

JUILLET 2016

# Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins

Deuxième édition



## **Avis de non-responsabilité**

Les infirmières et les organismes qui emploient les présentes lignes directrices ne sont pas tenus de les appliquer. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, et n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

## **Droits d'auteur**

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2016) *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins* Toronto, Ontario – Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

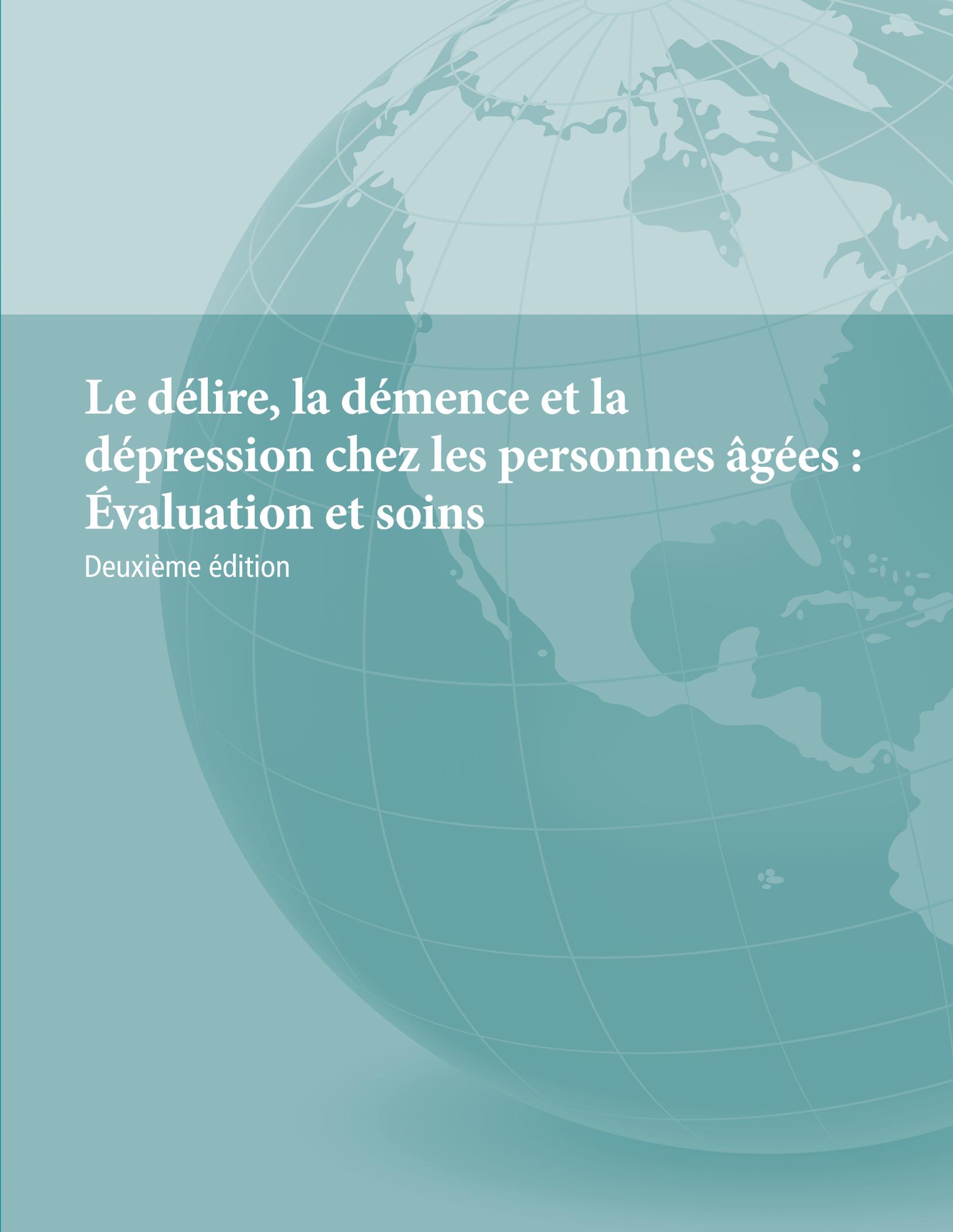
Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les travaux produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement du point de vue de la rédaction.

## **Coordonnées du contact**

**Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario**

158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)



# **Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins**

Deuxième édition

# Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la ligne directrice sur les pratiques exemplaires cliniques *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins*. Les pratiques basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. L'AIIAO est ravie d'avoir l'occasion de vous fournir cette importante ressource.

Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant par le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Je souhaite également remercier pour leurs compétences et leur leadership inestimables Mme Irmajean Bajnok, Ph.D., directrice

du Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, et Mme Michelle Rey, la directrice adjointe. Je voudrais aussi remercier les coprésidentes du comité d'experts, Michelle Acorn (infirmière praticienne, Lakeridge Health et coordonnatrice des IP-SSP, Université de Toronto) et Lori Schindel Martin (professeure agrégée et directrice adjointe, activités d'érudition, de recherche et de création, Université Ryerson, école de soins infirmiers Daphne Cockwell) pour leur savoir-faire époustouflant et leurs efforts d'intendance de la présente ligne directrice. Je remercie aussi Susan McNeill, Verity White, Diana An et Laura Legere, membres du personnel de l'AIIAO, ainsi que le reste de l'équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les grands efforts qu'ils ont déployés pour la production de cette nouvelle ligne directrice. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts pour avoir offert généreusement leur temps et leur savoir-faire afin de produire une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Nous n'aurions jamais pu y arriver sans vous!

L'adoption réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté de la part des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs et des chercheurs. Avec un dévouement continu et sa passion pour l'excellence dans les soins des patients, la communauté des soins infirmiers et des soins de santé a consacré ses compétences et d'innombrables heures de bénévolat à l'élaboration et à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre des lignes directrices ainsi qu'en évaluant leur impact sur les patients et les organismes. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous invitons à faire connaître cette ligne directrice à vos collègues dans d'autres professions ainsi qu'aux conseillers des patients qui collaborent au sein de différents organismes. Après tout, nous avons tant à apprendre les uns des autres! Ensemble, nous devons nous assurer que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous, afin qu'ils soient les vrais gagnants de cet important effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

# Table des matières

Comment utiliser ce document . . . . .	5	CONTEXTE
Objectif et champ d'application . . . . .	6	
Interprétation des données probantes . . . . .	9	
Sommaire des recommandations . . . . .	10	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AllAO . . . . .	18	
Comité d'experts de l'AllAO . . . . .	19	
Reconnaissance des intervenants . . . . .	21	
Contexte . . . . .	28	

Recommandations relatives à la pratique . . . . .	37	RECOMMANDATIONS
■ Recommandations globales relatives au délire, la démence et la dépression . . . . .	37	
■ Recommandations relatives au délire . . . . .	44	
■ Recommandations relatives à la démence . . . . .	54	
■ Recommandations relatives à la dépression . . . . .	70	
Recommandations relatives à la formation . . . . .	80	
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements . . . . .	88	
Lacunes de la recherche et conséquences futures . . . . .	92	
Stratégies de mise en œuvre . . . . .	93	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice . . . . .	94	
Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice . . . . .	99	

RÉFÉRENCES

Références .....	100
------------------	-----

ANNEXES

Annexe A : Glossaire .....	112
Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice .....	121
Annexe C : Processus d'examen systématique et stratégie de recherche.....	122
Annexe D : Comparaison des caractéristiques cliniques du délire, de la démence et de la dépression. ....	127
Annexe E : Types de démence .....	128
Annexe F : Ressources pour une pharmacothérapie optimale chez les personnes âgées .....	131
Annexe G : Facteurs de risque du délire et interventions .....	133
Annexe H : Outils de dépistage et d'évaluation .....	135
Annexe I : Signes précoces de changement au niveau cognitif .....	143
Annexe J : Ressources .....	144
Annexe K : Attitudes, compétences et connaissances utiles pour la communication dans le contexte des soins de la démence ..	152
Annexe L : Description de la Trousse .....	154

APPUIS

APPUIS .....	155
--------------	-----

## Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)<sup>G\*</sup> en soins infirmiers est un document exhaustif qui offre des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes<sup>G</sup>. Son but n'est pas de servir de manuel ou de mode d'emploi, mais bien d'outil pour orienter les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décisions par les infirmières<sup>G</sup> ainsi que par d'autres fournisseurs de soins de santé<sup>G</sup> qui travaillent auprès de personnes âgées<sup>G</sup> atteintes de délire, de démence et (ou) de dépression. La ligne directrice doit être révisée et mise en application en fonction des besoins des organismes et des milieux de pratique, ainsi que des besoins et préférences des personnes et de leur famille<sup>G</sup>, qui font appel au système de santé et à ses services. En outre, la ligne directrice offre un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possibles fondés sur des données probantes.

Les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé et les administrateurs qui orientent et facilitent les changements en matière de pratiques trouveront ce document d'une très grande utilité pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes éducatifs ainsi que des évaluations, des interventions et des outils de documentation. Un examen des recommandations ainsi que des données probantes qui les soutiennent pourrait être profitable aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé spécialisés dans les soins directs. Nous recommandons particulièrement que les milieux de pratique adaptent cette ligne directrice en ayant recours à un format convivial pour une utilisation quotidienne.

Si votre organisme adopte cette ligne directrice, nous vous conseillons de suivre les étapes suivantes :

1. Évaluer les pratiques actuelles en soins infirmiers et soins de la santé en utilisant les recommandations contenues dans la présente ligne directrice.
2. Déterminer les recommandations qui répondront aux besoins ou combleront les lacunes en matière de service.
3. Élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations.

Plusieurs ressources pour la mise en œuvre, y compris la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b), se trouvent sur le site [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca). Nous aimerions savoir comment vous avez mis en œuvre cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous faire part de votre histoire.

\* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (<sup>G</sup>) sont définis dans le Glossaire ([Annexe A](#)).



## Objectif et champ d'application

**Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires** sont des énoncés élaborés méthodiquement et conçus pour faciliter la tâche aux infirmières qui travaillent avec des personnes et leur famille afin de les aider à choisir les soins et les services de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) a pour intention de remplacer les LDPE *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les adultes plus âgés* (2010b) de l'AIIAO ainsi que les *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression* (2010a). Elle doit être employée par des infirmières ainsi que par d'autres membres de l'équipe de soins de santé interprofessionnelle<sup>G</sup> dans le but d'améliorer la qualité<sup>G</sup> de leur pratique en matière de délire, de démence et de dépression chez les personnes âgées<sup>G</sup>; la mise en application de pratiques fondées sur les données probantes mènera ainsi à l'optimisation des résultats cliniques.

En mars 2015, l'AIIAO a créé un comité d'experts réunissant des personnes spécialisées en délire, en démence et en dépression provenant de divers milieux de soins. Le comité d'experts de l'AIIAO était de nature interdisciplinaire et comprenait des personnes titulaires de postes cliniques, administratifs et pédagogiques représentant un vaste éventail d'organismes en santé, de domaines de pratique et de secteurs. Ces experts travaillent avec des personnes âgées qui reçoivent des soins et des services dans différents types de milieux de soins (soins actifs, soins de longue durée<sup>G</sup>, soins à domicile, santé mentale, soins en milieu communautaire, soins primaires et équipes de santé familiales), ainsi que dans d'autres organismes, y compris des associations et des établissements d'enseignement.

Pour déterminer le champ d'activité et l'organisation de la présente ligne directrice, l'équipe d'élaboration de l'AIIAO a suivi les étapes que voici :

- elle a passé en revue les LDPE *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les adultes plus âgés* (2010b) de l'AIIAO et les *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression* (2010a);
- elle a mené un examen de la portée <sup>G</sup> de la documentation afin d'évaluer si les liens entre le délire, la démence et la dépression sont assez forts pour mériter que ces différents troubles soient regroupés en une même ligne directrice; et
- elle a tenu trois groupes de discussion avec des experts du domaine, y compris plusieurs personnes qui travaillent activement sur la mise en œuvre des lignes directrices.

Après avoir analysé les résultats de ces différentes activités, l'équipe d'élaboration de l'AIIAO a décidé de publier une ligne directrice unique englobant à la fois le dépistage et les soins des patients atteints des trois troubles. Par conséquent, la nouvelle ligne directrice énonce des recommandations pour l'évaluation et les soins du délire, de la démence et de la dépression chez la personne âgée, que le patient soit touché par un ou plusieurs de ces troubles. La priorité ici consiste à fournir des soins efficaces avec bienveillance et en veillant à la dignité du patient, tout en prenant en charge les signes, symptômes et comportements manifestes. Les recommandations sont pertinentes pour les soins cliniques de base fournis par les infirmières ainsi que par les autres fournisseurs de soins de santé dans divers contextes communautaires et milieux de soins.

Les recommandations sont subdivisées en trois catégories :

- Les recommandations relatives à la pratique <sup>G</sup> sont destinées en premier lieu aux infirmières qui fournissent directement des soins cliniques aux personnes âgées d'un bout à l'autre du continuum des soins, y compris (mais sans s'y limiter) les soins primaires, les soins actifs, les soins à domicile, les patients attendant d'autres niveaux de soins, les soins continus complexes et les soins de longue durée. Elles s'adressent aussi aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle qui collaborent avec les infirmières dans le but de fournir des soins exhaustifs. Toutes les recommandations peuvent être appliquées à la pratique des infirmières autorisées et des infirmières praticiennes (catégories générale et spécialisée); plusieurs peuvent également s'appliquer à d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle.
- Les recommandations relatives à la formation <sup>G</sup> sont destinées aux personnes responsables de la formation des fournisseurs de soins de santé, dont les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les directeurs, les administrateurs et les institutions universitaires et professionnelles. Les recommandations de cette catégorie énoncent le contenu fondamental ainsi que les

stratégies de formation nécessaires pour les programmes de soins de premier niveau, la formation continue et le perfectionnement professionnel. Elles s'adressent en premier lieu aux infirmières et en second lieu aux membres de l'équipe interprofessionnelle.

- Les recommandations relatives à l'établissement et aux règlements<sup>G</sup> sont destinées aux directeurs, administrateurs et décideurs responsables de l'élaboration de règlements ou de l'obtention du soutien dont un organisme de santé a besoin pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires.

Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines doivent être mises en œuvre ensemble.

Les troubles et les thèmes suivants ne sont *pas* abordés par la présente ligne directrice : le délire causé par le sevrage alcoolique, le délire des derniers jours de vie, la démence précoce (c'est-à-dire survenant à un âge moyen) et la prévention de la démence et de la dépression. De plus, la ligne directrice ne porte pas spécifiquement sur le trouble cognitif léger<sup>G</sup>. Pour obtenir des conseils sur des sujets ne faisant pas partie du champ d'activité de la présente ligne directrice ou des renseignements cliniques détaillés sur le délire, la démence ou la dépression que vous ne trouvez pas aux présentes (p. ex., les processus de diagnostic ou certaines possibilités de traitement pharmacologique particulières), consultez les lignes directrices cliniques mentionnées à l'**Annexe C**, Processus d'examen systématique et stratégie de recherche.

Notez que la qualité des données probantes sur lesquelles sont fondées les recommandations énoncées dans la présente ligne directrice varie dans les différents milieux de soins. Ainsi, pour le délire, les données probantes des milieux de soins actifs sont nombreuses et solides, mais celles des soins à domicile sont quasi-inexistantes. Les sections de discussion sur les données probantes clarifient dans la mesure du possible si les données sont propres à un milieu particulier. Dans certains cas, le comité d'experts fournit également des recommandations aux milieux de soins pour lesquels les données probantes sont insuffisantes. Tandis qu'elles adoptent et mettent en œuvre la présente LDPE, les organisations sont encouragées à déterminer si les différentes recommandations s'appliquent ou non au milieu qui les concerne. Pour de plus amples renseignements, consultez la section Lacunes de la recherche et conséquences futures.

Pour en savoir plus sur cette ligne directrice, y compris son processus d'élaboration ainsi que son examen<sup>G</sup> méthodique et sa stratégie de recherche, veuillez consulter les **Annexes B** et **C**.

## L'utilisation du terme « SCPD » dans la présente ligne directrice

La terminologie propre au domaine des soins de la démence ne cesse d'évoluer. Le comité d'experts a décidé d'opter pour l'expression *symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (SCPD) afin de décrire la façon dont une personne atteinte de démence exprime ses besoins et manifeste les symptômes de sa maladie. Cela pourrait se faire notamment par des sautes d'humeur, des idées délirantes, l'apathie, l'agitation, l'errance, les appels, les questions répétées et la désinhibition sexuelle (Moniz Cook et coll., 2012). D'autres expressions peuvent être employées pour décrire ces mêmes symptômes, y compris « symptômes neuropsychiatriques », « symptômes comportementaux et émotionnels » et « comportements fondés sur les besoins ». Toutefois, le comité d'experts a opté pour le terme SCPD en raison de son usage fréquent et de l'acceptation généralisée de sa définition exhaustive en milieu clinique, dans la documentation ainsi que dans les lignes directrices cliniques.

Le comité reconnaît que le terme SCPD a déjà été critiqué comme étant trop médicalisé ou trop concentré sur les défis que présentent les comportements aux fournisseurs de soins. Son avantage, par contre, est qu'il évite les étiquettes négatives apposées sur certains des autres termes employés pour décrire les symptômes (p. ex., « agressivité »). Les nouvelles définitions et descriptions des symptômes, y compris l'expression « SCPD », soulignent que lesdits symptômes découlent des besoins non comblés de la personne, ou alors les décrivent comme une expression des expériences, sentiments et émotions de la personne. Bref, il s'agit d'une façon de communiquer ses besoins.

## L'utilisation du terme « personne âgée » dans la présente ligne directrice

Aux fins des recherches dans la base de données d'examen systématique de la présente ligne directrice, l'AIIAO a imposé la condition « adultes de 65 ans et plus ». Cela dit, l'expression personne âgée, quand elle est employée dans la présente ligne directrice, pourrait aussi faire référence à des personnes de moins de 65 ans ayant vieilli prématurément ou dont l'espérance de vie a été raccourcie en raison de différents facteurs, par exemple les déterminants sociaux de la santé ou les maladies chroniques. Par conséquent, la ligne directrice peut également être mise en application pour des patients de moins de 65 ans.

## L'utilisation du terme « fardeau / fardeau de l'aidant naturel » dans la présente ligne directrice

L'expression *fardeau / fardeau de l'aidant naturel* est employée dans la présente ligne directrice afin de suivre la terminologie déjà utilisée dans certaines études et d'autres lignes directrices. Notons que même si le fait de prendre soin d'un proche est une expérience qui peut être aussi stressante que difficile, plusieurs aidants naturels n'aiment pas que l'on utilise le terme « fardeau » pour décrire ce qu'ils vivent. Plusieurs autres termes peuvent être utilisés, y compris « stress », « détresse » et « défis ».



## Interprétation des données probantes

Différents niveaux de preuve sont attribués à la conception des études afin de classer la mesure dans laquelle chacune parvient à éliminer les autres explications du phénomène étudié. Plus le niveau de preuve est élevé, plus la probabilité est grande que les relations présentées entre les variables soient vraies. Les niveaux de preuve ne reflètent pas le mérite ou la qualité des différentes études.

Pour les recommandations incluses dans la présente ligne directrice, le niveau de preuve indiqué est celui qui est le plus élevé et qui se rapproche le plus de l'énoncé de la recommandation. Dans les cas où il existe plusieurs études de conception différente avec des résultats similaires, les études avec le plus haut niveau de preuve sont attribuées (et citées) à l'appui de la recommandation.

Certaines recommandations ont plus d'un niveau de preuve indiqué. Ceci reflète les conceptions variées des études qui soutiennent les multiples composantes d'une recommandation. Pour des raisons de transparence, les niveaux de preuve individuels de chaque composante de l'énoncé de recommandation sont indiqués dans la section de discussion sur les données probantes.

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses <sup>g</sup> ou d'examens méthodiques d'essais cliniques randomisés <sup>g</sup> , et/ou de la synthèse de plusieurs études, surtout <i>quantitatives</i> .
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée <sup>g</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale <sup>g</sup> bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études surtout de recherche qualitative <sup>g</sup> .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales, bien conçues, telles que des études analytiques <sup>g</sup> , des études descriptives <sup>g</sup> , et/ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) et de Pati (2011).

Pour de plus amples renseignements sur le processus d'examen systématique et sur l'évaluation de la qualité des études, consultez l'[Annexe C](#).

# Sommaire des recommandations

La présente ligne directrice remplace les LDPE *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les adultes plus âgés* (2010b) de l'AIIAO et les *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression* (2010a).

Pour obtenir une comparaison des recommandations incluses dans la présente ligne directrice et de celles des lignes directrices précédentes, rendez-vous au [www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression](http://www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression)

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PREUVE
<b>RECOMMANDATIONS GLOBALES RELATIVES AU DÉLIRE, À LA DÉMENCE ET À LA DÉPRESSION</b>		
1.0 Recommandations générales	<b>Recommandation 1.1 :</b> Établir des relations thérapeutiques et fournir des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, et sensibles au point de vue culturel, pendant les soins et la formation de personnes atteintes de délire, de démence ou de dépression, et de leur famille et aidants naturels.	la et V
	<b>Recommandation 1.2 :</b> Cerner et distinguer les signes et symptômes de délire, de démence et de dépression pendant les évaluations, les observations et les interactions avec les personnes âgées en portant une attention particulière aux changements exprimés par la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.	V
	<b>Recommandation 1.3 :</b> Aiguiller les personnes âgées chez lesquelles on soupçonne un cas de délire, de démence ou de dépression vers les cliniciens, équipes ou services pertinents afin de mener une évaluation, un diagnostic ou des soins de suivi.	la
	<b>Recommandation 1.4a :</b> Évaluer à quel point la personne comprend et reconnaît l'importance des renseignements pertinents pour la prise de décisions. En cas de préoccupation relative à la capacité mentale de la personne, collaborer au besoin avec les autres membres de l'équipe de soins.	V
	<b>Recommandation 1.4b :</b> Soutenir la capacité de la personne âgée à prendre des décisions en tout ou en partie. Si la personne âgée est incapable de prendre certaines décisions, demander la participation de son décideur substitut pertinent pour la prise de décisions, le consentement et la planification des soins.	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PREUVE
	<p><b>Recommandation 1.5 :</b></p> <p>Faire preuve de prudence lors de la prescription et de l'administration de médicaments à des personnes âgées (toujours dans la portée de la pratique du fournisseur de soins de santé), ainsi que surveiller et consigner avec diligence l'utilisation et les effets des médicaments, en portant une attention particulière à ceux qui présentent des risques accrus pour les personnes âgées et à la polypharmacie.</p>	la
	<p><b>Recommandation 1.6 :</b></p> <p>Suivre les principes de contention minimale et de contention comme dernier recours lors des soins à une personne âgée.</p>	V
RECOMMANDATIONS RELATIVES AU DÉLIRE		
2.0 Évaluation	<p><b>Recommandation 2.1 :</b></p> <p>Évaluer les facteurs de risque de délire chez les personnes âgées lors du premier contact ainsi que lors d'un changement dans leur état.</p>	la et V
3.0 Planification	<p><b>Recommandation 3.1 :</b></p> <p>Élaborer un plan de prévention du délire personnalisé, non pharmacologique et à plusieurs volets pour la personne présentant des risques de délire en collaboration avec celle-ci, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.</p>	la
4.0 Mise en œuvre	<p><b>Recommandation 4.1 :</b></p> <p>Mettre en œuvre le plan de prévention du délire en collaboration avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.</p>	la
	<p><b>Recommandation 4.2 :</b></p> <p>Se servir d'évaluations cliniques et d'outils validés afin d'évaluer les personnes âgées présentant des risques de délire au moins une fois par jour (quand il est pertinent de le faire) ainsi que chaque fois qu'il y a observation ou signalement de changements au niveau de la fonction cognitive, de la perception, des fonctions physiques ou du comportement social de la personne.</p>	la et V
	<p><b>Recommandation 4.3 :</b></p> <p>Continuer d'employer des stratégies de prévention pendant les soins aux personnes âgées présentant des risques de délire, mais qui ne sont pas encore atteintes de délire.</p>	la et V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PREUVE
4.0 Mise en œuvre	<p><b>Recommandation 4.4 :</b></p> <p>Chez les personnes âgées dont les évaluations font état de délire, cerner les causes sous-jacentes et les facteurs qui contribuent au trouble en se servant d'évaluations cliniques et en collaborant avec l'équipe interprofessionnelle.</p>	la
	<p><b>Recommandation 4.5 :</b></p> <p>Mettre en œuvre des interventions personnalisées à plusieurs volets afin de gérer le délire de la personne en collaboration avec celle-ci, sa famille/aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle (niveau de preuve = la).</p> <p>Les interventions en question doivent comprendre ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ le traitement des causes sous-jacentes (niveau de preuve = la);</li> <li>■ des interventions non pharmacologiques (niveau de preuve = V);</li> <li>■ l'emploi approprié de médicaments afin d'atténuer les symptômes de délire et (ou) la douleur (niveau de preuve = la).</li> </ul>	la et V
	<p><b>Recommandation 4.6 :</b></p> <p>Former les personnes qui présentent des risques ou qui sont atteintes de délire, leur famille et leurs aidants naturels en matière de prévention et de soins du délire.</p>	V
5.0 Évaluation	<p><b>Recommandation 5.1 :</b></p> <p>Surveiller les personnes âgées atteintes de délire à la recherche de changements de leurs symptômes au moins une fois par jour à l'aide d'évaluations cliniques, d'observations et d'outils validés, et documenter l'efficacité de ces interventions.</p>	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PREUVE
RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DÉMENCE		
6.0 Évaluation	<p><b>Recommandation 6.1 a :</b></p> <p>Évaluer les personnes âgées pour déterminer s'il y a possibilité de démence ou non lorsqu'il y a observation ou signalement de changements au niveau de la cognition, du comportement, de l'humeur ou des fonctions. Utiliser des outils de dépistage ou d'évaluation validés et pertinents compte tenu du contexte, et collaborer avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle pour mener une évaluation exhaustive.</p> <p><b>Recommandation 6.1b :</b></p> <p>En cas de soupçons de démence, aiguiller la personne vers une évaluation ou un diagnostic approfondi.</p>	<p>la et V</p> <p>la</p>
	<p><b>Recommandation 6.2 :</b></p> <p>Évaluer l'état physique, fonctionnel et psychologique des personnes âgées atteintes de démence ou soupçonnées de l'être, et déterminer l'impact du trouble sur la personne, sa famille et ses aidants naturels à l'aide d'évaluations exhaustives et d'outils normalisés.</p>	V
	<p><b>Recommandation 6.3 :</b></p> <p>Systematically explore the underlying causes of any behavioural and psychological symptoms of dementia that are present, including identifying the person's unmet needs and potential "triggers." Use an appropriate tool and collaborate with the person, his/her family/care partners, and the interprofessional team.</p>	la
	<p><b>Recommandation 6.4 :</b></p> <p>Évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence à l'aide d'un outil d'évaluation de la douleur propre à ce groupe de population.</p>	la
7.0 Planification	<p><b>Recommandation 7.1 :</b></p> <p>Élaborer un plan de soins personnalisé pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et les besoins en soins personnels de la personne. Intégrer diverses approches non pharmacologiques choisies en fonction des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ les préférences de la personne;</li> <li>■ l'évaluation des SCPD;</li> <li>■ le stade de démence;</li> <li>■ les besoins de la personne pendant les soins personnels et le bain;</li> <li>■ les consultations avec la famille, les aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle;</li> <li>■ les observations continues de la personne.</li> </ul>	la

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PREUVE
8.0 Mise en œuvre	<p><b>Recommandation 8.1 :</b></p> <p>Mettre en œuvre le plan de soins en collaboration avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.</p>	V
	<p><b>Recommandation 8.2 :</b></p> <p>Surveiller la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence et mettre en œuvre des mesures d'atténuation de la douleur afin d'appuyer la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.</p>	la et V
	<p><b>Recommandation 8.3 :</b></p> <p>Employer des stratégies et des techniques de communication afin de faire preuve de compassion, de valider les émotions du patient, de veiller à sa dignité et de promouvoir la compréhension lors des soins de personnes atteintes de démence.</p>	la
	<p><b>Recommandation 8.4 :</b></p> <p>Faire la promotion de stratégies à l'intention des personnes atteintes de démence pour les aider à conserver leurs capacités et à optimiser leur qualité de vie, notamment, mais sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'activité physique (niveau de preuve = la);</li> <li>■ les interventions qui appuient la fonction cognitive (niveau de preuve = la);</li> <li>■ la planification préalable des soins (niveau de preuve = la);</li> <li>■ d'autres stratégies pour bien vivre avec la démence (niveau de preuve = V).</li> </ul>	la et V
	<p><b>Recommandation 8.5a :</b></p> <p>Donner formation et soutien psychosocial aux membres de la famille et aux aidants naturels des personnes atteintes de démence en fonction des besoins uniques de la personne et du stade de démence.</p> <p><b>Recommandation 8.5b :</b></p> <p>Aiguiller les membres de la famille et les aidants naturels qui sont en détresse ou qui font une dépression vers un fournisseur de soins de santé approprié.</p>	la V
9.0 Évaluation	<p><b>Recommandation 9.1 :</b></p> <p>Évaluer le plan de soins en collaboration avec la personne atteinte de démence (s'il est approprié de le faire), sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle, et le réviser en conséquence.</p>	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE PREUVE
RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DÉPRESSION		
10.0 Évaluation	<p><b>Recommandation 10.1 :</b></p> <p>Évaluer la dépression durant l'évaluation et les observations continues quand il y a présence de facteurs de risque ou de signes et de symptômes pertinents. Utiliser des outils de dépistage ou d'évaluation validés et pertinents compte tenu du contexte, et collaborer avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.</p>	la et V
	<p><b>Recommandation 10.2 :</b></p> <p>Évaluer les risques de suicide en cas de dépression ou de soupçons de dépression.</p>	V
	<p><b>Recommandation 10.3 :</b></p> <p>Référer des personnes âgées chez qui on suspecte une dépression pour qu'elles aient accès à une évaluation en profondeur par un professionnel de la santé qualifié. Obtenir de l'attention médicale d'urgence pour celles qui présentent des risques de suicide et veiller à leur sécurité immédiate.</p>	V
11.0 Planification	<p><b>Recommandation 11.1 :</b></p> <p>Élaborer un plan de soins personnalisé pour les personnes âgées atteintes de dépression en passant par une approche collaborative. Envisager l'impact de la présence simultanée de démence dans la mesure du possible. Le cas échéant, envisager l'impact d'une démence concomitante.</p>	la et V
12.0 Mise en œuvre	<p><b>Recommandation 12.1 :</b></p> <p>Administrer des interventions thérapeutiques fondées sur les données probantes et de nature pharmacologique ou non pour la dépression. Ces interventions doivent être adaptées en fonction du profil clinique de la personne et de ses préférences.</p>	la et V
	<p><b>Recommandation 12.2 :</b></p> <p>Former les personnes âgées atteintes de dépression (ainsi que leur famille et leurs aidants naturels, s'il est pertinent de le faire) en matière de dépression, d'autogestion, d'interventions thérapeutiques, de sécurité et de soins de suivi.</p>	V
13.0 Évaluation	<p><b>Recommandation 13.1 :</b></p> <p>Suivre une approche collaborative pour surveiller les personnes âgées atteintes de dépression à la recherche de changements de leurs symptômes ainsi que pour voir leur réaction au traitement. Consigner l'efficacité des interventions et les changements au niveau du risque de suicide.</p>	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE PREUVE
14.0 Formation	<p><b>Recommandation 14.1 :</b></p> <p>Tous les programmes de soins de premier niveau comprennent du contenu et donnent des occasions de formation propres aux soins de personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression, ou soupçonnées d'en être atteintes, et adaptées à la portée de la pratique de la discipline pertinente.</p>	V
	<p><b>Recommandation 14.2 :</b></p> <p>Les organismes offrent aux infirmières, et autres fournisseurs de soins, une occasion de soigner les personnes âgées souffrant de délire, démence et dépression avec des compétences accrues. Les séances d'orientation des nouveaux employés et des étudiants doivent fournir du contenu éducatif pertinent, et ce même contenu doit être offert par l'entremise de cours de mise à jour et d'occasions de perfectionnement professionnel.</p>	la et V
	<p><b>Recommandation 14.3 :</b></p> <p>Concevoir des programmes de formation dynamiques et fondés sur les données probantes au sujet du délire, de la démence et de la dépression afin d'appuyer le transfert des connaissances et des compétences vers le milieu de pratique. Lesdits programmes doivent avoir les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ être interactifs et multimodaux (niveau de preuve = la);</li> <li>■ être interprofessionnels (niveau de preuve = la);</li> <li>■ être adaptés de façon à combler les besoins des apprenants (niveau de preuve = V);</li> <li>■ être renforcés par des stratégies et des outils au point de service (niveau de preuve = la);</li> <li>■ être appuyés par des champions formés ou par des experts cliniques (niveau de preuve = la).</li> </ul>	la et V
	<p><b>Recommandation 14.4 :</b></p> <p>Évaluer les programmes de formation sur le délire, la démence et la dépression en vue de déterminer s'ils permettent d'obtenir les résultats désirés, par exemple en transformant la pratique ou en améliorant les résultats en santé. Améliorer les programmes au besoin.</p>	V

ÉTABLISSEMENT ET RÈGLEMENTS		NIVEAU DE PREUVE
15.0 Établissement et règlements	<p><b>Recommandation 15.1 :</b></p> <p>Les organismes font preuve de leadership et demeurent engagés face aux principes fondateurs des soins aux personnes âgées atteintes de délire, de démence ou de dépression, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (niveau de preuve = Ia);</li> <li>■ les soins collaboratifs et interprofessionnels (niveau de preuve = Ia);</li> <li>■ les milieux de travail sains (niveau de preuve = V).</li> </ul>	la et V
	<p><b>Recommandation 15.2 :</b></p> <p>Les organismes choisissent des outils validés de dépistage et d'évaluation du délire, de la démence et de la dépression qui conviennent au groupe de population et au milieu de soins, et assurent formation et infrastructure pour permettre leur utilisation.</p>	V
	<p><b>Recommandation 15.3 :</b></p> <p>Les organismes mettent en œuvre des programmes exhaustifs à plusieurs volets donnés par des équipes collaboratives pour le délire, la démence et la dépression (niveau de preuve = Ia).</p> <p>Ces programmes doivent être appuyés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ des programmes de formation exhaustifs (niveau de preuve = V),</li> <li>■ des experts cliniques et des champions (niveau de preuve = Ia);</li> <li>■ des processus organisationnels harmonisés avec les pratiques exemplaires (niveau de preuve = V).</li> </ul>	la et V
	<p><b>Recommandation 15.4 :</b></p> <p>Établir des processus au sein des organismes afin d'assurer la communication et la coordination de renseignements pertinents et de la planification des soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence ou de dépression tout au long du traitement et des transitions des soins.</p>	la et V

# Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

**Susan McNeill, IA, M. en santé publique**

Responsable de l'élaboration de la ligne directrice

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Verity White, B.Sc.**

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Diana An, inf. aut., M. Sc. Inf.**

Associée de recherche en sciences infirmières

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Laura Legere, IA, B.Inf., M.Sc.Inf.**

Associée de recherche en sciences infirmières

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Michelle Rey, M.Sc., Ph. D.**

Directrice associée, Élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Gurjit K. Gurjit Toor, IA, M. en santé publique**

Analyste de qualité de données pour NQuiReAffaires

internationales et centre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Rita Wilson, inf. aut., M. Sc. inf., M. Éd.**

Directrice de programme de cybersanté

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

# Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

## Michelle Acorn, DNP, IP\_SSP/Adulte, GNC(C), CGP

### Co-présidente du comité

Infirmière praticienne, Lakeridge Health  
Infirmière praticienne en chef, coordonnatrice et enseignante  
Primary Health Care Global Health Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

## Lori Schindel Martin, I.A., PHD

### Co-présidente du comité

Professeure agrégée directrice adjointe, activités d'érudition, de recherche et de création de l'Université Ryerson, école de soins infirmiers Daphne Cockwell  
Toronto (Ontario)

## Debbie Hewitt Colborne, I.A., M.ScInf., GNC(C)

Conseillère du coordonnateur de projet, Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO) Bureau de coordination provinciale et coordinatrice, services aux aînés, santé mentale chez les jeunes et les personnes âgées  
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE NORTH BAY (CRSNB)  
North Bay (Ontario)

## Robin Hurst, I.A., BScN, MN, GNC, ICPSM(C)

Conseillère en pratique avancée, santé mentale chez les jeunes et les personnes âgées  
Saint Elizabeth Health Care  
Toronto (Ontario)

## Rona Khudayar

Étudiante en soins infirmiers (4e année)  
Université Ryerson  
Toronto (Ontario)

## Kim Kurschinski, Inf. aut., B.Sc.Inf.

Conseillère en ressources psychogériatriques  
Hôpital de Scarborough et programme régional de soins gériatriques de Toronto  
Toronto (Ontario)

## Chase Everett McMurren, M.D., CCMF

Médecin-chef, programme PrimaryCare@Home, directeur médical de l'équipe de santé familiale Taddle Creek et psychothérapeute de l'Al and Malka Green Artists' Health Centre, Hôpital Toronto Western, Réseau universitaire de santé  
Chargé de cours, département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

## Nancy Pearce, IA, Ph. D.

Superviseuse IA/IAA, ParaMed  
Professeure adjointe, Université de Waterloo  
Professeure clinique adjointe, Université McMaster  
Kitchener (Ontario)

## Carmen Rodrigue, IA, M. Sc. inf., CSPSM(C)

Spécialiste de la navigation de la démence/gestionnaire de projet, Gériatrie dans la collectivité  
Programme gériatrique régional communautaire de l'Est de l'Ontario  
L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)

## Bonnie Schroeder, M.S.S, trav. soc. aut.

Directrice régionale, Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario  
Directrice, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.  
Ottawa (Ontario)

## Marie Smith, Inf. aut., B.Sc.Inf. ICPSM(C)

Infirmière soignante, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, représentante de la clinique externe du programme de santé mentale gériatrique  
Toronto (Ontario)

## Lois Stewart Archer, Inf. aut., maîtrise en soins infirmiers, PhD, Inf., ICPSM(C)

Infirmière clinicienne spécialisée régionale, Programme de réhabilitation et gériatrie, santé régionale Winnipeg  
Professeure adjointe, College of Nursing, Faculté des Sciences de la Santé, Université du Manitoba  
Associée de recherche, Manitoba Centre for Nursing and Health Research  
Winnipeg, Manitoba

## Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (suite)

### Philippe Voyer, I.A., PhD

Professeur, Faculté des sciences infirmières, Université Laval  
Chercheur et clinicien, Centre d'excellence pour le vieillissement au Québec  
Québec, Québec

### Ken Wong, BScPT, MSc

Consultant en éducation et en développement clinique  
Programme régional de soins gériatriques de Toronto  
Toronto (Ontario)

### Laura Wilding, IA, BScN, MHS, CSU(C)

Infirmière en pratique avancée, gériatrie  
L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)

Des déclarations d'intérêt susceptibles d'être interprétées comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et ces derniers ont été invités à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. Des renseignements leur ont été demandés sur leurs intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit à effet limitant n'a été relevé.

L'on peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



## Reconnaissance des intervenants

À titre de participant au processus d'élaboration de la ligne directrice, l'AIIAO s'est engagée à obtenir des commentaires d'infirmières qui jouent une multitude de rôles dans un vaste éventail de milieux de pratique, d'administrateurs bien informés, de bailleurs de fonds des services de santé et d'associations d'intervenants<sup>6</sup>. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue\*. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice :

### Emma Anderson, IA, MN, IP-SSP

Infirmière praticienne, programme soins à domicile  
VHA Home HealthCare  
Toronto (Ontario)

### Nana Asomaning, IP-Adulte, MN

Infirmière praticienne gestionnaire des urgences gériatriques/  
Spécialiste infirmière clinicienne  
Mount Sinai Hospital  
Toronto (Ontario)

### Liberty Aspilla, inf. aux. aut.

B.Sc.Inf., études supérieures  
Université Ryerson  
Toronto (Ontario)

### Dorothy Asselstine, IA, SCM

Secrétaire du conseil et résidente en soins de longue durée  
Ontario Association of Residents' Councils (OARC)  
Maxville (Ontario)

### Catherine Awad, IA, BScN, MN IPSSP (étudiante)

Infirmière soignante  
Hôpital régional de Windsor  
Windsor, Ontario

### Susan Bailey, IA, MHScN, CSIG(C)

Coordonnatrice, pratiques exemplaires en SLD  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)  
Pickering, Ontario

### Amy Bartholomew, IA, MScN (étudiante)

Coordonnatrice recherche  
Le vieillissement, collectivité et unité de recherche sur la santé et la collectivité, École de soins infirmiers de l'Université McMaster  
Hamilton (Ontario)

### Jennifer Berger, IA, MSc, Inf., ICPSM(C)

Conseillère du programme  
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)  
Oakville (Ontario)

### Veronique Boscart, IA, M.Sc.Inf., M.Ed., Ph. D.

IRSC/Titulaire de la Chaire de recherche industrielle Schlegel  
Conestoga College  
Kitchener (Ontario)  
Représentante régionale, conseil d'administration AIIAO

### Kathyrin Bote, IA

Infirmière autorisée  
Ontario Shores  
Toronto (Ontario)

### Tabatha Bowers, IA, B.Sc.inf., MN, CSIG(C)

Infirmière praticienne  
Hôpital de Scarborough  
Toronto (Ontario)

### Susan Boyce, IA

Conseillère en ressources psychogériatriques  
Association Canadienne en Santé Mentale (ACSM)  
Sarnia (Ontario)

### Maria Boyes, IA, MScN, GNC

Infirmière spécialisée en gériatrie - Gériatrie  
Hôpital Memorial de Cambridge  
Cambridge (Ontario)

### Ashley Brown, IAA

Infirmière et championne interne de Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO)  
Riverview Gardens  
Chatham (Ontario)

### **Barbara Bryan, IA**

Coordinatrice service de soins - qualité  
Jarlette Health Services  
Orangeville, Ontario

### **Jennifer A. Burgess, inf. aut.(EC), M. Sc., GNC(C)**

Infirmière praticienne  
Équipe d'intervention infirmière, HNHB  
Hamilton (Ontario)

### **K. K. Shannon Burke, IA, MN, GNC(C)**

Infirmière de pratique avancée  
West Park Healthcare Centre  
Toronto (Ontario)

### **Deborah Burne, IA, BA(Psych), ICPSM(C)**

Éducatrice, conseillère en vieillissement et santé mentale  
Collèges Sheridan et Mohawk  
Oakville (Ontario)

### **Carol Cameletti, IA, MEd**

Professeur assistant/clinicienne Seniors' Mental Health  
Outreach Program  
École de médecine du nord de l'Ontario/Sciences de la santé  
nord  
Sudbury (Ontario)

### **Erin Charnish, IA, MSc, IP-SSP**

Infirmière praticienne, conférencière clinique gériatrique  
GAIN, Programme Infirmière praticienne en soins de santé  
primaires  
Hôpital de Scarborough, Université Ryerson  
Toronto (Ontario)

### **Dan-Bi Cho, BHSc, Maîtrise en hygiène publique, BScN, IA**

Infirmière autorisée  
St. Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Hamilton (Ontario)

### **Carmelina Cimaglia, M.S.S**

Travailleuse sociale  
Royal Ottawa Mental Health Center (Le Royal - Santé mentale)  
Ottawa (Ontario)

### **Teresa Compton, inf. aut., B. Sc. Inf., IHWCC**

Infirmière autorisée  
Southlake Regional Health Centre  
Bradford (Ontario)

### **Susan Cymbaluk, IA**

Coordinatrice des services cliniques  
OMNI Health Care Ltd.  
Peterborough (Ontario)

### **Ashleigh Davis, IA**

Infirmière autorisée  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

### **Denise Dodman, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CSIG(C)**

Intervenante en défense des droits des patients  
Bluewater Health  
Sarnia (Ontario)

### **Rosanna Dolinki, IA, B. Sc. Inf.**

Gestionnaire principale en pratique clinique au niveau national  
Groupe Santé CBI  
Ottawa (Ontario)

### **Sherry L. Dupuis, Ph. D.**

Professeure  
Partnerships in Dementia Care Alliance, Université de  
Waterloo  
Waterloo (Ontario)

### **Suzanne Dupuis-Blanchard, IA, MN, PhD**

Professeure, chaire de recherche  
Université de Moncton  
Moncton (New Brunswick)

### **Julie Earle, inf. aut.(EC), M. Sc. inf., IP-SSP, GNC(C)**

Infirmière praticienne  
Lakeridge Health  
Bowmanville, Ontario

### **Susan Edgar, IA, MN**

Infirmière spécialisée en gériatrie - Gériatrie/Médecine  
Hôpital de Grand River  
Kitchener (Ontario)

### **Gail Elliot, B.A.Sc., MA**

Fondatrice, spécialiste en gérontologie et démence  
Entreprises DementiAbility  
Burlington (Ontario)

### **Beverly Faubert, IA, B. Sc. Inf.**

Coordonnatrice des pratiques exemplaires en soins de longue durée  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)  
Toronto (Ontario)

### **Miranda Ferrier, PSSP**

Préposée aux services de soutien à la personne/Présidente  
Association des préposés aux services de soutien à la personne de l'Ontario  
Cambridge (Ontario)

### **George Fieber, IA**

Chef de file en pratique infirmière  
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre  
Thunder Bay (Ontario)

### **Calen Freeman, IA, B. Sc. Inf., MN, GNC(C)**

Chef de pratique avancée - Soins infirmiers/Infirmier de pratique avancée  
Baycrest  
Toronto (Ontario)

### **Laura Gage, M.D.**

Professeur adjoint  
Université de Toronto, département de psychiatrie  
Toronto (Ontario)

### **Sarah Gibbens, IA, MN, GNC(C)**

Gestionnaire des urgences gériatriques  
Hôpital de Northumberland Hills  
Cobourg (Ontario)

### **Carly Gilchrist, Inf. aux. aut., B. Sc. Inf.**

Infirmière auxiliaire autorisée (Ontario)  
St. Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Hamilton (Ontario)

### **Kathy Greig, IAA**

Infirmière soignante  
Hôpital de Scarborough  
Toronto (Ontario)

### **Anna Grin, B. Sc. Inf., IA, MN**

Consultante en service et Soins corporatifs infirmiers en résidence  
Chartwell Retirement Residences  
Toronto (Ontario)

### **Megan Hiltz, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.S., CSIG(C)**

Expert en sujet clinique - Soins infirmiers, préparation aux opérations  
Services de soins de santé mentale Providence  
Kingston (Ontario)

### **Tam Ho, MB BS, FRACP**

Gériatre-conseil  
Northern Adelaide Local Health Network  
Australie-Méridionale (Australie)

### **Sandra Holmes, IA, GNC(C)**

Infirmière responsable  
St. Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Hamilton (Ontario)

### **Kelly Holt, IA, M.Sc. Inf., ICPSM(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
St. Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Hamilton (Ontario)

### **Janet Hunt, IA, M.Sc.Inf.**

Infirmière clinicienne spécialisée  
St. St Joseph's Health Care de London  
London (Ontario)

### **Lisa Janisse, IA, B. Sc. Inf., M. Sc. Inf.**

Nursing Professional Scholarly Practice/Gestionnaire  
London Health Sciences Centre  
London (Ontario)

### **Stacey Jonhson, IA, MN**

Chef de la qualité  
Qualité des services de santé Ontario  
Toronto (Ontario)

### **Lisa Lallion inf. aut., B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers, ICS**

Infirmière clinicienne spécialisée  
The Scarborough Stroke Clinic  
Toronto (Ontario)

**Jeannette Lindenbach, IA, M. Sc. Inf., Candidate au doctorat**

Professeure agrégée  
Université Laurentienne  
Sudbury (Ontario)

**Jessica Po Ying Lok, IA, B. Sc. Inf., MN**

Formatrice clinique, soins infirmiers et soutien personnel  
VHA Home HealthCare  
Toronto (Ontario)

**Shirley Marr, IA, B. Sc. inf., maîtrise en enseignement supérieur, M. Sc. santé Sc. inf. CSI(C)**

Infirmière éducatrice clinique, unité de soins intensifs  
William Osler Health System  
Toronto (Ontario)

**Leah Masin, IA**

Infirmière soignante  
Southlake Regional Health Center  
Newmarket (Ontario)

**Elizabeth McMurray, IA, B. Sc. Inf.**

Consultante en pratique professionnelle  
Lead for a review group from St. St Joseph's Health Care de London  
St. St Joseph's Health Care de London  
London (Ontario)

**Sarah McTavish, M. Sc.**

Analyste recherche en normes de qualité  
Qualité des services de santé Ontario  
Toronto (Ontario)

**Michael Merritt, M. Sc. inf. (IP), B. Sc. inf., IAA, IA**

IP de l'équipe de consultation-liaison en santé mentale  
Hôpital Lyell McEwin  
Australie-Méridionale (Australie)

**Noeman Mirza, Ph.D**

Professeur adjoint, Université Thompson Rivers  
Infirmier autorisé, University Health Network  
Toronto (Ontario)

**Andrea Mowry, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CHPCN(C)**

Membre du corps professoral  
École de soins infirmiers Trent Fleming  
Peterborough (Ontario)

**Jennifer Murdock, IA, BA, MN**

Clinical Nurse Educator: Medicine Program  
Centre régional de santé de Peterborough  
Peterborough (Ontario)

**Sonia Nobleza, IA, B. Sc. Inf., GNC(C)**

Infirmière clinicienne  
Centre Sunnybrook des sciences de la santé  
Toronto (Ontario)

**Pat Noirel, IA**

Conseillère en soins infirmiers de longue durée  
Extendicare Canada Inc.  
London (Ontario)

**Carolyn Notarandrea, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Inf. (étudiante)**

Infirmière autorisée  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

**Jennifer Oteng, IA, B. Sc. Inf., MN, GNC(C)**

Infirmière travail de proximité en gériatrie  
William Osler Health System  
Hamilton (Ontario)

**Noelle Ozog, inf. aut., B.Sc.S., B.Sc.Inf.**

Infirmière autorisée, Service des urgences  
Centre hospitalier universitaire (London Health Sciences Centre)  
London (Ontario)

**Alvisa Palese, M. Sc. Inf., IA, Candidate au doctorat**

Professeure agrégée  
Université d'Udine  
Udine, Italie

**Archna Patel, B. Sc. Psych, B. Sc. Inf., enseignante de yoga accréditée, ICPSM(C), IA, MN**

Équipe de pratique clinique  
Humber River Hospital  
Toronto (Ontario)

### Samantha Peck

Directrice, Communications et éducation  
Conseils de la famille, Ontario  
Toronto (Ontario)

### Catherine Petch, IA, MN, GNC(C)

Gestionnaire, Programme de développement des pratiques  
interprofessionnelles  
Royal Victoria Regional Health Centre  
Barrie (Ontario)

### Susan Phillips, IA, M. Sc. Inf.

Infirmière autorisée  
L'Hôpital d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)

### Melissa Postill-Babcock, IAA

Championne Soutien en cas de troubles du comportement, co-  
coordonnatrice MDS RAI  
Vision 74 Inc.  
Sarnia (Ontario)

### Peggy Rice, B. Sc. Inf., IPSSP

Hospitaliste  
Lakeridge Health  
Whitby (Ontario)

### Kim Ritchie, IA, MN, GNC(c)

Infirmière clinicienne spécialisée, programme de  
neuropsychiatrie et de gériatrie  
Infirmière soignante, Centre des sciences de la santé mentale  
Ontario Shores  
Whitby (Ontario)

### Nancy Rushford, Ph. D., M. Sc. ergothérapie, aut. (Ont.)

Directrice des programmes et de la mise en œuvre  
Société Alzheimer de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

### Constance Schumacher, IA, MSN, étudiante au doctorat

Infirmière en intervention rapide  
HNHB CASC  
Simcoe (Ontario)

### Dallas Seitz, MD, Ph.D.

Professeur adjoint  
Université Queen's  
Kingston (Ontario)

### Susanne Sferrazza-Swayze, IAA

Infirmière soignante  
St. Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Hamilton (Ontario)

### Cheryl Joy Simpson, IA, B.Spéc.Sc.Inf.HBSc, MN, GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ontario)

### Samir Sinha, M.D., DPhil, FRCPC

Directeur de la gériatrie  
Sinai Health System et les hôpitaux du réseau universitaire  
de santé  
Toronto (Ontario)

### Ashley Skiffington, inf. aut., M.Ed.(C)

Chef de la pratique professionnelle, pratique fondée sur les  
données probantes  
Hôpital St. Michael  
Toronto (Ontario)

### Judy Smith, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Ed.(DE), CSU(C)

Infirmière spécialisée en gériatrie - Santé des Aînés  
Mackenzie Health  
Richmond Hill (Ontario)

### Diana Sonnack, IA, M.Sc. Inf.

Éducatrice, Responsable OVPE  
Hôpital Lyell McEwin  
Australie-Méridionale (Australie)

### Lily Spanjevic, IA, B.Sc. Inf., MN, CSIG(C), CSIR(C), ICMC(C)

Infirmière en pratique avancée, gériatrie-médecine  
Hôpital Joseph Brant  
Burlington (Ontario)

### Anne Stephens, IA, B.Sc. Inf., MEd, CSIG(C)

Gestionnaire en pratique clinique  
Toronto Central CCAC  
Toronto (Ontario)

**Marion Tabanor, IA, B. Sc. inf., CSIG(C), CSPSM(C),**

RAI-C

Conseillère en ressources psychogériatriques  
Centre régional de santé de Peterborough  
Peterborough (Ontario)

**Margaret Tersigni, IA(EC), MN, CSIG(C)**

Infirmière praticienne  
Le centre pour la mémoire et le vieillissement  
Toronto (Ontario)

**Susan Thibert**

Éducation et soutien à domicile  
Ontario Association of Residents' Councils (OARC)  
Collingwood (Ontario)

**Kerriane Thompson, IA, B.Sc. Inf.**

Infirmière en santé publique  
Whitby (Ontario)

**Laura Waller, IA(EC), IP-SSP**

Infirmière praticienne  
Les services de santé Four Counties  
London (Ontario)

**Susan Ward-Moser, IA, B.Sc.Inf.**

Infirmière évaluatrice  
Anciens Combattants Canada  
Kingston (Ontario)

**Angelina Yeboah Bimpeh, IA, B.Sc.Inf., MN, CSIG(C)**

Infirmière en gestion des urgences gériatriques  
William Osler Health System (Hôpital Brampton Civic)  
Brampton (Ontario)

**Sarah Yip, IA**

Infirmière  
Southlake Regional Health Centre  
Newmarket (Ontario)

**Lynnda Zibell Milsap, ICS PSM certifiée par le conseil**

PSM principale, liaison psychiatrique  
Hôpital et cliniques de l'Université du Wisconsin  
Madison (Wisconsin)

\* Les réviseurs intervenants sont des experts du domaine traité par la ligne directrice ou des représentants d'organismes qui participent à sa mise en œuvre ou qui sont touchés par celle-ci. Il peut s'agir d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé au point de service, d'infirmières de direction, d'administrateurs, d'experts en recherche, de membres de l'équipe interdisciplinaire, d'éducateurs, d'étudiants en sciences infirmières, de patients ou de membres de la famille de patients. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue de spécialistes qui représentent une diversité de secteurs de la santé, de rôles dans la profession infirmière et d'autres milieux professionnels (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'éducation et les politiques), ainsi que de régions géographiques.

