

Université de Montréal

Description de la pratique d'ergothérapeutes auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

par Julie Lahaie

Programme de sciences biomédicales
Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences biomédicales
option médecine expérimentale

Octobre 2020

© Julie Lahaie, 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Résumé

La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD] est une thématique d'actualité, car la démence affecte 7,1 % des Canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Parmi ceux-ci, environ 40 à 60 % présentent des symptômes tels que l'errance, l'agressivité, l'agitation verbale, etc. (Ministère de la Santé et des services sociaux [MSSS], 2012). Plusieurs publications récentes, basées sur un consensus d'experts, suggèrent les bonnes pratiques à privilégier au sujet de cette problématique (MSSS, 2014), cependant la mise en application de leur contenu est peu documentée à ce jour. Les objectifs du présent mémoire sont, dans un premier temps, de décrire la pratique des ergothérapeutes au Québec auprès des personnes présentant des SCPD. Le second objectif est de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans la pratique auprès de cette clientèle.

Une étude de devis mixte simultané avec triangulation (Briand & Larivière, 2014) a été réalisée. Un questionnaire en ligne abordant la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des SCPD a été complété par 86 ergothérapeutes. Également, 12 ergothérapeutes ont participé à des entrevues semi-dirigées, pour enrichir les données sur l'intégration des résultats probants dans leur pratique.

Les résultats de l'étude mettent en lumière l'importance qu'accordent les ergothérapeutes à l'évaluation du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne en ayant recours à des observations ou des mises en situation. Les interventions privilégiées concernent principalement les modifications de l'environnement. Les résultats indiquent que les interventions préconisées par les répondants sont celles jugées comme étant les moins efficaces, tel que le fait valoir la recension des écrits. Les résultats montrent que les ergothérapeutes ont recours à des interventions pour lesquelles ils perçoivent qu'ils sont compétents. Les ergothérapeutes privilégent l'expérience clinique et les formations antérieures pour guider leur pratique plutôt que la consultation d'écrits scientifiques.

Les résultats de ce mémoire fournissent des pistes de réflexion utiles pour guider la pratique des ergothérapeutes pour la gestion des SCPD. Comprendre les facteurs influençant les ergothérapeutes dans leur choix d'intervention à privilégier permet de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique.

Mots-clés : ergothérapie, intégration des résultats probants, pratique professionnelle, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Abstract

The management of behavioural and psychological symptoms of dementia [BPSD] is a hot topic as dementia affects 7.1% of Canadians (Public Health Agency of Canada, 2017). Of these, approximately 40-60% experience symptoms such as wandering, aggression, verbal agitation, etc. (Public Health Agency of Canada, 2017). (MSSS, 2012). Several recent publications, based on a consensus of experts, suggest good practices to be favoured regarding this problem (MSSS, 2014), however, implementation is poorly documented to date. The objectives of this master's thesis are, first, to describe the practice of occupational therapists in Quebec with people with BPSD. The second objective is to describe how occupational therapists integrate evidence-based results into their practice with this clientele.

A simultaneous mixed quote study (Briand & Larivière, 2014) was carried out. An online questionnaire addressing occupational therapist practice with individuals with BPSD was completed by 86 occupational therapists. As well, 12 occupational therapists participated in semi-structured interviews to provide additional information on the integration of evidence-based outcomes into their practice.

The results of the study highlight the importance that occupational therapists place on assessing functioning in activities of daily living through observation or role-playing. The preferred interventions mainly concern changes in the environment. The results indicate that the interventions advocated by the respondents are those that were considered least effective as indicated by the literature review. The results show that occupational therapists use interventions for which they perceive they are competent. Occupational therapists favour prior clinical experience and training to guide their practice over consulting scientific literature.

The results of this master's thesis provide useful insights to guide the practice of occupational therapists in the management of BPSD. Understanding the factors influencing occupational therapists in their choice of preferred intervention allows us to propose solutions to optimize the integration of evidence-based results in practice.

Keywords: occupational therapy, evidence-based practice, professional practice, behavioural and psychological symptoms of dementia.

Table des matières

Résumé.....	1
Abstract.....	3
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures	8
Liste des sigles et abréviations.....	9
Remerciements.....	11
Avant-propos.....	12
Introduction.....	13
Chapitre 1 : État des connaissances	16
1.1. Interventions non pharmacologiques pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	16
1.2. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en équipe interdisciplinaire.....	19
1.3. Portrait de la pratique des ergothérapeutes	21
1.4. Portrait de la pratique intégrant les résultats probants	23
1.5. But et objectifs du mémoire	24
Chapitre 2 : Méthodologie	26
2.1 Cadre de référence	26
2.2 Devis	26
2.3 Échantillon	27
2.4 Méthode de collecte de données	28
Questionnaire en ligne	30
Entrevues semi-dirigées	31
2.5 Procédures de recrutement et de collecte de données	32
2.6 Analyse des données	32

2.7 Considérations éthiques	33
Chapitre 3 : Article 1.....	35
Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois.....	36
Autres résultats.....	63
Chapitre 4 : Article 2.....	65
Intégration des résultats probants dans la pratique auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, est-ce que les ergothérapeutes y parviennent ?	66
Chapitre 5 : Discussion générale.....	92
Forces et limites de l'étude	97
Chapitre 6 Conclusion.....	98
Bibliographie.....	i
Annexe A - Interventions non pharmacologiques	i
Annexe B –Démarche pour la recension des écrits	ii
Annexe C : Description des détails des études mentionnées au tableau 1	iv
Activités physiques	iv
Activités structurées	v
Contacts sociaux	ix
Interventions comportementales	x
Interventions sensorielles.....	xiii
Modifications de l'environnement.....	xv
Interventions probantes	xvi

Liste des tableaux

Tableau I.	Interventions non pharmacologiques en fonction du niveau d'évidence scientifique	17
Tableau II.	Répartition des questions/thèmes selon le mode de collecte de données	29
Tableau III.	Caractéristiques des répondants en termes de milieu/contexte (n =86).....	47
Tableau IV.	Caractéristiques des demandes de services en ergothérapie (n =86)	48
Tableau V.	Nombre de séances et méthodes d'évaluation (n =86)	50
Tableau VI.	Niveau d'accord sur la présence des interventions non pharmacologiques dans le plan d'intervention(n=86)	51
Tableau VII.	Modèles utilisés (n =82).....	63
Tableau VIII.	Schèmes de référence utilisés (n =65)	64
Tableau IX.	Milieux de pratique des répondants (n =86)	77
Tableau X.	Interventions non pharmacologiques recommandées par les ergothérapeutes (n=86)	78
Tableau XI.	Éléments guidant le choix d'interventions (n =86).....	79
Tableau XII.	Catégories d'interventions non pharmacologiques	i

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de la démarche de sélection d'articles.....iii

Liste des sigles et abréviations

ACE: Association canadienne des ergothérapeutes

CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

GMF : Groupe de médecine familiale

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

MCPP : Modèle canadien du processus de pratique

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OEQ: Ordre des ergothérapeutes du Québec

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

À Émile, Laurianne et Clara qui me poussent chaque jour à devenir la meilleure version de moi-même

À Hugo, mon pilier

Remerciements

Je tiens à remercier Martine Brousseau, directrice de recherche, pour m'avoir permis de faire mes premiers pas dans le domaine de la recherche et pour son soutien dans la réalisation de cet ambitieux projet de maîtrise. Elle a été présente tout au long des différentes étapes de mon projet de recherche pour me guider et me donner de la rétroaction sur mon travail. Elle s'est bien adaptée à mon rythme et a très bien saisi dans quel état d'esprit j'entreprendais ces études de deuxième cycle. Elle a toujours été soucieuse que le projet reflète mes intérêts et ma personnalité. J'ai beaucoup appris d'elle concernant la rigueur qu'impliquent la recherche et l'écriture scientifique. Merci pour toutes les lectures et relectures du mémoire, je suis consciente du travail que ceci a demandé et je suis très reconnaissante du soutien offert.

Je souligne l'aide précieuse de Marie-Josée Drolet et Christine Hébert. Vous avez pris généreusement de votre temps pour me faire part de vos commentaires à l'égard de l'élaboration du projet de recherche. C'est grandement apprécié.

Il va sans dire que le soutien de ma famille et de mes proches a été essentiel à l'aboutissement de ce projet. Surtout mon conjoint, qui a toujours cru que je pouvais relever le défi. Merci d'être, encore et toujours, à mes côtés.

Avant-propos

Ma source d'inspiration pour mon mémoire vient de ma pratique clinique d'ergothérapeute auprès de personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD]. Ces symptômes causaient un grand souci à l'équipe de soins dans laquelle j'étais impliquée pour la prestation des services. Dans ce contexte, peu de demandes de services ne parvenaient alors en ergothérapie. Intriguée par ce phénomène, ma démarche a consisté à expliciter les évaluations et les interventions possibles en ergothérapie auprès des membres de l'équipe et à entreprendre la démonstration des effets positifs des interventions en ergothérapie pour réduire les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Soucieuse d'adopter les bonnes pratiques, la première démarche entreprise dans le cadre de mon mémoire a été de répertorier les interventions existantes en matière de gestion des SCPD. Le répertoire élaboré s'est inspiré de la classification proposée dans un document de référence ministériel sur les approches non pharmacologiques à privilégier au sujet de cette problématique et met en lumière le niveau d'évidence scientifique des interventions. De plus, la question à savoir si d'autres ergothérapeutes, dans divers milieux, s'impliquaient au sujet de cette problématique est apparue. De là, a émergé mon intérêt à dresser un portrait de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes âgées présentant des SCPD.

Une partie importante du travail relié au mémoire a consisté à réaliser une recension des écrits portant sur l'efficacité des interventions pour gérer les SCPD. La synthèse de cette recension des écrits sous forme de tableau se retrouve dans le chapitre 1 du mémoire. Le chapitre 2 présente la méthodologie utilisée pour l'étude de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des SCPD. Dans le cadre de ce projet, deux articles ont été rédigés et constituent les chapitres 3 et 4 de ce mémoire. Une discussion générale, faisant état de la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès de cette clientèle, complète la réflexion dans le chapitre 5. Le mémoire se termine par une conclusion au chapitre 6.

Introduction

La démence est un phénomène social important car elle touche 7,1 % des Canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Ainsi, un grand nombre de personnes âgées présentent un diagnostic de démence, nouvellement désigné « trouble neurocognitif majeur », lequel est caractérisé par des atteintes sur le plan cognitif, comme par exemple, une altération de la mémoire ou encore du langage. Selon des données récentes de Statistiques Canada, 12 % des personnes âgées de 45 à 64 ans sont atteintes de démence. Ce pourcentage passe à 42 % chez celles de 65 à 79 ans et à 56 % chez celles de 80 ans et plus (Wong, Gilmour & Ramage-Morin, 2016). Les troubles neurocognitifs majeurs sont accompagnés de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence [SCPD] dans une proportion de 40 à 60% (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2012). Ces symptômes sont définis comme les « symptômes de la perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs » (adapté de Finkell & Burns, 1999 dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017, p.xii). Les comportements perturbateurs prennent diverses formes : fugue, errance, agressivité, résistance lors des soins, cris, agitation, etc. (Voyer, 2013). Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal (1989) proposent une classification des SCPD en catégories, soit agitation physique sans agressivité, agitation physique avec agressivité, agitation verbale sans agressivité et agitation verbale avec agressivité. Les personnes atteintes de démence s'engagent de moins en moins dans des activités, voire des occupations, ces périodes d'inactivité sont propices au déclenchement de SCPD (Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller & Costa, 2011). Ces comportements d'agitation entraînent de nombreuses conséquences pour la personne elle-même, pour son entourage ainsi que pour le personnel soignant. Les principales conséquences répertoriées pour la personne concernée sont le rejet de l'entourage, la stigmatisation, la contrainte induite par l'utilisation de mesures de contrôle physique et chimique, la perte d'autonomie, la peur ou l'anxiété. L'entourage est aussi affecté par les SCPD, car les responsabilités de soutien créent des contraintes occasionnant souvent de la culpabilité si l'on ne peut répondre aux attentes. Divers sentiments sont exprimés par l'entourage, comme la crainte d'être éventuellement atteint des mêmes symptômes ou même

parfois la honte face aux comportements de la personne atteinte de démence. Par ailleurs, le personnel soignant est à risque d'épuisement et de vivre un sentiment d'échec, voire d'incompétence tellement la gestion des SCPD est exigeante (MSSS, 2012 ; Voyer, 2013).

Il existe des documents de référence ministériels pour guider les professionnels dans la gestion des SCPD (MSSS, 2014a; MSSS, 2014b; MSSS, 2014c). La démarche à privilégier pour gérer les SCPD consiste, dans un premier temps à évaluer l'origine de celui-ci en équipe interdisciplinaire. L'équipe interdisciplinaire, composée de médecins et d'infirmières, peut s'adoindre les services de médecins spécialistes (gériatre, gérontopsychiatre, psychiatre ou neurologue) ou d'autres professionnels de la santé dont, l'ergothérapeute, le neuropsychologue, le pharmacien et le psychoéducateur (MSSS, 2014b). Dans un deuxième temps, la démarche se poursuit en recourant aux diverses interventions non pharmacologiques (MSSS, 2014c). Ces interventions regroupent une variété de moyens : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modifications de l'environnement (MSSS, 2014a).

La parution des documents de référence ministériels demeure relativement récente et la mise en application de leur contenu est peu documentée à ce jour. Quelques études dressent le portrait de la pratique d'ergothérapeutes auprès des personnes présentant une démence (Bennet, Shand & Liddle, 2011; McGrath & O'Callaghan, 2014 ; Rahja, Comans, Clemson, Crotty & Laver, 2018). Toutefois, ces études s'attardent peu à la problématique des SCPD et sont réalisées à l'étranger. Les études décrivant la pratique professionnelle sont pertinentes car elles permettent d'identifier les bases de l'exercice de la profession et d'assurer la qualité des services (Poitras, Chouinard, Fortin & Gallagher, 2016). Les portraits de la pratique permettent de suivre l'évolution et guident le développement de formations sur les compétences à développer. Aussi, l'intégration des résultats probants dans la pratique des ergothérapeutes est une préoccupation actuelle. Quelques études s'intéressent au sujet, notamment en identifiant les obstacles et facilitateurs à l'intégration des résultats probants par les ergothérapeutes (Bennett et al., 2003; Rajah et al. 2018; Thomas & Law, 2013; Upton, Stephens, Williams & Scurlock-Evans, 2014). Comprendre les facteurs influençant les ergothérapeutes dans le choix des interventions qu'ils privilégièrent permet de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans leur pratique. Il est pertinent de savoir si les ergothérapeutes intègrent les interventions probantes dans leur pratique pour la gestion des SCPD, d'autant plus que des revues

systématiques montrent que des interventions sont reconnues comme étant efficaces pour atténuer les SCPD (Abraha et al., 2017; Legere et al., 2018; Meyer & O’Keefe, 2018 ; Scales et al., 2018). Ainsi, le présent mémoire s’attarde à dresser le portrait de la pratique d’ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD.

Chapitre 1 : État des connaissances

Ce chapitre abordera l'état des connaissances sur les interventions non pharmacologiques pour la gestion des SCPD, la gestion des SCPD en équipe interdisciplinaire, les portraits de la pratique d'ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de démence, les portraits de la pratique d'ergothérapeutes intégrant les résultats probants. Enfin, les constats découlant de cet état des connaissances seront établis et permettront de justifier le but et les objectifs du mémoire.

1.1. Interventions non pharmacologiques pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Il est suggéré de recourir aux interventions non pharmacologiques pour réduire les SCPD dans un premier temps (MSSS, 2014c). Le choix des interventions non pharmacologiques proposées dans le document de référence ministériel (MSSS, 2014a) s'appuie essentiellement sur la recension des écrits de Cohen-Mansfield (2013). Cet auteur regroupe les interventions sous six catégories : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modifications de l'environnement (l'annexe A fournit des exemples pour chacune des catégories mentionnées précédemment). Cohen-Mansfield appuie ses conclusions sur des études de divers niveaux de scientificité, comprenant autant sur des études sans groupe de contrôle (considérées comme présentant un niveau d'évidence scientifique faible) que des études randomisées (considérées comme présentant un niveau d'évidence scientifique élevé). Il y a lieu de questionner s'il y a de meilleures évidences scientifiques soutenant l'apport des diverses interventions constituant l'approche non pharmacologique. Par conséquent, une recension des écrits a été réalisée dans le cadre de ce mémoire (l'annexe B illustre la démarche pour la recension des écrits portant exclusivement sur les interventions non pharmacologiques). Les interventions efficaces pour la gestion des SCPD ont été mis en lumière; de nombreuses études récentes documentent l'état des connaissances pour les interventions de gestion des SCPD. Les résultats de ces études sont synthétisés dans le tableau I constituant ainsi un résumé des interventions pour gérer les SCPD en fonction de leur

niveau d'évidence scientifique (l'annexe C fournit les détails des études scientifiques mentionnées au tableau I).

