

# Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) ou au délirium en soins de courte durée

État de situation et recommandations sur les pratiques  
appropriées et efficaces

Préparé par :  
Sous-comité sur les SCPD en soins de courte durée du Comité du RUISS  
de l'Université de Montréal sur le vieillissement

# Table des matières

SOMMAIRE EXÉCUTIF .....	3
MEMBRES DU SOUS-COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES SCPD EN SOINS DE COURTE DURÉE (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE) .....	7
MEMBRES DU COMITÉ SUR LE VIEILLISSEMENT .....	8
LISTE DES ACRONYMES .....	10
DÉFINITION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES ASSOCIÉS À LA DÉMENCE .....	11
INTRODUCTION .....	13
MANDATS .....	15
MÉTHODOLOGIE.....	15
<i>Sondage auprès du personnel des unités de médecine, de chirurgie, de médecine/chirurgie ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG) sur le territoire du RUISSS de l'UdeM.....</i>	15
<i>Recension d'exemples d'initiatives ou projets (approches, mesures, expériences, etc.) qui ont été réalisés, avec ou sans succès, en lien avec cette problématique .....</i>	18
<i>Propositions de pratiques efficaces pour mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés présentant des SCPD .....</i>	18
RÉSULTATS ET CONSTATATIONS .....	19
<i>Sondage auprès du personnel des unités de médecine, de chirurgie, de médecine/chirurgie ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG).....</i>	19
Caractéristiques des répondants .....	19
Expériences professionnelles auprès des patients âgés ayant des troubles neurocognitifs et présentant un ou des SCPD .....	20
<i>Fréquence d'exposition aux SCPD .....</i>	21
<i>Impact négatif des SCPD sur le travail .....</i>	21
<i>Niveau de confort face aux SCPD .....</i>	22
<i>Combinaison de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans la pratique et du niveau de confort face aux SCPD .....</i>	22
<i>Recension d'exemples d'initiatives ou projets (approches, mesures, expériences, etc.) qui ont été réalisés, avec ou sans succès, en lien avec cette problématique .....</i>	34
RECOMMANDATIONS .....	40
CONCLUSION .....	43
REMERCIEMENTS.....	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	44
ANNEXES .....	46

## Notes:

- *Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions de l'infirmière sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Toutefois, de façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé pour les mêmes raisons.*
- *Le terme SCPD est utilisé dans le texte. Une nouvelle terminologie est envisagée dans le domaine mais ne fait actuellement pas consensus.*

# Sommaire exécutif

## Mise en contexte

Plus de 75% des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) présenteront des symptômes comportementaux et psychologiques (SCPD) dans le décours de leur maladie. Les SCPD englobent un large spectre de symptômes et de manifestations, tels que les hallucinations, les idées délirantes, la peur, l'évitement, la tristesse, l'insomnie, l'apathie et les troubles du comportement, pouvant causer de la détresse chez la personne atteinte ainsi que chez ses proches et les intervenants qui la côtoient. Similairement aux SCPD dans le cadre d'un TNCM, les manifestations psychologiques et comportementales sont prévalentes dans le cadre d'un délirium, notamment les hallucinations, la labilité émotionnelle, la désorganisation de la pensée et du comportement, ainsi que l'agitation et l'apathie.

L'hospitalisation d'une personne âgée souffrant d'un TNCM peut causer l'émergence de SCPD ou d'un délirium chez celle-ci ou exacerber certaines manifestations déjà présentes avant l'admission. Certains troubles du comportement peuvent se manifester sous forme d'agitation physique et/ou verbale et ce de manière agressive et non agressive. Ils sont à la source d'une souffrance et de détresse pour le patient, ses proches et pour les soignants en courte durée. En effet, avec la désorientation précipitée par le changement d'environnement et la perte de repères, les procédures hospitalières et les multiples interactions avec du personnel inconnu pour la personne, l'hospitalisation peut facilement bouleverser une personne âgée souffrant d'un TNCM et la rendre moins collaborante ou disposée à recevoir des soins. La présence de SCPD ou l'émergence d'un délirium chez une personne âgée est associée avec des issues d'hospitalisation défavorables, incluant un séjour prolongé, un risque accru de prescriptions médicamenteuses inappropriées, d'institutionnalisation et de mortalité.

Selon les principes de l'«Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier» qui doit être appliquée dans tous les hôpitaux du Québec depuis 2011, la prise en charge d'une personne âgée hospitalisée présentant des SCPD ou un délirium nécessite une évaluation clinique systématique et un plan d'intervention individualisé. Les objectifs de la prise en charge hospitalière incluent la dispensation de soins requis, d'éviter l'administration d'interventions potentiellement délétères, de gérer adéquatement les SCPD ou les manifestations du délirium et de retourner la personne vers son milieu de vie habituel après le traitement de sa condition médicale aiguë. Parmi les interventions potentiellement délétères, on retrouve l'utilisation des mesures de contrôle chimiques et physiques. Pour réduire l'utilisation de ces interventions, les milieux de soins utilisent couramment des services de surveillance particulière continus ou intermittents. Les meilleures pratiques quant à ces services auprès des personnes âgées ayant un TNCM ne sont pas nécessairement connues et appliquées. De plus, les coûts de ces services représentent des millions de dollars et ne sont actuellement pas comptabilisés dans un centre d'activités particulier par les établissements de santé et services sociaux. De plus, il n'y a pas de cadre de référence en ce qui concerne les meilleures pratiques d'utilisation des services de surveillance particulière auprès des patients atteints d'un TNCM lors d'une hospitalisation.

## Mandats

En 2019, les membres du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement étaient préoccupés par la qualité des soins de courte durée auprès des personnes âgées atteintes d'un TNCM et présentant des SCPD ainsi que par les coûts financiers associés aux services de surveillance particulière continus ou intermittents auprès de cette clientèle. Un sous-comité de travail a été mandaté dans le but d'identifier les pratiques efficaces qui permettraient de mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés qui présentent des

SCPD et, ultimement, d'alléger l'impact de ces manifestations en milieu de soins aigus. Les mandats suivants ont été confiés à ce sous-comité pour une période de 3 ans (2019-2022):

- 1) Évaluer la perception et les besoins des intervenants œuvrant dans les unités de soins hospitalières face à la prise en charge des patients âgés qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ou des manifestations similaires dans le cadre d'un délirium;
- 2) Recenser des exemples d'initiatives ou de projets (approches, mesures, expériences, etc.) qui ont été réalisés (avec ou sans succès) en lien avec cette problématique;
- 3) Proposer des pratiques efficaces qui permettraient de mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés qui présentent des SCPD.

### Travaux du sous-comité

Les étapes suivantes ont été complétées pour réaliser chacun des mandats avec la collaboration des établissements de santé et services sociaux faisant partie du territoire du RUISSS de l'Université de Montréal :

- 1) Sondage en ligne auprès du personnel (soignants au chevet, médecins et infirmières praticiennes, gestionnaires, agents administratifs et autres professionnels) des unités de médecine, chirurgie, médecine/chirurgie ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG) de 22 hôpitaux dans le but de recueillir les connaissances et les pratiques actuelles ainsi que la perception et les besoins en lien avec les SCPD chez les patients âgés hospitalisés (Mandat 1);
- 2) Entrevues auprès d'une vingtaine de personnes reconnues comme des "champions" ou experts en soins aux personnes âgées et œuvrant dans neuf établissements afin de recueillir les informations sur des initiatives ou projets tentés, réalisés ou planifiés en 2022 en lien avec cette problématique (Mandat 2);
- 3) Réunions et discussions du sous-comité pour élaborer des recommandations basées sur les meilleures pratiques, les solutions concrètes rapportées par les intervenants interrogés ainsi que l'expérience terrain des membres du sous-comité et du comité sur le vieillissement (Mandat 3).

### Principaux résultats du sondage auprès des intervenants

- Près des trois quarts (71,3%) des intervenants consultés et travaillant dans des unités de soins aigus (médecine, médecine/chirurgie, chirurgie ou UCDG) disent interagir fréquemment à très fréquemment avec des patients âgés souffrant de troubles neurocognitifs.
- La désorganisation du comportement et de la pensée, l'agitation, l'anxiété, les troubles du sommeil, l'apathie et l'errance sont les SCPD les plus fréquemment rencontrés par les intervenants en soins aigus.
- L'agressivité physique, l'errance et la tentative de fugue, l'irritabilité et la colère ainsi que la résistance aux soins médicaux et d'hygiène sont les SCPD qui ont les impacts négatifs les plus sévères sur le travail des intervenants en soins aigus.
- L'agressivité physique, les comportements sexuels inappropriés, les cris répétitifs, les comportements d'élimination inappropriés, l'irritabilité/colère sont les SCPD qui causent le plus d'inconfort à la dispensation de soins pour les intervenants en soins aigus.

- Les perceptions par rapport à la fréquence, l'impact sur le travail et le niveau de confort face aux SCPD en soins aigus varient selon la fonction, le nombre d'années d'expérience et le quart de travail des intervenants.
- Les trois raisons les plus fréquentes pour lesquelles les intervenants en soins aigus se sentent moins confortable face aux SCPD sont le manque de personnel, le manque de temps et le manque de personnel spécialisé dans le domaine.
- Les approches et interventions non-pharmacologiques systématiques ou individualisées de prévention ou de gestion des SCPD sont fréquemment utilisées par moins de la moitié (29,0 à 49,9%) des répondants.
- Les guides et outils cliniques sur la prise en charge des SCPD chez la personne âgée sont peu connus ou utilisés par les intervenants en soins aigus.
- Plusieurs solutions concrètes sont rapportées par les intervenants en soins aigus et impliquent des améliorations au niveau des ressources humaines, des ressources physiques (matériel et locaux) et organisationnelles, de la formation, des ressources cliniques (outils cliniques), de l'implication des proches, de la communication entre les différents milieux, ainsi que de la valorisation du travail en gériatrie.
- Plus d'une vingtaine d'initiatives et de projets ont été recensés à travers les établissements, notamment au niveau des ressources humaines, de la formation, des outils cliniques, des activités physiques, de l'environnement physique et matériel, ainsi que des projets à multi-composantes.
- Plusieurs éléments facilitateurs et obstacles à la planification, l'implantation et la pérennisation d'initiatives ou projets pour la gestion des SCPD en soins aigus ont été identifiés.

## Recommandations

La survenue d'un **SCPD** ou d'un **délirium** chez une **personne âgée en cours d'hospitalisation** est une **urgence gériatrique**. Certains troubles du comportement peuvent se manifester sous forme d'agitation physique et/ou verbale et ce de manière agressive et non agressive. Ils sont à la **source d'une souffrance et de détresse pour le patient, ses proches et pour les soignants en courte durée**.

À la lumière des résultats du sondage auprès des intervenants travaillant sur les unités de soins hospitalières, des entrevues semi-structurées avec des experts dans le domaine et des discussions interdisciplinaires des membres du sous-comité de travail sur les SCPD, trois recommandations générales sont proposées pour le MSSS, les maisons d'enseignement et les établissements de soins aigus:

- 1) Fournir la formation requise aux intervenants (ou futurs intervenants) afin qu'ils se sentent compétents pour prévenir, identifier et intervenir en lien avec les SCPD ou le délirium et ce en partenariat avec les proches;
- 2) Fournir (ou connaître) les ressources matérielles, humaines et physiques qui permettent d'appliquer les meilleures pratiques en lien avec les SCPD et le délirium;
- 3) Évaluer l'application des pratiques entourant les SCPD et le délirium chez la personne âgée hospitalisée en soins aigus afin d'en connaître l'ampleur et apporter les modifications requises.

Plus spécifiquement, 27 recommandations sont proposées à l'intention des maisons d'enseignement (10 recommandations), du MSSS (7 recommandations) et des établissements de santé et services sociaux (10 recommandations).

Les recommandations sont regroupées par instance et touchent sept domaines d'actions :

- 1- La formation initiale et continue des intervenants et des soignants en soins aigus;
- 2- Le recrutement et la spécialisation du personnel;
- 3- L'organisation et la qualité des soins et services en milieu hospitalier;
- 4- La modification des infrastructures hospitalières (procédures, matériel, environnement physique, etc.);
- 5- La culture et la valorisation de l'expertise du personnel qui travaille en soins à la personne âgée;
- 6- La diffusion des meilleures pratiques pour les SCPD dans tout le réseau de la santé et auprès de la population; et finalement
- 7- L'élaboration d'une vision à long terme par les instances décisionnelles considérant le contexte du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des TNCM.

## Conclusion

Le présent rapport a été adopté par le comité sur le vieillissement (23-09-2022) et ensuite déposé au comité directeur (03-10-2022) du RUISSS de l'Université de Montréal. Il sera transmis aux instances concernées afin que des actions concrètes, inspirées par le personnel œuvrant sur le terrain, soient déployées à court, moyen et long terme. Ces recommandations ont le but ultime de favoriser des soins de qualité et efficaces auprès des personnes âgées atteintes de TNCM et présentant des SCPD lors d'une hospitalisation dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés sur le territoire du RUISSS de l'Université de Montréal et à travers l'ensemble du Québec.

## Membres du sous-comité de travail sur les SCPD en soins de courte durée (par ordre alphabétique)

- **M<sup>me</sup> Chantal Bleau**, chef de programme des services gériatriques hospitaliers et gériatrie externe, CISSS des Laurentides
- **M<sup>me</sup> Jocelyne Champagne**, Chef du soutien clinique en soins infirmiers – Hospitalisation, Direction des soins infirmiers, CISSS de la Montérégie-Centre
- **M<sup>me</sup> Julie Décary**, Conseillère cadre en soins spécialisés continuum SAPA: services gériatriques spécialisés et AAPA, direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles, CISSS de la Montérégie-Est
- **D<sup>r</sup> Philippe Desmarais**, gériatre, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (**responsable du sous-comité**)
- **M<sup>me</sup> Annie Fortier**, Directrice SAPA – Services de 1<sup>ière</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne gériatriques, CISSS de Laval
- **M<sup>me</sup> Christine Fournier**, Chargée de projet, territoire du RUISSS de l'Université de Montréal, Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **D<sup>re</sup> Marie-Jeanne Kergoat**, Chef du service de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **M<sup>me</sup> Nathalie Larochelle**, Conseillère-cadre en soins infirmiers pour les volets de l'approche adaptée à la personne âgée, la médecine et les UCDG, Direction des soins infirmiers, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- **D<sup>r</sup> Guy Léveillé**, gérontopsychiatre, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **M<sup>me</sup> Marie-Claude Patry**, Coordinatrice clinique, DSI, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **M<sup>me</sup> Louise Papillon-Ferland**, pharmacienne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **M<sup>me</sup> Mélanie Rajotte**, conseillère cadre au continuum soutien à l'autonomie de la personne âgée, CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec
- **M<sup>me</sup> Nathalie Taillefer**, coordonnatrice clinico-administrative à l'hospitalisation, DSI, CISSS de Lanaudière

*Coordonnatrice du sous-comité de travail et du comité sur le vieillissement:*

**M<sup>me</sup> Aline Bolduc**

Chargée de projet, RUISSS de l'Université de Montréal

Courriel : [aline.bolduc.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:aline.bolduc.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

Tél. : 514-340-2800 poste 2805

## Membres du comité sur le vieillissement

Président:

Marc Bessette, Directeur SAPA- Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Tél. : 514-340-2800 poste 3255

Courriel : [marc.bessette.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca](mailto:marc.bessette.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca)

Personnes désignées	Organisation
M <sup>me</sup> Sylvie Belleville	Professeure titulaire, Département de psychologie, Faculté des arts et sciences, Université de Montréal (UdeM);
M <sup>me</sup> Sandrine Billeau	Directrice SAPA, CISSS de la Montérégie-Est
M. Jean-François Blais	Directeur hébergement, CISSS de Lanaudière
M <sup>me</sup> Caroline Guay	Directrice SAPA par intérim, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
D <sup>re</sup> Lucie Boucher	Chef du département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, IUGM
M <sup>me</sup> Brigitte Brabant	Directrice SAPA hébergement en soins de longue durée, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
M <sup>me</sup> Isabelle Caron	Directrice SAPA, CISSS de la Montérégie-Centre
M. Éric Charbonneau	Directeur des soins infirmiers, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, représentant de la Table des soins infirmiers du RUISSS de l'UdeM
D <sup>re</sup> Diana Cruz-Santiago	Médecin de famille, Directrice du programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées, département de médecine de famille et d'urgence, UdeM
D <sup>r</sup> Philippe Desmarais	Gériatre, CHUM et responsable du sous-comité de travail sur les SCPD en soins de courte durée
M <sup>me</sup> Stéphanie Despins	Directrice continuum SAPA – hébergement, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
M <sup>me</sup> Cathy Dresdell	Directrice adjointe des soins et services à domicile, Direction du service à domicile et de proximité, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M <sup>me</sup> Véronique Dubé	Professeure agrégée et Titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, UdeM
M <sup>me</sup> Isabelle Durocher	Direction du programme de soutien à domicile, services gériatriques et post-hospitaliers, CISSS de Lanaudière
M. Lawrence Fillion	Conseiller en soins spécialisés, CHUM
M <sup>me</sup> Annie Fortier	Directrice SAPA – Services de 1 <sup>ière</sup> et 2 <sup>ième</sup> ligne gériatriques, CISSS de Laval



Personnes désignées	Organisation
M <sup>me</sup> Christine Fournier	Chargée de projet, territoire du RUISSS de l'Université de Montréal, Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
D <sup>re</sup> Francine Gaba	Chef du service de gériatrie, CHUM
M <sup>me</sup> Julie Gosselin	Vice-doyenne aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM
D <sup>r</sup> Réjean Hébert	Professeur titulaire, École de santé publique, UdeM
M <sup>me</sup> Maryse Janelle	Directrice SAPA – Hébergement en CHSLD, CISSS des Laurentides
D <sup>re</sup> Marie-Jeanne Kergoat	Chef du service de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, <b>co-présidente du comité</b>
D <sup>re</sup> Paule Lebel	Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M <sup>me</sup> Isabelle Matte	Directrice SAPA Hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M. Jean Ignace Olazabal	Responsable de programmes, Faculté de l'éducation permanente, UdeM
D <sup>re</sup> Athena Papadakis	Vice-doyenne aux études de 1 <sup>er</sup> cycle, Faculté de médecine dentaire, UdeM
M <sup>me</sup> Louise Papillon-Ferland	Professeure adjointe de clinique, Faculté de pharmacie, UdeM
M <sup>me</sup> Caroline Delisle	Directrice SAPA – volet hébergement, CISSS de Laval
M. Sébastien Rouleau	Directeur du programme SAPA – Soutien à domicile, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
M <sup>me</sup> Marlène Simard	Directrice adjointe, programme SAPA Soutien à domicile, CISSS des Laurentides
M <sup>me</sup> Maryse Soulières	Professeure adjointe, École de travail social, Faculté des arts et sciences, UdeM
D <sup>r</sup> Benoît Tousignant	Professeur agrégé, École d'optométrie, UdeM
M <sup>me</sup> Jouhayna Zahreddine	Directrice SAPA hébergement, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