Les réviseurs intervenants des LDPE de l'AIIAO sont repérés de deux façons. Le recrutement des intervenants s'effectue d'abord au moyen d'un appel public affiché sur le site Web de l'AIIAO ([www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder)). Des personnes et des organismes possédant des compétences dans le domaine du sujet traité par la ligne directrice sont ensuite repérés par l'équipe d'élaboration de la ligne directrice et le comité d'experts de l'AIIAO. Ces personnes et ces organismes sont alors invités directement à participer à la révision.

On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les commentaires des intervenants sont soumis en ligne sous la forme de réponses à un questionnaire de sondage. Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes portant sur chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- La discussion sur les données probantes est-elle exhaustive et les données appuient-elles la recommandation?

Le sondage offre aussi l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section de la ligne directrice.

Les réponses au sondage sont compilées et les commentaires, résumés par l'équipe d'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO. L'équipe d'élaboration et le comité d'experts de l'AIIAO examinent et considèrent tous les commentaires et, au besoin, modifient le contenu de la ligne directrice ainsi que les recommandations avant la publication de façon à tenir compte des commentaires reçus.

Les réviseurs intervenants ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente ligne directrice.



# Contexte

## La relation entre le délire, la démence et la dépression

Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées sont souvent abordés de façon indépendante, notamment par les travaux de recherche. Il est toutefois important de noter qu'il existe plusieurs liens importants entre ces trois troubles; les fournisseurs de soins de santé doivent en être conscients, surtout pendant qu'ils prennent soin de personnes âgées.

### Coexistence et chevauchement des symptômes

Il est tout à fait possible que le délire, la démence et la dépression coexistent (Regan et Varanelli, 2013). Ainsi, une personne atteinte de délire pourrait être aux prises avec une démence ou une dépression sous-jacente, comme une personne atteinte de démence pourrait faire une dépression en plus d'avoir un délire sous-jacent. La dépression est un symptôme neuropsychiatrique<sup>G</sup> courant de la démence (Brodaty et Arasaratnam, 2012; Enmarker, Olsen et Hellzen, 2011; Ueda, Suzukamo, Sato et Izumi, 2013). En plus de pouvoir coexister, le délire, la démence et la dépression partagent quelques caractéristiques et ont des symptômes susceptibles de se chevaucher, ce qui peut compliquer l'établissement d'un diagnostic exact (Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias [Development Group], 2010; AIIAO, 2010b). Ainsi, leurs similarités pourraient donner lieu aux situations suivantes :

- le délire hypoactif et la dépression peuvent être confondus;
- le délire hyperactif et les troubles du comportement associés à la démence peuvent être confondus;
- la démence et la dépression peuvent être confondues.
- la dépression et la démence peuvent être confondues.

Pour une comparaison des caractéristiques cliniques du délire, de la démence et de la dépression, consultez l'**Annexe D**.

### Facteurs de risque et exacerbation des troubles

Le délire, la démence et la dépression augmentent les risques de développer un autre des trois troubles; ils peuvent aussi les empirer ou en être la conséquence. Des études ont notamment découvert ce qui suit :

- Les personnes atteintes de trouble cognitif et de dépression ont des risques accrus de délire (Flaherty, Gonzales et Dong, 2011; Inouye, Westendorp et Saczynski, 2014; Khan et coll., 2012).
- Le délire est susceptible d'accroître les risques de démence (Hshieh et coll., 2015; Khan et coll., 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2010) et d'empirer sa progression (Clegg, Siddiqi, Heaven, Young et Holt, 2014).
- La prévalence des symptômes dépressifs est élevée chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de démence (American Medical Directors Association [AMDA], 2011; Orgeta, Qazi, Spector et Orrell, 2014; Potter, Ellard, Rees et Thorogood, 2011).
- Les épisodes de dépression majeure chez une personne âgée sont susceptibles d'augmenter ses risques de démence d'Alzheimer (Trangle et coll., 2016).
- La dépression interagit avec le trouble cognitif et peut l'empirer (Kiosses, Leon et Arean, 2011).
- La dépression est susceptible de contribuer aux symptômes comportementaux (p. ex., l'agressivité) chez les personnes atteintes de démence (Enmarker et coll., 2011).

## Le délire

Le délire est un syndrome neuropsychiatrique complexe caractérisé par son apparition brutale, ses fluctuations, l'altération du niveau de conscience, l'inattention et les pensées désorganisées (Inouye, 2006, cité dans Marcantonio, 2011; Martinez, Tobar et Hill, 2015). On le décrit comme un trouble aigu qui persiste en général d'un à sept jours (Flaherty et coll., 2011), bien qu'il lui arrive parfois de durer encore plus longtemps, des fois pendant plusieurs semaines (AMDA, 2008). Le délire peut être considéré comme une insuffisance cérébrale aiguë et pourrait en vérité être un signe de vulnérabilité et de réduction de la capacité cérébrale (Inouye et coll., 2014). Le délire peut également être un signe d'urgence médicale et il peut avoir comme répercussions des effets neurologiques permanents (Inouye et coll., 2014), le développement ou l'aggravation de la démence (Clegg et coll., 2014; Khan et coll., 2012; NICE, 2010), le transfert au sein d'un établissement de soins de longue durée (Brooks, 2012; Khan et coll., 2012; NICE, 2010), les chutes et le déclin fonctionnel (Hshieh et coll., 2015), ainsi que l'augmentation des risques de décès (Brooks, 2012; Khan et coll., 2012; NICE, 2010).

Le délire n'est pas particulièrement rare chez les personnes âgées. Il toucherait jusqu'à 50 pour cent des personnes âgées hospitalisées (Inouye et coll., 2014) et son incidence serait encore plus élevée aux soins intensifs, chez les personnes atteintes d'une fracture de la hanche et chez celles qui subissent des interventions chirurgicales, par exemple au cœur (Holroyd-Leduc, Khandwala et Sink, 2010; Martinez et coll., 2015). Les cas de délire sont courants dans les milieux de soins de longue durée (AMDA, 2008) et ils mènent souvent à l'admission à l'hôpital (Clegg et coll., 2014). L'incidence du délire dans les soins à domicile n'est pas bien définie, mais ce trouble est constaté fréquemment chez les personnes qui reçoivent des soins palliatifs. Pour de plus amples renseignements sur le délire en fin de vie, consultez la ligne directrice sur l'évaluation et le traitement du délire en fin de vie (Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life, 2010) de la *Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)*.

Plusieurs facteurs peuvent être la cause du délire. Ce trouble se développe quand il y a présence de plusieurs facteurs prédisposants (p. ex., âge avancé, fragilité, trouble cognitif) qui rendent la personne vulnérable ainsi que de plusieurs facteurs précipitants (p. ex., maladie, intervention chirurgicale, immobilité, milieu bruyant) (Clegg et coll., 2014; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014). Chez une personne âgée qui présente plusieurs morbidités et qui est atteinte de démence, les risques de délire sont élevés. Dans une telle situation, même de tout petits changements dans le milieu ou l'état de santé de la personne peuvent déclencher le délire. Par comparaison, si une personne âgée est en santé, il lui faudrait être exposée à plusieurs facteurs de risque précipitants pour devenir atteinte de délire (Marcantonio, 2011).

Il existe trois types principaux de délire :

1. **Le délire hyperactif** est caractérisé par une excitation accrue, l'agitation, les idées délirantes et (ou) un comportement agressif.
2. **Le délire hypoactif** est caractérisé par la somnolence, l'apaisement des symptômes et (ou) un comportement désintéressé.
3. **Le délire mixte** est caractérisé par une alternance entre les états hyperactif et hypoactif (NICE, 2010).

Selon Khurana, Gambhir et Kishore (2011), le délire le plus courant chez les personnes âgées est l'hypoactif, avec environ 65 % des cas. Malgré sa prévalence, il est souvent négligé et peut être confondu avec la démence et la dépression (AMDA, 2008; NICE, 2010).

En plus des trois types susmentionnés, la documentation décrit le délire sous-syndromal, qui consiste à ne présenter que quelques-unes des caractéristiques du délire (Marcantonio, 2011) et le délire persistant, qui dure jusqu'au congé de l'hôpital et même au-delà (Cole, Ciampi, Belzile et Zhong, 2009). Le délire persistant a par le passé été associé à des répercussions néfastes, y compris une augmentation importante du trouble cognitif, l'invalidité fonctionnelle, l'hospitalisation prolongée, le placement en institution et le décès (Cole et coll., 2009).

Dans bien des cas, il est possible de prévenir le délire. Les interventions multifactorielles de prévention sont susceptibles de réduire les taux d'incidence de ce trouble d'environ 30 pour cent (Martinez et coll., 2015), tandis que des programmes de prévention organisés ont déjà permis d'améliorer le dépistage et le traitement du délire (Hshieh et coll., 2015; Inouye et coll., 2014; Marcantonio, 2011) (voir la

**Recommandation 15.3**)

## La démence

The Alzheimer Society of Ontario (2012, p. 3) defines dementia as “a brain disorder characterized by impaired cognitive functioning that can affect learning and memory, mood and behaviour, as well as the ability to conduct daily activities and high level functions such as management of other chronic conditions.” Dementia develops gradually and is progressive, but its manifestation and course can vary considerably, depending on the disease (Development Group, 2010).

En d'autres mots, le terme « démence » englobe toute une variété de maladies qui créent des changements irréversibles dans le cerveau, y compris la maladie d'Alzheimer (associée aux plaques et amas de protéines); la démence vasculaire (associée à l'AVC); la démence mixte (toute combinaison de démences, la plus fréquente étant les démences d'Alzheimer et vasculaire); la démence à corps de Lewy; la démence fronto-temporale; ainsi que les démences associées à la maladie de Creutzfeldt-Jakob, à la maladie de Parkinson et à la maladie de Huntington (Société Alzheimer du Canada, 2015b). Dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), chacune de ces diverses maladies s'inscrit dans la catégorie des troubles neurocognitifs majeurs et chacune a des critères de diagnostic qui lui sont propres. Pour un résumé des types principaux de démence, consultez l'[Annexe E](#).

Les facteurs de risque dépendent du type de démence et comprennent la vieillesse (plus de 65 ans), les facteurs de risque vasculaires (p. ex., hypertension, hypercholestérolémie et diabète), les antécédents familiaux des parents au premier degré et la dépression (Development Group, 2010).

En 2011, la Société Alzheimer du Canada a signalé que 747 000 Canadiens âgés (soit environ 15 pour cent d'entre eux) étaient atteints de démence et il est prévu que ce nombre atteigne les 1,4 million d'ici 2031 (Société Alzheimer du Canada, 2015a). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) signale que la prévalence de démence augmente avec l'âge et double pour chaque tranche de cinq années au-delà de 65 ans (OMS, 2012). Ce point est particulièrement préoccupant quand l'on sait que le nombre d'Ontariens de 65 ans et plus devrait doubler au cours des 20 prochaines années et que la majorité de ces personnes auront au moins une maladie ou condition chronique (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2012), dont certaines sont associées à la démence (Development Group, 2010).

Bien que la démence puisse avoir un impact dévastateur sur la vie des personnes qu'elle touche et les membres de leur famille, il est tout de même possible d'être à la fois touché par la démence et un membre actif de la société, surtout pendant les premiers stades<sup>G</sup> de la maladie. Au fur et à mesure que progresse la démence, les fournisseurs de soins de santé peuvent collaborer avec les familles afin de veiller à la qualité de vie et à la dignité de la personne touchée.

On estime que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence<sup>G</sup> (SCPD) se produisent chez environ 80 pour cent des gens atteints de démence et surtout chez ceux qui sont aux stades modérés et avancés de la maladie (Development Group, 2010; Spector, Orrell et Goyder, 2013). Le terme SCPD décrit la façon dont une personne atteinte de démence exprime ses besoins et manifeste ses symptômes de démence, ce qui peut notamment se faire par des sautes d'humeur, des idées délirantes, l'apathie, l'agitation, l'errance, les appels, les questions répétées et la désinhibition sexuelle<sup>G</sup> (Moniz Cook et coll., 2012). Il est important de noter que ces symptômes ont déjà été décrits et définis de plusieurs façons différentes (voir l'[Annexe A](#)). De plus, les débats et les fondements philosophiques de la terminologie et des approches de soin sont en train d'évoluer. Quel que soit le terme que l'on emploie, il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé sachent prendre en charge ces symptômes et y réagir (voir les [recommandations 6.3 et 7.1](#), ainsi que l'[Annexe A](#) pour de plus amples renseignements).

Quand on offre du soutien aux personnes atteintes de démence, il est également important d'appuyer leur famille et leurs aidants naturels<sup>G</sup>. Les membres de la famille jouent souvent un rôle de première importance dans les soins, mais la difficulté de ce rôle enrichissant peut nuire à la santé physique et émotionnelle des aidants naturels. Dans certains cas, cela peut même mener à un mauvais traitement ou à la négligence d'une personne âgée (pour de plus amples renseignements à ce sujet, voir la LDPE *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* de l'AIIAO [2014a]). Selon l'OMS (2012), entre la moitié et les trois quarts des aidants naturels de personnes atteintes de

démence vivent des symptômes de dépression ou d'anxiété. En offrant soutien et formation aux aidants naturels, il est possible non seulement d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes atteintes de démence, mais aussi d'atténuer les problèmes psychosociaux susceptibles de toucher les aidants naturels, y compris la détresse, le stress et la dépression (Corbett et coll., 2012). (voir les **recommandations 1.1 et 8.5**)

## Dépression

The American Medical Directors Association (2011, p. i) has defined depression as “a spectrum of mood disorders characterized by a sustained disturbance in emotional, cognitive, behavioural, and/or somatic regulation that is associated with both significant functional impairment in daily living and often loss of one’s capacity for pleasure and enjoyment (anhedonia).” Depression can be chronic, persistent, or recurrent (Krishna et coll., 2011), or it can be a reaction to events that are common in the lives of older adults, such as developing an illness, experiencing cognitive decline, losing a loved one, or being admitted to hospital or long-term care (O’Connor, Whitlock, Gaynes et Beil, 2009). Le *DSM-5* énonce des critères diagnostiques pour les différents types de troubles dépressifs (APA, 2013).

Bien que la dépression soit courante chez les personnes âgées, il ne faut pas pour autant la considérer comme un élément normal du vieillissement (Trangle et coll., 2016). On estime que la dépression touche environ 35 pour cent des gens qui se trouvent dans des établissements de soins de longue durée (AMDA, 2011) et 15 pour cent des personnes âgées qui vivent dans la collectivité (Société canadienne de psychologie, 2015; Dreizler, Koppitz, Probst et Mahrer-Imhof, 2014).

La dépression a un effet invalidant et son impact sur la qualité de la vie et des relations familiales est colossal (Kiosses et coll., 2011; Krishna et coll., 2011). De plus, elle peut compliquer les comorbidités et la prise en charge des maladies chroniques (Chang-Quan et coll., 2009; Samad, Brealey et Gilbody, 2011). Dans les cas extrêmes, elle peut même causer la mort par suicide (O’Connor et coll., 2009; Samad et coll., 2011), surtout chez les hommes de plus de 85 ans (Butler-Jones, 2010).

Il existe des traitements efficaces pour la dépression et les chances de rétablissement augmentent quand le trouble est dépisté et pris en charge efficacement, ainsi que quand la personne reçoit du soutien adéquat. Malheureusement, la dépression est associée à des stigmates et à de la discrimination (NICE, 2009), et il arrive souvent que les fournisseurs de soins de santé ne la reconnaissent pas (O’Connor et coll., 2009). C’est pour cette raison qu’il est important que les fournisseurs de soins de santé possèdent les compétences, les connaissances, les attitudes et les capacités nécessaires pour effectuer une évaluation des personnes âgées atteintes de dépression, ainsi que pour leur offrir des soins.

## Principes directeurs et postulats

Les recommandations inscrites dans la présente ligne directrice sont fondées sur les principes généraux suivants :

- Chaque personne âgée est un être humain unique qui possède ses propres expériences de vie, forces, préférences, pratiques culturelles, valeurs et croyances.
- Toutes les personnes âgées méritent d’avoir un accès équitable à des soins d’excellente qualité fondés sur les meilleures données probantes disponibles et fournis par des fournisseurs de soins de santé bien informés, talentueux et bienveillants.
- Les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression méritent d’être traitées avec dignité par des fournisseurs de soins de santé et de prendre part à des interactions humaines bienveillantes.
- Les attitudes, comportements et approches de communication du fournisseur de soins de santé pendant les interactions avec les personnes âgées, ainsi que les termes employés pour décrire les symptômes et comportements associés au délire, à la démence et à la dépression ont un impact important. Pour cette raison, il est important de donner une formation continue et d’opter pour la pratique réflexive<sup>G</sup>.
- Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille<sup>G</sup> sont essentiels pour prendre soin d’une personne âgée atteinte de délire, de démence ou de dépression.
- La perspective de rétablissement<sup>G</sup>, une approche de soins visant le bien-être, l’atténuation des symptômes et la conciliation avec les comportements, est bénéfique pour les personnes âgées, et encore plus pour celles qui sont atteintes de troubles de longue durée.

- Pour optimiser la qualité de vie des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression, il est essentiel de tenir compte de ce qui compte pour chacune d'elles. La qualité de vie est subjective et peut varier d'une personne à l'autre : c'est à la personne de déterminer et d'exprimer ce qu'elle signifie pour elle.

Les recommandations énoncées dans la présente ligne directrice et leur mise en application reposent également sur les postulats suivants :

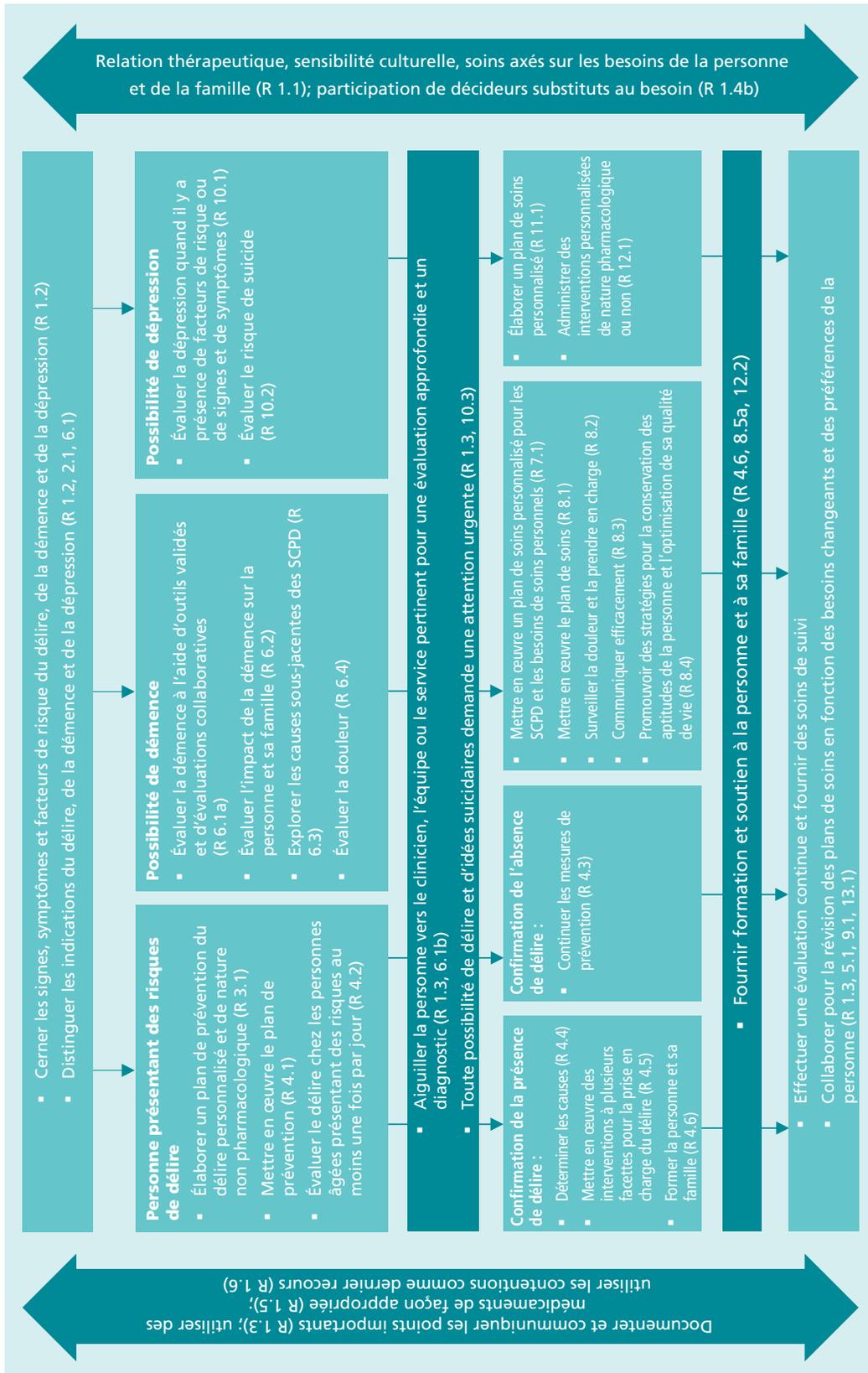
- Le terme « famille » englobe tous ceux que la personne considère comme faisant partie de sa famille. Les membres de la famille jouent souvent un rôle central dans la vie des personnes âgées, parfois à titre de partenaires de soins actifs.
- Les fournisseurs de soins de santé reconnaissent le rôle important de la famille et interagissent avec elle, mais sont aussi conscients que certaines personnes n'ont pas de famille, que d'autres préfèrent qu'elle ne participe pas aux soins, et que parfois la famille ne peut ou ne veut pas y participer non plus.
- Les fournisseurs de soins de santé communiquent des évaluations, des plans de soins, des interventions et des évaluations des soins à d'autres membres de l'équipe de soins de santé, à la famille, aux aidants naturels et dans les différents milieux de soins pertinents, à la fois par communication orale et par des processus de documentation officiels.
- Les fournisseurs de soins de santé travaillent en respectant les limites de leurs connaissances et de leurs compétences, et veillent à respecter les principes juridiques et éthiques.

### Schémas

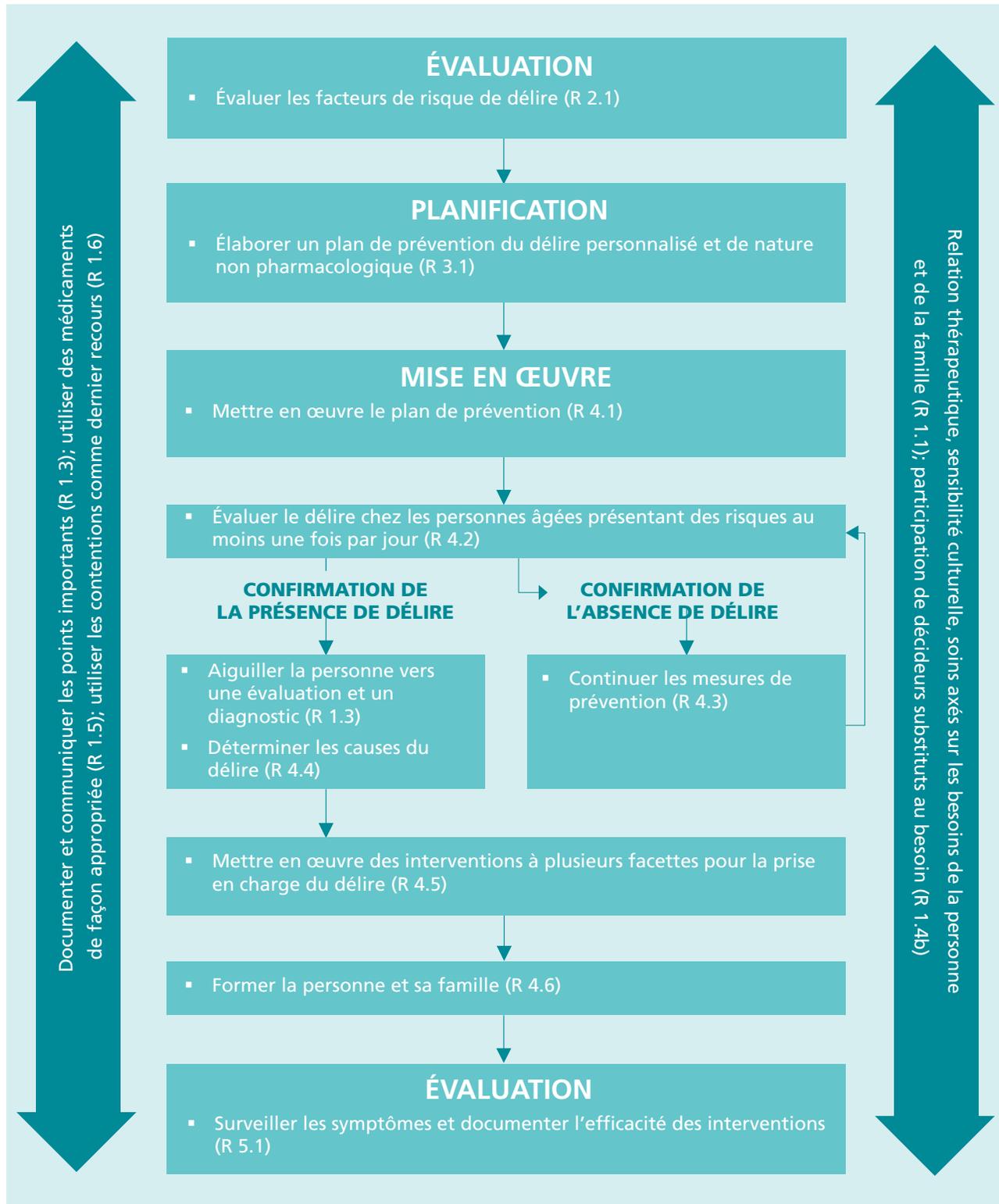
Les schémas suivants illustrent les étapes, le contexte et les points à considérer lors de l'évaluation et des soins des personnes atteintes de délire, de démence et de dépression. Les références aux recommandations de la présente ligne directrice sont inscrites entre parenthèses.



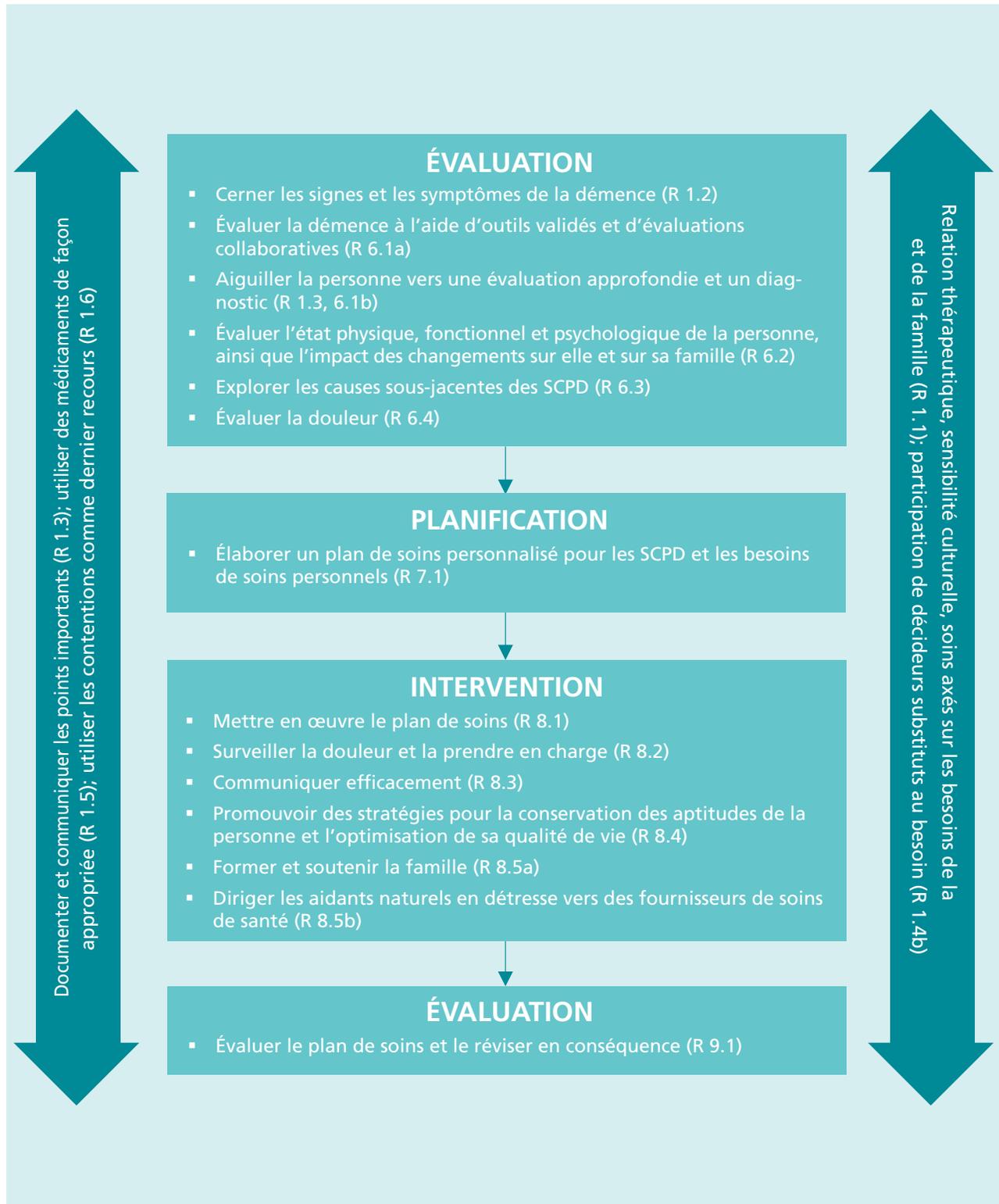
## Schéma du délire, de la démence et de la dépression



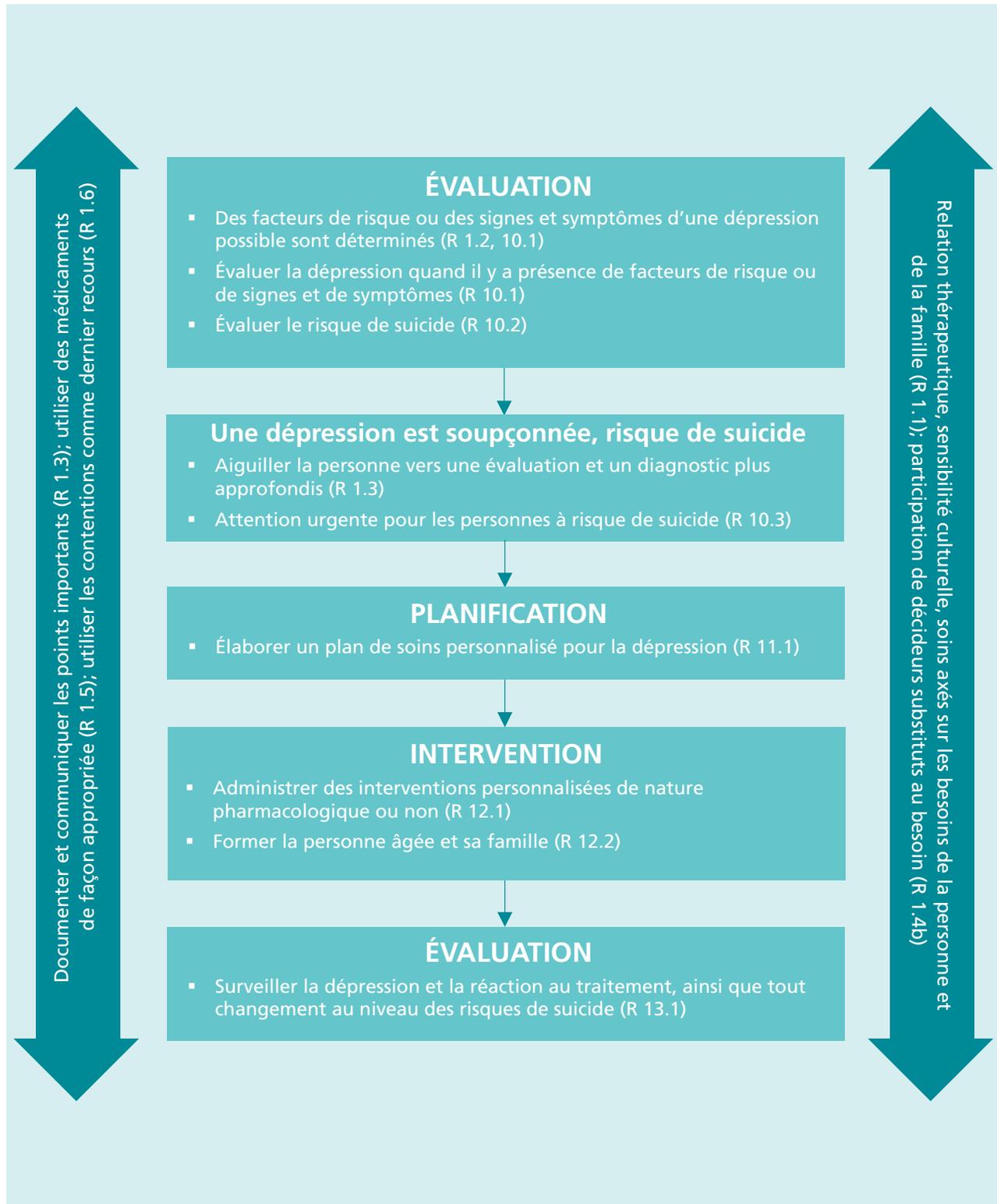
## Schéma du délire



## Schéma de la démence



## Schéma de la dépression



# Recommandations relatives à la pratique

## RECOMMANDATIONS GLOBALES RELATIVES AU DÉLIRE, À LA DÉMENCE ET À LA DÉPRESSION

### 1.0 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

#### RECOMMANDATION 1.1 :

Établir des relations thérapeutiques et fournir des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, et sensibles au point de vue culturel, pendant les soins et la formation de personnes atteintes de délire, de démence ou de dépression, et de leur famille et aidants naturels.

Niveau de preuve = Ia et V

#### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts souligne que les fournisseurs de soins de santé doivent faire preuve de comportements et d'aptitudes favorables pour prendre soin des personnes atteintes de délire, de démence et de dépression et de leur famille. À cet effet, il faut établir et maintenir des relations thérapeutiques<sup>G</sup>, faire preuve de sensibilité culturelle<sup>G</sup> et adopter les attitudes et comportements des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Le comité d'experts précise que ces compétences sont essentielles non seulement pour la qualité des soins, mais aussi car ces troubles sont délicats et car leur diagnostic peut être accompagné de stigmates (surtout celui de démence et de dépression). Notons que certains fournisseurs de soins de santé pourraient faire référence à un concept semblable et complémentaire pour décrire certains des comportements et aptitudes dont il est question, celui de pratique relationnelle<sup>G</sup> (p. ex., écouter, faire preuve d'empathie, réfléchir).

L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) (2013) et l'AIIAO (2006a) soulignent l'importance que revêtent les relations thérapeutiques à titre de compétence fondamentale en soins infirmiers. Les relations thérapeutiques consistent à bâtir une relation de confiance ainsi qu'à employer des aptitudes de communication efficaces (OIIO, 2013). Pour ce faire, les infirmières et fournisseurs de soins de santé doivent avoir une bonne conscience et connaissance de soi, ainsi que faire preuve d'empathie (AIIAO, 2006a).

Les données probantes provenant d'examen systématiques et de lignes directrices sur le sujet laissent entendre que les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille doivent être l'un des pivots des soins pour les personnes atteintes de délire, de démence et de dépression (Cabrera et coll., 2015; Enmarker et coll., 2011; Konno, Stern et Gibb, 2013; Lawrence, Fossey, Ballard, Moniz-Cook et Murray, 2012; Livingston et coll., 2014; NICE, 2009, 2010; Spenceley, Sedgwick et Keenan, 2015). Les comportements et les aptitudes axés sur les besoins de la personne et de la famille consistent à connaître la personne d'une façon non superficielle, de reconnaître son autonomie et les décisions qu'elle prend, de partager les pouvoirs et de communiquer, tant verbalement que d'autres façons, en faisant preuve de respect et de bienveillance (AIIAO, 2015b).

Il est également important d'opter pour une approche axée sur les besoins de la personne et de la famille lors des formations qu'on leur donne ou que l'on donne aux aidants naturels. Les formations doivent être données de façon compréhensible et adéquate du point de vue culturel; elles doivent encourager le dialogue et être adaptées aux besoins et aux capacités des personnes âgées et de leur famille (American Geriatrics Society [AGS], 2014; CCSMPA, 2010; Elvish, Lever, Johnstone, Cawley et Keady, 2013; NICE, 2010; Topo, 2009). Dans certains cas, la présence d'interprètes ou de médiateurs culturels pourrait s'avérer nécessaire pour faciliter l'apprentissage. De plus, des ressources supplémentaires (documents imprimés, vidéos, liens Web, etc.) peuvent être fournies afin d'appuyer l'apprentissage (Development Group, 2010).

Pour de plus amples renseignements à l'appui de cette recommandation, consultez les ressources suivantes :

- **OIIO:**
  - **La prestation de soins adaptés à la culture.**  
[http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040\\_culturesens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51040_culturesens.pdf)
  - **Relation thérapeutique entre le client et le personnel infirmier**  
[http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033\\_nurseclient.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf)
- **AIIAO :**
  - **Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développer une compétence culturelle**  
<http://RNAO.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>
  - **Établissement de la relation thérapeutique**  
<http://RNAO.ca/bpg/translations/établissement-de-la-relation-thérapeutique>
  - **Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille**  
<http://RNAO.ca/bpg/language/soins-axés-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille>

#### RECOMMANDATION 1.2 :

Cerner et distinguer les signes et symptômes de délire, de démence et de dépression pendant les évaluations, les observations et les interactions avec les personnes âgées en portant une attention particulière aux changements exprimés par la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de rester à l'affût des signes et symptômes de délire, de démence et de dépression de manière à ce que l'on puisse dépister et traiter ces troubles aussi rapidement que possible. Il s'agit là d'un point particulièrement important étant donné leur prévalence chez les personnes âgées (voir la discussion sous Contexte) et étant donné que leurs symptômes sont fréquemment négligés ou mal interprétés (NICE, 2009). De plus, le dépistage précoce ouvre la porte à une évaluation structurée, à un diagnostic, à un traitement et à des soins en temps opportun (AMDA, 2012; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Preventative Services Task Force, 2014).

Il est possible que les fournisseurs de soins de santé reconnaissent ou observent des signes et symptômes de délire, de démence et (ou) de dépression pendant les évaluations, les observations continues, les discussions et les rencontres avec des personnes âgées. Les membres de la famille connaissent souvent mieux les facultés cognitives, les fonctions, l'humeur et le comportement de la personne, et feront part de leurs préoccupations en cas de changement (Inouye et coll., 2014). Quand un changement est signalé par la famille ou par la personne elle-même, il faut le prendre en considération et mener une évaluation de suivi de façon judicieuse. Les membres de la famille peuvent également être en mesure de confirmer les résultats d'une évaluation (NICE, 2009), surtout en cas de doutes relatifs à la capacité ou de renseignements manquants.

Les fournisseurs de soins de santé doivent être en mesure de distinguer les signes et symptômes de délire, de démence et de dépression, car il arrive que ces troubles coexistent et que certaines de leurs caractéristiques cliniques se chevauchent (Regan et Varanelli, 2013). L'**Annexe D**, où sont soulignées les caractéristiques cliniques de chacun des troubles, peut servir de ressource afin de mieux distinguer les indicateurs qui leur sont propres. Notons que la présence d'autres comorbidités est susceptible de compliquer

l'évaluation et le diagnostic (Development Group, 2010). Ainsi, la dépression chez les personnes âgées complique certaines maladies concomitantes comme l'hypothyroïdie ou peut être masquée par celles-ci, comme l'a démontré un examen systématique dont la qualité méthodologique a été jugée modérée (Chang-Quan et coll., 2009). (Pour de plus amples renseignements sur les évaluations de la qualité méthodologique, voir l'[Annexe C](#).)

### RECOMMANDATION 1.3 :

Aiguiller les personnes âgées chez lesquelles on soupçonne un cas de délire, de démence ou de dépression vers les cliniciens, équipes ou services pertinents afin de mener une évaluation, un diagnostic ou des soins de suivi.

Niveau de preuve = la

## Discussion sur les données probantes :

Quand un fournisseur de soins de santé soupçonne une personne d'être atteinte de délire, de démence ou de dépression, ils doivent l'aiguiller vers le clinicien, l'équipe ou le service le plus adéquat de la région pour qu'elle puisse passer une évaluation exhaustive et un diagnostic; cette approche est appuyée par un examen modéré de la documentation et par une ligne directrice (Inouye et coll., 2014; NICE, 2010).

Il est possible que le processus de diagnostic requière plusieurs évaluations cognitives afin de pouvoir éliminer les autres possibilités (autres diagnostic possibles) (Inouye et coll., 2014). Chez certains patients, il faudra prendre en charge ou traiter des comorbidités avant qu'un diagnostic fiable puisse être réalisé. Des évaluations cliniques et des tests diagnostiques pourraient également être nécessaires pour appuyer un diagnostic (pour des exemples de tests courants permettant d'évaluer les causes du délire, voir l'étude d'Inouye et coll., 2014). Selon la situation, il est possible d'aiguiller la personne vers des fournisseurs de soins primaires<sup>9</sup>, des services gériatriques spécialisés, des services psychiatriques spécialisés en gériatrie, des neurologues et des membres de l'équipe interprofessionnelle (AIIAO, 2010b).

Chaque fois qu'ils aiguillent un patient ou communiquent leurs constatations à d'autres membres de l'équipe de santé, les fournisseurs de soins de santé doivent se souvenir des recommandations ci-dessous, lesquelles sont toutes appuyées par des lignes directrices cliniques ainsi que par le comité d'experts (notez qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive) :

- Si l'on soupçonne qu'une personne est atteinte de délire ou présente des risques de suicide, les fournisseurs de soins de santé doivent agir immédiatement en vue d'aiguiller la personne vers les services appropriés (voir la [Recommandation 10.3](#)).
- Quand il est difficile de faire la distinction entre le délire, de démence ou le délire superposé sur la démence pendant un diagnostic, c'est le délire qu'il faut traiter en premier.
- Un cas de délire hypoactif peut être confondu avec la dépression, il faut donc agir avec précaution pendant l'évaluation.
- Dans bien des cas, il faut traiter la dépression avant de pouvoir effectuer un diagnostic de la démence (AMDA, 2008; Development Group, 2010; NICE, 2010).

#### RECOMMANDATION 1.4a :

Évaluer à quel point la personne comprend et reconnaît l'importance des renseignements pertinents pour la prise de décisions. En cas de préoccupation relative à la capacité mentale de la personne, collaborer au besoin avec les autres membres de l'équipe de soins.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

La capacité mentale<sup>G</sup> d'une personne, ou sa capacité à comprendre les renseignements pertinents pour prendre une décision et en reconnaître les conséquences (*Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*), risque d'être affectée si celle-ci est atteinte de délire, de démence ou de dépression. Pendant leurs interactions et discussions quotidiennes, les fournisseurs de soins de santé peuvent se servir de leur jugement clinique afin d'évaluer si une personne parvient ou non à comprendre les renseignements qu'elle reçoit et à les utiliser pour prendre des décisions. Cela dit, il n'est pas toujours simple de le déterminer. Le comité d'experts fait les précisions suivantes :

- La capacité d'une personne à comprendre les renseignements peut varier, y compris au cours d'une même journée ou à travers les phases d'une maladie (p. ex., délire aigu et syndrome des états crépusculaires<sup>G</sup>). Par conséquent, les évaluations à cet effet doivent se faire de façon continue.
- Il est possible qu'une personne puisse prendre des décisions à certains égards, mais pas à d'autres.
- Le diagnostic de démence ne signifie pas automatiquement que la personne a une capacité mentale insuffisante.

En cas de préoccupations relatives à la capacité mentale d'une personne, les fournisseurs de soins de santé doivent collaborer avec d'autres membres de l'équipe de santé afin de déterminer la meilleure façon d'agir. Dans certains cas, il faut mener une évaluation officielle afin de déterminer la capacité mentale légale d'une personne, ce qui peut mener à la désignation d'un décideur substitut<sup>G</sup>. Ainsi, en Ontario, une procuration pourrait être prédéterminée pour les soins personnels et les propriétés. Pour de plus amples renseignements et d'autres ressources, consultez la [Recommandation 1.4b](#) et l'[Annexe J](#), Ressources.

#### RECOMMANDATION 1.4b :

Soutenir la capacité de la personne âgée à prendre des décisions en tout ou en partie. Si la personne âgée est incapable de prendre certaines décisions, demander la participation de son décideur substitut pertinent pour la prise de décisions, le consentement et la planification des soins.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Conformément aux principes des soins axés sur les besoins de la personne, le comité d'experts recommande aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé d'aider les personnes à diriger leurs soins et à y participer dans la mesure du possible, d'encourager le consentement éclairé<sup>G</sup> et de respecter les choix de chacun.

Le comité d'experts précise que bien des gens pourraient désirer de l'aide pour prendre des décisions en tout ou en partie, selon leurs capacités. Les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé ont la possibilité de dialoguer avec la personne âgée afin de mieux déterminer le niveau de soutien qu'elle désire pour la prise de décisions.

Quand une personne ne parvient pas à prendre certaines décisions par elle-même, il faut qu'un décideur substitut participe au processus. Tel que précisé dans la LDPE *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression* de l'AIIAO (2010a), le fournisseur de soins de santé doit trouver un décideur substitut approprié et lui demander de prendre part à la prise de décisions, au consentement et à la planification des soins.

Pour de plus amples renseignements sur le consentement, la capacité et la prise de décisions par un substitut (y compris la procuration) en Ontario, consultez l'[Annexe J](#). Pour en savoir plus sur la planification préalable des soins, voir la [Recommandation 8.4](#).

### RECOMMANDATION 1.5 :

Faire preuve de prudence lors de la prescription et de l'administration de médicaments à des personnes âgées (toujours dans la portée de la pratique du fournisseur de soins de santé), ainsi que surveiller et consigner avec diligence l'utilisation et les effets des médicaments, en portant une attention particulière à ceux qui présentent des risques accrus pour les personnes âgées et à la polypharmacie.

Niveau de preuve = la

## Discussion sur les données probantes :

Il est important d'utiliser avec prudence les médicaments chez les personnes âgées, car les médicaments inappropriés et la polypharmacie<sup>G</sup> peuvent avoir de graves effets secondaires et de grandes répercussions sur celles qui sont atteintes de délire, de démence et de dépression (Brooks, 2012; Clegg et coll., 2014; Conn, Gibson et McCabe, 2014; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012; NICE, 2011; Trangle et coll., 2016). Il est particulièrement important d'utiliser avec précaution les psychotropes<sup>G</sup> dans les milieux où ces médicaments sont fréquemment utilisés, c'est-à-dire les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée (Conn et coll., 2014).

Les risques associés à la prise de médicaments chez les personnes âgées ont été soulignés dans des lignes directrices et des examens jugés modérés et excellents. Ces risques comprennent les suivants :

- Les médicaments (p. ex., les médicaments psychoactifs et les agents sédatifs-hypnotiques) et la polypharmacie haussent les risques de délire (Brooks, 2012; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012). Ils peuvent également le prolonger ou causer une sédation excessive (Inouye et coll., 2014). Les risques augmentent quand les médicaments sont pris par des personnes âgées fragiles (Clegg et coll., 2014).
- Certains médicaments, dont les stéroïdes, sont associés à la dépression majeure (Trangle et coll., 2016).
- Chez les personnes atteintes de dépression qui présentent des risques de suicide, les interactions médicamenteuses et la toxicité des surdoses d'antidépresseurs (et d'autres médicaments) doivent être prises en considération; la quantité de médicaments doit être limitée au besoin (NICE, 2011).
- De manière générale, les antipsychotiques<sup>G</sup> peuvent augmenter les risques d'effets indésirables, y compris d'accidents cérébrovasculaires et de décès (Conn et coll., 2014) (voir la [Recommandation 7.1](#)).

