

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Prise en charge des SCPD

Perturbation ou besoin à combler? Une étude descriptive analyse la concordance entre les pratiques planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et les étapes suggérées par les lignes directrices.

Par **Sylvie Rey**, inf., M.Sc., Ph.D. (c), **Philippe Voyer**, inf., Ph.D. et **Lucille Juneau**, inf., M.Sc.



Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont le quotidien des équipes soignantes qui travaillent auprès de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou d'autres types de démence. Environ 50 % des aînés atteints de démence manifestent des SCPD (IPA, 2012). Ces symptômes regroupent un ensemble de manifestations cliniques telles que l'errance, la résistance aux soins, l'agitation verbale ou les idées délirantes (IPA, 2012; MSSS, 2014a). Ils peuvent représenter un défi pour les infirmières en compromettant le bon déroulement des soins et peuvent aussi provoquer des conséquences désastreuses pour l'aîné, ses proches et les autres usagers.

Les SCPD ne sont pas une simple conséquence de la démence. Ils sont plutôt une manifestation comportementale d'un besoin non comblé. Cet aspect fondamental remet en question les interventions qui visent à empêcher la manifestation plutôt que d'en identifier la cause. En effet, ces interventions reposent sur l'administration de médicaments ou la contention plutôt que sur la recherche du besoin à combler, même si ce besoin est parfois évident.

Prenons l'exemple d'un aîné atteint de démence qui, dans un hôpital,

Encadré 1 Méthodologie

Un devis rétrospectif simple a été retenu pour cette étude. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis en vue de la sélection des dossiers. Un instrument de collecte de données a été créé à partir des 74 activités recommandées par les lignes directrices sur les SCPD. Il a également été possible de consigner des données descriptives des SCPD. Des fiches signalétiques ont permis de relever les principales caractéristiques des aînés et des infirmières. L'analyse des données s'est effectuée avec des distributions de fréquence, des mesures de tendance centrale et des mesures de dispersion.

Trente-huit dossiers de patients de l'équipe de mentorat du CEVQ ont été retenus. L'échantillon se compose d'une majorité de femmes (n = 21) dont l'âge moyen était de 81,5 ans (66 à 95).

Au moment de l'évaluation par les infirmières de l'équipe de mentorat, les aînés se trouvaient en résidence privée (15), en centre d'hébergement (18) ou à l'hôpital (5). Tous présentaient des troubles cognitifs (5) ou des diagnostics de démence (33). Parmi ces derniers, vingt étaient atteints d'une démence sévère.

Les cinq infirmières de l'équipe de mentorat sont des femmes âgées de 39 à 62 ans. Leur dernier diplôme est un baccalauréat (1), un certificat de premier cycle (2), un diplôme d'études supérieures spécialisées (1) ou une maîtrise (1). Elles ont en moyenne 24 ans d'expérience comme infirmière (15 à 41) et 16,8 ans en soins infirmiers gériatriques (8 à 23).

Le mémoire de maîtrise de l'auteure Sylvie Rey peut être consulté en ligne : www.theses.ulaval.ca/2014/30909/.

Encadré 2 Questions de recherche basées sur les principales recommandations des lignes directrices sur les SCPD