Tableau I. Interventions non pharmacologiques en fonction du niveau d'évidence scientifique

Interventions non pharmacologiques	Description	Niveau d'évidence*	Exemples de moyens à privilégier
Activités physiques	Activité de marche ou mouvements actifs au niveau des membres supérieurs et inférieurs (MSSS, 2014a).	Niveau 1-Revue systématique : Matura et al. (2016)	Offrir la pratique d'activités physiques pendant 30 minutes à raison de plusieurs fois par semaine (Matura et al., 2016).
Activités structurées	Activité ou portion d'activité (tâche) dirigée vers un but dans le milieu de vie de la personne (Möhler et al., 2018).	Niveau 1-Revue systématique : Möhler et al. (2018) ; Travers et al. (2016) Niveau 2-Essai clinique randomisé : Farina et al. (2006) ; Gitlin et al. (2018) ; Kolanowski et al. (2011) Niveau 4- Étude cohorte : Backhouse et al. (2016); Hsu et al. (2017)	Déterminer les activités suite à l'évaluation des capacités de la personne et les intégrer dans un programme d'activités structurées graduées (ex : <i>Tailored Activities Program</i> (TAP)). L'évaluation inclut les capacités résiduelles, les rôles antérieurs et les intérêts de la personne atteinte. Développer un programme de trois activités concordant avec la capacité de la personne et diminuant les exigences de l'environnement pour faciliter la participation. L'accent est mis sur l'enseignement d'activités ciblées aux proches afin que ceux-ci les intègrent dans leur interaction avec la personne (Gitlin et al., 2018). Mettre en place un programme d'une durée de 6 semaines, à raison de 15 sessions de 3 heures. Chacune des sessions proposant des activités structurées de type conversation, jeu de société, préparation café (Farina et al., 2006).
Contacts sociaux	Mise en place d'interactions avec un humain ou un non-humain (ex : animal), réaliste ou non (MSSS, 2014a).	Niveau 1-Revue systématique : Abraha et al. (2017) Niveau 1-Méta-analyse : Zetteler (2008) Niveau 2-Essai clinique randomisé : Cantarella et al. (2018)	Fournir une présence simulée permettant d'établir un contact social, quoiqu'artificiel mais suffisant pour répondre à un besoin de socialiser ou de sécurité (ex : offrir des périodes d'écoute de bande audio ou vidéo d'expériences positives à la personne atteinte de démence, photos, poupée...) (Abraha et al., 2017 ; Cantarella et al., 2018 ; Zetteler, 2008).
Interventions comportementales	Renforcement différentiel : Modification de la réponse de l'entourage face aux comportements problématiques, entre autres, en ignorant le comportement problématique et en renforçant positivement l'absence de comportements perturbateurs.	Niveau 4- Étude de cas, étude pilote : Padilla et al. (2013) ; Sato et al. (2013)	Offrir un renforcement positif lorsque la personne utilise bien la toilette ou interagit avec d'autres personnes. À l'inverse, si la personne cherche à fuguer, ignorer ce comportement. Cette façon de faire a permis de réduire les fugues de façon significative, passant d'une moyenne de 26 tentatives à 1 tentative (Padilla et al., 2013). Mettre en place un programme d'enseignement et d'entraînement aux proches aidants dans l'utilisation du renforcement positif (Sato et al., 2013).

Tableau 1. Interventions non pharmacologiques en fonction du niveau d'évidence scientifique (suite)

Interventions non pharmacologiques	Description	Niveau d'évidence*	Exemples de moyens à privilégier
Interventions comportementales	Contrôle des stimulations : Régulation d'une stimulation avec un comportement (offrir une stimulation correspondant aux capacités de la personne) (Cohen-Mansfield, 2001).	Niveau 1-Revue systématique : Cook et al. (2012) Niveau 2-Essai clinique randomisé: Gozalo et al. (2014) ; Sloane et al. (2004) Niveau 4- Étude de cas, étude pilote : Padilla et al. (2013) ; Rogers et al. (1999)	Dispenser les soins d'hygiène selon l'approche basée sur la personne ; l'intervenant modifie sa façon de faire afin de répondre aux préférences de la personne, de ses habitudes, modifie l'environnement ou encore sa communication afin de s'adapter à la personne (Sloane et al., 2004). Dispenser les soins d'hygiène selon la méthode du bain-serviette. Pour cette modalité, deux couvertures, deux serviettes de bain et du savon sans rinçage sont utilisés afin d'offrir un bain qui réduit les manipulations et permet de garder la personne couverte le plus possible (Gozalo et al., 2014; Sloane et al., 2004). Utiliser une intervention basée sur l'analyse fonctionnelle (traduction libre de <i>functional analysis-based intervention</i>) : identifier les problèmes de comportements, formuler des hypothèses explicatives sur l'apparition du comportement, découlant de l'histoire antérieure ou encore de besoins non-comblés afin de proposer des interventions appropriées (Cook et al., 2012). Graduer le niveau d'aide requis selon les capacités du sujet observé dans les jours précédents (Rogers et al., 1999).
Interventions sensorielles	Stimulation d'un des cinq sens (toucher, ouïe, odorat, goût, vue) (MSSS, 2014a).	Niveau 1-Revue systématique sur la musique : Konno et al. (2014) ; Travers et al. (2016) ; Van der Steen et al. (2018) Niveau 1-Revue systématique sur le massage : Margenfelds et al. (2019) Niveau 1 -Revue systématique sur le matériel à manipuler : Padilla (2011) Niveau 1 -Méta-analyse : Kim et al. (2014)	Utiliser la musicothérapie via un mode passif (ex. : écoute de la musique) ou un mode actif (ex. : interprétation chant ou instrument) (Van der Steen et al., 2018). Permettre écoute de musique lors des repas et lors de l'hygiène (Konno et al. 2014). Offrir des massages (Margenfelds et al., 2019) Mettre du matériel à manipuler disponible (Padilla, 2011).
Modifications de l'environnement	Transformation de l'environnement physique afin d'offrir des parcours d'errance, créer des barrières subjectives, réduire la stimulation et aménager des espaces recréant un milieu naturel (MSSS, 2014a).	Niveau 1-Revue systématique sur repères visuels : Padilla (2011) Niveau 4- Étude cohorte sur aménagement physique : Bautrant et al. (2019) Niveau 4-Étude de cas sur barrières visuelles: Padilla et al. (2013)	Mettre en place des repères spatiaux et temporeux aidant la personne à se repérer dans son environnement (ex. : mettre une photo de la personne à la porte de sa chambre, calendrier, horloge, pictogrammes représentant les lieux) (Padilla, 2011). Utiliser une barrière subjective (ex. : modification des deux portes d'une résidence avec du ruban adhésif) permettant de réduire les fugues (ex : le nombre de tentatives de fuguer de la part de la personne atteinte a significativement diminué, passant de 35 à 5 tentatives) (Padilla et al., 2013).

*Selon Melnyk et Fineout-Overholt (2015)

À la lumière de ces écrits, plusieurs études concernant les effets des interventions non pharmacologiques pour réduire les SCPD montrent un niveau d'évidence scientifique élevé (niveaux 1 et 2). L'efficacité de diverses interventions sensorielles, (ex. : écoute de musique, massages et offrir du matériel à manipuler) est mise en évidence dans les études recensées. Également, la présence simulée, les activités structurées, les activités physiques sont reconnues efficaces dans les écrits. Les interventions comportementales privilégiant le contrôle des stimulations et la modification de l'environnement ayant recours aux repères visuels montrent un niveau d'évidence scientifique élevé (niveaux 1 et 2) pour réduire les SCPD. Certaines interventions non pharmacologiques, telles que la modification de l'environnement par le biais de barrière visuelle et les interventions comportementales sous forme de renforcement positif, montrent un niveau d'évidence scientifique faible (niveau 4) dans les études recensées. Les interventions non pharmacologiques ne sont pas des activités réservées à un ou des groupes professionnels. Le manque d'expertise professionnelle à ce sujet est une barrière identifiée par Cohen Mansfield (2013) relative à l'implantation de ces interventions. Il y a lieu de questionner quels intervenants ont recours à ces interventions.

1.2. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en équipe interdisciplinaire

Le recours à une approche interdisciplinaire pour la gestion des SCPD fait autant partie des recommandations du MSSS que le recours aux interventions non pharmacologiques mentionnées plus haut (MSSS, 2014b). À cet égard, un mémoire élaboré par 15 ordres professionnels au Québec (Collaboration interprofessionnelle, 2016) soutient que le recours au travail en équipe interdisciplinaire résoudra divers enjeux liés aux soins auprès des personnes âgées hospitalisées dans les centres hospitaliers de soins de longue durée [CHSLD], dont la gestion des SCPD et ce, par une mise en commun des expertises professionnelles. Il y a lieu de questionner comment les divers professionnels s'impliquent dans la mise en place des interventions non pharmacologiques afin de confirmer la pertinence de solliciter les ergothérapeutes.

Le recours aux interventions non pharmacologiques par divers professionnels de la santé auprès des personnes présentant des SCPD a fait l'objet de quelques écrits (Laver et al., 2014; Wong & Leland, 2014). Laver et al. (2014) ont examiné, dans une revue descriptive (*descriptive review*), le contexte et les particularités des interventions non pharmacologiques efficaces pour gérer les SCPD en s'appuyant sur huit études tirées d'une méta-analyse de Brodaty et Arasaratnam (2012). Les types de professionnels offrant les interventions variaient et comprenaient des psychologues, de gériatres, de professionnels de recherche entraînés dans le domaine, d'ergothérapeutes, souvent même de dyade de professionnels (ergothérapeute-psychologue). Quatre des huit études analysées par Laver et al. (2014) rapportaient l'implication des ergothérapeutes lors du recours aux interventions non pharmacologiques de façon unidisciplinaire ou en collaboration avec d'autres professionnels. Wong et Leland (2016) ont montré dans un examen de la portée (*scoping review*) que les interventions non pharmacologiques pour gérer les SCPD sont offertes par divers intervenants. Des 22 études retenues, 11 études ont eu recours à du personnel de l'équipe de recherche. En ce qui a trait aux autres études, on dénombre des infirmières, des musicothérapeutes, des psychologues et des ergothérapeutes comme professionnels ayant prodigué les interventions. Toutefois, une seule des 22 études de leur examen de la portée, soit celle de Maseda et al. (2014), rapporte une recherche où des ergothérapeutes ont mis en place des interventions (de type stimulation sensorielle) pour gérer les SCPD. Les études de Laver et al. (2014) et de Wong et Leland (2014) attestent que divers professionnels ont recours aux interventions non pharmacologiques, mais peu de détails sont disponibles sur les caractéristiques précises des pratiques des divers professionnels de la santé.

Toutefois, l'étude de Dame (2019) a dressé un portrait de la prise en charge par des infirmières (n=20) des personnes présentant un trouble neurocognitif majeur (n=20) œuvrant dans des groupes de médecine familiale [GMF] dans six régions du Québec. Cette étude a montré que moins de la moitié des infirmières rédigent un plan d'intervention. Seulement le quart des répondants intégraient les interventions non pharmacologiques suggérées dans les documents ministériels au plan d'intervention. Les interventions non pharmacologiques les plus fréquemment utilisées par les infirmières sont les activités structurées (dont l'artisanat et la stimulation cognitive), les activités physiques telles que la marche ainsi que les contacts sociaux de type un à un. La majorité des infirmières rapporte que les effets positifs des interventions non

pharmacologiques sont peu connus. La marche et les exercices sont les interventions les mieux connues par celles-ci. Aussi, 55 % des infirmières ne font jamais ou rarement des références [demandes de service] aux équipes dédiées au SCPD, malgré la recommandation de privilégier l'approche interdisciplinaire. Ces résultats mettent en lumière le besoin de poursuivre les recherches pour mieux documenter l'apport des divers professionnels.

Les études recensées font valoir que les ergothérapeutes sont parmi les professionnels ayant recours aux interventions non pharmacologiques pour la gestion des SCPD. Il y a lieu d'explorer la pratique des ergothérapeutes dans la gestion des SCPD.

1.3. Portrait de la pratique des ergothérapeutes

Le portrait de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes avec démence a été décrit par Bennet, Shand et Liddle (2011), McGrath et O'Callaghan (2014) et Rahja, Comans, Clemson, Crotty et Laver (2018). Toutefois, ces études omettent de documenter les particularités reliées aux SCPD. Bennet, Shand et Liddle (2011), dans une étude descriptive de la pratique des ergothérapeutes ($n=134$) auprès des personnes avec démence menée en Australie, ont montré que les principaux motifs de référence concernent la modification de l'environnement, l'évaluation du domicile et de la sécurité (29,1 %). Le deuxième motif de référence le plus souvent identifié était l'évaluation des activités quotidiennes (16,4 %). L'évaluation portait principalement sur les capacités de la personne ; les types d'évaluation les plus fréquents étant les évaluations cognitives (ex : *Mini-Mental State Examination*) (55,7 %), suivis des évaluations fonctionnelles (évaluation des capacités de la personne à réaliser une occupation en tenant compte de l'environnement) (34,7 %). Les interventions concernaient principalement la modification de l'environnement (69,4 %), la recommandation d'aides techniques (66,4 %), ainsi que l'éducation sur la démence (50,8 %).

Par ailleurs, McGrath et O'Callaghan (2014) ont constaté que la pratique d'ergothérapeutes irlandais ($n=47$) mettait peu l'accent sur l'évaluation fonctionnelle au profit de l'évaluation de certaines composantes de la performance telle que la cognition. Par exemple, 54,6 % des outils utilisés étaient liés à l'évaluation cognitive alors que 24 % des outils relevaient de l'évaluation fonctionnelle. Aussi, 64,7 % des ergothérapeutes n'utilisaient pas d'outil standardisé lors de l'évaluation fonctionnelle. Les interventions les plus courantes portaient sur

les modifications de l'environnement (74,4 %), la recommandation d'aides techniques (70,2 %) et l'enseignement de stratégies compensatoires (51 %). Ces deux études ne rapportent pas d'informations concernant les particularités de la pratique associée aux SCPD.

Rahja, Comans, Clemson, Crotty et Laver (2018) ont réalisé des audits sur 87 notes de dossiers en ergothérapie portant sur des évaluations et des interventions auprès de personnes avec démence ou un diagnostic de démence probable. Cette étude révélait que les ergothérapeutes réalisaient en moyenne 2,1 rencontres en présentiel par référence, jumelées à 3,4 contacts téléphoniques. Également, selon les auteurs, les interventions les plus utilisées par les ergothérapeutes étaient : la référence à un autre service (59,8 %), la modification de l'environnement (55,5 %) et la recommandation d'aides techniques (54 %).

Au Québec, sans aborder spécifiquement les pratiques auprès de personnes atteintes de démence et présentant des SCPD, Gobeil et al. (2019) ont dressé un portrait de la pratique des ergothérapeutes sous l'angle des pratiques évaluatives. Parmi leur échantillon de 793 ergothérapeutes ayant répondu à un sondage en ligne, 41,5 % (n= 329) pratiquaient auprès d'aînés. Parmi ceux-ci, 39,4 % avaient recours aux mises en situation ou aux observations. Aussi, les outils d'évaluation maison étaient utilisés dans une proportion de 26,5%. Les ergothérapeutes œuvrant auprès des aînés rapportaient également utiliser des outils de dépistage des fonctions cognitives (Exemple : *Mini-Mental State Examination*, *Montréal Cognitive Assessment (MoCA)*, Protocole d'examen cognitif de la personne âgée-2r ou Pecpa-2r). L'environnement était plus fréquemment évalué chez la clientèle âgée que chez les clientèles enfant et adulte.

À ce jour, les études décrivant la pratique des ergothérapeutes se limitent exclusivement aux évaluations (Gobeil et al., 2019) ou aux évaluations et aux interventions (Bennet et al., 2011; McGrath et O'Callaghan, 2014; Rahja et al., 2018) et n'incluent pas d'autres aspects de la pratique (ex. : processus de prise en charge). Il y a lieu de documenter la pratique des ergothérapeutes en incluant d'autres éléments afin de dresser un portrait plus complet. De plus, aucune étude connue n'a dressé le portrait de la pratique en ergothérapie prenant en compte les particularités de la gestion des SCPD.

1.4. Portrait de la pratique intégrant les résultats probants

Lors de la recension des écrits sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques pour la gestion des SCPD, les niveaux d'évidence scientifique ont été mis en lumière. Afin d'assurer une pratique professionnelle de qualité, il y a lieu de se questionner si les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique. Les constats de l'examen de la portée (*scoping review*) de Thomas et Law (2013) et de la revue systématique d'Upton, Stephens, Williams et Scurlock-Evans (2014) sur l'intégration des résultats probants par les ergothérapeutes suggéraient que ceux-ci considèrent important de les intégrer dans leur pratique malgré certaines difficultés pour y parvenir. La plupart d'entre eux s'appuyaient davantage sur leur expérience personnelle pour soutenir leur choix d'interventions plutôt que sur des résultats d'études empiriques. Aussi, Bennett et al. (2003), dans une étude auprès de 649 ergothérapeutes australiens, ont identifié que 95,7 % des répondants percevaient l'utilisation des évidences scientifiques comme étant importante. Cependant, la prise de décisions cliniques reposait sur leur expérience clinique (96,3 %), le contenu des formations suivies (81,9 %) et la consultation des collègues (79,9 %). De plus, Bennet et al. (2011), dans leur portrait de la pratique des ergothérapeutes en Australie impliqués auprès des personnes présentant de la démence, a montré que près de la moitié des répondants (53 %) n'était pas du tout confiants ou seulement un peu confiants que leurs connaissances des données issues de la recherche étaient à jour.

Rahja et al. (2018) avaient aussi montré que les interventions des ergothérapeutes auprès des personnes présentant de la démence s'éloignaient des interventions probantes lors de leur étude par des audits de notes au dossier en ergothérapie. Les interventions de modification de l'environnement et d'attribution d'aides techniques étaient fréquentes malgré le fait que les effets de ces interventions soient méconnus. Les auteurs suggéraient que les ergothérapeutes développent davantage leurs connaissances et habiletés en regard de la problématique de la démence. Il y a lieu d'examiner la pratique des ergothérapeutes, dans un contexte de gestion des SCPD, en ce qui a trait à l'intégration des résultats probants étant donné que les écrits relèvent des défis à ce sujet.

1.5. But et objectifs du mémoire

À la suite de l'état des connaissances présenté dans ce mémoire, plusieurs constats peuvent être formulés :

- Les interventions les plus efficaces pour gérer les SCPD sont : interventions sensorielles, interventions comportementales (de type contrôle des stimulations), présence simulée, activités structurées, activités physiques et modifications de l'environnement (de type repères visuels). Les interventions pour lesquelles les niveaux d'évidence scientifique sont moins élevés sont : modifications de l'environnement (aménagement, barrières visuelles) et interventions comportementales (renforcement positif);
- La contribution des divers professionnels à la gestion des SCPD a peu fait l'objet d'études empiriques, à l'exception de l'étude de Dame (2019) qui a documenté le recours aux interventions non pharmacologiques par des infirmières travaillant en GMF;
- Les articles de Laver et al. (2014) et Wong et Lang (2016) ont mis en lumière les effets positifs des interventions non pharmacologiques pour les SCPD offertes par divers professionnels, dont certaines études impliquaient des ergothérapeutes;
- À ce jour, les études décrivant le portrait de la pratique des ergothérapeutes auprès de personnes âgées présentant de la démence (Bennet et al., 2011; McGrath & O'Callaghan, 2014; Rahja et al., 2018) se sont peu attardées aux problématiques reliées aux SCPD ;
- Des études mettent en évidence l'écart entre la pratique actuelle et l'intégration des résultats probants (Bennett et al., 2003; Thomas & Law, 2013; Upton et al., 2014). Toutefois, à ce jour, aucune étude empirique connue n'a abordé la pratique des ergothérapeutes sous l'angle de l'intégration des résultats probants auprès des personnes présentant un SCPD.