Malgré tous ces risques, les interventions pharmacologiques chez les personnes atteintes de délire, de démence et de dépression peuvent s'avérer appropriées et même jouer un rôle important dans les soins. Les avantages et les utilisations des interventions pharmacologiques cités dans les lignes directrices cliniques ainsi que dans un examen systématique jugé modéré sont les suivants :

- Il est important d'employer des analgésiques pour prendre en charge la douleur, car elle peut sinon contribuer au délire (AGS, 2014; CCSMPA, 2010; Conn et coll., 2014; NICE, 2010) et précipiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (Pieper et coll., 2013).
- Une utilisation judicieuse à court terme d'antipsychotiques peut s'avérer appropriée dans certains cas de délire (voir la [Recommandation 4.5](#)).

- Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et d'autres médicaments (p. ex., la mémantine) peuvent aider pour le traitement ou la prise en charge de certains symptômes de certains types de démence (Development Group, 2010).
- Dans certaines circonstances spécifiques, la prise en charge pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence peut s'avérer nécessaire afin de garantir la sécurité de la personne (Development Group, 2010; U.S. Preventative Services Task Force, 2014).
- Le traitement aux antidépresseurs pourrait également jouer un rôle important dans le cadre du traitement, surtout chez les personnes atteintes de dépression grave ou persistante (Conn et coll., 2014; NICE, 2009, 2012b) (voir la **Recommandation 12.1**).

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de collaborer afin d'atténuer les dangers potentiels de la polypharmacie et des médicaments potentiellement inappropriés, y compris ceux énoncés dans les critères de Beers et les critères STOPP/START. Pour de plus amples renseignements, consultez l'**Annexe F**, Ressources pour une pharmacothérapie optimale chez les personnes âgées.

Quand l'objectif est d'appuyer la prescription, l'administration, la surveillance et la documentation appropriée des médicaments chez les personnes âgées, le comité d'experts recommande aux infirmières et aux fournisseurs de soins de santé d'envisager les mesures ci-dessous. Le contenu fourni par le comité d'experts de l'AIIAO est marqué d'un astérisque (\*).

- Examiner avec précaution tous les médicaments, y compris ceux en vente libre et ceux pris au besoin, surtout pendant les transitions des soins (p. ex., au congé de l'hôpital ou à l'admission à un établissement de soins de longue durée).\*
- Participer au bilan comparatif des médicaments chaque fois qu'il est possible de le faire. La participation d'un pharmacien pourrait s'avérer nécessaire afin d'appuyer l'examen et le bilan comparatif des médicaments, surtout dans les cas de polypharmacie.\*
- Mettre en œuvre des interventions de nature non pharmacologique à titre de première ligne de soins pour la prise en charge du délire, de la démence et des formes légères de dépression (Conn et coll., 2014; Inouye et coll., 2014; Moniz Cook et coll., 2012).
- Comparer attentivement les bienfaits possibles des interventions pharmacologiques et leurs risques (Conn et coll., 2014).
- Tenir compte de la métabolisation du médicament et de la façon dont celle-ci est influencée par d'autres médicaments, par les problèmes de santé ainsi que par les changements physiologiques (Trangle et coll., 2016).
- Pour aider à prévenir le délire, réduire le type de médicaments employés pour la sédation et l'analgésie (Inouye et coll., 2014).
- Pharmacological management of BPSD should be used only for severe symptoms (e.g., marked risk/safety, severe agitation, disability, or suffering) (Conn et coll., 2014; U.S. Preventative Services Task Force, 2014) and should not be used as a chemical restraint for behaviours such as wandering.\*
- Commencer par l'intervention la moins effractive et la plus efficace (NICE, 2009, 2012b); viser la dose efficace la plus petite possible et optimiser un agent unique.\*
- Documenter la justification des interventions pharmacologiques employées pour la prise en charge du délire ou des SCPD, surveiller étroitement s'il y a réactions indésirables et documenter les effets des médicaments sur les symptômes ciblés.\*
- Encourager la réévaluation, la modification de la médication, le titrage vers une dose accrue ou réduite, et l'abandon et la déprescription si jamais une intervention pharmacologique n'est pas efficace ou si elle a des effets indésirables.\*

Pour appuyer l'adoption de cette recommandation ainsi que pour de plus amples renseignements à l'intention des praticiens qui prescrivent des médicaments à des personnes âgées, consultez l'**Annexe F**.

### RECOMMANDATION 1.6 :

Suivre les principes de contention minimale et de contention comme dernier recours lors des soins à une personne âgée.

Niveau de preuve = V

## Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'employer les principes de contention minimale et de n'employer les contentions qu'à titre de dernier recours lors des soins à des personnes âgées. Le terme « contentions »<sup>G</sup> englobe toutes les mesures physiques, chimiques et environnementales employées dans le but de restreindre les activités physiques ou comportementales d'une personne (OIIO, 2009b) (voir l'**Annexe A** pour de plus amples renseignements). La présente recommandation suit celles qui avaient été énoncées dans la LDPE précédente de l'AIIAO sur le délire, la démence et la dépression (AIIAO, 2010a) ainsi que les pratiques exemplaires de l'AIIAO prônant la minimisation de l'emploi de contentions (AIIAO, 2012a).

Les contentions physiques s'avèrent parfois nécessaires pour les personnes atteintes de délire (p. ex., quand il y a des risques d'extubation), mais il faut noter que les contentions sont associées à un risque accru de délire (Brooks, 2012; Inouye et coll., 2014) et doivent être évitées dans la mesure du possible. Pour une discussion approfondie des interventions pharmacologiques à l'intention des personnes atteintes de délire, consultez les **recommandations 1.6** et **4.5**.

Il est également recommandé de n'employer les contentions qu'en dernier recours pour les personnes atteintes de démence. Une ligne directrice clinique précise que les contentions sont parfois nécessaires en cas d'agitation prononcée et potentiellement dangereuse, quand les autres approches n'ont pas eu les résultats désirés (Development Group, 2010).

Quand les contentions sont jugées nécessaires, le principe de contention minimale (c.-à-d. celle qui est la moins restrictive) doit être mis en application (OIIO, 2009b). De plus, le fournisseur de soins de santé doit tenir à jour la documentation appropriée (y compris la justification de la contention), surveiller activement et évaluer l'utilisation des contentions, en plus de former et de rassurer la personne et sa famille.

Les fournisseurs de soins de santé doivent également être conscients de la réglementation et des politiques relatives à l'utilisation des contentions propres à leur contexte et à leur pratique.

Pour de plus amples renseignements et d'autres ressources (y compris des techniques de désescalade et un tableau des antécédents, comportements et conséquences), consultez la LDPE *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints* de l'AIIAO (2012a).

## RECOMMANDATIONS RELATIVES AU DÉLIRE

### 2.0 ÉVALUATION

#### RECOMMANDATION 2.1 :

Évaluer les facteurs de risque de délire chez les personnes âgées lors du premier contact ainsi que lors d'un changement dans leur état.

Niveau de preuve = Ia et V

#### Discussion sur les données probantes :

Les personnes âgées qui présentent des risques de délire doivent être identifiées de manière à ce que les fournisseurs de soins de santé puissent les surveiller étroitement et mettre en œuvre des interventions de prévention (Inouye et coll., 2014). Ce point est particulièrement important en raison des graves conséquences que peut avoir le délire, y compris l'augmentation des risques de démence et de décès (NICE, 2012a), mais aussi car, trop souvent, les fournisseurs de soins de santé ne reconnaissent pas les cas de délire (Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012; LaMantia, Messina, Hobgood et Miller, 2014) et car il s'agit d'un trouble susceptible d'être prévenu (Martinez et coll., 2015).

Le délire est un phénomène complexe. Les cas où il est causé par un seul facteur de risque sont rares. De manière générale, il s'agit plutôt de (1) une combinaison de plusieurs facteurs prédisposants qui créent une vulnérabilité et (2) divers facteurs précipitants (Clegg et coll., 2014; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014). En contexte hospitalier, c'est dans les unités de soins intensifs, aux soins actifs, chez les personnes atteintes de fracture de la hanche et chez les patients subissant une chirurgie cardiaque que l'incidence de délire est la plus élevée (Martinez et coll., 2015). Les personnes qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et qui sont atteintes d'un trouble cognitif modéré ou grave présentent des risques particulièrement élevés de délire; le délire pourrait être déclenché par une situation relativement mineure, par exemple l'introduction d'un nouveau médicament, une nouvelle infection ou un changement au sein du milieu (Clegg et coll., 2014).

Les fournisseurs de soins de santé ont la possibilité d'employer une liste des facteurs de risque de délire afin d'évaluer les personnes âgées. Plusieurs facteurs de risque ont déjà été validés dans la documentation. Selon le cas, on peut parler de *facteurs prédisposants*, par exemple l'âge avancé, le trouble cognitif et la dépression, ou de *facteurs précipitants*, par exemple des médicaments, une maladie grave et les valeurs sanguines atypiques connexes, ainsi que l'emploi de contentions physiques (Brooks, 2012; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012). Le comité d'experts souligne à quel point il est important de porter attention aux facteurs présents dans l'environnement et dans la prestation des soins qui augmentent le risque, y compris l'immobilité, la privation de sommeil, l'emploi de médicaments à risques élevés et le soulagement inefficace de la douleur (AGS, 2014; Brooks, 2012; CCSMPA, 2010; Gage et Hogan, 2014; Inouye et coll., 2014; NICE, 2010). Pour un résumé des facteurs de risque et des interventions courants, consultez l'[Annexe G](#).

La ligne directrice *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* du National Institute for Health and Care Excellence (2010) recommande aux fournisseurs de soins de santé d'évaluer les facteurs de risque du délire au moment où les personnes se présentent à l'hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, et de rester vigilant pour remarquer l'émergence possible de facteurs de risque. De plus, étant donné les graves conséquences que peut avoir le délire, les fournisseurs de soins de santé doivent toujours garder ce trouble à l'esprit (NICE, 2010). En d'autres mots, ils doivent être particulièrement vigilants et même soupçonner la présence de délire chez les personnes qui en présentent des risques, et particulièrement chez celles qui en présentent des risques élevés (p. ex., âge avancé, fracture de la hanche, trouble cognitif, maladie grave, chirurgie importante) (AGS, 2014; NICE, 2010).

La documentation de l'examen systématique n'a pas permis de cerner des recommandations relatives à l'approche à suivre pour évaluer le délire dans des contextes en dehors du milieu hospitalier et des établissements de soins de longue durée. Cela dit, le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé des contextes communautaires, y compris ceux qui donnent des soins à domicile et des soins primaires, de garder le délire en tête et de cerner et communiquer les facteurs de risque de ce trouble aux autres membres de l'équipe de soins, ainsi qu'à la personne elle-même et à sa famille. Cela dit, le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé des contextes communautaires, y compris ceux qui donnent des soins à domicile et des soins primaires, de garder le délire en tête et de cerner et communiquer les facteurs de risque de ce trouble aux autres membres de l'équipe de soins, ainsi qu'à la personne elle-même et à sa famille.

## 3.0 PLANIFICATION

### RECOMMANDATION 3.1 :

Élaborer un plan de prévention du délire personnalisé, non pharmacologique et à plusieurs volets pour la personne présentant des risques de délire en collaboration avec celle-ci, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = la

### Discussion sur les données probantes :

Un examen de la documentation exhaustif dont la qualité méthodologique était jugée modérée, a découvert que les fournisseurs de soins de santé doivent élaborer un plan de prévention du délire personnalisé en fonction des facteurs de risque propres à la personne (Inouye et coll., 2014). Cette recommandation est appuyée par la ligne directrice *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* du NICE (2010).

Le comité d'experts recommande de concentrer les efforts de prévention sur les personnes qui présentent les risques les plus élevés de délire. Bien qu'il existe toute une gamme de manières de déterminer le risque, les experts en délire du comité suggèrent d'employer la catégorie de risque élevé suivante définie par Inouye et coll. (1999) : **les personnes d'au moins 70 ans qui présentent au moins un facteur de risque** (voir l'[Annexe G](#)).

Dans le cadre de l'élaboration d'un plan de prévention pour une personne présentant des risques de délire, le fournisseur de soins de santé doit déterminer et documenter les raisons pour lesquelles elle présente ces risques, c'est-à-dire pourquoi ces facteurs de risque lui sont propres. Une fois que les facteurs de risque ont été cernés, il devient possible de mettre au point un plan de prévention ciblant les facteurs de risque de la personne et faisable compte tenu du contexte clinique, plan qui comprendra diverses mesures de nature non pharmacologique (NICE, 2010; AIIAO, 2010a). Le plan de prévention doit être élaboré en collaboration, car plusieurs des mesures de prévention supposent la participation de la famille ainsi que des membres de l'équipe interprofessionnelle (CCSMPA, 2010; Khan et coll., 2012; NICE, 2010).

Pour une liste des interventions à plusieurs volets visant à prévenir le délire qui sont harmonisées avec les différents facteurs de risque, voir l'[Annexe G](#).

## 4.0 MISE EN ŒUVRE

### RECOMMANDATION 4.1 :

Mettre en œuvre le plan de prévention du délire en collaboration avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = la

### Discussion sur les données probantes :

Des interventions non pharmacologiques à plusieurs volets sont recommandées pour la prévention du délire chez les personnes âgées présentant des risques (Holroyd-Leduc et coll., 2010; Hshieh et coll., 2015; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012; Martinez et coll., 2015). Une méta-analyse dont la qualité méthodologique était jugée très bonne a constaté que les interventions à plusieurs volets pour la prévention du délire causaient une réduction relative de 30 pour cent des cas de délire survenant pendant l'hospitalisation. Cette constatation était applicable dans toute une variété de contextes hospitaliers ainsi que chez les personnes atteintes de déclin cognitif (Martinez et coll., 2015). En plus de prévenir le délire, les interventions non pharmacologiques à plusieurs volets contribuent à la prévention des chutes (Hshieh et coll., 2015; Martinez et coll., 2015), pour potentiellement aider à réduire la durée du séjour aux soins actifs et permettent parfois d'éviter l'hospitalisation (Hshieh et coll., 2015). Pour une liste des interventions à plusieurs volets visant à prévenir le délire qui sont harmonisées avec les différents facteurs de risque, voir l'[Annexe G](#).

Les interventions de nature non pharmacologique sont également recommandées pour une autre raison : les données probantes à l'appui des interventions pharmacologiques de prévention du délire sont insuffisantes (Gage et Hogan, 2014; Holroyd-Leduc et coll., 2010). De plus, certains médicaments (p. ex., les médicaments psychoactifs et les agents sédatifs-hypnotiques) et la poly-pharmacie, haussent les risques de délire (Brooks, 2012; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012). L'un des éléments les plus importants de la prévention du délire consiste à réduire le nombre et le type de certains des médicaments employés pour la sédation et l'analgésie, y compris les agents anticholinergiques (Inouye et coll., 2014).

Les travaux de recherche au sujet de la prévention du délire dans le contexte des soins de longue durée sont moins nombreux (voir la section Lacunes de la recherche et conséquences futures). Un rapport Cochrane portant sur la prévention du délire dans le contexte des soins de longue durée et dont la qualité méthodologique était jugée très bonne n'a trouvé que quelques études sur la prévention, quoiqu'un programme d'examen de traitement dirigé par des pharmaciens et fonctionnant avec des logiciels (intervention unique) ait été jugé efficace (Clegg et coll., 2014). L'examen systématique mené dans le cadre de l'élaboration de la présente ligne directrice n'a trouvé aucune étude sur les interventions pour la prévention du délire dans le secteur des soins à domicile. Malgré cette lacune, le comité d'experts souligne que plusieurs des interventions de prévention (encourager la mobilisation, les stratégies d'orientation, la promotion de l'optimisation de la fonction intestinale, la promotion de la qualité du sommeil, le soulagement de la douleur, etc.) sont des normes de soins qui s'appliquent à tous les milieux.

La mise en œuvre des interventions de prévention du délire est un effort qui doit se dérouler de façon collaborative. Plusieurs membres de l'équipe interprofessionnelle doivent y participer, tout comme, dans certains cas, les membres de la famille et les aidants naturels, par exemple pour que la personne ne demeure pas seule (AMDA, 2008; CCSMPA, 2010; NICE, 2010). Pour voir des exemples d'interventions de prévention, consultez l'[Annexe G](#). Pour de plus amples renseignements sur les programmes exhaustifs de soins du délire, voir la [Recommandation 15.3](#).

#### RECOMMANDATION 4.2 :

Se servir d'évaluations cliniques et d'outils validés afin d'évaluer les personnes âgées présentant des risques de délire au moins une fois par jour (quand il est pertinent de le faire) ainsi que chaque fois qu'il y a observation ou signalement de changements au niveau de la fonction cognitive, de la perception, des fonctions physiques ou du comportement social de la personne.

Niveau de preuve = Ia et V

### Discussion sur les données probantes :

Un examen systématique jugé modéré a conclu que les fournisseurs de soins de santé doivent opter pour une approche structurée pour le dépistage du délire (Khan et coll., 2012). Il s'agit là d'un point important, car le délire peut être le signal d'une urgence médicale susceptible de produire des effets neurologiques permanents, entre autres conséquences (Inouye et coll., 2014). De plus, un dépistage rapide permet de traiter rapidement le trouble.

#### Évaluer les personnes âgées présentant des risques

Tel que mentionné dans la section de discussion sur les données probantes de la Recommandation 4.1, il existe plusieurs facteurs associés à des risques de délire chez la personne âgée (voir l'**Annexe G**). Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de concentrer leurs efforts sur les personnes qui présentent des risques de délire. Tel que mentionné à la Recommandation 3.1, le comité d'experts recommande d'inclure dans cette catégorie les personnes âgées **d'au moins 70 ans qui présentent au moins un facteur de risque**.

Les fournisseurs de soins de santé doivent être en mesure de reconnaître les signes de délire chez les personnes âgées (voir la **Recommandation 14.2**). Le Tableau 1 donne un aperçu des changements courants qui sont signes de délire, indiqués dans la ligne directrice *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* du NICE (2010). Les exemples ont été ajoutés par le comité d'experts de l'AIIAO.



**Tableau 1 : Changement pouvant indiquer la présence de délire**

TYPE DE CHANGEMENT	EXEMPLES
Fonction cognitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>concentration amoindrie</i></li> <li>■ <i>réactions lentes</i></li> <li>■ trouble de la mémoire</li> <li>■ pensée désorganisée</li> <li>■ désorientation</li> <li>■ niveau de conscience réduit</li> <li>■ trouble de l'attention</li> </ul>
Perception	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ hallucinations visuelles ou auditives</li> </ul>
Fonction physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>mobilité réduite</i></li> <li>■ <i>mouvements réduits*</i></li> <li>■ agitation motrice</li> <li>■ agitation</li> <li>■ <i>changements au niveau de l'appétit*</i></li> <li>■ trouble du sommeil</li> </ul>
Comportement social	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ coopération défaillante face à des demandes raisonnables</li> <li>■ <i>sevrage</i></li> <li>■ altérations au niveau de la communication, de l'humeur et (ou) de l'attitude</li> </ul>

Les changements qui sont signes de présence de délire hypoactif sont inscrits en italique. Le délire hypoactif est particulièrement important, car il s'agit d'un trouble fréquent mais souvent négligé (NICE, 2010). Les exemples rajoutés par le comité d'experts sont suivis d'un astérisque (\*).

Adapté de NICE, 2010, p. 11.

## Fréquence de l'évaluation

La fréquence à suivre pour l'évaluation du délire n'est pas décrite avec précision dans la documentation. La ligne directrice *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* du NICE (2010) recommande aux fournisseurs de soins de santé qui travaillent en milieu hospitalier ou aux soins de longue durée d'observer les gens au moins une fois par jour à la recherche de fluctuations ou de changements récents (p. ex., au cours des heures ou des jours qui ont précédé) au niveau du comportement. Le comité d'experts s'entend sur le fait que, dans la plupart des contextes, l'évaluation devrait avoir lieu au moins une fois par jour, et qu'elle doit être plus fréquente encore (p. ex., lors de chaque quart de travail) dans les situations ou les contextes de soins actifs où l'incidence de délire est élevée (p. ex., chez les personnes âgées qui ont subi une intervention chirurgicale ou à l'unité de soins intensifs), ainsi que dans les moments où, d'après le jugement clinique des spécialistes, la personne nécessite une étroite surveillance. Dans les contextes de soins à domicile, l'évaluation quotidienne risque d'être impossible sauf pour les personnes qui reçoivent une visite ou des soins en fin de vie tous les jours. Pour d'autres recommandations sur les soins des personnes atteintes de délire en fin de vie, consultez la *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life* de la CCSMPA (2010).

De manière générale, il est important de dépister et de traiter le délire rapidement, mais la fréquence exacte du dépistage dépend du groupe de population et du contexte. Les politiques des organisations doivent définir les paramètres du dépistage du délire, notamment l'outil qu'il faut utiliser, selon le groupe desservi. Pour de plus amples renseignements, consultez la **Recommandation 15.2**.

## Choix de l'outil d'évaluation ou de dépistage

Il existe plusieurs outils dont les fournisseurs de soins de santé peuvent se servir dans le cadre du dépistage du délire. Les outils les plus fréquemment cités et les plus fréquemment appuyés dans la documentation sont la Méthode d'évaluation de la confusion (Confusion Assessment Method, CAM) (Brooks, 2012; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014; LaMantia et coll., 2014; Wong, Holroyd-Leduc, Simel et Straus, 2010), laquelle examine les caractéristiques clés du délire, y compris les changements marqués de l'état mental, l'inattention, la pensée désorganisée et le niveau de conscience, ainsi que l'outil CAM-ICU, à utiliser pour le dépistage aux soins intensifs ou en salle de rétablissement (Brooks, 2012; NICE, 2010). La CAM s'est avérée à maintes reprises un outil efficace dans divers contextes cliniques, mais notons qu'aucune étude n'a appuyé son utilisation en soins à domicile ou en soins communautaires (Brooks, 2012; LaMantia et coll., 2014; Wong et coll., 2010).

Lors d'une revue systématique par Khan et coll. Un examen systématique effectué par Khan et coll. (2012) dont la qualité méthodologique était jugée modérée laisse entendre que des nouveaux outils de dépistage sont requis en raison que la CAM prend beaucoup de temps et peut être inefficace entre les mains de fournisseurs n'ayant pas reçu de formation. Plusieurs nouveaux outils sont en train de voir le jour (NICE, 2012a), mais certains contextes n'ont pas encore d'outils appropriés; c'est notamment le cas du service des urgences (LaMantia et coll., 2014; Parke, Beath, Slater et Clarke, 2011). Le comité d'experts précise également que plusieurs autres outils de dépistage ont déjà été créés. Pour la liste de ces outils, consultez l'**Annexe H**.

## Changements signalés par la famille

En plus de devoir utiliser un outil de dépistage pour reconnaître les signes de délire, selon Inouye et coll. (2014), les fournisseurs de soins de santé doivent porter attention aux changements comportementaux observés ou signalés, surtout quand lesdits changements sont remarqués par la famille ou par d'autres gens qui connaissent bien la personne. Ils soulignent que toute phrase du genre « elle ne se ressemble pas » mérite une attention particulière. Les membres de la famille connaissent bien l'état mental ordinaire de la personne et, souvent, ils peuvent donner un important aperçu des antécédents de la personne et de ce qu'elle a vécu avant le début des symptômes de délire.

#### RECOMMANDATION 4.3 :

Continuer d'employer des stratégies de prévention pendant les soins aux personnes âgées présentant des risques de délire, mais qui ne sont pas encore atteintes de délire.

Niveau de preuve = Ia et V

### Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé doivent poursuivre les efforts de prévention chez les personnes âgées qui présentent de risque de délire, et ce, même si les évaluations quotidiennes ne révèlent pas de cas de délire. Pour les données probantes à l'appui, consultez les [recommandations 2.1, 3.1 et 4.1](#).

#### RECOMMANDATION 4.4 :

Chez les personnes âgées dont les évaluations font état de délire, cerner les causes sous-jacentes et les facteurs qui contribuent au trouble en se servant d'évaluations cliniques et en collaborant avec l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = Ia

### Discussion sur les données probantes :

Les données probantes provenant d'une méta-analyse jugée modérée et englobant 14 études interventionnelles, soulignent l'importance de la détermination des facteurs sous-jacents qui causent le délire, de manière à ce que les interventions puissent cibler lesdites causes et à ce que le délire puisse être pris en charge de façon active (Hshieh et coll., 2015). Le délire est souvent précipité par plusieurs facteurs et événements (Inouye et coll., 2014). Les fournisseurs de soins de santé doivent déterminer quels facteurs contribuent au délire. Ces facteurs peuvent comprendre la constipation ou la douleur, couplé avec un sommeil interrompu et l'immobilité. Voir l'[Annexe G](#).

Les enquêtes sur les causes et les facteurs qui contribuent au délire pourraient comprendre des questions sur les antécédents familiaux (avec confirmation de la part de la famille ou du personnel), un examen des médicaments, une évaluation de la douleur, un examen physique ou neurologique, ainsi que certains tests en laboratoire et techniques d'imagerie (Inouye et coll., 2014). Il pourrait également falloir aiguiller la personne vers des fournisseurs de soins primaires et des spécialistes.

#### RECOMMANDATION 4.5 :

Mettre en œuvre des interventions personnalisées à plusieurs volets afin de gérer le délire de la personne en collaboration avec celle-ci, sa famille/aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle (niveau de preuve = Ia).

Les interventions en question doivent comprendre ce qui suit :

- le traitement des causes sous-jacentes (niveau de preuve = Ia);
- des interventions non pharmacologiques (niveau de preuve = V);
- l'emploi approprié de médicaments afin d'atténuer les symptômes de délire et (ou) la douleur (niveau de preuve = Ia).

### Discussion sur les données probantes :

Le délire doit être traité de façon urgente et pris en charge de façon active (AGS, 2014). La discussion présentée ci-dessous décrit les interventions à plusieurs volets appropriées qui doivent être personnalisées.

#### Traitement des causes sous-jacentes

Pour prendre en charge le délire, il faut travailler sur les causes sous-jacentes et mettre en œuvre des interventions dans le but d'atténuer, voire d'éliminer ces causes et leurs effets (voir l'**Annexe G**). Tout comme en prévention du délire, les stratégies de prise en charge du délire doivent être personnalisées de manière à aborder les différents facteurs qui contribuent au délire; seule, une intervention n'a que très peu de chances de remédier le délire (Inouye et coll., 2014).

#### Interventions non pharmacologiques

La documentation ne s'entend pas toujours sur l'intérêt de poursuivre la mise en œuvre de plusieurs interventions non pharmacologiques une fois que le délire est présent. Low et coll. Inouye et coll. (2014) soulignent que les interventions non pharmacologiques doivent être des stratégies de prise en charge du délire de première ligne. On the other hand, Martinez et coll. Par opposition, Martinez et coll. (2015) suggèrent que les interventions de prévention risquent de perdre de leur efficacité une fois en présence de délire. Ceci s'explique par le fait que les interventions à plusieurs volets pour la prise en charge du délire ne semblent pas aider à réduire le taux de mortalité ni la durée de l'hospitalisation (Holroyd-Leduc et coll., 2010; Martinez et coll., 2015) et elles pourraient également ne pas raccourcir la durée du délire (Martinez et coll., 2015).

Le comité d'experts note que, bien que très peu d'études aient porté sur la modification d'interventions pharmacologiques une fois le délire présent, un grand nombre des mesures non pharmacologiques mentionnées, comme favoriser le sommeil et accroître la mobilité du patient, font partie des soins de base. De plus, de telles mesures pourraient contribuer à l'atténuation de la gravité du délire ainsi qu'à son raccourcissement. Par conséquent, le comité d'experts recommande de ne pas cesser la mise en œuvre des diverses interventions non pharmacologiques tant que celles-ci demeurent pertinentes pour la personne en question. Plusieurs approches non pharmacologiques et modifications de l'environnement peuvent également aider la personne à rester calme et en sécurité (pour de plus amples renseignements, voir l'**Annexe G** et la LDPE *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints de l'AIIAO* [2012a]).

#### Utilisation adéquate des médicaments

Les données probantes relatives à l'utilisation d'antipsychotiques et de sédatifs pour la prise en charge du délire sont partagées. In a systematic review rated moderate for methodological quality by Flaherty et coll. Un examen systématique effectué par Flaherty et coll. (2011) dont la qualité méthodologique était jugée modérée a conclu que les données probantes appuyant l'emploi d'antipsychotiques pour le traitement du délire chez les patients en médecine et en chirurgie étaient insuffisantes. Low et coll. Inouye et coll. (2014) ont découvert que malgré leur effet d'atténuation de l'agitation et des symptômes comportementaux, les antipsychotiques et les sédatifs risquaient de prolonger le délire ou de transformer un délire hyperactif en délire hypoactif.

Par contre, la prise en charge pharmacologique est appropriée chez certains patients très agités qui font de la psychose, surtout si ces symptômes nuisent aux soins ou aux traitements, par exemple si la personne est extubée. (Inouye et coll., 2014). Si l'on administre avec précaution de faibles doses d'antipsychotiques typiques et atypiques, il est possible de réduire la durée et la gravité du délire chez certaines personnes (Gage et Hogan, 2014; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012; NICE, 2012a). L'emploi d'analgésiques peut également s'avérer nécessaire pour le soulagement de la douleur, car la douleur empire parfois le délire (AGS, 2014; CCSMPA, 2010; Gage et Hogan, 2014; NICE, 2010). Pour de plus amples renseignements, consultez la **Recommandation 1.6** et l'**Annexe F**, Ressources pour une pharmacothérapie optimale chez les personnes âgées.

### Participation de la famille

La présence d'un membre de la famille ou d'un compagnon, bref, d'une personne qui reste au chevet du malade pour le rassurer, interagir avec lui et veiller à sa sécurité, est une autre stratégie que l'on peut employer pour protéger les gens atteints de délire. Les membres de la famille et les compagnons peuvent également participer à la réorientation et à la prévention de l'automutilation<sup>G</sup>, en plus d'offrir une présence rassurante pour la personne atteinte de délire (CCSMH, 2010; Inouye et coll., 2014). Si les membres de la famille décident de participer et s'il est sécuritaire (ou approprié) pour eux de le faire, il est important de les rassurer, de les former et de leur offrir du soutien. Voir la discussion sur les données probantes de la **Recommandation 4.6**.

#### RECOMMANDATION 4.6 :

Former les personnes qui présentent des risques ou qui sont atteintes de délire, leur famille et leurs aidants naturels en matière de prévention et de soins du délire.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande de fournir aux personnes atteintes de délire (ou qui présentent des risques d'en être atteintes) et à leur famille de l'information au sujet de ce trouble, laquelle information calmera leur peur, améliorera leur compréhension de la situation et les aidera à mieux faire face aux épisodes de délire si jamais ils assistent à l'un d'eux. Ce point revêt une grande importance, car le délire est un événement qui peut être une grande source d'angoisse (CCSMPA, 2010; NICE, 2010).

Conformément au document *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults at the End of Life* de la CCSMPA (2010) et à la ligne directrice *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* du NICE (2010), le comité d'experts de l'AIIAO recommande d'aborder les points suivants relatif au délire avec les personnes âgées et leur famille :

- Ce en quoi consiste le délire ainsi que les raisons pour lesquelles la personne présente des risques de ce trouble.
- Les stratégies de prévention du délire appropriées pour la personne.
- Ce que ressent une personne quand elle est atteinte de délire.
- Les signes du délire et l'importance de la communication avec l'équipe de soins en cas de fluctuations ou de changements subits du comportement.
- Les manières de communiquer avec une personne atteinte de délire et de la réorienter (p. ex., parler clairement et calmement, faire des phrases courtes, lui rappeler où elle se trouve).
- Le rôle de la famille ou du compagnon, ainsi que les avantages de leur présence.

## 5.0 ÉVALUATION

### RECOMMANDATION 5.1 :

Surveiller les personnes âgées atteintes de délire à la recherche de changements de leurs symptômes au moins une fois par jour à l'aide d'évaluations cliniques, d'observations et d'outils validés, et documenter l'efficacité de ces interventions.

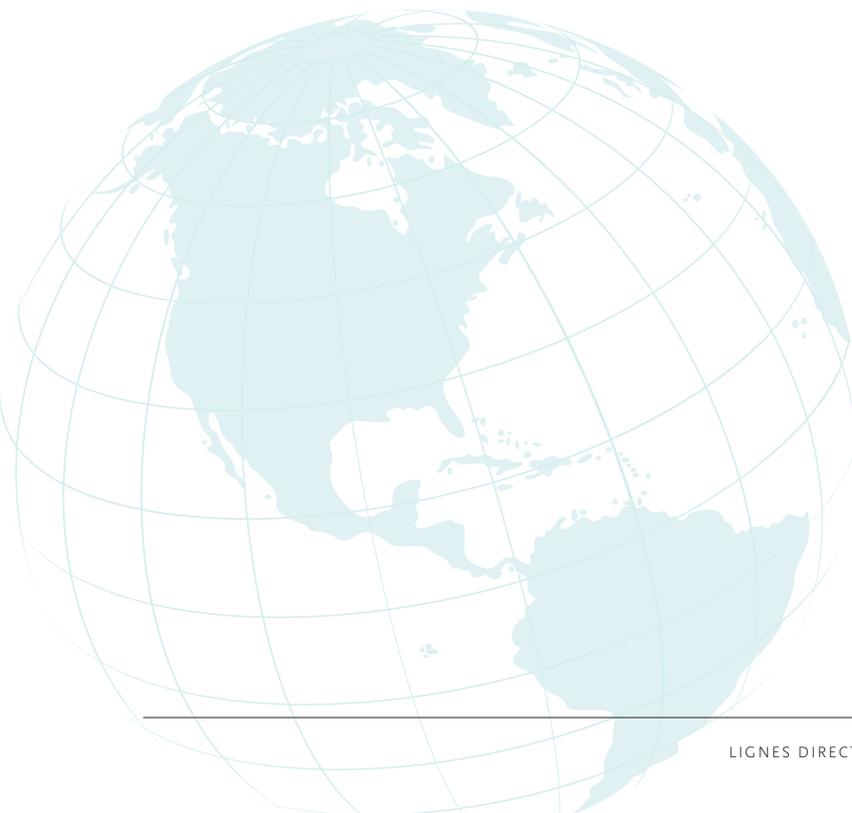
Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé de surveiller étroitement les personnes atteintes de délire afin d'évaluer l'efficacité des interventions et de déterminer si celles-ci parviennent à remédier au délire ou non. En milieu hospitalier et en établissement de soins de longue durée, cette surveillance doit se faire au minimum une fois par jour. Dans un cas de délire aigu et quand il est cliniquement indiqué de le faire, il pourrait s'avérer nécessaire de procéder à la surveillance au moins une fois par quart de travail.

Pour surveiller les personnes atteintes de délire, les fournisseurs de soins de santé peuvent se servir d'outils validés (voir l'[Annexe H](#), Outils de dépistage et d'évaluation) ainsi que consigner leurs constatations spécifiques, y compris les changements observés ou signalés au niveau de la fonction cognitive de la personne, de sa fonction physique et de son comportement social. Les fournisseurs de soins de santé doivent également évaluer et consigner l'état des causes sous-jacentes et des facteurs qui contribuent au délire. Il demeure important de collaborer en tout temps avec les membres de l'équipe de soins et la famille.

Notez bien qu'il arrive parfois qu'une personne reçoive son congé de l'hôpital avant la résolution du délire. Étant donné que le délire persistant peut être associé à un trouble cognitif non reconnu (voir la discussion dans la section Contexte), le comité d'experts souligne qu'un suivi effectué par des services gériatriques spécialisés peut dans certains cas s'avérer nécessaire.



## RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DÉMENCE

### 6.0 ÉVALUATION

#### RECOMMANDATION 6.1a :

Évaluer les personnes âgées pour déterminer s'il y a possibilité de démence ou non lorsqu'il y a observation ou signalement de changements au niveau de la cognition, du comportement, de l'humeur ou des fonctions. Utiliser des outils de dépistage ou d'évaluation validés et pertinents compte tenu du contexte, et collaborer avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle pour mener une évaluation exhaustive.

Niveau de preuve = Ia et V

#### RECOMMANDATION 6.1b :

En cas de soupçons de démence, aiguiller la personne vers une évaluation ou un diagnostic approfondi.

Niveau de preuve = Ia

### Discussion sur les données probantes :

À ce jour, les données probantes sont insuffisantes pour appuyer le dépistage de la démence chez les personnes qui n'en manifestent pas les signes (Development Group, 2010; Jackson, Naqvi et Sheehan, 2013; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Preventative Services Task Force, 2014). Cela dit, il est important de détecter rapidement la démence, car cela présente plusieurs avantages tant pour la personne que pour sa famille, comme l'a démontré un examen systématique jugé modéré (Mukadam, Cooper, Kherani et Livingston, 2015). Les avantages en question incluent l'accès à un traitement approprié (et susceptible de ralentir l'évolution de la maladie), la prise en charge des symptômes (Lischka, Mendelsohn, Overend et Forbes, 2012) et l'obtention d'un soutien à plusieurs volets pour l'atténuation du fardeau<sup>G</sup>des aidants naturels (Spenceley et coll., 2015). Le comité d'experts précise également qu'un dépistage précoce de la démence permet aux personnes qui en sont atteintes et à leur famille de se préparer à vivre avec la démence et d'anticiper la planification préalable des soins<sup>G</sup>. Voir aussi [Recommandation 8.4.](#))

Malheureusement, il arrive fréquemment que la démence soit négligée et sous-diagnostiquée; les préoccupations à ce sujet sont souvent ignorées comme s'il s'agissait de quelque chose de normal quand une personne vieillit (NICE, 2010). Les fournisseurs de soins de santé sont parfois plus susceptibles de soupçonner un cas de démence chez les personnes qui présentent plusieurs facteurs de risque (p. ex., des antécédents familiaux ou des facteurs de risque vasculaires) ou qui se trouvent dans des milieux où la démence à une forte prévalence (p. ex., en établissement de soins de longue durée), mais il leur est recommandé d'envisager la possibilité de démence chez *toutes* les personnes âgées.

### Faire une évaluation à la recherche de changements

Conformément à la LDPE *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression* de l'AIIAO (2010a), le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'évaluer la possibilité d'un cas de démence chaque fois qu'il y a observation ou signalement d'un changement au niveau cognitif, comportemental ou fonctionnel. Les changements en question peuvent prendre la forme de plaintes relatives à la mémoire, de changements comportementaux et de difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne<sup>G</sup> ou les activités instrumentales de la vie quotidienne<sup>G</sup> (Development Group, 2010). Le comité d'experts précise que les changements d'humeur sont un autre signe courant de démence, il faut donc la prendre en considération pendant l'évaluation.

Notons aussi que les signes de démence varient d'une personne à l'autre, selon le type de démence et le stade G de la maladie (voir l'**Annexe E**, Types de démence). La personne âgée, sa famille et les membres de l'équipe de soins pourraient observer ou soupçonner des changements au niveau de la cognition, du comportement, de l'humeur et de la fonction (AIIAO, 2010a) (voir l'**Annexe I**, Signes précoces de changement au niveau cognitif). Il se pourrait bien que les membres de la famille soient les premiers à reconnaître ces changements; si la personne ou sa famille exprime des préoccupations, il est important de les prendre au sérieux et d'effectuer les évaluations appropriées (AIIAO, 2010a). De plus, les membres de la famille peuvent donner une idée des antécédents de la personne et de son état de cognition et comportement ordinaires, entre autres choses.

### Outils de dépistage et d'évaluation

Les fournisseurs de soins de santé doivent employer des outils de dépistage et d'évaluation validés afin d'appuyer l'exécution d'une évaluation exhaustive de la démence (Jackson et coll., 2013; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Il existe plusieurs outils pour le dépistage de la démence, mais une méta-analyse et un examen systématique dont la qualité méthodologique était jugée modérée n'ont découvert que peu de données probantes sur l'efficacité d'un grand nombre de ceux-ci en contexte de soins actifs (Jackson et coll., 2013). À ce jour, aucun outil de dépistage ne parvient à capturer suffisamment bien les besoins et critères nécessaires pour être considéré comme la norme or des soins (Lischka et coll., 2012). Pour de plus amples renseignements, consultez les **recommandations 14.2 et 15.2**, ainsi que l'**Annexe H**.

### Évaluation exhaustive, aiguillages et diagnostics

L'utilisation des outils de dépistage et d'évaluation ne représente qu'une petite partie de l'évaluation exhaustive. Il faut également noter que des résultats positifs de dépistage de la démence n'équivalent pas à un diagnostic concluant de démence. Si l'on soupçonne une personne d'être atteinte de démence, il faut lui faire passer une évaluation exhaustive et il faut collaborer avec d'autres membres de l'équipe de soins (ou l'aiguiller vers ceux-ci) afin d'arriver à un diagnostic. Les évaluations cliniques de la démence peuvent exiger toute une série de tests de diagnostic, des évaluations officielles de la fonction cognitive menées à l'aide d'instruments validés ainsi que des aiguillages vers des spécialistes en vue d'exclure les diagnostics différentiels (Clevenger, Chu, Yang et Hepburn, 2012; Development Group, 2010) et ainsi d'éliminer la possibilité de délire et de dépression (voir **Annexe D**).

Le processus d'évaluation et de diagnostic de la démence est parfois long et complexe (Jackson et coll., 2013; Mukadam et coll., 2015). Ainsi, un examen systématique dont la qualité méthodologique était jugée modérée a signalé que, dans le cadre du processus de diagnostic, il faut faire six visites à domicile sur 30 mois; les cliniques de la mémoire peuvent également appuyer l'exécution en temps opportun du processus (Mukadam et coll., 2015).

Pour des exemples des tests possibles à employer pour appuyer le diagnostic de démence, consultez la Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias (*Ligne directrice sur la pratique clinique pour les soins complets aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence*) (Development Group, 2010). Les critères du *DSM-5* sont fréquemment employés pour effectuer le diagnostic de la démence (Development Group, 2010; AIIAO, 2010b). Le *DSM-5* donne des critères diagnostiques détaillés pour les différents types de démence. De plus, au lieu d'opter pour la classification de « démence », il inclut chacun des différents types de démence sous la catégorie des troubles neurocognitifs majeurs (APA, 2013).

**Si une personne est gravement malade ou si elle vit un délire, il est recommandé aux fournisseurs de soins de santé d'attendre qu'elle retrouve un état stable et que les causes réversibles aient été abordées avant d'effectuer une évaluation approfondie et un diagnostic** (Jackson et coll., 2013). De plus, les lignes directrices cliniques laissent entendre qu'il faut traiter la dépression avant d'effectuer un diagnostic de démence (AMDA, 2008; Development Group, 2010; NICE, 2010).

### RECOMMANDATION 6.2 :

Évaluer l'état physique, fonctionnel et psychologique des personnes âgées atteintes de démence ou soupçonnées de l'être, et déterminer l'impact du trouble sur la personne, sa famille et ses aidants naturels à l'aide d'évaluations exhaustives et d'outils normalisés.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Dans le cadre de l'évaluation de la démence, il est important d'évaluer à quel point le trouble (ou les soupçons à cet effet) affecte la personne, sa famille et ses aidants naturels. Tous les renseignements que l'on peut obtenir par l'entremise des interactions, des conversations et des évaluations aideront à éclairer le diagnostic et à déterminer les approches les plus appropriées pour offrir du soutien à la personne et à sa famille (Development Group, 2010).

Les fournisseurs de soins de santé doivent évaluer l'état physique, fonctionnel et psychologique de la personne âgée, atteinte de démence (ou présumée d'en être atteinte) (AMDA, 2012). Il est également important d'évaluer l'impact que peut avoir la démence sur les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne (Development Group, 2010; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Divers outils existent pour évaluer les capacités d'une personne (voir l'[Annexe H](#)) et plusieurs évaluations exhaustives effectuées par des infirmières ou par d'autres fournisseurs de soins de santé permettront d'obtenir de l'information sur les facultés physiques, fonctionnelles et psychologiques.

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de suivre une approche axée sur les points forts de la personne pendant les évaluations *et de ne pas se concentrer exclusivement sur ses facultés affaiblies*. Les fournisseurs de soins de santé doivent cerner et souligner les capacités que la personne atteinte de démence a conservé, tout en soulignant ses besoins, ses priorités et ses objectifs (voir aussi la [Recommandation 8.4](#)).

Les fournisseurs de soins de santé doivent aussi évaluer l'impact de la démence (ou des soupçons de démence) sur la famille de la personne (Development Group, 2010). Les membres de la famille jouent dans bien des cas un rôle essentiel dans les soins, il est donc important que les fournisseurs de soins de santé évaluent leur niveau de stress et leur résilience, en plus de cerner leurs besoins. Les fournisseurs de soins de santé ne doivent pas oublier non plus que les déterminants sociaux de la santé<sup>G</sup> (logement, revenus, scolarité, etc.) peuvent présenter des défis supplémentaires aux familles qui doivent faire face à la démence. Pour une discussion sur les mesures de soutien et les formations destinées à la famille des personnes touchées, consultez l'[Annexe H](#), Outils de dépistage et d'évaluation, et la [Recommandation 8.5a](#).

### RECOMMANDATION 6.3 :

Explorer de façon systématique les causes sous-jacentes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence qui sont présents, y compris en cernant les besoins non comblés de la personne et les facteurs déclencheurs potentiels. Employer un outil approprié et collaborer avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = Ia

## Discussion sur les données probantes :

Pour qu'il puisse y avoir une planification appropriée des soins, les fournisseurs de soins de santé doivent comprendre les raisons ou les causes sous-jacentes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (Development Group, 2010; Livingston et coll., 2014; Moniz Cook et coll., 2012; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Des exemples de symptômes pouvant se présenter comprennent : changements au niveau de l'humeur, idées délirantes, apathie, agitation, errance, appels, questions répétées et désinhibition (sexuelle ou autre) (Moniz Cook et coll., 2012). Pour de plus amples renseignements et pour une discussion sur la terminologie changeante des SCPD, consultez la discussion dans la section Contexte, y compris la partie intitulée « Principes directeurs et postulats ».

Il est important de prendre en charge efficacement les SCPD et d'y réagir, car ce sont des symptômes à la fois courants et difficiles à vivre, en plus d'être une forte source de tension au sein d'une famille (Livingston et coll., 2014; U.S. Preventative Services Task Force, 2014) et de nécessiter fréquemment une hospitalisation urgente et l'admission aux soins de longue durée (Konno et coll., 2013; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). De plus, une prise en charge inefficace des SCPD ou une réaction inefficace à ceux-ci peut nuire à la qualité de vie de la personne, mener à l'isolement, réduire la qualité des soins et entraîner la surconsommation de médicaments (Livingston et coll., 2014) et la détresse chez les aidants naturels (Moniz Cook et coll., 2012).

### Évaluer les SCPD

La documentation fait état de deux approches pour l'évaluation des SCPD : l'analyse fonctionnelle et la cartographie des soins de la démence. L'*analyse fonctionnelle* consiste à explorer la raison pour laquelle une personne se comporte comme elle le fait dans l'espoir d'agir pour atténuer sa détresse et ses comportements (Moniz Cook et coll., 2012). Cette approche est considérée comme une solution de rechange à la prise en charge pharmacologique classique, employée pour l'agitation et l'agressivité, mais pourrait nécessiter, dans certains cas, l'aide de spécialistes (Moniz Cook et coll., 2012). La cartographie des soins de la démence consiste à observer et à prendre en note les facteurs qui favorisent le bien-être ainsi que les facteurs environnementaux qui déclenchent les comportements (Livingston et coll., 2014). Dans le cadre d'un examen systématique dont la qualité méthodologique était jugée modérée, la cartographie des soins de la démence présentait des avantages à la fois à court et à long terme pour l'atténuation de l'agitation marquée dans les contextes de soins de longue durée (Livingston et coll., 2014). La ligne directrice *Dementia in the Long-Term Care Setting* de l'AMDA (2012) précise qu'il est particulièrement important d'effectuer une évaluation attentive des causes des SCPD lors de l'admission d'une personne, quand elle a été hospitalisée récemment ainsi que si son trouble a connu de grands changements.

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de collaborer afin de cerner les besoins non comblés de la personne ainsi que les facteurs déclencheurs des SCPD, car tous ceux qui connaissent bien la personne ou qui participent à ses soins et à ses activités quotidiennes sont susceptibles de fournir de précieux renseignements. Plusieurs outils existent pour aider les fournisseurs de soins de santé à évaluer et à surveiller les SCPD, ainsi qu'à observer et à consigner les tendances; pour de plus amples renseignements à cet effet, consultez l'[Annexe H](#), Outils de dépistage et d'évaluation. De plus, plusieurs programmes axés sur la compréhension et le soulagement efficace des SCPD sont couramment utilisés, y compris les Approches douces et persuasives (ADP), les programmes P.I.E.C.E.S et U-First, ainsi que les programmes de soutien comportemental. Pour la liste des programmes et ressources, consultez les ressources de l'[Annexe J](#).

#### RECOMMANDATION 6.4 :

Évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence à l'aide d'un outil d'évaluation de la douleur propre à ce groupe de population.

Niveau de preuve = Ia

#### Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé doivent posséder d'excellentes aptitudes d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence de manière à ce que la douleur puisse être soulagée efficacement (Pieper et coll., 2013; AIIAO, 2010a). Ce point est particulièrement important, car la douleur est très courante chez les personnes atteintes de démence (plus de 50 pour cent pour celles en milieu communautaire et 80 pour cent pour celles en établissement de soins de longue durée), mais souvent négligée ou non identifiée (Pieper et coll., 2013). De plus, si la douleur n'est pas traitée, elle peut empirer les SCPD et la détresse, nuire à la qualité de vie (Pieper et coll., 2013) et empirer les épisodes de délire (Inouye et coll., 2014).

Il est très important de soulager la douleur, car certaines personnes atteintes de démence ne parviennent pas à communiquer qu'elles souffrent avec des mots; leurs grimaces de douleurs pourraient également être interprétées avec erreur comme une autre manifestation de la démence (Pieper et coll., 2013). Les symptômes et l'expression de la douleur chez une personne atteinte de démence peuvent également être confondus pour de la dépression, de l'agitation, de l'anxiété et de l'agressivité (Pieper et coll., 2013), comme l'a suggéré un examen systématique jugé modéré. Plusieurs échelles aident à effectuer une évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de démence qui ne parviennent pas à communiquer oralement leur souffrance. Pour de plus amples renseignements, consultez l'[Annexe H](#), Outils de dépistage et d'évaluation, ainsi que la ligne directrice *Évaluation et prise en charge de la douleur* (3e édition) de l'AIIAO (2013). Pour en savoir plus sur le soulagement de la douleur, consultez la [Recommandation 8.2](#).



## 7.0 PLANIFICATION

### RECOMMANDATION 7.1 :

Élaborer un plan de soins personnalisé pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et les besoins en soins personnels de la personne. Intégrer diverses approches non pharmacologiques choisies en fonction des facteurs suivants :

- les préférences de la personne;
- l'évaluation des SCPD;
- le stade de démence;
- les besoins de la personne pendant les soins personnels et le bain;
- les consultations avec la famille, les aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle;
- les observations continues de la personne.