## Liste des acronymes

<b>AAPA</b>	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
<b>AIC</b>	Assistante infirmière chef
<b>AINÉES</b>	Autonomie et mobilité; Intégrité de la peau; Nutrition et hydratation; Élimination; État cognitif et comportement; Sommeil
<b>ARS</b>	Approche relationnelle de soins
<b>ASI</b>	Assistant au supérieur immédiat
<b>AVD</b>	Activités de la vie domestique
<b>AVQ</b>	Activités de la vie quotidienne
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CHUM</b>	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>DSI</b>	Direction des soins infirmiers
<b>DSM</b>	Direction des services multidisciplinaires
<b>ENA</b>	Environnement numérique d'apprentissage
<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>IUGM</b>	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections
<b>PDSP</b>	Principes pour le déplacement sécuritaire de personnes
<b>PRN</b>	<i>Pro re nata</i> (médicament à administrer au besoin)
<b>RPA</b>	Résidence pour personnes âgées
<b>RUIS</b>	Réseau universitaire intégré de santé
<b>RUISSS</b>	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
<b>SAPA</b>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>SCPD</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
<b>TNC</b>	Trouble neurocognitif
<b>TNCM</b>	Trouble neurocognitif majeur
<b>UCDG</b>	Unité de courte durée gériatrique
<b>UETMIS</b>	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'Interventions en santé

## Définition des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence

SCPD	Définition et exemple
<b>Agitation</b>	Comportements témoignant d'une détresse s'extériorisant par une activité motrice excessive pouvant être agressive ou non. <i>Fébrilité, activité psychomotrice augmentée</i>
<b>Agressivité physique</b>	Comportements témoignant d'une détresse s'extériorisant par des gestes agressifs. <i>Frappe, crache, mord, lance des objets, pousse</i>
<b>Agressivité verbale</b>	Comportements témoignant d'une détresse s'extériorisant par des cris avec propos hostile. <i>Insulte, jure, menace, fait des accusations</i>
<b>Anxiété</b>	Pensées, symptômes et comportements témoignant d'inquiétudes, d'appréhensions ou de peurs. <i>Demande de l'attention sans cesse, attaque de panique</i>
<b>Apathie et indifférence</b>	Diminution des initiatives et de l'intérêt associée à une réduction de la participation aux activités quotidiennes. <i>Inertie, manque de motivation, mutisme</i>
<b>Comportements d'élimination inappropriés</b>	Comportements inadaptés concernant la miction et la défécation. <i>Urine dans une poubelle, défèque sur le plancher</i>
<b>Comportements sexuels inappropriés</b>	Comportements incluant des gestes ou de la verbalisation de nature sexuelle dans un contexte inapproprié. <i>Demande des soins génitaux, se masturbe en public</i>
<b>Cris répétitifs</b>	Comportements moteurs verbaux répétitifs sans but incluant des vocalisations. <i>Se lamente, demande du secours sans raison</i>
<b>Désinhibition et impulsivité</b>	Comportements témoignant d'une perte de l'inhibition, que ce soit dans les agissements ou dans les propos. <i>Coupe la parole, fait des blagues inappropriées</i>
<b>Désorganisation et confusion</b>	Comportements, symptômes et manifestations témoignant d'une fluctuation des fonctions cognitives. <i>Tient des propos confus, se comporte bizarrement</i>
<b>Errance et fugue</b>	Déambulation ou locomotion répétitive et aléatoire sans but apparent. <i>Entre dans les chambres des autres patients</i>

<b>SCPD</b>	<b>Définition et exemple</b>
<b>Euphorie</b>	Sensation intense anormale de bonheur extrême. <i>Rire excessivement, est d'une humeur excessive</i>
<b>Hallucinations</b>	Altération de la perception de la réalité pouvant toucher la vision, l'audition ou les autres modalités sensorielles. <i>Entend des voix ou voit des choses qui n'existent pas</i>
<b>Idées délirantes</b>	Croyances figées qui ne changent pas à des preuves qui les contredisent. <i>Croit être persécuté ou volé, être victime d'un complot</i>
<b>Irritabilité</b>	Disposition à être facilement énervé, à être colérique. <i>Répond sèchement, soupire fréquemment, roule les yeux</i>
<b>Mouvements répétés</b>	Comportements moteurs répétitifs qui semblent être sans but. <i>Tape des mains sans cesse, tape des pieds.</i>
<b>Rituels d'accumulation</b>	Comportements compulsifs d'accumuler des objets avec une incapacité à se départir d'objets. <i>Collecte des papiers inutiles, ne veut pas jeter des déchets</i>
<b>Résistance aux soins d'hygiène</b>	Comportements de résistance, d'opposition à compléter ou à recevoir des soins d'hygiène. <i>Refuse l'aide au bain, refuse l'aide à l'habillage</i>
<b>Résistance aux soins médicaux</b>	Comportements de résistance, d'opposition à se soumettre ou à compléter des traitements ou des investigations. <i>Refuse la prise des signes vitaux, refuse les médicaments</i>
<b>Symptômes dépressifs</b>	Symptômes et manifestations témoignant d'une tristesse et d'une détresse émotionnelle. <i>Pleure, démontre peu d'intérêt, semble mélancolique</i>
<b>Troubles de l'appétit</b>	Comportements concernant l'alimentation qui sont inadaptés. <i>Refuse de manger ou s'empiffre aux repas, veut manger toujours la même chose</i>
<b>Troubles du sommeil</b>	Comportements, symptômes et manifestations concernant le sommeil. <i>Ne dort pas la nuit, fait des cauchemars</i>

À noter, plusieurs termes autres que SCPD sont utilisés dans la littérature pour décrire les symptômes et les comportements pouvant être rencontrés chez des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif, notamment: symptômes neuropsychiatriques, comportements réactifs, comportements dysfonctionnels, comportements d'agitation, comportements perturbateurs, troubles du comportement.

## Introduction

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 55 millions de personnes dans le monde vivent présentement avec une forme de trouble neurocognitif majeur (TNCM) (anciennement nommé «démence») [1]. Le TNCM est un syndrome pouvant être causé par différentes maladies; la maladie d'Alzheimer étant la cause la plus prévalente. Le TNCM se manifeste par diverses manifestations cliniques incluant des déficits cognitifs (par exemple, des difficultés à se souvenir d'événements récents, poser souvent les mêmes questions, ne pas reconnaître des lieux ou des personnes), des symptômes moteurs (par exemple, une lenteur physique, des difficultés à la marche, des chutes) et un déclin progressif au niveau de l'autonomie fonctionnelle et de l'indépendance se répercutant sur les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie quotidienne (AVQ). De plus, les personnes souffrant d'un TNCM présentent fréquemment des symptômes comportementaux et psychologiques dans le décours de leur maladie.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) englobent un large spectre de symptômes et de manifestations pouvant causer de la détresse chez la personne atteinte ainsi qu'auprès de ses proches et des intervenants qui la côtoient. Les SCPD incluent, entre autres, des symptômes psychotiques (par exemple, des hallucinations et des idées délirantes), des symptômes d'anxiété (par exemple, de la peur, de l'évitement, des attaques de panique), des symptômes dépressifs (par exemple, une humeur triste, des pleurs, une perte d'appétit), des symptômes liés au sommeil (par exemple, de l'insomnie, une inversion du cycle éveil-sommeil) ainsi que des manifestations en lien avec le comportement (par exemple, un trouble du comportement en lien avec la prise des repas, avec la collaboration aux soins, etc.). Plus de 75% des personnes atteintes d'un TNCM vont présenter au moins un SCPD dans le décours de leur maladie [2]. La présence de SCPD chez une personne est associée à une accélération du déclin cognitif et fonctionnel, une augmentation du nombre de visites à l'urgence et du nombre d'hospitalisation, une augmentation du fardeau des personnes proches aidantes ainsi qu'une diminution de la qualité de vie [3].

L'âge est le principal facteur de risque du TNCM et, avec le vieillissement de la population, la prévalence de ce syndrome augmente progressivement, engendrant des impacts sociétaux et des coûts économiques importants [1]. L'âge avancé est aussi un facteur de risque pour plusieurs autres maladies et conditions médicales; la multimorbidité et la polypharmacie sont particulièrement prévalentes avec le vieillissement [4]. Ceci se répercute avec de plus en plus de personnes âgées souffrant d'un TNCM se retrouvant à consulter aux urgences et à être hospitalisées sur les unités pour des problèmes de santé aigus. En 2021, on comptait 1,75 million de personnes de 65 ans et plus au Québec [5]. Au Québec, en 2017, il y avait 110 240 personnes atteintes d'un TNCM [6], y compris la maladie d'Alzheimer, dont 81 780 (74,1 %) étaient âgées de 80 ans et plus [7]. Ce nombre passera à 200 000 personnes en 2030 [8]. En soins aigus, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer représentent 9% des patients âgés de 65 ans et plus [8]. Le nombre d'hospitalisations en soins aigus des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer augmente progressivement depuis deux décades, générant de nouveaux défis d'organisation et de dispensation de soins de qualité.

Les personnes âgées et celles souffrant d'un TNCM sont aussi à risque de développer un délirium lors de la survenue d'un problème médical aigu. Selon la base de données MED-ECHO 2020-2021 portant sur les hospitalisations en soins physiques et psychiatriques de courte durée, il y a eu 28 143 personnes (tous âges confondus) qui ont eu un diagnostic de délirium durant leur séjour à l'hôpital, dont 7082 (25,2%) était surajouté à un TNCM [9]. Le délirium, un syndrome de confusion aigu, se manifeste par une perturbation de l'attention et de d'autres fonctions cognitives, telles que la mémoire, l'orientation ou le langage. Similairement aux SCPD dans le cadre d'un TNCM, les manifestations psychologiques et comportementales

sont prévalentes dans le cadre d'un délirium, notamment les hallucinations, les idées délirantes, la labilité émotionnelle, la désorganisation, ainsi que l'agitation et l'apathie. Le délirium qui se développe en milieu hospitalier fait partie des événements préjudiciables compilés par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Institut canadien d'information sur la santé [10].

Au Québec, la durée moyenne d'une hospitalisation en soins de physiques et psychiatriques de courte durée était en 2019-2020 de 10,5 jours pour les 75-79 ans, 12,1 jours pour les 80-84 ans et de 14,1 jours pour 85 ans et plus [9]. L'hospitalisation d'une personne âgée souffrant d'un TNCM peut causer l'émergence de SCPD chez celle-ci ou exacerber certaines manifestations déjà présentes avant l'admission. En effet, avec la désorientation précipitée par le changement d'environnement et la perte de repères, les nombreux transferts, les procédures hospitalières (telles que celles pour la prévention des infections [PCI]) et les multiples interactions avec du personnel inconnu pour la personne, l'hospitalisation peut facilement bouleverser une personne âgée souffrant d'un TNCM et la rendre moins collaborante ou disposée à recevoir des soins. Le délirium est aussi particulièrement prévalent lors de l'hospitalisation d'une personne âgée. La présence de SCPD ou l'émergence d'un délirium chez un patient âgé hospitalisé est associée à une **durée d'hospitalisation prolongée** (démence = séjour 1,3 à 2 fois plus long [11]; délirium = 2,5 à 10,4 jours selon l'unité de soins [12]), un **risque accru de prescriptions médicamenteuses inappropriées, ainsi qu'un risque plus élevé de mortalité et d'institutionnalisation** [3].

**La prise en charge d'une personne âgée hospitalisée présentant des SCPD ou un délirium nécessite une évaluation clinique systématique et un plan d'intervention individualisé.** Les objectifs de la prise en charge hospitalière incluent de dispenser les soins requis, d'éviter l'administration d'interventions potentiellement délétères, de gérer adéquatement les SCPD ou les manifestations du délirium et de retourner la personne vers son milieu de vie habituel après le traitement de sa condition médicale aiguë. Parmi les interventions potentiellement délétères, on retrouve l'utilisation de mesure de contrôle chimique et physique. Pour réduire l'utilisation de ces interventions, les milieux de soins utilisent couramment des **services de surveillance particulière continus ou intermittents** [13]. Cette mesure trouve son origine auprès des patients atteints de troubles psychiatriques qui sont à risque pour eux-mêmes ou pour les autres et qui a été élargie pour relever d'autres défis cliniques auprès des patients à risque de chutes, souffrant d'un délirium ou d'agitation reliée à un TNCM. Les meilleures pratiques quant à ces services auprès des personnes âgées ayant un TNCM (indications d'utilisation, soins proactifs centrés sur le patient et prodigués par un intervenant formé lors de l'observation) ne sont pas nécessairement connues et appliquées [14-17]. En effet, **la surveillance particulière sans engagement thérapeutique** (passive) est une pratique dans les établissements qui peut aussi **entraîner des réactions négatives** chez le patient atteint d'un TNCM (par exemple, se sentir épié constamment) [13].

Selon un rapport de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (UETMIS) du CHU de Québec publié en 2012 [18], on évaluait que les coûts en ressources humaines pour la surveillance particulière auprès des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement représentent une dépense correspondant à 0,1 à 1,3 % du budget de l'établissement, soit une **dépense annuelle de plus de 3,5 millions de dollars dans les plus gros établissements**. Les coûts pour les services de surveillance particulière continus ou intermittents ne sont actuellement pas comptabilisés dans un centre d'activités particulier par les établissements de santé et services sociaux. Il n'est donc pas possible de distinguer les services privés liés aux SCPD à ceux liés aux problématiques de santé mentale.

À notre connaissance, peu d'établissement ont développé une procédure à l'égard de la surveillance particulière constante des usagers [19]. De plus, **il n'y a pas de cadre de référence provincial en ce qui concerne les meilleures pratiques d'utilisation des services de surveillance particulière auprès des patients atteints d'un TNCM** lors d'une hospitalisation.

## Mandats

En 2019, les membres du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement étaient préoccupés par l'impact des SCPD chez les personnes âgées hospitalisées elles-mêmes, leurs proches et les intervenants qui en prennent soin ainsi que sur les coûts financiers associés aux services de surveillance particulière continus ou intermittents auprès de cette clientèle. Un sous-comité de travail a été mandaté par le comité sur le vieillissement dans le but d'identifier les pratiques efficaces qui permettraient de mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés qui présentent des SCPD et, ultimement, d'alléger l'impact de ces manifestations en milieu de soins aigus. Les mandats suivants ont été confiés à ce sous-comité pour une période de 3 ans (2019-2022):

- 1) Évaluer la perception et les besoins des intervenants œuvrant dans les unités de soins hospitalières face à la prise en charge des patients âgés qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ou des manifestations similaires dans le cadre d'un délirium;
- 2) Recenser des exemples d'initiatives ou de projets (approches, mesures, expériences, etc.) qui ont été réalisés (avec ou sans succès) en lien avec cette problématique;
- 3) Proposer des pratiques efficaces qui permettraient de mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés qui présentent des SCPD.

## Méthodologie

Pour répondre aux 3 mandats, le sous-comité a développé une étude prospective à multiples composantes successives, soit: 1- un sondage auprès des intervenants de soins aigus œuvrant dans les établissements du RUISSS de l'UdeM; 2- des entrevues semi-structurées avec des « champions » et des experts dans le domaine des soins aux personnes âgées pouvant présenter des SCPD, et; 3- des rencontres du groupe de travail pour élaborer des recommandations à la lumière des résultats.

*Sondage auprès du personnel des unités de médecine, de chirurgie, de médecine/chirurgie ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG) sur le territoire du RUISSS de l'UdeM*

Pour répondre au premier mandat, un sondage en ligne sur la plateforme Microsoft Forms® a été élaboré par les membres du sous-comité dans le but de recueillir les connaissances et les pratiques actuelles ainsi que la perception et les besoins du personnel des unités de soins en lien avec les SCPD chez les patients âgés hospitalisés. Les questions du sondage furent développées en interdisciplinarité et une version préliminaire du sondage fut testée sur des répondants partenaires avant la diffusion dans le but d'assurer la validité des questions et des

réponses. La version finale du sondage comportait 22 questions (disponible sur demande) et incluait majoritairement des questions fermées, nominales et ordinales. Une question ouverte obligatoire a été incluse dans la version finale du sondage avec l'objectif de capturer dans le verbatim des intervenants les potentielles solutions, concrètes, pour les aider à mieux intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées qui présentent des SCPD. Ainsi, des données quantitatives et qualitatives ont été collectées. En résumé, le questionnaire était divisé en 4 sections:

- Caractéristiques du répondant;
- Expériences professionnelles auprès des patients âgés ayant des troubles neurocognitifs et présentant un ou des SCPD;
- Obstacles et solutions pour la dispensation des soins auprès de ces patients;
- Connaissances et pratiques actuelles des approches ou interventions possibles auprès de ces patients.

Les intervenants ciblés pour répondre au sondage étaient ceux travaillant dans les unités de médecine, chirurgie, médecine/chirurgie ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG), et incluaient notamment: chefs d'unité, médecins (patrons et résidents), assistants au supérieur immédiat (ASI) ou assistantes infirmières chefs (AIC), conseillères cadres en soins infirmiers, infirmières cliniciennes, infirmières, infirmières auxiliaire, préposés aux bénéficiaires, agents administratif, conseillers en soins infirmiers, chefs de service (DSM), pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, nutritionnistes, inhalothérapeutes et intervenants en soins spirituels. Les intervenants travaillant sur les unités des soins intensifs, soins coronariens, de psychiatrie et aux urgences non pas été ciblés explicitement par le sondage car leurs populations, bien que vieillissantes, sont différentes, les soins prodigués diffèrent et les besoins de ces intervenants et les solutions pour les aider comportent des aspects plus singuliers au programme de soins en soi. Toutefois, leurs réponses n'ont pas été exclues.

Le sondage a été administré dans 22 hôpitaux (tableau 1) compris dans 10 établissements de santé et services sociaux.

**Tableau 1. Liste des établissements et installations où le sondage a été administré**

Établissements	Hôpitaux où le sondage a été administré
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	1. Jean-Talon 2. Sacré-Cœur de Montréal 3. Fleury
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	4. Notre-Dame 5. Verdun
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	6. Maisonneuve-Rosemont
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	7. CHUM
CISSS de Laval	8. Cité de la Santé



Établissements	Hôpitaux où le sondage a été administré
CISSS de Lanaudière	9. Centre Hospitalier régional de Lanaudière 10. Pierre-Le Gardeur
CISSS de la Montérégie-Est	11. Pierre-Boucher 12. Sorel 13. Honoré Mercier
CISSS de la Montérégie-Centre	14. Charles-Lemoyne 15. Haut-Richelieu
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	16. Victoriaville 17. Sainte-Croix 18. Centre-de-la-Mauricie 19. Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières
CISSS des Laurentides	20. Saint-Jérôme 21. Saint-Eustache 22. Mont-Laurier

Les directions des soins infirmiers (DSI) des 10 établissements de santé ont été sollicitées pour la diffusion du sondage auprès des intervenants concernés entre le 27 septembre et le 27 octobre 2021. Un nombre maximal de participation était souhaitée, sur une base volontaire, par unité de soins. Chaque semaine, un bilan de la participation au sondage était transmis aux représentants des DSI afin que ceux-ci fassent un rappel auprès des intervenants.

