatif</b> : Le résident anime une rencontre interdisciplinaire concernant son projet d'avoir un oiseau.</p> <p><b>Approche positive et de collaboration</b></p>	<p>Nombre de comportements d'agressivité</p>	<p><b>Avant le plan d'intervention (septembre 2011)</b>: 4 à 6 comportements d'agressivité physique</p>  <p><b>Après le plan d'intervention (avril 2012)</b> : aucun comportement d'agressivité</p> 	<p>Le modèle P.A.C.T.E.S. a conduit à une autorégulation de l'humeur et du comportement du résident grâce à toute la place qui lui est laissée. Autodétermination du résident à travers son projet de vie</p>

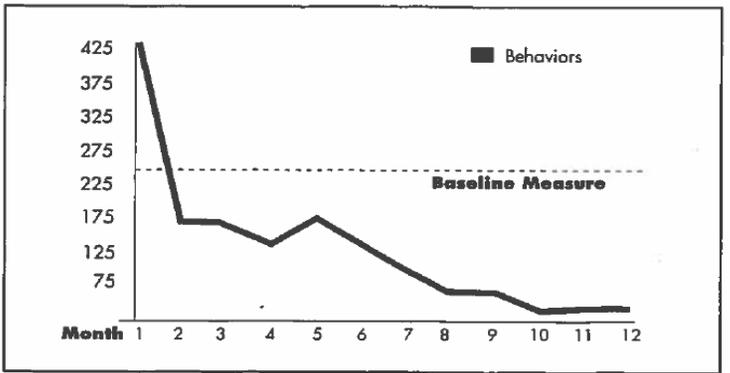
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																	
<p><b>Irvine</b> États-Unis 2007, 2012 a et b</p>	<p><b>2007 :</b> <b>Évaluer le prototype</b> d'un programme de formation sur internet pour aider les NA (nursing assistant) à réduire les comportements agressifs des résidents.</p> <p><b>Étude contrôlée randomisée</b></p> <p><b>83 %</b></p> <p><b>Ib</b></p> <p><b>2012 :</b> <b>Évaluer un programme</b> de formation sur internet pour les aides infirmières (nursing aides, NA) sur les stratégies concernant les comportements agressifs des</p>	<p>Recrutement via internet et annonces de journaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel travaillant auprès des résidents;</li> <li>- Niveau de confiance faible à moyen pour gérer des situations d'agression;</li> <li>- Niveau de formation faible à modéré concernant la gestion des agressions.</li> </ul> <p><b>62 CNA et NA</b></p> <p><b>Intervention : 34</b></p> <p><b>Contrôle : 28</b></p> <p><b>Formation sur internet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cours sur la gestion des agressions et l'approche de soins centrés sur la personne ;</li> <li>- Vidéos de mise en situation (VST)</li> </ul> <p><b>Formation sur internet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Série de cours procurée par un narrateur;</li> <li>- Vidéos de mise en situation (VST)</li> </ul> <p>Philosophie « centré sur la personne »; sécurité de l'intervenant et du résident.</p>	<p>Mesures pré-test et post-test en ligne (44 items):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Changement des réponses des participants après visionnement de vidéo d'agressions (9 items);</li> <li>- Attitude face aux réponses spécifiques à différent types d'agressions (13 items);</li> <li>- Auto-efficacité ou confiance de pouvoir répondre aux agressions (11 items);</li> <li>- Intention d'adopter les comportements montrés (11 items).</li> </ul> <p>Entrevue téléphonique avec 11 participants : perception de la valeur de la formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaction des participants à des vidéos de situation (présentés à T2 et T3 seulement):</li> <li>- Confiance en soi, 14 items;</li> <li>- Connaissances, 10 items</li> </ul> <p>Mesures à T2 et T3</p>	<table border="1" data-bbox="913 310 1533 909"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">Scores moyens</th> <th rowspan="2">p</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Pré</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"><b>Connaissances</b></td> <td>vidéos Formation</td> <td>1.62</td> <td>2.62</td> <td rowspan="2"><b>.001</b></td> </tr> <tr> <td>vidéos Contrôle</td> <td>1.71</td> <td>1.93</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>Confiance</b></td> <td>vidéos Formation</td> <td>3.15</td> <td>4.10</td> <td rowspan="2"><b>.001</b></td> </tr> <tr> <td>vidéos Contrôle</td> <td>2.95</td> <td>3.25</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>Attitude</b></td> <td>Formation</td> <td>4.64</td> <td>5.08</td> <td rowspan="2"><b>.001</b></td> </tr> <tr> <td>Contrôle</td> <td>4.61</td> <td>4.53</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>Confiance</b></td> <td>Formation</td> <td>4.92</td> <td>6.07</td> <td rowspan="2"><b>.001</b></td> </tr> <tr> <td>Contrôle</td> <td>4.68</td> <td>4.97</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>Intention</b></td> <td>Formation</td> <td>5.31</td> <td>6.17</td> <td rowspan="2"><b>.001</b></td> </tr> <tr> <td>Contrôle</td> <td>5.13</td> <td>5.39</td> </tr> </tbody> </table> <p>Satisfaction élevée (score moyen de 3.94/5); Programme bien reçu par les utilisateurs.</p> <p><b>Intervention immédiate</b></p>  <p><b>Intervention retardée</b></p> 			Scores moyens		p			Pré	Post	<b>Connaissances</b>	vidéos Formation	1.62	2.62	<b>.001</b>	vidéos Contrôle	1.71	1.93	<b>Confiance</b>	vidéos Formation	3.15	4.10	<b>.001</b>	vidéos Contrôle	2.95	3.25	<b>Attitude</b>	Formation	4.64	5.08	<b>.001</b>	Contrôle	4.61	4.53	<b>Confiance</b>	Formation	4.92	6.07	<b>.001</b>	Contrôle	4.68	4.97	<b>Intention</b>	Formation	5.31	6.17	<b>.001</b>	Contrôle	5.13	5.39	<p>Démonstration de la <b>faisabilité</b> et de l'<b>efficacité</b> d'un programme de formation interactif en ligne;</p> <p>Grand potentiel de cette technologie comme outil de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration individuelle;</li> <li>- Implication minimale du personnel administratif ou de groupes de préposés avec formateurs.</li> </ul> <p>La formation sur internet représente une approche viable pour stimuler des réactions appropriées des intervenants face aux agressions;</p>
		Scores moyens		p																																																		
		Pré	Post																																																			
<b>Connaissances</b>	vidéos Formation	1.62	2.62	<b>.001</b>																																																		
	vidéos Contrôle	1.71	1.93																																																			
<b>Confiance</b>	vidéos Formation	3.15	4.10	<b>.001</b>																																																		
	vidéos Contrôle	2.95	3.25																																																			
<b>Attitude</b>	Formation	4.64	5.08	<b>.001</b>																																																		
	Contrôle	4.61	4.53																																																			
<b>Confiance</b>	Formation	4.92	6.07	<b>.001</b>																																																		
	Contrôle	4.68	4.97																																																			
<b>Intention</b>	Formation	5.31	6.17	<b>.001</b>																																																		
	Contrôle	5.13	5.39																																																			

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																															
<p>résidents (physiques et verbaux) :</p> <p>1) Comportements et communications appropriés</p> <p>2) Connaissances comment réagir;</p> <p>3) Attitudes, confiance et empathie pour les résidents;</p> <p>4) Fréquence rapportée des agressions.</p> <p><b>2012a :</b> <b>Étude randomisée croisée</b> (intervention immédiate vs intervention retardée)</p> <p><b>96%</b></p> <p><b>Ib</b></p>	<p>2 visites à 2 semaines d'intervalle :</p> <p>V1: cours sur les habiletés à développer; Vidéos démontrant les stratégies.</p> <p>V2: cours avancé sur des situations spécifiques; Vidéos de mises en situation.</p> <p><b>159 NA</b></p> <p>recrutement via internet selon critères d'éligibilités (travail avec résident &gt;50 ans; confiance en soi pour gérer agressivité, faible niveau de formation concernant les situations d'agressivité).</p> <p>Randomisation :</p> <p><b>Intervention immédiate: n=80</b></p> <p><b>Intervention retardée : n=79</b></p>	<p>• Effet de la formation</p> <p>-Confiance en soi, 11 items;</p> <p>-Empathie, 4 items;</p> <p>-Attitudes, 5 items;</p> <p>Mesures à T1, T2 et T3</p> <p>• Satisfaction des participants; 14 items.</p>	<table border="1" data-bbox="907 326 1476 703"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">T1-T2*</th> <th colspan="3">T1-T3*</th> </tr> <tr> <th>Int.</th> <th>Cont.</th> <th>p</th> <th>Int.</th> <th>Cont.</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Confiance</b></td> <td>5.78</td> <td>5.30</td> <td><b>&lt;.001</b></td> <td>6.03</td> <td>5.47</td> <td><b>&lt;.001</b></td> </tr> <tr> <td><b>Empathie</b></td> <td>5.78</td> <td>5.54</td> <td><b>.045</b></td> <td>5.68</td> <td>5.45</td> <td><b>.071</b></td> </tr> <tr> <td><b>Attitude</b></td> <td>6.12</td> <td>5.67</td> <td><b>&lt;.001</b></td> <td>6.09</td> <td>5.74</td> <td><b>.002</b></td> </tr> <tr> <td><b>Confiance (vidéo)</b></td> <td>5.44</td> <td>4.91</td> <td><b>.001</b></td> <td>5.59</td> <td>5.19</td> <td><b>.001</b></td> </tr> <tr> <td><b>Connaissances (vidéo)</b></td> <td>0.68</td> <td>0.42</td> <td><b>&lt;.001</b></td> <td>0.71</td> <td>0.46</td> <td><b>&lt;.001</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>*Ajusté pour score pré-intervention</p> <p>Plus le temps passé sur le programme est grand, meilleure sont les scores (relation dose-effet)</p> <p><b>Intervention immédiate</b></p>  <p><b>Intervention retardée</b></p>  <p>■ Journal de bord (10 jours)</p>		T1-T2*			T1-T3*			Int.	Cont.	p	Int.	Cont.	p	<b>Confiance</b>	5.78	5.30	<b>&lt;.001</b>	6.03	5.47	<b>&lt;.001</b>	<b>Empathie</b>	5.78	5.54	<b>.045</b>	5.68	5.45	<b>.071</b>	<b>Attitude</b>	6.12	5.67	<b>&lt;.001</b>	6.09	5.74	<b>.002</b>	<b>Confiance (vidéo)</b>	5.44	4.91	<b>.001</b>	5.59	5.19	<b>.001</b>	<b>Connaissances (vidéo)</b>	0.68	0.42	<b>&lt;.001</b>	0.71	0.46	<b>&lt;.001</b>	<p>Ce format a un potentiel d'application : fidélité de la présentation et documentation automatisée, avec un minimum de supervision.</p>
	T1-T2*				T1-T3*																																															
	Int.	Cont.	p	Int.	Cont.	p																																														
<b>Confiance</b>	5.78	5.30	<b>&lt;.001</b>	6.03	5.47	<b>&lt;.001</b>																																														
<b>Empathie</b>	5.78	5.54	<b>.045</b>	5.68	5.45	<b>.071</b>																																														
<b>Attitude</b>	6.12	5.67	<b>&lt;.001</b>	6.09	5.74	<b>.002</b>																																														
<b>Confiance (vidéo)</b>	5.44	4.91	<b>.001</b>	5.59	5.19	<b>.001</b>																																														
<b>Connaissances (vidéo)</b>	0.68	0.42	<b>&lt;.001</b>	0.71	0.46	<b>&lt;.001</b>																																														