Recommandations	Questions de recherche
Procéder au repérage et au dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recommandation non étudiée dans le cadre de cette étude car l'aîné devait présenter des SCPD pour recevoir les services de l'équipe de mentorat
Évaluer de façon approfondie et continue	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Évaluation clinique</i> : L'infirmière procède-t-elle à une évaluation clinique? ■ <i>Évaluation clinique</i> : Quelles sont les étapes de l'évaluation clinique réalisées (anamnèse, histoire de vie, examen physique et instrument de mesure)? ■ <i>Évaluation clinique</i> : Une revue de la médication est-elle effectuée? ■ <i>Évaluation clinique</i> : Les causes sous-jacentes des SCPD sont-elles identifiées? ■ <i>Évaluation clinique</i> : Quels sont les SCPD identifiés?
Prioriser les interventions non pharmacologiques (INP)	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Planification</i> : Y a-t-il un plan d'interventions au dossier? ■ <i>Planification</i> : Quelles sont les interventions non pharmacologiques (INP) planifiées dans le plan d'interventions? ■ <i>Planification</i> : Les interventions planifiées sont-elles en corrélation avec les causes sous-jacentes des SCPD? ■ <i>Planification</i> : Le plan d'interventions prévoit-il des cibles à différents niveaux (individuel, interactionnel et environnemental)? ■ <i>Planification</i> : Les INP planifiées sont-elles personnalisées selon l'histoire biographique de l'aîné et son contexte de vie?
Réserver les interventions pharmacologiques aux situations urgentes	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Planification</i> : Y a-t-il des recommandations planifiées en lien avec les médicaments? ■ <i>Planification</i> : Y a-t-il des recommandations planifiées sur l'administration d'antipsychotiques au besoin (PRN) et de benzodiazépines (PRN)? ■ <i>Planification</i> : Un partenariat avec le médecin traitant de l'aîné a-t-il été prévu?
Planifier les interventions et les suivis de façon rigoureuse	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Efficacité</i> : Des instruments de mesure sont-ils utilisés pour juger de l'efficacité des interventions?
Évaluer l'efficacité des interventions sur le plan quantitatif	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Efficacité</i> : Quelles sont les différences de fréquence et de gravité des SCPD observées avant et après l'application du plan d'interventions de l'équipe de mentorat? ■ <i>Efficacité</i> : Y a-t-il eu des changements dans le profil pharmacologique? ■ <i>Efficacité</i> : Les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat concernant la médication ont-elles été appliquées? ■ <i>Efficacité</i> : Quel est le degré de satisfaction des soignants qui participent à l'application du plan d'interventions? ■ <i>Efficacité</i> : Quel est le degré de satisfaction des proches?

Sources : CCSMPA, 2006; Gagné, 2010; Gagné et Voyer, 2013; IPA, 2012; MSSS, 2014a, 2014b, 2014c.

souhaitait s'asseoir au poste des infirmières car il avait besoin de contacts sociaux. Totalement incompris malgré son insistance à vouloir rester au poste, il s'est vu administrer des antipsychotiques et a été contraint physiquement de rester dans sa chambre.

Pourtant, la théorie infirmière sur les besoins compromis d'Algase (Algase et al., 1996) ne date pas d'hier. Ce modèle postule que les aînés atteints de démence adoptent certains comportements en réaction à un besoin non satisfait ou à une composante de l'environnement qui provoque chez eux un inconfort ou un sentiment d'insécurité. Leur comportement a donc pour but de nous communiquer quelque chose.

Parmi les nombreux exemples de comportement, mentionnons l'agitation verbale parce que la personne est anxieuse; la résistance aux soins d'hygiène parce qu'elle ressent de la douleur à la mobilisation; l'agressivité

parce qu'elle a mal. Pour atténuer le comportement d'agressivité, la cause devra alors être traitée; la douleur, donc, devra être mieux gérée (Bourque et Voyer, 2013).

L'étude

Les lignes directrices sur les pratiques cliniques en situation de SCPD font ressortir l'importance d'identifier les causes des SCPD au moyen d'une bonne évaluation.

Jusqu'à maintenant, aucune étude québécoise n'avait abordé la concordance entre les pratiques cliniques infirmières et les étapes suggérées par les lignes directrices. L'objectif était de décrire le processus de prise en charge des SCPD par des infirmières au Québec, depuis leur évaluation clinique jusqu'à la planification de leurs interventions et l'efficacité de ces interventions. Les infirmières de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) sont

expertes dans les soins de deuxième ligne pour les SCPD. Elles évaluent chaque situation qui leur est référée et élaborent des plans d'interventions en partenariat avec les milieux cliniques. C'est aux soignants qu'il revient d'appliquer les interventions qu'elles recommandent sans que des conditions particulières ne doivent être mises en place, par exemple l'ajout de personnel.

Résultats

Les questions de recherche ont porté sur l'évaluation clinique de l'infirmière, de même que sur la planification et l'efficacité de ses interventions. Les résultats ci-dessous nous semblent les plus pertinents pour la profession infirmière.