### *Analyses*

Les données quantitatives et qualitatives recueillies du sondage ont été analysées séparément et de manière concomitante. Les données quantitatives ont été analysées pour l'ensemble des répondants ainsi qu'en fonction du quart de travail (jour versus soir ou nuit/horaire variable) et des 4 catégories de personnel: 1- soignants au chevet (infirmières, infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires); 2- autres professionnels (ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, travailleurs sociaux, etc.); 3- gestionnaires ou agents administratif (chefs d'unité, chefs de service, assistants au supérieur immédiat, conseillères cadres en soins infirmiers, agents administratifs au poste, etc.) et; 4- praticiens (médecins, infirmières praticiennes). Les tests de Fisher (2 groupes) et du chi-carré (plus de 2 groupes) ont été utilisés pour comparer les proportions. Le niveau de signification de  $p < 0,05$  a été retenu.

Pour les données qualitatives, c'est-à-dire les solutions proposées par les répondants pour les aider à mieux intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées qui présentent des SCPD, les réponses textuelles transmises ont été lues, synthétisées et regroupées manuellement sous sept thématiques émergentes par deux membres du sous-comité.

## *Recension d'exemples d'initiatives ou projets (approches, mesures, expériences, etc.) qui ont été réalisés, avec ou sans succès, en lien avec cette problématique*

Dans le cadre du 2<sup>ième</sup> mandat, le sous-comité visait à recenser des exemples d'initiatives ou de projets qui ont été réalisés (qui ont bien fonctionnés et qui sont toujours en place), tentés (qui n'ont pas bien fonctionné ou qui ont bien fonctionné mais qui ont été interrompus pour différentes raisons) ou qui sont planifiés en 2022.

Les membres du sous-comité, représentants de neuf établissements de santé et services sociaux, ont interviewé près d'une vingtaine de personnes reconnues dans leur milieu comme étant des « champions » ou des experts quant à l'amélioration des pratiques auprès des patients âgés hospitalisés en soins de courte durée et présentant des SCPD. Les entrevues se sont déroulées entre les mois de janvier et avril 2022. Les informations suivantes ont été recueillies pour chaque initiative ou projet : titre, dates de début et de fin, objectifs, éléments déclencheurs ou justifications, description, lieu de réalisation, intervenants impliqués, population/clientèle ciblée, résultats (impacts positifs et négatifs, s'il y a lieu), éléments facilitateurs et obstacles rencontrés lors de la planification, de l'implantation et la pérennisation, indicateurs utilisés, et autres détails pertinents (grille de collecte de données disponible sur demande).

### *Analyses*

Suite aux entrevues et à la collecte des données, les initiatives et projets ont été regroupés en six catégories selon la nature de ceux-ci : ressources humaines, formation, outils cliniques, activités physiques, matériel ou environnement physique et projets multicomposantes. Les principaux éléments facilitateurs et obstacles ont été synthétisés. La plupart des initiatives n'ont pas été évaluées pré et post implantation, mais les indicateurs utilisés dans certains projets ont été synthétisés. Finalement, une synthèse des résultats observés lors des initiatives a été effectuée.

## *Propositions de pratiques efficaces pour mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés présentant des SCPD*

Suite à la complétion et à l'analyse des données du sondage et des entrevues semi-structurées, les membres du sous-comité se sont rencontrés pour discuter des résultats obtenus et élaborer des recommandations qui permettraient de mieux intervenir auprès des patients âgés hospitalisés qui présentent des SCPD ou des manifestations similaires dans le cadre d'un délirium et, ultimement, d'alléger l'impact de ces manifestations en milieu de soins aigus. Les recommandations ont été élaborées à partir des perceptions et besoins des intervenants œuvrant dans les unités de soins hospitalières, des résultats obtenus des initiatives et projets réalisés antérieurement, ainsi qu'à partir des éléments facilitateurs et des obstacles identifiés dans les entrevues.

## Résultats et constatations

### *Sondage auprès du personnel des unités de médecine, de chirurgie, de médecine/chirurgie ou en unité de courte durée gériatrique (UCDG)*

#### *Caractéristiques des répondants*

Au total, 623 personnes ont répondu au sondage. Le temps moyen de complétion du sondage a été de 39 minutes. Deux répondants ont été exclus des analyses car ils exerçaient leur fonction en CLSC ou en CHSLD. Pour certaines questions, certains intervenants ont répondu qu'ils n'interagissaient pas avec des patients présentant le SCPD concerné. Leurs réponses ont alors été retirées des sous-analyses (repérable par la variation du nombre de réponses) (tableau 2).

**Tableau 2. Caractéristiques du personnel ayant répondu au sondage**

Caractéristiques	% de répondants (n = 621)
<b>Lieu de travail</b>	
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	22,2
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	17,4
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	12,2
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	11,3
CISSS de la Montérégie-Centre	9,8
CISSS des Laurentides	7,9
CISSS de Laval	7,2
CISSS de Lanaudière	5,8
CISSS de la Montérégie-Est	4,8
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	1,3
<b>Unité de soins / service</b>	
Médecine	36,6
Unité de courte durée gériatrique	26,1
Médecine/chirurgie (mission mixte) ou travaille sur toutes les unités ciblées	15,8
Chirurgie	12,4
Autres	9,2
<b>Fonction (n = 620)</b>	
Soignants au chevet	43,5
Autres professionnels	28,1
Gestionnaires et agents administratif	19,4
Praticiens	9,0
<b>Nombre total d'années d'expérience</b>	
Moins de 3 ans	12,6
3 à 5 ans	14,5
6 à 8 ans	10,6
9 à 11 ans	12,4
12 à 14 ans	9,2
15 ans et plus	40,7

Caractéristiques	% de répondants (n = 621)
<b>Nombre d'années d'expérience en soins direct aux personnes âgées</b>	
Moins de 3 ans	21,1
3 à 5 ans	18,5
6 à 8 ans	11,8
9 à 11 ans	11,6
12 à 14 ans	8,2
15 ans et plus	28,8
<b>Quart de travail</b>	
Jour	72,0
Soir	15,1
Nuit	8,4
Horaire variable	4,7

Quelques 36,6 % des répondants travaillent dans une unité de médecine, 26,1 % dans une UCDG, 15,8 % dans une unité de médecine/chirurgie (mission mixte) ou travaillent sur toutes les unités ciblées, 12,4 % travaillent dans une unité de chirurgie et 9,2 % travaillent dans un autre département ou service. Près du trois-quarts (72,0 %) travaille durant le quart de jour tandis que 15,1 % le soir, 8,4 % la nuit et 4,7 % a un horaire variable (tableau 2).

Quelque 43,5 % du personnel qui a répondu au sondage travaille au chevet des patients, c'est-à-dire des infirmières cliniciennes, des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Les autres professionnels (physiothérapeute, travailleur social, ergothérapeute, nutritionniste, inhalothérapeute, psychologue, technologue en physiothérapie, intervenant en soins spirituels, pharmacien, orthophoniste, neuropsychologue) représentent 28,1% des répondants, les gestionnaires et les agents administratif 19,4% et les médecins et infirmières praticiennes 9,0 %. Au total, la moitié des répondants cumulent 12 ans et plus d'expérience. Cependant, lorsqu'on recherche l'expérience spécifique auprès des personnes âgées, 21,1% déclarent moins de 3 ans et seulement 37% cumulent 12 ans et plus (tableau 2).

### *Expériences professionnelles auprès des patients âgés ayant des troubles neurocognitifs et présentant un ou des SCPD*

Globalement dans leur pratique, **environ le trois-quarts des répondants (71,3 %)** dit interagir très fréquemment (tous les jours) ou fréquemment (3-4 fois / semaine) avec des patients âgés souffrant de troubles neurocognitifs (voir les tableaux et les figures supplémentaires en **Annexe 2**). Ce pourcentage n'est pas significativement différent entre le personnel travaillant de jour (69,3%) versus de nuit ou sur un horaire variable (76,6 %) ( $p = 0,076$ ). Il n'y a pas de différence significative en fonction des catégories de personnel : soignants au chevet (73,3%), autres professionnels (74,1 %), gestionnaires ou agents administratif (63,3 %) et praticiens (médecins et infirmières praticiennes) (69,6 %) ( $p = 0,170$ ).

Les paragraphes suivants présentent les résultats pour les 22 symptômes et manifestations cliniques des SCPD étudiés plus spécifiquement.

### *Fréquence d'exposition aux SCPD*

Parmi l'ensemble des répondants, on retrouve une proportion plus élevée d'entre eux qui se disent très fréquemment (tous les jours) ou fréquemment (3-4 fois / semaine) exposés aux symptômes ou manifestations cliniques suivants (Figure 1):

- Désorganisation du comportement et de la pensée (54,4%);
- Agitation (48,0 %);
- Anxiété (38,6 %);
- Troubles du sommeil (38,0 %);
- Apathie et indifférence (35,6 %).

La proportion de personnel qui se dit exposée à la plupart des SCPD est significativement plus élevée, soit en moyenne de 10,8%, chez le personnel qui travaille le soir/nuit/horaire variable par rapport à ceux qui travaillent le jour. Les plus grandes différences ont été observées pour les troubles du sommeil (+24,5 %), l'agitation (+21,5%) et l'anxiété (+17,8 %). Les autres professionnels se disent significativement moins exposés à la plupart des SCPD, notamment pour l'apathie et les symptômes dépressifs, la désinhibition et l'impulsivité, l'euphorie ainsi que les comportements sexuels inappropriés. Les praticiens seraient plus exposés aux symptômes dépressifs (46,4 %) que les autres catégories de personnel.

### *Impact négatif des SCPD sur le travail*

Parmi l'ensemble des répondants, on retrouve une proportion plus élevée d'entre eux qui considèrent que les symptômes ou manifestations cliniques suivants ont un impact négatif très sévère ou sévère dans leur travail:

- Agressivité physique (55,9%);
- Errance et tentative de fugue (43,3%);
- Irritabilité et colère (39,8%);
- Résistance aux soins médicaux (39,7%);
- Résistance aux soins d'hygiène (34,2%).

On note que ces symptômes et manifestations ont des caractéristiques psychomotrices majoritairement hyperactives pouvant être perturbatrices dans le travail. La proportion de personnel qui considère que les SCPD ont un impact négatif très sévère ou sévère dans leur travail est significativement plus élevée, soit en moyenne de 14,7%, chez le personnel qui travaille le soir/nuit/horaire variable par rapport à ceux qui travaillent le jour. Les plus grandes différences ont été observées pour l'errance et tentative de fugue (+23,7 %), l'agressivité physique (+19,4 %) et les idées délirantes (+17,9 %).

La proportion de la catégorie autres professionnels et de praticiens qui considère que les SCPD ont un impact négatif très sévère ou sévère dans leur travail est significativement moins élevée que pour les autres deux autres catégories de personnel pour la plupart de ces symptômes et manifestations. Par contre, l'apathie/indifférence et l'agressivité verbale ont respectivement un impact négatif très sévère ou sévère dans le travail chez une plus grande proportion des autres professionnels et des gestionnaires et agents administratifs.

### *Niveau de confort face aux SCPD*

Parmi l'ensemble des répondants, on retrouve une proportion plus élevée d'entre eux qui sont moins confortables de faire face (niveau de confort moyen, faible, très faible ou aucun) aux symptômes ou manifestations cliniques suivants:

- Agressivité physique (80,2 %);
- Comportements sexuels inappropriés (77,8 %);
- Cris répétitifs sans but (71,9 %);
- Comportements d'élimination inappropriés (66,9 %);
- Irritabilité et colère (66,3 %).

On constate que certains de ces symptômes et manifestations, tels que les cris et les comportements d'élimination inappropriés, répondent habituellement peu ou pas aux interventions pharmacologiques et qu'ils possèdent des caractéristiques psychomotrices majoritairement hyperactives. Le personnel qui travaille le jour se sent significativement plus confortable face à la résistance aux soins médicaux (42,7% versus 33,7%), les hallucinations visuelles (54,2% versus 45,4%) et les symptômes dépressifs (56,8% versus 47,4%) par rapport à ceux qui travaillent le soir/nuit/horaire variable.

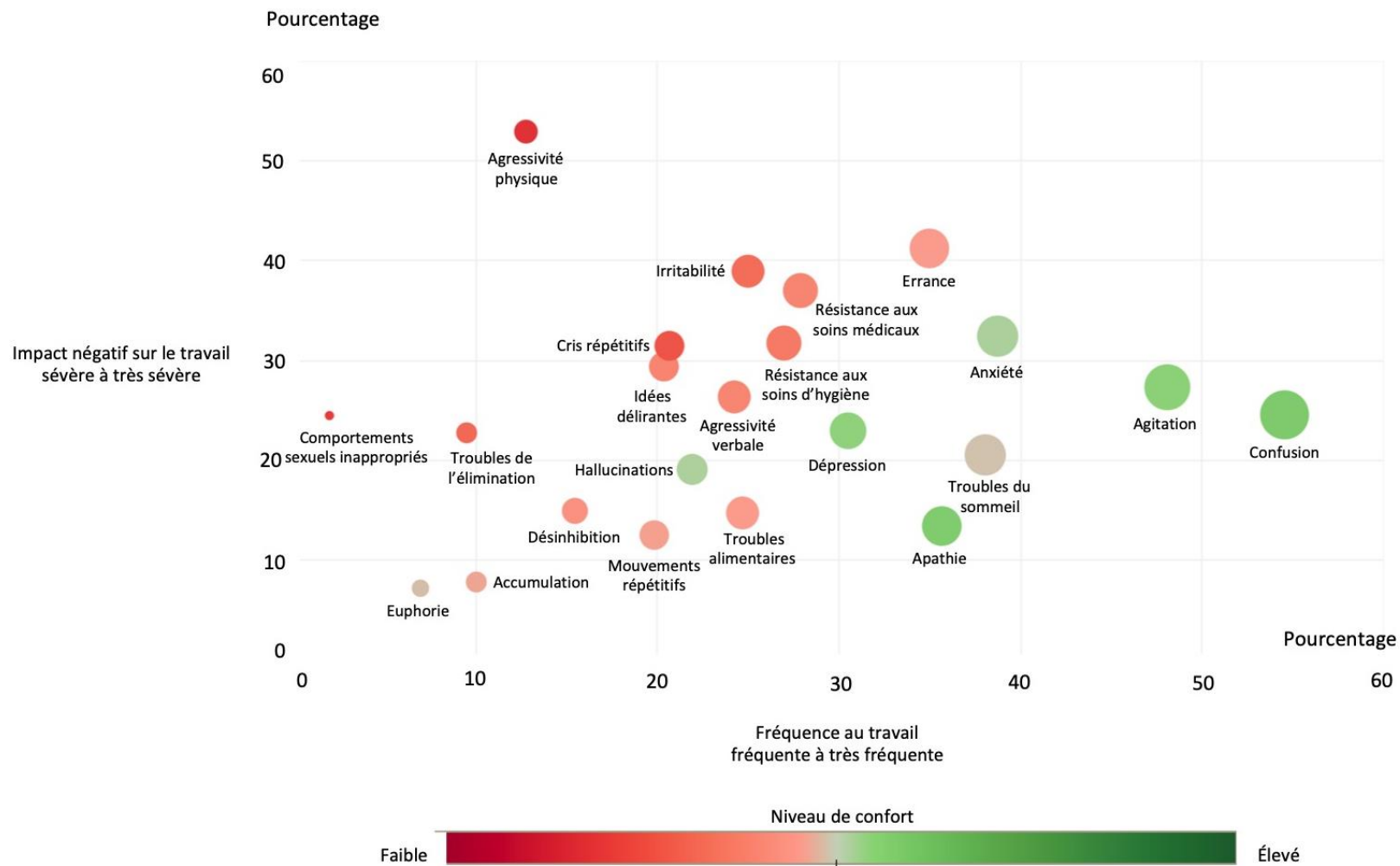
Par rapport aux autres catégories de personnel, les praticiens se sentent significativement plus confortables face à l'agressivité physique, l'irritabilité/colère, l'anxiété et l'agitation. Par contre, ils se sentent moins confortable face aux comportements d'élimination inappropriés.

### *Combinaison de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans la pratique et du niveau de confort face aux SCPD*

Pour l'ensemble des répondants, les SCPD qui sont à la fois rencontrés fréquemment, qui représentent un plus grand fardeau dans le travail quotidien et pour lesquels les répondants sont le moins confortables d'y faire face sont (Figure 1):

- Agressivité physique;
- Errance et tentative de fugue;
- Irritabilité et colère;
- Résistance aux soins médicaux;
- Cris répétitifs sans but;
- Résistance aux soins d'hygiène;
- Idées délirantes;
- Agressivité verbale.

Encore une fois, on constate que certains de ces symptômes et manifestations, telle la résistance aux soins, répondent habituellement peu ou pas aux interventions pharmacologiques et que certaines de ces manifestations ont des répercussions directes sur la dispensation et la participation aux soins.



**Figure 1. Perceptions de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans le travail et du niveau de confort face aux SCPD pour l'ensemble du personnel (tous les répondants, n = 621)**

La Figure 2 montre les particularités par catégorie de personnel par rapport à l'ensemble des répondants concernant les SCPD rencontrés fréquemment, qui représentent un plus grand fardeau dans le travail quotidien et pour lesquels les répondants sont le moins confortables. Pour les soignants au chevet, l'anxiété s'ajoute à la liste des SCPD perçus comme les plus perturbateurs énumérés plus haut. Les troubles de l'élimination et les comportements sexuels inappropriés s'ajoutent à ces SCPD pour les praticiens et les gestionnaires. Pour les autres professionnels, les comportements sexuels inappropriés s'ajoutent à ces SCPD. Pour ce qui est de l'errance/tentative de fugue, ce SCPD est perçu moins problématique pour les praticiens et autres professionnels contrairement aux soignants au chevet et les gestionnaires et agents administratif.