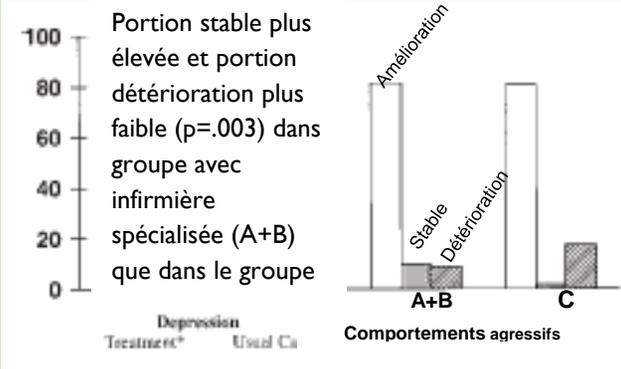
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																							
	2012 b : Essai randomisé à unité de randomisation collective  92%  lb	6 établissements de soins de longue durée  Randomisation des CHSLD  Intervention immédiate : n=3 Intervention retardée : n=3  Recrutement des NA sur une base volontaire dans chaque établissement : Intervention immédiate : n=58 Intervention Retardée : n=45	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentation des agressions dans un Journal de bord sur une période de 10 jours</li> </ul>	<table border="1" data-bbox="909 329 1499 820"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Intervention Immédiate (coefficient)*</th> <th colspan="2">Intervention Retardée (coefficient)*</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>T1-T2</th> <th>p</th> <th>T1-T3</th> <th>p</th> <th>T2-T3</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb incidents /jour</td> <td>-0.01</td> <td>.984</td> <td>-0.51</td> <td><b>.044</b></td> <td>-0.07</td> <td>.513</td> </tr> <tr> <td>Confiance</td> <td>0.07</td> <td>.683</td> <td>0.39</td> <td>.084</td> <td>0.37</td> <td>.105</td> </tr> <tr> <td>Empathie</td> <td>0.23</td> <td>.484</td> <td>0.55</td> <td>.099</td> <td>0.76</td> <td>.193</td> </tr> <tr> <td>Attitude</td> <td>0.52</td> <td>.202</td> <td>1.22</td> <td>.188</td> <td>0.96</td> <td>.164</td> </tr> <tr> <td>Confiance (vidéo)</td> <td>0.47</td> <td>.086</td> <td>0.05</td> <td>.662</td> <td>0.50</td> <td>.121</td> </tr> <tr> <td>Connaissances (vidéo)</td> <td>0.16</td> <td><b>.036</b></td> <td>0.02</td> <td>.667</td> <td>0.21</td> <td><b>&lt;.001</b></td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="909 829 1455 850">* coefficient : changement dans le temps (0=aucun changement)</p> <p data-bbox="909 902 1766 924">Corrélation entre le temps passé sur le programme et les scores post-intervention (effet modeste).</p> <p data-bbox="909 943 1604 964">Les participants considèrent que le programme est un outil de formation valable.</p>		Intervention Immédiate (coefficient)*		Intervention Retardée (coefficient)*				T1-T2	p	T1-T3	p	T2-T3	p	Nb incidents /jour	-0.01	.984	-0.51	<b>.044</b>	-0.07	.513	Confiance	0.07	.683	0.39	.084	0.37	.105	Empathie	0.23	.484	0.55	.099	0.76	.193	Attitude	0.52	.202	1.22	.188	0.96	.164	Confiance (vidéo)	0.47	.086	0.05	.662	0.50	.121	Connaissances (vidéo)	0.16	<b>.036</b>	0.02	.667	0.21	<b>&lt;.001</b>	Diminution significative du nombre d'agression 16 sem après T1 (13 sem après formation) dans groupe intervention immédiate suggérant bénéfice de la formation avec l'acquisition d'expérience;  Les résultats supportent l'efficacité du programme de formation pour diminuer la survenue d'agressions;  Ce type de formation ne nécessite pas de temps de formateurs et offre le potentiel aux intervenants de rafraichir leur formation au besoin.
	Intervention Immédiate (coefficient)*		Intervention Retardée (coefficient)*																																																									
	T1-T2	p	T1-T3	p	T2-T3	p																																																						
Nb incidents /jour	-0.01	.984	-0.51	<b>.044</b>	-0.07	.513																																																						
Confiance	0.07	.683	0.39	.084	0.37	.105																																																						
Empathie	0.23	.484	0.55	.099	0.76	.193																																																						
Attitude	0.52	.202	1.22	.188	0.96	.164																																																						
Confiance (vidéo)	0.47	.086	0.05	.662	0.50	.121																																																						
Connaissances (vidéo)	0.16	<b>.036</b>	0.02	.667	0.21	<b>&lt;.001</b>																																																						

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																							
Landreville Canada 2005	<p>Décrire et évaluer l'impact du programme de formation AGI pour la gestion de l'agitation chez les résidents en CHSLD en utilisant une approche comportementale.</p> <p><b>Étude quasi-expérimentale</b> avant-après</p> <p><b>86%</b></p> <p><b>Iib</b></p>	<p>1 unité de soin dans un CHSLD publique :</p> <p><b>26 intervenants</b> (infirmières quart de jour, de soir et de nuit);</p> <p><b>19 résidents</b> (11 avec démence)</p> <p><b>Programme AGI :</b></p> <p>1) <u>Formation</u> : 5 x 90 min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication;</li> <li>- Identification de l'agitation;</li> <li>- Gestion des comportements non-agressifs;</li> <li>- Gestion des comportements agressifs;</li> <li>- Travail d'équipe pour la gestion de l'agitation.</li> </ul> <p>2) <u>Supervision</u> (2 mois) : Rencontres hebdomadaires dans l'unité avec les formateurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des intervenants :</li> </ul> <p>Questionnaire, 4 items</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des techniques comportementales :</li> <li>- Fréquence à laquelle les techniques apprises ont été utilisées au</li> <li>- Confiance des intervenants pour l'application des approches comportementales (<i>self-efficacy</i>).</li> </ul> <p>Questionnaire, 5 items</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportements des résidents :</li> </ul> <p>Cohen-Mansfield Agitation Inventory</p>	<table border="1" data-bbox="911 329 1535 1011"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Formation AGI</th> </tr> <tr> <th>Avant* Moyenne (déviat standard)</th> <th>Après** Moyenne (déviat standard)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>Intervenants</b></td> </tr> <tr> <td>Utilisation des techniques comportementales</td> <td>510.05 (169.78)</td> <td>625.66 (127.37)</td> <td>&lt;.05</td> </tr> <tr> <td><i>Self-efficacy</i></td> <td>291.61 (35.7)</td> <td>353.50 (48.64)</td> <td>&lt;.001</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Nombre de comportements chez les résidents</b></td> </tr> <tr> <td><b>Tous</b></td> <td>3.61 (3.60)</td> <td>2.11 (3.18)</td> <td>&lt;.01</td> </tr> <tr> <td><b>Agressifs</b></td> <td>1.00 (1.71)</td> <td>0.72 (1.09)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td><b>Physique non agressifs</b></td> <td>1.06 (1.47)</td> <td>0.67 (1.33)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td><b>Agitation verbale</b></td> <td>1.33 (0.97)</td> <td>0.56 (0.92)</td> <td>&lt;.01</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Au cours des 2 semaines avant le début du programme **Au cours des 2 semaines après la fin du programme NS : non significatif</p> <p>~90% des intervenants ont été satisfaits ou très satisfaits de la formation.</p>		Formation AGI			Avant* Moyenne (déviat standard)	Après** Moyenne (déviat standard)	p	<b>Intervenants</b>				Utilisation des techniques comportementales	510.05 (169.78)	625.66 (127.37)	<.05	<i>Self-efficacy</i>	291.61 (35.7)	353.50 (48.64)	<.001	<b>Nombre de comportements chez les résidents</b>				<b>Tous</b>	3.61 (3.60)	2.11 (3.18)	<.01	<b>Agressifs</b>	1.00 (1.71)	0.72 (1.09)	NS	<b>Physique non agressifs</b>	1.06 (1.47)	0.67 (1.33)	NS	<b>Agitation verbale</b>	1.33 (0.97)	0.56 (0.92)	<.01	<p>Les résultats suggèrent que le programme AGI a eu un impact favorable sur les intervenants et sur les résidents</p>
	Formation AGI																																											
	Avant* Moyenne (déviat standard)	Après** Moyenne (déviat standard)	p																																									
<b>Intervenants</b>																																												
Utilisation des techniques comportementales	510.05 (169.78)	625.66 (127.37)	<.05																																									
<i>Self-efficacy</i>	291.61 (35.7)	353.50 (48.64)	<.001																																									
<b>Nombre de comportements chez les résidents</b>																																												
<b>Tous</b>	3.61 (3.60)	2.11 (3.18)	<.01																																									
<b>Agressifs</b>	1.00 (1.71)	0.72 (1.09)	NS																																									
<b>Physique non agressifs</b>	1.06 (1.47)	0.67 (1.33)	NS																																									
<b>Agitation verbale</b>	1.33 (0.97)	0.56 (0.92)	<.01																																									