Questions sur l'évaluation clinique de l'infirmière

Les résultats montrent que les infirmières de l'équipe de mentorat ont procédé à l'évaluation clinique des

Tableau 1 Interventions non pharmacologiques

Quelles sont les interventions non pharmacologiques planifiées dans le plan d'interventions ?	[n = 38]
Approche de base	38 (100 %)
Thérapies sensorielles	28 (73,7 %)
Thérapies récréatives	8 (21,1 %)
Thérapies environnementales	22 (57,9 %)
Exercice physique	18 (47,4 %)
Adaptation des soins aux besoins de la personne	38 (100 %)
Thérapies comportementales	32 (84,2 %)
Thérapies cognitives	1 (2,63 %)
Thérapies spécifiques	26 (68,4 %)

38 cas (100 %). Cette évaluation comportait différentes étapes, soit l'anamnèse (n 38 – 100 %), l'examen physique (n 37 – 97,4 %) et le recours à des instruments de mesure (n 38 – 100 %).

Questions concernant la planification

Selon les résultats, un plan d'interventions est au dossier des 38 cas (100 %). Le Tableau 1 présente les interventions non pharmacologiques (INP) planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat.

Par ailleurs, les résultats descriptifs permettent d'établir une moyenne de 15,7 INP par plan d'interventions (médiane : 15, étendue : 8 à 32). Il convient de noter que la planification de ces interventions est toujours en corrélation avec les causes sous-jacentes identifiées. De plus, toutes ces interventions sont personnalisées selon l'histoire de l'aîné et adaptées à son contexte de vie. Comme le recommandent les lignes directrices, leur planification est assortie de cibles individuelles, interactionnelles et environnementales dans les 38 cas (100 %).

Questions concernant l'efficacité

L'une des questions cherchait à déterminer l'efficacité des interventions planifiées sur la fréquence des SCPD. Pour ce faire, les résultats de deux instruments de mesure ont été colligés. Le premier est l'inventaire d'agitation de Cohen-

Mansfield (IACM), qui évalue la fréquence des comportements d'agitation. Le deuxième est l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings (INPC), qui évalue la fréquence et la gravité des symptômes neuropsychiatriques.

Les résultats obtenus avec l'IACM montrent une réduction moyenne de 18,4 points sur le résultat global (voir Tableau 2). Ceux de l'INPC dénotent une réduction moyenne de la fréquence et de la gravité des symptômes neuropsychiatriques de 64 %, ce qui correspond à une diminution moyenne de 21,7 points sur le résultat global (voir Tableau 3).

Les résultats démontrent également que les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat ont été efficaces pour 94,7 % des aînés.

Questions concernant la satisfaction

Les soignants chargés de l'application du plan d'interventions attribuent un degré de satisfaction élevé aux infirmières de l'équipe de mentorat (100 %), à leur intervention (97,4 %), à l'apprentissage (96,2 %) et à l'intervention clinique (89,1 %). D'une façon générale, sur une possibilité totale de 416 réponses, 395 (95 %) expriment un niveau de satisfaction élevé. Quant aux proches, le degré de satisfaction obtenu dans 25 situations est de 65,8 %. Par ailleurs, dans toutes les situations où un résultat a été obtenu, leur satisfaction est de 100 %.

Discussion

À la connaissance des auteurs, les résultats concernant l'évaluation clinique infirmière en situation de SCPD ne peuvent être comparés à ceux d'aucune autre étude similaire. On peut toutefois établir une analogie avec une recherche qui porte sur une démarche structurée d'évaluation et d'intervention en situation de SCPD baptisée *Serial Trial Intervention – STI* (Kovach *et al.*, 2006). Les résultats de cette recherche montrent que les infirmières procèdent à une évaluation complète dans presque 26 % des situations, soit un pourcentage nettement moins élevé que celui obtenu par les infirmières de l'équipe de mentorat. Cette différence peut s'expliquer par la formation que ces dernières ont suivie lors de la constitution de leur équipe en vue de l'application d'une démarche systématique quant à l'évaluation clinique, à la planification et à l'efficacité des interventions.