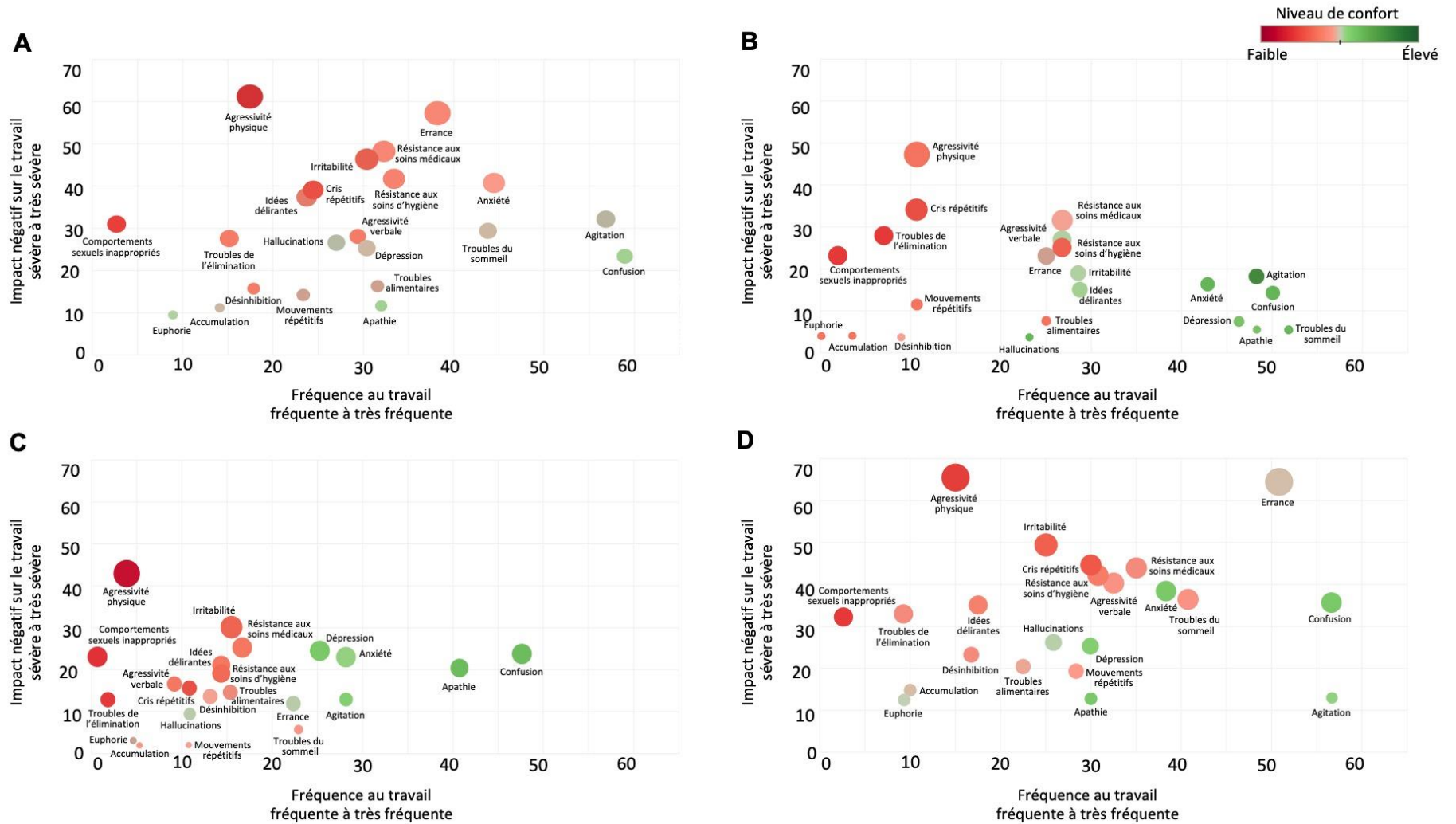
En contraste, les SCPD qui sont rencontrés fréquemment, qui représentent un moins grand fardeau dans le travail quotidien et pour lesquels l'ensemble des répondants sont le plus confortables d'y faire face sont (Figure 1, bulles vertes):

- Désorganisation du comportement et de la pensée (confusion);
- Agitation;
- Anxiété;
- Troubles du sommeil;
- Apathie et indifférence;
- Symptômes dépressifs.

On note qu'il existe des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques approuvées et jugées efficaces pour ces symptômes et manifestations ou que la dispensation de soins en présence de ces SCPD est moins problématique de manière générale. Les perceptions par rapport à ces SCPD sont similaires pour chaque catégorie de professionnels.

La Figure 2 montre (bulles vertes) les particularités par catégorie de personnel par rapport à l'ensemble des répondants concernant les SCPD rencontrés fréquemment, qui représentent un moins grand fardeau dans le travail quotidien et pour lesquels les répondants sont le plus confortables d'y faire face. Pour les soignants au chevet, il y a seulement la confusion et l'apathie/indifférence pour lesquels ils se sentent confortables. Pour les praticiens, l'agressivité verbale, l'irritabilité et les idées délirantes s'ajoutent aux SCPD moins problématiques. Pour les autres professionnels et les gestionnaires, ils se sentent moins confortables que l'ensemble des répondants envers les troubles du sommeil et les hallucinations.





**Figure 2. Perceptions de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans le travail et du niveau de confort face aux SCPD des différentes catégories de personnel.**

**A.** Intervenants au chevet (n = 270); **B.** Praticiens (n = 56); **C.** Autres professionnels (n = 174);

**D.** Agents administratif et gestionnaires (n = 120).

## Obstacles pour la dispensation des soins auprès de ces patients

Parmi les SCPD pouvant être rencontrés chez un patient âgé souffrant d'un trouble neurocognitif qui **perturbent le plus la dispensation de soins**, le premier choix des répondants est en ordre décroissant (tableau 2) :

- Agressivité physique;
- Agitation;
- Résistance aux soins médicaux;
- Apathie et indifférence;
- Agressivité verbale.

Le deuxième et troisième choix des répondants pour les SCPD étant considérés les plus perturbateurs étaient sensiblement les mêmes que ceux sélectionnés en premier choix. Encore une fois, on note que les SCPD rapportés ont des caractéristiques psychomotrices majoritairement hyperactives et que l'agressivité physique est de loin le SCPD le plus perturbateur pour les répondants.

**Tableau 2. SCPD qui perturbent le plus la dispensation de soins**

Top 5 des SCPD les plus perturbateurs (% de répondants; n = 621)	
<b>1<sup>er</sup> choix</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agressivité physique (51,4 %)</li><li>• Agitation (7,7 %)</li><li>• Résistance aux soins médicaux (6,8 %)</li><li>• Apathie et indifférence (6,1 %)</li><li>• Agressivité verbale (6,0 %)</li></ul>
<b>2<sup>ième</sup> choix</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agressivité physique (15,3 %)</li><li>• Agressivité verbale (13,8 %)</li><li>• Comportement moteur - cris répétitifs sans but (8,0 %)</li><li>• Agitation (6,9 %)</li><li>• Anxiété (6,6 %)</li></ul>
<b>3<sup>ième</sup> choix</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agitation (9,3 %)</li><li>• Anxiété (9,2%)</li><li>• Résistance aux soins médicaux (9,2%)</li><li>• Agressivité verbale (8,4 %)</li><li>• Errance et tentative de fugue (8,0 %)</li></ul>

Parmi les raisons qui font que les répondants ne se sentent pas confortables pour dispenser des soins appropriés aux patients âgés hospitalisés avec des troubles neurocognitifs qui présentent des SCPD, on retrouve le plus souvent (tableau 3) :

- Manque de personnel;
- Manque de temps;
- Manque de personnel spécialisé dans le domaine;
- Manque d'interventions non-pharmacologiques efficaces pour gérer les comportements;
- Problème de continuité dans les soins et les approches;
- Manque de compétences / formation.

**Tableau 3. Raisons de ne pas se sentir confortable pour dispenser des soins appropriés aux patients âgés hospitalisés avec troubles neurocognitifs qui présentent des SCPD**

Raisons	% de répondants (n = 621)
Manque de personnel (i.e.: surcharge de travail)	72,5
Manque de temps	61,0
Manque de personnel spécialisé dans le domaine	42,0
Manque d'interventions non-pharmacologiques efficaces	39,6
Problème de continuité dans les soins et les approches	37,4
Manque de compétences / formation (ex.: cours, ateliers, etc.)	36,1
Barrières linguistiques ou culturelles avec le patient et/ou sa famille	35,9
Environnement physique non-propice	35,7
Peur d'être blessé physiquement par le patient	34,1
Environnement de soins non-propice	30,0
Problèmes de communication entre les membres de l'équipe au niveau de l'unité	21,9
Problèmes logistiques / organisationnels (ex.: heures fixes des repas, etc.)	19,5
Manque d'outils pratiques (ex.: grilles)	17,6
Manque de soutien de la part des gestionnaires	16,3
Problèmes de collaboration interdisciplinaire	10,0
Peur des impacts sur sa santé mentale	8,9
Différents objectifs privilégiés par les membres de l'équipe	8,4
Problème de philosophie, de culture au niveau de l'unité et/ou de l'institution	8,2
Peur de poursuites légales ou de conséquences déontologiques	7,7
Manque d'intérêt	4,5
Autre (ne s'applique pas car pas de soins directs aux patients)	5,5

*Connaissances et pratiques actuelles des approches ou interventions possibles auprès de ces patients*

Outre pour l'approche de base de la gestion d'un SCPD, on constate que les approches non-pharmacologiques systématiques ou individualisées de prévention ou de gestion des SCPD sont fréquemment utilisées (3 à 4 fois par semaine ou plus) par 29,0 à 49,9% des répondants (tableau 4). Pour ce qui est des approches pharmacologiques, la prescription de médicaments pour une prise prolongée est fréquemment utilisée par 41,1% des répondants tandis qu'une prescription de médicaments au besoin est fréquemment utilisée par 37,4% des répondants. Pour ce qui est des mesures de contrôle physique, elles sont fréquemment utilisées par 12,4% des répondants. On note finalement que plus de 10% des répondants ne connaissent pas l'AAPA.

**Tableau 4. Fréquence d'utilisation d'approches ou d'interventions auprès des patients âgés présentant des SCPD**

Approches ou interventions (nombre de répondants)	Fréquemment	Rarement / occasionnellement	Très rarement / jamais	Je ne connais pas
Pourcentage de répondants				
Approche de base de la gestion d'un SCPD (ex. : communication efficace, adaptation de l'environnement, validation, diversion, réassurance, etc.) (n = 586)	55,3	31,4	10,2	3,1
Identification des causes sous-jacentes (ex.: physiques, psychiatriques, besoins non comblés, etc.) (n = 567)	49,9	33,2	13,2	3,7
Approche AAPA incluant les signes AINÉES et les alertes reliées (n = 571)	44,0	24,0	21,7	10,3
Interventions pharmacologiques - prescription de médicaments pour une prise prolongée (ex : antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques, etc.) (n = 450)	41,1	28,4	24,9	5,6
Interventions pharmacologiques - prescription de médicaments au besoin (i.e. contentions chimiques, des PRN, etc.) (n = 454)	37,4	31,7	25,3	5,5
Recadrage (Analyse de la situation sous un angle nouveau en se demandant par exemple: En quoi le SCPD est-il réellement dérangerant ? Quelles en sont les conséquences négatives réelles ? Qui en souffre réellement le plus (la personne ou son entourage ?) (n = 569)	33,6	41,7	20,2	4,6
Interventions non-pharmacologiques individualisées (ex : tenir compte de l'histoire biographique pour établir une activité structurée, de l'activité physique, musicothérapie, etc.) (n = 542)	29,0	36,3	29,2	5,5
Mesure de contrôle physique (n = 526)	12,4	39,2	46,0	2,5

Parmi les cinq catégories de guides et outils cliniques existants listées dans le sondage (tableau 5), près de 40 % des répondants rapportent en connaître aucun. La fiche tirée de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ) portant sur l'agitation dans les démences est la plus connue des répondants.

**Tableau 5. Utilisation des guides et outils cliniques sur la prise en charge des SCPD chez la personne âgée**

Guides ou outils cliniques	% de répondants (n = 621)
Fiche - Approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ) (MSSS): Agitation dans les démences	52,3
Guides du MSSS sur le traitement des SCPD (Processus clinique visant le traitement des SCPD ; Approche non pharmacologique visant le traitement des SCPD ; Approche pharmacologique visant le traitement des SCPD ; Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des SCPD)	15,3
Guides ou outils du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Guide pour les proches aidants et les intervenants - Problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer ; Aide-mémoire à l'intervention - SCPD ; Les soins de confort en fin de vie dans la maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives du cerveau: un guide pour les proches; Une histoire de vie)	2,7
Guides de l'INESSS (Usage approprié des antipsychotiques; Fiche d'accompagnement en soutien des outils de déprescription et d'usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des SCPD ; Outil - Déprescription des antipsychotiques)	7,9
Outils de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (10 Capsules de formation en ligne sur les SCPD pour les intervenants ; Capsules vidéo pour les proches aidants sur les principaux SCPD; Devenir aidant, ça s'apprend ; Comment réduire votre stress en cinq étapes)	7,4
Je ne connais aucun de ces guides ou outils	38,8

*Solutions générales et spécifiques pour améliorer les pratiques de soins auprès de ces patients*

Concernant la question générale portant sur les catégories de solutions qui pourraient aider à mieux intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées qui présentent des SCPD, celles qui ont été choisies par plus de 50 % des répondants sont : améliorer les ressources humaines (ex.: personnel régulier, spécialistes/consultants, conseillers, etc.) (80,7 %) ; améliorer les ressources physiques (ex.: environnement physique de l'unité, unité dédiée, etc.) (58,1 %) ; et améliorer la formation du personnel (56,5 %).

Les répondants étaient également invités à fournir des exemples concrets de solutions. Plus de 600 commentaires ont été collectés. Des commentaires partagés, sept grandes catégories de solutions ont émergé et sont résumées au tableau 6.

**Tableau 6. Synthèse des solutions concrètes proposées**

<p><b>Améliorer les ressources humaines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoir du personnel de soins infirmiers en quantité suffisante;</li> <li>▪ Avoir du personnel stable et compétent;</li> <li>▪ Avoir une personne ressource dédiée sur l'unité pour aider le personnel;</li> <li>▪ Avoir du personnel spécialisé disponible en tout temps;</li> <li>▪ Avoir accès à une équipe de consultation en gériatrie;</li> <li>▪ Avoir un poste d'intervenant en loisir, en éducation spécialisée ou un récréologue;</li> <li>▪ Avoir plus de personnel durant les heures de repas et aux moments clés de la journée;</li> <li>▪ Avoir des agents d'intervention spécialisés pour l'agressivité chez la personne âgée;</li> <li>▪ Avoir des interprètes disponibles lorsqu'il y a une barrière linguistique.</li> </ul>
<p><b>Améliorer les ressources physiques et l'organisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éviter la mixité de clientèle sur les unités;</li> <li>▪ Avoir une unité ou une section de l'unité dédiée aux patients âgées avec SCPD;</li> <li>▪ Avoir des unités barrées;</li> <li>▪ Avoir un environnement adapté pour les patients âgés sur les unités et à l'urgence;</li> <li>▪ Avoir des chambres adaptées;</li> <li>▪ Avoir des salles communes de type "salon";</li> <li>▪ Avoir des locaux calmes pour tenir des discussions privées ou pour intervenir auprès de patients agités.</li> </ul>
<p><b>Améliorer la formation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner des formations obligatoires lors de l'embauche à tous les employés;</li> <li>▪ Donner des formations obligatoires récurrentes obligatoires à tous les employés;</li> <li>▪ Avoir des formations touchant aux SCPD, à l'AAPA et aux interventions appropriées;</li> <li>▪ Avoir des formations théoriques et pratiques;</li> <li>▪ Avoir des formations sous plusieurs formats différents (en personne, en virtuel, etc.).</li> </ul>
<p><b>Améliorer les ressources cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adapter les outils à la réalité du terrain;</li> <li>▪ Diffuser des algorithmes qui énumèrent les SCPD et les interventions (arbres décisionnels);</li> <li>▪ Diffuser des grilles d'observation pour les comportements perturbateurs;</li> <li>▪ Avoir des plans d'intervention interdisciplinaire;</li> <li>▪ Avoir accès à du matériel pour faciliter la réafférentation (pour l'audition, la vision) des patients et la communication efficace ainsi que du matériel pour réduire les risques associés à l'errance et aux fugues i.e. de nature occupationnelle / récréationnelle (ex.: jeux ludiques adaptés à des usagers ayant des TNCM, crayons de cire non toxiques, matériels désinfectables ou à usage unique pour respecter les normes de la PCI.)</li> </ul>

**Tableau 6. suite**

<b>Implication des proches</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Inclure les proches dans les décisions et les processus;</li><li>▪ Permettre les proches au chevet.</li></ul>
<b>Communication avec les soins et services en communauté ou CHSLD</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Développer des canaux de communication efficaces entre les soins aigus et les milieux de vie pour assurer la continuité des interventions efficaces auprès des patients avec SCPD.</li></ul>
<b>Valorisation du travail en gériatrie</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Comprendre et apprécier la réalité des besoins des personnes âgées;</li><li>▪ Valoriser et bonifier le rôle des préposés aux bénéficiaires;</li><li>▪ Valoriser le rôle des intervenants et la mission des UCDG;</li><li>▪ Reconnaître la charge de travail que demande l'évaluation et l'application des approches pour les SCPD.</li></ul>

Pour chaque catégorie de solutions, les répondants ont fourni des exemples concrets :

1) Améliorer les ressources humaines

Plusieurs des répondants ont mentionné le besoin d'avoir du personnel de soins (infirmières et préposés aux bénéficiaires) en quantité suffisante. Certains répondants ont rapporté le fait que le manque de personnel faisait en sorte que les patients n'avaient pas toujours l'encadrement nécessaire, ce qui pouvait augmenter l'agitation, la désorganisation, le recours aux médicaments en PRN et l'utilisation des mesures de contrôle physique. Certains suggéraient d'avoir plus de personnel pour permettre de libérer des intervenants pour qu'ils puissent assister à des formations. Certaines suggestions incluaient: avoir plus de préposés aux bénéficiaires pour encadrer, faire bouger et aider les patients qui demandent plus de soins; avoir des soins continus proactifs avec les patients à risque de chute, de fugue ou d'errance; et augmenter le personnel de soir et de nuit. Un autre point fréquemment mentionné par les répondants était d'avoir plus de personnel durant les heures de repas et aux moments-clés de la journée.

Les répondants ont aussi fréquemment mentionné le besoin d'avoir du personnel stable et compétent. Certains ont rapporté le fait que le roulement et le manque de personnel sur les unités de soins et au service des urgences n'aidaient pas à assurer un suivi et une bonne connaissance des patients. Certaines suggestions incluaient: s'assurer que le personnel soit compétent et intéressé à s'occuper des personnes âgées; avoir une meilleure organisation des horaires du personnel; avoir une personne responsable d'unité qui assure la continuité des soins entre les quarts de travail et les différentes professions; réduire ou éviter de recourir au personnel d'agences privées. D'autres suggestions spécifiques faites incluaient: avoir une personne ressource dédiée sur l'unité pour aider le personnel (présence d'une personne spécialisée surnuméraire qui aide dans la mise en place du plan de soins); avoir un meilleur accès à du personnel spécialisé disponible en tout temps (ex. : ergothérapeute, physiothérapeute, pharmacien, gériatre, psychiatre, psychologues, intervenant en éducation spécialisée); avoir accès à une équipe de consultation en gériatrie; avoir un poste d'intervenant en loisir, en éducation spécialisée ou récréologue qui serait responsable des activités occupationnelles pour les patients.

## 2) Améliorer les ressources physiques

Certains répondants ont fait des suggestions par rapport à l'adaptation de l'environnement et l'organisation des unités. L'on suggérait: d'éviter la mixité de clientèle sur les unités, notamment parce que la présence de patients avec SCPD avec les autres patients hospitalisés, crée beaucoup d'anxiété chez certains patients (peur, crainte de vol, etc.); avoir une unité dédiée ou une section d'unité (ex. en chirurgie): pour les patients avec des comportements plus problématiques, et avoir un ratio personnel-patient moins élevé pour ces cas particuliers; avoir un environnement adapté pour les patients âgés sur les unités et à l'urgence: rendre l'environnement plus convivial avec repères visuels, horloge, calendrier, station avec matériel de stimulation tactile, matériel pour occuper les patients, corridors désencombrés qui laissent de la place pour prendre des pauses lors de la marche, un milieu sans sonnerie et lumière la nuit (diminuer les stimuli), trompe l'œil sur les murs pour contrer l'errance/fugue, fauteuil gériatrique adapté et sécuritaire; avoir des chambres adaptées telles qu'en évitant d'avoir des chambres multiples pour les patients avec comportement perturbateur; libérer l'espace: le manque d'espace rend les soins plus compliqués à prodiguer; la possibilité d'aménager un lit pour accueillir un proche en permanence afin de rendre l'environnement plus familial; d'avoir des salles communes de type "salon" pour les activités occupationnelles individuelles ou en groupe; et d'avoir des locaux calmes pour tenir des discussions privées ou pour intervenir auprès des patients agités.