Il apparaît pertinent de dresser le portrait de la pratique des ergothérapeutes au Québec dans le contexte des neuvièmes Lignes directrices canadiennes de la pratique de l’ergothérapie (Polatajko, Craik & Davis, 2013). Ces lignes directrices reflètent l’ensemble des points d’action synonyme d’une pratique de qualité. Connaitre le portrait de la pratique des ergothérapeutes permet, éventuellement, d’éclairer sur des pistes d’amélioration des services aux personnes présentant des SCPD. Plusieurs questions demeurent en suspens. Les ergothérapeutes reçoivent-ils des demandes de services pour les problématiques de SCPD? Le travail de l’ergothérapeute se fait-il dans un cadre de travail interdisciplinaire? Quels sont les types d’évaluation et d’intervention privilégiés? Quelle est la fréquence des évaluations et des interventions? Les interventions réalisées sont-elles celles montrées comme étant efficaces? Quels sont les facteurs facilitants et les obstacles au recours aux résultats probantes? Des réponses à ces questions permettront, éventuellement, d’assurer des services de qualité aux personnes présentant des SCPD basée sur les meilleures pratiques. Le présent mémoire a pour but de dresser le portrait de la pratique d’ergothérapeutes auprès des personnes présentant des SCPD.

L’étude comprend deux objectifs:

Objectif 1 : Décrire la pratique des ergothérapeutes au Québec auprès des personnes présentant des SCPD.

Objectif 2 : Décrire comment les ergothérapeutes au Québec intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD.

Chapitre 2 : Méthodologie

Pour répondre aux objectifs du mémoire, un devis de type mixte simultané avec triangulation a été retenu. Il sera question du cadre de référence, du devis de recherche, de la méthode d'échantillonnage, des méthodes de collecte de données, de la procédure de recrutement et de collecte de données, de l'analyse de données et des considérations éthiques.

2.1 Cadre de référence

En s'intéressant au portrait de la pratique des ergothérapeutes, il y a lieu de prendre en compte les divers points d'action de la pratique tels que proposés dans le Modèle canadien du processus de pratique [MCPP] de la neuvième édition des Lignes directrices canadiennes de la pratique de l'ergothérapie (Polatajko, Craik & Davis, 2013). Il apparaît pertinent de les inclure pour décrire la pratique car, ils renvoient à une pratique de qualité. Les points d'action du MCPP décrivent en détail le processus de la pratique: 1) initier et établir le contact (définir le mandat); 2) établir les balises (choix du modèle et schème); 3) évaluer et analyser; 4) convenir des objectifs et du plan; 5) mettre en œuvre un plan; 6) faire le suivi; 7) évaluer le résultat; 8) conclure et mettre fin. Ce cadre de référence permettra de structurer la collecte des données et de s'assurer de dresser un portrait complet de la pratique.

2.2 Devis

Le présent projet s'appuie sur un devis mixte simultané avec triangulation (Briand & Larivière, 2014), où l'expérience des ergothérapeutes concernant leur pratique relative aux problématiques de gestion des SCPD est étudiée. Le devis se justifie par la nature exploratoire de l'étude étant donné l'état des connaissances peu développé sur le sujet. Ce type de devis convient pour une étude des pratiques selon Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016). Ces derniers, dans un examen de la portée (*scoping review*) de l'étude des pratiques, ont répertorié plusieurs éléments à inclure pour dresser des portraits de la pratique des professionnels de la santé. Entre autres, l'utilisation d'une méthodologie mixte s'avère appropriée pour bien comprendre et approfondir le sujet. Aussi, afin de bien décrire la pratique, ces auteurs suggèrent

de regrouper les activités professionnelles selon les différents domaines (étapes de la démarche clinique) et d'en répertorier les évaluations et les interventions. Le devis mixte simultané avec triangulation s'illustre par les données quantitatives (questionnaire en ligne) et qualitatives (entrevues semi-dirigées) recueillies en parallèle. Lors de l'analyse, les résultats des deux collectes de données sont intégrés afin d'obtenir un portrait plus large et ainsi renforcer la compréhension sur le sujet (Briand & Larivière, 2014).

2.3 Échantillon

Un échantillon non probabiliste par convenance a été retenu pour cette étude. L'échantillon est composé d'ergothérapeutes québécois répondant aux critères d'inclusion suivants : 1) être membre en règle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ]; 2) pratiquer auprès d'une clientèle atteinte de démence et de syndromes associés, tout milieu de pratique confondu au Québec et ce depuis au moins un an; 3) être en mesure de comprendre et de s'exprimer à l'oral et à l'écrit en français; et, 4) être disponible et intéressé à participer à l'étude. Les participants potentiels répondant à ces critères ont été sollicités par un envoi courriel de l'OEQ.

Le nombre de participants requis pour le questionnaire en ligne a été estimé en fonction du nombre d'ergothérapeutes au Québec travaillant auprès de la clientèle âgée. L'OEQ a dénombré 1 261 ergothérapeutes intervenant auprès de personnes atteintes de démence. Il était visé de recruter environ 10 % des ergothérapeutes ($n=126$) intervenant auprès de cette clientèle. La cible de 10 % étant réaliste car, selon Shih et Fan (2008), le taux de réponse à un sondage par courriel est estimé à 34 %. À la fin du questionnaire, les répondants étaient invités à participer à l'entrevue semi-dirigée afin d'approfondir certains éléments complémentaires; s'inscrivant à nouveau dans un échantillonnage par convenance. Il était ciblé de rencontrer 10 à 15 ergothérapeutes en entrevue semi-dirigée; ce nombre se justifiant par la précision du sujet et la facilité d'obtenir les données par entrevue (Morse, 2000). La taille de l'échantillon pouvait être ajustée en cours d'étude lors de l'analyse des données, selon la saturation. Advenant que la cible de 10 participants n'était pas atteinte suite au questionnaire en ligne, il était envisagé

d'utiliser un échantillon par réseau ou encore par boule de neige afin de compléter le nombre requis de participants.

2.4 Méthode de collecte de données

Concernant la méthode de collecte des données, deux modes ont été retenus pour recueillir l'information pertinente à l'étude : un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées par appel téléphonique. Conformément aux façons de faire, un journal de bord était tenu par l'étudiante-chercheure tout au long du processus pour rendre compte des échanges au cours de la collecte et de l'analyse des données. Le but étant d'assurer une réflexivité telle que définie ici : « il est requis une introspection et un examen critique de l'interaction entre soi et les données durant la collecte et l'analyse de données qualitatives. Peut amener le chercheur à explorer ses propres sentiments et ses expériences » (Fortin & Gagnon, 2016 p.174).

Le contenu des méthodes de collecte de données, élaboré aux fins de la présente étude, a permis de bien documenter les informations requises pour dresser le portrait de la pratique des ergothérapeutes. L'ensemble des questions et thèmes abordés se rapportaient aux objectifs fixés de l'étude. Le tableau II fournit la répartition des questions et thèmes abordés selon le mode de collecte de données et regroupés selon les points d'action des neuvièmes lignes directrices canadiennes de la pratique de l'ergothérapie (Polatajko et al., 2013).

Tableau II. Répartition des questions/thèmes selon le mode de collecte de données

	Questionnaire	Entrevue semi-dirigée
Questions socio-démographiques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genre 2. Nombre d'années de pratique en ergothérapie 3. Nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle SCPD 4. Type de services offerts 5. Statut d'emploi (temps partiel/complet) 6. Membres de l'équipe interdisciplinaire impliqués 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'années de pratique en ergothérapie 2. Diplôme obtenu
Description de la pratique selon les points d'action		
Initiation et prise de contact	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réception de demandes de service 2. Type d'intervenants ou proches référant en ergothérapie 3. Fréquence des références 4. Types de comportements pour lesquels une demande est faite 	
Balises de la pratique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des modèles 2. Identification des schèmes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perception de l'apport distinctif de l'ergothérapie dans la gestion des SCPD versus les autres professionnels impliqués
Évaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre moyen de séances requis pour compléter une évaluation 2. Outils d'évaluation utilisés 	
Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nature du plan d'intervention (unidisciplinaire ou interdisciplinaire) 2. Nombre de séances requis pour mettre en place le plan 3. Perception de la compétence à intégrer : [échelle de Likert] <ul style="list-style-type: none"> Activités physiques Activités structurées Contacts sociaux Interventions comportementales Interventions sensorielles Modifications de l'environnement 4. Types d'interventions probantes utilisées : [échelle de Likert] <ul style="list-style-type: none"> Activités physiques Activités structurées Contacts sociaux Interventions comportementales Interventions sensorielles Modifications de l'environnement 5. Éléments guidant le choix des interventions 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des sources d'information pour intégrer les résultats probants 2. Facilité à intégrer les résultats probants 3. Processus de prise de décisions lors d'une situation nouvelle
Suivi, évaluation du résultat et fin de l'intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fréquence de révision du plan d'intervention 2. Perception des effets observés suite aux interventions 	

Questionnaire en ligne

Le questionnaire en ligne a été retenu pour ces nombreux avantages : moindre coût, passation rapide, faible influence de la part du chercheur sur les réponses (Corbières & Larivière, 2014), afin de décrire le portrait de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant des SCPD. Le choix d'utiliser un questionnaire en ligne se justifiait également par sa grande accessibilité et la possibilité de rejoindre le plus grand nombre de personnes possibles en peu de temps. Le questionnaire, spécialement conçu pour la présente étude, s'est inspiré de questionnaires déjà existants (Auld & Johnson, 2016; Bennet et al., 2003, 2011; McGrath & O'Callaghan, 2014; Van't Leven et al., 2012) utilisés dans des études décrivant le portrait de la pratique d'ergothérapeutes.

La première section comprenait des questions sociodémographiques. Cette section comportait six questions documentant les éléments suivants: le genre, le nombre d'années de pratique en ergothérapie et le nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle cible, le type de services offerts, le statut d'emploi et les professionnels impliqués dans l'équipe. La deuxième section comprenait 15 questions reflétant les points d'action de la pratique (Polatajko et al., 2013) soit : initiation et prise de contact, balises de la pratique, évaluation, intervention, suivi, évaluation des résultats et fin de l'intervention. Quatre questions servaient à décrire la pratique des ergothérapeutes selon le point d'action initiation et prise de contact. Ces questions se rattachaient à la réception des demandes de service, le type d'intervenants ou les proches référant en ergothérapie, la fréquence des références et les types de comportements. Deux questions concernaient la balise de la pratique et portaient sur l'identification des modèles et des schèmes de référence sur lesquels se base la pratique. Deux questions concernaient l'évaluation abordant le nombre moyen de séances pour compléter l'évaluation et les types d'outils utilisés. Deux questions concernaient l'intervention, abordant le type de plan d'intervention et le nombre moyen de séances pour réaliser l'intervention. Une question évaluait le recours aux interventions non pharmacologiques suivantes : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modification de l'environnement. Une autre question évaluait la perception de l'acquisition de la compétence à utiliser les interventions non pharmacologiques ci-haut mentionnées. Pour ces deux dernières questions, une échelle de type Likert à cinq niveaux a été utilisée afin de connaître le niveau d'accord avec

chacun des énoncés. Les niveaux de l'échelle de type Likert étaient : (1) extrêmement en désaccord; (2) en désaccord; (3) neutre ; (4) en accord; (5) extrêmement en accord. Une question abordait ce qui guide le choix du répondant lors de la sélection des interventions. Deux questions concernaient le suivi, l'évaluation des résultats et la fin de l'intervention. Ces questions se rattachaient à la fréquence de révision de plan d'intervention et l'identification des résultats observés à la suite des interventions.

La validité apparente a été obtenue par une pré expérimentation et par l'avis d'expert. Suite à l'élaboration d'une première version du questionnaire, une première pré expérimentation a été effectuée auprès de deux étudiantes en ergothérapie pour étudier la compréhension du questionnaire et vérifier la durée. Pour évaluer le contenu de ce questionnaire, celui-ci a été soumis à deux experts, reconnus pour leurs connaissances et expériences en recherche en ergothérapie sur des consultations de ce type et un troisième expert reconnu pour son expérience clinique en ergothérapie et en gestion au sujet des personnes présentant des SCPD. Les experts ont été invités à se prononcer sur la clarté de chaque énoncé, la suffisance des choix de réponses, le lien entre les questions et les concepts de l'étude et la séquence des questions. Une version définitive du questionnaire en ligne a été complétée et une pré-expérimentation a été effectuée auprès de six étudiants en ergothérapie dans le but de vérifier la durée du questionnaire, établie à 20-25 minutes. Cette étape a confirmé la préservation de la version définitive.

Entrevues semi-dirigées

L'entrevue téléphonique servait à « recueillir de l'information en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants » (Fortin & Gagnon, 2016, p.319). Ces données permettaient de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD. L'entrevue semi-dirigée était réalisée à l'aide d'un guide élaboré aux fins de la recherche en s'inspirant d'autres études (Auld & Johnson, 2018 ; Bennett et al., 2003, 2016). L'entrevue semi-dirigée débutait par deux questions sociodémographiques : le nombre d'années de pratique en ergothérapie et le niveau de scolarité complété. Le premier thème de l'entrevue abordait le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD comparativement à celui des autres professionnels

de la santé. Le deuxième thème se rattachait à l'intégration des résultats probants dans la pratique. Trois questions documentaient ce qui guide le choix des sources d'information, l'aisance à intégrer les résultats dans la pratique et le processus de décision lors d'une situation nouvelle.

Pour évaluer le contenu de l'entrevue, celui-ci a été soumis aux trois experts précédents pour vérifier si chaque énoncé était clair et se rapportait bien à l'étude. La séquence des questions a également été étudiée par les experts ciblés pour apprécier la compréhension du guide d'entrevue. Une pré expérimentation a été effectuée auprès d'un ergothérapeute dans le but de vérifier l'efficacité et la durée de l'entrevue (estimée de 45 minutes). Le contenu des entrevues a été enregistré et retranscrit sous forme de verbatim, afin de réaliser l'organisation des données.

2.5 Procédures de recrutement et de collecte de données

L'étude s'est déroulée de janvier à août 2019. Le questionnaire en ligne a été déployé par le biais de la Banque Informatisée de Questions [BIQ] de l'Université du Québec à Trois-Rivières, une plate-forme de sondage électronique sécurisée. Un envoi courriel de l'OEQ à tous les répondants potentiels ($n= 1261$) représentant 23 % des ergothérapeutes au Québec, a été diffusé en janvier 2019. Une seule relance a été effectuée deux semaines après le premier envoi. L'ensemble des questionnaires complétés en entier a été retenu. À la fin du questionnaire, les participants ont été invités à manifester leur intérêt à poursuivre leur implication dans l'étude en donnant leurs coordonnées afin d'être convoqué, dans un deuxième temps à l'entrevue semi-dirigée. Ils étaient dirigés vers un lien les amenant à inscrire leur adresse courriel. L'adresse courriel n'apparaissait pas dans les réponses au questionnaire afin de respecter la confidentialité. L'ensemble des participants volontaires a été retenu. Ces entrevues ont été réalisées par téléphone d'avril à août 2019 et enregistrées sur support numérique.

2.6 Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives telles que la moyenne, les distributions, la fréquence et les pourcentages. Les données qualitatives ont fait

l'objet d'analyse de contenu suivant la démarche proposée par Fortin et Gagnon (2016) soit: lecture flottante, organisation des données, révision des données, codage des données (analyse de données soutenue par code de couleur), élaboration de catégories et émergence de thèmes. L'analyse thématique a été effectuée par l'étudiante-rechercheure et révisée par la directrice de recherche. Le logiciel NVivo version 11 a été utilisé pour l'analyse des données.

2.7 Considérations éthiques

Cette recherche, impliquant des êtres humains, respectait les principes éthiques de l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC 2, 2014). Toute recherche devant être axée sur le respect de la dignité humaine et appliquer les trois principes directeurs suivants : respect des personnes, préoccupation pour le bien-être et la justice.

L'avantage pour les répondants au questionnaire était la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la gestion des SCPD. Le seul inconvénient identifié était le temps requis pour répondre au questionnaire. Cependant, cet inconvénient était atténué par le fait que le questionnaire était disponible en ligne, donc la personne pouvait choisir le moment et le lieu qui lui convenait pour y répondre. La participation au sondage était volontaire et anonyme, étant donné l'utilisation d'une plateforme électronique sécurisée. La personne était donc libre de refuser d'y répondre et pouvait se retirer à tout moment, en cessant de répondre aux questions. Les données des questionnaires incomplets ont été entièrement détruites. Selon les exigences de l'université, les données seront détruites après cinq ans.

L'avantage pour les participants à l'entrevue semi-dirigée était la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'intégration des résultats auprès de cette clientèle. Également, l'entrevue semi-dirigée offrait un moment de réflexion sur la pratique personnelle et professionnelle. Les inconvénients identifiés étaient le temps requis pour répondre à l'entrevue semi-dirigée. Lors de l'entrevue, il était possible que raconter une expérience ou répondre aux questions suscite des sentiments désagréables. Si cela se produisait, l'étudiante-rechercheure pouvait guider le participant vers une ressource en mesure d'aider, soit le programme d'aide aux employés de son organisation ou le service de psychologie de l'UQTR. La participation aux entrevues était volontaire. La personne était donc libre de refuser d'y répondre et pouvait se retirer à tout moment, en cessant de répondre aux questions. Selon l'exigence de l'université, les données seront détruites après cinq ans.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à une identification. Les données recueillies sont conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y ont accès sont les chercheures impliquées dans le projet. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. La confidentialité est assurée par un code numérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communication lors de congrès ne permettront pas d'identifier les participants. Les données seront détruites lorsque le projet sera terminé et ne seront pas utilisées à d'autres fins que le présent projet.