Niveau de preuve = la

### Discussion sur les données probantes :

Plusieurs approches de nature non pharmacologique ont été considérées comme étant efficaces pour la prise en charge des SCPD (Livingston et coll., 2014) et sont recommandées dans la documentation. Les approches non pharmacologiques permettent de remplacer l'emploi d'antipsychotiques, des médicaments qui ont souvent été trop utilisés comme stratégie de première ligne pour prendre en charge les SCPD (Conn et coll., 2014; Livingston et coll., 2014). Les psychotropes, de leur côté, peuvent être inefficaces et même dangereux, et ils peuvent mener à une accélération du déclin cognitif, entre autres effets néfastes (Livingston et coll., 2014) (voir la **Recommandation 1.6**). À la lumière des données probantes à cet effet, les fournisseurs de soins de santé doivent envisager les interventions non pharmacologiques chaque fois qu'il est possible de le faire comme approche de première ligne pour la prise en charge des SCPD.

Les approches non pharmacologiques les mieux étudiées et les plus efficaces sont la musicothérapie et l'écoute de musique (Blackburn et Bradshaw, 2014; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede et House, 2010; Olazaran et coll., 2010; Ueda et coll., 2013; Wall et Duffy, 2010), les stratégies de communication efficaces et approches axées sur les besoins de la personne (Konno et coll., 2013; Livingston et coll., 2014), le massage et les autres stimulations sensorielles (Moyle, Murfield, O'Dwyer et Van Wyk, 2013). La luminothérapie (l'exposition à des lumières brillantes), pour sa part, ne semble pas efficace (Forbes et coll., 2009; Livingston et coll., 2014), tandis que les données probantes à l'appui des bienfaits de l'aromathérapie sont limitées et partagées (Forrester et coll., 2014; Kverno, Black, Nolan et Rabins, 2009; Livingston et coll., 2014).

La documentation cite plusieurs bienfaits des approches non pharmacologiques, y compris l'atténuation de l'agitation (Livingston et coll., 2014) et de la douleur (Konno et coll., 2013; Pieper et coll., 2013), ainsi qu'une exécution améliorée des activités de la vie quotidienne (Konno et coll., 2013). En employant efficacement les approches susmentionnées pour la prise en charge des SCPD, l'on parvient aussi à réduire le stress des aidants naturels et à améliorer le milieu de travail du personnel (Olazaran et coll., 2010). Le tableau 2 énonce les approches non pharmacologiques susceptibles d'être utilisées pour offrir du soutien à une personne atteinte de démence (notez que cette liste n'est pas exhaustive).

## Élaborer un plan de soins personnalisé

**Certaines approches non pharmacologiques ne sont pas efficaces ou ne conviennent pas à tous les patients**, il faut donc les choisir en mettant l'accent sur la personne (Cabrera et coll., 2015; Enmarker et coll., 2011; Konno et coll., 2013). En d'autres mots, les plans de soins doivent être fondés sur ce que l'on connaît des préférences et des intérêts de la personne, de la raison pour laquelle elle a ces symptômes comportementaux et psychologiques, de ses besoins et de ses capacités, le tout en tenant compte du stade de la démence.

Quand une personne exhibe des SCPD, il faut opter pour des approches qui s'attaquent à leurs causes sous-jacentes, aux besoins non comblés de la personne et aux facteurs qui déclenchent les symptômes (Livingston et coll., 2014). Ces approches doivent également être adaptées en fonction de ses tendances d'excitation (p. ex., des activités calmantes si elle est agitée ou stimulantes si elle est apathique) (Kverno et coll., 2009). La sélection des approches doit également se faire d'après le type et le stade de démence. For example, in a literature review rated moderate for methodological quality by Kverno et coll. Ainsi, dans un examen de la documentation dont la qualité méthodologique était jugée modérée, Kverno et coll. (2009) laissent entendre que certaines approches fondées sur les émotions (simulation de la présence de membres de la famille par enregistrement vidéo ou audio de discussions, histoires, etc.) sont plus efficaces chez les personnes qui parviennent encore à communiquer oralement.

## Soins personnels et toilette

Les fournisseurs de soins de santé doivent élaborer des plans de soins personnalisés en fonction des routines de soins personnels et de toilette de la personne atteinte de démence. Ce point est très important, car le bain, l'habillement et la toilette, tout comme l'approche employée et les circonstances dans lesquelles se déroulent ces activités, peuvent déclencher différents comportements : coups de pied, griffures, empoignement, cris et jurons (Konno et coll., 2013). Konno et coll. (2013) sont d'avis que ces comportements peuvent être aggravés si le personnel se dépêche trop ou accorde de l'importance uniquement à la tâche au lieu de la personne. De telles réactions physiques et émotionnelles aux soins personnels peuvent être source de tension et même présenter des risques pour la personne atteinte de démence et celle qui prend soin d'elle.

La documentation souligne plusieurs exemples d'approches efficaces, y compris jouer la musique préférée de l'individu pendant qu'il se lave, fournir un milieu à la fois intime et sécuritaire, proposer plusieurs façons de se laver (par exemple avec une serviette) et communiquer efficacement (Konno et coll., 2013). Pour des exemples précis de stratégies pour les soins personnels et le bain, consultez l'[Annexe J](#).

## Consultation et observation continue

La sélection des approches non pharmacologiques adéquates est un processus complexe. Celle-ci nécessite des évaluations (voir la [Recommandation 6.3](#)), des consultations et la collaboration avec la personne (dans la mesure du possible), sa famille, ses aidants naturels et les membres de l'équipe de soins. Il faut également faire preuve de flexibilité et de créativité pour élaborer un plan de soins personnalisé (Konno et coll., 2013). En d'autres mots, les plans de soins ne sont pas fixes : ils doivent être adaptés en fonction des réactions qu'a la personne face à différentes approches et modifiés au fur et à mesure qu'évoluent ses besoins ou sa maladie.

**Tableau 2 : Les approches non pharmacologiques de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**

APPROCHE	DONNÉES PROBANTES
<p><b>Musicothérapie</b></p> <p>La musicothérapie comprend à la fois les expériences musicales simples et les combinaisons d'expériences musicales qui peuvent être données à une personne seule ou en groupe. Exemples : chanter ou jouer d'un instrument de musique, ou écouter de la musique enregistrée ou jouée en direct (Blackburn et Bradshaw, 2014; Ueda et coll., 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bienfaits possibles : atténuation des SCPD (agitation), amélioration de l'humeur (baisse de l'anxiété et de la dépression), atténuation de la douleur et amélioration de la socialisation et de la qualité de vie (Konno et coll., 2013; Livingston et coll., 2014; Pieper et coll., 2013; Ueda et coll., 2013).</li> <li>■ Il est possible de réduire l'agitation en jouant de la musique pendant le bain (Konno et coll., 2013).</li> <li>■ Les données probantes laissent entendre que la musicothérapie est particulièrement efficace si elle est structurée et dirigée par un thérapeute formé; peu de données probantes appuient son efficacité en dehors d'un foyer de soins (Livingston et coll., 2014).</li> </ul>
<p><b>Stratégies efficaces de communication et approches de soins axées sur les besoins de la personne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ces approches sont efficaces pour l'atténuation de l'agitation chez les personnes atteintes de démence (Konno et coll., 2013; Livingston et coll., 2014).</li> <li>■ Pour obtenir une véritable efficacité, il faut toutefois que les fournisseurs de soins de santé soient formés et supervisés adéquatement (Livingston et coll., 2014).</li> <li>■ Les données probantes à l'appui de ces approches sont surtout pertinentes pour les milieux de soins de longue durée et d'aide à la vie autonome (Livingston et coll., 2014).</li> <li>■ Pour de plus amples renseignements sur les aptitudes de communication, consultez l'<b>Annexe K</b>, Attitudes, compétences et connaissances utiles pour la communication dans le contexte des soins de la démence. Pour la définition des approches axées sur les besoins de la personne, consultez l'<b>Annexe A</b>, Glossaire.</li> </ul>
<p><b>Interventions sensorielles</b></p> <p>La catégorie des interventions sensorielles inclut les massages, les touchers thérapeutiques et la stimulation des sens (vue, ouïe, toucher) (Hulme et coll., 2010; Kverno et coll., 2009; Livingston et coll., 2014; Moyle et coll., 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les interventions sensorielles parviennent dans certains cas à atténuer l'agitation (Livingston et coll., 2014; Moyle et coll., 2013)</li> <li>■ Ces interventions semblent efficaces pour les personnes atteintes de trouble cognitif grave (Kverno et coll., 2009).</li> </ul>
<p><b>Activités en groupe dans les foyers de soins</b></p> <p>Les activités en groupe sont toutes les activités offertes aux résidents, y compris la zoothérapie, la danse et la cuisine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elles parviennent à atténuer l'agitation, sauf parfois chez les personnes très agitées (Livingston et coll., 2014).</li> </ul>
<p><b>Thérapie par l'art</b></p> <p>La thérapie par l'art peut prendre la forme d'arts visuels, de pièces de théâtre, de mouvements, de composition de chansons, de poésie, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un examen dont la qualité méthodologique était jugée faible a fait état de plusieurs bienfaits potentiels face aux symptômes comportementaux et émotionnels de la personne (Cowl et Gaugler, 2014).</li> </ul>

## 8.0 MISE EN ŒUVRE

### RECOMMANDATION 8.1 :

Mettre en œuvre le plan de soins en collaboration avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Une fois qu'un plan de soins a été élaboré pour la personne atteinte de démence (voir la [Recommandation 7.1](#)), celui-ci doit être mis en œuvre en collaboration avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et les membres de l'équipe interprofessionnelle.

Pour voir la liste des programmes et ressources de soutien offerts aux personnes atteintes de démence, consultez l'[Annexe J](#), Ressources. Quelques programmes suggéreront des interventions, des mesures ou des approches propres aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

### RECOMMANDATION 8.2 :

Surveiller la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence et mettre en œuvre des mesures d'atténuation de la douleur afin d'appuyer la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Niveau de preuve = la et V

### Discussion sur les données probantes :

Il est important de soulager efficacement la douleur non seulement pour amoindrir la souffrance, mais aussi pour atténuer les SCPD connexes et pour simplifier les routines de soins (p. ex., le bain) (Konno et coll., 2013). Les interventions de soulagement de la douleur peuvent inclure des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. Pour de plus amples renseignements sur l'utilisation appropriée des médicaments, consultez la [Recommandation 1.6](#) et l'[Annexe F](#).

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé de surveiller à la fois les signes verbaux et non verbaux de la douleur. Pour ce faire, ils devront observer et consigner les changements touchant les symptômes associés à la douleur en vue de déterminer si les mesures de soulagement sont efficaces. Pour de plus amples renseignements, consultez les outils d'évaluation de la douleur indiqués à l'[Annexe H](#), la [Recommandation 6.4](#) et la LDPE *Évaluation et prise en charge de la douleur* (3e édition) de l'AIIAO (2013a).

### RECOMMANDATION 8.3 :

Employer des stratégies et des techniques de communication afin de faire preuve de compassion, de valider les émotions du patient, de veiller à sa dignité et de promouvoir la compréhension lors des soins de personnes atteintes de démence.

Niveau de preuve = Ia

## Discussion sur les données probantes :

La communication efficace avec les personnes atteintes de démence présente de nombreux bienfaits. Un examen systématique des études quantitatives dont la qualité méthodologique était jugée modérée a découvert que la communication efficace améliorait les comportements efficaces, favorisait des interactions satisfaisantes et améliorait globalement la qualité de vie de la personne (Eggenberger, Heimerl et Bennett, 2013).

La communication efficace a également un effet démontré d'atténuation de l'agitation et des comportements réactifs<sup>G</sup> chez les personnes atteintes de démence (Livingston et coll., 2014), en plus de protéger la dignité de l'individu et de lui donner un sentiment de contrôle (Konno et coll., 2013). Il existe plusieurs exemples de stratégies de communication; les suivants sont tirés d'un examen systématique principalement d'études qualitatives dont la qualité méthodologique était jugée modérée : présenter des excuses, faire appel à l'humour de façon appropriée, distraire la personne, lui laisser le temps de répondre au fournisseur de soins et rappeler à la personne ce qui va se passer (Konno et coll., 2013). L'**Annexe K** souligne des stratégies de communication bénéfiques en soins de la démence ainsi que les compétences, attitudes et connaissances nécessaires pour les mettre en œuvre.

Le comité d'experts précise également qu'il faut posséder des connaissances et aptitudes particulières pour communiquer de façon positive. Les fournisseurs de soins de santé doivent comprendre l'effet que la démence a sur le cerveau et, par extension, à quel point la personne parvient à recevoir, à traiter et à produire les mots. De plus, ils doivent faire preuve d'empathie, de compassion et de respect pour la personne, manifester leur compétence culturelle<sup>G</sup> et parvenir à établir une relation thérapeutique de confiance avec elle. Parmi les autres techniques nécessaires, mentionnons la capacité d'adapter sa façon de parler au niveau de compréhension de la personne (p. ex., pour donner des instructions en une étape) et éviter de crier et de parler de façon condescendante. Les fournisseurs de soins de santé doivent également valider les émotions de la personne ainsi que reconnaître (et accepter) ce qu'elle pense, ce qu'elle ressent et la façon dont elle se comporte. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faut être d'accord avec ces façons d'être ni les encourager. Pour plus de renseignements, consultez la **Recommandation 1.1**.

### RECOMMANDATION 8.4 :

Faire la promotion de stratégies à l'intention des personnes atteintes de démence pour les aider à conserver leurs capacités et à optimiser leur qualité de vie, notamment, mais sans s'y limiter :

- l'activité physique (niveau de preuve = Ia);
- les interventions qui appuient la fonction cognitive (niveau de preuve = Ia);
- la planification préalable des soins (niveau de preuve = Ia);
- d'autres stratégies pour bien vivre avec la démence (niveau de preuve = V).

## Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé doivent encourager les stratégies qui permettent aux personnes atteintes de démence de bien vivre, de conserver leurs capacités et d'optimiser leur qualité de vie. Bien que la documentation souligne les bienfaits de l'activité physique, mentionne des bienfaits potentiels pour la planification préalable des soins chez les personnes atteintes de démence et indique diverses interventions de soutien à la cognition, le comité d'experts note qu'il existe plusieurs autres stratégies susceptibles de profiter aux personnes atteintes de démence, surtout pendant les premiers stades de la maladie.

### L'activité physique

Un examen jugé excellent et un examen jugé modéré démontrent que l'activité physique est susceptible d'aider les personnes atteintes de démence à mieux exécuter les activités de la vie quotidienne (Forbes, Thiessen, Blake, Forbes et Forbes, 2013) et à ralentir le déclin de leurs capacités connexes (Littbrand, Stenvall et Rosendahl, 2011). L'activité physique peut également améliorer la cognition (Farina, Rusted et Tabet, 2014; Forbes et coll., 2013; Fox, Hodgkinson et Parker, 2014), mais cet effet n'a pas été démontré de façon constante (Fox et coll., 2014; Ohman, Savikko, Strandberg et Pitkala, 2014), un seul examen démontre une amélioration irréfutable de la qualité de vie des personnes atteintes de dépression et de démence (Tavares, Moraes et Laks, 2014). D'autres examens dont la qualité méthodologique était jugée faible ont démontré que l'activité physique présentait des bienfaits globaux ((Balsamo et coll., 2013; McLaren, Lamantia et Callahan, 2013; Pitkälä, Savikko, Poysti, Strandberg et Laakkonen, 2013; Thune-Boyle, Iliffe, Cerga-Pashoja, Lowery et Warner, 2012).

### Interventions appuyant la cognition

Les interventions cognitives sont des activités qui enseignent de nouvelles manières d'effectuer des tâches cognitives et des stratégies qui améliorent le fonctionnement ou qui rétablissent certaines capacités (Development Group, 2010). Un examen systématique jugé modéré (Zabalegui et coll., 2014) a découvert plusieurs bienfaits potentiels aux interventions cognitives chez les personnes se trouvant dans les premiers stades de la démence, y compris une amélioration de l'exécution des activités de la vie quotidienne et une satisfaction accrue. Le groupe de rédaction de la ligne directrice de pratique clinique sur les soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias, 2010) a examiné un grand nombre d'interventions cognitives, y compris la thérapie de la réalité, la réminiscence<sup>G</sup>, l'entraînement mnémotechnique, la stimulation sensorielle et l'entraînement aux activités de la vie quotidienne. Il recommande de mettre en œuvre des interventions personnalisées pour les personnes atteintes de démence d'Alzheimer en mettant l'accent sur la stabilisation de la fonction cognitive; ces interventions doivent être personnalisées en fonction des capacités cognitives de la personne afin d'éviter la détresse et les réactions émotionnelles négatives comme la colère et la frustration.

En plus des interventions susmentionnées, le comité d'experts fait remarquer que l'on prescrit parfois des médicaments pendant un temps limité pour améliorer la cognition ou pour traiter ou prendre en charge les autres symptômes de la démence. Pour de plus amples renseignements sur les médicaments, consultez la **Recommandation 1.6**, l'**Annexe F** et la *Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias* du Development Group (2010), laquelle fournit des instructions relatives aux médicaments à administrer pour les différents types de démence.

### La planification préalable des soins

La planification préalable des soins peut se définir comme suit : « un processus composé de plusieurs étapes dans le cadre duquel un patient [une personne] et ses aidants parviennent à une compréhension commune de leurs objectifs et de leurs préférences relativement aux soins qui seront donnés ultérieurement » (Robinson et coll., 2012, p. 263). Un examen systématique dont la qualité méthodologique était jugée modérée a capturé les constatations de quatre études sur la planification préalable des soins dans le contexte des soins de longue durée. Dans ce contexte, elle présentait plusieurs avantages, y compris la consignation des préférences de soins d'une personne, la réduction du taux d'hospitalisation et l'augmentation de l'utilisation des services en fin de vie (Robinson et coll., 2012). Les auteurs soulignent toutefois qu'il est dans certains cas trop tard pour discuter de planification préalable des soins dans un milieu de soins de longue durée, car la maladie peut nuire à la capacité de la personne de discuter des différents enjeux (Robinson et coll., 2012).

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'encourager la planification préalable des soins tant que la personne atteinte de démence est encore capable de prendre des décisions et d'exprimer ses besoins et ses préférences personnels. La Société Alzheimer du Canada donne des consignes à suivre en planification préalable des soins ainsi que pour plusieurs sujets connexes, y compris l'élaboration du plan de soins, la sélection d'un décideur substitut, la planification de l'adaptation au travail, au bénévolat et à la vie quotidienne, la planification des questions d'ordre juridique et financier, ainsi que la prise de décisions en fin de vie. Pour de plus amples renseignements, consultez le site de la Société Alzheimer du Canada à l'adresse [www.alzheimer.ca/fr](http://www.alzheimer.ca/fr)

### Autres stratégies pour bien vivre avec la démence

Le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé d'adopter plusieurs autres approches pour permettre à la personne de bien vivre avec la démence, y compris :

- promouvoir la participation à des activités ou à des loisirs constructifs et délibérés qui s'harmonisent avec les intérêts particuliers de la personne;
- promouvoir la participation sociale;
- modifier l'environnement à domicile ou autre pour soutenir les activités de la vie quotidienne autonomes, et promouvoir la sécurité;
- résoudre les problèmes de sécurité, tels que l'errance et la conduite;
- maintenir un mode de vie sain (p. ex., soutenir la nutrition, le sommeil et des visites régulières chez les fournisseurs de soins de santé);
- offrir des routines, des rappels et d'autres stratégies pour soutenir la résolution de problèmes au niveau cognitif;
- fournir de la formation sur la démence ainsi que des renseignements sur les ressources communautaires (voir aussi le tableau 3).

La Société Alzheimer du Canada offre des renseignements, des ressources et du soutien de façon exhaustive, y compris orienter la vie quotidienne d'une personne atteinte de démence, ainsi que des stratégies pour répondre à ses besoins et préoccupations et à ceux de sa famille ou de ses aidants naturels. Des renseignements sont fournis pour les différents stades de la démence (et non seulement de la maladie d'Alzheimer), y compris le premier stade, ainsi que les stades intermédiaire, avancé et de fin de vie. Pour plus d'information, visitez le site de la Société Alzheimer du Canada à [www.alzheimer.ca/fr](http://www.alzheimer.ca/fr). Voir aussi l'**Annexe J**.

#### RECOMMANDATION 8.5a:

Donner de la formation et du soutien psychosocial aux membres de la famille et aux aidants naturels des personnes atteintes de démence, qui répondent aux besoins uniques de ces personnes et conviennent au stade de la démence.

Niveau de preuve = Ia

#### RECOMMANDATION 8.5b :

Aiguiller les membres de la famille et les aidants naturels qui sont en détresse ou qui font une dépression vers un fournisseur de soins de santé approprié.

Niveau de preuve = V

## Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé devraient offrir des interventions efficaces à ceux qui prennent soin des personnes atteintes de démence, en raison du stress lié à la prestation de soins qui a une capacité de nuire au bien-être physique et psychologique des aidants naturels (Godwin, Mills, Anderson et Kunik, 2013; Jensen, Agbata, Canavan et McCarthy, 2015; McKechnie, Barker et Stott, 2014). Les interventions pour les aidants naturels (aidants naturels familiaux/ partenaires de soins) doivent être adaptées aux besoins individuels des personnes impliquées (Elvish et coll., 2013; Nehen et Hermann, 2015; Topo, 2009). Il s'agit d'un point important qui démontre que la démence progresse à des rythmes différents, les symptômes varient et le fardeau perçu de la prestation de soins est interprété de diverses façons (Jensen et coll., 2015).

Diverses interventions visant à soutenir les aidants naturels ont été étudiées dans la littérature, notamment les méthodes de renforcement des compétences, de connaissances sur la démence et les SCPD, le soutien aux aidants naturels, la gestion des émotions et la promotion de soins personnels, la planification des activités et la modification de l'environnement. (Brodaty et Arasaratnam, 2012; Corbett et coll., 2012; Elvish et coll., 2013; Gallagher-Thompson et coll., 2012; Laver, Clemson, Bennett, Lannin et Brodaty, 2014; Marim, Silva, Taminato et Barbosa, 2013; Nehen et Hermann, 2015; Schoenmakers, Buntinx et DeLepeleire, 2010). Ces interventions peuvent être offertes directement par des fournisseurs de soins de santé, au téléphone, dans des séances de groupe, par des programmes informatiques et en ligne.

### Avantages des programmes offrant du soutien psychologique et de la formation

Bien que la plupart des preuves soient faibles sur le plan méthodologique, une revue systématique et une méta-analyse des essais contrôlés randomisés ont montré que les interventions éducatives aux aidants dans la communauté réduisaient le fardeau des aidants ainsi que la dépression (Jensen et coll., 2015). D'autres avantages potentiels peuvent inclure une réduction de la dépression chez les aidants naturels, une réduction du fardeau des aidants naturels et le bien-être des aidants (Chien et coll., 2011, Elvish et coll., 2013, Moon et Adams, 2013, Schoenmakers et coll., 2010), amélioration de la vie (Corbett et coll., 2012, Elvish et coll., 2013), l'amélioration des connaissances, l'amélioration des capacités d'adaptation ou la capacité à gérer les symptômes de la démence et les interactions améliorées avec la personne atteinte de démence (Corbett et coll., 2012; Moon et Adams, 2013). Le comité d'experts suggère que le soutien apporté aux aidants naturels pourrait être la meilleure façon d'améliorer les résultats de personnes atteintes de démence.

Les données probantes suggèrent que les programmes de prestation de soins pourraient être plus efficaces s'ils étaient multiformes (Corbett et coll., 2012, Elvish et coll., 2013, Laver et coll., 2014) - par exemple, les programmes offrant des activités éducatives, un soutien et développement de compétences offert aux aidants naturels (Laver et coll., 2014). Un examen systématique et une méta-analyse par Brodaty et Arasaratnam (2012) suggèrent que les programmes à l'intention des aidants naturels connaissent davantage de succès lorsqu'ils sont offerts tout au long d'une certaine période avec un suivi adéquat.

### Aiguiller les membres de la famille et les partenaires de soins souffrant de détresse ou de dépression

Les fournisseurs de soins de santé peuvent fournir un soutien psychologique et une éducation directement pour les aidants naturels qui s'occupent des personnes atteintes de démence (Development Group, 2010; U.S. Preventative Services Task Force, 2014; WHO, 2012/2015). Preventative Services Task Force, 2014; WHO, 2012/2015). Les fournisseurs de soins de santé devraient recommander aux aidants qui éprouvent de la détresse ou de la dépression, un fournisseur de soins primaires ou un spécialiste en santé mentale (Groupe de développement, 2010). (Development Group, 2010). D'autres soutiens ou aiguillages pourraient aussi être nécessaires si les aidants naturels ont à faire face en plus à d'autres problèmes associés aux déterminants sociaux de la santé (p. ex., logement inadéquat, faible revenu, etc.).

Il convient de noter que même si les soins de répit sont généralement considérés comme soutien aux aidants et sont fréquemment recommandés par les fournisseurs de soins de santé, une étude, jugée faible pour la qualité méthodologique, conclut qu'elle peut être associée à une augmentation du fardeau (Schoenmakers et coll., 2010). (Schoenmakers et coll., 2010).

Pour plus de renseignements sur le soutien aux aidants naturels, consultez la section Soutien et renforcement des familles du BPG (2006b) *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*.

## Programmes fondés sur la technologie

Les fournisseurs de soins de santé peuvent envisager recommander des programmes axés sur la technologie qui offrent une éducation et un soutien psychosocial aux aidants naturels (McKechnie et coll., 2014). Divers programmes fondés sur la technologie sont disponibles, y compris des vidéos éducatives et la possibilité de communiquer avec des pairs ou des professionnels en ligne. Des études sur ces interventions rapportent globalement des résultats favorables, mais d'autres recherches sont quand même recommandées pour confirmer les bienfaits (Godwin et coll., 2013; Topo, 2009). Des études plus poussées suggèrent que les programmes assistés par ordinateur peuvent réduire le fardeau des aidants naturels, le stress, la dépression et l'anxiété, et éventuellement accroître l'auto-efficacité des aidants naturels (McKechnie et coll., 2014).

## Contenu éducatif

Le tableau 3 présente des suggestions de contenu pour la formation sur la démence à offrir aux aidants naturels. Des références sont fournies lorsqu'elles sont disponibles. Il est également possible que les fournisseurs de soins de santé considèrent que cette formation a aussi de l'importance pour la personne atteinte de démence. Voir aussi la [Recommandation 8.4](#).

**Tableau 3 : Contenu pour la formation sur la démence à offrir aux aidants naturels**

<p><b>La démence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Type de démence, stage, pertes associées, évolution de la démence, manifestations cliniques et complications possibles de la démence (Development Group, 2010).</li> <li>■ Stratégies pour bien vivre avec la démence, et méthodes pour soutenir l'autonomie de la personne atteinte de démence et l'aider à conserver ses capacités (voir la <a href="#">Recommandation 8.4</a>).</li> </ul>
<p><b>Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ SCPD communs (Development Group, 2010).</li> <li>■ Approches non pharmacologiques (Development Group, 2010).</li> <li>■ Comprendre les causes ou les déclencheurs des SCPD, la relation entre le cerveau et le comportement, ainsi que les stratégies visant à prévenir ou à prendre en charge les SCPD.*</li> <li>■ S'il est jugé nécessaire d'effectuer des interventions ou des restrictions pharmacologiques afin de contrôler les SCPD ciblées, fournir des raisons pour la justification du traitement et des plans de réduction/retrait* (voir la <a href="#">Recommandation 1.6</a>).</li> </ul>
<p><b>Médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le but, les risques et les avantages, ainsi que les effets secondaires des médicaments utilisés pour améliorer la cognition.</li> </ul>
<p><b>Communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aptitudes en communication efficaces.</li> <li>■ Avantages de la communication efficace (c.-à-d., meilleure compréhension par les aidants naturels du point de vue de la personne atteinte de démence, promotion d'un comportement davantage positif et interactions plus satisfaisantes) (Eggenberger et coll., 2013).</li> </ul>
<p><b>Orientation préventive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Par exemple, concernant la possibilité de délire ou de dépression, et sujets de préoccupation qui pourraient exiger une attention urgente (p. ex., délire, risque de suicide).*</li> </ul>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

### Planification préalable des soins

- Information permettant à la personne atteinte de démence et à sa famille de planifier pour l'avenir, de déterminer des mandataires spéciaux, etc. (voir la **Recommandation 8.4**).\*

### Autogestion

- Importance de l'autogestion pour les aidants naturels.
- Moment opportun pour consulter un fournisseur de soins de santé ou un spécialiste en santé mentale.
- Renseignements sur les ressources sociales et de santé disponibles pour soutenir les aidants naturels (équipe interprofessionnelle).
- Programmes à l'intention des aidants naturels : soutien psychologique et programmes psychoéducatifs (pour réduire la détresse chez les aidants naturels et améliorer leur qualité de vie).
- Suivis, soutien cognitivo-comportemental (Development Group, 2010).
- Suivi de deuil.\*

### Autres ressources

- Informations sur les ressources et les programmes locaux pouvant offrir des informations et un soutien formel ou informel (Development Group, 2010)
  - Exemple : Société Alzheimer
  - Voir l'**Annexe J.**, Ressources

Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*).

## 9.0 ÉVALUATION

### RECOMMANDATION 9.1 :

Évaluer le plan de soins en collaboration avec la personne atteinte de démence (s'il est approprié de le faire), sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle, et le réviser en conséquence.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande une évaluation et un suivi continus de l'efficacité du plan de soins pour la personne atteinte de démence. L'évaluation avec le temps est aussi importante à mesure que la maladie progresse, étant donné que les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) évoluent, et que les besoins de la personne et de sa famille ainsi que de ses aidants naturels changent. En conséquence, les interventions, y compris la formation et le soutien, devront être adaptées à mesure que progresse la maladie. La collaboration et la communication avec la personne (le cas échéant), la famille et les aidants naturels, ainsi que les membres de l'équipe interprofessionnelle, sont requises. La fréquence de l'évaluation et du suivi du plan de soins variera selon le milieu et la politique organisationnelle.



## RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DÉPRESSION

### 10.0 ÉVALUATION

#### RECOMMANDATION 10.1 :

Évaluer la dépression durant l'évaluation et les observations continues quand il y a présence de facteurs de risque ou de signes et de symptômes pertinents. Utiliser des outils de dépistage ou d'évaluation validés et pertinents compte tenu du contexte, et collaborer avec la personne, sa famille, ses aidants naturels et l'équipe interprofessionnelle.

Niveau de preuve = la et V

#### Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé doivent **être vigilants face à la dépression chez les personnes âgées et déterminer s'il y a dépression chaque fois que des facteurs de risque ou des signes et symptômes sont présents** (NICE, 2011, 2013; Trangle et coll., 2016). Malheureusement, les fournisseurs de soins de santé ne reconnaissent souvent pas la dépression. Celle-ci est sous-diagnostiquée et souvent non traitée (O'Connor et coll., 2009; Trangle et coll., 2016). En outre, une grande minorité des personnes âgées cherchent activement à se faire traiter ou consultent un spécialiste en santé mentale pour gérer leur dépression (Chang-Quan et coll., 2009).

Le manque de reconnaissance et de traitement est une préoccupation majeure en raison de l'impact de la dépression sur la morbidité et la mortalité, sur la qualité de vie et le fonctionnement social de l'individu et sur sa capacité à gérer les problèmes de santé (Chang-Quan et coll., 2009; Kiosses et coll., 2011; Krishna et coll., 2011; O'Connor et coll., 2009; Samad et coll., 2011). En raison que le manque de traitement peut entraîner des souffrances importantes, une détection précoce de dépression est donc un élément important (Krishna et coll., 2011).

#### Détermination des facteurs de risque, des signes et des symptômes de la dépression

Les fournisseurs de soins de santé doivent être capables de reconnaître les signes, les symptômes, les facteurs de risque et les agents stressants qui pourraient mener à une dépression (voir le tableau 4). Diagnostiquer la dépression chez les personnes âgées peut être difficile pour diverses raisons. Les conditions médicales ou les médicaments peuvent provoquer des symptômes dépressifs (O'Connor et coll., 2009), et la dépression peut être masquée par des comorbidités (Chang-Quan et coll., 2009; O'Connor et coll., 2009). De plus, les adultes plus âgés peuvent ne pas manifester une humeur dépressive ou utiliser le mot « dépression », mais plutôt manifester des symptômes atypiques (O'Connor et coll., 2009), tels que des troubles de sommeil et d'appétit, un manque d'énergie, la fatigue, des douleurs chroniques, la constipation et / ou des troubles musculo-squelettiques (Trangle et coll., 2016). Les antécédents culturels, ethniques et religieux d'un individu peuvent également influencer sur la façon dont il exprime et comprend la dépression. (NICE, 2009). Les termes ou expressions qu'une personne peut utiliser pour remplacer « déprimé » comprennent « se sentir nerveux, ou triste, ou abattu », « avoir le cafard, le moral bas ou la déprime ».

Le tableau 4 présente les facteurs prédisposants et précipitants relatifs à la dépression, et les signes et les symptômes possibles (la liste n'est pas exhaustive). Les cliniciens utilisent couramment les mnémotechniques SIGECAPS pour révoquer les signes et les symptômes de la dépression chez les personnes âgées (Trangle et coll., 2016). Enfin, le diagnostic des praticiens fait régulièrement appel aux critères décrits dans le *DSM-5* pour diagnostiquer la dépression. (Trangle et coll., 2016; NICE, 2009).

**Tableau 4 : Facteurs de risque et signes de dépression**

FACTEURS DE RISQUE PRÉDISPOSANT ET PRÉCIPITANT	SIGNES ET SYMPTÔMES
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déclin cognitif ou démence</li> <li>■ Isolement social</li> <li>■ Diagnostic médical ou diagnostics associés à un risque élevé de dépression (p. ex., maladie neurodégénérative, maladie cérébrovasculaire)</li> <li>■ Problèmes de santé physique chroniques associés à une incapacité fonctionnelle</li> <li>■ Antécédents personnels ou familiaux de dépression ou de troubles de l'humeur</li> <li>■ Antécédents de tentative de suicide ou d'hospitalisation à cause d'un problème psychiatrique</li> <li>■ Utilisation actuelle d'un médicament associé à un risque élevé de dépression</li> <li>■ Abus d'alcool ou d'une autre substance (peut inclure l'utilisation chronique de la benzodiazépine*)</li> <li>■ Placement en institution (admission à un établissement de soins de longue durée ou dans un milieu hospitalier)</li> <li>■ Pertes récentes stressantes, y compris la perte de l'autonomie, de l'intimité, de l'état fonctionnel ou d'une partie du corps</li> <li>■ Difficultés financières*</li> <li>■ Deuil</li> <li>■ Violence familiale ou autre type de violence</li> </ul>	<p><b>SIGECAPS :</b></p> <p><b>T</b>rouble du sommeil (augmenté ou diminué)</p> <p><b>M</b>anque d'intérêt (anhédonie)</p> <p><b>C</b>ulpabilité (dévalorisation, désespoir, regret)</p> <p><b>M</b>anque d'énergie</p> <p><b>M</b>anque de concentration</p> <p><b>T</b>roubles d'appétit (augmenté ou diminué)</p> <p><b>R</b>etard ou agitation du psychomoteur</p> <p><b>S</b>uicidalité</p> <p><b>Symptômes supplémentaires :</b> douleur chronique, constipation et troubles musculosquelettiques</p>

Source : AMDA, 2011; NICE, 2011; O'Connor et coll., 2009; Trangle et coll., 2016.

Source : Jenike, 1989, cité dans l'AIIAO, 2010b; Trangle et coll., 2016.

Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*).

### Évaluation de la dépression

Une évaluation détaillée de la dépression devrait se produire lorsque des facteurs de risque sont présents ou lorsque la dépression est présumée (Conn et coll., 2014; NICE, 2009; Trangle et coll., 2016). Les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser des outils normalisés adaptés au contexte (NICE, 2009; AIIAO, 2010a; Trangle et coll., 2016) et aux capacités des personnes âgées (par exemple, tenir compte des troubles cognitifs) (Conn et coll., 2014). Divers outils et approches ont été validés pour le dépistage et l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées, par exemple, des échelles de dépression pour les personnes âgées, des échelles pour une déclaration par l'intéressé et par procuration, des outils d'évaluation de la dépression chez les personnes atteintes de démence, et pour celles qui éprouvent de la difficulté à s'exprimer par le langage ou à communiquer, et des outils pour évaluer les tendances suicidaires. Pour une liste complète des outils, voir l'**Annexe H**, pour Outils de dépistage et d'évaluation.

Des autres aspects d'une évaluation peuvent inclure un historique et un examen physique, des tests diagnostiques, une évaluation des facteurs contributifs, des tests pour exclure les diagnostics alternatifs (Conn et coll., 2014) et une évaluation de déficience fonctionnelle (NICE, 2009). Pour effectuer une évaluation, les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé doivent exercer leur jugement clinique et appliquer leurs connaissances sur la dépression et d'autres problèmes de santé qui pourraient coexister, compliquer ou aggraver la dépression. Voir la [Recommandation 14.2](#).

Le comité d'experts souligne le fait qu'une relation thérapeutique est essentielle pour l'évaluation de la dépression chez une personne âgée, et que certaines compétences particulières sont requises. Un élément essentiel est l'établissement d'un rapport de confiance, parce que les personnes qui consultent pourraient ne pas signaler des symptômes ou des sentiments de dépression en l'absence d'une relation solide avec le fournisseur de soins de santé qui effectue une évaluation. En outre, bon nombre de gens pourraient hésiter à parler de dépression en raison des stigmates associés à ce problème de santé ou à cause de croyances culturelles. En conséquence, les fournisseurs de soins de santé doivent mener les évaluations avec beaucoup de sensibilité, en plus de prendre soin de ne pas porter de jugement et de tenir compte des différences culturelles. Voir la [Recommandation 1.1](#).

### Les fournisseurs de soins de santé devraient-ils faire un dépistage de la dépression routinièrement?

Le dépistage routinier n'est pas encouragé de façon systématique dans la documentation, et le fait qu'il soit recommandé ou non dépend du milieu. Trois lignes directrices cliniques suggèrent que les organisations AMDA, 2011, NICE, 2009, Trangle et coll., 2016 (Conn et coll., 2014) envisagent des processus de dépistage (AMDA, 2011; NICE, 2009; Trangle et coll., 2016) et l'une recommande le dépistage dès son admission aux soins de longue durée, à des intervalles réguliers ou après des changements importants (Conn et coll., 2014). En outre, une revue systématique modérée a examiné les avantages et les inconvénients du dépistage de la dépression chez les personnes âgées (en soins primaires) et a conclu que le dépistage *sans* ressources supplémentaires pour les soins dépressifs et la prise en charge des cas, aurait peu de chances d'aboutir à un résultat positif (O'Connor et coll., 2009).

Compte tenu des preuves non concluantes, le groupe d'experts de l'AIIAO ne recommande pas le dépistage systématique de la dépression, mais recommande plutôt que les fournisseurs de soins évaluent la dépression que *lorsque des facteurs de risque ou des signes et symptômes de dépression sont présents*. En raison du haut niveau de prévalence de la dépression, et du fait qu'elle est souvent sous-diagnostiquée, les fournisseurs de soins de santé doivent demeurer vigilants afin d'être en mesure de détecter les facteurs de risque, les signes et les symptômes de la dépression. À la lumière des résultats obtenus par O'Connor et coll. (2009), les fournisseurs de soins de santé doivent aussi s'assurer qu'un soutien et des ressources de suivi sont disponibles pour les personnes âgées chez qui on a diagnostiqué une dépression.

#### RECOMMANDATION 10.2 :

Évaluer les risques de suicide en cas de dépression ou de soupçons de dépression.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Au cas où la dépression est présumée, les professionnels de la santé doivent directement poser des questions aux individus, sur leurs idées et intentions suicidaires. (NICE, 2009, 2011). Il s'agit d'une démarche importante parce que des pensées suicidaires peuvent même survenir avec des formes plus légères de dépression (AIIAO, 2010b), et le risque de suicide est élevé chez les adultes plus âgés (O'Connor et coll., 2009).

Le comité d'experts souligne que, dans certains cas, il peut être inapproprié d'utiliser le mot « suicide ». D'autres termes pourraient inclure « se faire du mal », « vouloir mourir », « souhaiter sa propre mort », « en finir avec la vie », ou « hâter la mort ». D'excellentes compétences en communication sont essentielles pour de telles conversations thérapeutiques, et on recommande de les tenir dans un espace privé et tranquille.

Pour en savoir plus sur le suicide, y compris l'automutilation, veuillez consulter la *LDPE Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour* de l'AllAO (2009). Pour obtenir une liste de ressources pour soutenir les personnes à risque de suicide, veuillez consulter l'[Annexe J](#), Ressources.

### RECOMMANDATION 10.3 :

Référer des personnes âgées chez qui on suspecte une dépression pour qu'elles aient accès à une évaluation en profondeur par un professionnel de la santé qualifié. Obtenir de l'attention médicale d'urgence pour celles qui présentent des risques de suicide et veiller à leur sécurité immédiate.

Niveau de preuve = V

## Discussion sur les données probantes :

Les personnes âgées soupçonnées de dépression devraient être évaluées par un professionnel de la santé qualifié pour le diagnostic et le traitement (NICE, 2009). Selon le comité d'experts, les professionnels de la santé peuvent inclure un praticien de soins primaires, un psychiatre ou un spécialiste en santé mentale gériatrique ou psychogériatrique. Il est possible que d'autres aiguillages vers des membres de l'équipe de soins de santé soient nécessaires, surtout pour éliminer ou diagnostiquer des maladies concomitantes qui pourraient imiter la dépression. Des soins coordonnés et interprofessionnels peuvent également être requis, en particulier pour la dépression complexe et lorsque la dépression a des répercussions sur la gestion des problèmes de santé physique chroniques (NICE, 2009).

S'il existe une idéation / un risque suicidaire actif d'une personne se suicidant, ou si une personne souffrant de dépression présente une menace immédiate ou un danger considérable pour autrui, il est important de solliciter l'attention urgente et immédiate d'un professionnel qualifié (NICE, 2009; AllAO, 2010a). Dans de tels cas, le comité d'experts recommande de prendre immédiatement les mesures suivantes :

- Utiliser une ligne d'écoute téléphonique, communiquer avec une équipe de crise, composer le numéro d'urgence local ou accompagner la personne au service des urgences.
- Déterminer si la personne a accès à un moyen pour se suicider ou si elle a la capacité de faire ce geste.
- Assurer la sécurité : ne pas laisser la personne seule, et songer à avertir d'autres personnes qui pourraient être en danger.

Le comité d'experts recommande les mesures suivantes pour aider une personne à risque de se suicider :

- Déterminer si la personne jouit d'un soutien social adéquat.
- Offrir à la personne des renseignements sur les sources d'aide ou de soutien.
- Envisager un aiguillage vers des services de santé mentale spécialisés.
- Augmenter le niveau de soutien (p. ex., un contact téléphonique plus fréquent).
- Évaluer la toxicité potentielle d'une surdose si un antidépresseur a été prescrit, ou si la personne prend d'autres médicaments qui pourraient être utilisés pour se suicider et, en collaboration avec la personne concernée et le praticien prescripteur, explorer la possibilité de limiter la dose (NICE, 2009).

Pour en savoir plus sur le suicide, y compris l'automutilation, veuillez consulter la *LDPE Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour* de l'AllAO (2009). Pour une liste de ressources pour soutenir les personnes à risque de suicide, voir [Annexe J](#), Ressources.

## 11.0 PLANIFICATION

### RECOMMANDATION 11.1 :

Élaborer un plan de soins personnalisé pour les personnes âgées atteintes de dépression en passant par une approche collaborative. Envisager l'impact de la présence simultanée de démence dans la mesure du possible. Le cas échéant, envisager l'impact d'une démence concomitante.

Niveau de preuve = la et V

### Discussion sur les données probantes :

Selon les lignes directrices cliniques, les fournisseurs de soins de santé doivent élaborer un plan de soins personnalisé pour la prise en charge de la dépression qui correspond aux préférences et au profil clinique de l'individu (NICE, 2009, 2011; Trangle et coll., 2016). Pour ce faire, le fournisseur de soins de santé doit comprendre les préférences de l'individu et soutenir une prise de décision éclairée (NICE, 2011). Les résultats d'un rapport jugé faible pour la qualité méthodologique, suggèrent que les prestataires de soins identifient et traitent tous les facteurs qui pourraient affecter l'adhésion au plan de traitement de la dépression et qu'ils organisent des soins de suivi (Dreizler et coll., 2014).

La collaboration entre les membres de l'équipe soignante soutient une gestion efficace de la dépression (Chang-Quan et coll., 2009; Cody et Drysdale, 2013; Dreizler et coll., 2014; NICE, 2012; O'Connor et coll., 2009; Trangle et coll., 2016). Le plan de soins doit être documenté et communiqué à ceux qui participent aux soins. Voir la [Recommandation 1.3](#).

La planification efficace des soins exige que les fournisseurs de soins de santé connaissent bien la gamme d'options fondées sur des données probantes, qui sont disponibles pour prendre en charge la dépression (voir les recommandations relatives à la formation). Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé tiennent compte de la gamme complète de traitements qui sont disponibles et potentiellement bénéfiques pour une personne, et ne laissent pas leurs opinions ou croyances personnelles à l'égard d'interventions particulières influencer le choix de traitements particuliers.

### Dépression chez les personnes atteintes de démence

En raison de la forte prévalence de la dépression chez les personnes atteintes de démence (voir la discussion sous Contexte et [Recommandation 10.1](#)), les prestataires de soins de santé devront peut-être considérer l'impact de la démence comorbide sur les personnes dépressives (Conn et coll., 2014). Lorsque ces problèmes de santé coexistent, NICE (2009) suggère que les fournisseurs de soins de santé offrent la plupart des mêmes interventions qu'ils proposeraient à une personne qui n'est atteinte que de dépression, en effectuant tout ajustement nécessaire à l'approche et à la durée des interventions. Un examen systématique réalisé par Orgeta et coll. (2014), jugé de haute qualité, (2014) a constaté que l'ajout d'interventions psychologiques (p. ex. Thérapie cognitivo-comportementale<sup>g</sup> [CBT], conseil et thérapie psychodynamique interpersonnelle) au plan de soins des personnes atteintes de démence peut réduire l'anxiété et les symptômes de dépression.

## 12.0 MISE EN ŒUVRE

### RECOMMANDATION 12.1 :

Administrer des interventions thérapeutiques fondées sur les données probantes et de nature pharmacologique ou non pour la dépression. Ces interventions doivent être adaptées en fonction du profil clinique de la personne et de ses préférences.

Niveau de preuve = Ia et V

### Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé doivent offrir des interventions thérapeutiques fondées sur des données probantes selon le plan de soins de la personne qui est traitée. Une série de thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques ayant des degrés variables d'efficacité, sont discutées dans les directives cliniques (Conn et coll., 2014; SIGN, 2010). Lors de la sélection des interventions, les prestataires de soins de santé devraient commencer par l'intervention la moins invasive et la plus efficace (NICE, 2009, 2011, 2012b).

#### Interventions de nature pharmacologique

Les traitements antidépresseurs jouent un rôle important dans le traitement des personnes âgées souffrant de dépression sévère ou persistante (Conn et coll., 2014; NICE, 2009, 2012b). Cependant, en raison des risques potentiels et de l'efficacité imprécise chez les adultes âgés atteints d'une *dépression légère*, les antidépresseurs ne devraient pas être utilisés systématiquement (Conn et coll., 2014; NICE, 2009). Conn et coll. (2014) suggèrent plutôt de commencer avec des interventions psychosociales. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRIs) sont généralement les antidépresseurs de choix pour les personnes âgées et souffrant de dépression (Conn et coll., 2014; NICE, 2009, 2012b). Une ligne directrice clinique ainsi qu'une revue systématique, jugées modérées pour la qualité méthodologique, recommandent que les antidépresseurs soient utilisés en combinaison avec d'autres approches, telles que la psychothérapie (NICE, 2011; O'Connor et coll., 2009).

Chez les personnes atteintes de démence, l'efficacité des antidépresseurs n'a pas été clairement démontrée. Ce constat est étayé par une revue systématique et une méta-analyse, jugée faible dans sa qualité méthodologique (Nelson et Devanand, 2011), une ligne directrice clinique (AMDA, 2011), et l'opinion du panneau d'experts.

L'examen de médicaments précis ou de considérations appropriées relatives à l'ordonnance ou au suivi de médicaments. Pour en savoir plus, consultez les lignes directrices de NICE *Depression in Adults: The Treatment and Management of Depression in Adults* (2009) et *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care* (2011); le document mis à jour de la CCSMPA intitulé *The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes* (Conn et coll., 2014); et l'**Annexe F**, Ressources, pour une pharmacothérapie optimale chez les personnes âgées.

#### Interventions non pharmacologiques

Il a été démontré qu'un certain nombre de thérapies non pharmacologiques étaient efficaces à divers degrés chez les personnes âgées atteintes de dépression. Plusieurs types de thérapies psychologiques, comme la thérapie comportementale (Samad et coll., 2011) et la thérapie cognitivo-comportementale de groupe (Krishna et coll., 2011) ont démontré des avantages potentiels dans deux revues systématiques moyennement bien notées.

De plus, plusieurs études ont noté que l'exercice peut minimiser les symptômes dépressifs chez les personnes âgées (Bridle, Spanjers, Patel, Atherton et Lamb, 2012; Chi, Jordan-Marsh, Guo, Xie et Bai, 2013; Forbes et coll., 2013; Mura et Carta, 2013; Park, Han et Kang, 2014; Tavares et coll., 2014). Alors que l'exercice peut améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence et de dépression (Park et coll., 2014), les preuves sont limitées (Forbes et coll., 2013; Potter et coll., 2011). Le type d'exercice recommandé devrait être choisi et adapté en fonction des capacités de la personne (Bridle et coll., 2012) et devrait correspondre aux intérêts de la personne.

D'autres thérapies non pharmacologiques pour la dépression qui ont été discutées dans la littérature et dans les lignes directrices incluent la réminiscence, la pleine conscience <sup>G</sup>, l'activation comportementale <sup>G</sup> et la musicothérapie. Voir le tableau 5 pour obtenir la liste d'interventions (la liste n'est pas exhaustive, mais contient plutôt des exemples d'interventions et de résultats clés pour chaque intervention particulière dans la documentation). Les organisations peuvent avoir besoin de prendre en compte les implications en termes de ressources, puisque les thérapies requièrent un personnel spécialisée et une collaboration entre le personnel, et certaines nécessitent un temps de travail important (Housden, 2009). Il est important de noter que, même si certaines thérapies ne font pas partie de la pratique habituelle des infirmières (p. ex., la musicothérapie), ces dernières peuvent renforcer les bienfaits de ces thérapies, les promouvoir et soutenir leur utilisation.

**Tableau 5 : Interventions pour la dépression**

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES	
PSYCHOTHÉRAPIE	
<b>Généralités</b>	
■	La psychothérapie est recommandée en combinaison avec des antidépresseurs dans le milieu des soins primaires (O'Connor et coll., 2009).
■	La psychothérapie peut être bénéfique pour les personnes atteintes de dépression, qui résident dans un milieu de soins de longue durée (Cody et Drysdale, 2013).
■	Les interventions psychologiques en combinaison avec des antidépresseurs peuvent être utilisées pour soigner une dépression grave ou modérée (NICE, 2011).
■	Les interventions psychologiques ajoutés aux soins habituels peuvent réduire les symptômes de dépression et l'anxiété de personnes atteintes de démence (Orgeta et coll., 2014).
<b>Thérapie comportementale<sup>G</sup></b>	
■	La thérapie comportementale semble avoir une efficacité comparable à celles des psychothérapies parallèles (Samad et coll., 2011).
<b>Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)</b>	
■	La TCC a donné des résultats positifs (p. ex., une amélioration de l'humeur) (Gould, Coulson et Howard, 2012; Kiosses et coll., 2011; Krishna et coll., 2011; Regan et Varanelli, 2013; Simon, Cordas et Bottino, 2015).
■	La TCC est recommandé pour les personnes individuelles (SIGN, 2010) et les groupes (Krishna et coll., 2011).
■	La TCC informatisée, offerte par ordinateur ou par des programmes Web, pourrait être appropriée pour soigner des formes de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2009; NICE, 2011).
<b>Thérapie interpersonnelle<sup>G</sup></b>	
■	La thérapie interpersonnelle est recommandée pour soigner les formes de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2011).
<b>Thérapie fondée sur la résolution de problèmes<sup>G</sup></b>	
■	La thérapie fondée sur la résolution de problèmes a donné des résultats positifs dans deux études (Kiosses et coll., 2011; Regan et Varanelli, 2013).
■	Cette thérapie doit être offerte par des thérapeutes hautement qualifiés et chevronnés (NICE, 2012b).