## 3) Dispenser et améliorer la formation

L'amélioration de la formation des intervenants en soins aigus était l'un des thèmes les plus récurrents parmi les réponses des personnes sondées. Certains proposaient que des formations obligatoires (et non facultatives) soient données lors de l'embauche à tous les employés œuvrant sur les unités de soins et qu'elles soient redonnées à une fréquence régulière (par exemple, à chaque 6 mois). Certains répondants suggéraient des formations touchant aux SCPD, à l'AAPA et aux interventions appropriées non-pharmacologiques et pharmacologiques ainsi que sur comment intervenir avec un patient agressif ou agité. Certains répondants ont suggéré des formats différents de formation: des formations pratiques avec des mises en situation, avec des pistes de solutions concrètes et de la simulation; des formations développées à partir de la réalité des équipes et amener la théorie et non l'inverse; des formations qui regroupent ensemble les préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, médecins et autres professionnels (et non pas juste des formations individualisées) afin de permettre une meilleure compréhension des rôles de chacun, des défis de chacun; des capsules de formation sur les SCPD (exemple : vignettes cliniques en format web). Certains répondants ont suggéré que d'autres parties prenantes (i.e., autres que les soignants au chevet) devraient obtenir de la formation sur les SCPD, telles que les gestionnaires, les agentes administratives et le personnel de l'entretien. L'**annexe 1** présente des exemples de ressources pour la formation concernant la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements liés au délirium et autres TNC en soins de courte durée.

## 4) Améliorer les ressources cliniques

Plusieurs répondants ont mentionné l'importance d'adapter les outils à la réalité du terrain. Notamment, on suggérait: d'offrir des outils pour évaluer et mettre en place des plans d'intervention en lien avec les SCPD, adaptés à la réalité des unités de médecine ou chirurgie (manque de temps pour les remplir à travers les soins actifs); d'offrir des modèles de PTI; d'offrir des grilles et questionnaires que les familles peuvent remplir à l'admission de leur proche sur une unité de soins aigus afin de donner des recommandations concrètes; de diffuser des



algorithmes qui énumèrent les SCPD et les interventions non-pharmacologiques possibles et les causes (arbres décisionnels); de diffuser des grilles spécifiques à un problème particulier avec des interventions adaptées. Certains proposaient d'avoir d'emblée une grille dans tous les dossiers des patients présentant des SCPD afin que l'on identifie les causes et comment les prévenir ou les atténuer. Certains répondants ont mentionné l'importance d'avoir un plan d'intervention interdisciplinaire accessible pour tous et que ceci était un moyen de communiquer avec tous les intervenants les enjeux précis avec chaque patient (parfois les informations se perdent avec les changements de personnel). Finalement, certains répondants ont recommandé d'avoir un meilleur accès à du matériel pour faciliter la réafférentation des patients et la communication efficace ainsi que du matériel pour réduire les risques associés à l'errance, par exemple : des instruments de prise rapide des signes vitaux; des bracelet anti-fugue; des amplificateurs de voix (*pocket-talker*); des loupes, lunettes, piles pour appareils auditifs.

#### 5) Implication des proches

Un thème particulièrement récurrent était l'importance d'inclure les proches dans les décisions et les processus de soins, tant pour collecter des données et trouver des solutions que pour dispenser des soins. Le rôle d'alliés indispensables des proches fut régulièrement souligné. On rapportait l'utilité d'avoir un proche au chevet pour éviter d'utiliser des mesures de contrôle pour les personnes agitées ou désorientées, à risque de chute ou d'arracher sonde/soluté. Certains répondants ont mentionné le fait que le personnel ne réalise pas parfois que certains comportements sont reliés à un inconfort ou une souffrance que les proches peuvent identifier. Il fut aussi mentionné que certains patients ont besoin d'aide ou d'une présence en tout temps pour diminuer l'anxiété.

#### 6) Communication avec les soins et services en communauté ou CHSLD

Un thème récurrent dans les réponses des intervenants était l'importance d'obtenir de l'information provenant des autres institutions et des milieux de vie qui s'occupent des personnes âgées. Par exemple, certains intervenants au chevet ont mentionné l'utilité d'obtenir les informations du CHSLD pour assurer la continuité de l'horaire du patient et de ses préférences. On spécifiait le fait qu'à l'hôpital, la durée d'hospitalisation n'était pas forcément suffisamment longue pour bien comprendre le patient dans son entièreté et que les intervenants pouvaient perdre du temps en faisant des essais-erreurs pour déterminer les bonnes stratégies comportementales à implanter.

#### 7) Valorisation du travail en gériatrie

Finalement, plusieurs répondants ont mentionné l'importance de valoriser le travail auprès des personnes âgées. Comprendre et apprécier la réalité des besoins des personnes âgées et accorder les budgets requis : par exemple, les besoins de personnel, bénévoles et outils pour mieux gérer les SCPD : ex. chariot pour interventions non-pharmacologiques pour les occuper, les stimuler autrement, les détendre. Certaines des solutions proposées par les répondants incluaient: valoriser et bonifier le rôle des préposés aux bénéficiaires (qui assurent les soins continus, la stimulation, l'aide aux AVQ et à la marche); valoriser le rôle des intervenants et la mission des UCDG; reconnaître la charge de travail que demande l'évaluation et l'application des approches pour les SCPD; favoriser les initiatives créatives pour répondre aux besoins.

*Recension d'exemples d'initiatives ou projets (approches, mesures, expériences, etc.) qui ont été réalisés, avec ou sans succès, en lien avec cette problématique*

Quelques 24 initiatives et projets rattachés à neuf établissements de santé et services sociaux ont été recensés (tableau 7 et document complémentaire pour la description détaillée de chaque initiative, disponible sur demande : info@ruiss.umontreal.ca). Ces initiatives ont été implantées le plus souvent dans les trois dernières années et sont majoritairement toujours en cours. Elles ont été regroupées en six catégories:

- 1) **Ressources humaines** : création de postes (coach PDSB, technicien en loisir) ou valorisation du rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie ou accès à une équipe ambulatoire SCPD de 2<sup>ième</sup> ligne;
- 2) **Formation** : sur le délirium, PDSP/ ARS / SCPD/ gestion des comportements agressifs lors de l'intégration de nouveaux employés (ADS/PAB/INF);
- 3) **Outils cliniques** : fiches explicatives, grille comportementale d'observation, modèle de plan d'intervention;
- 4) **Activités physiques** : club de marche ou activité de marche encadrée;
- 5) **Environnement physique et matériel** : chariot d'activités sensorielles / ludiques / émotionnelles, matériel de diversion, activités récréationnelles, murales de diversion sur les portes de sortie, aménagement d'un solarium;
- 6) **Projets multi-composantes** : implantation de plusieurs initiatives des catégories précédentes.

**Tableau 7. Exemples d'initiatives ou projets pour la gestion des SCPD en soins aigus (médecine, chirurgie, UCDG) recensés dans neuf établissements de santé et services sociaux faisant partie du RUISSS de l'UdeM**

Ressources humaines
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coach pour les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires et pour l'approche relationnelle de soins en milieu hospitalier (CISSS des Laurentides);</li> <li>▪ Accès à l'équipe ambulatoire SCPD de 2<sup>ième</sup> ligne (CISSS des Laurentides);</li> <li>▪ Création d'un poste de technicien d'intervention en loisir (CISSS de Laval);</li> <li>▪ Valorisation du rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie (CISSS de la Montérégie-Est);</li> <li>▪ Valorisation du rôle de l'infirmière clinicienne à l'Unité ambulatoire d'évaluation gériatrique multidisciplinaire (UEGM) (CISSS de la Montérégie-Est);</li> <li>▪ Valorisation du rôle de l'infirmière clinicienne en gériatrie à l'UCDG et sur les autres unités de soins aigus (CHUM);</li> <li>▪ Accès à une infirmière conseillère en soins spécialisés aux personnes âgées avec une expertise en SCPD (CHUM);</li> <li>▪ Création d'une équipe Géri-Squad pour les patients âgés hospitalisés pour la COVID-19 qui inclue une infirmière clinicienne en gériatrie (CHUM);</li> <li>▪ Introduction de technicien et moniteur en loisir sur les unités d'UCDG (CISSS de la Montérégie-Est).</li> </ul>
Environnement physique et matériel
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chariot d'activités (thérapie de stimulation) - <i>projet en cours</i> (CHUM);</li> <li>▪ Chariot d'activités sensorielles / ludiques / émotionnelles (CHUM);</li> <li>▪ Interventions alternatives à l'application de mesures de contrôle (matériel de diversion): Radio, CD, crayons de couleur, casse-tête, LEGO, fauteuils berçant, livres lavables, détecteurs de prévention de chute, tapis antidérapants, etc. (CISSS de Laval);</li> <li>▪ Prévention de l'agitation verbale et physique (particulièrement l'errance) en contexte d'éclosion de COVID-19 via des activités récréationnelles sur papier (ex.: mots cachés simples, chercher les erreurs, coloriage, tic-tac-toe (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal);</li> <li>▪ Tapisserie motif "bibliothèque" sur les portes de sortie (CISSS Montérégie-Centre);</li> <li>▪ Murales de diversion sur les portes de sortie (CISSS de Laval);</li> <li>▪ Aménagement d'un solarium – <i>projet en cours</i> (CISSS de Laval).</li> </ul>
Formations
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation sur le délirium et les troubles du comportement (CHUM);</li> <li>▪ Formation de 2 jours sur la gestion des comportements agressifs offerte systématiquement lors de l'intégration de nouveaux employés, incluant sur les SCPD, l'approche relationnelle de soins et les principes de déplacement sécuritaire de personnes (CISSS de la Montérégie-Est).</li> </ul>
Ressources cliniques
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille comportementale d'observation des SCPD (CHUM);</li> <li>▪ Fiches explicatives sur les SCPD et les approches cliniques appropriées (CHUM);</li> <li>▪ Fiches d'aide concises (algorithme de prise en charge) sur l'agitation dans le contexte de patients âgés hospitalisés pour la COVID-19 (CHUM);</li> <li>▪ Modèles de plan d'interventions en lien avec différents SCPD (CISSS Montérégie-Centre).</li> </ul>
Activités physiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Club de marche de la médecine spécialisée (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal);</li> <li>▪ Activité de marche encadrée (pour respecter les directives de la PCI) (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal).</li> </ul>

## Tableau 7. suite

### Projets multi-composantes

- Aile sécurisée de médecine: réduction des surveillances particulières constantes auprès de la clientèle présentant un profil gériatrique, qui présente un trouble neurocognitif ou un délirium (CIUSSS Mauricie et Centre-du-Québec). Principales composantes du projet :
  - Portrait initial de la situation (coût des surveillances particulières, nombre d'heures de surveillance particulière, taux de prévalence des mesures de contrôle, débriefing avec les membres de l'équipe);
  - Élaboration du plan d'action et de communication;
  - Affichage et dotation du poste d'éducateur spécialisé 12h à 20h;
  - Mise en place d'un chariot multisensoriel;
  - Formation de l'ensemble du personnel sur la gestion des SCPD;
  - Implantation des tournées réconfortantes (tournées intensionnelles);
  - Suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de la performance du projet (tel que la satisfaction des familles).
- Interventions non-pharmacologiques pour le traitement des SCPD: en cours : zoothérapie, Jovia, la belle visite; à venir : aromathérapie, luminothérapie, horticulture, musicothérapie (CISSS de Laval).
- Formation des intervenants (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute) de l'unité de médecine, achat d'outils thérapeutiques, sessions de coaching (avec l'équipe SCPD de la première ligne et gériatre), embauche d'un éducateur spécialisé et secteur de l'unité de médecine dédié pour regrouper les usagers avec SCPD avec critères d'admission spécifiques (CISSS de Lanaudière).

Les personnes interviewées ont rapporté plusieurs éléments facilitateurs pour la planification, l'implantation et la pérennisation de ces initiatives et projets sur les unités de soins aigus, ainsi que plusieurs obstacles (tableau 8).

Parmi les éléments facilitateurs, on retrouve les éléments récurrents suivants : la volonté et la cohésion des intervenants sur l'unité, la volonté de la direction générale et des directions concernées, l'implication des chefs de services concernés, des AIC/ASI, des médecins, des bénévoles, un accès facilité à la formation, la présence d'expertise (ex. : gériatre, conseillère cadre, éducateur spécialisé/récréologue, coach PDSB-ARS, etc.), la mise en place d'un comité opérationnel avec un coordonnateur de projet, améliorer la communication entre les intervenants (différents quarts de travail et avec ceux de la communauté), budget pour la mise en place du projet.

Parmi les obstacles, on constate les éléments récurrents suivants : manque de ressources humaines, de personnel engagé, qui entraîne une capacité réduite de libération du personnel pour participer à un comité opérationnel ou à de la formation, manque de financement récurrent, incapacité de modifier l'environnement physique, règles de prévention des infections, communication déficiente entre les intervenants, personnel non régulier ayant peu de connaissance en soins pour la personne âgée, roulement du personnel ou des responsables du projet.

**Tableau 8. Synthèse des éléments facilitateurs et obstacles à la planification, l'implantation et la pérennisation de 24 initiatives ou projets pour la gestion des SCPD en soins aigus (médecine, chirurgie ou UCDG) recensés dans neuf établissements de santé et services sociaux faisant partie du RUISSS de l'UdeM**

Éléments facilitateurs	Obstacles
<p><b>Étape de planification</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volonté de la direction SAPA et de la DSI;</li> <li>▪ L'initiative et implication du chef de service et du chef des bénévoles;</li> <li>▪ Détermination de l'équipe de projet;</li> <li>▪ L'aide du bureau de projet pour la soumission;</li> <li>▪ Implication des AIC/ASI et du gestionnaire dans le projet;</li> <li>▪ Donation de matériel et la disponibilité de fonds pour le projet;</li> <li>▪ Dissémination à large échelle et disponibilité d'exemples d'activités ludiques de différents niveaux académiques sur internet;</li> <li>▪ Implication de la conseillère-cadre de l'unité de même que la volonté d'implication de la majorité du personnel régulier de l'UCDG;</li> <li>▪ Le déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et des signes AINÉES à l'hôpital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacité de libération des membres du comité opérationnel : temps à accorder à la planification et au développement du projet et au demande de subvention (présentation, documentation, budgétisation, etc.);</li> <li>▪ Enjeux de financement du projet;</li> <li>▪ Manque de ressources humaines, particulièrement dans le contexte de périodes d'éclosions à la COVID-19;</li> <li>▪ Vieillesse rapide de la population hospitalisée: demande importante et augmentation rapide des besoins;</li> <li>▪ Imposition des "projets innovateurs": personnel sur le plancher n'est pas impliqué dans le développement du projet;</li> <li>▪ Incapacité de modifier le milieu, l'unité (barrières institutionnelles).</li> </ul>
<p><b>Étape de l'implantation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien de la direction générale, de la directrice adjointe, mobilisation de l'équipe et du gestionnaire, mise en place d'un comité opérationnel de suivi du projet;</li> <li>▪ Rencontre régulière de l'équipe de soins et implication des médecins;</li> <li>▪ Implication de la conseillère-cadre de l'unité et des chefs de services;</li> <li>▪ Collaboration de l'association des bénévoles;</li> <li>▪ Intérêt et volonté d'implication de la majorité du personnel régulier;</li> <li>▪ Support de la part de l'équipe infirmière au soutien clinique, par exemple dans la création de différents gabarits de plans d'interventions pouvant être adaptés aux utilisateurs;</li> <li>▪ Volonté organisationnelle de procéder à un plan pour la mise en place de mesures alternatives aux mesures de contrôle;</li> <li>▪ Demande importante de tous les secteurs afin de recevoir de la formation afin d'outiller les équipes dans la gestion des SCPD;</li> <li>▪ Faible coût du matériel et approbation par le service de la Prévention des infections (PCI);</li> <li>▪ Soutien financier de la fondation de l'hôpital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Langage peu accessible pour assurer la bonne compréhension du contenu du matériel;</li> <li>▪ Fardeau sur les intervenants du projet qui est perçu comme inutile;</li> <li>▪ Communication déficitaire entre les intervenants et manque de continuité;</li> <li>▪ Incapacité de libérer l'équipe de soin pour obtenir la formation;</li> <li>▪ La Prévention des infections (PCI) qui ne considère pas l'hôpital comme un milieu de vie;</li> <li>▪ Personnel non régulier sur les UCDG (ex. : équipes volantes, temps partiel) qui n'ont pas les connaissances requises;</li> <li>▪ Manque de temps pour discuter avec les familles afin de recueillir le plus d'informations possibles pour s'assurer de bien rédiger le plan d'intervention;</li> <li>▪ Épisodes d'éclosions sur l'unité de soins limitant l'implantation des projets;</li> <li>▪ Projet non priorisé par l'organisation.</li> </ul>

**Tableau 8. suite**

Éléments facilitateurs	Obstacles
<b>Étape de la pérennisation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volonté collective de l'équipe de soins et de professionnels de l'unité de mener à bien le projet;</li> <li>▪ Présence d'un gériatre dans l'équipe;</li> <li>▪ Implication des ressources techniques pour le remplacement du matériel;</li> <li>▪ Projet en continu, qui se consolide de jour en jour car le personnel se sent concerné;</li> <li>▪ Création de postes réguliers, par exemple: éducateur spécialisé, coach PDSB-ARS, récréologue;</li> <li>▪ Suivi rigoureux d'indicateurs de performance;</li> <li>▪ Bonne communication entre les différents milieux de vie pour faciliter la gestion des SCPD (communauté, CHSLD).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de personnel spécialisé;</li> <li>▪ Manque de ressources cliniques, de temps protégé pour le personnel spécialisé;</li> <li>▪ Instabilité du personnel: nouveau personnel, manque de temps pour les former, manque de continuité;</li> <li>▪ Personnel non régulier sur les UCDG (ex. : équipes volantes, temps partiel);</li> <li>▪ Enjeux de diffusion et d'accessibilité;</li> <li>▪ Enjeux avec le respect des règles pour la prévention des infections;</li> <li>▪ Départ d'un responsable du projet;</li> <li>▪ Manque de temps du personnel ou personnel non régulier ne prend pas toujours la peine de lire les plans d'interventions des usagers;</li> <li>▪ Pandémie avec restrictions des visiteurs (moins de contact avec les familles);</li> <li>▪ Récurrence du financement.</li> </ul>

Il fut mentionné par les personnes interviewées que ces initiatives étaient fréquemment implantées sans évaluation formelle pré et post intervention. Toutefois, des indicateurs pouvaient être utilisés au niveau des questionnaires pour apprécier la retombée de ces interventions (cf. recension détaillée disponible sur demande : [info@ruissss.umontreal.ca](mailto:info@ruissss.umontreal.ca)), par exemple:

- Nombre d'heures de surveillance particulière constante et coûts associés;
- Nombre d'usagers rejoints par une activité / intervention de loisir;
- Satisfaction de la clientèle, des proches et des intervenants;
- Taux d'utilisation d'une mesure de contrôle (contention ou isolement);
- Communication interdisciplinaire;
- Nombre d'accident de travail;
- Nombre d'intervenants formés;
- Degré d'agitation de la clientèle;
- Nombre de code blanc;
- Taux de déclarations de situations dangereuses complétées par les employés;
- Nombre de consultations réalisées par l'infirmière clinicienne en gériatrie active.