Tableau 2 Résultats de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield – IACM

Instrument [étendue théorique : 29 - 203]	Étendue des résultats		Moyenne (médiane)	Différence moyenne (médiane)	% de réduction	Valeur du t
	Minimum	Maximum				
IACM – initial	29	85	56,1 (59,0)			- 8,08
IACM – final	29	67	37,7 (33,5)			
				- 18,4 (- 18)	32,8 %	< 0,0001

Tableau 3 Résultats de l'inventaire neuropsychiatrique de Cummings – INPC

Instrument [étendue théorique : 29 - 203]	Étendue des résultats		Moyenne (médiane)	Différence moyenne (médiane)	% de réduction	Valeur du t
	Minimum	Maximum				
IACM – initial	0	71	33,9 (32,0)			- 8,39
IACM – final	0	48	12,2 (8,0)			
				- 21,7 (- 21,0)	64,0 %	< 0,0001

Tableau 4 Degré de satisfaction des soignants participant à l'application du plan d'interventions

Énoncés	Degré de satisfaction (n et %)				
	1	2	3	4	N/A
Intervention clinique	66,0 %	23,1 %	3,2 %		7,7 %
L'intervention favorise la participation de l'équipe soignante.	21 (80,8 %)	3 (11,5 %)	1 (3,8 %)	0	1 (3,8 %)
L'intervention permet le transfert de connaissances.	19 (73,1 %)	6 (23,1 %)	0	0	1 (3,8 %)
La durée de l'intervention est adéquate.	16 (61,5 %)	6 (23,1 %)	2 (7,7 %)	0	2 (7,7 %)
Le plan d'interventions présenté est adapté aux particularités du milieu.	16 (61,5 %)	6 (23,1 %)	1 (3,8 %)	0	3 (11,5 %)
Les interventions ciblées sont applicables dans le milieu.	18 (69,2 %)	5 (19,2 %)	1 (3,8 %)	0	2 (7,7 %)
L'intervention a permis d'améliorer la problématique.	13 (50 %)	10 (38,5 %)	0	0	3 (11,5 %)
Intervenante	94,6 %	5,4 %			
L'approche de l'intervenante favorise les échanges avec l'équipe.	25 (96,2 %)	1 (3,8 %)	0	0	0
L'approche de l'intervenante est adéquate et adaptée aux besoins du milieu.	22 (84,6 %)	4 (15,4 %)	0	0	0
L'intervenante possède les connaissances nécessaires pour intervenir.	25 (96,2 %)	1 (3,8 %)	0	0	0
Les explications données par l'intervenante sont claires.	25 (96,2 %)	1 (3,8 %)	0	0	0
L'intervenante a une approche respectueuse et centrée sur la personne soignée.	26 (100 %)	0	0	0	0
Apprentissage et utilisation future	65,4 %	30,8 %	1,9 %		1,9 %
L'intervention permet à l'équipe soignante d'acquérir de nouvelles connaissances.	15 (57,7 %)	10 (38,5 %)	1 (3,8 %)	0	0
Les nouveaux apprentissages sont utiles dans la pratique de l'équipe soignante.	19 (73,1 %)	6 (23,1 %)	0	0	1 (3,8 %)
Appréciation générale de l'intervention	78,2 %	19,2 %			2,6 %
Le type d'intervention répond aux besoins et attentes du milieu.	15 (57,7 %)	10 (38,5 %)	0	0	1 (3,8 %)
J'aurai recours sans hésitation à l'équipe de mentorat dans le futur.	25 (96,2 %)	1 (3,8 %)	0	0	0
L'équipe soignante apprécie l'intervention de l'équipe de mentorat.	21 (80,8 %)	4 (15,4 %)	0	0	1 (3,8 %)
Total (416)	321 (77,2 %)	74 (17,8 %)	6 (1,4 %)	0	15 (3,6 %)

Ainsi, elles procèdent d'une manière uniforme dans toutes les situations.

Dans le cas de l'étude STI, les infirmières avaient aussi reçu une formation sur une démarche clinique, mais l'application de la démarche a différé d'une infirmière à l'autre. Il est également possible qu'elles se soient trouvées dans un contexte clinique qui ne facilitait pas une mise en œuvre uniforme des recommandations.

Impact

Les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat entraînent une réduction des comportements d'agitation et des symptômes neuropsychiatriques estimée entre 32 % et 64 % chez 92 % des aînés formant l'échantillon. D'autres études portant sur les interventions non pharmacologiques (Ayalon *et al.*, 2006; Kong *et al.*, 2009; Livingston *et al.*, 2005; O'Connor *et al.*, 2009; Olazarán *et al.*, 2010; Opie *et al.*, 1999; Seitz *et al.*, 2012) leur attribuent une efficacité moyenne comprise entre 30 et 50 % de réduction des symptômes. Il convient de souligner que dans les études portant sur les SCPD, le personnel de recherche est souvent chargé de l'application de ces interventions. Dans le cas de la présente étude, les interventions ont été assurées par le personnel soignant en place, sous les recommandations des infirmières de l'équipe de mentorat qui ont également assumé des activités de mentorat auprès des soignants participants. Compte tenu de cette particularité, les résultats obtenus sont louables.