Le tableau se poursuit à la page suivante.

## INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES (SUITE)...

### L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

#### L'activité physique

- L'exercice pourrait réduire la gravité de la dépression (Bridle et coll., 2012).
- Le tai-chi réduit la dépression signalée par l'intéressé (Chi et coll., 2013).
- Les bienfaits des programmes d'exercices ou de la thérapie fondée sur l'exercice peuvent inclure une réduction des symptômes ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi (Park et coll., 2014).
- L'activité physique de groupe structurée est appropriée pour les personnes atteintes d'une forme de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2011).
- Le type d'exercice doit être personnalisé en tenant compte des capacités de la personne (Bridle et coll., 2012).

### INTERVENTIONS DE NATURE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

#### Réminiscence

- La réminiscence peut apporter des bienfaits thérapeutiques dans les milieux de soins de longue durée (socialisation), mais elle doit être facilitée par un praticien qui a reçu une formation pertinente. (Housden, 2009).

#### Activation comportementale

- L'activation comportementale a été recommandée dans deux lignes directrices cliniques (SIGN, 2010; Trangle et coll., 2016).

#### Pleine conscience :

- La thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience, pratiquée en groupe, peut aider à réduire les rechutes chez les personnes atteintes d'une dépression récurrente (SIGN, 2010).

#### Soutien par les pairs ou effort autonome

- Le soutien par les pairs ou l'effort autonome peuvent être appropriés pour soigner les formes de dépression allant de légère à modérée (NICE, 2012b) et les personnes souffrant d'un problème de santé physique chronique (NICE, 2011).

#### Musicothérapie

- La musicothérapie peut aider à réduire l'anxiété et la dépression, mais elle doit être personnalisée (Ueda et coll., 2013; Wall et Duffy, 2010).

#### Zoothérapie

- Il n'existe pas suffisamment de données probantes pour recommander la zoothérapie, mais elle pourrait avoir des effets bénéfiques sur la gravité des symptômes dépressifs chez les personnes âgées dans les milieux de soins de longue durée ou dans les établissements psychiatriques (SIGN, 2010).

### ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)

#### Électrochocs

- Les électrochocs peuvent être envisagés pour soigner une dépression grave qui met la vie en danger, ou lorsque d'autres traitements se sont révélés inefficaces (NICE, 2009).

### INTERVENTIONS DE NATURE PHARMACOLOGIQUE

#### Antidépresseurs

- Les antidépresseurs ont un rôle important à jouer dans le traitement pour une dépression grave (Conn et coll., 2014).
- L'inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (ISRS) est généralement l'antidépresseur préféré (NICE, 2012b), y compris pour les personnes dans un milieu des soins de longue durée (Conn et coll., 2014).
- Les antidépresseurs sont recommandés en combinaison avec des traitements non pharmacologiques (NICE, 2011; O'Connor et coll., 2009).
- Les données probantes qui soutiennent l'utilisation d'antidépresseurs par les personnes atteintes de dépression et de démence ne sont pas concluantes (Nelson et Devanand, 2011).

**RECOMMANDATION 12.2 :**

Former les personnes âgées atteintes de dépression (ainsi que leur famille et leurs aidants naturels, s'il est pertinent de le faire) en matière de dépression, d'autogestion, d'interventions thérapeutiques, de sécurité et de soins de suivi.

Niveau de preuve = V

**Discussion sur les données probantes :**

La formation est un aspect important des soins offerts aux personnes atteintes de dépression. Selon les désirs de la personne soignée, sa famille et ses aidants naturels pourraient aussi recevoir cette formation. Les fournisseurs de soins de santé doivent aussi offrir une formation dans le cadre de leur pratique et en collaboration avec le praticien prescripteur, le cas échéant. Le tableau 6 donne un aperçu du contenu éducatif à l'intention des personnes âgées atteintes de dépression ainsi que de leur famille et de leurs aidants naturels.

**Tableau 6 : Contenu éducatif recommandé pour les personnes âgées atteintes de dépression**

SUJET	ÉLÉMENTS PRINCIPAUX
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La dépression est une maladie et non un défaut de caractère.</li> <li>■ Le traitement est efficace pour la plupart des gens.</li> <li>■ Le but du traitement est la rémission (c.-à-d., la disparition de la plupart des symptômes).</li> <li>■ La cause, les symptômes et l'évolution de la dépression</li> <li>■ Une vaste gamme d'options de traitement est disponible, le rétablissement étant possible.*</li> </ul>
Autogestion de la dépression; modification du mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'importance du bien-être de base, comme l'hygiène du sommeil (respecter un horaire régulier de sommeil et d'éveil; éviter de manger, de fumer et de consommer de l'alcool avant de dormir; créer un environnement approprié pour le sommeil; faire de l'exercice physique régulièrement)</li> <li>■ Les bienfaits de l'exercice physique</li> </ul>
Interventions thérapeutiques	<p><b>Médicaments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'efficacité, les effets secondaires et les précautions à prendre (p. ex., ne pas interrompre soudainement la prise de médicaments)</li> <li>■ Des instructions précises sur l'emploi du médicament (p. ex., mode d'administration), et des idées fausses très répandues (p. ex., le médicament n'entraîne pas de dépendance)</li> </ul> <p><b>Approches non pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Clarifient et renforcent les bénéfices des approches non pharmacologiques</li> </ul> <p><b>Ressources et soutiens communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Par exemple, thérapeutes ou conseillers; groupes de soutien axés sur un problème particulier</li> </ul>
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Signes précoces de rechute ou de retour du problème</li> <li>■ Le moment où il faut communiquer avec un praticien (p. ex., manifestation progressive d'une agitation marquée et/ou prolongée, changements d'humeur, sentiments de négativité et de désespoir et idées de suicide*)</li> <li>■ À quel endroit et comment demander de l'aide</li> <li>■ Numéro de téléphone de ligne d'écoute; coordonnées pour obtenir des soins d'urgence</li> </ul>
Soins de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Plans de surveillance et de suivi</li> <li>■ Prévention des rechutes</li> </ul>

Remarque : Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*). ; NICE, 2009, Trangle et al, 2016.

## 13.0 ÉVALUATION

### RECOMMANDATION 13.1 :

Suivre une approche collaborative pour surveiller les personnes âgées atteintes de dépression à la recherche de changements de leurs symptômes ainsi que pour voir leur réaction au traitement. Consigner l'efficacité des interventions et les changements au niveau du risque de suicide.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé de surveiller les personnes âgées pour être en mesure de repérer les signes et les symptômes de la dépression, et d'évaluer la réaction de ces personnes au traitement. Cette approche est importante pour déterminer l'efficacité des interventions et de promouvoir le rétablissement. Un examen intégrateur a révélé que les infirmières jouent un rôle essentiel à l'entretien continu des thérapies, pour surmonter les obstacles et à la surveillance des changements de comportements dans les risques de suicide (Dreizler et coll., 2014). Pour les individus qui prennent des antidépresseurs, il est également important de surveiller les effets secondaires (NICE, 2009).

Le comité d'experts souligne que les fournisseurs de soins de santé doivent surveiller et documenter le risque de suicide. Il arrive parfois qu'au moment où les antidépresseurs commencent à produire leur effet et donnent plus d'énergie à une personne, cette dernière utilise sa capacité accrue pour mettre un plan de suicide à exécution.

Si elles sont nécessaires, les modifications à apporter au plan de soins doivent être effectuées en collaboration avec la personne âgée, sa famille et ses aidants naturels (le cas échéant), ainsi qu'avec l'équipe interprofessionnelle. Une documentation continue et une communication efficace et en temps opportun demeurent importantes. Voir la [Recommandation 1.3](#).



# Recommandations relatives à la formation

## 14.0 FORMATION

### RECOMMANDATION 14.1 :

Tous les programmes de soins de premier niveau comprennent du contenu et donnent des occasions de formation propres aux soins de personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression, ou soupçonnées d'en être atteintes, et adaptées à la portée de la pratique de la discipline pertinente.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que les programmes de formation de premier niveau à l'intention des fournisseurs de soins de santé présentent un certain contenu spécialisé relativement au délire, à la démence et à la dépression, ainsi qu'aux soins à offrir aux personnes âgées qui pourraient être atteintes ou non de ces problèmes. Cette recommandation s'harmonise avec les LDPE de l'AIHAO (2010) *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression* et *Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les adultes plus âgés*; la *Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias* (2010) du Groupe de développement; et les recommandations dans la *Guideline on the Assessment and Treatment of Delirium in Older Adults à the End of Life* de la CCSMPA (Conn et coll., 2014). La formation sur ces sujets au premier niveau offre une première exposition majeure au contenu, et établit les connaissances et les compétences fondamentales qui peuvent être renforcées et augmentées dans les milieux de soins ou cliniques.

Le contenu du curriculum axé sur les soins à offrir aux personnes âgées est particulièrement important, étant donné la proportion accrue de personnes âgées qui sont soignées dans l'ensemble des milieux de soins de santé. Le comité d'experts souligne que le contenu axé sur les soins à offrir aux personnes âgées en général, et sur le délire, la démence et la dépression en particulier, n'occupe qu'une place minimale dans bon nombre de programmes de formation sur les soins de santé.

Même si le contenu éducatif doit être personnalisé pour s'intégrer dans le cadre de pratique du fournisseur de soins de santé, il doit inclure, au minimum, ce qui suit :

- les changements normaux associés au vieillissement comparativement aux signes et symptômes qui indiquent une maladie ou un problème de santé;
- le délire, la démence et la dépression;
- les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille
- la collaboration avec l'équipe interprofessionnelle;
- les stratégies de communication;
- les évaluations;
- les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques fondées sur des données probantes pour les personnes âgées atteintes de délire, de démence et/ou de dépression.

En outre, les occasions de formation dans le cadre d'une pratique devraient permettre la prestation de soins significatifs et directs aux personnes âgées. Selon le cadre de pratique du fournisseur de soins de santé, le comité d'experts suggèrent que l'on fournisse aux étudiants des occasions d'offrir de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, par exemple en personnalisant les interventions pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leur famille. Référez-vous à la LDPE de l'AIIAO (2016) *Practice Education in Nursing* pour de l'information concernant comment structurer des expériences d'éducation de pratique appropriées.

#### RECOMMANDATION 14.2 :

Les organismes offrent aux infirmières, et autres fournisseurs de soins, une occasion de soigner les personnes âgées souffrant de délire, démence et dépression avec des compétences accrues. Les séances d'orientation des nouveaux employés et des étudiants doivent fournir du contenu éducatif pertinent, et ce même contenu doit être offert par l'entremise de cours de mise à jour et d'occasions de perfectionnement professionnel.

Niveau de preuve = Ia et V

### Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé nécessitent une éducation continue pour former et maintenir leurs connaissances et compétences cliniques, et pour encourager les attitudes nécessaires pour prendre soin efficacement des adultes plus âgés souffrant de délire, démence et dépression (AGS, 2014; CCSMPA, 2010; Development Group, 2010). Cette démarche est importante parce que le délire, la démence et la dépression sont des problèmes de santé complexes. Par exemple, les fournisseurs de soins de santé ont de la misère à distinguer entre le délire et la démence, et à gérer certains des symptômes d'humeur et de comportement associés à la démence (Brody et Galvin, 2013; Yanamadala, Wieland et Hefflin, 2013). Pour répondre à ces questions complexes, des sessions de mise à jour ou de rappel sont recommandées (AGS, 2014, 2015; Eggenberger et coll., 2013). En d'autres termes, il est peu probable que les programmes de formation ponctuels soient efficaces.

Pour établir des compétences, la formation doit s'appuyer sur un curriculum (ou dans certains cas, compenser une lacune à cet égard) offert dans un programme collégial ou universitaire, et l'apprentissage doit être renforcé avec le temps. En conséquence, le comité d'experts recommande d'offrir la formation sur le délire, la démence et la dépression durant les séances d'orientation des nouveaux employés et des étudiants qui font un stage clinique, et de façon continue par des cours de mise à jour et des occasions de perfectionnement professionnel afin d'améliorer les compétences et de promouvoir la confiance dans la prestation des soins.

Un éventail de contenus est recommandé pour la formation du fournisseur de soins de santé. Voici un résumé des contenus associés à des disciplines clés citées dans les examens de documents liés à la formation du fournisseur de soins de santé, et dans les recommandations du comité d'experts. Le tableau 7 donne un aperçu du contenu éducatif dans la documentation et les lignes directrices cliniques.

Les ressources pour prendre en charge cette recommandations comprennent les cadres de travail des compétences applicables à la région et à la portée de la pratique (p. ex., les *Normes de pratique et compétences en soins infirmiers en gérontologie* de l'Association canadienne des soins infirmiers en gérontologie), et la LDPE de l'AIIAO (2016) *Practice Education in Nursing*.

#### Contenu éducatif recommandé par la documentation

La documentation soutient la formation axée sur les compétences en communication, les SCPD et les soins centrés sur les besoins de la personne. Les résultats obtenus par un examen systématique de qualité moyenne indiquent que la formation dans le domaine des compétences en communication, offerte à ceux qui travaillent avec des personnes atteintes de démence (au sein de divers milieux institutionnels et de soins à domicile), améliore la qualité de vie et le bien-être des personnes atteintes de démence et augmente

les interactions positives. La formation en compétences de communication a aussi une influence positive sur les connaissances, compétences et attitudes du fournisseur de soins de santé (Eggenberger et coll., 2013). La formation sur le sujet du SCPD a, en général, montré des résultats positifs dans deux révisions systématiques (Reis, Dalpai et Camozzato, 2013; Spector et coll., 2013), et la formation centrée sur la personne a trouvé réduire l'agitation et le besoin d'antipsychotiques pour les personnes souffrant de démence (Fossey et coll., 2014).

La documentation indique que la formation doit être axée non seulement sur l'augmentation des connaissances dans le contenu, mais aussi sur les attitudes et les pratiques qui favorisent les soins offerts aux personnes atteintes de délire, de démence et de dépression. Par exemple, une méta-synthèse et une révision systématique classées modérées indiquent que l'éducation doit aider les fournisseurs de soins de santé à valoriser et à apprécier les interventions psychosociales et non pharmacologiques, comprendre les bénéfices de ces interventions et répondre aux peurs des étudiants (Lawrence et coll., 2012). L'éducation doit aussi promouvoir la valeur des pratiques de soins centrées sur la personne qui la respectent et la valorisent, et fournissent des occasions d'expression de soi (Lawrence et coll., 2012). En outre, Elliott, Scott, Stirling, Martin et Robinson (2012) ont indiqué que la formation doit aborder les questions relatives aux milieux de travail sains, comme la gestion du stress et le bien-être psychologique des fournisseurs de soins de santé.

### Contenu éducatif recommandé par le comité d'experts

#### Outils de dépistage et d'évaluation

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé reçoivent une formation adéquate sur l'utilisation précise des outils de dépistage et d'évaluation. La formation doit insister sur le fait que ces outils ne représentent qu'un aspect des soins et qu'il ne faut les utiliser que comme ajout au jugement clinique, et que le dépistage est effectué dans le contexte d'une intervention et d'un suivi supplémentaires. En outre, les fournisseurs de soins de santé doivent apprendre à effectuer des dépistages et des évaluations en faisant preuve de sensibilité à l'égard des effets possibles des stigmates, des croyances culturelles ou des craintes d'une personne relativement au délire, à la démence ou à la dépression. Le comité d'experts suggère que les fournisseurs de soins apprennent ce qu'ils doivent faire avant de démarrer les processus de dépistage et d'évaluation, c'est-à-dire expliquer à la personne soignée ce qu'ils font et pourquoi ils le font, obtenir son consentement et procéder d'une manière qui favorise sa compréhension et sa dignité.

#### Autogestion et sécurité pour le fournisseur de soins de santé

Le comité d'experts recommande que les programmes éducatifs reconnaissent l'importance de l'autogestion pour les fournisseurs de soins de santé, étant donné les défis que représentent les soins offerts aux personnes atteintes de délire, de démence et/ou de dépression (p. ex., des problèmes tels que le stress professionnel et l'épuisement). Il est aussi important de reconnaître les préoccupations potentielles en matière de sécurité des fournisseurs de soins de santé, qui offrent des soins aux personnes dont le comportement physique pourrait constituer un risque de blessure chez ces fournisseurs. Pour plus d'informations, voir les LDPE sur les milieux de travail sains de l'AIIO (disponibles à [www.RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines](http://www.RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines)) et les conseils de désescalade dans la LDPE de l'AIIO (2012a) *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*.

**Tableau 7 : Thèmes suggérés pour les programmes de formation à l'intention des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé**

CONTENU GÉNÉRAL RECOMMANDÉ	RÉFÉRENCES
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vieillesse normale</li> <li>■ Maladies de la vieillesse</li> <li>■ Comment effectuer une évaluation complète avec une personne âgée et sa famille*</li> <li>■ Contenu de base et principes directeurs, y compris :                         <ul style="list-style-type: none"> <li>□ soins axés sur les besoins de la personne et de la famille</li> <li>□ reconnaissance et renforcement des points forts</li> <li>□ mobilisation des familles</li> <li>□ transitions des soinsG (y compris la coordination des soins dans les établissements de soins de santé)*</li> <li>□ relations thérapeutiques et pratique relationnelle*</li> <li>□ stratégies de communication</li> <li>□ collaboration interprofessionnelle</li> </ul> </li> <li>■ Autogestion et sécurité pour les fournisseurs de soins de santé*</li> <li>■ Pratiques réfléchissantesG pour les fournisseurs de soins de santé*</li> </ul>	<p>Elliott et coll., 2012; Fossey et coll., 2014; Lawrence et coll., 2012; AIIAO, 2010a, 2010b</p>
CONTENU APPLICABLE AU DÉLIRE, À LA DÉMENCE ET À LA DÉPRESSION	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Contexte                         <ul style="list-style-type: none"> <li>□ épidémiologie</li> <li>□ pathophysiologie</li> <li>□ types de délire, de démence et de dépression</li> <li>□ impact du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées et leur famille</li> </ul> </li> <li>■ Signes et symptômes du délire, de la démence et de la dépression, et chevauchement des caractéristiques cliniques de ces trois problèmes de santé</li> <li>■ Utilisation avec précision des outils de dépistage et d'évaluation</li> <li>■ Exécution de processus de dépistage et d'évaluation en faisant preuve de jugement clinique et de sensibilité à l'égard des besoins et des préférences de la personne soignée*</li> <li>■ Présentation atypique chez les personnes âgées (p. ex., signes somatiques de la dépression)*</li> <li>■ Analyses ou procédures diagnostiques communes</li> <li>■ Processus de documentation et d'aiguillage</li> <li>■ Stratégies de prise en charge                         <ul style="list-style-type: none"> <li>□ types et avantages des approches non pharmacologiques et des interventions psychosociales</li> <li>□ interventions pharmacologiques : avantages, risques de dommages et précautions à prendre relativement à l'utilisation de médicaments</li> </ul> </li> <li>■ Solutions de rechange à l'utilisation de contentions*</li> <li>■ Ressources, soutiens et services locaux</li> <li>■ S'attaquer aux attitudes et aux stigmates personnels, et bâtir une compétence culturelle*</li> <li>■ Interventions éducatives et de soutien pour la famille et les aidants naturels</li> </ul>	<p>CCSMPA, 2010; Development Group, 2010; Giebel et coll., 2015; Lawrence et coll., 2012; AIIAO, 2010a, 2010b</p>

Le tableau se poursuit à la page suivante.

CONTENU SUPPLÉMENTAIRE - DÉLIRE	RÉFÉRENCES
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Facteurs prédisposants et précipitants pour le délire</li> <li>■ Urgence (le délire est une urgence médicale)</li> <li>■ Stratégies pour prévenir le délire*</li> </ul>	CCSMPA, 2010
CONTENU SUPPLÉMENTAIRE—DÉMENCE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Connaissance et compréhension des SCPD et raisons possibles pour les comportements manifestés</li> <li>■ Stratégies pour prendre en charge les SCPD ou y réagir</li> <li>■ Aspects éthiques et juridiques relatifs à la démence (p. ex., violence envers les aînés, planification préalable des soins, capacité mentale)</li> <li>■ Évaluation et prise en charge de la douleur (contexte non verbal)</li> <li>■ Stratégies pour préserver les capacités et retarder le déclin</li> <li>■ Stratégies de communication pour les personnes atteintes de démence</li> </ul>	Development Group, 2010; Eggenberger et coll., 2013; Enmarker et coll., 2011; Konno et coll., 2013; Livingston et coll., 2014; Pieper et coll., 2013; AIIAO, 2010a
CONTENU SUPPLÉMENTAIRE—DÉPRESSION	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Signes et symptômes de dépression propres aux personnes âgées</li> <li>■ Importance du dépistage pour le risque de suicide                             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ détection précoce</li> <li>□ aiguillage immédiat vers la consultation</li> <li>□ comment poser des questions sur le suicide*</li> </ul> </li> <li>■ Le rétablissement des personnes atteintes de dépression est possible.*</li> </ul>	Dreizler et coll., 2014; O'Connor et coll., 2009; AIIAO, 2010a

Remarque : Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*).

### RECOMMANDATION 14.3 :

Concevoir des programmes de formation dynamiques et fondés sur les données probantes au sujet du délire, de la démence et de la dépression afin d'appuyer le transfert des connaissances et des compétences vers le milieu de pratique. Lesdits programmes doivent avoir les caractéristiques suivantes :

- être interactifs et multimodaux (niveau de preuve = Ia);
- être interprofessionnels (niveau de preuve = Ia);
- être adaptés de façon à combler les besoins des apprenants (niveau de preuve = V);
- être renforcés par des stratégies et des outils au point de service (niveau de preuve = Ia);
- être appuyés par des champions formés ou par des experts cliniques (niveau de preuve = Ia).

## Discussion sur les données probantes :

La révision systématique menée pour cette Ligne directrice a trouvé un nombre limité de d'études importantes soulignant quelles interventions éducatives soutiennent le mieux l'acquisition de connaissances et de compétences requises pour prendre soin efficacement des adultes âgés souffrant de délire, démence ou dépression (Beeber, Zimmerman, Fletcher, Mitchell et Gould, 2010; Elliott et coll., 2012; Rampatige, Dunt, Doyle, Day et van Dort, 2009). Plusieurs révisions montrent une certaine augmentation des connaissances ou de la confiance, mais le lien entre ces améliorations et ces changements de pratique menant à des résultats cliniques améliorés ou des résultats à plus long terme n'est pas clair (Beeber et coll., 2010; Brody et Galvin, 2013; Sockalingam et coll., 2014; Yanamadala et coll., 2013).

Une révision systématique modérément classée a trouvé que seulement 2 % des manuels de formation pour les soins de personnes souffrant de démence étaient basés sur la preuve (Fossey et coll., 2014). Même si cette étude n'était axée que sur la formation en matière de soins à offrir aux personnes atteintes de démence, elle soulève la question de l'importance de s'assurer que les programmes de formation s'harmonisent avec les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

Ci-dessous se trouve une discussion des données probantes soutenant la valeur des programmes éducatifs qui sont interactifs et multimodaux, interprofessionnels, adaptés aux besoins de l'étudiant, renforcés au point des soins et pris en charge par des experts cliniciens ou des champions formés<sup>G</sup>.

### Approches interactives et multimodales

Les programmes éducatifs qui sont interactifs et multimodaux semblent améliorer l'apprentissage (Perry et coll., 2011; Rampatige et coll., 2009; Yanamadala et coll., 2013). L'éducation doit être basée sur les principes de l'apprentissage adulte (CCSMPA, 2010) et doit engager activement l'étudiant (Perry et coll., 2011). Des exemples d'approches interactives et multimodales notées dans la documentation comprennent la discussion basée sur le cas, les ateliers de travail basés sur la pratique, les jeux de rôle, les vignettes, les vidéos et la discussion en petit groupe (AGS, 2014; Chien et coll., 2011; Lawrence et coll., 2012; Yanamadala et coll., 2013). Selon les éducateurs du comité d'experts, les jeux et les activités de simulation peuvent aussi soutenir l'application des connaissances.

### Formation interprofessionnelle

En général, l'éducation interprofessionnelle comme stratégie pour l'avancement des connaissances sur le délire, la démence et la dépression est soutenue dans la documentation (Blackburn et Bradshaw, 2014; Brody et Galvin, 2013; Sockalingam et coll., 2014). Les programmes éducatifs interprofessionnels peuvent être définis comme des programmes qui « favorisent l'apprentissage interactif entre les individus et les groupes dans deux professions ou plus avec l'objectif d'améliorer la collaboration et la qualité des soins » (Sockalingam et coll., 2014, p. 34). Par contre, une révision systématique des essais contrôlés aléatoirement indique que l'éducation interprofessionnelle seule ne suffit pas; elle doit être jumelée avec des activités cliniques interprofessionnelles et un engagement au niveau de l'organisation envers les approches interprofessionnelles (Sockalingam et coll., 2014) (voir la **Recommandation 15.1**).

Les pratiques de collaboration interprofessionnelle et de formation complète au sein d'une organisation ont le potentiel d'améliorer les performances et la collaboration des équipes, améliorer la qualité des soins et réduire les taux de personnes souffrant de délire (Sockalingam et coll., 2014). Blackburn et Bradshaw (2014) ont trouvé que les équipes interprofessionnelles sont les *normes de soins en* pour la démence.

### Personnalisation de la formation pour répondre aux besoins des apprenants

Les sessions d'éducation doivent aussi être adaptées pour répondre aux besoins des étudiants (AGS, 2014; CCSMPA, 2010; Eggenberger et coll., 2013). Le comité d'experts suggère d'élaborer le contenu en fonction de la variabilité des compétences, et de l'adapter en tenant compte des connaissances de base, du niveau de formation, des compétences et du cadre de pratique de l'apprenant. En outre, les séances de formation doivent être flexibles en prenant en considération la réalité du milieu de travail, et offertes à un endroit qui convient à l'apprenant. Les sessions d'apprentissage de suivi individuel sont également utiles car la rétroaction peut être adaptée à l'individu, améliorant ainsi l'apprentissage (Eggenberger et coll., 2013).

### **Renforcer l'apprentissage à l'aide d'outils, de ressources ainsi que de champions formés ou d'experts cliniques**

Les programmes éducatifs sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés avec des stratégies qui renforcent et soutiennent l'apprentissage (Eggenberger et coll., 2013). Cela comprend l'utilisation de cheminements cliniques, d'outils d'évaluation, de cartes de poche et de feuilles de conseils (AGS, 2014; Yanamadala et coll., 2013). La rétroaction au point des soins—par exemple, les sessions de mentorat et d'enseignement au chevet pour identifier le délire hypoactif—soutient l'apprentissage (AGS, 2014; Eggenberger et coll., 2013). Les champions et les experts cliniques aident les fournisseurs de soins de santé à maintenir de nouvelles habiletés et à renforcer les pratiques exemplaires (AGS, 2014; Eggenberger et coll., 2013; Yanamadala et coll., 2013).

Mêmes si les résultats de l'examen systématique ne couvrent pas tous les besoins en formation des fournisseurs de soins de santé, ou en matière de délire, de démence et de dépression dans tous les milieux de soins, le comité d'experts croit que la prestation de programmes de formation personnalisés, interactifs et multimodaux à des groupes interprofessionnels, renforcés par des outils ainsi qu'un personnel bien informé, représente une excellente approche de formation dont l'efficacité a été démontrée dans la pratique. En conséquence, le comité d'experts recommande que ces principes soient appliqués au sein de tous les milieux de soins, et à ces trois problèmes de santé en particulier. Dans des milieux où il n'y a pas de mentors officiels (p. ex., des éducateurs cliniques), l'organisme peut former des champions informels pour leur permettre d'agir à titre de mentors de pair à pair afin de renforcer l'apprentissage continu au point d'intervention.

En résumé, le comité d'experts propose que les programmes de formation soient conçus de façon à accroître les connaissances et les compétences qui peuvent être converties en changements apportés à la pratique. Il n'est pas suffisant d'assister à une conférence ou d'exiger que tous les fournisseurs de soins de santé suivent un cours en ligne pour qu'il soit possible de bâtir une capacité et d'acquérir les compétences permettant de soigner efficacement les personnes qui présentent des problèmes complexes comme le délire, la démence et la dépression. Les fournisseurs de soins de santé doivent acquérir des compétences avec le temps et avoir l'occasion de les appliquer à leur pratique dans le contexte de la prestation de soins interprofessionnel avec le soutien de personnes possédant des connaissances avancées.

Pour en savoir plus et obtenir d'autres ressources sur la prestation d'une formation orientée vers la pratique de qualité, veuillez consulter la *LDPE Practice Education in Nursing* de l'AIIAO (2016).

#### RECOMMANDATION 14.4 :

Évaluer les programmes de formation sur le délire, la démence et la dépression en vue de déterminer s'ils permettent d'obtenir les résultats désirés, par exemple en transformant la pratique ou en améliorant les résultats en santé. Améliorer les programmes au besoin.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Les programmes de formation sur le délire, la démence et la dépression doivent être évalués afin de déterminer s'ils répondent aux résultats souhaités. À ce jour, quelques études d'évaluation rapportent les résultats des programmes éducatifs (Beeber et coll., 2010; Brody et Galvin, 2013; Sockalingam et coll., 2014; Yanamadala et coll., 2013). Le comité d'experts souligne que, même si la satisfaction des participants et les connaissances du personnel sont importantes, les programmes de formation doivent viser à influencer les résultats de l'apprentissage à un plus haut niveau, et à examiner la mesure dans laquelle la formation apporte des changements au comportement des fournisseurs de soins et à leurs résultats en santé. En outre, les programmes de formation doivent être modifiés ou restructurés, au besoin, pour s'assurer qu'ils permettent de bâtir des compétences et de changer la pratique de façon durable.

Les ressources pour soutenir cette recommandation comprennent la section sur l'évaluation et la surveillance de cette ligne directrice, qui fournit la structure, le processus et les indicateurs de résultat; et le document de l'AIIAO (2012b) intitulé *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires*.



# Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

## 15.0 ÉTABLISSEMENT ET RÈGLEMENTS

### RECOMMANDATION 15.1 :

Les organismes font preuve de leadership et demeurent engagés face aux principes fondateurs des soins aux personnes âgées atteintes de délire, de démence ou de dépression, y compris :

- les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (niveau de preuve = Ia);
- les soins collaboratifs et interprofessionnels (niveau de preuve = Ia);
- les milieux de travail sains (niveau de preuve = V).

### Discussion sur les données probantes :

Des données probantes uniformes soutiennent la recommandation selon laquelle les soins offerts aux personnes atteintes de délire, de démence et de dépression exigent des principes axés sur les besoins de la personne et de la famille ainsi que des soins collaboratifs et interprofessionnels. On présente ci-dessous une discussion sur les données probantes pour soutenir chaque concept.

#### Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille

Les soins centrés sur la personne et la famille sont soulignés dans la documentation pour le délire, la démence et la dépression comme une stratégie importante et efficace pour soutenir les personnes souffrant de ces conditions (Cabrera et coll., 2015; Enmarker et coll., 2011; Konno et coll., 2013; Lawrence et coll., 2012; Livingston et coll., 2014; NICE, 2009, 2010; Spenceley et coll., 2015). Par exemple, ces approches sont importantes lors de l'engagement des familles dans les processus d'évaluation (Inouye et coll., 2014; NICE, 2009) et lors du développement de plans de soins individualisés.

Les soins centrés sur la personne et la famille est un vaste concept qui englobe divers principes, attitudes, comportements et approches envers les soins (AIIAO, 2015b). Les thèmes globaux soulignés dans le LDPE de l'AIIAO (2015b) *Soins centrés sur la personne et la famille* sont cohérentes avec la documentation sur le délire, démence et dépression. Notamment :

1. établir une relation thérapeutique pour établir un véritable partenariat, une continuité de soins et une prise de décision partagée;
2. Soins respectueux de la personne, qui sont organisés autour d'elle
3. connaître la personne complètement (soins holistiques); et
4. Communication, collaboration et engagement

Voir l'**Annexe A** pour la définition de soins centrés sur la personne et la famille, et la LDPE *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* de l'AIIAO (2015b) (jusqu'à 'pour une...') en respectant le format de la source.

Adopter des approches de soins centrées sur la personne et la famille prend du temps pour planifier et coordonner, spécialement pour les personnes souffrant de démence (Konno et coll., 2013; Lawrence et coll., 2012). De plus, adopter une approche centrée sur la personne et la famille nécessite de la formation, du personnel adéquat, de la supervision et du soutien organisationnel (Beeber et coll., 2010; Eggenberger et coll., 2013; Fossey et coll., 2014; Lawrence et coll., 2012; Livingston et coll., 2014; Seitz et coll., 2012; Spector et coll., 2013). Même si le besoin de soutien organisationnel pour la prestation de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille est surtout cité dans la documentation sur la démence, le comité d'experts souligne qu'il s'agit d'un principe de base pour le délire et la dépression également, et qu'il est applicable à tous les types d'organismes de soins de santé.

### Soins collaboratifs et interprofessionnels

Les soins collaboratifs et interprofessionnels sont aussi constamment recommandés pour les soins de personnes souffrant de délire, démence et dépression (Brody et Galvin, 2013; Chang-Quan et coll., 2009; Cody et Drysdale, 2013; Dreizler et coll., 2014; Nguyen et Vu, 2013; NICE, 2009, 2012b; O'Connor et coll., 2009; Sockalingam et coll., 2014; Spenceley et coll., 2015; Thyrian, Wubbelier et Hoffmann, 2013; Trangle et coll., 2016). Par exemple, la collaboration interprofessionnelle peut réduire les taux de délire, comme trouvé dans un examen systématique modérément classé (Sockalingam et coll., 2014). Il a également été trouvé que promouvoir des soins de qualité pour les personnes souffrant de démence (Brody et Galvin, 2013; Dreizler et coll., 2014), et améliorer l'efficacité du traitement de la dépression (Chang-Quan et coll., 2009), particulièrement parmi les personnes souffrant de problèmes de dépression complexe et de santé chroniques (NICE, 2009).

### Milieus de travail sains

Il est bien établi que le stress et épuisement professionnel ont un effet négatif sur les soins (Elliott et coll., 2012). Le comité d'experts recommande que les organisations démontrent du leadership et un engagement pour promouvoir des environnements de travail sains<sup>6</sup>. Cette recommandation inclut le fait de veiller au bien-être du personnel et de s'assurer que les charges de travail et la dotation sont à des niveaux appropriés.

La promotion des milieux de travail sains a été recommandée dans la LDPE *Stratégies de soins pour les adultes plus âgés atteints de délire, de démence ou de dépression de l'AIIAO* (2010a). La Ligne directrice suggère que les organisations reconnaissent que le bien-être des fournisseurs de soins de santé est vital pour les soins des adultes âgés souffrant de délire, démence et dépression (AIIAO, 2010a). De plus, pour soutenir les besoins complexes des personnes souffrant de délire, démence et dépression, la charge de travail et les décisions concernant le personnel disponible doivent considérer le niveau de complexité des besoins de la population et l'expertise requise (Conn et coll., 2014; AIIAO, 2010a). Pour de l'information et des lignes directrices en profondeur sur milieux de travail sains, voir les lignes directrices sur les milieux de travail sains de l'AIIAO à <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/hwe-guidelines>.

### Démonstration de principes par le leadership et l'engagement

Les organismes peuvent démontrer de diverses façons du leadership et un engagement à l'égard des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, des soins interprofessionnels collaboratifs, et des milieux de travail sains. Par exemple, les organismes peuvent s'assurer que les principes relatifs aux soins axés sur les besoins de la personne et de la famille sont intégrés à leur mission et à leur vision, que des ressources sont consacrées à la formation et au renforcement des compétences, que les résultats sont mesurés et suivis (AIIAO, 2015b). Pour en savoir plus, veuillez consulter la Trousse : *Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO* (2012b), ainsi que les indicateurs d'évaluation et de surveillance de la mise en œuvre de cette ligne directrice (voir la section intitulée Évaluation et surveillance de cette ligne directrice).

#### RECOMMANDATION 15.2 :

Les organismes choisissent des outils validés de dépistage et d'évaluation du délire, de la démence et de la dépression qui conviennent au groupe de population et au milieu de soins, et assurent formation et infrastructure pour permettre leur utilisation.

Niveau de preuve = V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande aux organismes de déterminer les outils de dépistage et d'évaluation qui devraient être utilisés dans leur(s) milieu(x) clinique(s). C'est important parce que, bien qu'une variété d'outils sont disponibles, plusieurs ne sont pas universellement appropriés (Clevenger et coll., 2012; Jackson et coll., 2013; Lischka et coll., 2012). Il est important d'utiliser les outils qui démontrent la fiabilité<sup>6</sup> et la validité pour la population et les établissements cliniques (Trangle et coll., 2016). Par exemple, les organisations doivent déterminer quels outils doivent être utilisés si un adulte âgé est incapable de participer totalement dans le processus d'évaluation (Conn et coll., 2015; AIIAO, 2010a).

Des versions d'outils appropriés sur le plan culturel doivent être utilisés chaque fois que cela est possible. S'il existe des obstacles sur le plan de la langue, le comité recommande le recours aux services de traducteurs professionnels. Les autres considérations pour la sélection d'outils comprennent le contexte de l'établissement clinique, le temps et les ressources disponibles, et les compétences cliniques du personnel (Conn et coll., 2015; Groupe de développement, 2010; NICE, 2009; AIIIO, 2010a; Trangle et coll., 2016; U.S. Preventative Services Task Force, 2014). Preventative Services Task Force, 2014).

Pour optimiser la mise en œuvre des outils de dépistage et d'évaluation, les organismes doivent s'assurer que le personnel reçoit une formation appropriée (voir les **recommandations 14.2 et 14.3**), et que l'infrastructure de soutien (p. ex., les systèmes de documentation et de surveillance) est en place. Pour en savoir plus, veuillez consulter la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* de AIIAO (2012b). Pour la liste des outils de dépistage, consultez l'**Annexe H**.

### RECOMMANDATION 15.3 :

Les organismes mettent en œuvre des programmes exhaustifs à plusieurs volets donnés par des équipes collaboratives pour le délire, la démence et la dépression (niveau de preuve = Ia).

Ces programmes doivent être appuyés par :

- des programmes de formation exhaustifs (niveau de preuve = V),
- des experts cliniques et des champions (niveau de preuve = Ia);
- des processus organisationnels harmonisés avec les pratiques exemplaires (niveau de preuve = V).

## Discussion sur les données probantes :

Des programmes complets à plusieurs volets ont été recommandés dans la documentation et les lignes directrices cliniques comme moyen pour aborder efficacement le délire, la démence et la dépression. Pour les personnes à risque de souffrir de délire, cela comprend la prestation de stratégies de prévention par une équipe interprofessionnelle tout au long de l'hospitalisation (AGS, 2014; Khan et coll., 2012; Martinez et coll., 2015). Par exemple, le Programme de vie des aînés de l'hôpital (HELP), souligné par une méta-analyse et une révision de la documentation, est un programme complet qui utilise une équipe interprofessionnelle et des volontaires formés pour mettre en œuvre des interventions à composants multiples pour prévenir le délire et le déclin fonctionnel (Hshieh et coll., 2015; Inouye et coll., 2014).

En ce qui concerne les soins à offrir aux personnes atteintes de démence, la documentation souligne l'importance de déterminer les besoins et d'élaborer des plans de soins personnalisés qui incluent une vaste gamme d'interventions non pharmacologiques pour soulager les symptômes comportementaux et psychologiques (voir la **Recommandation 7.1**).

Pour le secteur des soins primaires, les programmes complets pour la gestion de la dépression comprennent les protocoles de traitement, l'éducation du patient, la formation de tout le personnel de bureau et arranger les références et les soins de suivi suite à la visite (O'Connor et coll., 2009).

Plusieurs facteurs permettent une prestation réussie des programmes complets à plusieurs volets, relatifs au délire, à la démence et à la dépression. Premièrement, les fournisseurs de soins de santé doivent être adéquatement formés pour mettre en œuvre les programmes, et leur formation doit être renforcé au fil du temps avec le soutien des experts et des champions (voir **recommandations 14.2 et 14.3**). Deuxièmement, certains aspects des programmes peuvent devoir être livrés par des personnes avec une formation spécialisée (p.ex., musicothérapie, thérapies pour la réminiscence et la dépression) (Housden, 2009; Livingston et coll., 2014; NICE, 2012b).

Le leadership et l'engagement au niveau organisationnel sont importants afin de soutenir la mise en œuvre de ces programmes (voir la **Recommandation 15.1**), et d'avoir des procédures, processus et ressources spécifiques en place peut faciliter une mise en œuvre cohérente. Les exemples comprennent la disponibilité de manuels pour les directeurs et le personnel qui soulignent les pratiques exemplaires (Livingston et coll., 2014), les processus de dépistage intégrés dans les processus de documentation électronique (AIAOO, 2010a), et les chemins de soins et modèles d'ordonnance.

#### RECOMMANDATION 15.4 :

Établir des processus au sein des organismes afin d'assurer la communication et la coordination de renseignements pertinents et de la planification des soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence ou de dépression tout au long du traitement et des transitions des soins.

Niveau de preuve = Ia et V

### Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande aux organismes d'établir des processus pour communiquer et coordonner les soins offerts aux personnes atteintes de délire, de démence et de dépression à l'intérieur d'un milieu de soins et dans l'ensemble de ces milieux. Cela comprend « les processus appropriés pour transférer l'information (p. ex., références appropriées, communication, documentation, politiques qui prennent en charge les méthodes formelles de transfert de l'information, et le réseautage entre les fournisseurs de soins de santé » (AIAOO, 2010a, p. 13).

La communication et la coordination des soins sont nécessaires entre les fournisseurs de soins dans des milieux de soins individuels étant donné que les soins sont offerts dans différents milieux tout au long de l'évolution de la maladie. La communication et la coordination sont particulièrement importantes afin de maintenir une cohérence avec des interventions personnalisées et sur mesure (Lawrence et coll., 2012), et pour la sécurité (Kuske et coll., 2014). La LDPE de l'AIIAO (2014b) *Transitions des soins* souligne diverses stratégies pour maintenir des soins sécuritaires, efficaces et coordonnés.

La gestion de cas<sup>6</sup> et la réunion de tous les intéressés sont deux stratégies identifiées dans la documentation pour communiquer et coordonner les soins pour les personnes souffrant de démence. Pour les soins de personnes souffrant de démence, la gestion de cas peut aider à répondre aux changements au niveau de la santé et social, peut offrir un soutien complet et peut améliorer la prestation des interventions à plusieurs composants (Zabalegui et coll., 2014). D'autres bénéfices potentiels comprennent une réduction de fardeau du soignant et une institutionnalisation réduite (Reilly et coll., 2015; Zabalegui et coll., 2014). La preuve de la révision systématique suggère que la gestion de cas peut être plus réussie si la charge de cas est raisonnable, si les rôles sont clairement articulés dans l'équipe interprofessionnelle, si elle est réservée pour les personnes avec des symptômes évidents de démence (Khanassov, Vedel et Pluye, 2014), et s'il y a une intégration entre les professionnels de la santé et sociaux (Somme et coll., 2012).

Deux révisions ont discuté de la réunion de tous les intéressés, où les fournisseurs de soins de santé et les partenaires en soins se rencontrent pour discuter et développer un plan de soins centré sur la personne (Phillips, West, Davidson et Agar, 2013). Reuther et coll. (2012) ont découvert que les données probantes relatives aux résultats de la conférence sur le cas n'ont pas été bien démontrées. Cependant, Phillips et coll. (2013) ont souligné plusieurs avantages potentiels pour les personnes atteintes de démence avancée, qui résident dans un milieu de soins de longue durée. Ces avantages comprennent une communication, une coordination et planification des soins, la participation de la famille et de l'équipe de soins de santé, ainsi que la prévention d'une hospitalisation inutile ou l'amélioration des transitions de soins si un séjour à l'hôpital est nécessaire. Selon le comité d'experts, la conférence sur le cas peut être utile dans d'autres milieux également.

## Lacunes de la recherche et conséquences futures

En examinant les données probantes de cette ligne directrice, le groupe d'experts et l'équipe du programme de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont déterminé les domaines prioritaires de recherche énoncés au tableau 9. Ils sont classés dans la recherche sur la pratique, les résultats et le système de santé.

**Tableau 9. Secteurs de recherche prioritaires : pratiques, résultats et système de santé**

CATÉGORIE	SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<b>Recherche sur les pratiques</b>	Stratégies efficaces pour l'évaluation et la prise en charge de personnes souffrant du délire dans les établissements de soins à domicile
	L'efficacité des interventions non pharmacologiques pour le délire actif
	Stratégies efficaces pour l'évaluation et la prise en charge du délire dans les milieux de soins d'urgence
	Prise en charge efficace de comportements sexualisés, ou qui ne sont plus inhibés sur le plan sexuel, présentés par des personnes atteintes de démence, et réactions appropriées à de tels comportements
	Études comparatives qui examinent si les personnes doivent être soumises ou non à un dépistage routinier de la dépression, et dans quels milieux de soins de santé ce dépistage doit avoir lieu
	Compétences de base fondées sur des données probantes pour la formation sur le délire, la démence et la dépression
<b>Recherche sur les résultats</b>	Efficacité des programmes de formation sur le délire, la démence et la dépression, qui mènent à des changements pour améliorer la pratique.
	Faisabilité des programmes de formation ou d'éducation permanente sur le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées, à l'intention des infirmières et des fournisseurs de soins de santé
	Résultats de stratégies utilisées pour soutenir les organismes de soins de santé leur permettant de mettre en œuvre des programmes à plusieurs volets dans le but de soigner le délire, la démence et la dépression
	Résultats de la mise en œuvre par des établissements d'enseignement de contenu sur le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées
<b>Recherche sur le système de santé</b>	Études d'évaluation de programmes d'intervention particuliers, offerts dans les organismes de soins de santé pour soigner le délire, la démence et la dépression
	Études comparatives sur des stratégies de mise en œuvre efficaces des politiques organisationnelles qui font la promotion du leadership dans les soins pour le délire, la démence et la dépression

Même s'il n'est pas exhaustif, le tableau ci-dessus constitue une tentative pour déterminer les projets de recherche nécessaires en matière de délire, de démence et de dépression chez les personnes âgées, et d'établir une liste de priorités relative à ces projets. Bon nombre de recommandations dans cette ligne directrice sont fondées sur des données probantes quantitatives et qualitatives de recherche, tandis que d'autres s'appuient sur des lignes directrices cliniques différentes ou l'opinion du comité d'experts de l'AIIAO. Des recherches substantielles supplémentaires doivent être effectuées pour valider certaines de ces recommandations. L'augmentation du nombre de données probantes obtenues par la recherche mènera à l'amélioration des soins offerts aux personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.

## Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent s'adapter à chaque milieu de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations correspondent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et Hoek, 2013). *La Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO* (2012b) offre un processus éclairé par des données probantes dans ce but (voir l'**Annexe L**).

*La Trousse* repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les chefs de file à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice.
- La sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique.
- Les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont repérés et participent à la mise en œuvre
- L'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué.
- La ligne directrice est adaptée au contexte local.
- Les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités.
- Les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées.
- L'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue.
- L'évaluation de l'impact de la ligne directrice est intégrée dans le processus.
- Il existe des ressources adéquates pour réaliser la mise en œuvre sous tous ses aspects.

*La Trousse* utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009) afin de démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances. Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices, pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre de nos lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matières de soins infirmiersMD qui développe la capacité de chaque infirmière à encourager la conscientisation, l'engagement et l'adoption des lignes directrices de pratiques exemplaires;
2. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers<sup>G</sup>, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et tirés des recommandations de pratique des LDPE, qui peuvent être facilement intégrés dans des dossiers médicaux électroniques, mais aussi utilisés dans des milieux basés sur le papier ou hybrides; et
3. La désignation Organisation vedette en pratiques exemplairesMD (OVPEMD), qui soutient la mise en œuvre des meilleures pratiques aux niveaux des systèmes et des organisations. Les OVPEMD se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application. Pour en savoir plus sur nos stratégies de mise en œuvre, veuillez consulter :

- RNAO Best Practice Champions Network<sup>®</sup> : [www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions)
- RNAO Nursing Order Sets: [www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets)
- RNAO Best Practice Spotlight Organizations<sup>®</sup> : [www.RNAO.ca/bpg/bps](http://www.RNAO.ca/bpg/bps)
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : [www.RNAO.ca/events](http://www.RNAO.ca/events)

# Évaluation et surveillance de cette ligne directrice

Lorsque vous mettez en œuvre les recommandations de la ligne directrice, nous vous invitons à songer à un mode de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre et de son impact.

Le tableau 10 est fondé sur un cadre présenté dans la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIO* (2012b), et illustre certains indicateurs précis pour surveiller et évaluer la mise en œuvre de cette ligne directrice.