L'étude a obtenu l'approbation du Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro CER-18-252-07.12).

Chapitre 3 : Article 1

L'article intitulé « Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois » a été rédigé par Julie Lahaie et Martine Brousseau. L'article a été soumis à la Revue canadienne d'ergothérapie.

Contribution des auteurs

Cet article scientifique porte sur les résultats reliés au premier objectif du mémoire qui est de décrire la pratique des ergothérapeutes au Québec présentant des SCPD. Julie Lahaie a rédigé l'ensemble de l'article avec l'aide de sa directrice qui a révisé l'article et approuvé le résultat final. La collecte de données et l'analyse des résultats ont été réalisées par l'étudiante-rechercheuse et supervisées par sa directrice.

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois

Julie Lahaie, B. Sc. ergothérapie, étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières, chargée de cours au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Martine Brousseau, erg., Ph.D., Professeure titulaire au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

Description. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence [SCPD] implique plusieurs professionnels, dont les ergothérapeutes. La pratique des ergothérapeutes québécois auprès des personnes âgées présentant des SCPD est jusqu'à ce jour, peu documentée. Il y a lieu de questionner le contexte de pratique au Québec. **But.** Décrire la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD.

Méthodologie. Une recherche descriptive impliquant un devis mixte simultané avec triangulation comprenant un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées a été réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois. **Résultats.** Les ergothérapeutes rapportent accorder une grande place à l'évaluation des capacités en ayant recours à des observations ou des mises en situation. Les interventions les plus fréquemment utilisées touchent les modifications de l'environnement. **Implication pour la pratique.** Les résultats de l'étude fournissent des pistes de réflexion utiles pour guider la pratique future des ergothérapeutes.

Mots-clés ergothérapie, pratique professionnelle, portrait de la pratique

Abstract

Background. The management of behavioural and psychological symptoms related to dementia [BPSD] involves several professionals, including occupational therapists. To date, the practice of occupational therapists in Quebec with elderly people with BPSD is poorly documented. The context of practice in Quebec should be questioned. **Purpose.** To draw a portrait of the practice of occupational therapists in Quebec with people with BPSD. **Method.** A descriptive research with simultaneous mixed-mode design with triangulation, including an online questionnaire and semi-structured interviews, was conducted with Quebec occupational therapists. **Findings.** Occupational therapists report that they place a great deal of emphasis on the assessment of abilities through observation. The most frequently used interventions involve environmental modification. **Implication.** Study findings provide useful insights for guiding practice of occupational therapists.

Key words: Occupational therapy, professional practice, portrait of the practice

Introduction

La démence, nouvellement dénommée trouble neurocognitif, représente un phénomène important affectant 7,1 % des Canadiens (Agence de la santé publique du Canada, 2017) et est caractérisée par des atteintes sur le plan cognitif, par exemple une altération de la mémoire ou encore du langage. Le trouble neurocognitif est accompagné de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) pour une proportion de 40 à 60 % des personnes atteintes (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2012). Ces symptômes sont définis comme les « symptômes de la perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs » (adapté de Finkell et Burns, 1999 dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017, p. xii). Ils prennent diverses formes : fugue, errance, agressivité, résistance lors des soins, cris, agitation, etc. (Voyer, 2013).

Les SCPD entraînent de nombreuses conséquences pour la personne elle-même, pour son entourage ainsi que pour le personnel soignant. D'une part, les principales conséquences répertoriées pour la personne concernée résident dans le rejet de l'entourage, la stigmatisation, la contrainte induite par l'utilisation de mesures de contrôle physique et chimique, la perte d'autonomie, la peur ou l'anxiété. D'autre part, la qualité de vie de l'entourage risque d'être affectée par la charge de travail. Également, l'entourage est à risque d'éprouver de la crainte d'être atteint des mêmes symptômes dans le futur et de ressentir un sentiment de culpabilité ou de honte. Aussi, les intervenants sont à risque d'épuisement ou encore de vivre un sentiment d'échec, voire d'incompétence tellement la gestion des SCPD est exigeante (MSSS, 2012 ; Voyer, 2013). Selon Fraker, Kales, Blazek, Kavanagh et Gitlin (2014), l'ergothérapeute est un professionnel de plus en plus sollicité dans l'équipe interdisciplinaire pour gérer les SCPD. Sa contribution à la gestion des SCPD permet de comprendre la relation entre la personne, l'environnement et l'occupation et d'identifier ce qui est requis pour participer à des occupations. L'implication de l'ergothérapeute permet à la personne de trouver l'équilibre entre l'environnement, les exigences de la tâche et/ou des activités inhérentes aux occupations et les capacités du client et ainsi réduire les SCPD. Par conséquent, il y a lieu de comprendre la pratique des ergothérapeutes quand il s'agit de prendre en compte la gestion des SCPD. Les études dressant le portrait de la pratique professionnelle sont pertinentes car elles permettent d'identifier les bases de l'exercice de la profession et d'assurer la qualité des services (Poitras,

Chouinard, Fortin & Gallagher, 2016). Les portraits permettent de suivre l'évolution des pratiques et guident le développement de formations sur les lacunes identifiées. Le but de cet article est de rapporter une portion des résultats d'une étude empirique réalisée auprès de 86 ergothérapeutes québécois permettant de décrire la pratique auprès des personnes touchées par cette problématique.

Recension des écrits

Le portrait de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes avec démence a été décrit par Bennet, Shand et Liddle (2011), McGrath et O'Callaghan (2014) et Rahja, Comans, Clemson, Crotty et Laver (2018). Toutefois, ces études omettent d'inclure les particularités reliées aux SCPD. Bennet, Shand et Liddle (2011), dans une étude descriptive de la pratique des ergothérapeutes ($n=134$) auprès des personnes avec démence menée en Australie, ont montré que les principaux motifs de référence concernaient la modification de l'environnement, l'évaluation du domicile et de la sécurité ($n=39$; 29,1 %). Le deuxième motif de référence le plus souvent identifié était l'évaluation des activités quotidiennes ($n=22$; 16,4 %). L'évaluation se rattachait principalement sur les capacités de la personne ; les types d'évaluation les plus fréquents étant les évaluations cognitives (ex : *Mini-Mental State Examination*) ($n=69$; 55,7%), suivi des évaluations fonctionnelles (évaluation des capacités de la personne à réaliser une occupation en tenant compte de l'environnement) ($n=43$; 34,7 %). Les interventions concernaient principalement la modification de l'environnement ($n=93$; 69,4 %), la recommandation d'aides techniques ($n=89$; 66,4 %), ainsi que l'éducation sur la démence ($n=68$; 50,8%).

Par ailleurs, McGrath et O'Callaghan (2014) ont constaté, dans une étude descriptive, que la pratique de 47 ergothérapeutes irlandais mettait peu l'accent sur l'évaluation fonctionnelle au profit de l'évaluation de certaines composantes de la performance telle que la cognition. Par exemple, 54,6 % des outils utilisés étaient de type évaluation cognitive alors que 24 % des outils relevaient de l'évaluation fonctionnelle. Aussi, 64,7 % des ergothérapeutes n'utilisaient pas d'outil standardisé lors de l'évaluation fonctionnelle. Les interventions les plus courantes portaient sur les modifications de l'environnement ($n=35$; 74,4 %), la recommandation d'aides techniques ($n=33$; 70,2 %) et l'enseignement de stratégies compensatoires ($n=24$; 51 %).

Rahja et al. (2018) ont réalisé des audits sur 87 notes de dossiers en ergothérapie portant sur des évaluations et des interventions auprès de personnes avec démence ou avec un diagnostic de démence probable. Cette étude révélait que les ergothérapeutes réalisaient en moyenne 2,1 rencontres en présentiel par référence, jumelées à 3,4 contacts téléphoniques. Également, les auteurs de l'étude ont indiqué que les interventions les plus souvent réalisées par les ergothérapeutes étaient : la référence à un autre service (n=52 ; 59,8 %), la modification de l'environnement (n=48 ; 55,5 %) et la recommandation d'aides techniques (n=47 ; 54 %).

Au Québec, sans aborder spécifiquement les pratiques auprès de personnes atteintes de démence et présentant des SCPD, Gobeil et al. (2019) ont dressé un portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes. Parmi leur échantillon de 793 ergothérapeutes ayant répondu à un sondage en ligne, 41,5 % (n= 329) pratiquaient auprès d'aînés. Parmi ceux-ci, 39,4% (n=126) ont indiqué recours aux mises en situation ou aux observations. Aussi, les outils d'évaluation maison étaient utilisés dans une proportion de 26,5 % (n=85). Les ergothérapeutes œuvrant auprès des aînés rapportaient également utiliser des outils de dépistage des fonctions cognitives (Exemple : *Mini-Mental State Examination*, *Montréal Cognitive Assessment (MoCA)*, Protocole d'examen cognitif de la personne âgée-2r). L'environnement était plus fréquemment évalué chez la clientèle âgée que chez la clientèle enfant et adulte.

Par ailleurs, la pratique actuelle des ergothérapeutes du Québec œuvrant auprès des personnes présentant des SCPD s'inscrit dans un contexte de directives ministérielles récentes (MSSS, 2014) et de recommandations par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2017). Il est proposé, par celles-ci, de privilégier les interventions non pharmacologiques pour gérer les SCPD. Ces interventions peuvent prendre plusieurs formes : activités structurées, activités physiques, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles, modifications environnementales. La parution des documents de référence ministériels demeure relativement récente et la mise en application de leur contenu est peu documentée à ce jour. Il y a lieu de questionner si la pratique actuelle des ergothérapeutes intègre ces interventions.

À ce jour, les études ne rapportent pas d'information concernant les particularités de la pratique des ergothérapeutes associée aux SCPD. Les études décrivant la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant une démence ont recensé exclusivement les

motifs de référence, les évaluations et les interventions (Bennet et al., 2011; McGrath & O'Callaghan, 2014; Rahja, et al. 2018) et celle décrivant la pratique des ergothérapeutes au Québec (Gobeil et al, 2019) ont essentiellement répertorié les évaluations. Il y a lieu de documenter la pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle, ceci pouvant guider la pratique future.

Objectif de la recherche

L'objectif de la présente étude était de dresser un portrait de la pratique des ergothérapeutes au Québec auprès des personnes présentant des SCPD. Seuls les résultats se rattachant au premier objectif de l'étude sont présentés dans cet article, à savoir de décrire la pratique d'ergothérapeutes au Québec dans le cadre de la gestion des SCPD. Les résultats liés au deuxième objectif de l'étude, soit de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique font l'objet d'un autre article.

Méthodologie

Cadre de référence

En s'intéressant à la pratique des ergothérapeutes, il y lieu de prendre en compte les divers points d'action de la pratique tels que proposés dans le Modèle Canadien du Processus de Pratique (MCPP) des Lignes directrices canadiennes en ergothérapie (Polatajko, Craik & Davis, 2013) car ils renvoient à une pratique de qualité. Ces points d'action sont: 1) initier et établir le contact (définir le mandat); 2) établir les balises (choix du modèle et schème); 3) évaluer et analyser; 4) convenir des objectifs et du plan; 5) mettre en œuvre un plan; 6) faire le suivi; 7) évaluer le résultat; 8) conclure et mettre fin. Ces actions permettent de décrire la pratique en tenant compte de l'ensemble du processus, allant au-delà des évaluations et interventions.

Devis

Le présent projet s'appuie sur un devis mixte simultané avec triangulation (Briand & Larivière, 2014), où l'expérience des ergothérapeutes concernant leurs interventions relatives

aux problématiques de SCPD est étudiée. Le devis se justifie par la nature exploratoire de l'étude étant donné l'état des connaissances peu développé sur le sujet et convient pour une étude des pratiques selon Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016). Ces derniers, dans un examen de la portée (*scoping review*) de l'étude des pratiques, ont répertorié plusieurs éléments à inclure pour dresser des portraits de la pratique des professionnels de la santé. Entre autres, l'utilisation d'une méthodologie mixte s'avère appropriée pour bien comprendre et approfondir un sujet. Aussi, afin de bien décrire la pratique, ces auteurs suggèrent de regrouper les activités professionnelles selon les différents domaines (étapes de la démarche clinique) et de répertorier les évaluations et les interventions. Le devis mixte simultané avec triangulation s'illustre par les données quantitatives (questionnaire en ligne) et qualitatives (entrevues semi-dirigées) recueillies en parallèle. Lors de l'analyse, les résultats des deux collectes de données sont intégrés afin d'obtenir des informations complémentaires ainsi renforcer la compréhension sur le sujet (Briand & Larivière, 2014).

Échantillonnage

Tous les ergothérapeutes québécois impliqués auprès de la clientèle présentant une démence ont été sollicités pour participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient : 1) être membre en règle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ] ; 2) pratiquer auprès d'une clientèle atteinte de démence et de syndromes associés tout milieu de pratique confondu au Québec depuis au moins un an; 3) être en mesure de comprendre et s'exprimer à l'oral et à l'écrit en français; et, 4) être disponible et volontaire à participer à l'étude. Il était visé de recruter environ 10 % des ergothérapeutes intervenant auprès de cette clientèle lors du questionnaire en ligne et 10 à 15 participants lors des entrevues semi-dirigées.

Méthodes de collecte de données

Un questionnaire en ligne et une entrevue semi-dirigée constituaient les deux modes de collecte de données. Le questionnaire, élaboré spécifiquement pour la présente étude, s'inspirait de questionnaires existants (Auld & Johnson, 2016; Bennet et al., 2003, 2011; McGrath & O'Callaghan, 2014; Van't Leven et al., 2012) utilisés dans des études de portrait de la pratique

d’ergothérapeutes. Le questionnaire comprenait six questions sociodémographiques (le genre, le nombre d’années de pratique en ergothérapie et auprès de la clientèle cible, le type de services offerts, le statut d’emploi et les membres de l’équipe de travail). Les questions décrivant les points d’action de la pratique (Polatajko et al., 2013) en regard de l’initiation et de la prise de contact abordaient : la réception de demandes de service, le type d’intervenants ou les proches référant en ergothérapie, la fréquence des références et les types de comportements ciblés pour lesquels une référence était faite. Les questions abordant l’évaluation portaient sur le nombre de séances pour compléter une évaluation et les outils utilisés. En ce qui a trait aux interventions, les questions abordaient l’aspect unidisciplinaire ou interdisciplinaire du plan d’intervention, le nombre de séances requises pour le mettre en place, ainsi que le recours aux interventions non pharmacologiques : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles, modifications environnementales. Les questions concernaient le niveau d’accord pour le recours aux diverses interventions s’appuyaient sur une échelle de type Likert à cinq niveaux : (1) extrêmement en désaccord; (2) en désaccord; (3) neutre ; (4) en accord; (5) extrêmement en accord. Par rapport au suivi et la fin de l’intervention, la question se rattachait à la fréquence de révision de plan d’intervention.

La validité apparente du questionnaire a été examinée. Pour évaluer le contenu du questionnaire, ce dernier a été soumis à deux experts, reconnus pour leurs connaissances et expériences en recherche en ergothérapie et à un troisième, reconnu pour son expérience clinique en ergothérapie auprès des personnes présentant des SCPD. Les experts ont été invités à se prononcer sur la clarté de chaque énoncé, le nombre de choix de réponses, le lien entre la question et les concepts de l’étude et la séquence des questions. Le questionnaire a été modifié à la suite des avis des experts et une version définitive a été pré-expérimentée auprès de six personnes afin de vérifier l’aisance de passation.

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées au téléphone à l’aide d’un guide d’entrevue élaboré aux fins de la recherche en s’inspirant d’études similaires de portrait de la pratique en ergothérapie (Auld & Johnson. 2018; Bennett et al., 2003, 2016). Aux fins du présent article, les réponses à la question portant sur la distinction entre le travail d’ergothérapeute et celui des autres professionnels de la santé aussi impliqués dans la gestion des SCPD ont été retenues et ont permis de documenter le point d’action se rattachant aux balises de la pratique.

Le guide d’entrevue a été examiné par trois experts afin de vérifier si chaque énoncé était clair. La séquence des questions a également été vérifiée par les experts ciblés pour apprécier la compréhension. Suite aux modifications du guide, une pré expérimentation a été effectuée auprès d’une personne dans le but de valider l’aisance et la durée de l’entrevue. Le contenu des entrevues a été enregistré et retranscrit sous forme de verbatim, afin de réaliser l’organisation des données.

Procédure de recrutement et de collecte de données

L’étude s’est déroulée de janvier à août 2019. Le questionnaire en ligne a été diffusé en janvier par un envoi courriel de l’OEQ à tous les répondants potentiels ($n= 1261$), représentant 23 % des ergothérapeutes au Québec. L’échantillon était de type non-probabiliste par convenance. Une seule relance a été effectuée deux semaines après le premier envoi. L’ensemble des questionnaires complétés en entier ont été analysés. À la fin du questionnaire, les répondants ont été invités à participer à une entrevue semi-dirigée afin d’approfondir certains éléments et tous les participants volontaires ont été retenus. Ces entrevues ont été réalisées par téléphone d’avril à août 2019 et enregistrées sur support numérique.

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l’aide de statistiques descriptives telles que la moyenne, les distributions, la fréquence et les pourcentages. Les données qualitatives ont fait l’objet d’analyse de contenu suivant la démarche proposée par Fortin et Gagnon (2016) soit: lecture flottante, organisation des données, révision des données, codage des données (analyse de données supportée par code de couleurs), élaboration de catégories et émergence de thèmes. L’analyse thématique a été effectuée par l’étudiante chercheure et validée par la deuxième auteure. Le logiciel NVivo version 11 a été utilisé pour l’analyse des données.

Considérations éthiques : L’étude a fait l’objet d’une approbation du Comité éthique de la recherche de l’Université du Québec à Trois-Rivières (numéro CER-18-252-07.12).