Toujours à titre de comparaison, les résultats d'une étude portant sur une intervention en situation d'agitation verbale (Bédard *et al.*, 2011) montrent une réduction des comportements dans 54 % des situations. L'étude de

Ballard et de ses collaborateurs (2009) sur les effets de la thérapie psychosociale brève relève une diminution statistiquement significative des résultats de l'IACM dans 43 % des situations. S'agissant des études pharmacologiques sur l'efficacité des antipsychotiques en situation de SCPD, les résultats indiquent une réduction de 15 à 20 % de la fréquence des symptômes (Ballard *et al.*, 2011; Corbett *et al.*, 2012; Schneider *et al.*, 2006).

L'efficacité des interventions planifiées par l'équipe de mentorat se compare donc avantageusement à celles que dénotent les résultats ci-dessus. Le fait que ces interventions aient ciblé les besoins compromis de l'aîné après une évaluation complète explique probablement leur efficacité (Cohen-Mansfield *et al.*, 2012).

De plus, ces interventions ayant été individualisées pour chacun des aînés, elles sont certainement plus efficaces que celles appliquées uniformément dans toute situation ou qu'une médication visant à réduire un comportement. Aussi, une meilleure formation des soignants et l'actualisation de leurs compétences produisent des résultats cliniques probants.

Le fait de pouvoir réduire la fréquence et la gravité des SCPD est important pour la qualité de vie de l'aîné et de ses proches. De plus, il existe une forte corrélation entre la gravité des symptômes neuropsychiatriques et la détresse des soignants (Zwijsen *et al.*, 2014). L'efficacité des interventions planifiées augmenterait donc la qualité de vie des aînés et de leurs proches, en plus de diminuer le niveau de détresse des soignants. Cela expliquerait notamment le degré très élevé de satisfaction des soignants et des proches par rapport aux interventions des infirmières de l'équipe de mentorat.

Limites

L'échantillonnage peu élevé de situations (n = 38) empêche une généralisation des résultats. Un biais a pu se produire dans la sélection, d'autant plus que les aînés avaient tous été évalués par l'équipe de mentorat du CEVQ. Les données sont issues des dossiers et correspondent à ce que les infirmières y ont consigné et non à une observation systématique. Les résultats décrivent la pratique d'infirmières de deuxième ligne en situation de SCPD. Aucun lien ne peut être établi avec la pratique de première ligne, ni avec d'autres situations que les SCPD. De plus, la manière dont les plans d'interventions sont appliqués par les équipes soignantes n'est pas connue. Il n'est pas possible non plus de connaître le temps dévolu à l'application des interventions, ni leur durée.

La pratique clinique des infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ correspond aux recommandations des lignes directrices sur les SCPD. Leurs interventions planifiées et leurs activités de *coaching* peuvent réduire de façon significative la fréquence des comportements d'agitation ainsi que la fréquence et la gravité des symptômes neuropsychiatriques.

Les infirmières soignantes qui exercent auprès d'aînés présentant des SCPD doivent être formées pour une prise en charge optimale de ces symptômes. De plus, pouvoir

Bibliographie

Algase, D.L., C. Beck, A.M. Kolanowski, A. Whall, S. Berent, K. Richards *et al.* « Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior », *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. 11, n° 6, nov. 1996, p. 10-19.

Ayalon, L., A.M. Gum, L. Feliciano *et P.A.* Arean. « Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 20, 13 nov. 2006, p. 2182-2188.

Ballard, C.G., R. Brown, J. Fossey, S. Douglas, P. Bradley, J. Hancock *et al.* « Brief psychosocial therapy for the treatment of agitation in Alzheimer disease (the CALM-AD trial) », *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, n° 9, sept. 2009, p. 726-733.

Ballard, C.G., B. Creese, A. Corbett *et D.* Aarsland. « Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality », *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 10, n° 1, janv. 2011, p. 35-43.