## Indicateurs de structure, de processus et de résultat

TYPE D'INDICATEUR		
STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Ces indicateurs sont liés aux soutiens et aux ressources nécessaires pour un système de santé, un organisme de services de santé ou un établissement d'enseignement, qui permet de mettre en œuvre avec succès de la <i>Ligne directrice intitulée Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins</i> .	Ces indicateurs déterminent si l'on a mis en œuvre les pratiques exemplaires axées sur l'éducation, la formation et la pratique des professionnels des soins de santé visant à améliorer l'évaluation et les soins de la personne atteinte de délire, de démence et de dépression.	Ces indicateurs évaluent l'impact de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice sur les organismes de soins de santé, les professionnels de la santé et les résultats du client.
	<b>Indicateurs relatifs à l'éducation des fournisseurs de soins de santé, et au processus propre à la formation</b>	<b>Indicateurs relatifs au résultat propre au fournisseur de soins de santé</b>
<p>Création d'un comité au niveau du système, chargé d'examiner les pratiques exemplaires associées à l'évaluation et aux soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression</p> <p>Intégration à l'échelle du système de politiques conformes aux pratiques exemplaires et des recommandations des lignes directrices pour soutenir les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression</p> <p>Les organismes établissent l'évaluation et les soins pour les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression en tant que priorité clinique stratégique.</p> <p>Disponibilité de ressources financières adéquates pour soutenir et mettre en œuvre les recommandations de la ligne directrice.</p> <p>Les organismes adoptent et mettent en œuvre des politiques et des procédures fondées sur des données probantes, qui soutiennent l'évaluation et les soins pour les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p>	<p>Pourcentage d'étudiants qui reçoivent une formation sur le délire, la démence et la dépression dans le cadre d'un programme de premier niveau sur les soins de santé.</p> <p>Pourcentage d'étudiants qui participent à des activités cliniques ou pratique liées aux soins offerts à des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Pourcentage d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé qui assistent à des séances d'orientation, d'éducation permanente ou de formation liées aux soins offerts à des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Pourcentage d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé qui sont soumis à une évaluation du rendement annuelle incluant une appréciation des compétences pour soigner le délire, la démence et la dépression.</p>	<p>Pourcentage de nouveaux diplômés (infirmières et/ou autres fournisseurs de soins de santé) qui indiquent leur satisfaction à l'égard de l'enseignement et de la formation reçus en matière d'évaluation et de soins pour les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Pourcentage de nouveaux diplômés (infirmières et/ou autres fournisseurs de soins de santé) qui démontrent des connaissances et des compétences au niveau de débutant pour l'évaluation et les soins de personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression, en utilisant une approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille.</p> <p>Pourcentage d'infirmières et/ou d'autres fournisseurs de soins de santé, qui signalent une confiance accrue dans l'évaluation et les soins des personnes atteintes de délire, de démence et de dépression, après avoir participé à des programmes de formation organisationnels.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Les programmes organisationnels à l'intention des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression intègrent les principes en matière de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, les soins interprofessionnels collaboratifs et les milieux de travail sains.</p> <p>Disponibilité organisationnelle des ressources en formation pour les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé, associées à l'évaluation et aux soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression avant, durant et après la mise en œuvre de la ligne directrice.</p> <p>Les organismes offrent des activités de perfectionnement professionnel liées à l'évaluation et aux soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression (p. ex., emploi à temps plein, formation/orientation clinique, élaboration de politiques et de procédures, élaboration de formulaires de documentation).</p> <p>Les organismes adoptent et fournissent les protocoles, les normes ou les outils de documentation appropriés qui soutiennent l'évaluation et les soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression, y compris ce qui suit : processus de dépistage et d'évaluation, interventions, aiguillages, planification des soins et évaluation/suivi.</p> <p>Les organismes établissent des processus pour communiquer et coordonner les soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Les unités, les programmes, les services ou les équipes mettent en œuvre les outils appropriés pour soumettre à un dépistage et/ou évaluer les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Les unités, les programmes, les services ou les équipes offrent aux infirmières ainsi qu'aux autres fournisseurs de soins de santé des programmes de formation sur le délire, la démence et la dépression.</p>		

TYPE D'INDICATEUR		
STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé sont soumis à une évaluation du rendement annuelle. Cette évaluation souligne l'importance de la pratique réflexive et du perfectionnement professionnel continu concernant l'évaluation et les soins pour les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Disponibilité des ressources de formation pour les programmes de premier cycle à l'intention des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé, qui respectent les pratiques exemplaires relatives à l'évaluation et aux soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Intégration d'activités cliniques ou pratiques liées à l'évaluation et aux soins des personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression, dans des curriculums de base et interprofessionnels pour les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé.</p> <p>Disponibilité de champions et d'experts cliniques pour aider les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé à adopter des pratiques exemplaires en évaluant et en soignant les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression.</p> <p>Disponibilité d'éducateurs compétents pour élaborer ou renforcer et évaluer les programmes de formation sur le délire, la démence et la dépression, à l'intention des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé, afin qu'ils soient harmonisés avec les pratiques exemplaires.</p>		

TYPE D'INDICATEUR		
	INDICATEURS DE PROCESSUS RELATIFS À LA PERSONNE	INDICATEURS DE RÉSULTATS RELATIFS À LA PERSONNE
	<p>Pourcentage de personnes âgées dirigées vers une évaluation, un diagnostic et un suivi lorsque les examens indiquent la présence possible de délire, de démence et/ou de dépression.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées soupçonnées de délire, démence ou dépression avec documentation d'une évaluation complète ou d'une référence pour une évaluation complète.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées (et/ou de membres de la famille et/ou d'aidants naturels, le cas échéant) qui reçoivent de la formation sur le délire, la démence et/ou la dépression.</p> <p>Délire :</p> <p>Pourcentage de personnes âgées dont les facteurs de risque de délire sont évalués dès la première rencontre (p. ex., l'admission ou le début des soins).</p> <p>Pourcentage de personnes âgées à risque de délire, qui ont un plan de prévention du délire établi.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées à risque de délire, qui sont évaluées pour la présence possible de délire en utilisant un outil approprié.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées ayant été soumises à une évaluation documentée des causes sous-jacentes de délire.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées ayant un plan de soins personnalisé pour prendre en charge le délire.</p>	<p>Pourcentage de personnes âgées atteintes de délire, de démence et/ou de dépression (et/ou les membres de leur famille, le cas échéant) qui ont participé à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées atteintes de délire, de démence et/ou de dépression (et/ou les membres de leur famille, le cas échéant) qui signalent que leur plan de soins pour le délire, la démence et/ou la dépression est personnalisé et axé sur les besoins de la personne et de la famille.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées atteintes de délire, de démence et/ou de dépression (et/ou les membres de leur famille, le cas échéant) qui signalent que les infirmières et/ou d'autres professionnels de soins de santé communiquent efficacement (p. ex., utilisent une communication à des fins thérapeutiques et appliquent des stratégies efficaces pour les personnes atteintes d'une déficience cognitive).</p> <p>Délire :</p> <p>Pourcentage de personnes âgées dont le dépistage ou les évaluations sont positifs pour le délire.</p> <p>Incidence du délire chez les personnes âgées (durant le processus de l'admission).</p> <p>Prévalence du délire chez les personnes âgées.</p> <p>Durée moyenne d'un séjour à l'hôpital pour les personnes âgées atteintes de délire.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
	INDICATEURS DE PROCESSUS RELATIFS À LA PERSONNE	INDICATEURS DE RÉSULTATS RELATIFS À LA PERSONNE
	<p>Démence :</p> <p>Pourcentage de personnes âgées ayant été soumises à une évaluation documentée des causes sous-jacentes ou des besoins non comblés contribuant à la manifestation de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées ayant été évaluées pour la douleur.</p> <p>Dépression :</p> <p>Pourcentage de personnes âgées ayant été évaluées pour la dépression lorsque des facteurs de risque ou des signes et des symptômes de dépression sont documentés.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées à risque de dépression qui ont été évaluées pour un risque de suicide.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées à risque de suicide, qui reçoivent des soins médicaux d'urgence.</p>	<p>Démence :</p> <p>Prévalence de la démence chez les personnes âgées.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées qui ne font pas l'objet d'interventions non pharmacologiques établies pour prendre en charge les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées atteintes de démence, qui reçoivent une ordonnance de psychotropes.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, qui font l'objet d'une contention physique.</p> <p>Dépression :</p> <p>Prévalence de la dépression chez les personnes âgées.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées jugées à risque de dépression avec des idées de suicide lors de l'admission ou du début des soins.</p> <p>Pourcentage de personnes âgées à risque de suicide (soit avec un diagnostic de dépression soupçonné ou confirmé).</p>

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Les Nursing Quality Indicators for Reporting and EvaluationMD (NQuIREMD) (indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation) ont été conçus pour Best Practice Spotlight OrganizationsMD (BPSOMD) (organisations vedettes des pratiques exemplaires ou OVPE) de l'AIIAO, afin d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO dans ses organismes. NQuIRE, qui représente la première initiative internationale d'amélioration de la qualité en son genre, offre une base de données pour des indicateurs de qualité dérivés des recommandations de lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires sélectionnées de l'AIIAO. Pour en savoir plus, veuillez visiter [www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire).
- Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers intégrés dans les dossiers médicaux électroniques offrent un mécanisme pour la saisie d'indicateurs de processus sous forme de données électroniques. En traçant un lien entre les indicateurs de mode d'organisation, de processus et de résultats, on parvient à déterminer l'influence qu'a eue la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé des clients. Pour en savoir plus, veuillez consulter [www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets](http://www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets).

# Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) de la façon suivante :

1. Chaque LDPE en soins infirmiers sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) exerce une surveillance régulière à la recherche de nouveaux examens méthodiques, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. En s'appuyant sur cette surveillance, le personnel peut recommander une période de révision anticipée pour une LDPE particulière. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
  - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
  - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, y compris d'autres commentaires et expériences des OVPEMD et d'autres sites de diffusion concernant leurs expériences.
  - c) En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques sur le terrain et en raffiner l'objet et la portée.
  - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de LDPE.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

## Références

- Alzheimer's Association. (2016a). *Mild cognitive impairment*. Tiré de <http://www.alz.org/dementia/mild-cognitive-impairment-mci.asp>
- Alzheimer's Association. (2016b). *Sleep issues and sundowning*. Tiré de <http://www.alz.org/care/alzheimers-dementia-sleep-issues-sundowning.asp>
- Alzheimer's Association. (2016c). *Stages of Alzheimer's*. Tiré de [http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_stages\\_of\\_alzheimers.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_stages_of_alzheimers.asp)
- Société Alzheimer. (2016). *Types of dementia*. Tiré de <https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents.php?categoryID=200362>
- Remplacer par Société Alzheimer de l'Ontario. (2012). *Dementia amidst complexity: Evidence from Ontario*. Tiré de <http://www.alzheimer.ca/on/~media/Files/on/PPPI%20Documents/Dementia%20Amidst%20Complexity%202012.pdf>
- Remplacer par Société Alzheimer du Canada. (2015a). *Dementia numbers in Canada*. Tiré de <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/What-is-dementia/Dementia-numbers>
- Remplacer par Société Alzheimer du Canada. (2015b). *Other dementias*. Tiré de <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/Dementias>
- American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2014). *American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults*. New York, NY: American Geriatrics Society.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. (2015). Postoperative delirium in older adults: Best practice statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(2), 136–148.
- American Medical Directors Association. (2008). *Delirium and acute problematic behavior in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.
- American Medical Directors Association. (2011). *Depression in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.
- American Medical Directors Association. (2012). *Dementia in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.
- American Psychiatric Association. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J. et Waters, E. (2011). Scoping the scope of a Cochrane review. *Journal of Public Health*, 33(1), 147–150.
- Baker, C. M., Ogden, S. J., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C. et Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–20.
- Balsamo, S., Willardson, J. M., de Santana, F. S., Prestes, J., Balsamo, D. C., Nascimento, D. C., ... Nobrega, O. T. (2013). Effectiveness of exercise on cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International Journal of General Medicine*, 6, 387–391.

- Beeber, A. S., Zimmerman, S., Fletcher, S., Mitchell, C. M. et Gould, E. (2010). Challenges and strategies for implementing and evaluating dementia care staff training in long-term care settings. *Alzheimer's Care Today*, 11(1), 17–39.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236–248.
- Blackburn, R. et Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 879–888.
- Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N. M. et Lamb, S. E. (2012). Effect of exercise on depression severity in older people: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 201(3), 180–185.
- Brody, H. et Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946–953.
- Brody, A. A. et Galvin, J. E. (2013). A review of interprofessional dissemination and education interventions for recognizing and managing dementia. *Gerontology et Geriatrics Education*, 34(3), 225–256.
- Brooks, P. B. (2012). Postoperative delirium in elderly patients. *American Journal of Nursing*, 112(9), 38–51.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(108), 839–842.
- Butler-Jones, David. (2010). *The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada, 2010: Growing older—Adding life to years*. Tiré de [http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho\\_report\\_2010\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_e.pdf)
- Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martin, M., Meyer, G., ... Zabalegui, A. (2015). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes: A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 134–150.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2006). *National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of mental health issues in long term care homes (focus on mood and behaviour symptoms)*. Toronto, ON: Author.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2010). *Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life*. Toronto, ON: Author.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Tiré de [http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Promoting cultural competence in nursing: Position statement*. Ottawa (Ontario) : Auteur.
- Société canadienne de psychologie. (2015). *"Psychology works" fact sheet: Depression among seniors*. Tiré de [http://www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet\\_DepressionAmongSeniors.pdf](http://www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet_DepressionAmongSeniors.pdf)

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Tiré de [http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training\\_modules/19/desc-and-analytic-studies\\_ppt\\_final\\_09252013.pdf](http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf)

Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Yuan, Z., Yu-Sheng, P. et Qing-Xiu, L. (2009). Collaborative care interventions for depression in the elderly: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Investigative Medicine*, 57(2), 446–455.

Chi, I., Jordan-Marsh, M., Guo, M., Xie, B. et Bai, Z. (2013). Tai chi and reduction of depressive symptoms for older adults: A meta-analysis of randomized trials. *Geriatrics et Gerontology International*, 13(1), 3–12.

Chien, L.-Y., Chu, H., Guo, J.-L., Liao, Y.-M., Chang, L.-I., Chen, C.-H. et Chou, K.-R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089–1098.

Clegg, A., Siddiqi, N., Heaven, A., Young, J. et Holt, R. (2014). Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1). doi:10.1002/14651858.CD009537.pub2

Clevenger, C. K., Chu, T. A., Yang, Z. et Hepburn, K. W. (2012). Clinical care of persons with dementia in the emergency department: A review of the literature and agenda for research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9), 1742–1748.

Cody, R. A. et Drysdale, K. (2013). The effects of psychotherapy on reducing depression in residential aged care: A meta-analytic review. *Clinical Gerontologist*, 36(1), 46–69.

Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E. et Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: A systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38(1), 19–26.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009a). *Culturally sensitive care*. Toronto, ON: Author. Tiré de [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009b). *Restraints*. Toronto, ON: Author. Tiré de [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41043\\_restraints.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41043_restraints.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013). *Therapeutic nurse-client relationship, revised 2006*. Toronto, ON: Author. Tiré de [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033\\_Therapeutic.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014). *Competencies for entry-level Registered Nurse practice*. Toronto, ON: Author. Tiré de [https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037\\_entrytopractic\\_final.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037_entrytopractic_final.pdf)

Conn, D, Gibson, M et McCabe, D. (2014). *2014 CCSMH guideline update: The assessment and treatment of mental health issues in long term care homes—Focus on mood and behaviour symptoms*. Toronto: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Tiré de <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-LTC.pdf>

Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C. G., Ames, D., Rabins, P., ... Brodaty, H. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(06), 856–870.

Corbett, A., Stevens, J., Aarsland, D., Day, S., Moniz-Cook, E., Woods, R., ... Ballard, C. (2012). Systematic review of services providing information and/or advice to people with dementia and/or their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 628–636.

Cowl, A. L. et Gaugler, J. E. (2014). Efficacy of creative arts therapy in treatment of Alzheimer's disease and dementia: A systematic literature review. *Activities, Adaptation et Aging*, 38(4), 281–330.

Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias. (2010). *Clinical Practice Guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias*. Tiré de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_comp\\_eng.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_comp_eng.pdf)

Dreizler, J., Koppitz, A., Probst, S. et Mahrer-Imhof, R. (2014). Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 911–926.

Eggenberger, E., Heimerl, K. et Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345–358.

Elliott, K. E. J., Scott, J. L., Stirling, C., Martin, A. J. et Robinson, A. (2012). Building capacity and resilience in the dementia care workforce: A systematic review of interventions targeting worker and organizational outcomes. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 882–894.

Elvish, R., Lever, S.-J., Johnstone, J., Cawley, R. et Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling et Psychotherapy Research*, 13(2), 106–125.

Enmarker, I., Olsen, R. et Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 153–162.

Farina, N., Rusted, J. et Tabet, N. (2014). The effect of exercise interventions on cognitive outcome in Alzheimer's disease: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 9–18.

Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.

Flaherty, J. H., Gonzales, J. P. et Dong, B. (2011). Antipsychotics in the treatment of delirium in older hospitalized adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(Suppl. 2), S269–276.

Fleiss, J., Levin, B. et Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.

Forbes, D., Culum, I., Lischka, A. R., Morgan, D. G., Peacock, S., Forbes, J. et Forbes, S. (2009). Light therapy for managing cognitive, sleep, functional, behavioural, or psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4). doi:10.1002/14651858.CD003946.pub3

Forbes, D., Thiessen, E. J., Blake, C. M., Forbes, S. C. et Forbes, S. (2013). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12). doi:10.1002/14651858.CD006489.pub

Forrester, L. T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A. E., Buchan, L. D. et Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(2). doi: 10.1002/14651858.CD003150.pub2

Fossey, J., Masson, S., Stafford, J., Lawrence, V., Corbett, A. et Ballard, C. (2014). The disconnect between evidence and practice: A systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 797–807.

- Fox, B., Hodgkinson, B. et Parker, D. (2014). The effects of physical exercise on functional performance, quality of life, cognitive impairment and physical activity levels for older adults aged 65 years and older with a diagnosis of dementia: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(9), 158–276.
- Gage, L. et Hogan, D. B. (2014). *2014 CCSMH guideline update: The assessment and treatment of delirium*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Tiré de <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... Shyu, Y.-I. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. *Clinical Gerontologist*, 35(4), 316–355.
- Giebel, C. M., Zubair, M., Jolley, D., Bhui, K. S., Purandare, N., Worden, A. et Challis, D. (2015). South Asian older adults with memory impairment: Improving assessment and access to dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 345–356.
- Godwin, K. M., Mills, W. L., Anderson, J. A. et Kunik, M. E. (2013). Technology-driven interventions for caregivers of persons with dementia: A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(3), 216–222.
- Gould, R. L., Coulson, M. C. et Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1817–1830.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B. et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) (pp. 110–120). Chichester, UK: John Wiley et Sons, Ltd.
- Health Care Consent Act, 1996. (1996). S.O. 1996, c. 2, Sched. A, as amended. Tiré de [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_96h02\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm)
- Health Care Innovation Working Group. (2012). *From innovation to action: The first report of the Health Care Innovation Working Group*. Tiré de [http://www.pmprovincesterritoires.ca/phocadownload/publications/health\\_innovation\\_report-e-web.pdf](http://www.pmprovincesterritoires.ca/phocadownload/publications/health_innovation_report-e-web.pdf)
- Holroyd-Leduc, J. M., Khandwala, F. et Sink, K. M. (2010). How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *Canadian Medical Association Journal*, 182(5), 465–470.
- Housden, S. (2009). The use of reminiscence in the prevention and treatment of depression in older people living in care homes: A literature review. *Groupwork: An Interdisciplinary Journal for Working with Groups*, 19(2), 28–45.
- Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T. et Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 512–520.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y. et House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 756–763.
- Inouye, S. K., Bogardus Jr, S. T., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R. et Cooney Jr, L. M. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 669–676.

- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J. et Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922.
- Jackson, T. A., Naqvi, S. H. et Sheehan, B. (2013). Screening for dementia in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis of available instruments. *Age and Ageing*, 42(6), 689–695.
- Jensen, M., Agbata, I. N., Canavan, M. et McCarthy, G. (2015). Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 130–143.
- Khan, B. A., Zawahiri, M., Campbell, N. L., Fox, G. C., Weinstein, E. J., Nazir, A., ... Boustani, M. A. (2012). Delirium in hospitalized patients: Implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research—A systematic evidence review. *Journal of Hospital Medicine*, 7(7), 580–589.
- Khanassov, V., Vedel, I. et Pluye, P. (2014). Case management for dementia in primary health care: A systematic mixed studies review based on the diffusion of innovation model. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 915–928.
- Khurana, V., Gambhir, I. S. et Kishore, D. (2011). Evaluation of delirium in elderly: A hospital based study. *Geriatrics et Gerontology International*, 11(4), 467–473.
- Kiosses, D. N., Leon, A. C. et Arean, P. A. (2011). Psychosocial interventions for late-life major depression: Evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 377–viii.
- Konno, R., Stern, C. et Gibb, H. (2013). The best evidence for assisted bathing of older people with dementia: A comprehensive systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(1), 123–212.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. et Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 331–340.
- Kuske, S., Graf, R., Hartig, M., Quasdorf, T., Vollmar, H. C. et Bartholomeyczik, S. (2014). Dementia considered? Safety-relevant communication between health care settings: A systematic review. *Journal of Public Health*, 22(5), 383–393.
- Kverno, K. S., Black, B. S., Nolan, M. T. et Rabins, P. V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998–2008: A systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 825–843.
- LaMantia, M. A., Messina, F. C., Hobgood, C. D. et Miller, D. K. (2014). Screening for delirium in the emergency department: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 63(5), 551–560.
- Laver, K., Clemson, L., Bennett, S., Lannin, N. A. et Brodaty, H. (2014). Unpacking the evidence: Interventions for reducing behavioral and psychological symptoms in people with dementia. *Physical et Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(4), 294–309.
- Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Moniz-Cook, E. et Murray, J. (2012). Improving quality of life for people with dementia in care homes: Making psychosocial interventions work. *The British Journal of Psychiatry*, 201(5), 344–351.
- Lischka, A. R., Mendelsohn, M., Overend, T. et Forbes, D. (2012). A systematic review of screening tools for predicting the development of dementia. *Canadian Journal on Aging*, 31(3), 295–311.

- Littbrand, H., Stenvall, M. et Rosendahl, E. (2011). Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: A systematic review. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*, 90(6), 495–518.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... Cooper, C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment*, 18(39), 1–vi.
- Marcantonio, E. R. (2011). Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), ITC6 2–16.
- Marim, C. M., Silva, V., Taminato, M. et Barbosa, D. A. (2013). Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 Spec No, 267–275.
- Martinez, F., Tobar, C. et Hill, N. (2015). Preventing delirium: Should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*, 44(2), 196–204.
- McKechnie, V., Barker, C. et Stott, J. (2014). Effectiveness of computer-mediated interventions for informal carers of people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(10), 1619–1637.
- McLaren, A. N., Lamantia, M. A. et Callahan, C. M. (2013). Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Ageing et Mental Health*, 17(6), 655–666.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535.
- Moniz Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M. et Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(2). doi:10.1002/14651858.CD006929.pub2
- Moon, H. et Adams, K. B. (2013). The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers. *Dementia*, 12(6), 821–839.
- Moyle, W., Murfield, J. E., O'Dwyer, S. et Van Wyk, S. (2013). The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 601–610.
- Mukadam, N., Cooper, C., Kherani, N. et Livingston, G. (2015). A systematic review of interventions to detect dementia or cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 32–45.
- Mura, G. et Carta, M. G. (2013). Physical activity in depressed elderly: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 125–135.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression in adults: The treatment and management of depression in adults*. London, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. London, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. London, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012a). *Delirium: Evidence update April 2012*. London, UK:

Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012b). *Depression: Evidence update April 2012*. London, UK: Author.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *Common mental health disorders: Evidence update March 2013*. London, UK: Author.

National Institute for Mental Health. (2016). *Mental health medications*. Tiré de <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml>

Nehen, H. G. et Hermann, D. M. (2015). Supporting dementia patients and their caregivers in daily life challenges: Review of physical, cognitive and psychosocial intervention studies. *European Journal of Neurology*, 22(2), 246–252.

Nelson, J. C. et Devanand, D. P. (2011). A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 577–585.

Nguyen, D. et Vu, C. M. (2013). Current depression interventions for older adults: A review of service delivery approaches in primary care, home-based, and community-based settings. *Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports*, 2(1), 37–44.

O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Gaynes, B. et Beil, T. L. (2009). Screening for depression in adults and older adults in primary care: An updated systematic review. *Evidence Synthesis No. 75* (AHRQ Publication No. 10-05143-EF-1). Rockville, MA: Agency for Healthcare Research and Quality.

Ohman, H., Savikko, N., Strandberg, T. E. et Pitkala, K. H. (2014). Effect of physical exercise on cognitive performance in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 38(5-6), 347–365.

Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., Del Ser, T., ... Muniz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–178.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2012). *Living longer, living well*. Tiré de [http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/seniors\\_strategy/](http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/)

Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E. et Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1). doi:10.1002/14651858.CD009125.pub2

Park, S.-H., Han, K. S. et Kang, C.-B. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Applied Nursing Research*, 27(4), 219–226.

Parke, B., Beath, A., Slater, L. et Clarke, A. M. (2011). Contextual factors influencing success or failure of emergency department interventions for cognitively impaired older people: A scoping and integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1426–1448.

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50–71.

Perry, M., Draskovic, I., Lucassen, P., Vernooij-Dassen, M., van Achterberg, T. et Rikkert, M. O. (2011). Effects of

educational interventions on primary dementia care: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 1–11.

Phillips, J. L., West, P. A., Davidson, P. M. et Agar, M. (2013). Does case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes improve care outcomes: Evidence from an integrative review? *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1122–1135.

Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Husebo, B. S. et Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 1042–1055.

Pitkälä, K., Savikko, N., Poysti, M., Strandberg, T. et Laakkonen, M. L. (2013). Efficacy of physical exercise intervention on mobility and physical functioning in older people with dementia: A systematic review. *Experimental Gerontology*, 48(1), 85–93.

Polit, D. F., Beck, C. T. et Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

Potter, R., Ellard, D., Rees, K. et Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1000–1011.

Rambhade, S., Chakarborty, A., Shrivastava, A., Patil, U. K. et Rambhade, A. (2012). A survey on polypharmacy and use of inappropriate medications. *Toxicology International*, 19(1), 68–73.

Rampatige, R., Dunt, D., Doyle, C., Day, S. et van Dort, P. (2009). The effect of continuing professional education on health care outcomes: Lessons for dementia care. *International Psychogeriatrics*, 21(Suppl. 1), S34-43.

Regan, B. et Varanelli, L. (2013). Adjustment, depression, and anxiety in mild cognitive impairment and early dementia: A systematic review of psychological intervention studies. *International psychogeriatrics*, 25(12), 1963–1984.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006a). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006b). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Embracing cultural diversity in health care: developing cultural competence*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2009). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010a). *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression*. Toronto (Ontario) : Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010b). *Screening for delirium, dementia and depression in the older adult*. Toronto (Ontario) : Auteur.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012a). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012b). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013a). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013b). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014a). *Addressing and preventing abuse and neglect of older adults: Person-centred, collaborative, system-wide approaches*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014b). *Care transitions*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015a). *Engaging clients who use substances*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015b). *Person- and family-centred care*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). *Practice education in nursing*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D. et Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(1). doi:10.1002/14651858.CD008345.pub2
- Reis, R. C., Dalpai, D. et Camozzato, A. (2013). Staff training to reduce behavioral and psychiatric symptoms of dementia in nursing home residents: A systematic review of intervention reproducibility. *Dementia et Neuropsychologia*, 7(3), 292–297.
- Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S. et Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1891–1903.
- Robinson, L., Dickinson, C., Rousseau, N., Beyer, F., Clark, A., Hughes, J., ... Exley, C. (2012). A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia. *Age and Ageing*, 41(2), 263–269.
- Ross-Kerr, J., Wood, M., Astle, B. et Duggleby, W. (2014). *Canadian fundamentals of nursing*. Toronto, ON: Elsevier.
- Samad, Z., Brealey, S. et Gilbody, S. (2011). The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(12), 1211–1220.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. et DeLepeleire, J. (2010). Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Ageing et Mental Health*, 14(1), 44–56.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults*. Edinburgh, UK: Author.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Tiré de <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Seitz, D. P., Brisbin, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., Wilson, K., Gill, S. S., ... Conn, D. (2012). Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 503–506.

Simon, S. S., Cordas, T. A. et Bottino, C. M. C. (2015). Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 223–233.

Sockalingam, S., Tan, A., Hawa, R., Pollex, H., Abbey, S. et Hodges, B. D. (2014). Interprofessional education for delirium care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 345–351.

Somme, D., Trouve, H., Drame, M., Gagnon, D., Couturier, Y. et Saint-Jean, O. (2012). Analysis of case management programs for patients with dementia: A systematic review. *Alzheimer's et Dementia: Journal of the Alzheimer's Association*, 8(5), 426–436.

Spector, A., Orrell, M. et Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 354–364.

Spenceley, S. M., Sedgwick, N. et Keenan, J. (2015). Dementia care in the context of primary care reform: An integrative review. *Ageing et Mental Health*, 19(2), 107–120.

Speziale, H. J. S. et Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams et Wilkins.

Stanford School of Medicine. (2016). *Categories of psychiatric medications*. Tiré de <http://whatmeds.stanford.edu/medications/categories.html>

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M. et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp.151–159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Tavares, B. B., Moraes, H. et Laks, J. (2014). Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 134–139.

The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration* (Version 4.2.5). Tiré de <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>

The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). Tiré de <http://handbook.cochrane.org/>

Thune-Boyle, I. C. V., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D. et Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: Towards a research agenda. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1046–1057.

Thyrian, J. R., Wubbelier, M. et Hoffmann, W. (2013). Interventions into the care system for dementia. *Geriatric Mental Health Care*, 1(3), 67–71.

- Topo, P. (2009). Technology studies to meet the needs of people with dementia and their caregivers: A literature review. *Journal of Applied Gerontology*, 28(1), 5–37.
- Trangle, M., Gursky, J., Haight, R., Hardwig, J., Hinnenkamp, T., Kessler, D. ... Myszkowski, M. (2016). *Adult depression in primary care*. Tiré de the Institute for Clinical Systems Improvements website: <https://www.icsi.org/asset/fnhdm3/Depr.pdf>
- Tucker, I. (2010). Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: A literature review. *International psychogeriatrics*, 22(5), 683–692.
- Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M. et Izumi, S.-I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(2), 628–641.
- U.S. Preventative Services Task Force. (2014). *Cognitive impairment in older adults: Screening*. Tiré de <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening>
- Wahl, J. (2009). *Consent, capacity and substitute decision-making: The basics*. Tiré de <http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/Consent%20and%20Capacity%20Basics%20-%202009.pdf>
- Wall, M. et Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108–113.
- Wong, C. L., Holroyd-Leduc, J., Simel, D. L. et Straus, S. E. (2010). Does this patient have delirium?: Value of bedside instruments. *JAMA*, 304(7), 779–786.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Tiré de: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Dementia: A public health priority*. Tiré de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2012/2015). *Evidence-based recommendations for management of dementia in non-specialized health settings*. Tiré de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *What are social determinants of health?* Tiré de: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
- Yanamadala, M., Wieland, D. et Heflin, M. T. (2013). Educational interventions to improve recognition of delirium: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 1983–1993.
- Zabalegui, A., Hamers, J. P. H., Karlsson, S., Leino-Kilpi, H., Renom-Guiteras, A., Saks, K., ... Cabrera, E. (2014). Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 175–184.

## Annexe A : Glossaire

**Activités de la vie quotidienne :** « Activités normalement réalisées dans le cours d'une journée normale, y compris la déambulation, manger, s'habiller, se baigner, se brosser les dents et le toilettage » (Ross-Kerr, Wood, Astle et Duggleby, 2014, p. 189).

**Activités instrumentales de la vie quotidienne :** « Ce sont des activités qui permettent aux gens de s'adapter à leur environnement et de maintenir une indépendance au sein de la communauté...Ces activités comprennent : téléphoner, magasiner, cuisiner, s'occuper de la maison, utiliser un transport, gérer les médicaments, manipuler l'argent, etc. » (Development Group, 2010, p. 436).

**Aidant naturel :** dans cette ligne directrice, terme qui désigne un membre de la famille, un ami ou autre, qui offre des soins et du soutien à une autre personne.

**Antipsychotiques :** « les antipsychotiques sont utilisés principalement pour prendre en charge la psychose. Le terme « psychose » est utilisé pour décrire les problèmes qui affectent l'esprit, et dans le cadre desquels une certaine perte de contact avec la réalité est survenue, souvent accompagnée d'idées délirantes (croyances fausses, fixes) ou d'hallucinations (perception ou vision de choses qui ne sont pas réellement présentes). Il peut s'agir d'un symptôme d'un problème physique, comme l'abus de médicaments ou de drogues, ou d'un trouble mental, comme la schizophrénie, d'un trouble bipolaire, ou d'une dépression très grave (aussi connue sous le nom de « dépression psychotique ») (National Institute for Mental Health, 2016).

**Attitudes et comportements associés aux soins axés sur les besoins de la personne (et de la famille) :** *Les attitudes associées aux soins axés sur les besoins de la personne* reflètent la croyance du fournisseur de soins de santé dans l'importance d'apprendre à connaître la personne complète (dimensions biosychosociale et spirituelle) en évaluant l'état d'une personne. Elles incluent aussi une croyance dans la capacité d'une personne de prendre une décision. En conséquence, le fournisseur de soins de santé encourage l'autonomie et le partage de pouvoir.

*Les comportements associés aux soins axés sur les besoins de la personne* sont des caractéristiques observées par les fournisseurs de soins de santé, qui correspondent aux attitudes associées aux soins axés sur les besoins de la personne (p. ex., poser des questions d'une manière qui montre le respect, la compassion et l'intérêt pour ce que dit la personne), et les comportements non verbaux (p. ex., s'asseoir en face de la personne en lui parlant de façon à lui donner l'impression qu'elle fait partie d'un partenariat entre collègues). Les attitudes et les comportements sont d'importantes composantes des soins axés sur les besoins du patient » (Duggan et coll., 2006, cités dans l'AlIAO, 2015b, p. 74 ).

**Automutilation / automutilation délibérée :** « le fait de s'infliger volontairement des blessures, par des actes ayant des effets douloureux, destructeurs et nuisibles, sans avoir l'intention de se suicider » (APA, 2003, p. 9).

**Capacité mentale :** même si la capacité mentale désigne généralement la faculté d'une personne de prendre des décisions, les définitions de cette capacité varient d'une administration à l'autre. Conformément à la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario, la définition juridique de la capacité mentale comprend la faculté de comprendre l'information pertinente qui permet de prendre une décision et d'apprécier les conséquences d'une décision ou de l'absence d'une telle décision.

**Champion :** L'AIIAO définit les champions des LDPE comme « des infirmières et d'autres professionnels de la santé qui ont été formés de manière à comprendre la pratique axée sur les données probantes, les LDPE et le processus à suivre pour adopter une telle pratique dans un contexte clinique » (AIIAO, 2012b, p. 9). Les rôles peuvent inclure le mentorat, l'enseignement et la facilitation des changements apportés à la politique et à la pratique.

**Compétence culturelle :** « la compétence culturelle est l'application des connaissances, des capacités, des attitudes ou des attributs personnels requis par les infirmières pour optimiser les relations respectueuses avec diverses populations de clients et de collègues de travail ». (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2010, p. 1).

**Comportementale :** « approche thérapeutique structurée, axée sur un objectif, qui encourage la participation à des activités gratifiantes plutôt que le retrait et l'inactivité. L'activation comportementale vise à augmenter le niveau de renforcement positif vécu par le client. » (SIGN, 2010, p. 27).

**Comportements réactifs :** le ministère de la Santé et des Soins de longue durée définit les comportements réactifs comme des « comportements » qui indiquent souvent (a) Un besoin non satisfait chez une personne, qu'il soit cognitif, physique, émotionnel, social, environnemental ou autre, ou (b) une réponse aux circonstances dans l'environnement social ou physique qui peuvent être frustrantes, effrayantes ou confuses pour une personne » (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2007, comme cité dans l'AIIAO, 2012, p. 86).

**Conscience :** « La pleine conscience a été définie comme prêter attention d'une manière particulière : avec intention, au moment présent et sans jugement (au contraire d'être absorbé dans des pensées qui portent à la réflexion) » (SIGN, 2010, p. 27).

**Consensus :** processus visant à prendre des décisions en matière de politique; ce n'est pas une méthode scientifique visant à créer de nouvelles connaissances. L'établissement d'un consensus implique l'utilisation optimale des renseignements disponibles, que ce soit des données scientifiques ou les connaissances collectives des participants (Black et coll., 1999).

**Consentement éclairé :** « En Ontario, conformément à l'art. 11 de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, le consentement aux soins et au traitement est éclairé si, avant de donner son consentement, la personne a reçu les renseignements dont une personne raisonnable, dans les mêmes circonstances, aurait besoin pour prendre une décision, et si la personne a reçu des réponses à ses demandes de renseignements supplémentaires concernant le traitement. Les renseignements doivent être fournis concernant la nature du traitement, les risques matériels et les effets secondaires du traitement, le plan d'action de remplacement, et les conséquences probables en l'absence de traitement. En outre, le consentement ne doit être donné que pour le traitement, il doit être éclairé et volontaire, et ne doit pas avoir été obtenu par une information trompeuse ou une fraude. Une infirmière (ou un autre fournisseur de soins de santé) ne doit pas fournir le traitement en cas de doute sur le niveau de compréhension de la personne et sa capacité à consentir » (OIIO, 2013a, cité dans l'AIIAO, 2015b, p. 73).

**Contentions :** « mesures physiques, chimiques et environnementales employées dans le but de restreindre les activités physiques ou comportementales d'une personne ou d'une partie de son corps. Les contentions physiques limitent les mouvements d'un client. Les contentions physiques comprennent une table fixée à une chaise, ou une ridelle qui ne peut être abaissée par le client. Les contentions environnementales maîtrisent la mobilité d'un client. Parmi les exemples, on compte une unité ou un jardin sécurisés, l'isolement ou un espace d'isolement. Les contentions chimiques sont définies comme n'importe quel forme de médicament psychoactif utilisé non pour soigner une maladie, mais pour inhiber intentionnellement un certain comportement ou mouvement. La contention minimale signifie que toutes les interventions de remplacement possibles ont été utilisées avant de décider d'avoir recours à la contention, et que la forme de contention la moins restrictive pour répondre aux besoins du patient doit être employée » (OIIO, 2009c, cité dans l'AIIAO, 2012a, p. 86).

**Culture :** « la culture désigne les valeurs, les croyances, les normes et les modes de vie communs et acquis d'une personne ou d'un groupe. Elle influence la pensée, les décisions et les actions. » (AIIAO, 2015a p. 71). « La culture d'une personne est soumise à l'influence de nombreux facteurs, comme la race, le sexe, la religion, l'origine ethnique, le statut socio-économique, l'orientation sexuelle et l'expérience de la vie. La mesure dans laquelle des facteurs particuliers influencent une personne varient. » (OIIO, 2009a, p. 3).

**Décideur substitut :** Un décideur substitut est une personne qui prend des décisions pour une autre personne qui n'est pas mentalement capable. Cela peut inclure la prise de certaines décisions au sujet de la propriété de la personne ou des soins personnels (Wahl, 2009).

**Désinhibition sexuelle :** Les comportements sexualisés, ou qui ne sont plus inhibés sur le plan sexuel, comprennent les comportements qui recherchent une intimité, les commentaires sexuels et l'exhibitionnisme (Tucker, 2010).

**Déterminants sociaux de la santé :** Les déterminants sociaux de la santé sont des « conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont façonnées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale. Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités sur le plan de la santé, c'est-à-dire des différences injustes et évitables dans l'état de santé, observées à l'intérieur des pays et entre ceux-ci » (OMS, 2016, par. 1)

**Données probantes :** les données probantes sont des renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une question. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats découlant d'une recherche de haute qualité effectuée conformément à une méthodologie appropriée constituent les données probantes les plus exactes. La recherche étant souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres types de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche ou tiennent lieu de recherche. La base probante d'une décision se retrouve dans les nombreuses formes de données probantes combinées pour équilibrer la rigueur et l'opportunité tout en privilégiant la première par rapport à la deuxième (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2005).

**Équipe de soins de santé interprofessionnelle :** « Une équipe réunissant plusieurs fournisseurs de soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services complets de qualité, à des personnes à l'intérieur des milieux de soins » (AIIAO, 2015b, p. 73).

**Essai clinique randomisé (ECR) :** expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants sont suivis et évalués pour déterminer l'efficacité de l'intervention. Ce type d'expérience comprend des essais à double insu, à simple insu et non à l'insu.

**Étude contrôlée :** essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Étude quasi-expérimentale :** une étude sans répartition aléatoire et groupe témoin qui, en conséquence, n'est pas considérée comme une « vraie » étude expérimentale (p. ex., un essai clinique randomisé). Le chercheur contrôle l'attribution de l'intervention, de l'exposition ou du traitement en utilisant un critère autre que la répartition aléatoire (p. ex., conception avant-après) (Polit, Beck et Hungler, 2001).

**Études analytiques :** les études analytiques vérifient les hypothèses sur les relations entre l'exposition et le résultat. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Les types d'études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes.

**Étude cas/témoins :** étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie particulière ou avec un résultat intéressant (cas), à d'autres personnes dans la même population qui n'ont pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Étude de cohorte :** une étude d'observation dans laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Études descriptives :** études qui génèrent des hypothèses et décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Les études descriptives incluent les études de prévalence.

**Étude transversale :** étude qui mesure la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné précis (aussi appelée un sondage) (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Examen de la portée :** « l'examen de la portée a été décrit comme un processus de cartographie des publications ou des bases de données probantes existantes. L'examen de la portée peut être utilisé de plusieurs façons, par exemple pour déterminer les lacunes de la recherche et résumer les résultats d'études. Il peut également servir pour éclairer des examens systématiques » (Armstrong, Hall, Doyle et Waters, 2011, p. 147).

**Examen systématique :** Examen qui « tente de compiler toutes les données probantes empiriques conformes à des critères d'admissibilité déjà précisés afin de répondre à une question de recherche particulière » (The Cochrane Collaboration, 2011). L'examen systématique utilise des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour repérer, sélectionner et évaluer de façon critique la recherche pertinente, ainsi que pour recueillir et analyser les études incluses dans l'examen (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

**Famille :** « terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie (p. ex., parents, aidants naturels, amis, décideurs substitués, groupes, collectivités et populations). La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon sa capacité (Ministère de la Santé de Saskatchewan, 2011, cité dans l'AIIAO, 2015b, p. 72).

**Fardeau (fardeau de l'aidant naturel) :** terme utilisé pour décrire les défis associés aux soins offerts à une personne souffrant d'une maladie ou d'un trouble. Voir la discussion sous Intention et champ d'activité.

**Fiabilité :** «Le degré de cohérence ou de précision avec lequel un instrument mesure l'attribut pour lequel il est conçu pour mesurer» (Polit et coll., 2001, p. 469).

**Fournisseur de soins de santé :** « Dans cette ligne directrice, le terme désigne des professionnels de la santé réglementés et, dans certains cas, non réglementés, qui fournissent des soins et des services à des personnes et leur famille, peu importe le milieu (soins actifs, soins de longue durée, soins à domicile, soins primaires et soins communautaires) » (AIIAO, 2015b, p. 72).

**Fournisseur de soins de santé réglementé :** En Ontario, la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR) offre un cadre pour réglementer 23 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (CNO, 2014a, comme cité dans l'AIIAO, 2015b, p. 72).

**Fournisseur de soins de santé non réglementé :** Les fournisseurs de soins de santé non réglementés remplissent divers rôles dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à un organisme de réglementation professionnelle (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les fournisseurs de soins de santé non réglementés jouent divers rôles et exécutent une multitude de tâches, qui sont déterminés par leur employeur et leur milieu d'emploi. Ces fournisseurs n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, que si la procédure figure parmi les exemptions établies dans la Loi (OIIO, 2013c, cité dans l'AIIAO, 2015b, p. 72).

**Fournisseur de soins primaires :** dans cette ligne directrice, le terme « fournisseur de soins primaires » désigne une infirmière praticienne ou un médecin.

**Infirmière :** « Englobe les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées » (AIIAO, 2013b, p. 64).

**Intervenant :** Personne, groupe ou organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème.

**Lignes directrices sur les pratiques exemplaires :** Énoncés élaborés méthodiquement pour faciliter les décisions du praticien et du client au sujet des soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques (pratique) précises (Field et Lohr, 1990); aussi désignés lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires.

**Méta-analyse :** examen méthodique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Milieu de travail sain :** « Un milieu de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières (et des autres fournisseurs de soins de santé), les résultats de qualité chez le patient et le rendement organisationnel » (AIIAO, 2013b, p. 64).

**Modèle d'ordonnance en soins infirmiers :** Un modèle d'ordonnance en soins infirmiers est un groupe d'interventions fondées sur des données probantes propres au domaine des soins infirmiers. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers font l'objet d'une ordonnance indépendante par les infirmières (c.-à-d., sans la signature d'un médecin) dans le but de normaliser les soins offerts pour une situation ou un problème clinique précis.

**Personne âgée :** dans cette ligne directrice, le terme désigne un adulte âgé de 65 ans ou plus. Il pourrait aussi faire référence à des personnes de moins de 65 ans ayant vieilli prématurément ou dont l'espérance de vie a été raccourcie en raison de différents facteurs, par exemple les déterminants sociaux de la santé ou les maladies chroniques.

**Perspective de rétablissement :** « le rétablissement est un paradigme qui est conceptualisé et compris en tant que processus qui est unique pour chaque personne. Il n'est pas défini comme un aboutissement, mais plutôt comme un cheminement qui est enraciné dans les pierres angulaires que sont la dignité, l'espoir, la prise en charge de soi et la résilience » (Forchuck, 2003; Jacobson et Curtis, 2000, cités dans l'AIIAO, 2015a, p. 28).

**Planification préalable des soins :** « Un processus composé de plusieurs étapes dans le cadre duquel un patient et ses aidants parviennent à une compréhension commune de leurs objectifs et de leurs préférences relativement aux soins qui seront donnés ultérieurement » (Robinson et coll., 2012, p. 262).

**Polypharmacie :** le terme polypharmacie désigne un groupe de médicaments qu'une personne pourrait prendre. Ce terme est en général utilisé quand une personne prend trop de médicaments, ou quand les médicaments ont été prescrits par plusieurs médecins sans qu'il y ait eu de coordination entre eux » (Rambhade, Chakarborty, Shrivastava, Patil et Rambhade, 2012, p. 69).

Les définitions de la polypharmacie varient : souvent, le terme fait simplement référence au nombre total de différents médicaments qu'une personne prend simultanément (excluant les médicaments topiques et ceux à base de plantes médicinales).

**Pratique réflexive :** La pratique réflexive (parfois appelée *conscience de soi*) est une composante importante de la relation thérapeutique, qui peut être définie comme la capacité de réfléchir sur sa pratique, ses pensées, ses sentiments, ses besoins, ses craintes, ses forces et ses faiblesses, et de comprendre comment ils peuvent influencer ses actions et la relation infirmière-client (AIIAO, 2006a, p. 13).

**Pratique relationnelle :** « enquête qui est orientée par une participation consciente avec les clients en utilisant un certain nombre de compétences relationnelles, notamment l'écoute, l'interrogation, l'empathie, la mutualité, la réciprocité, l'auto-observation, la réflexion et une sensibilité dans le cadre de contextes émotionnels. La pratique relationnelle comprend les relations infirmière-client et les relations entre fournisseurs de soins de santé » (Doane et Varcoe, 2007, cités dans OIIO, 2014, p. 13).

**Psychotropes :** Il y a plusieurs catégories de médicaments psychotropes comme les antidépresseurs, anxiolytiques, anti-maniaques (stabilisateur d'humeur), antipsychotiques et stimulants (Stanford School of Medicine, 2016).

**Qualité :** « Mesure dans laquelle les services de soins de santé pour les personnes individuelles et les populations augmente la probabilité de résultats souhaités et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles » (OMS, 2009).

**Recherche qualitative :** recherche qui utilise une approche interactive et subjective pour enquêter sur les phénomènes ainsi que les décrire (p. ex., expérience vécue), et leur donner une signification. La nature de ce type de recherche est exploratoire et ouverte. L'analyse exige la participation de l'organisme et l'interprétation de données non numériques (p. ex., phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée dans des données empiriques, étude de cas, etc.) (Speziale et Carpenter, 2007).

**Recommandation relative à la pratique :** énoncé de pratique exemplaire à l'intention des fournisseurs de soins de santé, qui permet la mise en œuvre avec succès de la LDPE. Idéalement cet énoncé est fondé sur des données probantes.

**Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements :** énoncés des conditions nécessaires, pour un milieu de pratique, qui favorisent le succès de la mise en œuvre de la LDPE. L'organisme assume la principale responsabilité en matière de conditions du succès, même si ces conditions peuvent avoir des ramifications relatives aux politiques à un échelon gouvernemental ou sociétal plus large.

**Recommandations relatives à la formation :** énoncé sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

**Relation thérapeutique :** « Relation délibérée visant un but, établie entre le fournisseur de soins de santé et la personne qui fait appel au système de santé pour obtenir des soins et un traitement. Cette relation est ancrée dans un processus interpersonnel pour promouvoir les meilleurs intérêts et les résultats de la personne » (OIIO, 2013b; AIIAO, 2006a, comme cité dans l'AIIAO, 2015b, p. 78).

**Réminiscence :** « Un groupe de travail ou une approche individuelle structurés à stimuler et à parler des souvenirs personnels » (Housden, 2009, p. 30).

**Sensibilité culturelle :** « Conscientisation, compréhension et attitude envers une culture, l'accent est mis sur la conscience de soi et sur la vision » (AIIAO, 2007, p. 71).

**Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille :** « Une approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille fait appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes individuelles et les habilite afin qu'elles puissent être de véritables partenaires de leurs fournisseurs de soins de santé. Cette approche inclut les thèmes et les attributs communs suivants :

- Encourager les relations et la confiance
- Habilitier la personne à participer activement au processus décisionnel concernant ses soins de santé (indépendance et autonomie, droit à l'autodétermination)
- Communiquer les options fondées sur des données probantes pour les soins, la formation et les renseignements qui sont impartiaux, clairs et compréhensibles afin de soutenir la prise de décision par la personne;
- Respecter la personne et personnaliser les soins en contribuant à promouvoir ses points forts, sa connaissance de soi, ses préférences et ses objectifs en matière de soins fondés sur ses croyances, ses valeurs, sa culture et son expérience de la santé
- Assurer le confort physique dans un milieu qui favorise la guérison
- Offrir du soutien affectif et être sympathique
- S'assurer de la continuité des soins durant les transitions
- S'assurer de la capacité d'une personne à recevoir les soins et les services au moment où elle en a besoin
- Établir un partenariat avec la personne et sa famille dans le domaine de la réforme du système de santé afin d'améliorer la qualité, la prestation et la conception des soins et des services à tous les niveaux (micro, méso et macro)
- Communiquer efficacement dans une relation thérapeutique afin de promouvoir de véritables partenariats en soins de santé
- Prendre soin des personnes, de leur famille et des communautés en s'intéressant aux déterminants de la santé (promotion de la santé et prévention des maladies) » (AIIAO, 2015b, p. 75).

**Soins de longue durée :** Cette ligne directrice utilise le terme de soins de longue durée (SLD) de façon générique. Le terme désigne « tout logement-foyer, créé pour des personnes âgées et d'autres personnes souffrant de maladies chroniques, d'incapacités et/ou de déficiences dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), qui nécessitent des soins infirmiers compétents sur une base quotidienne. Ces logements-foyers incluent, par exemple, des établissements connus sous le nom de maison de soins infirmiers et d'établissement de soins complexes. » (CCSMPA, 2006, p. 8).

**Stade (de la démence) :** dans cette ligne directrice, le terme « stade » est utilisé à des fins d'harmonisation terminologique avec ce qui est actuellement en usage dans la documentation. Cependant, le comité d'experts souligne que la terminologie évolue, et que les praticiens pourraient plutôt citer le *degré de trouble cognitif* ou le *degré de déclin cognitif* associés à la démence.

La maladie d'Alzheimer peut aussi être décrite en termes de forme légère (stade initial), de forme modérée (stade intermédiaire) ou de forme grave (stade avancé) (Alzheimer's Association, 2016c).

**Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) :** Un terme utilisé pour décrire la façon dont une personne atteinte de démence exprime ses besoins et manifeste ses symptômes de démence, ce qui peut notamment se faire par des sautes d'humeur, des idées délirantes, l'apathie, l'agitation, l'errance, les appels, les questions répétées et la désinhibition sexuelle (Moniz Cook et coll., 2012). D'autres expressions employées pour décrire les SCPD comprennent « symptômes neuropsychiatriques », « symptômes comportementaux et émotionnels », « comportements fondés sur les besoins », « comportements réactifs », « expressions personnelles » et « comportements expressifs ». Voir la discussion sous Intention et champ d'activité.

**Symptômes neuropsychiatriques :** « Les symptômes neuropsychiatriques sont courants au niveau de la démence et la majorité des individus souffrant de démence avancée ont un ou plusieurs symptômes, les plus courants sont l'agitation ou le comportement agressif, la dépression, l'apathie ou le retrait, la psychose et le comportement moteur déviant » (Kverno et coll., 2008; Zuidema et coll., 2007, comme cité dans Kverno et coll., 2009, p. 825).