Enfin, les personnes interviewées ont rapporté des résultats anticipés ou observés en lien avec les initiatives (cf. recension détaillée disponible sur demande : [info@ruissss.umontreal.ca](mailto:info@ruissss.umontreal.ca)), par exemple:

- Démystification des SCPD (via la formation et le coaching):
  - Compréhension commune de l'équipe;
  - Meilleur dépistage et identification de la présence de SCPD, meilleure description des manifestations cliniques;
  - Évitement des escalades des manifestations problématiques (i.e., désamorçage);
  - "Empowerment" des infirmières par rapport au dépistage et à la prise en charge des SCPD.
- Soins mieux adaptés aux besoins des usagers:
  - Diminution du déconditionnement des usagers (intervenir lors de trouble du comportement (errance, délirium, etc.));
  - Maintien des acquis des usagers (intellectuel, affectif, physique et social);
  - Susciter la motivation par l'accompagnement bénévole;
  - Maintenir des contacts sociaux (famille, proche, etc.);
  - S'accomplir sur le plan personnel (valorisation de son potentiel par le loisir);
  - Favoriser la relaxation, la détente;
  - Favoriser la concentration (oublier ses soucis, diversion);
  - Favoriser la participation libre et spontanée à des activités individuelles;
- Augmentation de la satisfaction des proches;
- Réduction de l'utilisation des antipsychotiques;
- Réduction des coûts liés à la surveillance particulière constante;
- Réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

## Recommandations

La survenue d'un SCPD ou d'un délirium chez une personne âgée en cours d'hospitalisation est une urgence gériatrique. Certains troubles du comportement peuvent se manifester sous forme d'agitation physique et/ou verbale et ce de manière agressive et non agressive. Ils sont à la source d'une souffrance et de détresse pour le patient, ses proches et pour les soignants en courte durée.

À la lumière des résultats du sondage auprès des intervenants travaillant sur les unités de soins hospitalières, des entrevues semi-structurées avec des experts dans le domaine et des discussions interdisciplinaires des membres du sous-comité de travail sur les SCPD, nous dégageons trois recommandations générales pour le MSSS, les maisons d'enseignement et les établissements de soins aigus:

- 1) Fournir la formation requise aux intervenants (ou futurs intervenants) afin qu'ils se sentent compétents pour prévenir, identifier et intervenir en lien avec les SCPD ou le délirium et ce en partenariat avec les proches;
- 2) Fournir (ou connaître) les ressources matérielles, humaines et physiques qui permettent d'appliquer les meilleures pratiques en lien avec les SCPD et le délirium;
- 3) Évaluer l'application des pratiques entourant les SCPD et le délirium chez la personne âgée hospitalisée en soins aigus afin d'en connaître l'ampleur et apporter les modifications requises.

Plus spécifiquement, les recommandations suivantes ont été élaborées pour chacune des instances concernées:

### Recommandations au MSSS:

1. Favoriser les opportunités de formation ainsi que la diffusion des nouvelles connaissances touchant aux SCPD et au délirium à tous les intervenants du système de santé. **[Formation; Diffusion des connaissances]**
2. Prioriser l'implantation et la pérennité des soins adaptés à la personne âgée (AAPA) et particulièrement la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle physiques et pharmacologiques. **[Organisation]**
3. Faciliter la communication et la collaboration entre les établissements de soins aigus et les intervenants dispensant des soins et des services en communauté ou en CHSLD. **[Organisation]**
4. Implanter le suivi d'indicateurs des meilleures pratiques, des pratiques délétères et du nombre d'heures de surveillance particulière en lien avec les SCPD et le délirium en soins aigus. **[Organisation]**
5. Sensibiliser la population par rapport aux TNCM, au délirium et aux SCPD. **[Diffusion des connaissances]**
6. Prioriser la formation et le recrutement de personnel en soins pour les personnes âgées incluant notamment du personnel spécialisé en SCPD. **[Planification stratégique; Formation; Recrutement]**



7. Financer les projets d'adaptation de l'environnement physique dans les milieux de soins aigus pour faciliter les soins aux personnes âgées souffrant d'un TNCM. **[Infrastructure]**

### **Recommandations aux maisons d'enseignement:**

1. Inclure des formations sur les SCPD et le délirium dans les curriculums de tous les programmes académiques et professionnels qui forment du personnel en milieu de soins aigus. **[Formation]**
2. Étudier les trajectoires de soins des patients avec SCPD ainsi que les obstacles à l'instauration d'approches et stratégies efficaces contre les SCPD en soins aigus, en soins de longue durée et en communauté. **[Organisation]**
3. Établir des canaux de diffusion des connaissances et des innovations avec les établissements en lien avec les meilleures pratiques pour les SCPD. **[Diffusion des connaissances]**
4. Tenir un répertoire des outils, guides, grilles et algorithmes disponibles pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD et les disséminer aux utilisateurs. **[Diffusion des connaissances]**
5. Valoriser le travail auprès des personnes âgées à travers l'institution, à tous les étudiants en soins de santé et services sociaux. **[Culture et valorisation; Recrutement]**
6. Valoriser et favoriser le partage des connaissances et de l'expertise en soins pour les personnes âgées, notamment en réduisant les barrières à la diffusion des connaissances et du travail en silo. **[Culture et valorisation]**
7. Privilégier et favoriser la formation spécialisée sur les SCPD dans les programmes d'études supérieures en soins à la personne âgée (incluant dans la formation des gestionnaires et des cliniciens). **[Formation; Culture et valorisation]**
8. Réviser et remédier aux barrières institutionnelles empêchant les innovations et l'implantation de solutions en milieu de soins aigus, notamment par rapport à la gestion des risques des infections. **[Infrastructure]**
9. Revoir la conception des plans d'aménagement des nouveaux centres hospitaliers dans le cadre d'une population vieillissante pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées ainsi que du personnel travaillant sur les unités de soins. **[Infrastructure]**
10. Étudier le vieillissement de la population et l'utilisation croissante des soins aigus par les personnes âgées souffrant de TNCM. **[Planification stratégique]**

### **Recommandations aux établissements de soins aigus:**

1. Donner des formations obligatoires de base à tous les nouveaux employés, incluant les gestionnaires, sur les SCPD en milieu de soins aigus et tenir des ateliers de rappel ou de consolidation des acquis sur la prise en charge optimale des SCPD (prévenir, identifier, intervenir) en partenariat avec les proches. **[Formation]**
2. Éviter la mixité de la clientèle sur les unités, si possible regrouper les patients avec SCPD dans une unité ou secteur d'une unité et doter ce secteur d'un nombre adéquat de

personnel régulier, formé et spécialisé compétent avec des outils cliniques et un environnement physique adaptés. **[Organisation]**

3. Prendre en considération dans l'organisation du travail que le fardeau des SCPD sur le personnel augmente en fin de journée par le caractère crépusculaire de ceux-ci. **[Organisation]**
4. Évaluer les pratiques (indicateurs des meilleures pratiques et des pratiques délétères, nombre d'heures de surveillance particulière, audits) et le niveau de confort du personnel par rapport à la prise en charge de patients âgés présentant des SCPD et le niveau d'épuisement afin d'augmenter leur sentiment de compétence. **[Organisation]**
5. Tenir un répertoire des outils, guides, grilles et algorithmes disponibles pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD ainsi que la présence locale d'experts et de champions dans le domaine. **[Diffusion des connaissances]**
6. Valoriser le travail auprès des personnes âgées à travers l'établissement, à tous les employés et renforcer la notion que la gériatrie est une spécialité considérant que vieillissement normal et/ou pathologique complexifie la situation des usagers âgés en se surajoutant à la condition médicale et/ou chirurgicale ayant menée à l'hospitalisation. **[Culture et valorisation; Recrutement]**
7. Reconnaître l'importance et la contribution significative des proches aidants et des bénévoles volontaires et les impliquer activement dans la dispensation de soins au chevet des patients. **[Culture et valorisation]**
8. Valoriser et favoriser la communication avec les intervenants en communauté et les proches aidants ainsi que la communication inter-établissement et intra-établissement, en continuité avec les trajectoires des patients. **[Culture et valorisation]**
9. Prévoir dans le recrutement du personnel de soins au chevet formé (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) en quantité suffisante ainsi que du personnel spécialisé en SCPD (ex: infirmière clinicienne spécialisée, éducateurs spécialisés). **[Recrutement; Organisation]**
10. Réviser et remédier aux barrières institutionnelles empêchant les innovations et l'implantation de solutions en milieu de soins aigus, notamment par rapport à la gestion des risques des infections. **[Infrastructure]**

En complément de ces recommandations prioritaires, une liste de stratégies gagnantes et d'exemples concrets sont énumérées à l'**Annexe 3**.

## Conclusion

Considérant l'augmentation constante du nombre de personnes âgées atteintes de TNCM dans la population et qui nécessiteront éventuellement des soins en milieu hospitalier, la gestion optimale des SCPD doit être une priorité gouvernementale considérant ces impacts humains importants (tant au niveau des personnes âgées, des proches et du personnel en milieu hospitalier) et les coûts financiers qui y sont associés.

Le présent rapport sera transmis aux instances concernées afin que des actions concrètes, inspirées par le personnel œuvrant sur le terrain, soient déployées à court, moyen et long terme. Les recommandations ont le but ultime de favoriser des soins de qualité et efficaces auprès des personnes âgées atteintes d'un TNCM et présentant des SCPD lors d'une hospitalisation dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés sur le territoire du RUISSS de l'Université de Montréal et à travers l'ensemble du Québec.

## Remerciements

Le sous-comité de travail remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé aux travaux et tout spécialement aux intervenants des unités de soins qui ont pris le temps de répondre au sondage malgré le contexte pandémique.

## Références bibliographiques

1. Gauthier S, Rosa-Neto P, Morais JA, Webster C: **World Alzheimer Report 2021 Journey through the diagnosis of dementia** London (England): Alzheimer's Disease International; 2021, <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf> [consulté le 8 juin 2022].
2. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S: **Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study**. *JAMA* 2002, **288**(12):1475-1483.
3. Kales HC: **Common Sense: Addressed to Geriatric Psychiatrists on the Subject of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia**. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2015, **23**(12):1209-1213.
4. Agence de la santé publique du Canada: **Viellissement et maladies chroniques**. Ottawa (Ontario, Canada): Agence de santé publique du Canada; 2020, [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report\\_2021-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf) [consulté le 8 juin 2022].
5. **Estimations de la population selon l'âge et le sexe, Québec, 1<sup>er</sup> juillet 1971 à 2021**
6. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC): **Démence, y compris la maladie d'Alzheimer, prévalence brute, pourcentage, 65 ans et plus, Québec, 2017**: Gouvernement du Canada; 2019, <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/> [consulté le 19 août 2022].
7. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC): **Démence, y compris la maladie d'Alzheimer, prévalence brute, pourcentage, 2017, Québec, répartition par âge**: Gouvernement du Canada; 2019, <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/Age?G=24&V=16&M=5> [consulté le 19 août 2022].
8. Institut de la statistique du Québec: **Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066, Édition 2019**. Québec (Québec, Canada): ISQ; 2019, [https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01661FR\\_Perspective\\_demo2019H00F00.pdf](https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01661FR_Perspective_demo2019H00F00.pdf) [consulté le 19 août 2022].
9. Ministère de la santé et des services sociaux BddM-É: **S04 - Sommaire départs et jours d'hospitalisation selon groupe d'âge et sexe - 2019-2020 - Soins physiques et psychiatriques de courte durée**. Québec (Québec, Canada): Régie de l'assurance maladie du Québec; 2022, <https://www.donneesquebec.ca/recherche/dataset/med-echo-rapport-s04-sommaire-de-departs-et-jours-d-hospitalisation-selon-groupe-d-age-et-sexe/resource/7b90058c-d00b-4f53-8041-9914c1d8dfa4> [consulté le 19 août 2022].
10. Chan B, Cochcrane D: **Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens. Section « Que peut-on faire pour améliorer la sécurité des patients? »** Ottawa (Ontario, Canada): Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); 2016, [https://secure.cihi.ca/free\\_products/cihi\\_cpsi\\_hospital\\_harm\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_fr.pdf) [consulté le 8 juin 2022].
11. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS): **Démence dans les hôpitaux**: ICIS; 2017, <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-dans-les-hopitaux#stay> [consulté le 19 août 2022].
12. van Lieshout C, Schuit E, Hermes C, Kerrigan M, Frederix GWJ: **Hospitalisation costs and health related quality of life in delirious patients: a scoping review**. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2022, **169**:28-38.

13. Sinvani L, Strunk A, Patel V, Shah S, Mulvany C, Kozikowski A, Boltz M, Pekmezaris R, Wolf-Klein G: **Constant Observation Practices for Hospitalized Persons With Dementia: A Survey Study.** *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 2019, **34**(4):223-230.
14. Gilmore-Bykovskiy AL, Fuhr H, Jin Y, Benson C: **Use of Direct In-Person Observation in the Care of Hospitalized Older Adults with Cognitive Impairment: A Systematic Review.** *J Gerontol Nurs* 2020, **46**(5):23-30.
15. Pinkhasov A, Singh D, Chavali S, Legrand L, Calixte R: **A Proactive Behavioral Health Service Model to Address Use of Constant Observation in a General Hospital.** *Psychiatric services* 2018, **69**(3):251-253.
16. Laws D, Crawford CL: **Alternative strategies to constant patient observation and sitters: a proactive approach.** *J Nurs Adm* 2013, **43**(10):497-501.
17. Donnelly M, McElhaney J, Carr M: **Improving BC'S care for persons with dementia in emergency departments and acute care hospitals.** Victoria (BC, Canada): Government of British Columbia; 2011, <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/people/seniors/about-seniorsbc/pdf/improvingcaredementiareport2011.pdf> [consulté le 8 juin 2022].
18. Bélanger L, Hamel M, Coulombe M, Rhainds M: **Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement (UETMIS 07-12).** Québec (Québec, Canada): Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Québec (UETMIS-CHU de Québec); 2012, <https://www.chudequebec.ca/chudequebec.ca/files/38/38408a90-ce14-4a87-8532-8e40aba00936.pdf> [consulté le 8 juin 2022].
19. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale: **Procédure relative au recours à la surveillance des usagers - Projet pilote.** Québec (Québec, Canada): CIUSSS de la Capitale-Nationale; 6 novembre 2017, <https://aqiism.org/wp-content/uploads/2018/11/CIUSSSCN-DSI-PR-003-Proc%C3%A9dure-relative-au-recours-%C3%A0-la-surveillance-Projet-pilote-2017-10-06.pdf> [consulté le 8 juin 2022].

## Annexes

### Annexe 1. Exemples de ressources pour la formation concernant la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements reliés au délirium et autres TNC en soins de courte durée

Ressources	Description	Coordonnées
Documents portant sur les SCPD du MSSS - Initiative Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Processus clinique visant le traitement des SCPD</a></li> <li>• <a href="#">Approche non pharmaco visant le traitement des SCPD</a></li> <li>• <a href="#">Approche pharmaco visant le traitement des SCPD</a></li> <li>• <a href="#">Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des SCPD</a></li> <li>• <a href="#">Équipe ambulatoire SCPD : Les paramètres organisationnels</a></li> </ul>	<p>Site internet :</p> <p>Processus clinique et outils : <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/pr ofessionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/processus-cliniques-et-outils/">https://www.msss.gouv.qc.ca/pr ofessionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/processus-cliniques-et-outils/</a></p> <p>Formation et mentorat : <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/pr ofessionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/formation-et-mentorat/">https://www.msss.gouv.qc.ca/pr ofessionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/formation-et-mentorat/</a></p>
Approche adaptée à la personne âgée - MSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Fiche Agitation dans la démence</a></li> <li>• <a href="#">Fiche Delirium</a></li> </ul> <p>Formations en ligne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier, hors et en unités de soins (30 minutes)</li> <li>• Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA) (17 minutes)</li> <li>• Formation de base AAPA (1h30m)</li> </ul>	<p>Site internet : ENA provincial du MSSS : <a href="https://fcp.rtss.qc.ca/my/">https://fcp.rtss.qc.ca/my/</a></p>
Équipes spécialisées SCPD de 2 <sup>ième</sup> et 3 <sup>ième</sup> ligne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Outils développés par l'équipe SCPD de l'IUGM</a></li> <li>• <a href="#">Formulaire de référence de l'équipe ambulatoire SCPD</a></li> <li>• <a href="#">Télé Santé</a></li> <li>• <a href="#">Présentation de base pour donner de la formation</a> (collaboration avec le MSSS)</li> </ul>	<p>Site internet : <a href="https://ccsmtlpro.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation-par-sujets/alzheimer/symptomes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-demence-scpd/">https://ccsmtlpro.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation-par-sujets/alzheimer/symptomes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-demence-scpd/</a></p>
Capsules de formation en ligne sur les SCPD développée par des spécialistes de l'Université de Montréal, Mc Gill, Laval et Sherbrooke. Ces capsules sont accréditées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capsule 1 - Introduction aux SCPD (10 minutes)</li> <li>• Capsule 2 - Évaluation des SCPD (23 minutes)</li> <li>• Capsule 3 - Approche de base (13 minutes)</li> <li>• Capsule 4 - Interventions non pharmacologiques (26 minutes)</li> <li>• Capsule 5 - Interventions pharmacologiques (26 minutes)</li> <li>• Capsule 6 : Les différents types de troubles neurocognitifs (TNC) (17 minutes)</li> <li>• Capsule 7 : La résistance aux soins d'hygiène (30 minutes)</li> </ul>	<p>Site internet : ENA provincial du MSSS <a href="https://fcp.rtss.qc.ca/my/">https://fcp.rtss.qc.ca/my/</a></p>