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
Laurence Canada 1986	<p>Présentation de cas où une approche par solution de problèmes a été utilisée avec succès pour régler des troubles de comportement</p> <p><b>Étude de cas</b></p> <p><b>55%</b></p> <p><b>IV</b></p>	<p>3 résidents sans démence avec troubles de comportement</p> <p>1) 71 ans, Parkinson et problème de personnalité</p> <p>2) 76 ans agressif</p> <p>3) 73 ans confuse, dysfonction mentale modéré à sévère</p> <p><b>Approche solution de problèmes</b> interventions ciblées selon les circonstances, les caractéristiques du résident et la relation avec lui</p> <p>1) errance, reste au comptoir, embarré dans sa chambre Essais d'agresser physiquement les infirmières. Capable de comprendre les implications de ses comportements. A été avisé que s'il frappait encore le personnel, ce serait considéré comme un trouble de comportement observé chez les patients psychiatrique et que, conséquemment, il serait transféré dans un hôpital psychiatrique.</p> <p>2) errance dans les corridors, demande constante d'attention, Si contrarié ou n'a pas d'attention immédiatement, dispute et menace</p> <p>Chaque jour un membre du personnel a la tâche de détourner son attention, marcher avec elle et parler</p>	Description des troubles de comportement de chacun des résidents avant et après approche solution de problème	<p>1) Arrêt du comportement et celui-ci n'est jamais revenu</p> <p>2) Problème réglé pendant 2 semaines; retour du problème en raison de l'arrêt de l'intervention en raison de la résistance du personnel</p> <p>3) Après 2-3 semaines, elle vient seulement surveiller l'horloge et demande une cigarette seulement quand le moment est venu. Ce comportement est récompensé</p>	<p>La planification de l'approche est un gage de succès.</p> <p>Un changement du comportement des membres du personnel est associé avec le support qu'ils ont des personnes en autorité.</p>

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
<p><b>Mooney</b> États-Unis 1995</p>	<p>Intégrer les principes de l'approche humaniste afin de gérer les comportements des personnes avec des retards mentaux dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p><b>Étude observationnelle</b> <b>Série chronologique</b></p> <p>55%</p> <p>III</p>	<p><b>37 résidents</b> présentant un retard mental modéré ou sévère.</p> <p><b>Approche humaniste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Approche non-punitive</li> <li>-Valorisation des bons comportements</li> <li>-Incitation à la prise de décision de façon autonome et à l'expérimentation des conséquences des décisions</li> <li>-Enseignement des bons comportements en offrant des alternatives par le modelage</li> </ul> <p>Suivi des comportements du lundi au vendredi durant 1 an</p>	<p>Nombre de comportements inappropriés</p>	<p><b>Évolution du nombre de comportements socialement inappropriés (sur 12 mois) (selon le taux initial de référence) :</b></p>  <p>Figure 1. Number of socially inappropriate behaviors over 12 months.</p>	<p>Les résultats suggèrent que les principes de l'approche humaniste permettent de gérer efficacement les comportements socialement inacceptables chez les personnes avec un retard mental.</p>

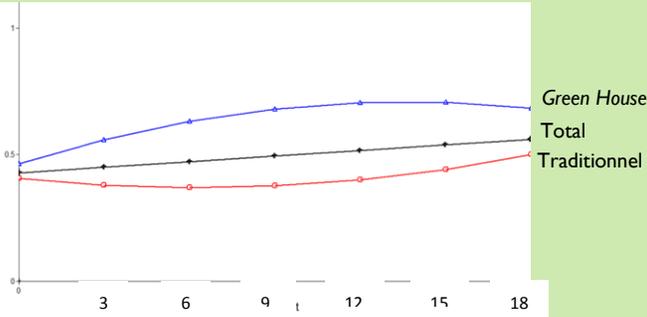
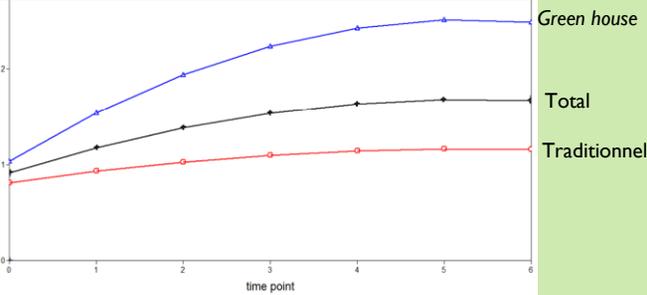
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																		
<p><b>Proctor</b> Royaume-Uni 1999</p>	<p>Évaluer l'impact d'une formation donnée par une équipe spécialisée en psychiatrie de la personne âgée dans les résidences et les centres d'hébergement.</p> <p>(atteinte cognitive et dépression, <b>problèmes de comportements</b> et habiletés fonctionnelles)</p> <p><b>Essai randomisé à unité de randomisation collective</b></p> <p><b>91%</b></p> <p><b>Ib</b></p>	<p><b>12 établissements pour personnes âgées</b> (10 résidences et 2 centres d'hébergement) :</p> <p><b>Groupe intervention : 6</b> <b>Groupe contrôle : 6</b></p> <p>Sélection de <b>10 résidents avec troubles de comportement dans chacun des sites;</b></p> <p><b>105 résidents avec suivi de 6 mois.</b></p> <p><b>1) Formation du personnel :</b> 7 séminaires 1h/sem (ex : gestion de la démence, des agressions, des cris).</p> <p><b>2) Approche psychosociale</b> pour la résolution des problèmes de comportement des résidents :</p> <p><b>3) Visite hebdomadaire d'une infirmière expérimentée en psychiatrie</b> pour donner des conseils et apporter son support au personnel pour la formulation de plans d'intervention spécifiques et détaillés.</p>	<p>Caractéristiques des comportements des résidents :</p> <p><i>Crichton Royal behavioural rating scale</i> (0=aucun problème; 38=problèmes sévères).</p>	<p><b>Troubles de comportement :</b></p> <table border="1" data-bbox="911 337 1751 613"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Score moyen sur l'échelle de Crichton</th> <th rowspan="2">p</th> </tr> <tr> <th>Groupe intervention n=54</th> <th>Groupe contrôle n=51</th> <th>Différence (ajustée pour les variables de base)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baseline</td> <td>12.1 (7.7-16.5)</td> <td>13.7 (11.0-16.3)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 mois</td> <td>13.2 (7.6-18.8)</td> <td>15.3 (12.6-18.1)</td> <td>-0.7 (-3.0 à 1.6)</td> <td>0.556</td> </tr> </tbody> </table> <p>Variation non significative du score moyen entre les 2 groupes.</p>		Score moyen sur l'échelle de Crichton			p	Groupe intervention n=54	Groupe contrôle n=51	Différence (ajustée pour les variables de base)	Baseline	12.1 (7.7-16.5)	13.7 (11.0-16.3)			6 mois	13.2 (7.6-18.8)	15.3 (12.6-18.1)	-0.7 (-3.0 à 1.6)	0.556	<p>Les résidents peuvent bénéficier de l'amélioration de la qualité des soins suite à l'intervention mais aucun impact significatif sur les problèmes de comportements;</p>
	Score moyen sur l'échelle de Crichton			p																			
	Groupe intervention n=54	Groupe contrôle n=51	Différence (ajustée pour les variables de base)																				
Baseline	12.1 (7.7-16.5)	13.7 (11.0-16.3)																					
6 mois	13.2 (7.6-18.8)	15.3 (12.6-18.1)	-0.7 (-3.0 à 1.6)	0.556																			

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur														
<p><b>Ryden</b> États-Unis 2000 (phase 1)</p> <p><b>Krichbaum</b> États-Unis 2005 (Phase 2)</p>	<p><u>Phase 1</u> Évaluer l'impact de la présence d'une infirmière spécialisée en gériatrie sur la qualité des soins selon l'évolution clinique de symptômes chez les résidents incluant les comportements agressifs chez les résidents nouvellement admis en CHSLD.</p> <p><u>Phase 2</u> Évaluer l'impact de l'ajout d'interventions organisationnelles sur la qualité des soins aux résidents en centre d'hébergement (incontinence, ulcères de pression, dépression et <b>comportements</b></p>	<p><b>3 CHSLD :</b> <b>A) et B)</b> Implication d'une infirmière spécialisée en gériatrie; <b>C)</b> soins habituels. (contrôle)</p> <p>3 cohortes consécutives de résidents nouvellement admis; <b>197 résidents suivis pendant 6 mois</b></p> <p><b>Infirmière spécialisée en gériatrie</b> (10h/sem/CHSLD): -Évaluation des résidents; -Élaboration de plans d'intervention individualisés; -Implantation de protocoles d'intervention : • en collaboration avec le personnel ou • intervention directe auprès du résident</p> <p><b>Interventions organisationnelles :</b> <b>A)</b> Sessions d'éducation formelles auprès du personnel à propos des 4 problèmes de santé des résidents; <b>B)</b> Formation d'équipes de résolution de problèmes;</p>	<p><u>Comportements agressifs :</u> <i>Ryden Aggression Scale</i> (26 items et 3 sous-items : comportements agressifs physiques, verbaux et sexuels)</p> <p>Documentation de la fréquence des comportements sur une période de 3 jours à 0 et 6 mois.</p> <p><b>Score</b>=nb moyen de comportements agressifs/ jour.</p>	<table border="1" data-bbox="907 331 1551 485"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2"><b>A+B</b> (n=86)</th> <th colspan="2"><b>C</b> (n=111)</th> </tr> <tr> <th>admission</th> <th>6 mois</th> <th>admission</th> <th>6 mois</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>% agressions</td> <td>20.9</td> <td>19.8</td> <td>14.4</td> <td>20.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aucune différence significative (agressions physiques, verbales ou sexuelles) au suivi à 6 mois dans le groupe avec infirmière spécialisée;</p> <p><b>Trajectoire entre l'admission et le suivi à 6 mois :</b></p> 		<b>A+B</b> (n=86)		<b>C</b> (n=111)		admission	6 mois	admission	6 mois	% agressions	20.9	19.8	14.4	20.7	<p>Une faible proportion des résidents admis démontrait un comportement agressif bien que la majorité avait un certain niveau d'atteinte cognitive;</p> <p>Comparativement aux soins habituels, la collaboration avec l'infirmière spécialisée a eu un impact modeste sur la stabilisation et la détérioration des comportements agressifs;</p> <p>Le court temps de travail de l'infirmière (10h/sem) et le roulement de personnel (11-45%) ont diminué les opportunités le transfert d'expertise.</p> <p>L'introduction d'infirmières spécialisées en gériatrie et l'ajout d'interventions n'a pas d'impact significatif sur les comportements agressifs des résidents.</p>
	<b>A+B</b> (n=86)		<b>C</b> (n=111)																
	admission	6 mois	admission	6 mois															
% agressions	20.9	19.8	14.4	20.7															