Résultats

Données sociodémographiques des répondants au questionnaire

Au total, 124 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire, 38 répondants ont été retranchés car seule la section des données sociodémographiques du questionnaire était remplie. Le taux de réponse correspondait à 6,8 % des ergothérapeutes sollicités. Les 86 répondants retenus étaient majoritairement des femmes (n= 83 ; 97 %) et trois hommes complétaient l'échantillon (3 %). Ils avaient en moyenne 16,1 années (1 à 39 ans) d'expérience, dont la médiane se situait à 16 ans et avaient 13,0 années (1 à 30 ans) d'expérience auprès des personnes avec démence, (la médiane était située à 13 ans). La majorité des répondants travaillaient à temps complet (n=62 ; 72%) alors que 28 % étaient à temps partiel (n=24). Ils pratiquaient dans les services de soutien à domicile (n=38; 44,1 %) et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) (n=37 ; 43,0 %) en collaboration avec plusieurs autres professionnels. Le tableau III présente les milieux où évoluent les ergothérapeutes ainsi que les autres professionnels impliqués dans leur équipe. Les résultats obtenus au questionnaire sont présentés selon les points d'action du MCPP.

Tableau III. Caractéristiques des répondants en termes de milieu/contexte (n =86)

Caractéristiques	n (%)
Milieux de pratique ^{ab}	
Soutien/maintien à domicile	38 (44,1)
Soins de longue durée (CHSLD)	37 (43,0)
Évaluation/orientation (hôpital-UDC)	16 (18,6)
Soins palliatifs	15 (17,4)
Dépistage	11 (12,8)
Évaluation/orientation (clinique-services spécialisés)	9 (10,5)
Réadaptation fonctionnelle(URFI)	6 (7,0)
Évaluation/Orientation (à l'urgence)	5 (5,8)
Réadaptation/intégration sociale	4 (4,7)
Expertise légale	3 (3,5)
Professionnels impliqués dans l'équipe ^{ab}	
Infirmière	84 (97,6)
Travailleur social	78 (90,7)
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	76 (88,4)
Nutritionniste	67 (77,9)
Médecin	67 (77,9)
Éducateurs spécialisés	15 (17,4)
Orthophoniste	12 (14,0)
Psychologue	9 (10,5)
Intervenant en loisirs	5 (5,8)
Neuropsychologue	4 (4,7)
Autres (pharmacien, intervenant en soins spirituels,...)	25 (29,1)

^a les répondants pouvaient donner plus d'une réponse ^b résultats présentés par ordre décroissant de fréquence

Initiation et prise de contact

Le point d'action initiation et de prise de contact réfère aux demandes de service et leurs caractéristiques. Les détails des résultats se retrouvent dans le tableau IV. Tous les répondants (100%) ont indiqué recevoir des demandes de services concernant les SCPD. Ces demandes provenaient de la part des infirmières (n=73 ; 84,9 %), des médecins (n=52 ; 60,5 %) et des travailleurs sociaux (n=49 ; 57 %). Concernant la fréquence de réception de demandes de services pour une problématique de comportement, 33 % (n=28) des répondants ont mentionné recevoir une demande une fois par mois, 19 % (n=16) moins de cinq fois par année, 15 % (n=13) une fois toutes les deux semaines, 15 % (n=13) une fois par semaine, 9 % (n=8) plusieurs fois

par semaine et 9 % (n=8) une fois tous les deux mois. Les répondants recevaient des demandes pour les motifs suivants : errance (n=73 ; 84,9 %), agitation physique (n=68; 79 %), agressivité à l'hygiène (n=56 ; 65,1 %) et agressivité envers les autres (n=41 ; 47,7 %).

Tableau IV. Caractéristiques des demandes de services en ergothérapie (n =86)

Caractéristiques	n (%)
Fréquence de réception des demandes (n =85)	
Plusieurs fois par semaine	8 (9,0)
1X /semaine	13 (15,0)
1X / 2 semaines	13 (15,0)
1X /mois	28 (33,0)
1X/ 2 mois	8 (9,0)
Moins de 5X/année	16 (19,0)
Types de comportements ^{ab}	
Errance	74 (86,0)
Agitation physique	68 (79,0)
Agressivité lors des soins d'hygiène	56 (65,1)
Agressivité envers d'autres personnes	41 (47,7)
Agitation verbale	40 (46,5)
Fugue	40 (46,5)
Agressivité envers soi-même	22 (25,6)
Comportements sexuels inappropriés	21 (24,4)
Autres (ingestion d'objet, problème d'élimination ...)	14 (16,2)
Personnes qui réfèrent en ergothérapie ^{ab}	
Infirmière	73 (84,9)
Médecin	52 (60,5)
Travailleur social	49 (57,0)
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	28 (32,6)
Famille	13 (15,1)
Éducateur spécialisé	12 (14,0)
Gestionnaire	6 (7,0)
Autres (psychologue, préposé, nutritionniste...)	24 (27,9)

^a les répondants pouvaient donner plus d'une réponse ^b résultats présentés par ordre décroissant de fréquence

Évaluation

Le processus d'évaluation en ergothérapie est détaillé dans le tableau V, celui-ci illustre le nombre de séances requises et les méthodes d'évaluations utilisées par les répondants. L'évaluation est effectuée en trois séances par 44 % des répondants (n=37) alors que 38% des répondants (n=32) ont rapporté la réaliser en deux séances. De plus, 98,8 % (n=85) des répondants rapportaient effectuer une collecte de données au dossier, 97,7 % (n=84) exprimaient réaliser une entrevue avec un membre de l'équipe de soins et 90,7 % (n=78) ont indiqué qu'ils effectuaient une entrevue avec le client. Aussi, 95,3 % (n=82) obtenaient des informations par observation. Les répondants ont fourni des commentaires (126 énoncés) pour expliquer l'utilisation des observations et des mises en situation. Les répondants expliquaient que leurs observations s'effectuaient dans le milieu de vie et visaient à noter le comportement problématique ou encore une activité quotidienne. Les mises en situation, quant à elles, étaient réalisées principalement lors des activités de la vie quotidienne, des activités de la vie domestique et des déplacements. Également, certains répondants ont rapporté effectuer des mises en situation dans l'activité associée au déclenchement du comportement. Aussi, des activités diverses d'évaluation étaient réalisées pour documenter les capacités, par exemple : casse-tête, stimulation sensorielle, ...

Tableau V. Nombre de séances et méthodes d'évaluation (n =86)

Particularités	n (%)
Nombre de séances d'évaluation (n = 84)	
1 séance	1 (1,0)
2 séances	32 (38,0)
3 séances	37 (44,0)
4 séances	8 (10,0)
Plus de 5 séances	6 (7,0)
Méthodes d'évaluation utilisées ^{ab}	
Collecte de données au dossier	85 (98,8)
Entrevue équipe de soins	84 (97,7)
Observations directes/Observations cliniques	82 (95,3)
Entrevue avec client	78 (90,7)
Entrevue avec proches	76 (88,4)
Mise en situation	57 (66,3)
Grille d'observation du comportement	56 (65,1)
<i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	35 (40,7)
<i>Montréal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	29 (33,7)
Bilan musculaire et articulaire	22 (25,6)
Protocole d'examen cognitif de la personne âgée-2r (Pecpa-2r)	20 (23,3)
<i>Cohen-Mansfield Agitation Scale (CMAS)</i>	20 (23,3)
Échelle analogue de la douleur	15 (17,4)
<i>Neuropsychiatric Inventory (NPI)</i>	6 (7,0)
Autres (Dépistage cognitif de Québec, échelle de douleur échelle de douleur, grille maison...)	24 (27,9)

^a plusieurs réponses permises ^b résultats présentés par ordre décroissant de fréquence

Intervention

Les résultats concernant les interventions se rattachent au nombre de séances offertes et au recours aux interventions non pharmacologiques. À la question : « Faites-vous un plan d'intervention? », 55,0 % (n=47) des répondants ont déclaré réaliser un plan interdisciplinaire alors que 36,0 % (n=31) ont rapporté effectuer un plan d'intervention disciplinaire seulement et 9,0 % (n=8) des participants ont mentionné concevoir un plan à la fois disciplinaire et interdisciplinaire et faire des recommandations. L'intervention est réalisée en trois séances par 33,0 % des répondants (n=28) et en deux séances par 27,0 % (n=23) des répondants.

Interrogés sur les interventions proposées dans leur pratique, le tableau VI illustre le niveau d'accord des répondants pour l'intégration de chaque intervention dans le plan d'intervention. La majorité des répondants ($n=64$; 78,0 %) ont rapportés être extrêmement en accord ou en accord sur le fait d'avoir recours aux modifications de l'environnement. Ensuite, 75,0 % ($n=63$) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord d'avoir recours aux activités physiques. Par ailleurs, 71 % ($n=59$) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'avoir recours aux activités structurées. Les interventions les moins recommandées étaient des interventions sensorielles ($n=21$; 25 %). Également, seulement 46 % ($n=38$) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec l'intégration des interventions comportementales alors que 64 % ($n=53$) étaient extrêmement en accord ou en accord d'intégrer les contacts sociaux dans le plan d'intervention.

Tableau VI.Niveau d'accord sur la présence des interventions non pharmacologiques dans le plan d'intervention($n=86$)

Interventions	Extrêmement en accord n (%)	En accord n (%)	Neutre n (%)	En désaccord n (%)	Extrêmement en désaccord n (%)
Modifications de l'environnement	21 (26%)	43 (52%)	7 (9%)	6 (7%)	5 (6%)
Activités physiques	17 (20%)	46 (55%)	11 (13%)	10 (12%)	0 (0%)
Activités structurées	15 (18%)	44 (53%)	11 (13%)	12 (14%)	1 (1%)
Contacts sociaux	13 (16%)	40 (48%)	13 (16%)	15 (18%)	2 (2%)
Interventions comportementales	10 (12%)	28 (34%)	21 (25%)	17 (20%)	7 (8%)
Interventions sensorielles	7 (8%)	14 (17%)	26 (31%)	24 (29%)	12 (14%)

Suivi et fin de l'intervention

Les résultats concernant le suivi et la fin de l'intervention portent sur la fréquence de la révision du plan. Le suivi du plan d'intervention était révisé par près de la moitié des répondants, au besoin ou à la demande ($n=41$; 53 %). Par ailleurs, 26 % des répondants ($n=20$) révisaient le plan une fois par mois, alors que 12 % ($n=9$) effectuaient une révision une fois par semaine.

Perception de l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD

Les données qualitatives obtenues lors des entrevues semi-dirigées mettent en relief les éléments reliés aux balises de la pratique en ergothérapie en documentant l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD comparativement aux autres professionnels. Les entrevues ont été réalisées auprès des répondants ayant manifesté leur intérêt après avoir répondu au questionnaire, soit 12 de ces 86 répondants (13,9 %). Il s'agissait de femmes qui avaient entre 3 et 27 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeute. Parmi les participantes, 58,3% (n=7) étaient détentrices d'un diplôme de baccalauréat en ergothérapie alors que 41,7 % (n=5) détenaient un diplôme de niveau maîtrise.

L'analyse de contenu des verbatim a permis d'identifier sept principaux thèmes : l'évaluation fonctionnelle, la vision globale, l'être occupationnel, la composante de l'environnement, le rôle de communicateur et les compétences au sujet des habiletés cognitives et sensorielles. La majorité des ergothérapeutes interrogés (10 des 12 ergothérapeutes) ont mentionné que l'ergothérapeute se distinguait des autres professionnels de la santé par son évaluation fonctionnelle car celle-ci permet de mettre l'accent sur les capacités résiduelles du client. L'extrait suivant l'illustre :

Ils (les autres professionnels) ne vont pas analyser le comportement de la personne pour trouver la source du comportement, l'histoire de vie de la personne, ses occupations antérieures. Ils vont plutôt proposer un peu n'importe quelles alternatives... j'ai l'impression que c'est plus de l'essai-erreur... Je pense qu'en ergothérapie, on peut plus proposer des occupations qui répondent vraiment aux besoins de la personne et celle-ci va être capable de faire une occupation qui va être en adéquation avec ses capacités (R.10).

La moitié des participantes (n=6) ont également souligné la distinction de l'ergothérapeute par sa vision globale qui tient compte de la personne dans sa globalité, en interaction avec son environnement, ce qui n'est pas le cas chez d'autres professionnels. L'extrait suivant l'illustre :

Puis, de par notre vision globale de la personne, on est capable d'aller voir toutes les facettes. Moi, c'est ce que j'aime quand je me retrouve devant un cas de SCPD... J'aime ça me questionner sur la douleur, sur la médication, sur l'histoire de vie, sur les habitudes de vie antérieures, sur les capacités fonctionnelles, les capacités à tous les niveaux. Puis de faire un tout avec ça. Puis d'essayer d'aller trouver la source du SCPD

pour pouvoir travailler efficacement dessus... C'est là, je pense que le rôle de l'ergothérapeute est intéressant (R.05).

Le concept de l'humain en tant qu'être occupationnel a été identifié par la moitié des participantes (n=6) comme élément distinctif de la profession d'ergothérapeute comparativement à d'autres professions. L'extrait suivant appuie le propos :

Là où on se distingue, c'est pour prévenir les SCPD... Ce qui prévient le comportement, c'est de répondre au besoin tout de suite, de répondre à certaines détresses émotionnelles et, en fait, d'engager le client dans une activité [occupation] ou dans une tâche qui donne un sens et qui lui apporte une émotion positive (R.12).

Certaines participantes (soit cinq des 12 participantes) avaient également commenté que, souvent, seul l'ergothérapeute se préoccupe de l'environnement dans lequel évolue le SCPD, ce qui le distingue des autres professionnels. En exemple, l'extrait suivant :

L'évaluation de l'environnement... Très souvent dans mon milieu, je trouve que ça fait la différence lorsque j'interviens... je vais regarder une situation... Quelle est ma personne? Dans quel environnement? Est-ce que c'est stratégique l'endroit où elle est située par rapport au poste de garde? Par rapport aux ascenseurs? Par rapport à la salle à manger? Par rapport aux loisirs? Est-ce qu'elle a accès à ce à quoi elle est capable encore de participer? (R.05).

Aussi, les compétences de l'ergothérapeute pour apprécier les habiletés cognitives et analyser leur impact sur le fonctionnement est un élément qui ressort comme une distinction de la profession d'ergothérapeute dans la gestion des SCPD chez le tiers des participantes (n=4). Par exemple, l'extrait qui suit explique le concept: « *Je crois qu'il n'y a pas vraiment d'autres professionnels qui sont outillés pour apprécier l'impact des fonctions cognitives, des déficits cognitifs sur l'occupationnel* » (R.11). L'ergothérapeute comme professionnel compétent dans l'enseignement et la communication a également été nommé par deux des 12 participantes comme un apport distinctif comparativement aux autres personnes impliquées dans la gestion des SCPD. L'extrait suivant l'explique : « *Je trouve que nous sommes facilitants auprès des familles, dans la compréhension et même dans l'acceptation de certains cheminements... on veut faire avancer la personne* » (R.04). En dernier lieu, les compétences spécifiques de l'ergothérapeute au sujet de l'aspect sensoriel sont ressorties comme élément démontrant la distinction de l'ergothérapeute pour deux des 12 participantes. L'extrait suivant appuie cet

aspect: «*Il y a un impact au niveau de l'intégration sensorielle sur les troubles de comportements...les SCPD. Puis, je trouve que nous sommes les seuls qui sont vraiment outillés pour l'évaluer* » (R.11).

Discussion

Les résultats de la présente étude indiquent que la pratique d'ergothérapeutes québécois dans la gestion des SCPD se déploie autour de l'ensemble des points d'action du Modèle canadien de processus de pratique (Polatajko et al., 2013) et s'appuie sur les documents ministériels. Ces résultats soutiennent l'importance d'avoir recours à chacun des points d'action du processus pour offrir une pratique de qualité.

Initiation et prise de contact

La présente étude montre que la plupart des répondants reçoivent des références en ergothérapie lorsque les personnes âgées présentent des SCPD et ce, sur une base régulière. Ce sont surtout les problèmes d'errance qui entraînent une demande de service en ergothérapie, suivis des problématiques d'agitation physique; cette information ajoute de la précision sur les motifs de référence. Les infirmières réfèrent en ergothérapie pour ces problèmes, mais d'autres professionnels le font également, entre autres, les médecins et les travailleurs sociaux. Ces résultats sont novateurs et apportent de nouvelles connaissances sur les problématiques des clientèles vues par des ergothérapeutes alors que les études de Bennet et al. (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et de Rahja et al. (2018) n'abordaient pas ces aspects.

Évaluation

Les ergothérapeutes de la présente étude rapportent accorder une grande place à l'évaluation des capacités par le biais des observations et des mises en situation lors de la réalisation d'occupations. Également, la collecte de données au dossier et lors de l'entrevue auprès de la personne et/ou des proches est une méthode d'évaluation préconisée par les répondants. Malgré la particularité des SCPD, les outils d'évaluation rapportés correspondent à ceux utilisés dans les études de Bennet et al. (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et aussi

de Gobeil et al. (2019), alors que certains outils spécifiques élaborés pour cette clientèle mériteraient davantage d'attention. Tandis que les études de Bennet et al. (2001) et de McGrath et O'Callaghan (2014) rapportent une fréquence plus élevée envers les outils d'évaluation cognitive (ex : *Mini-Mental Examination State*), les résultats de la présente étude montrent une plus forte utilisation des outils d'évaluation fonctionnelle, tout comme les résultats de Gobeil et al. (2019). Tel qu'observé dans les études réalisées au Québec, l'utilisation d'outils d'évaluation cognitive (ex : *Mini-Mental Examination State*) est également présente chez les répondants, mais à une fréquence moindre; l'occupation se situant au centre du processus. La démarche d'évaluation est diversifiée considérant la variété d'outils recensés. Aussi, la majorité des ergothérapeutes de la présente étude consacrent deux ou trois séances pour l'évaluation; ces résultats se démarquent de ceux de Rahja et al. (2018) qui étaient en moyenne de 2,1 rencontres pour le processus entier (évaluation et intervention). Ce nombre élevé de séances peut refléter la complexité de la problématique.