**Syndrome des états crépusculaires :** Terme utilisé pour se référer à l'expérience des gens souffrant d'Alzheimer et de démence avec des « problèmes de sommeil ou d'augmentations de problèmes de comportement qui commencent au crépuscule et durent la nuit » (Alzheimer's Association, 2016b, para. 1).

**Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :** « approche thérapeutique collaborative et structurée exigeant une formation appropriée et une supervision continue. La TCC vise à établir des liens explicites entre la pensée, les émotions, la physiologie et le comportement, surtout par des expériences comportementales et une découverte orientée, afin d'obtenir un changement systématique dans les croyances sous-jacentes et les types de comportements, qui seraient à l'origine des problèmes psychologiques et les perpétueraient. » (SIGN, 2010, p. 27).

**Thérapie comportementale :** « la thérapie comportementale vise la cognition et les émotions négatives associées à la dépression de façon indirecte. Elle a été décrite comme étant différente des approches cognitives traditionnelles dans la mesure où elle aide les patients à modifier leur environnement et non leur pensée. » (Samad et coll., 2011, p. 1212).

**Thérapie fondée sur la résolution de problèmes :** « intervention psychologique courte et ciblée par une personne ayant reçu une formation sur les approches de résolution de problèmes. Il s'agit d'interventions, souvent très personnalisées et axées de façon pragmatique, dans le cadre desquelles le professionnel et la personne ciblée passent par une série d'étapes définies pour préciser les problèmes de la personne et ses objectifs souhaités, génèrent des solutions possibles, et contribuent à la mise en œuvre de la solution choisie » (SIGN, 2010, p. 27).

**Thérapie interpersonnelle (TIP) :** « intervention en temps limité qui vise à réduire les symptômes d'une personne en s'efforçant d'améliorer la qualité de ses relations interpersonnelles. La TIP est axée sur des problèmes interpersonnels précis comme le deuil, la transition de rôle et les disputes interpersonnelles. Une alliance positive thérapeutique est encouragée, et une gamme de stratégies thérapeutiques sont utilisées pour favoriser l'expression ouverte d'affect et la résolution de problème. La littéracie du patient n'est pas requise. » (SIGN, 2010, p. 27).

**Transitions des soins :** « Une série de mesures conçues pour s'assurer de la coordination et de la continuité des soins de façon efficace et sécuritaire dans un milieu, entre deux milieux et dans l'ensemble des milieux, lorsque l'état de santé d'une personne, ses besoins en santé, ses fournisseurs de soins de santé ou l'endroit où elle se trouve changent » (Coleman et Boulton, 2003, comme cité dans l'AIIAO, 2014b, p. 66).

**Trouble cognitif léger :** « le trouble cognitif léger (TCL) cause un léger déclin des capacités cognitives, qui est cependant perçu et mesurable, notamment la mémoire et les capacités de raisonnement. ... [L]es changements ne sont pas graves au point où ils gênent les activités de la vie quotidienne ou le fonctionnement autonome » (Alzheimer's Association, 2016a, par. 1). Les personnes atteintes de TCL ont un risque accru de souffrir de démence et, dans bien des cas, le TCL est un indicateur des premiers stades de la démence. (Alzheimer's Association, 2016a).

**Validé (valide) :** dans cette ligne directrice, le terme *outil valide* ou *validé* est utilisé à des fins d'harmonisation terminologique avec ce qui est actuellement en usage dans la documentation et les lignes directrices cliniques. La validité est définie comme « le degré atteint par un instrument lorsqu'il mesure ce qu'il a été conçu pour mesurer » (Polit et coll., 2001, p. 473). Le comité d'experts reconnaît que la *fiabilité* est un autre facteur important qui devrait être pris en considération lorsque l'on utilise des outils.

## Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a pris l'engagement de s'assurer que cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est élaborée à l'aide des meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

Pour cette ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section sur le comité d'experts de l'AIIAO au début de la présente ligne directrice). Un examen systématique des données probantes s'est appuyé sur l'intention et le champ d'activité, et a été soutenu par les quatre questions de recherche ci-dessous. L'examen systématique a saisi des lignes directrices ainsi que des documents pertinents de la littérature examinés par des pairs, publiés entre janvier 2009 et mars 2015. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour orienter l'examen systématique :

1. Quelles sont les méthodes de dépistage et d'évaluation les plus efficaces, utilisées par les infirmières pour les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression?
2. Quelles sont les approches les plus efficaces pour prendre en charge les personnes âgées atteintes de délire, de démence et de dépression?
3. De quelles stratégies d'enseignement et de formation (dans les curriculums de base, la formation en pratique avancée ou les programmes de perfectionnement professionnel) les infirmières ont-elles besoin pour évaluer et prendre en charge efficacement les personnes âgées atteintes de délire, de démence et/ou de dépression?
4. Quelles politiques et structures organisationnelles sont nécessaires pour permettre aux infirmières d'évaluer et de prendre en charge les personnes âgées atteintes de délire, de démence et/ou de dépression?

Cette ligne directrice est le résultat du travail du comité d'experts et de l'équipe de développement de lignes directrices de l'AIIAO pour intégrer les preuves les plus récentes et les plus probantes, et assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de cette ligne directrice avec les preuves à l'appui ou le consensus du comité d'experts<sup>6</sup>.

# Annexe C : Processus d'examen systématique et stratégie de recherche

## Examen de la ligne directrice

La coordonnatrice de projet de l'équipe d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO a effectué une recherche parmi une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et les autres formes de contenu pertinent publiées entre janvier 2009 et mars 2015. Cette liste a été compilée en se basant sur les connaissances existantes provenant des sites Web de pratique fondée sur les données probantes et sur les recommandations formulées dans la documentation. En outre, on a demandé aux membres du comité d'experts de suggérer des lignes directrices supplémentaires. (Voir l'**Organigramme du processus d'examen des lignes directrices** à la page 125). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion sont disponibles en ligne à [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca)

Le directeur du programme de BPG et les associés de recherche en soins infirmiers ont évalué 21 lignes directrices internationales à l'aide de le *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II* (Brouwers et coll., 2010). Les lignes directrices ayant obtenu une note de trois ou moins ont été jugées de faible qualité et exclues. Les lignes directrices ayant obtenu une note de quatre ou cinq ont été jugées de qualité moyenne, et celles avec une note de six ou sept, ont été considérées de haute qualité. Les 17 lignes directrices suivantes (jugées de qualité moyenne ou de haute qualité) ont été sélectionnées pour éclairer les recommandations et les discussions sur les données probantes :

American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults (comité d'experts de la société américaine de gériatrie sur le délire postopératoire chez les personnes âgées). (2014). *American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults (Ligne directrice de la pratique clinique de la société américaine de gériatrie sur le délire postopératoire chez les personnes âgées)*. New York, NY: American Geriatrics Society.

American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults (comité d'experts de la société américaine de gériatrie sur le délire postopératoire chez les personnes âgées). (2015). Postoperative delirium in older adults: Best practice statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(2), 136–148.

American Medical Directors Association. (2008). *Delirium and acute problematic behavior in the long-term care setting*. Columbia, MD : Auteur. Remarque : l'AMDA a réaffirmé l'actualité de cette ligne directrice en 2013.]

American Medical Directors Association. (2011). *Depression in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.

American Medical Directors Association. (2012). *Dementia in the long-term care setting*. Columbia, MD: Author.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2010). *Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life (Ligne directrice pour l'évaluation et le traitement du délire chez les adultes plus âgés à la fin de la vie)*. Toronto, ON: Author.

Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias (groupe d'élaboration de la ligne directrice de pratique clinique sur les soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de d'autres démences). (2010). *Clinical Practice Guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias (Ligne directrice de pratique clinique sur les soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de d'autres démences)*. Tiré de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_comp\\_eng.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_comp_eng.pdf)

- Gage, L. et Hogan, D. B. (2014). B. (2014) *2014 CCSMH guideline update: The assessment and treatment of delirium*. Directrice, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Tiré de <http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/2014-ccsmh-Guideline-Update-Delirium.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Depression in adults: The treatment and management of depression in adults*. Londres, R.-U. : Auteur.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. Londres, R.-U. : Auteur.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. Londres, R.-U. : Auteur.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2012). *Delirium: Evidence update April 2012*. Londres, R.-U. : Auteur.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2012). *Delirium: Evidence update April 2012*. Londres, R.-U. : Auteur.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2013). *Common mental health disorders: Evidence update March 2013*. Londres, R.-U. : Auteur.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults*. Edinburgh, R.-U. : Auteur.
- Trangle, M., Gursky, J., Haight, R., Hardwig, J., Hinnenkamp, T., Kessler, D. ... Myszkowski, M. (2016). *Adult depression in primary care*. Tiré du site Web de l'Institut pour les améliorations des systèmes cliniques : [https://www.icsi.org/\\_asset/fnhdm3/Depr.pdf](https://www.icsi.org/_asset/fnhdm3/Depr.pdf)
- U.S. Preventative Services Task Force. (2014). *Cognitive impairment in older adults: Screening*. Tiré de <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cognitive-impairment-in-older-adults-screening>
- Organisation mondiale de la Santé. (2012/2015). *Evidence-based recommendations for management of dementia in nonspecialized health settings*. Tiré de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2012/2015). *Evidence-based recommendations for management of depression in nonspecialized health settings*. Tiré de [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/en/)

## Examen systématique

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion créés en collaboration avec le comité d'experts de l'AIIAO, a été préparée par l'équipe de recherche de l'AIIAO et un(e) bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents, publiés en anglais entre octobre 2009 et avril 2015, a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews and Cochrane Central Register of Controlled Trials), EMBASE, et PsychINFO; l'Education Resources Information Center (ERIC) n'a été utilisé que pour la question trois. En plus de cette recherche méthodique, on a demandé aux membres du comité d'experts d'examiner des bibliothèques personnelles à la recherche d'articles clés qui n'ont pu être trouvés à l'aide des stratégies précitées.

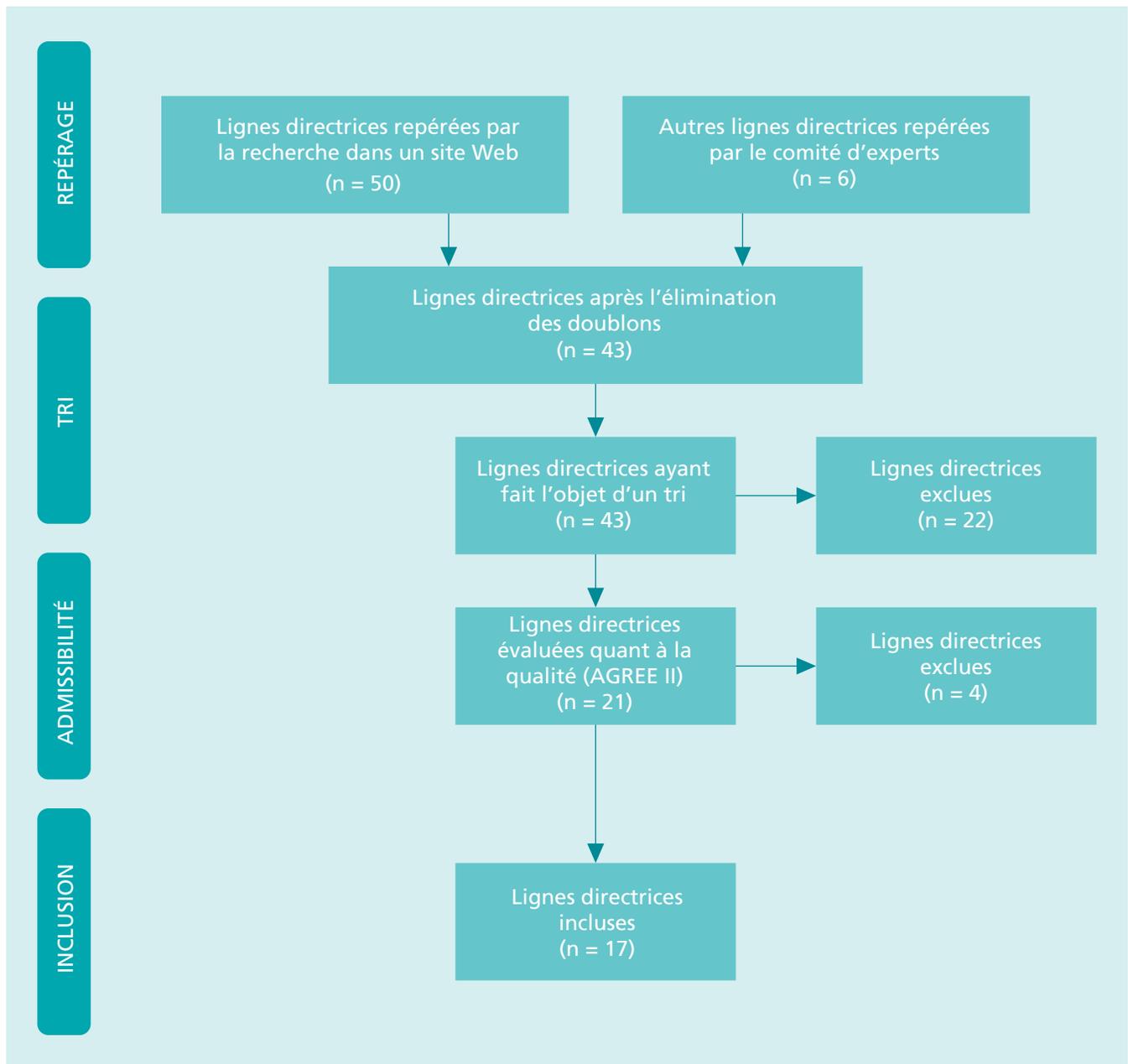
Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche pour l'examen systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche, sont disponibles au [www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression](http://www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression)

Lorsque les articles ont été récupérés, deux associées de recherche en sciences infirmières (infirmières titulaires d'une maîtrise) de l'AIIAO ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Tout désaccord à cette étape a été résolu par la voix prépondérante de la personne gestionnaire du projet.

Les scores d'évaluation de la qualité pour 24 articles (un échantillon aléatoire d'environ 20 % des articles admissibles à l'extraction de données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués de façon indépendante par les associées de recherche en sciences infirmières de l'AIIAO. La qualité a été évaluée à l'aide d'AMSTAR (un outil de mesure pour évaluer les examens systématiques; voir <http://amstar.ca/index.php>) et le système de pointage de l'AIIAO selon lequel les examens sont faibles, modérés ou forts selon leurs pointages de qualité. Les associées de recherche en sciences infirmières ont obtenu une concordance interévaluateurs acceptable (kappa,  $K = 0,81$ ), ce qui a justifié l'évaluation de la qualité et l'extraction de données pour les études restantes. Les études restantes ont été divisées également entre les deux associées de recherche pour l'évaluation de la qualité et l'extraction de données (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Un résumé narratif final des résultats obtenus dans la documentation a été effectué. Les tableaux de données et le résumé narratif ont été fournis à tous les membres du comité d'experts aux fins d'examen et de discussion.

Une bibliographie complète de tous les textes complets d'articles examinés aux fins d'inclusion est disponible à : [www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression](http://www.RNAO.ca/bpg/Delirium-Dementia-Depression)

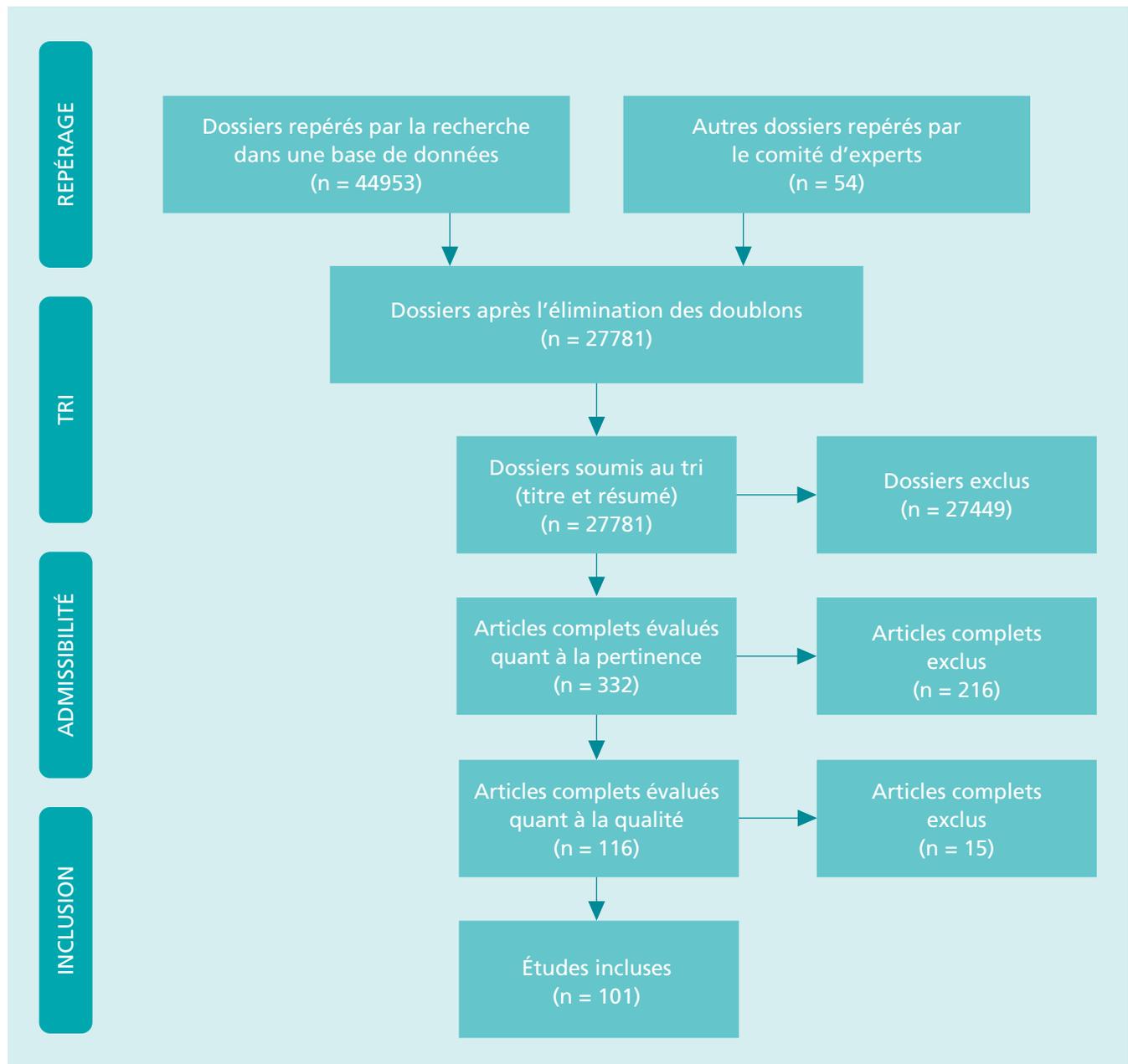
## Organigramme du processus d'examen des lignes directrices



Les lignes directrices incluses présentaient une note AGREE II de quatre ou plus (sur sept).

Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: *BMJ*, 339. doi:10.1136/bmj.b2535

## Organigramme du processus d'examen des articles



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: *BMJ*, 339. doi:10.1136/bmj.b2535

## Annexe D : Comparaison des caractéristiques cliniques du délire, de la démence et de la dépression

ÉLÉMENT	LE DÉLIRE	LA DÉMENCE	LA DÉPRESSION
<b>Début d'action</b>	Grave	Chronique déclin progressif	Variable; peut apparaître brutalement et coïncider avec des changements au cours de la vie
<b>Cours</b>	Court, fluctuant et même pire la nuit	Perte longue, progressive et stable au fin du temps	Effets diurnes; typiquement pires le matin
<b>Durée</b>	Typiquement court (quelques heures jusqu'à moins d'un mois) Peut être persistant	Chronique (mois à années)	Signes et symptômes présents pendant au moins 2 semaines, mais peuvent persister
<b>Vigilance</b>	Léthargique ou hyper-vigilant Fluctue	Normal jusqu'au stage final	Normal
<b>Attention</b>	Inattention Non concentré Distrait Fluctue	Généralement normal Peut diminuer avec la progression de la maladie	Déficience minimale Distractible Pauvre concentration
<b>Orientation</b>	Peut être déficiente Fluctue en gravité	Augmentation de la déficience avec le temps	Sélectivement intact Répond « Je ne sais pas »
<b>Mémoire</b>	Trouble de la mémoire récente	Trouble de la mémoire récente La mémoire distante est davantage troublée avec la progression de la maladie	Trouble sélectif ou partiel, « îles » de mémoire intacts
<b>Pensée</b>	Mal organisé Déconnectée Tangentielle Divagation Incohérente	Difficultés avec la pensée abstraite Jugement faible	Intact; thèmes de désespoir, impuissance et culpabilité; rumination
<b>Perception</b>	Hallucinations ayant débuté soudainement, délires ou illusions courants	Peut être de longue date (p.ex., démence avec corps de Lewy) ou peut se produire au stade final de la maladie (p.ex., démence d'Alzheimer)	Rarement déficient; hallucinations absentes sauf dans les cas graves (psychose)

Créé par Dianne Rossy et Laura Wilding, L'Hôpital d'Ottawa. Réimpression autorisée.

## Annexe E : Types de démence

La démence décrit les symptômes qui se manifestent lorsque le cerveau est touché par certains problèmes ou maladies. Ce tableau donne un aperçu des types les plus courants de démence. Il est important de ne pas oublier que les symptômes et l'évolution de la démence peuvent varier considérablement entre différentes personnes.

TYPE DE DÉMENCE	DESCRIPTION
<b>Maladie d'Alzheimer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La maladie d'Alzheimer's est la cause la plus fréquente de la démence.</li> <li>■ Causée par des « plaques » et des « amas » de protéines accumulées dans le cerveau</li> <li>■ Évolution la plus lente en moyenne (les symptômes sont généralement légers au début et s'aggravent avec le temps)</li> <li>■ Évolution en trois stades généralement :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Stade initial (symptômes légers)</li> <li>□ Stade intermédiaire (symptômes modérés)</li> <li>□ Stade avancé (symptômes graves)</li> </ul> </li> <li>■ Symptômes au stade initial :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Absences de mémoire à court terme (p. ex., difficulté à se souvenir d'événements récents et à apprendre des choses nouvelles)</li> <li>□ Difficulté à réfléchir, à résoudre des problèmes, à s'orienter et/ou à parler</li> <li>□ Changements au niveau de l'humeur (p. ex., apathie, dépression, irritabilité)</li> </ul> </li> <li>■ Symptômes au stade intermédiaire :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Aggravation de la perte de mémoire, difficulté à communiquer, problèmes de raisonnement et d'orientation</li> <li>□ Prise de conscience réduite de l'environnement (possibilité de s'égarer*)</li> <li>□ Confusion accrue</li> <li>□ Idées délirantes et/ou hallucinations possibles</li> <li>□ Agitation (p. ex., être fébrile ou faire les cent pas), appels, répétition de la même question, et/ou épisodes de sommeil perturbé possibles</li> </ul> </li> <li>■ Symptômes au stade avancé :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Perte de mémoire qui peut être très évidente (y compris les problèmes de mémoire à plus long terme*)</li> <li>□ Augmentation de la faiblesse physique (risque accru de chutes*)</li> <li>□ Détérioration du langage* et perte de la capacité d'élocution</li> <li>□ Paranoïa possible*</li> <li>□ Fébrilité et agitation possibles</li> </ul> </li> <li>■ Facteurs de risque :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Âge (plus de 65 ans)</li> <li>□ Sexe (femme)</li> <li>□ Héritage génétique (parents au premier degré*)</li> <li>□ État de santé et mode de vie (p. ex., diabète, AVC, problèmes cardiaques, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé et obésité dans la quarantaine, dépression qui se manifeste en fin de vie*)</li> </ul> </li> <li>■ Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent en moyenne de huit à dix ans après l'apparition des premiers symptômes.</li> <li>■ Souvent, le diagnostic est retardé, et il est possible que la personne atteinte ne le reçoive qu'après deux ou trois ans*.</li> </ul>

TYPE DE DÉMENCE	DESCRIPTION
<b>Démence vasculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Causée par la mort de cellules cérébrales en raison d'un manque d'oxygène</li> <li>■ Deux types : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Démence vasculaire sous-corticale : associée à des maladies des petits vaisseaux sanguins qui résident profondément dans le cerveau <ul style="list-style-type: none"> <li>○ se développe habituellement graduellement et progresse lentement (similaire à la démence d'Alzheimer)</li> </ul> </li> <li>□ Démence associée à l'AVC : liée à l'AVC ou après celui-ci (ou plusieurs petits AVC) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ peut suivre une progression «à étapes» (particulièrement si plusieurs AVC causent plus de dommages au cerveau)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ Les symptômes de la démence vasculaire sont semblables à ceux de la maladie d'Alzheimer, surtout au cours des stades plus avancés.</li> <li>■ Les premiers signes incluent les suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Difficulté à planifier, à organiser ou à suivre des étapes</li> <li>□ Réflexion ralentie</li> <li>□ Problèmes de concentration</li> <li>□ Courtes périodes de confusion</li> <li>□ Apathie, changements d'humeur et expression émotionnelle plus marquée qu'habituellement</li> <li>□ Anxiété et dépression</li> <li>□ Désinhibition et impulsivité*</li> </ul> </li> <li>■ Les personnes atteintes de démence vasculaire vivent en moyenne environ 5 ans après l'apparition des symptômes.</li> </ul>
<b>Démence mixte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Plus d'un type de démence simultanément</li> <li>■ La combinaison la plus commune comprend la démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer.</li> <li>■ Les symptômes peuvent inclure ceux de tous les types de démence, qui sont présents.</li> </ul>
<b>Démence à corps de Lewy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Causée par des dépôts de protéines dans le cerveau (présence de corps de Lewy*), qui endommagent et tuent les cellules nerveuses</li> <li>■ Les problèmes de mémoire se manifestent lentement et évoluent graduellement (comme dans la maladie d'Alzheimer); en général cependant, les problèmes de mobilité progressent rapidement.*</li> <li>■ Symptômes : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Variation dans l'attention et l'éveil (d'un jour à l'autre ou à différentes heures de la journée; les fluctuations peuvent imiter le délire*)</li> <li>□ Hallucinations auditives, perceptions erronées et/ou hallucinations visuelles récurrentes*</li> <li>□ Problèmes au niveau du mouvement (semblables à ceux de la maladie de Parkinson, qui est aussi causée par les corps de Lewy)</li> <li>□ Problèmes au niveau de l'équilibre et de la perception de la profondeur; syncope et risque accru de chutes</li> <li>□ Sensibilités neuroleptiques graves en présence d'antipsychotiques atypiques*</li> </ul> </li> <li>■ Les personnes atteintes de démence à corps de Lewy vivent en moyenne de 6 à 12 ans.</li> </ul>

TYPE DE DÉMENCE	DESCRIPTION
<b>Démence fronto-temporale (p. ex., maladie de Pick)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Causée par une contraction grave du tissu cérébral et la mort des cellules nerveuses dans les lobes frontaux et/ou temporaux, phénomène qui est associé à des protéines anormales (p. ex., corps de Pick) à l'intérieur des cellules</li> <li>■ Déficits de sérotonine*</li> <li>■ Diagnostiquée à une fréquence supérieure chez des personnes plus jeunes que celles atteintes d'autres types de démence</li> <li>■ Trois types :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Variante comportementale (plus commune)</li> <li>□ Variantes sur le plan du langage :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aphasie progressive, non fluente</li> <li>○ Démence sémantique</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>■ Symptômes de la variante comportementale :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Perte d'inhibitions (p. ex., comportement inapproprié sur le plan social, présence possible de pica)</li> <li>□ Diminution de l'intérêt et de la motivation</li> <li>□ Dépression grave, apathie, retrait*</li> <li>□ Perte d'empathie, comportement centré sur soi</li> <li>□ Comportements répétitifs, actions compulsives</li> </ul> </li> <li>■ Symptômes de la variante sur le plan du langage :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Difficulté à parler (évolution lente)</li> <li>□ Aphasie : difficulté à parler, erreurs grammaticales (p. ex., omission de mots liens comme « le, la »), difficulté à comprendre des phrases (mais aucune difficulté à comprendre des mots)</li> <li>□ Démence sémantique : perte de vocabulaire et disparition de la signification des mots, difficulté à reconnaître des personnes ou des objets</li> <li>□ La mémoire demeure relativement intacte au début de la démence fronto-temporale, étant donné que les changements sur le plan du langage se produisent d'abord*.</li> </ul> </li> <li>■ Symptômes à un stade plus avancé :             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ À mesure que la démence fronto-temporale évolue, les personnes atteintes d'un type de démence présentent les symptômes de l'autre type (c.-à-d. que les personnes qui présentent des symptômes de la variante comportementale ont des problèmes de langage, et les personnes atteintes de la variante sur le plan de la langue ont des problèmes comportementaux).</li> <li>□ Autres symptômes semblables à ceux des stades plus avancés de la maladie d'Alzheimer</li> </ul> </li> <li>■ Les personnes atteintes de la démence fronto-temporale présentent parfois des troubles moteurs (muscles raides, mouvements maladroits, spasticité*)</li> <li>■ Peut être héréditaire</li> <li>■ L'espérance de vie est estimée à environ huit ans après l'apparition des symptômes</li> </ul>

Remarque : Le contenu ajouté par le comité d'experts est suivi d'un astérisque (\*).  
 Source: Adapté de l'Alzheimer's Society, 2016.

## Annexe F : Ressources pour une pharmacothérapie optimale chez les personnes âgées

La liste des ressources qui suit n'est pas exhaustive, mais présente plutôt des sélections repérées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou grâce aux commentaires des intervenants externes. L'inclusion dans cette liste ne représente pas une approbation de l'AIIAO.

RESSOURCE	DESCRIPTION DE LA RESSOURCE	ACCÈS INTERNET
<b>Critères de Beers</b>	<p>Indiquent les classes de médicaments qui doivent être évités ou utilisés avec prudence par les personnes âgées.</p> <p>Des cartes de poche peuvent être achetées en visitant le site Web de l'American Geriatrics Society.</p> <p>Pour une description du rôle de l'infirmière en ce qui concerne les critères de Beers, veuillez consulter Fick, D. M. et Resnick, B. (2012). M. et Resnick, B. (2012) 2012 Beers Criteria update: How should practicing nurses use the criteria? <i>Journal of Gerontological Nursing</i>, 38(6), 3-5.</p>	<p>Voir la <i>American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults</i> à <a href="https://www.guideline.gov/content.aspx?id=49933">https://www.guideline.gov/content.aspx?id=49933</a></p>
<b>Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)</b>	<p>La CCSMPA fournit des lignes directrices cliniques, des outils et des ressources spécifiques au délire, à la dépression et au suicide, y compris l'information pharmacologique, dans son document intitulé <i>2014 CCSMH Guideline Update for the Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes: Focus on Mood and Behaviour Symptoms</i> (Conn, D, Gibson, M et McCabe, D., 2014).</p>	<p><a href="http://www.ccsmh.ca/">http://www.ccsmh.ca/</a></p>
<b>Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD)</b>	<p>Le ReCaD est un groupe constitué de personnes engagées dans l'amélioration de la santé des Canadiens à travers la réduction de l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés et l'amélioration de l'accès à des traitements non médicamenteux.</p>	<p><a href="http://deprescribing.org/fr/canadian-deprescribing-network-caden/">http://deprescribing.org/fr/canadian-deprescribing-network-caden/</a></p>
<b>Institut canadien pour la sécurité des patients</b>	<p>Offre une trousse de départ relative au bilan comparatif des médicaments pour les soins à domicile, les soins de courte durée et les soins de longue durée, qui vise à prévenir des événements indésirables liés aux médicaments en mettant en œuvre un processus de bilan comparatif lors de l'admission, du transfert ou du congé.</p>	<p><a href="http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/med-rec-resources-getting-started-kit.aspx">http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/pages/med-rec-resources-getting-started-kit.aspx</a></p>

RESSOURCE	DESCRIPTION DE LA RESSOURCE	ACCÈS INTERNET
<b>Centre for Effective Practice (CEC)</b>	Le CEC offre un outil conçu pour aider les fournisseurs à comprendre, à évaluer et à prendre en charge les résidents de foyers de soins de longue durée, qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, en mettant l'accent sur les antipsychotiques. Voir « Antipsychotics and Dementia » (antipsychotiques et démence) dans Tools (outils).	<a href="http://effectivepractice.org/">http://effectivepractice.org/</a>
<b>Geriatrics Interprofessional Interorganizational Collaboration (GIIC)</b>	Offre des renseignements et des outils de poche sur l'utilisation de médicaments par des personnes âgées, comme une liste de médicaments qui peuvent contribuer au délire, ainsi que de l'information sur la polypharmacie.	<a href="http://giic.rgps.on.ca/">http://giic.rgps.on.ca/</a>
<b>Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada)</b>	ISMP Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé.	<a href="https://www.ismp-canada.org/">https://www.ismp-canada.org/</a>
<b>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).</b>	NICE offre des lignes directrices cliniques sur le délire, la démence et la dépression, des cheminements cliniques, des normes de qualité (p. ex., sur les médicaments antipsychotiques pour les personnes en détresse), ainsi que d'autres outils et ressources pour les fournisseurs de soins de santé.	<a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a>
<b>RX Files</b>	RxFiles est un programme de formation continue offrant des renseignements objectifs en pharmacothérapie comparative aux cliniciens. Des renseignements détaillés et des outils sont disponibles pour aider les fournisseurs de première ligne à optimiser la pharmacothérapie (p. ex., la Reference List of Drugs with Anticholinergic Effects [liste de référence des médicaments à effet anticholinergique]).	<a href="http://www.rxfiles.ca/rxfiles/Home.aspx">http://www.rxfiles.ca/rxfiles/Home.aspx</a>
<b>Critères STOPP/START</b>	Ces critères visent les ordonnances potentiellement inappropriées pour les personnes âgées, y compris un outil de dépistage des ordonnances des personnes âgées (STOPP) et un autre outil pour signaler le bon traitement (START).	Voir O'Mahony, D., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Hamilton, H., Barry, P., ... (2010) A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. <i>European Geriatric Medicine</i> , 1(1), 45–51.

## Annexe G : Facteurs de risque du délire et interventions

La documentation et les lignes directrices cliniques signalent divers facteurs de risque prédisposants et précipitants pour le délire.

**Le texte en gras** indique les facteurs de risque particulièrement élevé. Les fournisseurs de soins de santé ont la possibilité d'utiliser diverses interventions préventives qui sont personnalisées en tenant compte de facteurs de risque précipitants précis. Dans le deuxième tableau, on présente des exemples d'interventions précises, citées dans la documentation, accompagnées des facteurs de risques associés. Même si cette liste n'est pas exhaustive, elle inclut les interventions et les facteurs de risque les plus fréquemment cités dans la documentation. Des interventions et des facteurs de risque particuliers sont plus pertinents pour certains secteurs de soins de santé que pour d'autres.

FACTEURS DE RISQUE
Remarque : voir ci-dessous les facteurs de risque avec les interventions associées
<b>Âge avancé (plus de 65 ou 70 ans)</b>
Consommation ou abus d'alcool
<b>Dépression</b>
Une chirurgie étendue qui provoque un stress physiologique plus important que prévu (p.ex., perte de sang plus importante, durée de l'opération ou étendue de la dissection) (p.ex., <b>chirurgie cardiaque</b> )
<b>Fracture de la hanche</b>
Antécédents de délire
<b>Maladie grave</b> ou poids de la comorbidité

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS	
Facteur de risque	Exemple d'intervention
Déficience cognitive, démence, désorientation	Orientation/réorientation cognitive Aides environnementales : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ éclairage adéquat</li> <li>■ signal clair</li> <li>■ horloge</li> <li>■ calendrier</li> </ul> Éviter de changer de pièce inutilement Communiquer clairement
Privation sensorielle, isolement	Activités stimulantes sur le plan thérapeutique ou de la cognition : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ activités ayant une valeur personnelle et stimulation dans un contexte familial</li> <li>■ réminiscence<sup>6</sup></li> <li>■ visites par des membres de la famille et des amis</li> </ul> Remarque : éviter l'isolement, la privation sensorielle et la surcharge sensorielle inutiles
Déficience sensorielle (p. ex., déficience auditive ou visuelle)	Optimiser la fonction sensorielle en : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ s'assurant que les appareils auditifs et les aides visuelles sont disponibles et en bon état de fonctionnement</li> <li>■ s'assurant que l'éclairage est adéquat</li> <li>■ en trouvant un moyen d'éliminer la déficience (dans les cas réversibles) (p. ex., un bouchon de cérumen)</li> </ul>
Infection, fièvre	Repérer la présence d'infection, le cas échéant, et offrir le traitement nécessaire

Le tableau continue à la prochaine page.

FACTEURS DE RISQUE ET INTERVENTIONS	
Facteur de risque	Exemple d'intervention
Présence d'un cathéter urinaire	Éviter le cathétérisme inutile Procéder au dépistage de l'infection des voies urinaires et offrir le traitement nécessaire Retirer les sondes à demeure aussi tôt que possible Envisager l'utilisation d'un cathéter temporaire plutôt que d'une sonde à demeure
Déshydratation ou constipation  Anormalités au niveau des électrolytes (hyper ou hyponatrémie)  Anormalités au niveau des taux de sodium ou de potassium ou de calcium	Surveiller la nutrition, l'hydratation et les fonctions vésicale et intestinale  Prévenir la perturbation des électrolytes ou la déshydratation en : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ en s'assurant d'un apport adéquat en liquides;</li> <li>■ en envisageant d'administrer une solution sous-cutanée ou intraveineuse, au besoin</li> <li>■ en rétablissant les taux sériques de sodium, de potassium et de glucose à leurs limites normales</li> </ul> en portant une attention spéciale aux personnes qui sont à un risque accru de déshydratation (c.-à-d. celles qui prennent des diurétiques, qui souffrent de diarrhée, de pneumonie, d'infection des voies urinaires, etc.)
Malnutrition	Suivre les conseils de soutien au niveau de l'alimentation Maintenir un apport adéquat des nutriments et du glucose S'assurer de l'ajustement adéquat des prothèses Prendre le temps d'ouvrir les emballages alimentaires/d'arranger le plateau des aliments Encourager la famille à être présente aux heures de repas pour aider avec l'alimentation
Anémie	Déterminer et prendre en charge les causes de l'anémie pour lesquelles il existe un traitement
Hypoxie	Optimiser l'oxygénation et surveiller les niveaux de saturation de l'oxygène
Douleur qui n'est pas soulagée adéquatement	Évaluer, surveiller et soulager la douleur
Privation ou trouble du sommeil	Promouvoir un sommeil de haute qualité Utiliser des méthodes d'amélioration du sommeil non pharmacologiques  Éviter les procédures de soins infirmiers ou médicales lors des heures de sommeil, et planifier les tours de médication pour éviter de déranger le sommeil, le cas échéant  Réduire le bruit et la lumière à un minimum lors des heures de sommeil
Immobilisation ou mobilité limitée : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilisation d'un moyen de contention</li> <li>■ Repos au lit prolongé ou sédation, immobilité après une chirurgie</li> </ul>	Éviter les moyens de contention Réduire au minimum l'utilisation de dispositifs médicaux (p. ex., lignes intraveineuses, cathéters) qui pourraient restreindre la mobilité ou la fonction Encourager la mobilisation, y compris : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ marcher (si possible)</li> <li>■ sortir du lit</li> <li>■ faire des exercices d'amplitude de mouvement</li> <li>■ faire des activités d'autogestion</li> </ul> Fournir des aides à la marche au besoin Encourager la mobilisation tôt après la chirurgie Physiothérapie et ergothérapie au besoin (après la chirurgie)
Piètre état fonctionnel/déficience fonctionnelle	
Polypharmacie et utilisation de médicaments à risque élevé (p. ex., médicaments psychoactifs, sédatifs-hypnotiques, benzodiazépines, anticholinergiques, antihistaminiques, mépéridine)	Effectuer un examen des médicaments pour les personnes qui en prennent plusieurs, et modifier les doses ou interrompre l'administration de médicaments qui augmentent le risque de délire lorsque c'est possible

Sources : AGS, 2014; AMDA, 2008; Brooks, 2012; CCSMH, 2010; Clegg et coll., 2014; Gage et Hogan, 2014; Holroyd-Leduc et coll., 2010; Inouye et coll., 2014; Khan et coll., 2012; NICE, 2010.

## Annexe H : Outils de dépistage et d'évaluation

La liste qui suit n'est pas une liste exhaustive des outils de dépistage et d'évaluation, mais présente des suggestions repérées dans le cadre de l'examen systématique, dans les lignes directrices évaluées avec la grille AGREE II, par le groupe d'experts ou par le biais des commentaires des intervenants externes.

L'inclusion d'un outil dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIAO. Veuillez consulter la **Recommandation 15.2** et la discussion sur les données probantes associée afin de tenir compte des commentaires à cet égard lors de la sélection et de l'utilisation des outils. Il est important de sélectionner un outil dont l'utilisation est approprié dans le milieu où vous pratiquez et qui convient à votre discipline.

Certains outils ne sont validés que dans certains milieux particuliers. Une coche figure dans la colonne à l'extrême droite lorsque des études de validation ont pu être repérées.

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
<b>OUTILS APPLICABLES AU DÉLIRE, À LA DÉMENCE OU À LA DÉPRESSION</b>			
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)</i> , par l'American Psychiatric Association	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un outil de classification et de diagnostic des troubles mentaux</li> <li>■ Coût associé à l'utilisation</li> </ul>	<a href="http://www.dsm5.org">www.dsm5.org</a> <a href="http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm">http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm</a>	voir <a href="http://www.dsm5.org">www.dsm5.org</a> pour les détails sur le processus de développement
Extensive Nursing Assessment/Mental Status Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exemple de questions à être utilisées pour les entrevues personnel infirmier-client</li> </ul>	Fortinash, K. M. et Holoday-Worret, P. A. (1999) <i>Psychiatric nursing care plans</i> (3e éd.). St. Louis: Mosby.	
Mini-Cog	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilisé pour évaluer les fonctions de déclaration, de rappel et d'exécution d'une personne</li> <li>■ Évaluation qui peut être exécutée rapidement</li> <li>■ Approprié pour utilisation avec les adultes âgés à divers niveaux de langage et d'alphabétisation, et de différences culturesG</li> </ul>	Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P. et Dokmak, A. (2000). (2000) The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multilingual elderly. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 15(11), 1021-1027.	
Mini Mental Status Examination (MMSE) Note: MMSE is proprietary	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mesure la mémoire, l'orientation, le langage, l'attention, ainsi que les compétences visuospatiales et constructives</li> <li>■ Coût associé à l'utilisation</li> </ul>	Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975) A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 12(3), 189-198.  <a href="http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=MMSE">http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=MMSE</a>	✓
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Évaluation cognitive de Montréal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un test de dépistage de la cognition conçu pour aider les professionnels de la santé à détecter un léger trouble cognitif</li> <li>■ Privilégié pour l'évaluation du dysfonctionnement exécutif</li> </ul>	<a href="http://www.mocatest.org/">http://www.mocatest.org/</a>	✓

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
Échelle d'évaluation de la confusion NEECHAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure les niveaux de confusion dans le traitement, le comportement et la maîtrise physiologique</li> </ul>	Miller, J., Neelon, V., Champagne, M., Bailey, D., Ng'andu, N., Belyea, M., ... (1997) The assessment of acute confusion as part of nursing care. <i>Applied Nursing Research</i> , 10(3), 143-151.	✓
Resident Assessment Instrument (RAI) Minimum Data Set (MDS) (minimum de données standardisées (MDS) de la méthode d'évaluation RAI) d'interRAIMC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outils de collecte de données électroniques</li> <li>Aide à élaborer un plan de soins</li> <li>MDS aide à surveiller l'efficacité d'un plan de soins</li> </ul>	<a href="http://www.interrai.org/">http://www.interrai.org/</a>	✓
<b>OUTILS POUR LE DÉLIRE</b>			
4AT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test d'évaluation rapide du délire et du trouble cognitif</li> <li>Peut servir à évaluer les personnes qui ne peuvent être soumises à un test (p. ex., personnes somnolentes)</li> <li>N'exige pas de formation</li> </ul>	<a href="http://www.the4at.com/">http://www.the4at.com/</a>	✓
Confusion Assessment Method Instrument (CAM) (instrument de la Méthode d'évaluation de la confusion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide à repérer les personnes qui pourraient être atteintes de délire ou qui présentent un état de confusion aiguë</li> <li>Utile pour distinguer le délire de la démence</li> </ul>	Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., et Horwitz, R. i. (1990) The confusion assessment method—A new method for detection of delirium. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 113(12), 941-948. <a href="http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/short-cam/">http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/short-cam/</a>	✓
3D CAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un outil utilisé pour une courte évaluation d'un problème de santé comme le délire</li> <li>Durée approximative du test : trois minutes</li> </ul>	<a href="http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/3dcam/">http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/3dcam/</a>	✓
CAM-ICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide à repérer les personnes qui pourraient être atteintes de délire ou qui présentent un état de confusion aiguë</li> <li>Utile pour distinguer le délire de la démence</li> <li>À utiliser pour les populations des unités de soins intensifs</li> </ul>	Ely, E. Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., ... K. (2001) Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). <i>Critical Care Medicine</i> 2003;29(7):1370-1379.	✓
Delirium Observation Scale (échelle d'observation du délire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil à 13 éléments</li> <li>Administration rapide</li> <li>Saisit les symptômes précoces du délire qui peuvent être observés durant les soins</li> <li>N'exige pas nécessairement une formation spécialisée en soins gériatriques</li> </ul>	Schuermans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., and Luursma, S. A. (2003) The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium. <i>Research and Theory for Nursing Practice</i> , 17(1), 31-50.	✓

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
Delirium Rating Scale—Revised 98 (échelle d'évaluation du délire : révision 98) (DRS-R 98)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Échelle à 16 éléments comportant 13 éléments d'évaluation de la gravité et 3 éléments diagnostiques</li> <li>■ Inclut une échelle de gravité pour reprendre des mesures</li> <li>■ Peut servir à surveiller les patients au cours d'une certaine période</li> </ul>	Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Kanary, K., Norton, J. et Jimerson, N. (2001). (2001) Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98. <i>Journal of Counselling and Clinical Psychology</i> , 13(2), 229-242.	✓
Delirium Symptom Interview (DSI) (entrevue portant sur les symptômes du délire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Questions d'entrevue qui s'alignent avec les critères DSM-III pour le délire</li> <li>■ Conçue pour être administrée (sur une base quotidienne) par des professionnels non cliniciens à des personnes âgées hospitalisées</li> </ul>	Albert, M. S., Levkoff, S. Albert, M. S., Levkoff, S. E., Reilly, C., Liptzin, B., Pilgrim, D., Cleary, P. D., ... D., ... Rowe, J. W. (1992) An interview for the detection of delirium symptoms in hospitalized patients. <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 5(1), 14-21.	✓
I WATCH DEATH	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'utilisation de l'aide-mémoire I-WATCH-DEATH est généralisée dans la pratique clinique pour aider les fournisseurs de soins de santé à se souvenir des causes communes du délire et à soutenir les évaluations au chevet du malade.</li> </ul>	Wise, M. G. (1986) Delirium. In R. e. Hales et S. C Yudofsky (Eds.), <i>American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry</i> (pp. 89-103). American Psychiatric Press Inc.	
Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liste de vérification d'observation des symptômes du délire à huit éléments</li> <li>■ Évaluation durant une période de 8 à 24 heures</li> </ul>	Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S. et Skrobik, Y. (2001) Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. <i>Intensive et Critical Care Nursing</i> , 27(5), 859-864.	✓
Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) (échelle d'évaluation du délire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une échelle conçue pour mesurer la gravité des symptômes du délire</li> <li>■ Peut aider à mesurer les changements dans les symptômes du délire</li> </ul>	Breitbart, W., Rosenfeld, B., Roth, A., Smith, M. J., Cohen, K. et Passik, S. (1997) The memorial delirium assessment scale. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 13(3), 128-137.	✓ validé pour les patients hospitalisés atteints d'un cancer à un stade avancé et du sida
Nursing Delirium Screening Scale (Nu DESC) (échelle de dépistage du délire dans le contexte des soins infirmiers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Échelle d'observation à cinq éléments</li> <li>■ Évaluation qui peut être administrée rapidement</li> <li>■ Continue (observations sur une période de 24 heures)</li> </ul>	Gaudreau, J. Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A. et Roy, M. A. (2005). A. (2005) Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 29(4), 368-375.	✓ milieu hospitalier
PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients) (prédiction du délire chez les patients dans une unité de soins intensifs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Outil à 10 éléments</li> <li>■ Utilise habituellement les données recueillies au cours des 24 premières heures après l'admission à une unité de soins intensifs</li> <li>■ Évalue le risque de délire chez les patients aux soins intensifs</li> </ul>	Van den Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A. J. C., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., Van Der Voort, P. H. J., ... Schoonhoven, L. (2012) Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: <i>British Medical Journal</i> , 344, e420.	✓

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
<p>Recognizing Active Delirium As part of your Routine (RADAR) (savoir reconnaître le délire actif dans le cadre de vos activités routinières)</p> <p>*Remarque : cet outil a été créé par l'un des membres du comité d'experts. Veuillez consulter l'énoncé sur le conflit d'intérêt au début de cette ligne directrice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Processus à trois étapes pour déterminer le délire chez les personnes âgées</li> <li>■ Observation de trois signes d'altération du niveau de conscience et d'inattention à chaque fois qu'un médicament est administré</li> </ul>	<a href="http://radar.fsi.ulaval.ca/?page_id=54">http://radar.fsi.ulaval.ca/?page_id=54</a>	✓
<b>OUTILS POUR LA DÉMENCE</b>			
Pointage de test mental abrégé (AMTS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Test à 10 questions</li> <li>■ Évalue la confusion et les autres déficiences cognitives</li> </ul>	Hodkinson, H. M. (1972) Évaluation d'un pointage de test mental pour l'évaluation de troubles mentaux chez les aînés. <i>Age and Ageing</i> , 1(4), 233-238.	✓ évalué principalement avec les adultes âgés
Examen cognitif d'Addenbrooke (ACE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Test à 100 points</li> <li>■ Évaluation des six domaines cognitifs (orientation, attention, mémoire, fluence verbale, langage et capacité visuospatiale)</li> <li>■ Peut aider à différencier les sous-types de démence</li> </ul>	Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W. et Hodges, J. R. (2000) Une brève batterie de tests cognitifs pour différencier la maladie d'Alzheimer de la démence frontotemporale. <i>Neurology</i> , 55(11), 1613-1620.	✓
Test du dessin de l'horloge	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peut aider à soutenir un diagnostic de démence ou à indiquer les zones de difficultés qu'un client expérimente</li> <li>■ Complète d'autres tests qui visent la mémoire/le langage</li> </ul>	Cockrell, R. et Folstein, M. (1988) Mini-examen de l'état mental. <i>Journal of Psychiatry Research</i> , 24(4), 689-692.  Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975) A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 12(3), 189-198.	
Échelle de Cornell pour la dépression chez les personnes atteintes de démence	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Instrument administré par un clinicien, 9 éléments</li> <li>■ Fournit un classement quantitatif de la dépression chez les individus avec ou sans démence</li> <li>■ Utilise l'information du soignant ainsi que du client</li> </ul>	Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C. et Shamoian, C. A. (1988) Échelle de Cornell pour la dépression chez les personnes atteintes de démence. <i>Biological Psychiatry</i> , 23(3), 271-284.	✓
Batterie d'évaluation frontale (FAB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une batterie de chevet pour aider la présence et la gravité d'un syndrome dysexécutif touchant la cognition et le comportement moteur</li> <li>■ Fournit une mesure pour distinguer la démence frontotemporale de la maladie d'Alzheimer chez les patients légèrement déments (test-diagnostic)</li> </ul>	Dubois, B. et Litvan, I. (2000). (2000) Une batterie d'évaluation frontale au chevet. <i>Neurology</i> , 55(11), 1621-1626.  Slachevsky, A. et Dubois, B. (2004). (2004) Batterie d'évaluation frontale et diagnostic différentiel de la démence frontotemporale et de la maladie d'Alzheimer. <i>Archives of Neurology</i> , 61(7), 1104-1107.	✓