Ressources	Description	Coordonnées
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capsule 8 : La désinhibition sexuelle (29 minutes)</li> <li>• Capsule 9 : Errance, comportements moteurs et vocaux répétitifs (24 minutes)</li> <li>• Capsule 10 : Troubles du sommeil et syndrome crépusculaire (durée non disponible)</li> <li>• Capsule 11 : Musicothérapie en contexte SCPD (durée non disponible)</li> </ul>	
<b>Optimiser nos interventions chez les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs</b> Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	La formation se déroule en 4 capsules vidéo d'environ 45 minutes. Cette formation vous permettra de mieux comprendre les TNCM et les SCPD, de connaître les différentes approches d'intervention autant pour la gestion des soins d'hygiène, le besoin de marche (errance), les comportements moteurs aberrants, la désinhibition sexuelle et l'agressivité.	Site internet : ENA provincial du MSSS : <a href="https://fcp.rtss.qc.ca/my/">https://fcp.rtss.qc.ca/my/</a>
<b>Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</b>	<b>Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) – Optimiser nos interventions</b>  <b>Public cible :</b> Cette formation d'une journée s'adresse à tout le personnel clinique, plus particulièrement : infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, ainsi qu'aux auxiliaires familiales et sociales, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, TRP, travailleurs sociaux et tout le personnel administratif et de soutien en contact avec la clientèle.	Site internet : <a href="https://iugm.ca/fr/activites-formation/formation-continue/formations-iugm">https://iugm.ca/fr/activites-formation/formation-continue/formations-iugm</a>
<b>Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</b>	<b>Troubles de comportement, troubles psychiatriques, troubles cognitifs : comment s'y retrouver ?</b>  <b>Public cible</b> Cette formation d'une journée s'adresse aux infirmières auxiliaires, infirmières, ASI/AIC, préposés aux bénéficiaires, chefs d'unité, professionnels de la santé et gestionnaires du réseau de la santé.	Site internet : <a href="https://iugm.ca/fr/activites-formation/formation-continue/formations-iugm">https://iugm.ca/fr/activites-formation/formation-continue/formations-iugm</a>
<b>Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement.</li> <li>• Le délirium</li> </ul>	Site internet : <a href="https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guideptism/constats-guides-cliniques/spcd">https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guideptism/constats-guides-cliniques/spcd</a>  <a href="https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guideptism/constats-guides-cliniques/spcd">https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guideptism/constats-guides-cliniques/spcd</a>

Ressources	Description	Coordonnées
<b>CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les agressions et la violence</li> </ul>	<p><a href="#">cliniques/delirium</a></p> <p>Site internet :  <a href="https://ciusssmq.ca/prendre-soin-de-soi/soins-infirmiers-cardio-respiratoire-et-assistance/hebergement/les-agressions-et-la-violence/">https://ciusssmq.ca/prendre-soin-de-soi/soins-infirmiers-cardio-respiratoire-et-assistance/hebergement/les-agressions-et-la-violence/</a></p>
<b>Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approche interprofessionnelle structurée pour la prévention, l'évaluation et la gestion des comportements perturbateurs reliés au délirium et autres troubles neurocognitifs en UCDG</li> </ul>	<p>Site internet :  <a href="https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/RUSHGQ_Approche_comportement_perturbateur_en_UCDG_5fev2018_FI_NALE.pdf">https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/RUSHGQ_Approche_comportement_perturbateur_en_UCDG_5fev2018_FI_NALE.pdf</a></p> <p>Sommaire:  <a href="https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/RUSHGQ_SOMMAIRE_Approche_comportement_perturbateur_en_UCDG_5fev2018.pdf">https://rushgq.org/wp-content/uploads/2020/06/RUSHGQ_SOMMAIRE_Approche_comportement_perturbateur_en_UCDG_5fev2018.pdf</a></p>
<b>Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation et soulagement de la douleur chez la personne âgée souffrant de démence et incapable de communiquer verbalement :  <a href="https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOP1051?inheritRedirect=true">https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOP1051?inheritRedirect=true</a></li> <li>Démences: comprendre, évaluer et intervenir :  <a href="https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOP1011/demences-comprendre-evaluer-et-intervenir">https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOP1011/demences-comprendre-evaluer-et-intervenir</a></li> </ul>	<p>Site internet :  <a href="https://www.oiiq.org/fr/formation/toutes-les-formations">https://www.oiiq.org/fr/formation/toutes-les-formations</a></p>
<b>Ordre des ergothérapeutes du Québec</b>	<p>Troubles neurocognitifs majeurs et SCPD</p> <p>Troubles neurocognitifs majeurs et SCPD: pratique avancée pour les ergothérapeutes</p>	<p>Site internet :  <a href="https://portail.oeq.org/accueil/magpage.zul?idMagPage=AKA8E0B8895332138E8AKA">https://portail.oeq.org/accueil/magpage.zul?idMagPage=AKA8E0B8895332138E8AKA</a></p>
<b>Centre AvantÂge</b> Pour les personnes âgées et les personnes proches aidantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, c'est quoi ?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Propos répétitifs</li> <li>Désinhibition</li> <li>Mieux communiquer</li> <li>Environnement</li> <li>Prendre soin de vous</li> </ul>	<p>Site internet :  <a href="http://centreavantage.ca/ressources/scpd/">http://centreavantage.ca/ressources/scpd/</a></p>



## Annexe 2. Tableaux et figures supplémentaires

**Tableau S1. Fréquence d'interaction avec des patients âgés souffrant de troubles neurocognitifs en fonction des SCPD**

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	Tous (n = 621)			Jour (n = 446)	Soir / Nuit / variable (n = 175)	Valeur P <sup>a</sup>	Personnel au chevet (n = 270)	Paracliniciens (n = 174)	Gestionnaires (n = 120)	Praticiens (n = 56)	Valeur P <sup>b</sup>
	Très fréq. à fréq.	Occ. à rarement	Très rar. à jamais	Très fréq. à fréq. vs autres	Très fréq. à fréq. vs autres		Très fréq. à fréq. vs autres	Très fréq. à fréq. vs autres	Très fréq. à fréq. vs autres	Très fréq. à fréq. vs autres	
	%			%			%				
Fréquence globale d'interaction avec des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs	71,3	20,2	8,5	69,3	76,6	0,076	73,3	74,1	63,3	69,6	0,170
Désorganisation et confusion	54,4	35,1	10,5	49,6	66,9	<0,001*	58,9	47,7	56,7	50,0	0,110
Agitation	48,0	38,0	14,0	41,9	63,4	<0,001*	56,7	28,2	56,7	48,2	<0,001*
Anxiété	38,6	45,7	15,6	33,6	51,4	<0,001*	44,4	28,2	38,3	42,9	0,006*
Troubles du sommeil	38,0	42,5	19,5	31,2	55,4	<0,001*	43,7	23,0	40,8	51,8	<0,001*
Apathie et indifférence	35,6	45,4	19,0	35,0	37,1	0,642	31,9	40,8	30,0	48,2	0,026
Errance et tentative de fugue	34,9	38,5	26,6	31,2	44,6	0,002*	38,1	22,4	50,8	25,0	<0,001*
Symptômes dépressifs	30,4	51,2	18,4	29,4	33,1	0,383	30,4	25,3	30,0	46,4	0,030*
Résistance aux soins médicaux	27,9	49,3	22,9	25,3	34,3	0,029*	32,2	16,7	35,0	26,8	0,001*
Résistance aux soins d'hygiène	26,9	47,7	25,4	24,4	33,1	0,034*	33,3	14,4	30,8	26,8	<0,001*
Irritabilité et colère	25,0	53,0	22,1	21,7	33,1	0,004*	30,4	15,5	25,0	28,6	0,005*
Troubles de l'appétit	24,6	43,2	32,2	20,9	34,3	0,001*	31,5	15,5	22,5	25,0	0,002*
Agressivité verbale	24,2	48,6	27,2	20,0	34,9	<0,001*	29,3	9,2	32,5	26,8	<0,001*
Hallucinations	21,9	50,7	27,4	18,4	30,9	0,001*	27,0	10,9	25,8	23,2	0,001*
Cris répétitifs sans but	20,6	40,3	39,1	17,5	28,6	0,003*	24,4	10,9	30,0	10,7	<0,001*
Idées délirantes	20,3	47,8	31,9	18,2	25,7	0,045*	23,7	14,4	17,5	28,6	0,034*
Mouvements répétés sans but	19,8	39,1	41,1	16,6	28,0	0,002*	23,3	10,9	28,3	10,7	<0,001*
Désinhibition et impulsivité	15,5	48,0	36,6	13,9	19,4	0,108	17,8	13,2	16,7	8,9	0,292
Agressivité physique	12,7	43,5	43,8	11,2	16,6	0,082	17,4	4,0	15,0	10,7	<0,001*
Rituels d'accumulation	10,0	32,7	57,3	8,3	14,3	0,036*	14,1	5,2	10,0	3,6	0,007*
Comp. d'élimination inappropriés	9,5	36,6	53,9	7,0	16,0	0,001*	15,2	1,7	9,2	7,1	<0,001*
Euphorie	6,9	42,0	51,0	6,5	8,0	0,488	8,9	4,6	9,2	0,0	0,043*
Comp. sexuels inappropriés	1,9	18,7	79,4	2,0	1,7	1,000	2,6	0,6	2,5	1,8	0,472

<sup>a</sup> Test de Fisher <sup>b</sup> Test de Chi-Carré \* Différence statistiquement significative



**Tableau S2. SCPD chez les patients âgés souffrant de troubles neurocognitifs ayant le plus d'impact négatif (fardeau)**

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (nombre de répondants se déclarant exposés)	Tous			Jour	Soir / Nuit / variable	Valeur P <sup>a</sup>	Personnel au chevet	Paracliniciens	Gestionnaires	Praticiens	Valeur P <sup>b</sup>
	Très sévère / sévère	Modéré / léger	Minimal / Aucun	Très sévère / sévère vs autres	Très sévère / sévère vs autres		Très sévère / sévère vs autres	Très sévère / sévère vs autres	Très sévère / sévère vs autres	Très sévère / sévère vs autres	
	%			%			%				
Agressivité physique (n=587)	55,9	30,3	13,8	50,2	69,6	<0,001*	61,1	43,0	65,5	47,2	<0,001*
Errance et tentative de fugue (n=591)	43,3	39,6	17,1	36,4	60,1	<0,001*	57,2	11,9	64,5	23,1	<0,001*
Irritabilité et colère (n = 605)	39,8	46,0	14,2	37,0	46,9	0,028*	46,3	30,0	49,5	18,9	<0,001*
Résistance aux soins médicaux (n = 577)	39,7	43,3	17,0	35,0	50,9	<0,001*	48,1	25,2	44,0	31,5	<0,001*
Résistance aux soins d'hygiène (n= 576)	34,2	45,8	20,0	32,2	39,3	0,102	41,6	19,1	42,2	25,0	<0,001*
Anxiété (n = 606)	33,2	53,6	13,2	29,1	43,4	0,001*	40,7	22,9	38,4	16,4	<0,001*
Cris répétitifs sans but (n = 589)	33,1	47,9	19,0	29,4	42,1	0,004*	38,9	15,5	44,6	34,0	<0,001*
Idées délirantes (n= 599)	30,4	51,1	18,5	25,3	43,2	<0,001*	37,3	21,1	35,1	15,1	<0,001*
Comp. sexuels inappropriés (n = 539)	28,2	40,3	31,5	26,9	31,4	0,339	31,0	23,0	32,3	23,1	0,222
Agitation (n=606)	27,9	55,6	16,5	23,4	39,1	<0,001*	32,1	12,9	45,5	18,2	<0,001*
Agressivité verbale (n=608)	26,8	56,1	17,1	23,7	34,7	0,008*	28,0	16,4	40,2	26,8	<0,001
Désorganisation et confusion (n= 610)	24,9	58,9	16,2	23,2	29,3	0,121	23,4	23,8	35,7	14,3	0,013*
Comp. d'élimination inappropriés (n=570)	24,7	50,7	24,6	23,8	26,9	0,459	27,6	12,8	33,0	28,0	0,001*
Symptômes dépressifs (n=602)	23,6	59,8	16,6	23,1	24,7	0,673	25,4	24,4	25,2	7,4	0,036*
Troubles du sommeil (n = 579)	21,9	50,6	27,5	17,8	31,8	<0,001*	29,3	5,7	36,4	5,5	<0,001*
Hallucinations (n = 604)	19,5	58,9	21,5	17,4	24,9	0,041*	26,5	9,4	26,1	3,7	<0,001*
Troubles de l'appétit (n = 575)	15,8	57,0	27,1	15,7	16,1	0,901	16,3	14,6	20,4	7,7	0,214
Désinhibition et impulsivité (n = 596)	15,3	62,2	22,5	15,8	14,0	0,595	15,6	13,5	23,1	3,8	0,012*
Apathie et indifférence (n= 605)	13,7	63,3	23,0	14,4	12,1	0,454	11,6	20,3	12,8	5,5	0,014*
Mouvements répétés sans but (n=583)	13,2	56,6	30,2	12,9	14,0	0,789	14,1	8,2	19,4	11,5	0,059
Rituels d'accumulation (n = 550)	8,7	48,2	43,1	7,7	11,2	0,189	11,2	2,0	14,9	4,0	0,001*
Euphorie (n = 569)	7,7	57,5	34,8	7,8	7,5	1,0	9,5	3,1	12,3	4,0	0,020*

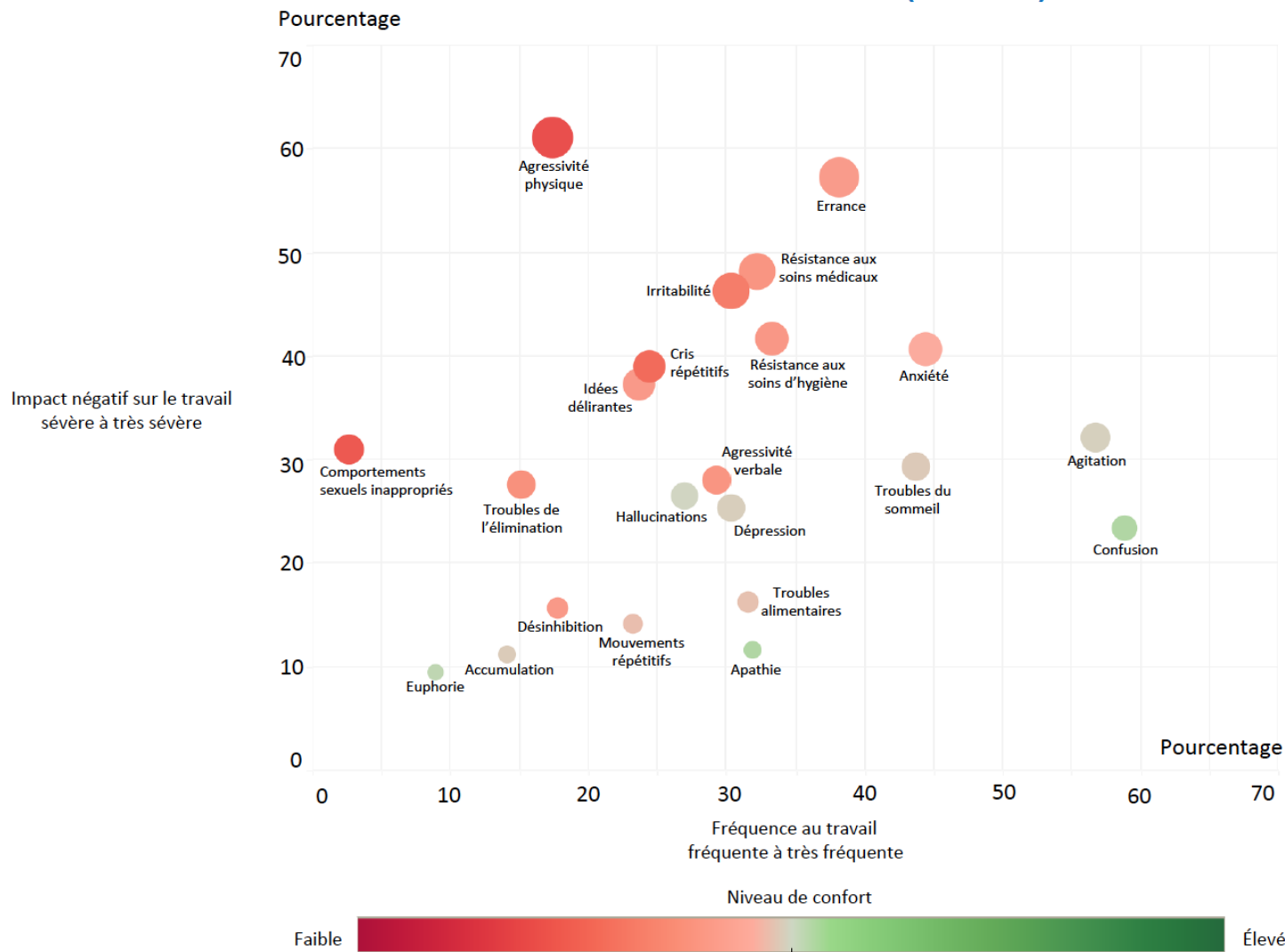
<sup>a</sup> Test de Fisher <sup>b</sup> Test de Chi-Carré \* Différence statistiquement significative

**Tableau S3. Niveau de confort face aux SCPD chez les patients âgés souffrant de troubles neurocognitifs**

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (nombre de répondants)	Tous			Jour	Soir / Nuit / variable	Valeur P <sup>a</sup>	Personnel au chevet	Paracliniciens	Gestionnaires	Praticiens	Valeur P <sup>b</sup>
	Excellent / bon	Moyen / faible	Très faible / Aucun	Excellent / bon vs autres	Excellent / bon vs autres		Excellent / bon vs autres	Excellent / bon vs autres	Excellent / bon vs autres	Excellent / bon vs autres	
	%			%			%				
Agressivité physique (n = 600)	19,8	53,7	26,5	19,3	21,1	0,652	20,5	10,9	23,0	35,8	0,001*
Comp. sexuels inappropriés (n = 554)	22,2	50,4	27,4	22,0	22,6	0,910	23,0	19,5	24,3	20,8	0,786
Cris répétitifs sans but (n = 587)	28,1	60,8	11,1	27,4	29,8	0,546	27,7	27,7	29,1	28,3	0,993
Comp. d'élimination inappropriés (n=577)	33,1	52,3	14,6	31,0	38,2	0,099	37,6	21,5	42,5	21,6	<0,001*
Irritabilité et colère (n = 608)	33,7	56,3	10,0	34,8	31,0	0,394	32,0	32,4	30,7	51,9	0,030*
Résistance aux soins d'hygiène (n = 555)	37,1	53,2	9,7	38,3	34,3	0,389	39,6	33,3	38,0	31,5	0,518
Idées délirantes (n = 598)	39,8	52,8	7,4	40,7	37,4	0,461	40,3	34,9	39,1	52,8	0,142
Résistance aux soins médicaux (n = 552)	40,0	50,0	10,0	42,7	33,7	0,048*	39,8	35,6	42,7	46,2	0,517
Agressivité verbale (n = 607)	40,4	48,4	11,2	38,7	44,5	0,200	38,8	36,5	43,9	51,9	0,181
Désinhibition et impulsivité (n = 603)	43,3	49,8	7,0	43,1	43,9	0,856	40,0	46,2	45,6	44,4	0,570
Troubles de l'appétit (n = 552)	45,5	47,3	7,2	46,8	42,4	0,353	47,7	43,6	46,7	35,8	0,433
Errance et tentative de fugue (n = 583)	45,6	45,8	8,6	48,1	39,6	0,067	40,8	50,7	48,6	48,1	0,206
Mouvements répétés sans but (n= 589)	46,0	46,9	7,1	45,8	46,5	0,928	47,4	45,3	45,5	41,5	0,879
Rituels d'accumulation (n= 548)	46,5	44,7	8,8	46,3	47,2	0,851	48,8	44,8	48,5	35,3	0,327
Euphorie (n = 580)	48,6	45,9	5,5	48,3	49,4	0,854	51,4	47,8	50,0	33,3	0,129
Troubles du sommeil (n = 553)	49,0	44,8	6,1	49,1	48,8	1,000	48,6	45,5	46,2	63,6	0,127
Hallucinations (n = 604)	51,7	42,5	5,8	54,2	45,4	0,059	49,8	50,6	50,9	64,8	0,240
Anxiété (n = 607)	51,9	42,0	6,1	53,6	47,7	0,209	45,4	53,6	58,3	64,8	0,016*
Symptômes dépressifs (n = 608)	54,1	40,8	5,1	56,8	47,4	0,039*	49,1	58,2	55,8	61,8	0,148
Agitation (n = 607)	54,4	40,4	5,3	55,3	52,0	0,473	49,3	56,0	53,9	75,5	0,006*
Apathie et indifférence (n = 602)	57,1	37,7	5,1	58,5	53,8	0,317	52,6	62,9	58,6	57,4	0,201
Désorganisation et confusion (n = 607)	57,5	37,9	4,6	59,9	51,4	0,069	52,6	63,3	56,5	64,8	0,103