Intervention et suivi

Les ergothérapeutes de la présente étude rapportent que l'intervention la plus préconisée se rattache aux modifications de l'environnement, ce qui correspond aux résultats des études de Bennet et al. (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et de Rahja et al. (2018). Les moyens d'interventions qui relèvent des modifications de l'environnement, des activités physiques et des activités structurées sont davantage préconisés dans les plans d'intervention. Les interventions se rattachant aux contacts sociaux, aux interventions sensorielles et aux interventions comportementales sont moins recommandées. Ces résultats apportent de nouvelles connaissances sur les interventions incluses dans les plan d'intervention en ergothérapie. Aussi, les résultats montrent que le plan d'intervention est réalisé en deux ou trois séances par 60 % des répondants ; encore une fois, un nombre surpassant celui de l'étude de Rajah et al. (2018), expliqué possiblement par la complexité de la gestion des SCPD. Un autre résultat inédit concerne le fait que les ergothérapeutes de la présente étude rapportent réviser leur plan d'intervention fréquemment. Les autres études recensées ne rapportaient pas ce genre d'informations.

Perception de l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD

Les réponses des participants mettent en lumière l'apport distinctif de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD, qui est un aspect novateur de cette étude. Plusieurs éléments témoignent de l'implication et l'intégration d'ergothérapeutes au sein d'équipes interdisciplinaires de gestion des SCPD. Par exemple, l'évaluation fonctionnelle réalisée par l'ergothérapeute permet de mettre l'accent sur les capacités résiduelles des personnes atteintes et de guider les membres de l'équipe et ou les proches sur le niveau de participation pouvant être attendu de la personne. Également, selon les participants, l'analyse de l'interaction personne-occupation-environnement permet d'avoir un regard différent des autres professionnels sur l'analyse des causes et des éléments déclencheurs des SCPD, ce qui concorde avec le rôle proposé par Fraker et al. (2014). Aussi, il y a lieu de croire que le concept d'occupation, au cœur de la profession d'ergothérapeute, permet d'avoir une préoccupation quant à la déprivation occupationnelle qui est souvent un élément déclencheur de SCPD (Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller & Costa, 2011).

Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces et des limites. Les forces se situent au niveau du caractère inédit du thème, de la représentativité des répondants et du choix méthodologique. Cette étude est la première, à notre connaissance, à documenter la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD. Aussi, l'échantillon est représentatif de la population des ergothérapeutes du Québec en termes de genre et d'années d'expérience (OEQ, 2019); comme l'avait fait valoir Cook, Heath et Thompson (2000), la représentativité a plus de poids que le taux de réponse (dans la présente étude, le taux de réponse est de 6,8 %). De plus, la présente étude s'est appuyée au plan méthodologique sur les suggestions de l'examen de la portée de Poitras et al. (2016) pour le choix d'un devis mixte et la catégorisation des activités professionnelles.

L'étude présente aussi des limites. Malgré la représentativité de l'échantillon, celui-ci demeure petit. Une des limites de l'étude se rattache aux modes de collecte de données, soient le questionnaire et l'entrevue semi-dirigée, susceptibles d'entraîner un biais de désirabilité sociale dans les réponses des participants. Également, le recours à un questionnaire auto administré a permis d'illustrer la perception d'ergothérapeutes en regard de leur pratique malgré

que la précision de la fréquence de leurs interventions ait pu être surestimée afin de fournir une réponse positive. De plus, la participation étant sur une base volontaire, il est possible que les ergothérapeutes démontrant un intérêt particulier pour la problématique à l'étude se soient manifestés de façon plus marquée pour participer à l'étude.

Conclusion

La présente étude a mis en évidence des éléments inédits reliés à la pratique des ergothérapeutes du Québec auprès des personnes atteintes de SCPD. Cette étude est un premier pas pour comprendre les particularités de la pratique auprès de cette clientèle qui est peu documentée jusqu'à présent. Notamment, l'implication des ergothérapeutes s'avère pertinente dans la gestion des SCPD eu égard au fait que des demandes de service sont reçues de la part de divers professionnels, que la collaboration interdisciplinaire est présente, que les évaluations et les interventions se déroulent en moyenne en quatre à six séances, que les évaluations par observations directes et par mises en situation sont rapportées comme étant fréquentes, que l'apport spécifique de l'ergothérapeute réside dans le fait d'engager la personne dans des activités en fonction de ses capacités résiduelles. À ce jour, peu d'études n'avaient abordé la pratique d'ergothérapeutes quand des SCPD doivent être pris en compte.

L'étude de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de SCPD apparaît toujours pertinente et d'actualité. Avec l'accès à un volume considérable d'écrits scientifiques sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques, il y a lieu de documenter davantage comment les ergothérapeutes mettent en place les interventions probantes auprès de ces personnes et aussi de décrire le processus de collaboration interdisciplinaire dans ce contexte. En ce sens, des recherches futures s'avèrent nécessaires.

Les résultats de la présente étude mettent en relief l'importance de la formation continue des ergothérapeutes, faisant en sorte que la formation dépasserait largement les connaissances sur la démence ou sur les SCPD mais devrait mettre en perspective l'apport singulier de l'ergothérapeute au sein de l'équipe interdisciplinaire ainsi que les évaluations et les interventions probantes. Tout comme le soulignait Rahja et al. (2018), quand il s'agit

d'intervenir auprès des personnes présentant une démence, n'y aurait-il pas là une occasion que les ergothérapeutes devraient saisir pour en faire bénéficier celles présentant des SCPD.

Messages clés

- Les ergothérapeutes contribuent de façon significative à la gestion des SCPD en misant sur l'évaluation des capacités et l'utilisation de différents outils d'évaluation.
- Les ergothérapeutes mettent en place différentes interventions non pharmacologiques, privilégiant les modifications de l'environnement, les activités physiques et les activités structurées.
- L'ergothérapeute se distingue des autres professionnels impliqués dans la gestion des SCPD par sa contribution sur l'évaluation fonctionnelle, sa vision globale et le recours au concept d'être occupationnel.

Divulgation du financement : Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement spécifique de la part d'aucun organisme de financement des secteurs publics, commerciaux ou sans but lucratif.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer.* Repéré de : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/dementia-highlights-canadian-chronic-disease-surveillance/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.pdf>
- Auld, L.M., & Johnston, L.M. (2016). A touchy topic: tactile assessment among pediatric therapists. *Disability and Rehabilitation*, 40 (3), 267-276, doi:10.1080/09638288.2016.1250170
- Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J. & Cox, R. (2016). Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 9-18. doi: 10.1111/1440-1630.12260
- Bennett, S., Shand, S. & Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: A profile in need of change. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 155-163. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00930.x
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S. & Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 13-22. doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x
- Briand, C. & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. DANS Corbière, M. & Larivière, N.(dir.) : *Approche mixte des méthodes qualitatives et quantitatives*. (pp. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.

Cook, C., Heath, F. & Thompson, R. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-36. doi :org/10.1177/00131640021970934

Finkell, S.I., & Burns, A. (1999). *BPSD Consensus statement*. Milwaukee WI : International Psychogeriatric Association (IPA).

Fortin, F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.

Fraker, J., Kales, H.C., Blazek, M., Kavanagh, J. & Gitlin, L.N. (2014). The role of the occupational therapist in the management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(1), 4-20. doi: 10.3109/07380577.2013.867468

Gobeil, J., Larivière, N., Carrier, A., Bier, N., Bottari, C., Veillette, N., . . . Levasseur, M. (2019). Overview of the assessment practices of occupational therapists working in Quebec. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 86(5), 388-399. doi:10.1177/0008417419839867

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J. & Costa P.T. (2011). A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal American Geriatrics Society*, 59(6), 1032–1041. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non-pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée: revue systématique.* Repéré de :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INNESS-Avis_antipsychotiques.pdf

McGrath, M. & O'Callaghan, C. (2014). Occupational therapy and dementia care: A survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 92-101. doi: 10.1111/1440-1630.12081

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Autonomie. Agitation dans les démences.* Repéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.* Repéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2019). *Rapport annuel 2018-2019.* Repéré de : <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/17~v~2018-2019.pdf>

Polatajko, H.J., Craik, J. & Davis, J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP). Dans E.A Townsend, E.A., et Polatajko, H.J. (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp.103-112). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(31), 1-12. doi:10.1186/s12912-016-0154-6

Rahja, M., Comans, T., Clemson, L., Crotty, M. & Laver, K. (2018), Are there missed opportunities for occupational therapy for people with dementia ? An audit of practice in

Australia. *Australia Occupational Therapy Journal*, 65, 565-574. doi:10.1111/1440-1630.12514

Van't Leven, N., Graff, M., Kaijen, M., de Swart, B.J.M., Olde Rikkert, M.G.M. & Vernooij-Dassen, M.J.M. (2012). Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 742-748. doi: 10.1002/gps.2782

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD* (2^e Ed.) Québec : Éditions du renouveau pédagogique, ERPI.

Autres résultats

Dans le but d'alléger le premier article scientifique, les réponses au questionnaire concernant les balises de la pratique n'ont pas été présentées.

À la question ouverte: « Nommez sur quels modèles vous vous basez ? », 82 des 86 répondants ont fourni un ou plusieurs énoncés (taux de réponse de 95 %). Parmi les répondants, 78 % des ergothérapeutes (n=64) ont identifié le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel pour guider leur pratique, suivi du modèle personne-environnement-occupation pour 15,6 % (n=13) d'entre eux. Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) a été rapporté par 4,9 % (n=4) des répondants alors que seulement 1,2 % (n=1) ont mentionné le modèle de l'occupation humaine. Les répondants pouvaient fournir plusieurs réponses, 19,5 % (n=16) ont répondu un autre énoncé, par exemple : aucun modèle, titre de document, algorithme, etc. Le tableau IX illustre les détails des modèles utilisés par les ergothérapeutes.

Tableau VII. Modèles utilisés (n =82)

Liste modèles identifiés ^a	n (%)
Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel	64 (78,0)
Personne-Environnement-Occupation	13 (15,6)
Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)	4 (4,9)
Modèle de l'Occupation humaine	1 (1,2)
Autres réponses (aucun modèle, etc.)	16 (19,5)

^a plusieurs réponses permises

À la question ouverte: « Nommez sur quels schèmes de référence vous vous basez? », 65 personnes ont fourni un ou plusieurs énoncés (taux de réponses de 75 %). Plus de la moitié des ergothérapeutes (n=35 ; 53,8 %) ont nommé un élément ne relevant ni d'un schème

ou d'une approche. Parmi les répondants, 13,9 % (n=9) des ergothérapeutes ont affirmé ne pas savoir ce qu'est un schème, alors que 9,2 % (n=6) ont mentionné ne pas utiliser de schème. Le tableau X illustre les détails des schèmes de référence utilisés.

Tableau VIII. Schèmes de référence utilisés (n =65)

Liste de schèmes identifiés ^a	n (%)
Approche de compensation	12 (18,5)
Cognitive-comportemental	10 (15,4)
Approche de réadaptation	10 (15,4)
Perceptivo-cognitif	2 (3,0)
Besoins compromis	2 (3,0)
Autres schèmes (humaniste, biomécanique, etc.)	5 (7,7)
Ne sait pas ce qu'est un schème	9 (13,9)
Autres réponses (algorithme, outils, etc.)	35 (53,8)
Aucun schème	6 (9,2)

^a plusieurs réponses permises

Chapitre 4 : Article 2

L'article intitulé « Intégration des résultats probants dans la pratique auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, est-ce que les ergothérapeutes y parviennent ? » a été rédigé par Julie Lahaie et Martine Brousseau. L'article sera soumis à la revue *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* après en avoir fait la traduction anglaise. La traduction en anglais de la section méthodologie permettra une reformulation de cette section qui fera en sorte qu'elle ne sera pas totalement identique dans les deux articles de ce mémoire.

Contribution des auteurs

Cet article scientifique porte sur les résultats reliés au deuxième objectif du mémoire qui est de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD. Julie Lahaie a rédigé l'ensemble de l'article avec l'aide de sa directrice qui a révisé l'article et approuvé le résultat final. La collecte de données et l'analyse des résultats ont été réalisées par l'étudiante-rechercheuse et supervisées par sa directrice.

Intégration des résultats probants dans la pratique auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, est-ce que les ergothérapeutes y parviennent ?

Julie Laharie, B. Sc. ergothérapie, étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières, chargée de cours au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Martine Brousseau, erg., Ph.D., Professeure titulaire au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

But : Décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD. **Méthodologie :** Une recherche descriptive impliquant un devis mixte simultané avec triangulation comprenant un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées a été réalisée auprès d'ergothérapeutes québécois. **Résultats :** Les résultats révèlent que les interventions décrites comme étant plus efficaces dans les écrits scientifiques sont les moins appliquées par les ergothérapeutes. Les résultats montrent que les ergothérapeutes proposent des interventions pour lesquelles ils perçoivent qu'ils sont compétents. Les ergothérapeutes privilégient l'expérience clinique et les formations continues antérieures pour guider leur pratique. **Conclusion :** Comprendre les facteurs influençant les ergothérapeutes dans leur choix d'intervention à privilégier auprès des usagers permet de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique.

Mots-clé : Ergothérapie, pratique professionnelle, portrait de la pratique

Abstract

Aim: To describe how occupational therapists integrate evidence-based outcomes into their practice with people with BPSD. **Methodology:** A descriptive research with simultaneous mixed-mode design and triangulation including an online questionnaire and semi-structured interviews was conducted among Quebec occupational therapists. **Results:** The results show that the interventions described as most effective in the scientific literature are the least applied by occupational therapists. The results show that occupational therapists offer interventions for which they perceive they are competent. Occupational therapists emphasize clinical experience and prior training to guide their practice. **Conclusion:** Understanding the factors influencing occupational therapists in their choice of interventions makes it possible to propose solutions to optimize the integration of evidence-based data in practice.

Key words: occupational therapy, professional practice, portrait of the practice

Introduction

Selon l’Organisation mondiale de la Santé (2019), 50 millions de personnes dans le monde présentent une démence, nouvellement dénommée trouble neurocognitif. Celui-ci est caractérisé par des atteintes sur le plan cognitif, comme par exemple, des difficultés sur le plan mnésique ou encore du langage. Le trouble neurocognitif est accompagné de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans une proportion de 40 à 60 % (Ministère de la santé et des Services sociaux [MSSS], 2012). Ces symptômes sont définis comme les « symptômes de la perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l’humeur et du comportement qui apparaissent fréquemment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs » (adapté de Finkell et Burns, 1999 dans Institut national d’excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017, p. xii). Ils prennent diverses formes : fugue, errance, agressivité, résistance lors des soins, cris, agitation, etc. (Voyer, 2013).

Les ergothérapeutes œuvrant auprès des personnes âgées représentent 23 % de l’ensemble des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2019). Aussi, la pratique des ergothérapeutes œuvrant auprès des personnes présentant des SCPD au Québec a lieu dans un contexte de directives ministérielles récentes (MSSS, 2014) et de recommandations par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESS, 2017). Ces documents produits par ces instances suggèrent de privilégier des interventions non pharmacologiques dans un premier temps pour gérer les SCPD. Ces interventions prennent plusieurs formes : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modifications de l’environnement. Par conséquent, il y a lieu de décrire comment les ergothérapeutes intègrent ces interventions dans leur pratique; l’intégration de ces interventions étant un gage de pratique de qualité. Le but de cet article est de rapporter les résultats d’une étude empirique réalisée auprès de 86 ergothérapeutes québécois permettant de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD.

Interventions probantes pour la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Des revues systématiques suggèrent que plusieurs interventions non pharmacologiques sont efficaces dans la gestion des SCPD. Abraha et al. (2017), dans une revue systématique regroupant 38 revues systématiques et 129 études primaires, énonçaient que l'utilisation de la musique permet de réduire les problématiques de comportement ainsi que l'anxiété (évidence élevée). Plusieurs études de niveau d'évidence élevé montraient l'efficacité de recourir aux interventions comportementales. Dans une recension de 18 revues systématiques, Legere, McNeill, Schindel, Acorn et An (2018) suggéraient de privilégier les interventions de type musicothérapie et les interventions comportementales. Ils mentionnaient aussi que les interventions de type activités physiques et massages présentaient des évidences modérées pour réduire les SCPD. Meyer et O'Keefe (2018) ont pour leur part révisé 38 revues systématiques. Ils proposaient de privilégier les interventions de type stimulation sensorielle, musicothérapie et présence simulée afin d'obtenir de meilleurs résultats dans la réduction des SCPD. De plus, Scales, Zimmerman et Miller (2018) ont révisé 211 articles afin de définir chacun des types d'intervention dans la gestion des SCPD, d'évaluer le niveau d'évidence de chacun d'eux et se prononcer sur la facilité de leur implantation. L'ensemble des interventions montraient des résultats positifs, la stimulation multisensorielle ressortant avec le plus haut niveau d'évidence. Il y a lieu de se questionner si les ergothérapeutes intègrent ces interventions jugées comme étant probantes lors de la gestion des SCPD afin d'offrir une pratique de qualité.

Intégration des résultats probants par les ergothérapeutes

Thomas et Law (2013) ont réalisé un examen de la portée (*scoping review*) pour statuer sur l'intégration des résultats probants dans la pratique par les ergothérapeutes. Ces auteurs suggéraient que peu d'entre eux intégraient les résultats probants dans leur pratique et que la majorité d'entre eux considéraient l'expérience personnelle comme une source importante d'évidence. Les facteurs limitants résidaient dans le manque de temps et la perception de ne pas avoir les compétences pour y arriver. L'étude montrait que les facteurs soutenant l'intégration des résultats probants à la pratique étaient : la formation continue et l'attitude positive, le court laps de temps après la formation en ergothérapie (plus un ergothérapeute possède des années

d'expérience, moins il a recours aux résultats probants) et le fait de participer à des projets de recherche.

La revue systématique d'Upton, Stephens, Williams et Scurlock-Evans (2014) faisait ressortir les difficultés à intégrer les résultats probants dans la pratique des ergothérapeutes malgré une perception positive relative à cette façon de faire. Ces difficultés étaient expliquées par un manque de temps, un manque d'accès aux ressources, des lacunes dans les habiletés à critiquer les évidences scientifiques et une tension entre les approches traditionnelles et les résultats de la recherche, ce qui correspondaient à ce que Thomas et Law (2013) avaient identifié.