Bédard, A., P. Landreville, P. Voyer, R. Verreault *et J.* Vézina. « Reducing verbal agitation in people with dementia: evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs », *Aging and Mental Health*, vol. 15, n° 7, sept. 2011, p. 855-865.

Bourque, M. *et P.* Voyer. « La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence », in P. Voyer (s la dir. de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.), Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique, 2013, p. 451-478.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). *Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*, Ottawa, CCSMPA, 2006, 112 p. [En ligne : www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0.pdf]

Cohen-Mansfield, J., K. Thein, M.S. Marx, M. Dakheel-Ali *et L.* Freedman. « Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 73, n° 9, sept. 2012, p. 1255-1261.

Corbett, A., J. Smith, B. Creese *et C.* Ballard. « Treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease », *Current Treatment Options in Neurology*, vol. 14, n° 2, avril 2012, p. 113-125.

Gagné, C. *Évaluation des connaissances des infirmières en CHSLD sur la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (maîtrise en sciences infirmières)*, Québec, Université Laval, 2010, 218 p. [En ligne : www.theses.ulaval.ca/2010/27905/27905.pdf]

Gagné, C. *et P.* Voyer. « Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : qu'en savons-nous? », *Perspective infirmière*, vol. 10, n° 4, sept. 2013, p. 36-39.

International Psychogeriatric Association (IPA). *The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide*, Northfield (IL), IPA, 2012.

Kong, E.H., L.K. Evans *et J.P.* Guevara. « Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis », *Aging and Mental Health*, vol. 13, n° 4, juill. 2009, p. 512-520.

Kovach, C.R., B.R. Logan, P.E. Noonan, A.M. Schlidt, J. Smerz, M. Simpson *et al.* « Effects of the serial trial intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia », *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, vol. 21, n° 3, juin/juill. 2006, p. 147-155.

recourir à des infirmières de pratique avancée expertes en SCPD peut être bénéfique dans des situations complexes. La recherche infirmière pourrait également s'intéresser à la pratique infirmière de première ligne en situation de SCPD dans différents milieux de soins. ■

Les auteurs



Sylvie Rey est chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et conseillère en soins infirmiers dans l'équipe de consultation et d'intervention en psychogériatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale (territoire de Portneuf).



Philippe Voyer est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est responsable des activités cliniques de l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale.



Lucille Juneau est directrice adjointe programme soutien à l'autonomie des personnes âgées au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et des services gériatriques spécialisés du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Livingston, G., K. Johnston, C. Katona, J. Paton, C.G. Lyketsos *et Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry.* « Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia », *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, n° 11, nov. 2005, p. 1996-2021.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Québec, MSSS, 2014a, 17 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Outils d'observation et d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Québec, MSSS, 2014b, 38 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-08W.pdf>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Québec, MSSS, 2014c, 31 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Québec, MSSS, 2014d, 39 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-07W.pdf>]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : paramètres organisationnels*, Québec, MSSS, 2014e, 33 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-03W.pdf>]

O'Connor, D.W., D. Ames, B. Gardner *et M.* King. « Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards », *International Psychogeriatrics*, vol. 21, n° 2, avril 2009, p. 225-240.

Olazaran, J., B. Reisberg, L. Clare, I. Cruz, J. Pena-Casanova, T. Del Ser *et al.* « Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy », *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 30, n° 2, sept. 2010, p. 161-178.

Opie, J., R. Rosewarne *et D.W.* O'Connor. « The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, n° 6, déc. 1999, p. 789-799.

Schneider, L.S., P.N. Tariot, K.S. Dagerman, S.M. Davis, J.K. Hsiao, M.S. Ismail *et al.* « Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 15, 12 oct. 2006, p. 1525-1538.

Seitz, D.P., S. Brisbin, N. Herrmann, M.J. Rapoport, K. Wilson, S.S. Gill *et al.* « Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 13, n° 6, juill. 2012, p. 503-506.

Steinberg, M., H. Shao, P. Zandi, C.G. Lyketsos, K.A. Welsh-Bohmer, M.C. Norton *et al.* « Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 23, n° 2, févr. 2008, p. 170-177.

Zwijnen, S.A., A. Kabboord, J.A. Eefsting, C.M. Hertogh, A.M. Pot, D.L. Gerritsen *et al.* « Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 29, n° 4, avril 2014, p. 384-391.