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
Étape d'évaluation fonctionnelle de la maladie d'Alzheimer (FAST)®	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aide à évaluer les changements dans les performances fonctionnelles et les activités de compétences quotidiennes tout au long du cours de la maladie d'Alzheimer</li> </ul>	Scian, S. G. et Reisberg, B. (1992) Functional assessment staging (FAST) in Alzheimers' disease: Reliability, validity, and ordinality. <i>International Psychogeriatrics</i> , 4(3), 55-69.	✓
Échelle des Activités instrumentales Lawton Brody de la vie quotidienne (IADL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilisée pour évaluer les capacités fonctionnelles courantes d'une personne par rapport aux IADL, comme l'utilisation du téléphone, le magasinage et la préparation des aliments</li> </ul>	Lawton, M. P. et Brody, E. M. (1969) Auto-suffisance et activités instrumentales de la vie quotidienne. <i>Gerontologist</i> , 9(3), 179-186.	✓ la pertinence peut varier selon le genre et l'environnement
Échelle Rowland d'évaluation de la démence universelle (RUDAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'échelle à 6 éléments évalue plusieurs domaines cognitifs, y compris la mémoire, l'habitude, le langage, le jugement, le dessin et l'orientation corporelle</li> </ul>	Storey, J. E., Rowland, J. T., Conforti, D. A. et Dickson, H. g. (2004) The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): A multicultural cognitive assessment scale. <i>International Psychogeriatrics</i> , 16(1), 13-31.	✓
COMPORTEMENT DE DÉMENCE			
Cartographie Antécédent-Comportement-Conséquence (ABC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ « Antécédent-Comportement-Conséquence » ou un graphique ABC pour enregistrer le comportement</li> <li>■ <b>A = Antecedent.</b> A = Antécédent. Quelle activité spécifique ou événement s'est produit avant le comportement difficile?</li> <li>■ <b>B = Behaviour.</b> B = Comportement. Qu'est-ce qu'a dit ou fait, spécifiquement, la personne?</li> <li>■ <b>C = Consequence.</b> C = Conséquence. Qu'est-ce qui s'est passé après ou comme résultat d'un comportement difficile?</li> </ul>	<a href="https://mconnect.milwaukee.k12.wi.us/MPS-English/CAO/Documents/PBIS/fba-bip-ABC-Behaviour-chart.pdf">https://mconnect.milwaukee.k12.wi.us/MPS-English/CAO/Documents/PBIS/fba-bip-ABC-Behaviour-chart.pdf</a>  <a href="https://www.health.qld.gov.au/abios/behaviour/professional/abc_behaviour_pro.pdf">https://www.health.qld.gov.au/abios/behaviour/professional/abc_behaviour_pro.pdf</a>	
Inventaire d'agitation Cohen-Mansfield (CMAI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le questionnaire d'évaluation des aidants naturels consiste en 29 comportements agités, chacun évalué sur une échelle de fréquence de 7 points</li> <li>■ Évalue la fréquence des comportements agités chez les personnes aînées</li> <li>■ Développé pour une utilisation dans les maisons de soins infirmiers</li> </ul>	Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S. et Rosenthal, A. S. (1989) Une description d'une agitation dans une maison de soins infirmiers. <i>Journal of Gerontology</i> , 44(3), M77-M84.	✓ établissements institutionnels
Outil du système d'observation de la démence (DOS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évalue le comportement d'une personne sur un cycle de 24 heures pendant jusqu'à 7 jours</li> <li>■ Peut être utilisé pour établir un profil comportemental de base, faire des observations après que des changements comportementaux ait été observés et revoir l'efficacité des interventions</li> </ul>	Mettre les P.I.È.C.E.S. Ensemble. (n.d.). <i>Système d'observation de la démence (DOS)</i> .  <a href="http://pieceslearning.com/">http://pieceslearning.com/</a>	

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
Évaluation comportementale normalisée Kingston (versions communautaires et de soins de longue durée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Complète les outils d'évaluation cognitive en fournissant une indication du nombre de symptômes comportementaux associés avec la démence qui touchent actuellement un individu</li> </ul>	<a href="http://www.kingstonscales.org/behaviour-assessment.html">http://www.kingstonscales.org/behaviour-assessment.html</a>	
Inventaire neuropsychiatriques (NPI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 éléments pour évaluer la fréquence et la gravité des symptômes suivants : délusion, hallucinations, agitation, dépression/dysphorie, anxiété, euphorie/jubilation et apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/labilité, comportement moteur sans un but, altération du sommeil et troubles de l'alimentation</li> <li>Utilisé pour évaluer les symptômes comportementaux et psychologiques chez les patients souffrant de démence</li> </ul>	Cummings, J. Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A. et Gornbein, J. (1994). (1994) The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. <i>Neurology</i> , 44(12). 2308-2314.	✓ établissements institutionnels
<b>DOULEUR</b>			
Abbey Pain Scale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure la douleur chez les personnes atteintes de démence qui ne peuvent pas verbaliser</li> <li>Six questions pour enregistrer les observations dans les catégories suivantes : vocalisation, expression faciale, changement dans le langage corporel, changement comportemental, changement physiologique et changement physique</li> </ul>	Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. et Lowcay, B. (2004). (2004) Un indicateur numérique d'une minute pour les personnes atteintes de démence au stade final. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 10(1), 6-13.	
Liste de vérification des indicateurs de douleur non verbaux (CNPI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conçu pour mesurer la douleur chez les adultes âgés déficients au niveau cognitif par le biais d'une observation du comportement</li> <li>Considère la douleur lors de mouvements et au repos</li> </ul>	Feldt, K. S. (n.d.). Outils d'évaluation gériatrique : Iowa City, IA: Iowa Geriatric Education Center. Tiré de <a href="http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/categoryMenu.asp?categoryID=7">http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/categoryMenu.asp?categoryID=7</a>	
Doloplus 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelle de douleur qui peut être utilisée pour les personnes avec une déficience cognitive légère ou modérée et avec un classement de mandataire lorsqu'une personne est incapable de s'auto-rapporter</li> </ul>	<a href="http://www.assessmentsscales.com/scales/doloplus">http://www.assessmentsscales.com/scales/doloplus</a>	
Échelle de douleur Mobilisation-Observation-Comportement-Intensité-Démence (MOBID)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrument administré par le personnel infirmier pour observer les comportements de la douleur</li> <li>Les signes de douleur sont observés lors de mouvements guidés</li> </ul>	Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Snow, A. L. et Ljunggren, A. E. (2007) Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 34(1), 67-80.	✓ maisons de soins infirmiers

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
Liste de vérification de l'évaluation de la douleur pour les aînés avec une capacité de communication limitée (PACSLAC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisée pour dépister la douleur chez les adultes âgés qui souffrent de démence ou d'autres déficiences cognitives et d'une capacité limitée à communiquer</li> <li>Outil à 60 éléments évaluant quatre catégories : expressions faciales, activité/mouvements corporels, changements sociaux et au niveau de la personnalité et autres (changements au niveau de l'appétit ou sommeil)</li> <li>Peut être rapidement administrée</li> </ul>	Fuchs-Lacelle, S. et Hadjistavropoulos, T. (2004). (2004) Développement et validation préliminaire de la Liste de vérification de l'évaluation de la douleur pour les aînés avec une capacité de communication limitée (PACSLAC). <i>Pain Management Nursing</i> , 5(1), 37-49.	✓
Échelle d'évaluation de la douleur chez les personnes souffrant de démence avancée (PAINAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil comportemental observationnel mesurant 5 éléments : respiration, expression faciale, langage corporel, vocalisations négatives et consolabilité</li> <li>Peut être rapidement administrée</li> <li>Pour utilisation avec les personnes atteintes de démence avancée</li> </ul>	Warden, V., Hurley, A. C. et Volicer, L. (2003) Échelle du développement et de l'évaluation psychométrique de l'évaluation de la douleur chez les personnes souffrant de démence avancée (PAINAD). <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 4(1), 9-15.	✓
<b>FOURNISSEURS DE SOINS ET AIDANTS NATURELS</b>			
Modèle d'évaluation familiale de Calgary	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modèle pour évaluer les familles dans trois catégories principales : niveaux structurels, de développement et fonctionnels</li> </ul>	Wright, L. M. et Leahey, M. (2012) <i>Nurses and families: A guide to family assessment and intervention</i> . FA Davis	
Méthode d'évaluation de la confusion au niveau de la famille (FAM-CAM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Basée sur la Méthode d'évaluation de la confusion (CAM)</li> <li>Peut aider avec la détection précoce du délire par les aidants naturels en milieu familial</li> </ul>	<a href="http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/fam-cam/">http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments/fam-cam/</a>	
Échelle du Sens de la compétence chez le personnel-soignant de personnes souffrant de démence (SCIDS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelle de 17 éléments</li> <li>Signifie un sens de la mesure de la compétence chez le personnel soignant</li> </ul>	Schepers, A. Schepers, A. K., Orrell, M., Shanahan, N. et Spector, A. (2012). (2012) Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: Development, reliability, and validity. <i>International Psychogeriatrics</i> , 24(7), 1153-1162.	✓
Entrevue de fardeau Zarit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce questionnaire de 22 éléments mesure le fardeau du soignant</li> <li>Mesure de l'autoévaluation</li> </ul>	Zarit, S. H., Reever, K. E. et Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. <i>The Gerontologist</i> , 20(6), 649-655.	✓
<b>OUTILS DE DÉPRESSION</b>			
Échelle de Cornell pour la dépression chez les personnes atteintes de démence	Voir ci-dessus dans la section Démence de ce tableau		

OUTIL	DESCRIPTION	SOURCE/SITE WEB	ÉTUDES DE VALIDATION REPÉRÉES
Thermomètre de détresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mesure simple, d'autoévaluation</li> <li>■ Consiste en une ligne avec une échelle de 0 à 10 (le point zéro est « Aucune détresse » et dix est « Détresse extrême »)</li> <li>■ Peut être utilisé pour évaluer ceux avec des difficultés significatives au niveau du langage ou de la communication</li> </ul>		✓
Échelle de dépression gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Disponible en format long ou court</li> <li>■ Questionnaire consistant en 30 ou 15 questions oui/non devant être répondues par le patient</li> <li>■ Outil de dépistage pour faciliter l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées</li> <li>■ Fournit un classement quantitatif de la dépression</li> <li>■ N'évalue pas le risque de suicide</li> </ul>	Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et Leirer, V. O. (1983) Développement et validation d'une échelle de dépistage de la dépression gériatrique : <i>Journal of Psychiatric Research</i> , 17(1), 37-49.	✓
Questionnaire sur la santé du patient - Entrevue à 9 éléments (PHQ-9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Outil de dépistage de la dépression</li> <li>■ Instrument d'entrevue du personnel devant être utilisé pour les individus qui ne peuvent pas d'autoévaluer</li> <li>■ Version adaptée pour l'Évaluation par le personnel de l'humeur du résident (PHQ-9-OV) convenant aux soins de longue durée</li> </ul>		✓
SIGECAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mnémonique utilisé pour rappeler les symptômes les plus fréquents de la dépression</li> </ul>	Jenike, M. A. (1989) <i>Geriatric psychiatry and psychopharmacology: A clinical approach</i> . Chicago, IL: Yearbook Medical Publishing.	

Adapté de l'AIIAO, 2010b.

# Annexe I : Signes précoces de changement au niveau cognitif

Le tableau suivant souligne certains des signes d'avertissement précoces des défis cognitifs que les aidants naturels et les professionnels de la santé peuvent détecter. Les signes peuvent être utilisés pour identifier les individus qui doivent être évalués pour la démence.

## Signes d'avertissement précoce suggérant des difficultés cognitives

SIGNES QUE LES AIDANTS NATURELS PEUVENT DÉTECTER	SIGNES QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PEUVENT DÉTECTER
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Difficulté à effectuer des tâches familières</li> <li>■ Problèmes avec le langage                             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Confusion par rapport à l'heure et à l'endroit</li> </ul> </li> <li>■ Jugement pauvre et diminué</li> <li>■ Problèmes avec la pensée abstraite</li> <li>■ Objets mal placés</li> <li>■ Changements d'humeur et de comportement</li> <li>■ Changements au niveau de la personnalité</li> <li>■ Perte d'initiative</li> <li>■ Perte de mémoire touchant les fonctions quotidiennes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Appels/rendez-vous téléphoniques fréquents—mauvais jour/jour manqué</li> <li>■ Pauvre historien, vague, semble « décalé », questions ou histoires répétitives</li> <li>■ Pauvre conformité au niveau de la médication/des instructions</li> <li>■ Apparence/humeur/personnalité/comportement</li> <li>■ Cherche ses mots/diminution de l'interaction sociale</li> <li>■ Changement subaigu au niveau des fonctions sans explication précise/visites fréquentes chez l'IU</li> <li>■ Confusion—chirurgie/maladie/médicaments</li> <li>■ Perte de poids/affaiblissements/« échec à se développer »</li> <li>■ Conduite—accidents/problèmes/infractions/préoccupations familiales</li> <li>■ Signal de tourner la tête (tourner vers le soignant pour une réponse)</li> </ul>

Réimpression de « Évaluation de la démence et du dépistage », par le Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario, n.d. Tiré de <http://giic.rgps.on.ca/sites/default/files/1b%20Dementia%20screening%20overview.pdf> Réimpression autorisée.

## Les sept A de la démence

Certains fournisseurs de soins de santé utilisent aussi les sept A de la démence pour identifier les signes courants. Les A sont : anosognosie, agnosie, aphasie, apraxie, perception altérée, amnésie et apathie. Pour plus d'informations, visitez le site Web de la Société canadienne de l'Alzheimer à : <http://www.alzheimer.ca/en/york/About-dementia/What-is-dementia/Seven-A-s-of-dementia>

## Annexe J : Ressources

Le tableau suivant, compilé par l'Équipe du programme de la ligne directrice des pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts, et avec les données d'examineurs-intervenants externes, énumère certaines des principales organisations qui fournissent de l'information ou des ressources sur le délire, la démence et la dépression. D'autres ressources peuvent être disponibles au niveau local. Les cliniciens sont également encouragés à rechercher des soutiens locaux vers qui ils peuvent référer les gens.

Les liens vers les sites Web sont fournis à titre d'information seulement; l'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source.

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
<b>GÉNÉRALITÉS</b>		
Soutiens comportementaux de l'Ontario	Une initiative pour les adultes âgés de l'Ontario avec des comportements complexes et sensibles associés avec la démence, la santé mentale, l'abus de substance ou des conditions neurologiques. L'initiative fournit également un soutien de soignant familial amélioré au niveau communautaire, de soins de longue durée ou où le patient ou le soignant réside.	<a href="http://www.behaviouralsupportsontario.ca">www.behaviouralsupportsontario.ca</a>
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)	Le CCSMPA facilite les initiatives pour améliorer et promouvoir la santé mentale des aînés. Le site Web offre de l'information, des outils, des ressources et plus. Recherchez pour les ressources spécifiques au délire, à la dépression et au suicide.	<a href="http://www.ccsmh.ca">www.ccsmh.ca</a>
Compétences et normes de pratique de la Société canadienne des soins infirmiers en gérontologie	Les normes de pratique décrivent les interventions et activités thérapeutiques qui facilitent un comportement sain chez le client dirigé vers la promotion, la prévention, la maintenance, la réhabilitation ou la palliation	<a href="http://www.cgna.net/Standards_of_Practice.html">www.cgna.net/Standards_of_Practice.html</a>
ConsultGeri de l'Institut Hartford pour les soins infirmiers gériatriques	ConsultGeri.org est le site Web des soins infirmiers cliniques en gériatrie basés sur la preuve de l'Institut Hartford pour les soins infirmiers en gériatrie au NYU College of Nursing. Le site Web comprend les protocoles gériatriques pour les syndromes et conditions gériatriques communs, l'éducation, les outils et plus.	<a href="http://www.consultgeri.org/">www.consultgeri.org/</a>
Ensemble d'outils de la Geriatrics Interprofessional Interorganizational Collaboration (GIIC)	L'ensemble d'outils comprend des modules sur des sujets associés aux soins des aînés, y compris les aperçus de sujets, les faits rapides, les outils et algorithmes d'évaluations, les prospectus du patient et la documentation d'enseignement.	<a href="http://giic.rgps.on.ca/toolkit-libraries">http://giic.rgps.on.ca/toolkit-libraries</a>
Qualité des services de santé Ontario	Qualité des services de santé Ontario vise à transformer le système de santé de l'Ontario pour améliorer les expériences de soins et les résultats chez le patient. Le site Web offre des plans d'amélioration de la qualité et d'autres ressources; par exemple, voir l'affiche « Comportements répondants - Concepts et idées de changements cliniques et organisationnels ».	<a href="http://www.hqontario.ca/">www.hqontario.ca/</a>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Association internationale de psychogériatrie (IPA)	L'IPA facilite la collaboration et l'interaction entre les professionnels pour travailler globalement sur la recherche, les pratiques de soins et améliorer la santé mentale pour les personnes âgées. Le site Web comprend diverses ressources, certaines spécifiques aux Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).	<a href="http://www.ipa-online.org/wordpress/">www.ipa-online.org/wordpress/</a>
Initiative nationale pour le soin des personnes âgées (NICE)	NICE est un réseau international de chercheurs, praticiens et étudiants dévoués à améliorer les soins des adultes âgés au Canada et à l'étranger. Le site Web comprend diverses ressources, certaines spécifiques aux soins des personnes souffrant de démence.	<a href="http://www.nicenet.ca/">http://www.nicenet.ca/</a>
Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE)	NICE offre des lignes directrices cliniques, des outils, des ressources et de l'information pour le public, ainsi que des chemins cliniques. Recherchez les ressources associées au délire, à la démence et à la dépression, ainsi que le document concernant l'utilisation de normes de qualité pour améliorer la pratique dans les maisons de soins pour personnes âgées.	<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>
Personnes âgées dans les hôpitaux	Cette ressource, fournie par le gouvernement de l'État de Victoria, fournit aux cliniciens de l'information basée sur la preuve et des stratégies simples pour minimiser les risques d'un déclin fonctionnel chez les personnes âgées dans les hôpitaux. Elle est informée par les principes de la pratique centrée sur la personne.	<a href="http://www.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people">www.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people</a>
Programme régional de soins gériatriques de l'Ontario	Les Programmes régionaux de soins gériatriques (RGP) fournissent un réseau complet de services gériatriques spécialisés qui évaluent et traitent les aspects fonctionnels, médicaux et psychosociaux de la maladie et de l'invalidité chez les adultes âgés qui ont des besoins multiples et complexes.	<a href="http://rgps.on.ca/">http://rgps.on.ca/</a>
Hôpitaux amicaux pour les aînés	Le cadre de travail des Hôpitaux amicaux pour les aînés fournit un plan basé sur la preuve pour guider les améliorations à grande échelle d'un hôpital dans les services pour les aînés fragiles. Recherchez l'ensemble SFH, qui a des ressources associées au délire, à la démence et à la dépression.	<a href="http://seniorfriendlyhospitals.ca/">http://seniorfriendlyhospitals.ca/</a>
<b>DÉLIRE</b>		
Société américaine sur le délire	Les objectifs de la Société américaine sur le délire sont de favoriser la recherche, l'éducation, l'amélioration de la qualité, la défense et la mise en place de la preuve scientifique pour minimiser les impacts du délire sur la santé à court et à long terme et sur le bien-être, et les effets du délire sur le système de santé en général.	<a href="http://www.americandeliriumsociety.org">www.americandeliriumsociety.org</a>
Association européenne sur le délire	Une association professionnelle fournissant une plateforme pour les praticiens, les chercheurs, les preneurs de décisions, et les autres parties intéressées dans le réseautage pour le bénéfice des patients.	<a href="http://www.europeandeliriumassociation.com/">http://www.europeandeliriumassociation.com/</a>
Programme de vie des aînés en milieu hospitalier (HELP)	HELP est un programme innovateur pour les hôpitaux conçu pour prévenir le délire en gardant les adultes âgés hospitalisés orientés vers leur environnement; répondant à leurs besoins d'activités d'orientation, de nutrition, de fluides et de sommeil; et les conservant mobiles dans les limites de leurs conditions physiques.	<a href="http://www.hospitalelderlifeprogram.org/about/">http://www.hospitalelderlifeprogram.org/about/</a>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
<b>LA DÉMENCE</b>		
Advanced Gerontological Education: Gentle Persuasive Approaches	L'Éducation avancée en gérontologie offre de la formation pour devenir un coach certifié en Approches persuasives douces (GPA). L'objectif général du curriculum des GPA est d'éduquer le personne à utiliser une approche persuasive, centrée sur la personne et douce, et de répondre de manière appropriée aux comportements difficiles associés avec la démence.	<a href="https://www.ageinc.ca/">https://www.ageinc.ca/</a> *frais associé
Société Alzheimer	La Société Alzheimer est l'organisation de santé sans but lucratif chef de file travaillant à grandeur du pays pour améliorer la qualité de vie des Canadiens touchés par la maladie d'Alzheimer et par d'autres démences, et avancer la recherche pour la cause et une cure. Le site Web contient de l'information concernant la démence, ainsi que des ressources, des brochures et d'autres publications.	<a href="http://www.alzheimer.ca/en">www.alzheimer.ca/en</a>  Programme Premier lien (programme de référence pour les personnes nouvellement diagnostiquées) : <a href="http://www.alzheimer.ca/en/We-can-help/Resources/Forhealth-care-professionals/first-link">http://www.alzheimer.ca/en/We-can-help/Resources/Forhealth-care-professionals/first-link</a>  Tout à propos de moi (ressource pour dire aux fournisseurs de soins de santé les besoins, préférences, aversions, intérêts, etc. de la personne souffrant de démence) : <a href="http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/All-about-me">http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/All-about-me</a>
brainXchange	brainXchange est un réseau de personnes dévouées à améliorer la qualité de vie et les soutiens aux personnes avec ou à risque d'avoir des besoins en santé du cerveau associés à des conditions de démence, de santé mentale et neurologiques dues à l'âge, ou aux personnes qui ont fait l'expérience de changements au niveau de la santé du cerveau tôt dans la vie qui sont devenus plus complexes avec l'âge.	<a href="http://www.brainxchange.ca">www.brainxchange.ca</a>
Centre pour une pratique efficace <i>Guide de discussion de l'Utilisation des antipsychotiques dans les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (BPSD)</i> <i>Discussion Guide</i>	Le Guide de discussion est conçu pour aider les fournisseurs de soins de santé à comprendre, évaluer et prendre en charge les résidents dans les foyers de soins de longue durée, qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de démence, en mettant l'accent sur les antipsychotiques.	<a href="http://www.effectivepractice.org/">www.effectivepractice.org/</a>
Communautés conviviales pour les personnes souffrant de démence	Les Communautés conviviales pour les personnes souffrant de démence aident à créer des communautés invitantes et soutenantes où ceux qui vivent avec la démence en leur sein puissent se sentir confortable et en sécurité.	<a href="http://www.alzheimer.ca/en/bc/About-dementia/Dementia-friendly%20communities">http://www.alzheimer.ca/en/bc/About-dementia/Dementia-friendly%20communities</a>

DementiAbility et éducation Montessori	Un programme supplémentaire qui enseigne les méthodes Montessori pour les personnes atteintes de démence.	<a href="http://www.dementiability.com/">http://www.dementiability.com/</a> *frais associés <a href="http://www.montessoriteacherscollege.com/montessori-methods-for-dementia/about-montessori-methods-for-dementia/">http://www.montessoriteacherscollege.com/montessori-methods-for-dementia/about-montessori-methods-for-dementia/</a>
ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Approche persuasive douce (GPA)	L'Approche persuasive douce est un programme éducatif qui forme le personnel à répondre avec respect, efficacement et avec compassion aux personnes avec des comportements de réponse associés avec la démence.	Les emplacements varient *des frais peuvent être associés
Guides complets de la Société internationale en psychogériatrie (IPA) sur les Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	Les guides sont conçus pour servir d'outil de référence et de ressource de formation.	<a href="http://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd/">http://www.ipa-online.org/publications/guides-to-bpsd/</a> *seulement disponible aux membres de l'IPA
Living With Dementia: Resources for Living Well	Information et ressources pour les personnes souffrant de démence et leurs aidants naturels.	<a href="https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-education-program/education-and-knowledge-translation/web-based-resources/living-dementia-resources-living-well">https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-education-program/education-and-knowledge-translation/web-based-resources/living-dementia-resources-living-well</a>
Cliniques sur la mémoire	Les cliniques sur la mémoire sont disponibles dans certaines régions. Les services comprennent le diagnostic, le traitement et le soutien pour les personnes avec une perte de mémoire. Les cliniques peuvent fournir des soins interprofessionnels à la personne et sa famille, et promouvoir la santé cognitive et la qualité de vie.	Exemple d'un programme disponible en Ontario : <a href="http://www.the-ria.ca/products-resources/memory-clinic/">http://www.the-ria.ca/products-resources/memory-clinic/</a>
Programme de recherche et d'éducation sur l'Alzheimer de Murray (MAREP)	Le Programme de recherche et d'éducation sur l'Alzheimer de Murray est un programme innovateur qui adopte une approche de partenariat et qui intègre des activités de recherche et d'éducation dans un effort pour améliorer les pratiques de soins au niveau de la démence au Canada et partout au monde. Look for resources such as Living with Dementia: Resources for Living Well, and products and education tools.	<a href="https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-education-program/">https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-education-program/</a> *frais associés pour certains éléments
Alliance Partnerships in Dementia Care (PiDC)	PiDC est axé sur l'amélioration des soins associés à la démence en changeant la culture dans les soins de longue durée et au niveau communautaire pour les soins afin de mieux refléter une approche de partenariat entrée sur la relation .	<a href="https://uwaterloo.ca/partnerships-in-dementia-care/">https://uwaterloo.ca/partnerships-in-dementia-care/</a>
Social Care Institute for Excellence: Dementia Gateway	L'Institut Social Care pour l'excellence est une agence de soutien à l'amélioration aux R.-U. qui vise à améliorer la qualité des soins de santé et des services de soutien. Recherchez les ressources sur la démence et le programme de cyberapprentissage.	<a href="http://www.scie.org.uk/dementia/">http://www.scie.org.uk/dementia/</a> Cours de cyberapprentissage : <a href="http://www.scie.org.uk/dementia/open-dementia-e-learning-programme/index.asp">http://www.scie.org.uk/dementia/open-dementia-e-learning-programme/index.asp</a> *nécessite une inscription

U-First (programme de formation) et PIECES (Société de l'Alzheimer de l'Ontario)	<p>La formation U-First est conçue pour les personnes travaillant dans les soins au niveau de la communauté, les soins aigus et les soins de longue durée, et vise à bâtir de la confiance dans le travail avec des personnes souffrant de démence.</p> <p>P.I.E.C.E.S.™ est une initiative d'apprentissage et de développement des pratiques exemplaires conçue pour les fournisseurs de soins de santé régulés qui fournissent une approche à la compréhension et à l'amélioration des soins pour les individus avec des changements comportementaux et des besoins complexes en santé mentale/cognitifs et physiques. Le modèle aide les praticiens à s'axer sur la compréhension de la personne au complet.</p>	<p><a href="http://www.u-first.ca/">www.u-first.ca/</a></p> <p>*frais associés</p>
ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
DÉPRESSION		
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies - Vieillir en santé	<p>Le programme Vieillir en santé du CDC est dédié à surveiller l'état de la santé mentale de la population adulte âgée et à relier les professionnels des services pour aînés et la santé publique aux ressources pouvant améliorer la santé et la qualité de vie des américains plus âgés.</p> <p>Recherchez la fiche de données intitulée <i>La dépression n'est pas une étape normale de la vieillesse</i>.</p>	<p><a href="http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm">http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm</a></p>
Programmes psychiatriques en gériatrie	<p>Plusieurs communautés ou hôpitaux offrent des programmes psychiatriques spécifiquement pour les adultes âgés. Les services peuvent comprendre l'évaluation, le traitement et les références; certains services s'axent à travailler avec l'adulte âgé et sa famille pour soutenir la récupération et améliorer la qualité de vie.</p>	<p>Exemples de programmes disponibles en Ontario :</p> <p><i>Baycrest—Service communautaire en psychiatrie gériatrique</i></p> <p><a href="http://www.baycrest.org/care/care-programs/community-programs/in-home-and-outreach-services/geriatric-psychiatry-community-service/">http://www.baycrest.org/care/care-programs/community-programs/in-home-and-outreach-services/geriatric-psychiatry-community-service/</a></p> <p><i>Hôpital Mount Sinai - Psychiatrie gériatrique</i></p> <p><a href="https://www.mountsinai.on.ca/care/psych/patient-programs/geriatric-psychiatry">https://www.mountsinai.on.ca/care/psych/patient-programs/geriatric-psychiatry</a></p> <p><i>The Royal—Programme de psychiatrie gériatrique</i></p> <p><a href="http://www.theroyal.ca/mental-health-centre/mental-health-programs/areas-of-care/seniors/">http://www.theroyal.ca/mental-health-centre/mental-health-programs/areas-of-care/seniors/</a></p>
Autres services locaux	<p>Les autres services de santé mentale peuvent fournir du soutien pour la dépression, y compris (sans s'y limiter) aux hôpitaux, agences communautaires qui fournissent des services de santé mentale et centres santé communautaires.</p>	<p>Les fournisseurs de soins de santé doivent rechercher et compiler leur propre liste de ressources locales.</p>
SUICIDE		
Centre pour la prévention du suicide	<p>Un grand recueil de ressources sur la prévention, intervention et postvention du suicide.</p>	<p><a href="http://www.suicideinfo.ca/">http://www.suicideinfo.ca/</a></p>
Lignes de crise (local)	<p>La plupart des régions au Canada ont une ligne de crise locale où les gens peuvent appeler pour accéder à du counseling. Votre Vie compte a un répertoire pour aider à trouver les lignes de crise locales.</p>	<p><a href="http://www.yourlifecounts.org/need-help/crisis-lines">http://www.yourlifecounts.org/need-help/crisis-lines</a></p>
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)	<p>Resources for the assessment and prevention of suicide in late life, including the <i>Late Life Suicide Prevention Toolkit: Life Saving Tools for Health Care Providers</i> and a guide for family members.</p>	<p><a href="http://www.ccsmh.ca">www.ccsmh.ca</a></p>

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Évaluation et soins des adultes à risque pour les idées et le comportement suicidaires	Ligne directrice axée sur les adultes à risque de suicide, y compris tout adulte qui peut démontrer des facteurs de risque, avec ou sans intention explicite de suicide.	<a href="http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour">http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour</a>

### Capacité mentale (ressources basées en Ontario)

\*Cette information est incluse comme un exemple. Les praticiens dans d'autres administrations doivent se référer aux organisations et lois pertinentes.

TITRE	LIEN
Centre de défense des intérêts pour les personnes âgées (Advocacy Centre for the Elderly)	<a href="http://www.advocacycentreelderly.org/">http://www.advocacycentreelderly.org/</a>
Directive professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario — Le consentement	<a href="http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41020_consent.pdf">http://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41020_consent.pdf</a>
Commission du consentement et de la capacité	<a href="http://www.ccboard.on.ca">www.ccboard.on.ca</a>
<i>Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé</i>	<a href="http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm">http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm</a>
<i>Loi sur la santé mentale</i>	<a href="http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm">http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm</a>
Bureau du Tuteur et curateur public (OPGT)	<a href="https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/family/pgt/">https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/family/pgt/</a>
Guide de planification préalable des soins du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario	<a href="http://www.seniors.gov.on.ca/en/advancedcare/">http://www.seniors.gov.on.ca/en/advancedcare/</a>
<i>Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui</i>	<a href="http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_92s30_e.htm">http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_92s30_e.htm</a>

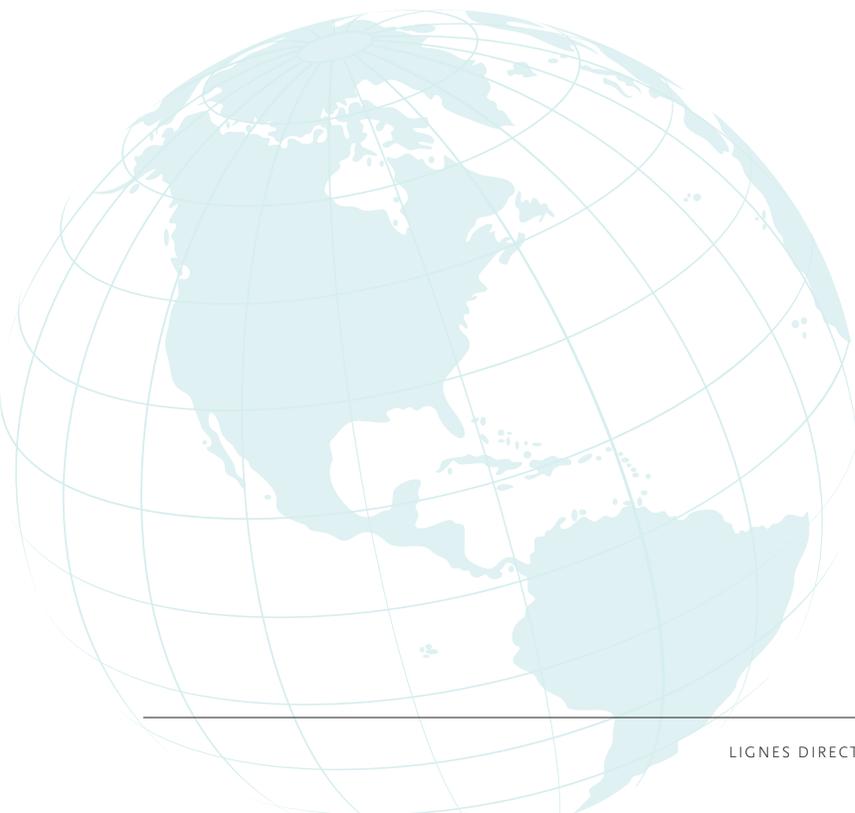
## Exemples de vidéos

Il y a plusieurs vidéos sur le sujet du délire, de la démence et de la dépression. Il s'agit d'une liste de vidéos proposées par le comité d'experts. Cette liste n'est pas exhaustive.

Remarque : des frais peuvent être associés à certaines ressources.

SUJET	TITRE DE LA RESSOURCE	ÉTABLISSEMENT	DESCRIPTION	LIEN
Le délire	<i>Ce n'est pas ma mère</i>	Autorité de la santé du district de la capitale (CDHA) à Halifax, Nouvelle-Écosse	La fille reconnaît le comportement inhabituel de sa mère.	<a href="http://thisisnotmymom.ca/">http://thisisnotmymom.ca/</a>
La démence (soins personnels)	<i>Se baigner sans se battre</i>	Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill	Techniques centrées sur la personne avec des approches simples et pratiques pour rendre la prise de la douche, le bain dans la baignoire, le bain dans la chambre et le lavage des cheveux sécuritaires et confortables pour les personnes donnant et recevant des soins.	<a href="http://bathingwithoutabattle.unc.edu/">http://bathingwithoutabattle.unc.edu/</a>
La démence	<i>Noirceur en après-midi</i>	Université de Stirling, Centre de développement des services pour la démence	Symptômes associés à la démence et explication pour certains comportements clé associés avec la démence.	<a href="http://www.dementiashop.co.uk/node/128">http://www.dementiashop.co.uk/node/128</a>
Démence (expressions sexuelles)	<i>Liberté de l'expression sexuelle—Sexualité et démence</i>	Maison juive pour les aînés, division de la recherche	Fournit des stratégies efficaces pour gérer les comportements sexuels inappropriés; encourage les membres de la famille à comprendre et à respecter le besoin d'intimité de leur proche; fournit des exemples de politique et de procédures sur les droits des résidents concernant l'expression sexuelle et la protection physique.	<a href="http://www.fanlight.com/catalog/films/570_fse.php">http://www.fanlight.com/catalog/films/570_fse.php</a>
La démence	Diverses vidéos, y compris <i>Démence 101</i> , <i>Le cerveau change</i> , <i>Comportements difficiles</i> , <i>musique</i> , <i>Activités significatives</i>	Teepa Snow	Vidéos sur divers sujets par un spécialiste en éducation des soins de la démence.	<a href="http://teepasnow.com/resources/teepa-tips-videos/">http://teepasnow.com/resources/teepa-tips-videos/</a>
La démence	<i>No Thanks, We're Fine: Supporting Families Living With Dementia</i>	Centre d'accès aux soins communautaires de Champlain, Société de la démence d'Ottawa et du comté de Renfrew, Réseau de la démence de la région de Champlain	Les aidants naturels parlent de manière émouvante basé sur leurs propres expériences directement aux autres comme eux sur l'importance de trouver de l'information, obtenir des soins à domicile et d'autres types d'aide à domicile, joindre des groupes de soutien, et avoir du répit par le biais de programmes de jour et de maisons d'invités pour la nuit.	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=1SPEWhue4Do">https://www.youtube.com/watch?v=1SPEWhue4Do</a>

SUJET	TITRE DE LA RESSOURCE	ÉTABLISSEMENT	DESCRIPTION	LIEN
La démence	<i>De petits changements aident à rendre une communauté conviviale pour la démence</i>	Société Alzheimer	Cette vidéo montre l'histoire de Mary, qui souffre de démence, alors qu'elle fait face aux défis dans sa communauté. La vidéo démontre comment un peu de temps et de considération peut faire toute la différence dans la vie quotidienne des personnes souffrant de démence.	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=Fz8ACEu7Lhoetfeature=youtu.be">https://www.youtube.com/watch?v=Fz8ACEu7Lhoetfeature=youtu.be</a>
La démence	<i>Bien vivre avec la démence</i>	Alliance Partnerships in Dementia Care (PiDC)	Bien vivre avec la démence parle de ce que cela signifie pour les personnes souffrant de démence et leurs aidants naturels de bien vivre avec la démence.	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=HQLNHJB1OjU">https://www.youtube.com/watch?v=HQLNHJB1OjU</a>



## Annexe K : Attitudes, compétences et connaissances utiles pour la communication dans le contexte des soins de la démence

Le tableau 9 énumère le contenu suggéré pour la formation dans les habiletés en communication dans les soins de personnes souffrant de démence.

**Tableau 9 : Contenu de la formation des habiletés en communication dans les soins de personnes souffrant de démence**

COMPÉTENCES, ATTITUDES ET CONNAISSANCES		
<b>Compétences verbales</b>	Avant les soins physiques	Annoncer des activités seules Utiliser des instructions d'une seule étape, aucun usage d'instructions multiples Retarder l'aide physique après invite verbale
	Au stade précoce du trajectoire de la maladie	Éviter d'argumenter, accepter les perceptions différentes du temps et de la réalité Utiliser le oui/non et les questions à choix plutôt que les questions ouvertes Suggérer des mots lorsque la personne a de la difficulté par rapport à un mot spécifique
	À un stade modéré ou final du trajectoire de la maladie	Utiliser des noms Utiliser le nom de la personne Utiliser des phrases simples Répéter et reformuler les phrases
	Compétences générales	Utiliser des énoncés positifs et biographiques Identifier les styles et préférences de communication personnelle Identifier et ne pas utiliser de parlé de vieux (diminutifs, substitutions de pronoms) Ralentir
<b>Compétences non verbales et émotionnelles</b>	Reconnaître les tentatives de communication inhabituelle	Reconnaître les micro-comportements (mouvement des yeux, lever le coin de la bouche, larmes, etc.) comme des tentatives de communiquer Voir le comportement difficile comme une tentative de communiquer des besoins non satisfaits
	Songer à votre propre comportement non verbal	Effectuer un contact visuel Donner assez de temps Éviter une voix à tonalité élevée Écouter attentivement
	Reconnaître et répondre aux émotions	Noter et valider les effets de la personne souffrant de démence Utiliser un ton émotionnel Montrer de l'empathie

COMPÉTENCES, ATTITUDES ET CONNAISSANCES		
<b>Attitudes envers les personnes atteintes de démence</b>	Changer de perspectives	Prendre la perspective d'un résident sur la communication
	Penser aux activités	Essayer d'augmenter les événements agréables
	Songer à vos perceptions	Identifier les impacts sur votre communication (concept de soi, dépression, isolation, dépendance)
	Attitudes générales	Utiliser une approche calme Éviter de trop couvrir (infantiliser ou condescendant)
<b>Compétences de gestion du comportement</b>	Compétences de comportement général	Répondre aux perturbations comportementales Utiliser des techniques de distraction lorsqu'un comportement agressif survient Éviter les conflits Être pratique Définir des objectifs réalistes Clarifier les émotions
<b>Usage d'outils</b>		Créer et utiliser des livres-mémoire Créer et utiliser des aides-mémoire Créer des tableaux-mémoire Utiliser un journal de comportement
<b>Expériences de soi</b>	Songer à votre style de communication	Recueillir et songer à vos stratégies de communication personnelle efficaces et inefficaces Travailler ce qui fonctionne individuellement
	Donner et recevoir de la rétroaction	Partager les expérience avec autrui
<b>Connaissances théoriques</b>	Connaissances générales et de base	Connaître la démence et les symptômes; reconnaître la différence entre l'oubli normal, la déficience cognitive légère, et l'Alzheimer; connaître la nature des symptômes de comportement, la personne et l'environnement Développer des attentes appropriées concernant les patients d'Alzheimer

Source : Réimpression tirée de « Communication skills training in dementia care: A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings », par E. Eggenberger, K. Heimerl et M. I. Bennett, 2013, *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345–358. Réimpression autorisée.

## Annexe L : Description de la Trousse

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en pratique avec succès que si les soutiens organisationnels, administratifs ainsi qu'à la planification et aux ressources sont adéquats et que la facilitation est appropriée. Afin de favoriser la mise en oeuvre avec succès, un comité d'experts de l'AIIAO, réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs, a mis au point la *Trousse : Mise en oeuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012b). La *Trousse* se base sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en oeuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux activités de facilitation lors de la mise en oeuvre de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de « mise en pratique des connaissances » (Straus et coll., 2009) :

1. Détermination du problème : détermination, examen et sélection des connaissances (lignes directrices de pratiques exemplaires);
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
  - Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances
  - Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en oeuvre des interventions.
4. Surveillance de l'utilisation des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'utilisation des connaissances.

La mise en oeuvre des lignes directrices afin de réussir à changer les pratiques et à obtenir un impact clinique positif est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à [www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition](http://www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition)

# Appuis



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT  
CANADA**

Better Quality. Better Health.  
Meilleure qualité. Meilleure santé.

January 9, 2017

Doris Grinspun, RN,MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street  
Toronto, ON M5H 1L3

**Letter of Support: *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care***

Dear Doris,

Accreditation Canada is thrilled to work with people who share our passion for achieving quality health services for all. It is in that spirit that we were pleased to review the new Best Practice Guideline by the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), titled *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care*.

As you know well, Accreditation Canada's standards and assessment programs are designed to improve the quality, safety, and efficiency of health services, and to reduce risk for (and with) patients. In recent months, we have redoubled our efforts to use the best available evidence, expertise, and experience to inform the development of global standards, to support a culture of innovation, and to listen to all voices (to name just a few areas in which we have been hard at work). RNAO's Best Practice Guideline with respect to delirium, dementia and depression are compelling companions in this regard.

We congratulate you on the development of this guideline, which will hopefully help nurses and other health-care providers ensure high-quality care to older adults across the spectrum of care.

We are pleased to continue our constructive collaboration with RNAO and believe that Ontario nurses are key contributors to the activation of health standards across the province.

Sincerely,

Leslee J. Thompson  
Chief Executive Officer  
Accreditation Canada & Accreditation Canada International

---

1150, chemin Cyrville Road, Ottawa, Ontario K1J 7S9 Canada  
Tel/Tél. : 613-738-3800; 800-814-7769 Fax/Télé. : 613-738-7755; 800-811-7088  
accreditation.ca



## Canadian Coalition for Seniors' Mental Health

To promote seniors' mental health by connecting people, ideas and resources.

## Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées

Promouvoir la santé mentale des personnes âgées en reliant les personnes, les idées et les ressources.

Date: 1<sup>st</sup>. December 2016

Doris Grinspun, RN,MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

### **Letter of Endorsement: Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care**

Dear Dr. Grinspun,

The Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH) is pleased to endorse the Registered Nurses' Association of Ontario's (RNAO) latest edition of the clinical best practice guideline *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care*. CCSMH's mission is to promote the mental health of seniors by connecting people, ideas, and resources. We believe that mental illness is not a normal part of aging, and that all seniors have the right and deserve to receive services and care that promotes their mental health and responds to their needs. We feel that RNAO's guideline will be a valuable resource to help nurses and other health-care providers in contributing to our mission and beliefs.

We commend RNAO for their continued advocacy related to seniors' mental health issues across Canada and are confident that this best practice guideline will help to further support leaders and champions for seniors' mental health. This work is an important contribution that will improve the quality of care provided to older adults and we are proud to champion it.

Sincerely,

Dr. David Conn  
Co-Chair  
Canadian Coalition for Seniors' Mental Health

Dr. Kiran Rabheru  
Co-Chair

20 Crown Steel Drive, Unit 6, Markham, Ontario L3R 9X9 • 905-415-3917 • Fax 905-415-0071 • [www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca)



## The Canadian Geriatrics Society

Promoting excellence in healthcare for older Canadians

November 30 2016

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

**Letter of Endorsement from the Canadian Geriatrics Society:  
*Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care***

Dear Dr. Grinspun,

On behalf of the Canadian Geriatrics Society (CGS), I am pleased to provide an endorsement of the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) evidence-based clinical best practice guideline, *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care*.

As you know, CGS promotes excellence in the medical care of older Canadians. We promote a high standard of research in the field of geriatrics/gerontology and aim to improve the education provided to Canadian physicians on aging and its clinical challenges. Recognizing that delirium, dementia and depression affect older adults, CGS appreciates the importance of a clinical practice guideline on these topics that will help standardize practices and improve care for older adults.

This new BPG provides direction for clinical practice, as well as recommendations for education, and for policy level changes. It aligns with our mandate to promote excellence and share best practices among the medical community. We particularly appreciate that it emphasizes the importance of interprofessional collaboration and education throughout health-care organizations. Interprofessional care is important in all health-care settings to enhance health outcomes and patient/client experiences, reduce costs and improve the work environment for all care providers.

This comprehensive guideline will be useful, not only for nurses, but for all practitioners and organizations who are invested in excellence in care for older Canadians. Thank you!

Warm regards,

Dr Karen Fruetel  
President  
The Canadian Geriatrics Society

20 Crown Steel Drive, Unit 6 | Markham, ON | L3R 9X9  
905-415-3917 | [cgs@secretariatcentral.com](mailto:cgs@secretariatcentral.com)



E: office@cgna.net

W: www.cgna.net

November 21, 2016

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

RE: RNAO Best Practice Guideline, Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults:  
Assessment and Care

Dear Doris,

On behalf of the Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA), we are thrilled that the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) has updated the guidelines on the topics of delirium, dementia and depression with the release of Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care. CGNA is an organization that represents gerontological nurses and quality evidence-based promotes gerontological nursing practice across national and international boundaries. Nurses are leaders in advocating for excellent care for older adults and we commend you for creating such a strong evidence-based tool to help them achieve this goal.

Delirium, dementia and depression among older persons are conditions commonly encountered by nurses. It's important that nurses and other health-care providers understand the complexities involved in assessing and caring for this population. RNAO's best practice guideline on these prevalent topics will help to promote a deeper understanding of these important conditions and will support consistency and excellence in clinical practice.

Again, congratulations on the release of this impressive guideline. We're delighted to endorse the guideline as it is a resource that will aid in promoting the health and wellbeing of older adults in Canada and internationally.

Best regards,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Veronique Boscart', is written over a light grey background.

Veronique Boscart  
President  
Canadian Gerontological Nursing Association  
CIHR/Schlegel Industrial Research Chair for Colleges in Seniors Care  
Conestoga College

10<sup>th</sup> Floor  
130 Bloor Street West  
Toronto ON M5S 1N5  
Tel: 416 323-6868  
Toll-free: 1 866 623-6868  
Fax: 416 323-9261

10<sup>e</sup> étage  
130, rue Bloor Ouest  
Toronto ON M5S 1N5  
Tél. : 416 323-6868  
Sans frais : 1 866 623-6868  
Télec. : 416 323-9261



December 15, 2016

Dr. Doris Grinspun, RN,MSN, PhD, LLD(hon), O.ONT  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street,  
Toronto, Ontario  
M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

Health Quality Ontario (HQO) is very pleased to congratulate the Registered Nurses' Association of Ontario on the publication of the newest edition of the nursing best practice guideline, *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care*.

As the province's advisor on health care quality we work together with partners like the RNAO to bring about meaningful improvement in health care. RNAO's guideline on the topics of delirium, dementia and depression in older adults has the potential to help improve the quality of health care for these individuals across the province.

I would like to congratulate you on the wide range of individuals consulted in the development of your guideline. Similarly, we are always grateful when you or members of the RNAO participate in our advisory committees, provide feedback on our work and support initiatives such as quality standards and quality improvement plans.

Again, many congratulations on the successful publication of this guideline. We look forward to working with you to improve health and health care for every Ontarian.

Sincerely,

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Tepper", written over a horizontal line.

Dr. Joshua Tepper, MD, MPH, MBA  
President & Chief Executive Officer



Ontario Society of Senior Citizens Organizations  
*La Société des Organisations des Citoyens Aînés de l'Ontario*

January 26, 2017

Dr. Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), O.ONT.  
Chief Executive Officer  
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street  
Toronto, Ontario M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun:

On behalf of Ontario Society of Senior Citizens Organizations (OSSCO), we were pleased to receive a copy of RNAO's new Best Practice Guideline (BPG) entitled *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care*.

This guideline replaces two former BPGs on these topics. It outlines evidence-based best practices and aims to promote effective, compassionate and dignified care for older adults with one or more of these conditions. As a tool and compendium to enhance decision-making for nurses and health-care providers working with the older adult, it supports three levels of recommendations: practice, education and organizational recommendations.

OSSCO supports this work done by RNAO as it focuses on the quality of life of the older adult living with delirium, dementia, and/or depression. This work also helps advance the quality of life for all Ontario seniors which is the mandate of OSSCO. It recognizes the values of respect, recognition of the uniqueness of the individual as well as the right to equal access to high-quality care that is based on the best available evidence, provided by knowledgeable, skilled, and compassionate health-care providers.

Yours truly,

Elizabeth Macnab, Executive Director

c. Board of Directors

333 Wilson Avenue, Suite 406, Toronto, Ontario M3H 1T2  
Tel: (416) 785-8570 Fax: (416) 785-7361 Toll Free: 1-800-265-0779 E-mail: [ocsco@ocsco.ca](mailto:ocsco@ocsco.ca)  
Charitable Registration Number: 88502 6351 RR0001



**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER  
LES SOINS INFIRMIERS  
PAR LA CONNAISSANCE

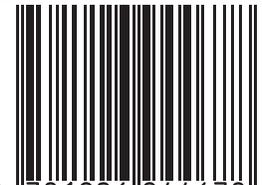
Lignes directrices  
sur les pratiques  
cliniques exemplaires

JUILLET 2016

# Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins

Deuxième édition

ISBN 978-1-926944-67-8



9 781926 944678

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



**Ontario**