Dans une étude qualitative, Bennett et al. (2016) ont décrit les perceptions des ergothérapeutes au sujet des initiatives administratives visant à mettre en place une pratique intégrant les résultats probants. Les initiatives administratives favorables étaient le changement de culture dans le milieu concernant l'intégration des résultats probants. La mise en place de divers moyens comme les clubs de lecture, le temps alloué pour la recherche, la participation à des conférences ainsi que la mise en place d'une personne ressource responsable du dossier étaient des moyens pour atteindre l'objectif. Aussi, la possibilité que chacun puisse jouer un rôle selon ses préférences, que ce soit un rôle d'utilisateur de résultats de recherche ou un rôle plus actif en recherche était un autre moyen favorable. La possibilité de vivre des expériences personnelles visant à exprimer sa fierté et sa confiance de relever le défi d'intégrer les résultats probants à la pratique était une retombée de l'étude.

Par ailleurs, Bennett et al. (2003), dans une étude descriptive auprès de 649 ergothérapeutes australiens visant à identifier l'attitude de ceux-ci envers l'intégration des résultats probants dans leur pratique, leur perception des obstacles ou les besoins de formation ont identifié que la majorité des répondants percevaient l'utilisation des évidences scientifiques comme étant importante. De plus, les participants estimaient que cela rehaussait la qualité des soins prodigués aux clients et que les résultats de la recherche étaient utiles pour la pratique quotidienne auprès des clients. Les sources de résultats probants pour ces répondants étaient : l'expérience clinique (96,3%), suivi des formations continues suivies (81,9 %) et de la consultation des collègues (79,9 %). En ce qui a trait à la confiance en leurs habiletés, les

répondants s'estimaient confiants à 60,8 % pour effectuer des recherches dans les écrits. Cependant, le taux diminuait à 49,6 % pour critiquer la signification des résultats. Les obstacles majeurs à l'intégration des résultats probants dans la pratique se rattachaient à plusieurs lacunes : au temps, aux évidences en ergothérapie, aux habiletés pour chercher des évidences scientifiques, à l'accès à l'informatique et aux ressources documentaires. Même si 33,9 % des répondants avaient déjà reçu une formation sur l'intégration des résultats probants dans la pratique, 51,8 % croyaient qu'une formation serait très utile.

Intégration des résultats probants par des ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées atteintes de démence

Rahja, Comans, Clemson, Crotty et Laver (2018) ont mis en évidence l'écart entre les interventions utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes âgées et les interventions probantes dans les écrits scientifiques lors d'audits de 87 dossiers d'ergothérapeutes provenant de deux régions de l'Australie. Cette étude révélait que les interventions les plus utilisées par les ergothérapeutes sont : la référence à un autre service (n=52 ; 59,8 %), les modifications de l'environnement (n=48 ; 55,5 %) et la recommandation d'aides techniques (n=47 ; 54 %). Les auteurs expliquaient la référence à d'autres services par la contrainte de temps; plusieurs ergothérapeutes pratiquaient dans un programme avec une durée limitée et la pression était forte pour donner le congé aux clients rapidement. Les interventions liées aux modifications de l'environnement et à l'attribution d'aides techniques étaient fréquentes malgré le fait que les effets de ces interventions soient méconnus. Les auteurs suggéraient que les ergothérapeutes développent davantage leurs connaissances et habiletés relatives à cette problématique.

Van't Leven et al. (2012) ont exploré les barrières et les facilitateurs à l'utilisation d'un guide de pratique (COTiD) pour les intervenants œuvrant auprès des personnes âgées présentant une démence. Cette étude qualitative de type théorisation ancrée a révélé plusieurs obstacles à l'intégration du guide de pratique. Il est ressorti quatre types d'obstacles : la perception d'incompétence relative à la problématique de démence, l'intensité des interventions (la fréquence recommandée des interventions perçue trop élevée étant donné le peu de ressources disponibles), l'adhérence aux interventions, la faisabilité du guide ainsi que les facteurs organisationnels (le programme visait les services communautaires et certains milieux ne préconisaient pas cette approche). Cette étude a aussi mis en lumière les facilitateurs

de l'intégration des résultats probants dans la pratique. Ils étaient de trois types : faisabilité, crédibilité et soutien. La faisabilité ressortait comme un élément favorisant la mise en application du guide, ce qui était en contradiction avec les obstacles nommés plus tôt; la perception variant d'un thérapeute à l'autre. Aussi, la crédibilité du guide ; celui-ci était basé sur les meilleures pratiques ce qui facilitait son rayonnement. Finalement, le soutien de l'organisation pour la mise en place du guide était un facteur facilitant son application.

Objectif de l'étude

L'intégration des résultats probants dans la pratique des ergothérapeutes est une préoccupation toujours d'actualité. Toutefois à ce jour, aucune étude empirique connue n'a abordé l'intégration des résultats probants dans le cadre de la pratique en ergothérapie auprès des personnes présentant des SCPD. À cet égard, il y a lieu de questionner si les ergothérapeutes au Québec ont recours aux interventions jugées comme étant les plus efficaces pour gérer les SCPD. Une meilleure compréhension des facteurs qui guident les ergothérapeutes dans leur choix d'intervention à inclure dans le plan d'intervention permettrait de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique. Une étude visant à dresser un portrait de la pratique des ergothérapeutes auprès de cette clientèle a été réalisée. Cet article présente les résultats reliés à l'objectif de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique lors de la gestion des SCPD. La description de la pratique d'ergothérapeutes au Québec auprès de cette clientèle fait l'objet d'un autre article.

Méthodologie

Devis

Le présent projet s'appuie sur un devis mixte simultané avec triangulation (Briand & Larivière, 2014), où l'expérience des ergothérapeutes concernant l'intégration des résultats probants au sujet des problématiques de SCPD est examinée. L'utilisation d'une méthodologie mixte apparaît pertinente pour bien comprendre et approfondir le sujet et se justifie par la nature exploratoire de l'étude. Le devis mixte simultané avec triangulation s'illustre par le fait que les données quantitatives (questionnaire en ligne) et qualitatives (entrevues semi-dirigées) sont

recueillies en parallèle. Lors de l'analyse, les résultats des deux collectes de données sont intégrés afin d'obtenir des informations complémentaires et ainsi renforcer la compréhension sur le sujet (Briand & Larivière, 2014).

Échantillonnage

Les ergothérapeutes pratiquant au Québec auprès des personnes présentant une démence ont été sollicités pour participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient : 1) être membre en règle de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ] ; 2) pratiquer auprès d'une clientèle atteinte de démence et de syndromes associés tout milieu de pratique confondu au Québec et ce, depuis au moins un an; 3) être en mesure de comprendre et de s'exprimer à l'oral et à l'écrit en français; et 4) être disponible et volontaire à participer à l'étude. Il était visé de recruter environ 10 % des ergothérapeutes intervenant auprès de cette clientèle pour le questionnaire en ligne et de 10 à 15 participants pour les entrevues semi-dirigées.

Méthodes de collecte de données

Un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées sont les deux modes de collecte de données retenus. Le questionnaire, élaboré aux fins de la présente étude, s'inspirait de questionnaires existants (Auld & Johnson, 2016; Bennet et al., 2003, 2011; McGrath & O'Callaghan, 2014; Van't Leven et al., 2012) utilisés dans des études de portrait de la pratique d'ergothérapeutes. Le questionnaire débutait par cinq questions d'ordre sociodémographique (le genre, le nombre d'années de pratique en ergothérapie et auprès de la clientèle cible, le type de services offerts, le statut d'emploi). Le questionnaire se poursuivait avec des questions sur le processus de pratique. Seules les réponses à certaines questions sont analysées et présentées dans le présent article. Ces questions portaient sur le recours aux interventions non pharmacologiques : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions comportementales, interventions sensorielles et modifications de l'environnement. Pour cette portion du questionnaire, une échelle de type Likert à cinq niveaux était utilisée afin de connaître le niveau d'accord sur l'intégration de ces interventions dans le plan d'intervention et le niveau de perception de la compétence pour recommander ces interventions. Les niveaux de l'échelle de type Likert étaient: (1) extrêmement en désaccord; (2) en désaccord; (3) neutre ; (4) en

accord; (5) extrêmement en accord. Aussi, les répondants ont été questionnés sur ce qui guide le choix des interventions. Ensuite, une question ouverte abordait les résultats perçus par les répondants suite à leurs interventions.

La validité apparente du questionnaire a été étudiée. Pour évaluer le contenu du questionnaire, ce dernier a été soumis à deux experts, reconnus pour leurs connaissances et expériences en recherche en ergothérapie et à un troisième, reconnu pour son expérience clinique en ergothérapie auprès des personnes présentant des SCPD. Les experts ont été invités à se prononcer sur la clarté de chaque énoncé, le nombre de choix de réponses, les liens entre les questions et les concepts de l'étude et la séquence des questions. Le questionnaire a été modifié à la suite des avis des experts et une version définitive a été pré expérimentée auprès de six personnes afin de vérifier l'aisance de passation.

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue élaboré aux fins de la recherche en s'inspirant d'études similaires de portrait de la pratique en ergothérapie (Auld & Johnson. 2018; Bennett et al., 2003, 2016). Il est question dans le présent article de l'aisance à intégrer les résultats dans la pratique, du choix des sources d'information ainsi que la prise de décision lors d'une situation nouvelle.

Le guide d'entrevue a été examiné par trois experts afin de vérifier si chaque énoncé apparaissait clair et se rapportait bien à l'étude. La séquence des questions a également été vérifiée par les experts ciblés pour apprécier la compréhension du guide d'entrevue. Suite aux modifications, une pré expérimentation a été effectuée auprès d'une personne dans le but de vérifier l'aisance et la durée de l'entrevue. Le contenu des entrevues a été enregistré et retranscrit sous forme de verbatim, afin de réaliser l'organisation des données.

Procédures de recrutement et de collecte de données

L'étude s'est déroulée de janvier à août 2019. Le questionnaire en ligne a été diffusé en janvier par un envoi courriel de l'OEQ à tous les répondants potentiels ($n= 1261$), représentant 23 % des ergothérapeutes au Québec. L'échantillon était de type non-probabiliste par convenance. Une seule relance a été effectuée deux semaines après le premier envoi. L'ensemble des questionnaires complétés en entier ont été analysés. À la fin du questionnaire, les répondants étaient invités à participer à une entrevue semi-dirigée afin d'approfondir certains

éléments et tous les participants ayant répondu par l'affirmative ont été retenus. Ces entrevues ont été réalisées d'avril à août 2019 par téléphone et ont été enregistrées sur support numérique.

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives telles que la moyenne, les distributions, la fréquence et les pourcentages. Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu suivant la démarche proposée par Fortin et Gagnon (2016) soit: lecture flottante, organisation des données, révision des données, codage des données (analyse de données supportée par code de couleur), élaboration de catégories et émergence de thèmes. L'analyse thématique a été effectuée par l'étudiante chercheure et validée par la deuxième auteure. Le logiciel NVivo version 11 a été utilisé pour l'analyse des données.

Considérations éthiques : L'étude a fait l'objet d'une approbation par le Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro CER-18-252-07.12).

Résultats

Données sociodémographiques des répondants

Les 86 répondants comprenaient 83 femmes (97 %) et trois hommes (3 %). Ils possédaient en moyenne 16,1 années (1 à 39 ans) d'expérience (la médiane était 16 ans) et cumulaient 13,0 années (1 à 30 ans) d'expérience auprès des personnes avec démence (la médiane était 13 ans). Le taux de réponse au questionnaire en ligne était de 6,8 % des ergothérapeutes sollicités. Initialement 124 personnes ont répondu au questionnaire, 38 ont été retranchés car le questionnaire n'était pas complété en entier. La majorité des répondants ($n=62$; 72%) travaillaient à temps complet alors que 28 % occupaient un emploi à temps partiel ($n=24$). Ils pratiquaient dans les services de soutien à domicile ($n=38$; 44,1 %) et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ($n=37$; 43,5 %). Le tableau IX présente les caractéristiques des répondants en termes de milieux de pratique.

Tableau IX.Milieux de pratique des répondants (n =86)

Milieux de pratique ^{a,b}	n (%)
Soutien/maintien à domicile	38 (44,1)
Soins de longue durée (CHSLD)	37 (43,0)
Évaluation/orientation (hôpital-UDC)	16 (18,6)
Soins palliatifs	15 (17,4)
Dépistage	11 (12,8)
Évaluation/orientation (clinique-services spécialisés)	9 (10,5)
Réadaptation fonctionnelle(URFI)	6 (7,0)
Évaluation/orientation (à l'urgence)	5 (5,8)
Réadaptation/intégration sociale	4 (4,7)
Expertise légale	3 (3,5)

^a les répondants pouvaient donner plus d'une réponse ^b résultats présentés par ordre décroissant de fréquence

Interventions utilisées

Interrogés sur les types d'interventions recommandées dans leur pratique, 78 % (n=64) des répondants ont indiqué être extrêmement en accord ou en accord pour le fait d'avoir intégré dans le plan d'intervention des modifications de l'environnement. Ensuite, 75 % (n=63) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord d'avoir recours aux activités physiques. Par ailleurs, 71 % (n=59) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'avoir recours aux activités structurées. Les interventions les moins privilégiées relevaient des interventions sensorielles (n=21 ; 25 %). Également, seulement 46 % (n=38) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec l'utilisation des interventions comportementales alors que 64 % (n=53) étaient extrêmement en accord ou en accord d'utiliser les contacts sociaux comme type d'intervention (Lahaie et Brousseau, 2020 en préparation). Interrogés sur la perception de leur compétence, 83 % (n=70) des répondants ont indiqué être extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'être compétent en ce qui a trait au recours à la modification de l'environnement dans le plan d'intervention. Ensuite, 75 % (n=63) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord avec le fait d'être compétent à utiliser les activités physiques. Par ailleurs, 73 % (n=59) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord sur le fait d'être compétent de recourir aux activités structurées. Également, 63 %

(n=54) des répondants étaient extrêmement en accord ou en accord sur le fait d'être compétent à mettre en place des contacts sociaux alors que 41% (n=35) étaient extrêmement en accord ou en accord sur le fait d'être compétent d'utiliser les interventions comportementales. Le niveau d'accord sur le fait d'être compétent à suggérer les interventions sensorielles était à 28 % (n=24) (extrêmement d'accord ou en accord). Le tableau X illustre le niveau d'accord des répondants concernant les interventions utilisées et la perception de leur compétence à utiliser ces interventions.

Tableau X. Interventions non pharmacologiques recommandées par les ergothérapeutes (n=86)

Types d'intervention	Extrêmement en accord n (%)	En accord n (%)	Neutre n (%)	En désaccord n (%)	Extrêmement en désaccord n (%)
<i>Niveau d'accord pour le recours à des diverses interventions non pharmacologiques^a</i>					
Modifications de l'environnement	21 (26%)	43 (52%)	7 (9%)	6 (7%)	5 (6%)
Activités physiques	17 (20%)	46 (55%)	11 (13%)	10 (12%)	0 (0%)
Activités structurées	15 (18%)	44 (53%)	11 (13%)	12 (14%)	1 (1%)
Contacts sociaux	13 (16%)	40 (48%)	13 (16%)	15 (18%)	2 (2%)
Interventions comportementales	10 (12%)	28 (34%)	21 (25%)	17 (20%)	7 (8%)
Interventions sensorielles	7 (8%)	14 (17%)	26 (31%)	24 (29%)	12 (14%)
<i>Niveau d'accord sur la perception des compétences relatives aux interventions non pharmacologiques</i>					
Modifications de l'environnement	20 (24%)	50 (59%)	8 (9%)	4 (5%)	3 (4%)
Activités physiques	14 (16%)	51 (59%)	15 (17%)	5 (6%)	1 (1%)
Activités structurées	15 (18%)	47 (55%)	13 (15%)	9 (11%)	1 (1%)
Contacts sociaux	12 (14%)	42 (49%)	22 (26%)	6 (7%)	3 (4%)
Interventions comportementales	7 (8%)	28 (33%)	25 (30%)	17 (20%)	7 (8%)
Interventions sensorielles	5 (6%)	19 (22%)	24 (28%)	25 (29%)	12 (14%)

^a Résultats tirés de Lahaie et Brousseau, 2020

Éléments guidant le choix des moyens d'intervention

Les éléments guidant le choix des interventions étaient principalement l'expérience personnelle comme le rapportaient 88,4 % (n=76) des répondants et le fait d'avoir suivi une formation antérieure pour 61,6 % (n=53). De plus, 34,9 % des participants (n= 30) ont indiqué guider leur choix sur les documents de référence ministériel. Le tableau XIII illustre les autres

résultats obtenus quant aux éléments guidant le choix d'interventions par ordre de décroissant de fréquence.

Tableau XI. Éléments guidant le choix d'interventions (n =86)

Éléments guidant le choix ^{ab}	n (%)
Expérience personnelle	76 (88,4)
Formation antérieure	53 (61,6)
Documents de référence ministériels	30 (34,9)
Conseil d'un ergothérapeute	29 (33,7)
Lecture d'un article scientifique	21 (24,4)
Guide de pratique	12(14,0)
Autres (possibilités du milieu, disponibilité du matériel, etc.)	21(24,4)

^a les répondants pouvaient donner plus d'une réponse ^b résultats présentés par ordre décroissant de fréquence

Perception des effets des interventions en ergothérapie

Les répondants au questionnaire ont fourni 125 énoncés pour étayer leur perception des effets des interventions qu'ils ont mis en place auprès des personnes atteintes. La réduction des SCPD était un effet perçu et qui s'illustre par les thèmes suivants : le rehaussement de la compréhension et de la compétence à agir auprès de la personne concernée de la part de l'entourage et des membres de l'équipe, la facilitation dans la prestation des soins, la réduction du recours à la médication et aux mesures de contrôle, l'amélioration de la sécurité du client, la réduction de l'épuisement chez les aidants. Par contre, d'autres énoncés se rattachaient à la stabilité de la situation malgré les interventions, le changement de milieu de vie pour le client et la variabilité des résultats obtenus.