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																																				
	agressifs).  Étude observationnelle Cohortes  88%  III	C) Adhésion au comité d'assurance qualité de l'établissement.  15 infirmières de l'unité de soins de longue durée en psychogériatrie  3 cohortes consécutives de résidents nouvellement admis; 3 CHSLD avec des caractéristiques similaires  198 résidents suivis pendant 6 mois;  1. Soins habituels (contrôle) 2. Infirmière spécialisée en gérontologie; 3. Infirmière spécialisée + interventions organisationnelles		<table border="1" data-bbox="909 329 1564 816"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">% agressions</th> </tr> <tr> <th>1. Contrôle (soins habituels)</th> <th>2. Infirmières spécialisées</th> <th>3. Infirmières + interventions organisation- nelles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Baseline</b></td> <td>13</td> <td>22</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td><b>Suivis 6 mois :</b></td> <td>(n=111)</td> <td>(n=65)</td> <td>(n=22)</td> </tr> <tr> <td>Détérioration</td> <td>16</td> <td>6</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Stable</td> <td>3</td> <td>8</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Amélioration ou aucun problème</td> <td>81</td> <td>86</td> <td>68</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="909 824 1224 849">Différences non significatives (p=.09)</p>		% agressions			1. Contrôle (soins habituels)	2. Infirmières spécialisées	3. Infirmières + interventions organisation- nelles	<b>Baseline</b>	13	22	21	<b>Suivis 6 mois :</b>	(n=111)	(n=65)	(n=22)	Détérioration	16	6	18	Stable	3	8	14	Amélioration ou aucun problème	81	86	68	L'amélioration de la qualité des soins n'est pas seulement fonction de la qualité du protocole de soins qui a été développé.									
	% agressions																																								
	1. Contrôle (soins habituels)	2. Infirmières spécialisées	3. Infirmières + interventions organisation- nelles																																						
<b>Baseline</b>	13	22	21																																						
<b>Suivis 6 mois :</b>	(n=111)	(n=65)	(n=22)																																						
Détérioration	16	6	18																																						
Stable	3	8	14																																						
Amélioration ou aucun problème	81	86	68																																						
Shah Royaume- Uni  1998	Évaluer de façon prospective l'effet d'une formation pour le personnel sur la réduction des comportements agressifs chez les patients d'une unité de soins de longue durée en psychogériatrie  Étude quasi- expérimentale Avant-Après  73%	15 infirmières  24 patients avec troubles de comportement persistant  -Formation éducative  -Rencontre du personnel infirmier avec un psychiatre consultant : 45 minutes, 2x/sem, 6 semaines.  3 phases de 6 sem : 1) Aucune formation;	Agressivité et comportements violents :  RAGE Échelle de gravité 21 items; 0 à 3/item Mesure 1x/sem 18 semaines.  SOAS (Staff Observation Aggression Scale) Échelle de 0 à 12 points Complétée pour chaque événement observé.	Variation des scores suite à la formation :  <table border="1" data-bbox="909 1101 1556 1482"> <thead> <tr> <th></th> <th>Phase 1 6 semaines</th> <th>Phase 2 6 semaines</th> <th>Phase 3 6 semaines</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RAGE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>moyenne</td> <td>17.94</td> <td>16.8</td> <td>11.53</td> <td rowspan="3"><b>p&lt;.005</b></td> </tr> <tr> <td>(dév. std.)</td> <td>(14.68)</td> <td>(15.73)</td> <td>(13.87)</td> </tr> <tr> <td>répartition</td> <td>0-56</td> <td>0-55</td> <td>0-55</td> </tr> <tr> <td>SOAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3"><b>p&lt;.0001</b></td> </tr> <tr> <td>moyenne</td> <td>5.64</td> <td>2.66</td> <td>2.06</td> </tr> <tr> <td>(dév. std.) étendue</td> <td>(10.96) 0-79</td> <td>(6.12) 0-48</td> <td>4.8, 0-33</td> </tr> </tbody> </table>		Phase 1 6 semaines	Phase 2 6 semaines	Phase 3 6 semaines	p	RAGE					moyenne	17.94	16.8	11.53	<b>p&lt;.005</b>	(dév. std.)	(14.68)	(15.73)	(13.87)	répartition	0-56	0-55	0-55	SOAS				<b>p&lt;.0001</b>	moyenne	5.64	2.66	2.06	(dév. std.) étendue	(10.96) 0-79	(6.12) 0-48	4.8, 0-33	Cette formation éducative a permis de réduire les comportements agressifs ou augmenter le seuil de tolérance du personnel dans le rapport de comportements agressifs.  Bien qu'il s'agisse d'une petite étude pilote, les comportements agressifs mesurés selon les deux échelles ont
	Phase 1 6 semaines	Phase 2 6 semaines	Phase 3 6 semaines	p																																					
RAGE																																									
moyenne	17.94	16.8	11.53	<b>p&lt;.005</b>																																					
(dév. std.)	(14.68)	(15.73)	(13.87)																																						
répartition	0-56	0-55	0-55																																						
SOAS				<b>p&lt;.0001</b>																																					
moyenne	5.64	2.66	2.06																																						
(dév. std.) étendue	(10.96) 0-79	(6.12) 0-48	4.8, 0-33																																						

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																													
	IIb	2) Implantation de la formation éducative; 3) Après formation.			diminués au cours des 3 phases expérimentales.  Les résultats devront être confirmés avec un plus grand nombre de participant et un devis plus rigoureux.  Ce type d'intervention pourrait faire partie de la formation de base et de la formation continue du personnel.																													
Teresi Etats-Unis 2013	Développer un programme de formation dans les CHSLD qui :  a) Améliore l'identification et l'intervention vis-à-vis des épisodes d' <b>agressivité entre résidents</b> ;  b) Augmente les connaissances des intervenants pour reconnaître et traiter ces comportements agressifs;  c) Augmente la capacité des intervenant à reconnaître et traiter l'agressivité entre résidents.  <b>Essai randomisé à unité de randomisation collective</b>	Randomisation de <b>47 unités de soin</b> en centres d'hébergement pour personnes âgées:  <b>23 unités exp.</b> <b>24 unités contrôles</b>  ~14 CNA/unité  <b>1405 résidents :</b> <b>Intervention :685</b> <b>Contrôle: 720</b>  <b>Formation des CNA</b> ( <i>certified nursing assistants</i> ) <b>Module 1 :</b> Identification et facteurs de risques des agressions entre résidents; <b>Module 2 :</b> Gestion des agressions entre résidents;	Évaluation des connaissances : 10 questions pré-post pour les modules 1 et 2  Reconnaissance et documentation des comportements agressifs (intervenant vs <i>gold standard</i> ) pour le module 3  R-REM-BRDS ( <i>resident to resident elder mistreatment behavior recognition and documentation</i> )  Entrevue des intervenants sur les incidents R-REM ( <i>R-REM Staff Instrument</i> , 22 items : verbal, physique, sexuel, autre)	<table border="1" data-bbox="911 748 1457 1016"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Formation des intervenants</th> <th colspan="2">Scores connaissances Moyenne (dev. stand.)</th> <th rowspan="2">P</th> </tr> <tr> <th>Pre-test</th> <th>Post-test</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Module 1</b> n=319</td> <td>7.43 (1.16)</td> <td>8.13 (1.29)</td> <td>&lt;.001</td> </tr> <tr> <td><b>Module 2</b> n=271</td> <td>7.40 (1.54)</td> <td>8.38 (1.52)</td> <td>&lt;.001</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="911 1062 1457 1378"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Incidents rapportés (2 dernières semaines)</th> </tr> <tr> <th>Baseline</th> <th>6 mois</th> <th>12 mois</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Groupe intervention</b> n=720</td> <td>353</td> <td>580</td> <td>239</td> </tr> <tr> <td><b>Groupe contrôle</b> n=685</td> <td>354</td> <td>79</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="911 1393 1482 1450">Dans le temps, significativement plus d'incidents rapportés dans groupe intervention (<b>p=.0058</b>)</p>	Formation des intervenants	Scores connaissances Moyenne (dev. stand.)		P	Pre-test	Post-test	<b>Module 1</b> n=319	7.43 (1.16)	8.13 (1.29)	<.001	<b>Module 2</b> n=271	7.40 (1.54)	8.38 (1.52)	<.001		Incidents rapportés (2 dernières semaines)			Baseline	6 mois	12 mois	<b>Groupe intervention</b> n=720	353	580	239	<b>Groupe contrôle</b> n=685	354	79	23	Les résultats soulignent l'importance de procurer aux intervenants des programmes de formation formels et bien développés sur l'agressivité entre résidents.  L'évaluation longitudinale a démontré que l'intervention de formation est efficace pour améliorer les connaissances, la reconnaissance et le rapport d'incidents d'agressivité entre résidents.  Recommandation d'implanter ce programme dans les CHSLD.
Formation des intervenants	Scores connaissances Moyenne (dev. stand.)		P																															
	Pre-test	Post-test																																
<b>Module 1</b> n=319	7.43 (1.16)	8.13 (1.29)	<.001																															
<b>Module 2</b> n=271	7.40 (1.54)	8.38 (1.52)	<.001																															
	Incidents rapportés (2 dernières semaines)																																	
	Baseline	6 mois	12 mois																															
<b>Groupe intervention</b> n=720	353	580	239																															
<b>Groupe contrôle</b> n=685	354	79	23																															