<sup>a</sup> Test de Fisher <sup>b</sup> Test de Chi-Carré \* Différence statistiquement significative

## SCPD en soins aigus: fréquence, impact et niveau de confort Intervenants au chevet (n = 270)



**Figure S1. Perceptions de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans le travail et du niveau de confort face aux SCPD pour les intervenants au chevet (infirmières, infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires)**

## SCPD en soins aigus: fréquence, impact et niveau de confort Praticiens (n = 56)



**Figure S2. Perceptions de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans le travail et du niveau de confort face aux SCPD pour les praticiens (médecins, résidents et infirmières praticiennes)**

## SCPD en soins aigus: fréquence, impact et niveau de confort Autres professionnels (n = 174)

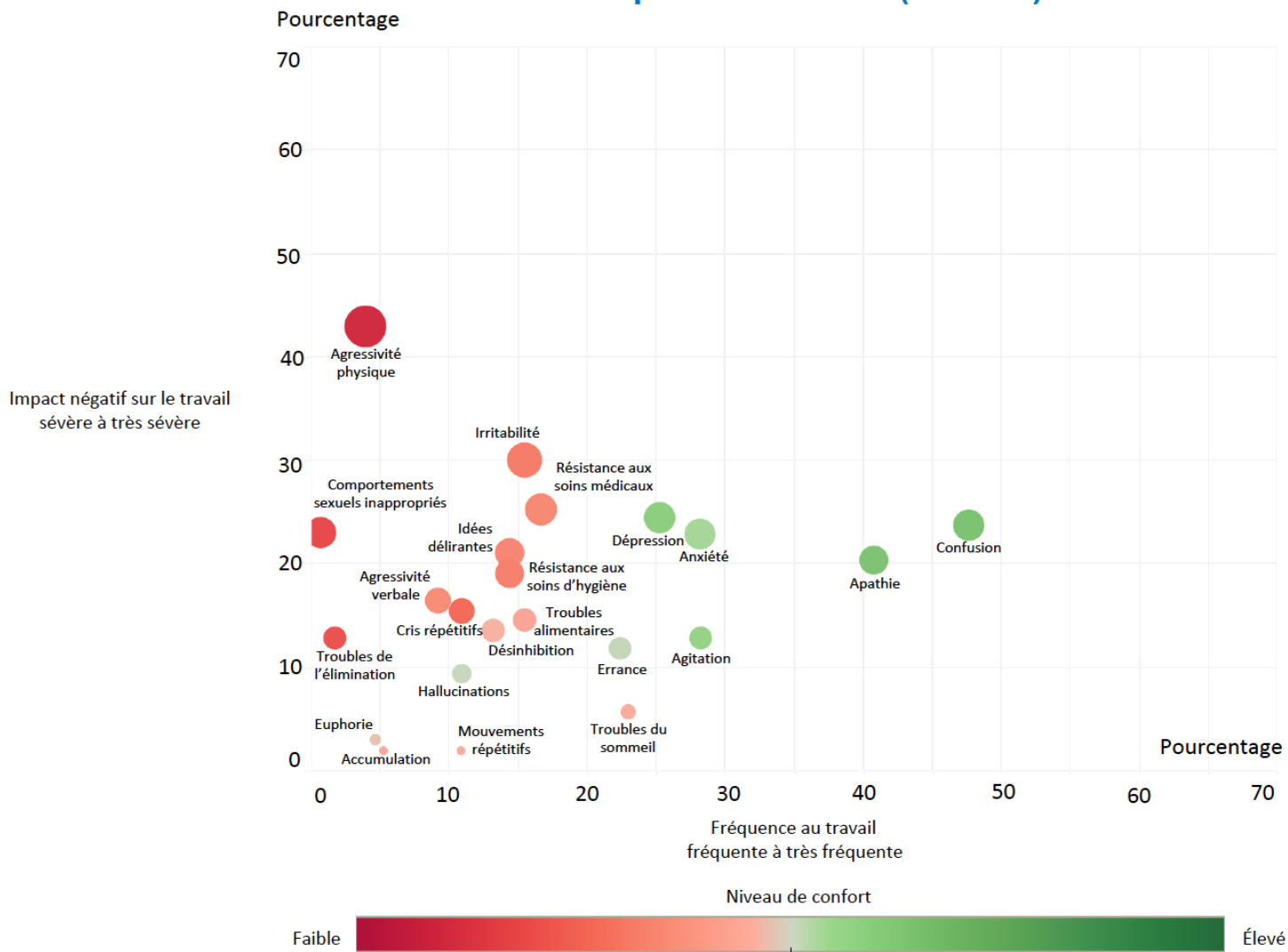
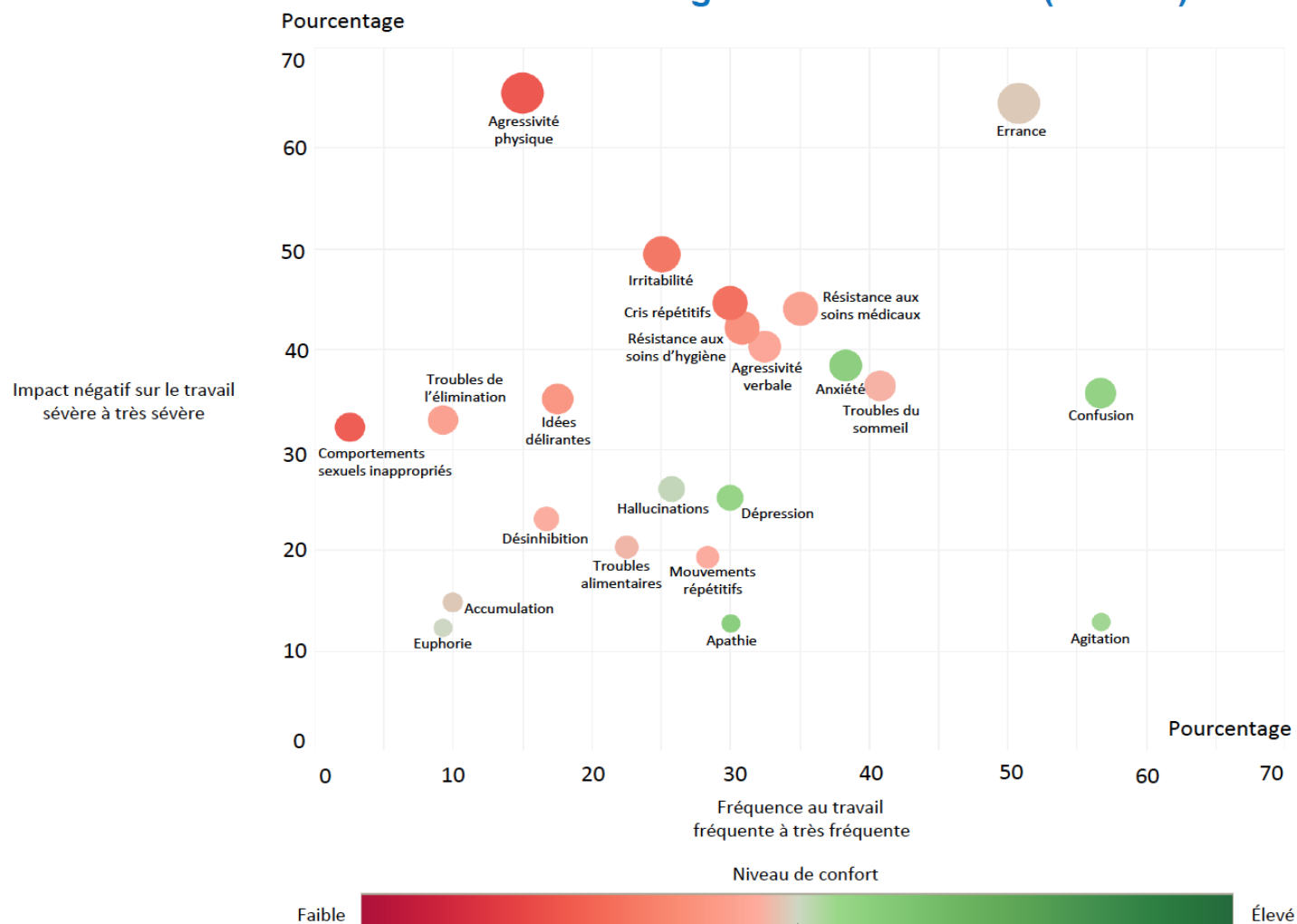


Figure S3. Perceptions de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans le travail et du niveau de confort face aux SCPD

***pour les autres professionnels (ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes, travailleurs sociaux, etc.)***



## SCPD en soins aigus: fréquence, impact et niveau de confort Gestionnaires et agents administratifs (n = 120)



**Figure S4. Perceptions de la fréquence d'exposition, de l'impact négatif dans le travail et du niveau de confort face aux SCPD pour les gestionnaires et agents administratifs (chefs d'unité, chefs de service, assistants au supérieur immédiat, agents administratifs au poste, etc.)**

## Annexe 3. Stratégies gagnantes et exemples concrets

### Formation initiale et continue

1. Inclure des formations sur les SCPD dans les curriculums de tous les programmes académiques et professionnels qui forment du personnel en milieu de soins aigus (niveau universitaire, collégial et études professionnelles).
2. Inclure systématiquement des formations théoriques et des ateliers pratiques sur les SCPD et sur l'utilisation des outils, guides et grilles dans les curriculums de tous les programmes académiques qui forment du personnel en milieu de soins aigus.
3. Offrir des activités pratiques inter- et multidisciplinaires aux étudiants sur la prise en charge optimale des SCPD en milieu de soins aigus.
4. Offrir des opportunités de formation continue, créditées, sur les SCPD via l'ENA provincial.
5. Donner des formations obligatoires de base à tous les nouveaux employés, incluant les gestionnaires et agents administratifs, sur les SCPD en milieu de soins aigus.
6. Tenir des ateliers de rappel ou de consolidation des acquis sur la prise en charge optimale des SCPD aux employés à chaque année.
7. Personnaliser les formations et les ateliers aux besoins spécifiques des employés, besoins qui diffèrent selon leur fonction, leurs années d'expérience, leur quart de travail, leur unité et leur milieu.
8. Cibler dans les ateliers et formations les SCPD étant perçus comme fréquents, étant source d'inconfort et ayant un impact important pour le personnel.
9. Donner des ateliers et formations dans plusieurs formats différents pour répondre aux besoins spécifiques du personnel (par exemple, des cours virtuels, des ateliers en personne, de la documentation papier et numérique, etc.)

### Organisation et qualité des soins en milieu hospitalier

10. Étudier les trajectoires des patients avec SCPD ainsi que les obstacles à l'instauration d'approches et stratégies efficaces contre les SCPD en soins aigus, en soins de longue durée et en communauté (exemple: les impacts humains et financiers).
11. Prioriser l'implantation et la pérennité des soins adaptés à la personne âgée (AAPA) et particulièrement la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle physiques et pharmacologiques.
12. Faciliter la communication et la collaboration entre les établissements de soins aigus et les intervenants dispensant des soins et des services en communauté ou en CHSLD.
13. Inclure la présence de SCPD et du délirium comme un indicateur de lourdeur de la clientèle hospitalisée.
14. Suivre des indicateurs en lien avec les SCPD et le délirium en soins aigus, tels que l'utilisation d'interventions pharmacologiques en PRN.
15. Éviter la mixité de la clientèle sur les unités, si possible regrouper les patients avec SCPD dans une unité ou secteur d'une unité et doter ce secteur d'un nombre adéquat de personnel régulier, formé et spécialisé compétent avec des outils cliniques et un environnement physique adaptés.
16. Tenir en considération dans l'organisation du travail que le fardeau des SCPD sur le personnel augmente en fin de journée par le caractère crépusculaire de ceux-ci.
17. Mesurer et suivre le niveau de confort du personnel par rapport à la prise en charge de patients âgés présentant des SCPD et le niveau d'épuisement.

## Diffusion des connaissances

18. Établir des canaux de diffusion des connaissances et des innovations avec les établissements en lien avec les meilleures pratiques pour les SCPD.
19. Tenir un répertoire des outils, guides, grilles et algorithmes disponibles pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD.
20. Offrir des opportunités de formation continue sur les SCPD.
21. Établir des canaux de diffusion des connaissances et des innovations avec les établissements en lien avec les meilleures pratiques (exemple : ENA provincial).
22. Tenir un répertoire des outils, guides, grilles et algorithmes disponibles pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD.
23. Sensibiliser la population par rapport aux TNCM et aux SCPD.
24. Soutenir les communautés de pratique et les groupes de proches et patients.
25. Tenir un répertoire des outils, guides, grilles et algorithmes disponibles pour l'évaluation et la prise en charge des SCPD.
26. Diffuser la présence locale d'experts et de champions sur la prise en charge des SCPD en soins aigus.
27. Offrir des activités et documents de sensibilisation sur les SCPD.
28. Donner des formations obligatoires de base sur les SCPD à tous les nouveaux employés.
29. Offrir du mentorat auprès des employés suite aux formations.
30. Offrir aux résidents et leurs proches des activités et documents de sensibilisation sur les SCPD.

## Culture et valorisation de l'expertise en soins à la personne âgée

31. Valoriser le travail auprès des personnes âgées à travers l'institution, à tous les étudiants en soins de santé et services sociaux.
32. Valoriser et favoriser le partage des connaissances et de l'expertise en soins pour les personnes âgées, notamment en réduisant les barrières à la diffusion des connaissances et du travail en silo.
33. Valoriser le travail auprès des personnes âgées à tous les travailleurs du système de santé et à la population générale.
34. Valoriser et favoriser la communication entre les intervenants du système de santé travaillant dans divers établissements, en continuité avec les trajectoires des patients.
35. Valoriser le partage des connaissances et de l'expertise et valoriser l'interdisciplinarité en soins aux personnes âgées.
36. Valoriser le travail auprès des personnes âgées à travers l'établissement, à tous les employés et renforcer la notion que la gériatrie est une spécialité.
37. Favoriser le sentiment de compétence du personnel et ainsi favoriser la rétention du personnel.
38. Valoriser le travail complexe en interdisciplinarité, tel que le partage du fardeau des SCPD via la collaboration puisque les connaissances et le niveau de confort face aux SCPD diffèrent et se complètent entre les intervenants.
39. Reconnaître l'importance des proches aidants et les impliquer dans la dispensation de soins au chevet des patients.
40. Reconnaître l'importance des approches non-pharmacologiques dans la prise en charge des SCPD et l'importance de prendre le temps pour dispenser des soins de qualité.

41. Valoriser et favoriser la communication avec les intervenants en communauté ainsi que la communication inter-établissement et intra-établissement, en continuité avec les trajectoires des patients.
42. Valoriser le travail auprès des personnes âgées à tous les membres et les sensibiliser aux enjeux du vieillissement de la population québécoise en lien avec les soins en milieu hospitalier.

### **Recrutement et spécialisation du personnel**

43. Privilégier et favoriser la formation sur les SCPD dans les programmes d'études supérieures en soins à la personne âgée (incluant dans la formation des gestionnaires et des cliniciens).
44. Prioriser la formation et le recrutement de personnel en soins pour les personnes âgées.
45. Prévoir dans le recrutement du personnel de soins au chevet formé (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires) en quantité suffisante.
46. Avoir du personnel stable et compétent et favoriser la rétention du personnel dans les unités de soins qui reçoivent un grand nombre de personnes âgées (gestionnaires, intervenants, personnel administratif, personnel de l'entretien).
47. Avoir une personne ressource dédiée dans le département/étage pour aider le personnel (ex: infirmière clinicienne spécialisée, éducateurs spécialisés).
48. Ouvrir et combler des postes réguliers en éducation spécialisée ou récréologie ou loisir (responsable des activités occupationnelles pour les patients).
49. Avoir plus de personnel durant les heures de repas en le planifiant dans l'organisation du travail des unités (répartition définie).
50. Avoir des agents d'intervention spécialisé ou ayant reçu une formation pertinente pour l'agressivité chez la personne âgée (ex. gardien de sécurité) : pour les crises qui n'ont pas été prévenues par les moyens non pharmacologiques ou pharmacologiques.

### **Infrastructure hospitalière**

51. Réviser et remédier aux barrières institutionnelles empêchant les innovations et l'implantation de solutions en milieu de soins aigus, notamment par rapport à la gestion des risques des infections.
52. Revoir la conception des plans d'aménagement des nouveaux centres hospitaliers ou lors de rénovations de centres hospitaliers déjà existants dans le cadre d'une population vieillissante pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées ainsi que du personnel travaillant sur les unités de soins.
53. Financer les projets d'adaptation de l'environnement physique adapté (salon, murales, portes barrées, etc.)
54. Réviser et remédier aux barrières institutionnelles empêchant les innovations et l'implantation de solutions en milieu de soins aigus, notamment par rapport à la gestion des risques des infections et les portes d'ascenseurs camouflées.
55. Développer des unités de soins aigus adaptées à la clientèle vieillissante qui inclue fréquemment des personnes âgées souffrant de TNCM et qui présentent des SCPD: chambres adaptées, salles communes de type "salon", aires communes calmes.
56. Prévoir des unités dédiées ou des sections d'unités spécialisées pour les patients avec des SCPD particulièrement perturbateurs ou à risque d'errance ou de fugue (par exemple, des unités barrées).
57. Avoir accès à du matériel adapté à la personne âgée et pour les approches non pharmacologiques (par exemple, du matériel occupationnel et de diversion) via les services d'approvisionnement des établissements.

## **Planification stratégique et pérennité des actions des instances concernées par les soins aux personnes âgées**

58. Étant donné le vieillissement de la population québécoise et la prévalence importante des TNCM et des SCPD, l'université doit prendre en considération ces changements démographiques lors de l'élaboration des priorités et missions universitaires.
59. Étudier le vieillissement de la population et l'utilisation croissante des soins aigus par les personnes âgées souffrant de TNCM.
60. Étant donné le vieillissement de la population québécoise et la prévalence importante des TNCM et des SCPD, le ministère doit prendre en considération ces changements démographiques et leurs impacts sur les services de santé lors de l'élaboration des priorités gouvernementales.
61. Étant donné le vieillissement de la population québécoise et la prévalence importante des TNCM et des SCPD, les établissements doivent prendre en considération la charge de cette population sur les unités et prioriser le recrutement.