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur																				
	96% Ib	Module 3 : Implantation des meilleures pratiques																							
Werner États-Unis 1994	Évaluer l'effet du retrait des mesures de contention dans les établissements de soins de longue durée sur les résidents.  Étude observationnelle analytique  67%  III	172 résidents d'un même centre d'hébergement  142/172 ont des contentions  47/142 ont un comportement agité  Programme éducatif sur le retrait des contentions (infirmière spécialisée en gérontologie) :  - Information sur le concept de la réduction des mesures de contention et sur les mesures alternatives.  -Retrait des mesures de contention et collaboration entre le personnel et l'infirmière spécialisée pour développer des interventions alternatives adaptées aux besoins de chaque résident.	Cohen-Mansfield Agitation Inventory Version courte; 14 comportements)  T1 : avant la mise en place du programme  T2 : 1 à 2 mois après le retrait des contentions	L'utilisation des contentions physiques est passée de 31.2% à 1.6% et est demeurée à un niveau moyen de 3% au cours des 18 mois suivants.  Variation des scores moyens d'agitation suite au retrait des contentions : <table border="1" data-bbox="907 597 1562 1052"> <thead> <tr> <th>Agitation (47 résidents)</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>Δ</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Comportements agressifs n=13</td> <td>2.5</td> <td>1.9</td> <td>2.80</td> <td>≤ .05</td> </tr> <tr> <td>Comportements d'agitation verbale n=22</td> <td>2.6</td> <td>1.8</td> <td>3.89</td> <td>≤ .01</td> </tr> <tr> <td>Comportements physique non-agressifs n=12</td> <td>2.3</td> <td>1.7</td> <td>3.74</td> <td>≤ .01</td> </tr> </tbody> </table> Le niveau d'agitation a diminué pour l'ensemble des types de comportements.	Agitation (47 résidents)	T1	T2	Δ	p	Comportements agressifs n=13	2.5	1.9	2.80	≤ .05	Comportements d'agitation verbale n=22	2.6	1.8	3.89	≤ .01	Comportements physique non-agressifs n=12	2.3	1.7	3.74	≤ .01	Cette étude démontre empiriquement que le retrait des mesures de contention dans les établissements de soins de longue durée est possible.  Le retrait des mesures de contention a été accompagné d'une diminution significative des comportements d'agitation et de l'usage de médicaments antipsychotiques sans aucun effet négatif sur les autres variables évaluées dans le cadre de l'étude.
Agitation (47 résidents)	T1	T2	Δ	p																					
Comportements agressifs n=13	2.5	1.9	2.80	≤ .05																					
Comportements d'agitation verbale n=22	2.6	1.8	3.89	≤ .01																					
Comportements physique non-agressifs n=12	2.3	1.7	3.74	≤ .01																					

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Participants Intervention	Mesures	Résultats	Conclusions de l'auteur
<p><b>Yoon</b> États-Unis 2013</p>	<p>Investiguer en centre d'hébergement les effets de petites unités avec une approche centrée sur le résident (<i>Green house</i>) comparativement aux unités traditionnelles sur les trajectoires de santé des résidents.</p> <p><b>Étude observationnelle analytique</b></p> <p><b>100%</b></p> <p><b>III</b></p>	<p>4 centres d'hébergement où sont inclus au moins 1 unité du modèle <i>Green house</i> (9 unités);</p> <p><b>242 résidents</b> : (admis depuis ≥ 6 mois) <b>Green house</b> : 93 <b>Unité traditionnelle</b> : 145</p> <p>*Populations de résidents présentant des caractéristiques similaires.</p> <p>Environ 50% avec démence.</p> <p><b>Modèle Green house</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- environ 10 résidents;</li> <li>- architecture de résidence familiale;</li> <li>- soins prenant en compte les valeurs du résident;</li> <li>- approche individuelle et socioculturelle.</li> </ul>	<p>À partir d'une banque de donnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de la vie quotidienne;</li> <li>- Fonction cognitive;</li> <li>- Symptômes de comportement agressif;</li> <li>- Symptômes négatifs de l'humeur.</li> </ul> <p>Au 3 mois pendant 18 mois</p>	<p><b>Comportements agressifs :</b></p>  <p><b>Humeur négative</b></p> 	<p>Les pentes de l'augmentation dans le temps des symptômes de comportement agressifs et d'humeur négative sont plus fortes avec le modèle <i>Green house</i> comparativement au centre d'hébergement traditionnel;</p> <p>Pas nécessairement négatif puisque cela peut suggérer que le modèle <i>Green house</i> procure une plus grande liberté pour exprimer de tels comportements et que l'approche de soin proactive permet de mieux identifier les symptômes d'humeur négative;</p> <p>Biais de mesure potentiel du fait que les mesures dans la banque de données sont rapportées par le personnel infirmier.</p>

## Annexe 3 : Extraction des revues incluses

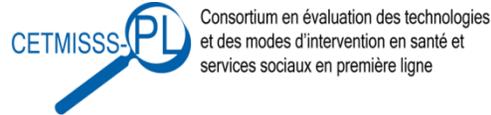
1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Période couverte Critères d'inclusion	Résultats	Conclusions des auteurs
Landreville 2006, 2007 Canada	Rappporter les résultats d'une revue de la littérature sélective sur l'efficacité des interventions non-pharmacologiques dans la gestion des comportements agressifs chez les personnes âgées qui résident dans un cadre institutionnel.  <b>Revue non-systématique</b>  Très bonne qualité  III	1960-2003  <u>Critères d'inclusion :</u> 1) Évaluation d'interventions non-pharmacologiques; 2) Participants âgés de 60 ans et plus. 3) Résultats spécifiquement pour les comportements agressifs; 4) Mesure de changements dans le comportement.  <u>Critères d'exclusion :</u> 1) Personnes âgées vivant dans la communauté ou dans des résidences privées; 2) Uniquement un diagnostic de maladie psychiatrique; 3) Résultats combinant d'autres comportements problématiques.	<b>Inclusion de 41 études :</b> 26/41 concernent les résidents souffrant de démence.  <b>27/41 démontrent une réduction des comportements agressifs</b> suite à une intervention non-pharmacologique.  <b>a) Programmes de formations pour le personnel infirmier :</b> 10/41; toutes rapportant une diminution des comportements agressifs (6 statistiquement significatif); <b>b) Modifications de l'environnement :</b> 10/41 ; 7/10 démontrent une diminution des comportements agressifs; <b>c) Stimulations sensorielles :</b> 8/41; 4/8 démontrent une réduction des comportements agressifs; <b>d) Approches comportementales :</b> 4/41; 2/4 démontrent une réduction des comportements agressifs; <b>e) Programmes d'activités :</b> 4/41; 1/4 démontre une diminution significative de comportements agressifs; <b>f) unités spécialisées :</b> 3/41; pour personnes souffrant de démence; 1/3 démontre une diminution de l'agressivité physique et verbale; <b>g) interventions psychosociales :</b> 3/41; 2/3 démontrent une diminution de l'agressivité physique ou verbale.	Les interventions non-pharmacologiques semblent efficaces pour la gestion des comportements agressifs chez les personnes âgées en centres d'hébergement.  Les programmes de formation du personnel et les modifications environnementales semblent les stratégies les plus efficaces.  Cependant, plusieurs études présentent des limitations méthodologiques. Plus d'étude seraient nécessaires pour confirmer l'efficacité des méthodes non pharmacologiques. Les déterminants des réponses observées restent à identifier.

1 <sup>er</sup> auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité Preuve	Période couverte Critères d'inclusion	Résultats	Conclusions des auteurs
<p><b>Landreville</b> Canada 1998</p>	<p>1. Revue des études sur l'efficacité des approches comportementales pour des formes spécifiques d'agitation chez les résidents en centre d'hébergement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agressions physiques;</li> <li>- Comportements physiques non agressifs;</li> <li>-agitation verbale.</li> </ul> <p>2. Identifier les questions qui doivent être investiguées dans ce domaine.</p> <p>Revue non-systématique</p> <p>Bonne qualité</p> <p>III</p>	<p>1974-1998</p> <p>(a) Implique des personnes âgées en résidence de soins de longue durée;</p> <p>(b) Utilisation de traitements comportementaux comme approche principale;</p> <p>(c) L'impact de l'intervention sur le problème de comportement est investigué;</p> <p>(d) Design expérimental</p>	<p>- 6 études évaluent des <b>approches comportementales pour réduire les comportements agressifs</b>;</p> <p>5/6 diminution des comportements agressifs.</p> <p>Le renforcement des comportements positifs est fortement recommandé.</p> <p>- 8 études traitent des <b>approches comportementales pour réduire les comportements physiques non-agressifs</b>;</p> <p>8/8 interventions comportementales sont efficaces pour traiter les manifestations d'agitation physiques non-agressives.</p> <p>- 4 études des <b>approches comportementales pour réduire l'agitation verbale</b>;</p> <p>4/4 rapportent que l'agitation verbale est réduite de façon efficace par renforcement.</p> <p>Les recherches futures dans ce domaine devraient évaluer l'impact des approches comportementales en utilisant des essais randomisés contrôlés, comparer ces approches à d'autres types de traitement, spécifier les critères d'une amélioration clinique significative, utiliser des méthodes d'évaluation validées et vérifier le maintien de l'effet du traitement dans le temps.</p>	<p>Les données disponibles suggèrent que les approches comportementales sont efficaces, cependant, les lacunes méthodologiques empêchent d'émettre des conclusions fermes.</p> <p>Des recherches de plus grande qualité sont nécessaires.</p>

**Annexe 4. Extraction du guide de pratique pour la gestion des troubles de comportement chez les personnes hébergées dans les établissements de soins de longue durée**

Auteurs Pays	Qualité	Population	Source de la preuve	Recommandations
Shang 2012 Canada	Qualité bonne	Tout type de clientèle, tous les niveaux de troubles de comportement pour toutes les missions.	Groupe d'experts; Revue de la littérature; Revue des protocoles d'intervention pour la gestion des troubles de comportement;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les facteurs prédisposant et explicatifs;</li> <li>• Recourir à la grille d'observation clinique et inventaire du comportement et analyser la situation;</li> <li>• Mise en place d'une intervention et réévaluation après 2 à 6 semaines;</li> <li>• Processus itératif jusqu'à la diminution graduelle du comportement indésirable ou sa cessation.</li> </ul>

## Annexe 5. Questionnaire destiné aux unités spécialisées



### Mieux desservir la clientèle avec troubles du comportement en hébergement

#### ENQUÊTE TERRAIN – UNITÉ SPÉCIALISÉE

Nom :	Date :
Fonction :	Coordonnées :

Nom de l'unité spécialisée : \_\_\_\_\_, établissement auquel elle se rattache :

Cet établissement s'inscrit-il dans les services de 1<sup>ière</sup>, 2<sup>ième</sup> ou 3<sup>ième</sup> ligne ?

Date de mise en place de l'unité :

#### MISE EN PLACE ET FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ SPÉCIALISÉE

1. Quels sont les **objectifs visés** par l'unité?  
Cette unité s'inscrit-elle dans une **trajectoire de services**? Si oui, pouvez-vous la décrire?
2. Quelles sont les **caractéristiques de la clientèle** qu'elle vise (nombre et âge moyen des résidents, manifestations de violence ou autres comportements perturbateurs, diagnostics, etc.)?
3. Quels sont les besoins en termes de **ressources humaines** pour assurer le bon fonctionnement de cette unité : la **dotation** en personnel nécessaire (nombre d'employés, heures de travail (ETC), fonction de chacun), la **formation** de l'équipe de soins et de services professionnels (infirmières, PAB, intervenants en loisirs, TS, ergothérapeutes, etc.), les **mesures de sélection du personnel**?
4. **Décrivez l'unité** et son fonctionnement :
  - a) La **description physique des lieux** (superficie, nombre d'étages, annexé à un autre établissement ou non, etc.) :

- b) L'**organisation du quotidien** (les activités de la vie quotidienne, les loisirs, les horaires), les **mesures restrictives** (face aux sorties et droits de visite par exemple), ainsi que la **participation des résidents à l'organisation** (aux activités, aux tâches ménagères, aux loisirs, etc.) :
5. Quelles sont les **approches cliniques** mises en place pour accompagner et suivre la clientèle : le/les **protocole/s d'intervention** sur lequel/lesquels se base l'équipe de soins et de services professionnels y œuvrant, les **approches cliniques** utilisées pour intervenir avec les résidents, les **modes de collaboration** développés avec les autres professionnels de la santé, les **mesures de suivi de la clientèle** (ex. plans d'intervention ou autre)?
6. Y a-t-il des **défis ou enjeux** associés à la mise en place ou à la gestion de l'unité spécialisée? (enjeux liés au regroupement de personnes présentant des troubles de comportement, liés à la collaboration avec les familles des résidents, liés à la transformation du type de clientèle au fil des ans, etc.)?

#### RETOMBÉES

7. Selon vous, quels sont les **impacts** de la mise en place de cette unité :
- a) **sur la clientèle**, en termes de nombre d'actes de violence, de gestion des comportements difficiles, etc.? Ces impacts sont-ils documentés (si oui, est-ce possible de nous indiquer la source)?
- b) **sur l'équipe de soins et de services professionnels** (infirmières, PAB, intervenants en loisirs, TS, ergothérapeutes, etc.) en termes de santé et sécurité au travail (taux d'absence, coût d'indemnisation, sentiment de sécurité, roulement de personnel, etc.)? Ces impacts sont-ils documentés (si oui, est-ce possible de nous indiquer la source)?
- c) **sur l'organisation des services**, soit la continuité des services, l'efficience de l'organisation (économies en termes de nombre d'heures de travail, réduction des listes d'attente), la satisfaction de la clientèle et de sa famille, la satisfaction du personnel, la qualité de vie dans les unités, etc.

#### AUTRES COMMENTAIRES

8. Avez-vous d'autres commentaires **concernant la mise en place et la gestion** de ce type d'unité?

#### RÉFÉRENCES

9. Connaissez-vous **d'autres unités** offrant des services similaires au Québec? Sinon connaissez-vous **d'autres approches, trajectoires de services ou programmes novateurs** pour intervenir auprès de la clientèle ayant des troubles de comportement en CHSLD sans diagnostic de démence?

**Annexe 6. Fiches synthèses des unités spécialisées documentées.**

**Centre d'hébergement Rousselot – fiche synthèse**

Établissement d'appartenance : CSSS Lucille-Teasdale Type de ressource : Unité spécifique en CHSLD <b>de type III</b> Date d'ouverture : Février 2008 Mission : Unité transitoire 18-24 mois qui vise la stabilisation des comportements agressifs								
<b>Clientèle</b>	Nombre de résidents :	14 résidents	Âge moyen :	55 ans	% d'hommes :	75%		
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoir 18 ans et plus et souffrir d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale ;</li> <li>▪ Présenter des troubles graves du comportement (incontrôlables, imprévisibles et dangereux) liés à une dysfonction cognitive significative ou une pathologie psychiatrique ;</li> <li>▪ Présenter un potentiel d'adaptation ou de réadaptation ;</li> <li>▪ Ne pouvoir être maintenu dans la communauté et nécessiter un hébergement spécialisé ;</li> <li>▪ Ne pas ou ne plus être admissible dans une autre ressource, toutes options ayant été essayées.</li> </ul>						
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Troubles de santé mentale, troubles cognitifs, troubles de la personnalité, pathologies mixtes, etc. (pathologies d'origine organique ou psychiatrique)						
<b>Personnel</b>	<b>Dotation</b>	<b>Infirmières (en ETC) :</b>	Jour	1.4	Soir	1.4	Nuit	0.35
		<b>Infirmières auxiliaires (en ETC) :</b>	Jour	1.4	Soir	1.4	Nuit	1.4
		<b>Préposés aux bénéficiaires (en ETC) :</b>	Jour	3.8	Soir	2.8	Nuit	2.8
		<b>Éducateurs spécialisés (en ETC) :</b>	Jour	2.8	Soir	2.8	Nuit	0.0
		<b>Psychoéducateur (en ETC) :</b>	Jour	1.0	Soir	0.0	Nuit	0.0
	<b>Sélection du personnel :</b>	Règles syndicales en vigueur (sélection par ancienneté) Qualités recherchées : esprit d'équipe, leadership (pour certains), patience, tolérance et absence de préjugés						
<b>Formations offertes au personnel :</b>	Neuropsychologie et santé mentale (Institut universitaire en santé mentale de Montréal); troubles graves du comportement (CR Lucie-Bruneau); déficience intellectuelle							
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle</b>	<b>Approches thérapeutiques :</b>	Aucune approche spécifiée						

<b>Centre d'hébergement Rousselot (suite)</b>		
Établissement d'appartenance : CSSS Lucille-Teasdale Type de ressource : Unité spécifique en CHSLD <b>de type III</b> Date d'ouverture : Février 2008 Mission : Unité transitoire 18-24 mois qui vise la stabilisation des comportements agressifs		
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle (suite)</b>	<b>Outils d'intervention :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suivi jusqu'à trois mois après le départ du résident</li> <li>▪ Grille d'analyse multimodale contextuelle</li> </ul>
	<b>Outils de mesure, d'évaluation et de suivi :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cartable de suivi du comportement des résidents</li> <li>▪ Échelle d'évaluation des dimensions du comportement (EEDC)</li> <li>▪ Grille d'observation ABC</li> </ul>
	<b>Mesures sécuritaires / approches restrictives :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contention, salle d'observation (clientèle type III)</li> <li>▪ Accompagnement lors des sorties extérieures (1:1) ; visites supervisées</li> <li>▪ Étage et cour arrière entièrement barrés et système de caméras</li> </ul>
<b>Retombées</b>	<b>Sur la clientèle :</b>	Diminution des comportements difficiles (repose toutefois sur le suivi de la personne après son départ)
	<b>Sur le personnel :</b>	Virage approche préventive
<b>Défis / enjeux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilisation du personnel</li> <li>▪ Préjugés face à la clientèle de type III (démontrer la capacité de réadaptation)</li> <li>▪ Corridor de services / ententes de partenariat avec établissements de la région</li> </ul>	

**Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :**

- Formation à TOUS en santé mentale, approche sécuritaire, neurologie, revue aux 3-4 ans
- Gestion du personnel indépendante (si possible)
- Grands espaces
- Mesures de rétention du personnel

**Centre d'hébergement Émilie-Gamelin – fiche synthèse**

Établissement d'appartenance : CSSS Jeanne-Mance  
 Type de ressource : Deux unités spécifiques en CHSLD : une **de type I** et une **de type II**  
 Dates d'ouverture : 1995 (unité type II) et 2009 (unité type I)  
 Objectif : Offrir un milieu de vie adéquat adapté aux besoins des résidents, qui soit présentent des troubles de comportement, soit ont besoin d'un encadrement clinique spécifique

<b>Clientèle</b>	Nombre de résidents :	66 résidents	Âge moyen :	70.5 ans	% d'hommes :	60%		
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoir 18 ans et plus et souffrir d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale;</li> <li>▪ Ne pouvoir être maintenu dans la communauté et nécessiter un hébergement spécialisé;</li> </ul> <p>Type I : - Présenter des troubles de comportement liés principalement à un trouble neurocognitif associé ou non à une pathologie psychiatrique;                      - Présenter une agressivité prévisible et contrôlable;</p> <p>Type II : - Présenter des troubles de comportement liés principalement, à une maladie psychiatrique associée ou non à un trouble neurocognitif;                      - Présenter une agressivité surtout dirigée vers autrui qui est prévisible et contrôlable, pour laquelle la fréquence, l'intensité des troubles et l'importance de l'encadrement requis sont supérieurs à celles en unité spécifique de type I.</p>						
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Troubles de santé mentale, troubles de la personnalité, déficience intellectuelle, déficience physique, troubles cognitifs (par exemple avec errance intrusive) ; démence à 32%						
<b>Personnel</b> (pour les 37 résidents de l'unité de type II) <sup>1</sup>	<b>Dotation</b>	<b>Infirmières (en ETC) :</b>	Jour	1.4	Soir	0.0	Nuit	0.0
		<b>Infirmières auxiliaires (en ETC) :</b>	Jour	1.4	Soir	2.8	Nuit	1.4
		<b>Préposés aux bénéficiaires (en ETC) :</b>	Jour	4.3	Soir	2.8	Nuit	2.8
		<b>Éducateurs spécialisés (en ETC) :</b>	Jour	1.4	Soir	1.4	Nuit	0.0

## Centre d'hébergement Émilie-Gamelin (suite)

Établissement d'appartenance : CSSS Jeanne-Mance  
 Type de ressource : Deux unités spécifiques en CHSLD : une **de type I** et une **de type II**  
 Dates d'ouverture : 1995 (unité type II) et 2009 (unité type I)  
 Objectif : Offrir un milieu de vie adéquat adapté aux besoins des résidents, qui soit présentent des troubles de comportement, soit ont besoin d'un encadrement clinique spécifique

<b>Personnel</b> (pour les 37 résidents de l'unité de type II) <sup>1</sup> (suite)	<b>Sélection du personnel :</b>	Règles syndicales en vigueur (sélection par ancienneté) Mesures de sélection : examen écrit et entrevue
	<b>Formations offertes au personnel :</b>	Prestation sécuritaire des soins et services à la clientèle hébergée en unité spécifique de type I et II (2010); Approche de collaboration (CR Lucie-Bruneau); Pacification des états de crise aigus (ASSTSAS); Formation sur l'usager difficile avec suivi mensuel par la suite (CR Lucie-Bruneau).
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle</b>	<b>Approches thérapeutiques :</b>	P.A.C.T.E.S. (unité spécialisée La clé des champs - CHSLD Centre-Ville-de-Montréal) Approche optimale, approche de collaboration, approche milieu de vie
	<b>Outils de mesure, d'évaluation et de suivi :</b>	[Information manquante]
	<b>Mesures sécuritaires / approches restrictives :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unités sécurisées</li> <li>▪ Peu de mesures restrictives</li> <li>▪ Sorties et visites libres en tout temps (selon le plan d'intervention)</li> </ul>
<b>Retombées</b>	<b>Sur la clientèle :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution des comportements difficiles</li> </ul>
	<b>Sur le personnel :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentiment de sécurité chez les intervenants</li> </ul>
<b>Défis / enjeux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en application d'une approche de gestion de groupe (implique de créer une dynamique dans l'unité);</li> <li>▪ Favoriser le jumelage entre résidents;</li> <li>▪ Développer les habiletés sociales.</li> </ul>	

<sup>1</sup> Étant donné les besoins du demandeur, qui s'interroge sur une clientèle se rapprochant plus des caractéristiques de la clientèle des unités spécifiques de type II, nous nous sommes concentré uniquement sur la dotation pour l'unité spécifique de type II d'Émilie-Gamelin (qui diffère de celle de type I).

### Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :

- Bonnes connaissances en gestion de groupe
- Sensibilisation à la condition de la clientèle (changer sa conception du résident âgé et vulnérable)
- Constance dans l'intervention

**Centre d'hébergement Yvon-Brunet – fiche synthèse**

Établissement d'appartenance :		CSSS Sud-Ouest-Verdun						
Type de ressource :		Deux unités spécifiques en CHSLD : une <b>de type I</b> et une <b>de type II</b>						
Date d'ouverture :		Janvier 2003						
Mission :		Offrir un milieu de vie adéquat adapté aux besoins des résidents, qui soit présentent des troubles de comportement, soit ont besoin d'un encadrement clinique spécifique						
<b>Clientèle</b>	<b>Nombre de résidents :</b>	54 résidents	<b>Âge moyen :</b>	60 ans	<b>% d'hommes :</b>	55%		
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoir 18 ans et plus, souffrir d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne pouvoir être maintenu dans la communauté;</li> <li>Type I : - Présenter des troubles de comportement liés principalement à un trouble neurocognitif associé ou non à une pathologie psychiatrique;</li> <li>- Présenter une agressivité prévisible et contrôlable;</li> <li>Type II : - Présenter des troubles de comportement liés principalement, à une maladie psychiatrique associée ou non à un trouble neurocognitif;</li> <li>- Présenter une agressivité surtout dirigée vers autrui qui est prévisible et contrôlable, pour laquelle la fréquence, l'intensité des troubles et l'importance de l'encadrement requis sont supérieurs à celles en unité spécifique de type I.</li> </ul>						
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Troubles de santé mentale, troubles de la personnalité, déficience intellectuelle, déficience physique, troubles cognitifs ; Démence : plus de 33%						
<b>Personne I</b> (pour les 24 résidents de l'unité spécifique de type II)	<b>Dotation</b>	<b>Infirmières (en ETC) :</b>	Jour	0.7	Soir	0.47	Nuit	0.0
		<b>Infirmières auxiliaires (en ETC) :</b>	Jour	1.4	Soir	1.4	Nuit	0.47
		<b>Préposés aux bénéficiaires (en ETC) :</b>	Jour	4.2	Soir	2.8	Nuit	1.87
		<b>Éducateurs spécialisés (en ETC) :</b>	Jour	2.8	Soir	1.4	Nuit	0.0
	<b>Sélection du personnel :</b>	Règles syndicales en vigueur (sélection par ancienneté), sauf : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les éducateurs : postes par compétence (ententes syndicales)</li> </ul> Qualités recherchées : savoir-être : pas d'intransigeance, personnes souples, qui s'adaptent						
<b>Formations offertes au personnel :</b>	OMEGA (Institut universitaire en santé mentale Douglas); Pacification; Programme AGIR Formateurs certifiés à l'interne							
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle</b>	<b>Approches thérapeutiques :</b>	Approche humaniste positive axée sur la prévention des troubles de comportement						
	<b>Outils d'intervention :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jumelage PAB/résident</li> <li>▪ Jumelage éducateur/résident</li> <li>▪ Outil « histoire de vie »</li> <li>▪ Plan d'intervention et plan d'accompagnement</li> </ul>						

## Centre d'hébergement Yvon-Brunet (suite)

Établissement d'appartenance : CSSS Sud-Ouest-Verdun  
 Type de ressource : Deux unités spécifiques en CHSLD : une **de type I** et une **de type II**  
 Date d'ouverture : Janvier 2003  
 Mission : Offrir un milieu de vie adéquat adapté aux besoins des résidents, qui soit présentent des troubles de comportement, soit ont besoin d'un encadrement clinique spécifique

### Approches préconisées auprès de la clientèle (suite)

#### Mesures sécuritaires / approches restrictives :

- Unités non sécurisées (accès libre en tout temps)
- Peu de mesures restrictives
- Sorties et visites libres en tout temps (selon le plan d'intervention)

### Retombées

#### Sur la clientèle :

- Virage approche préventive
- Diminution des comportements difficiles
- Diminution des interventions de contrôle du comportement

#### Sur le personnel :

- Faible taux de roulement du personnel

### Défis / enjeux

- Maintien de la cohérence et complémentarité dans l'intervention au sein de l'équipe
- Personnel possédant des compétences humaines spécifiques (flexibilité dans l'intervention et savoir-être)

### Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :

- Rencontres d'équipe fréquentes
- Affichage de postes par compétence (ententes syndicales)
- Présence d'une dynamique d'équipe (valeurs communes)
- Grands espaces et esthétisme des lieux (milieu de vie)
- Directions support sensibilisées (services matériels, alimentation)

Centre d'hébergement de Charny- fiche synthèse

Établissement d'appartenance :		CSSS Alphonse-Desjardins						
Type de ressource :		Unité spécifique en CHSLD <b>de type III</b>						
Date d'ouverture :		Novembre 2007						
Objectif :		Unité permanente (de type III) visant l'intégration dans une unité régulière						
<b>Clientèle</b>	<b>Nombre de résidents :</b>	12 résidents	<b>Âge moyen :</b>	57.8 ans	<b>% d'hommes :</b>	83%		
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Répondre aux critères d'admission du programme d'hébergement de soins de longue durée (perte d'autonomie);</li> <li>▪ Avoir un trouble grave de comportement qui peut être associé à une pathologie neurologique ou organique ou à une déficience intellectuelle;</li> <li>▪ Peut présenter (ou non) une agressivité physique importante et imprévisible.</li> </ul>						
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Majorité de démence (environ 83%), traumatisme craniocérébral, troubles de santé mentale						
<b>Personnel</b>	<b>Dotation</b>	<b>Infirmières (en ETC) :</b>	Jour	1*	Soir	1*	Nuit	1*
		<b>Infirmières auxiliaires (en ETC) :</b>	Jour	1	Soir	1	Nuit	0,5
		<b>Préposés aux bénéficiaires (en ETC) :</b>	Jour	3	Soir	3	Nuit	2
		<b>Éducateurs spécialisés (en ETC) :</b>	Jour	0	Soir	0	Nuit	0
	<b>Formations offertes au personnel :</b>	L'intervention en troubles graves du comportement (CR Lucie-Bruneau); OMEGA						
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle</b>	<b>Approches thérapeutiques :</b>	Modèle BACE (Balancing Arousal Controls Excesses), Modèle d'Algase (besoins compromis), Modèle de la diminution progressive du seuil de stress, Approche comportementale, Approche pharmacologique						
	<b>Outils d'intervention :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Balises d'intervention - Gestion des troubles du comportement (outil permettant de consigner les interventions individualisées prévues pour chaque résident, élaborées à partir des approches préconisées et révisées périodiquement).</li> </ul>						
	<b>Outils de mesure, d'évaluation et de suivi :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)</li> <li>▪ Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE)</li> <li>▪ Échelle de Corrigan pour les TCC</li> <li>▪ PREM-TGC</li> <li>▪ Outils internes de suivi des comportements et divers autres outils d'observation clinique et de dépistage des symptômes dépressifs</li> </ul>						

### Centre d'hébergement de Charny (suite)

Établissement d'appartenance : CSSS Alphonse-Desjardins  
 Type de ressource : Unité spécifique en CHSLD **de type III**  
 Date d'ouverture : Novembre 2007  
 Objectif : Unité permanente (de type III) visant l'intégration dans une unité régulière

	<b>Mesures sécuritaires / approches restrictives :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unités sécurisées</li> <li>▪ Sorties et visites libres en tout temps (selon le plan d'intervention)</li> </ul>
<b>Retombées</b>	<b>Sur la clientèle :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution des comportements problématiques</li> <li>▪ Diminution des interventions de contrôle du cpt</li> <li>▪ Témoignages positifs (familles/résidents)</li> </ul>
	<b>Sur le personnel :</b>	Sentiment de sécurité chez les intervenants
<b>Défis / enjeux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer un soutien clinique solide aux intervenants (ex. ergothérapie)</li> <li>▪ Rigueur et souplesse dans l'intervention</li> <li>▪ Maintien de la cohérence dans l'intervention au sein de l'équipe</li> </ul>	

\*L'infirmière est aussi responsable de 36 résidents le jour et le soir et de 72 résidents la nuit

#### Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :

- Formation solide en gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques reliées à la démence et sur les problématiques de la clientèle
- Bon support clinique disponible pour l'équipe

**La résidence Delorimier – fiche synthèse**

Établissement d'appartenance :		Centre de réadaptation Lucie-Bruneau						
Type de ressource :		Résidence à assistance continue (« Îlot de service »)						
Date d'ouverture :		Avril 2013						
Mission :		Milieu de vie adapté pour les personnes ayant un trouble grave du comportement						
<b>Clientèle</b>	<b>Nombre de résidents :</b>	8 résidents	<b>Âge moyen :</b>	36 ans	<b>% d'hommes :</b>	100%		
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être âgé entre 18 ans et 65 ans;</li> <li>▪ Avoir une déficience physique et un trouble du comportement.</li> </ul>						
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Toutes déficiences physiques						
<b>Personnel</b>	<b>Dotation</b>	<b>Auxiliaires en santé et services sociaux (en ETC) :</b>	Jour	1.0	Soir	1.0	Nuit	1.0
		<b>Éducateurs spécialisés (en ETC) :</b>	Jour	2.0	Soir	1.0	Nuit	0.0
	<b>Sélection du personnel :</b>	Qualités recherchées : aptitudes de communication en groupe, capacité d'adaptation, personnes possédant un potentiel (avant expérience), savoir-être, motivation, besoin de défis						
	<b>Formations offertes au personnel :</b>	Approche de collaboration (CR Lucie-Bruneau); OMÉGA						
	<b>Approches thérapeutiques :</b>	Approche de collaboration d'Ylvisaker						
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle</b>	<b>Outils d'intervention :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille de prévention active</li> </ul>						
	<b>Mesures sécuritaires / approches restrictives :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rez-de-chaussée à accès contrôlé (contrôle par cartes magnétiques)</li> <li>▪ Mesures restrictives quasi absentes</li> <li>▪ Sorties et visites libres en tout temps</li> </ul>						
	<b>Sur la clientèle :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution des comportements difficiles (crises)</li> <li>▪ Virage approche préventive : élaboration de projets de vie pour les résidents</li> </ul>						
<b>Retombées</b>	<b>Sur le personnel :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faible taux de roulement du personnel</li> <li>▪ Faible taux de maladie</li> </ul>						
	<b>Autre :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution du nombre d'intervenants dans chacun des dossiers</li> </ul>						

## La résidence Delorimier (suite)

Établissement d'appartenance :	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
Type de ressource :	Résidence à assistance continue (« Îlot de service »)
Date d'ouverture :	Avril 2013
Mission :	Milieu de vie adapté pour les personnes ayant un trouble grave du comportement

### Défis / enjeux

- Ajustement et apprentissage constant
- Sensibilisation auprès des proches face à ce nouveau type de ressource (plus grande liberté des résidents en comparaison avec d'autres ressources)

<sup>1</sup> La ressource étant très récente, les retombées présentées sont basées sur l'expérience au sein d'une ressource similaire à Delorimier, soit la résidence Liège.

### Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :

- Souplesse dans l'intervention et dans le milieu
- Environnement le moins institutionnel possible
- Stabilité du personnel

## Le CRDI St-Placide – fiche synthèse

Établissement d'appartenance :		CSSS de Charlevoix			
Type de ressource :		4 résidences à assistance continue (2 jumelés)			
Date d'ouverture :		Novembre 2007			
Objectif :		Milieu de vie adapté pour la clientèle DI-TSA ayant un trouble grave du comportement			
<b>Clientèle</b>	<b>Nombre de résidents :</b>	20 résidents	<b>Âge moyen :</b>	52.4 ans	<b>% d'hommes :</b> 85%
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoir une déficience intellectuelle ou un TSA ET un trouble du comportement;</li> <li>▪ Manifester des comportements dont la fréquence, l'intensité, la durée et particulièrement la dangerosité et l'imprévisibilité sont tels qu'ils : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requièrent des services spécialisés et intensifs d'adaptation et de réadaptation;</li> <li>○ Empêchent le maintien ou l'intégration du client dans son milieu naturel ou dans les ressources spécialisées du CRDITED et ce, même avec des mesures particulières de soutien;</li> <li>○ Nécessitent un encadrement hautement sécuritaire et un environnement adapté correspondant à ceux disponibles au service spécialisé TGC du CSSS de Charlevoix;</li> <li>○ Nécessitent des services d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en TGC.</li> </ul> </li> </ul>			
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Majorité de DI, et troubles associés : TED et troubles de santé mentale			
<b>Personnel</b>	<b>Formations offertes au personnel :</b>	Double diagnostic; Mesures de contrôle; Techniques d'intervention sécuritaires; TC versus TGC (Service québécois d'expertise sur les troubles graves du comportement), OMEGA, etc.			
<b>Approches préconisées auprès de la clientèle</b>	<b>Modèles / approches d'intervention :</b>	Approche positive, approche individualisée, approche relationnelle (en développement)			
	<b>Autres approches / outils d'intervention :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse multimodale</li> <li>▪ Outils du SQETGC (Plan de transition, Fiches ABC, EGCP-II, etc.)</li> </ul>			
	<b>Mesures sécuritaires / approches restrictives :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jumelés entièrement sécurisés</li> <li>▪ Autres mesures de sécurité : vitres incassables, appareils fixes au mur, salle d'isolement sécuritaire, limitation à tout ce qui est électrique, mesures lors des transports (ceintures)</li> <li>▪ Règle de capacité minimale d'intervention<sup>1</sup></li> <li>▪ Culture d'intervention sécuritaire : imputabilité quant au maintien de la sécurité en tout temps (implique formation, sensibilisation et communication dans la ressource)</li> </ul>			
<b>Retombées</b>	<b>Sur la clientèle :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminution des comportements difficiles</li> <li>▪ Diminution des interventions / contentions</li> <li>▪ Augmentation du taux d'activité des résidents</li> </ul>			
	<b>Sur le personnel :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faible taux d'accident / de cotisation à la CSST</li> <li>▪ Augmentation du sentiment de confiance</li> <li>▪ Forte capacité de recrutement et de rétention du personnel</li> </ul>			

### Le CRDI de Saint-Placide (suite)

Établissement d'appartenance : CSSS de Charlevoix  
Type de ressource : 4 résidences à assistance continue (2 jumelés)  
Date d'ouverture : Novembre 2007  
Objectif : Milieu de vie adapté pour la clientèle DI-TSA ayant un trouble grave du comportement

#### Défis / enjeux

- Poursuivre les efforts visant à maintenir la stabilité du personnel
- Disposition d'une équipe clinique forte
- Rigueur dans l'implantation des outils de la SQETGC
- Rigueur dans l'implantation des plans d'intervention

<sup>1</sup> En tout temps, trois intervenants sont disponibles pour intervenir dans un délai de plus ou moins deux minutes.

#### Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :

- Présence d'une culture de prévention
- Stabilité du personnel (ententes syndicales)
- Personnel suffisamment formé

## L'Unité régionale en troubles de comportement sévères et persistants – fiche synthèse

<p>Établissement d'appartenance : CSSS de La Mitis                  Type de ressource : Unité régionale offrant 4 services : expertise conseil, hébergement transitoire, suivi dans le milieu, hébergement de crise                  Date de mise en œuvre : Avril 2014                  Objectif : Offrir un service régional à 4 niveaux pour la clientèle présentant des troubles de comportement sévères et persistants dans la région du Bas-St-Laurent</p>				
<b>Clientèle</b>	<b>Nombre de lits pour l'hébergement transitoire :</b>	4 lits	<b>Nombre de lits pour l'hébergement de crise :</b>	2 lits
	<b>Critères d'admissibilité :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être âgé de 18 ans et plus et résider sur le territoire Bas-St-Laurent;</li> <li>▪ Disposer d'un suivi clinique par une équipe multi à visée interdisciplinaire (documentation requise à jour dont l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et le plan d'intervention);</li> <li>▪ Présenter des troubles graves du comportement (avec dangerosité dirigée vers soi ou vers autrui);</li> <li>▪ Présenter un potentiel d'adaptation ou de réadaptation;</li> <li>▪ Avoir été évalué par une expertise conseil (dans le milieu -CHSLD- ou avec le Comité régional clinique<sup>1</sup>);</li> <li>▪ Disposer d'un intervenant pivot au sein du CSSS référent (qui participera au plan d'intervention).</li> </ul>		
	<b>Caractéristiques de la clientèle actuelle :</b>	Le service sera ouvert à toute clientèle souffrant de troubles graves du comportement (incluant déficience intellectuelle, traumatisme craniocérébral, troubles de santé mentale, toxicomanie, démences diverses)		
<b>Personnel</b>	<b>Dotation :</b>	Le personnel se partagera la clientèle de deux services (unité prothétique et Unité régionale), certains étant attirés à l'ensemble de l'étage et d'autres, à l'un des deux services uniquement. Ce personnel comprendra les catégories d'emploi suivantes : infirmière, infirmière auxiliaire, PAB, éducatrice spécialisée, psychoéducatrice. Toutefois, la dotation reste à déterminer.		
	<b>Formations offertes au personnel :</b>	OMÉGA; Code et situation de crise (prévention, évaluation et interventions). La formation comprendra aussi certaines bases en déficience intellectuelle et en santé mentale, ainsi que l'intervention en démence et les types de démences.		

## L'Unité régionale en troubles de comportement sévères et persistants (suite)

Établissement d'appartenance : CSSS de La Mitis  
 Type de ressource : Unité régionale offrant 4 services : expertise conseil, hébergement transitoire, suivi dans le milieu, hébergement de crise  
 Date de mise en œuvre : Avril 2014  
 Objectif : Offrir un service régional à 4 niveaux pour la clientèle présentant des troubles de comportement sévères et persistants dans la région du Bas-St-Laurent

### Approches préconisées auprès de la clientèle

#### Approches thérapeutiques :

Modèle conceptuel d'H. Brodaty, approches préconisées par le RMG3 (Aide-mémoire)

#### Outils de mesure, d'évaluation et de suivi :

- *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*
- *Cornell scale for depression in dementia (CSDD)*
- *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)*

#### Mesures sécuritaires / approches restrictives :

- Unité régionale barrée, séparée de l'unité prothétique
- Autres mesures de sécurité (à venir) : caméras, balcon sécurisé, dispositifs d'urgence, etc.
- Présence permanente d'un homme sur l'étage parmi le personnel

### Retombées

Aucune retombée ne peut être observée étant donné que le service est en réorganisation.

### Défis / enjeux

- Suivi important de la clientèle après intégration dans les RI ou unités régulières
- Rétention et stabilité du personnel
- Définition du corridor de services et développement de collaborations entre les organisations

<sup>1</sup> Le Comité régional clinique est composé d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un neuropsychologue, d'un psychoéducateur du CRDI, d'une infirmière en santé mentale et d'une psychoéducatrice œuvrant à l'Unité régionale.

### Éléments essentiels (selon l'informateur-clé) :

- Apprendre à bien connaître les résidents et aller à la source du problème de comportement
- Souplesse dans l'intervention

\*Pas tant l'unité spécifique qui fait la différence que l'approche utilisée







Consortium en évaluation des technologies  
et des modes d'intervention en santé et  
services sociaux en première ligne

**Centre de santé et de  
services sociaux de la  
Vieille-Capitale**

Centre affilié  
universitaire

**Centre de santé et de  
services sociaux de  
Portneuf**

**Centre de santé et de  
services sociaux de  
Charlevoix**

**Centre de santé et de  
services sociaux Alphonse  
Desjardins**

Centre hospitalier affilié  
universitaire

**Centre de santé et de  
services sociaux de  
Québec-Nord**