Le tiers des énoncés (n=43; 34,4 %) illustraient les effets positifs des interventions en ergothérapie, comme le montre l'énoncé suivant : « *On réussit souvent à diminuer l'impact des SCPD et surtout à améliorer la qualité de vie de la personne* » (R. 48). Quelques énoncés (n=21; 16,8%) se rattachaient à un effet positif sur les proches ou encore sur l'équipe de soins comme le témoigne l'énoncé suivant : « *Les familles et/ou les ressources se sentent mieux outillées pour intervenir avec la personne. Le comportement (errance/fugue) est mieux compris et acceptable* » (R. 36). La gestion des refus de la personne atteinte était une autre observation des effets des

interventions en ergothérapie représentant 5,6 % (n=7) des énoncés. Par exemple : « *Le soin récurrent que l'équipe ou la famille n'arrivait pas à prodiguer est maintenant réalisé suffisamment fréquemment (gestion des refus)* » (R.17). Parfois, la prise de médication et la réduction du recours à des mesures de contrôle étaient un autre effet positif (n=5 ; 4 %) : « *Le nombre de médicaments de prescription en PRN a diminué en résidences intermédiaires* » (R. 12) ; « *Rares sont requises des contentions de façon prolongée* » (R. 37). La sécurité dans les lieux était également un effet positif (n=3 ; 2,4 %), par exemple : « *Diminution des risques pour la sécurité (tant les risques de chute, ou liés aux fugues ou aux conflits générés par l'errance intrusive)* » (R.20). Finalement, 1,6 % des énoncés (n=2) ont mentionné la réduction de l'épuisement chez l'entourage parmi les effets observés. L'extrait suivant l'appuie : « *diminution de l'épuisement de l'aidant* » (R.03).

À l'opposé, la stabilité de la situation (interventions montrant peu d'effets) a été soutenue par 11,2 % des énoncés (n=14). L'extrait suivant en est un exemple : « *Nous avons peu de résultats. Plusieurs comportements perturbateurs demeurent présents malgré nos interventions* » (R.46). Certains énoncés (n=9 ; 7,2 %) illustraient la stabilité de la situation via l'orientation en hébergement, l'absence de résultats entraînant un changement de milieu de vie. Par exemple : « *Il n'est pas rare que le problème entraîne l'hébergement de la personne (car les aidants ont souvent trop attendu avant de demander de l'aide et sont épuisés)* » (R. 73).

Finalement, 16,8 % des énoncés (n=21) renvoyaient à une perception neutre de l'effet de leurs interventions. Les extraits suivants appuient le propos : « *Les résultats sont variables selon les cas* » (R.39); « *Variables d'un client à l'autre selon l'implication du milieu et le niveau d'épuisement* » (R.71).

Facilité à intégrer les résultats probants

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de l'ensemble des personnes ayant manifesté leur intérêt soit 12 des 86 répondants (13,9 %). Il s'agit de femmes qui ont entre trois ans et 27 ans d'expérience en tant qu'ergothérapeute. Parmi les participantes, 58,3 % (n=7) étaient détentrices d'un baccalauréat en ergothérapie alors que 41,7 % (n=5) détenaient un diplôme de maîtrise.

Les entrevues semi-dirigées mettent en lumière des informations reliées au degré de facilité d'intégrer les résultats probants. Le quart des participantes (n=3) affirmaient que c'est facile d'intégrer les résultats à leur pratique. L'extrait suivant illustre cet énoncé : « *On a beaucoup d'informations: en fonction de tels troubles, telles interventions sont susceptibles d'être un moyen d'intervention efficace. On a plein de solutions qui existent présentement qui sont faciles d'accès* (R.09) ». Par contre, sept participantes sur 12 soulignaient une difficulté à y parvenir. L'extrait suivant appuie le propos : « *Intégrer les résultats de la recherche dans la pratique, c'est difficile parce qu'il faut que tu sois très motivée individuellement et personnellement et il faut pratiquement que tu le fasses en dehors de ton temps au bureau* » (R.04). Toutefois, deux participantes demeuraient neutres sur le sujet comme le témoigne l'extrait suivant : « *Il y a certaines approches qui peuvent être assez faciles, assez simples à implanter, puis il y a d'autres choses que les préposés vont nous dire qu'ils n'ont pas le temps...* » (R.03).

Des obstacles ont été identifiés par les participantes afin d'expliquer les difficultés à intégrer les résultats probants. Par exemple, le temps requis à l'implantation de ces nouvelles façons de faire, comme l'illustre l'extrait suivant :

Parce que je pense que pour bien intégrer les résultats... il faut avoir du temps avec les gens. Il faut pouvoir les rencontrer plusieurs fois. On est habitué d'être plutôt consultant dans les dossiers... de voir les gens une fois ou deux, faire des recommandations, un plan d'intervention avec eux... il faut avoir le temps d'essayer des trucs et de voir l'impact (R.10).

D'autres rapportaient les contraintes organisationnelles du milieu comme obstacle à l'intégration des résultats probants. L'extrait suivant l'illustre :

(Pour implanter certaines interventions), ça demande des changements importants sur la façon dont les soins sont organisés... il faut être centré sur la personne et non pas centré sur la tâche mais dans le concret... je peux juste transmettre l'information mais je n'ai pas le contrôle sur l'implantation (R.03).

Des facilitateurs ont été identifiés en lien avec l'intégration des résultats probants. Le partage d'expériences, entre autres, était une bonne façon de favoriser l'intégration des résultats probants. L'extrait suivant le confirme : « *Le partage entre nous ... des interventions qui pourraient nous sembler plus difficiles à mettre en pratique, d'autres les ont peut-être essayées*

et ont trouvé des astuces (trucs) pour les intégrer davantage » (R.02). Également, le soutien administratif a été mentionné comme facteur favorisant l'intégration des résultats probants, tel illustré par cet extrait : « *Au niveau de la gestion, lorsqu'il y a la mise en place d'un protocole (intégrant les résultats probants). Lorsqu'on a des outils, qui ont fait leurs preuves, qui ont été validés, ça peut aider à ce que ce soit un choix commun (pour l'équipe)* » (R.02).

Sources d'information pour intégrer les résultats probants

Les entrevues semi-dirigées ont aussi permis de mettre en évidence cinq sources principales d'information pour intégrer les résultats probants à la pratique. Ce sont les sessions de formation continue, la recherche sur internet, la consultation des documents ministériels, les articles scientifiques ou les réunions professionnelles.

La majorité des participantes aux entrevues semi-dirigées (n=11) ont mentionné les sessions de formation continue comme source d'information. L'extrait suivant l'illustre: « *C'est grâce à la formation continue que je m'améliore...en lien avec le niveau avancé SCPD. À partir de là, j'ai eu beaucoup de données probantes!* » (R.09). La consultation de sites internet était une source pour sept des 12 participantes, l'extrait suivant l'explique :

« *Dans le fond, je me mets au parfum beaucoup par internet. Il y a des choses que je suis tombée dessus...que ce soit sur youtube, des vidéos sur l'approche Montessori pour les gens atteints de démence... je suis tombée dessus sur youtube et je me suis mis à m'intéresser et aller chercher plus tard la formation* » (R.03).

Les documents ministériels sont utilisés par la moitié des participantes (n=6). Pour illustrer l'énoncé, l'extrait suivant : « *Il y a beaucoup d'éléments au niveau ministériel, sur les pratiques, sur les bonnes pratiques au niveau des clientèles SCPD... je me réfère aux éléments ministériels* » (R.09). Aussi, certaines des participantes (n=5) effectuaient des lectures d'articles scientifiques pour se guider: « *J'ai déjà fait certaines recherches d'articles pour trouver des éléments en lien avec le syndrome crépusculaire* » (R.07). Finalement, le tiers des participantes (n=4) soulignaient l'apport des réunions professionnelles pour les guider. L'extrait suivant l'illustre : « *Je fais aussi partie d'une communauté de pratique sur les troubles graves du comportement ...c'est plus des discussions de cas...une autoformation, de co-développement, de partage d'expertise* » (R.03). À noter, d'autres sources ont également été mentionnées à une reprise lors des entrevues : expérience personnelle, consultation d'un collègue, guide de

pratique, consultation de bases de données, revues professionnelles (*Actualités ergothérapiques*, *ergothérapie express*), livres, mentorat, projets de stagiaires, visites d'autres milieux, règles de pratique, partage de formations de collègues et consultation d'aînés-ressource.

Prise de décisions lors d'une situation nouvelle

L'analyse de contenu des données qualitatives lors des entrevues semi-dirigées portant sur la prise de décisions lors d'une situation nouvelle a fait émerger diverses stratégies, telles que : consultation d'un collègue, convocation d'une réunion interdisciplinaire, recherche dans les écrits scientifiques, essai-erreur, reproduction d'une intervention qui a fonctionné dans une autre situation, recherche sur internet et reprise de l'évaluation. La moitié des participantes (n=6) ont répondu qu'ils consultaient un collègue lorsqu'ils sont confrontés à une impasse. L'extrait suivant illustre la stratégie : « *Je vais probablement en parler, spontanément, avec mes autres collègues de l'équipe. D'exposer, de faire un peu du remue-ménage avec les autres collègues de mon équipe qui sont aussi dédiés au SCPD* » (R.03). Le tiers des participantes (n=4) ont recours à l'équipe interdisciplinaire pour prendre une décision. L'extrait suivant l'appuie :

Je ne peux pas faire ça toute seule, donc je vais tout de suite exposer le fait que la situation est un défi et que pour l'instant, je ne sais pas par où commencer et je ne sais pas par où aller. Et que, ça va être un travail d'équipe et l'équipe comprend les intervenants, mais aussi la famille si c'est possible. Donc ça, ça va être la première chose que je vais faire et je vais m'assurer que l'équipe est là et que je ne suis pas toute seule dans la situation (R.12).

Les recherches dans les écrits scientifiques étaient rapportées comme une solution pour le tiers des participantes (n=4). Pour expliquer le propos, l'extrait suivant : « *Je suis à l'aise de demander à la bibliothécaire de faire une recherche pour moi dans les articles scientifiques dans les dernières années, en lien avec cette problématique-là. Je vais essayer d'avoir le plus d'information avant d'intervenir* » (R.10).

D'une part, le quart des participantes (n=3) ont mentionné utiliser l'essai-erreur pour déterminer si une intervention était efficace ou non. L'extrait suivant l'explique : « *Il va y avoir de l'essai-erreur, mais ça reste sécuritaire. S'il n'y a vraiment aucune donnée, j'y vais, je vais l'essayer, puis je vais mettre en place peut-être un protocole* » (R.01). D'autre part, le quart des participantes (n=3) ont indiqué avoir recours à une intervention qui a fonctionné dans une

situation antérieure. L'extrait suivant l'illustre : « *Je vais tenter d'appliquer ce qu'on a appliqué dans le passé... »* (R.02).

Aussi, le quart des participantes (n=3) soulignaient la consultation de sites internet pour guider la prise de décisions lors de situations nouvelles. L'extrait suivant le confirme : « *Je vais chercher sur internet... par exemple (pour) la déshinhibition sexuelle, la démence frontale... ce ne sont pas ce que je vois le plus souvent. Tu peux quand même trouver un peu de choses sur internet...»* (R.03). Finalement, deux répondants rapportaient reprendre l'évaluation à la recherche de nouveaux indices pour les aider à résoudre la situation. L'extrait suivant l'explique :

La collecte est très longue...l'observation du client dans le contexte, pour essayer de trouver ce qui explique le phénomène... C'est vraiment l'évaluation, mon plus gros travail. Moi d'expérience, de ce que je vois, c'est toujours des éléments manquants qui aident à résoudre la situation (R.09).

Discussion

Cette étude visait à décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans la pratique auprès des personnes présentant des SCPD. Il s'agit d'une des seules études menées auprès d'ergothérapeutes québécois décrivant cet aspect de leur pratique.

Types d'interventions utilisés

Les ergothérapeutes de l'étude rapportent avoir recours davantage aux interventions concernant les modifications de l'environnement, les activités physiques et les activités structurées alors qu'ils utilisent très peu les interventions sensorielles et les interventions comportementales. Pourtant, ces dernières ont été documentées comme étant les plus probantes et efficaces par Abraha et al. (2017), Legere et al. (2018), Meyer et O'Keefe (2018) et Scales et al. (2018). L'intervention la plus utilisée se rattache aux modifications de l'environnement, ce qui correspond aux résultats de l'étude de Rahja et al. (2018). Les ergothérapeutes de la présente étude se percevaient compétents à recourir à des interventions de modification de l'environnement, des activités physiques et des activités structurées, ce qui peut expliquer leur préférence à utiliser ce type d'interventions.

Perception des répondants des effets des interventions en ergothérapie

La présente étude rapporte un résultat inédit, non identifié dans les études antérieures, concernant la perception des résultats des interventions auprès des personnes atteintes de SCPD. La majorité des répondants percevaient des effets positifs à leurs interventions. Il est possible que dans de telles circonstances, le besoin de vérifier si les interventions s'étant avérées probantes devient moins présent étant donné la présence d'amélioration dans la condition du client. Aussi, les critères permettant de déterminer par quel mécanisme l'intervention donne les résultats escomptés n'ont pas été documentés. Malgré l'écart entre les interventions probantes dans les écrits scientifiques et les interventions utilisées, les ergothérapeutes avaient une perception positive des effets qu'ils obtenaient. Ceci peut expliquer la faible tendance à avoir recours à l'intégration des résultats probants dans leur pratique et à investir du temps dans un changement de pratique.

Facilité d'intégration des résultats probants dans la pratique

Seulement un faible pourcentage des ergothérapeutes de l'étude estimait que c'était facile d'intégrer les résultats probants dans leur pratique. Un nombre important d'entre eux ont indiqué que le temps requis à l'intégration des résultats probants est un obstacle important. Ces résultats concordent avec ceux de Bennett et al. (2016), d'Upton et al. (2014) et de Thomas et Law (2013). Peu de temps sur les heures de travail est alloué à la recherche de résultats probants. Par ailleurs, dans la présente étude, le soutien administratif et le contexte organisationnel étaient à la fois un facilitateur et un obstacle à l'intégration des résultats probants dans la pratique. Bennett et al. (2016) et Van't Leven et al. (2012) avaient aussi fait ce constat. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que la cueillette de données a eu lieu dans une période de restructuration du système de santé. Il est possible que le soutien donné aux ergothérapeutes et autres professionnels de la santé était perturbé durant cette période.

Élément guidant le choix des interventions et la prise de décision dans une situation nouvelle

Les ergothérapeutes de l'étude s'appuyaient sur leur expérience personnelle et sur le partage d'expérience avec des collègues pour guider leur choix d'interventions, ce qui correspond à ce que Bennet et al. (2003) et Thomas et Law (2013) avaient aussi rapportés.

L’expérience personnelle est considérée comme une source de résultats probants, possiblement car les ergothérapeutes perçoivent des résultats positifs à leurs interventions, tel que décrit précédemment. Les ergothérapeutes mentionnent s’appuyer sur la formation continue pour avoir accès aux résultats probants et ainsi apporter des changements à leur pratique, tout comme dans l’étude de Bennett et al. (2003). L’initiative de faire des recherches et de critiquer les résultats probants n’était pas leur première action, un faible pourcentage d’entre eux se tournant vers cette solution. Dans un premier temps, les ergothérapeutes ont indiqué consulter un collègue ou encore ont recours à l’équipe interdisciplinaire. Il est possible que ce résultat s’explique par une culture de partage d’expérience qui demeure au sein des ergothérapeutes malgré les évidences scientifiques maintenant disponibles.

Forces et limites de l’étude

L’étude présente des forces et des limites. Les forces se situent au niveau du caractère inédit du thème et de la représentativité des répondants. Une des forces de cette étude est qu’elle est la première, à notre connaissance, à documenter l’intégration des résultats probants dans la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes présentant un SCPD. Malgré un taux de réponse restreint (6,8%) pouvant être expliqué par la nouveauté de cette problématique, l’échantillon est représentatif de la population en termes de genre et d’années d’expérience (OEQ, 2019); la représentativité ayant plus de poids que le taux de réponse (Cook, Heath et Thompson, 2000).

L’étude présente aussi des limites. Malgré la représentativité de l’échantillon, celui-ci demeure petit. Par ailleurs, l’utilisation de questionnaires auto administrés, permettant d’illustrer la perception des ergothérapeutes sur leur pratique, peut rendre ardu la précision des réponses des participants à certaines questions; les réponses aux questions ouvertes demeurant très succinctes. Les méthodes de collecte de données, telles que le questionnaire et l’entrevue semi-dirigée sont susceptibles d’entraîner un biais de désirabilité sociale. De plus, la participation étant sur une base volontaire, les ergothérapeutes démontrant une attitude favorable au sujet de la problématique peuvent s’être manifestés de façon plus marquée pour participer.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants à leur pratique auprès des personnes présentant des SCPD. Cette étude est un premier pas pour comprendre les particularités de la pratique auprès de cette clientèle qui a été peu documentée jusqu'à maintenant. Les résultats montrent que les interventions décrites comme étant probantes dans les écrits scientifiques sont les moins préconisées par les ergothérapeutes. Les ergothérapeutes privilégient les interventions pour lesquelles ils perçoivent un sentiment de compétences. Les sources d'information pour guider la pratique des ergothérapeutes relèvent surtout de l'expérience clinique et des formations continues. Cette étude apporte un éclairage sur l'intégration des résultats probants lors de problématique de SCPD.

L'écart perceptible entre les interventions probantes et les interventions actuellement utilisées par les ergothérapeutes est difficilement quantifiable à cette étape-ci. Des recherches futures permettant de mesurer cet écart s'avèrent nécessaires.

La compréhension des facteurs qui guident les ergothérapeutes dans le choix d'interventions à inclure dans le plan d'intervention permet de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique. Pour donner suite aux résultats de l'étude, le développement d'une formation continue portant sur les interventions reconnues efficaces dans la gestion des SCPD pourrait être une avenue intéressante pour rejoindre les ergothérapeutes.

Déclaration conflit d'intérêt: les auteurs rapportent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., . . . Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759-e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759
- Auld, L.M. & Johnston, L.M. (2018). A touchy topic: tactile assessment among pediatric therapists. *Disability and Rehabilitation*, 40(3), 267-276, doi: 10.1080/09638288.2016.1250170
- Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J. & Cox, R. (2016). Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 9-18. doi: 10.1111/1440-1630.12260
- Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S. & Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 13-22. doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x
- Briand, C. & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. DANS Corbière, M. & Larivière, N.(dir.) : *Approche mixte des méthodes qualitatives et quantitatives*. (pp. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.
- Cook C, Heath F & Thompson R. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-36. doi :org/10.1177/00131640021970934

Finkell, S.I., & Burns, A. (1999). *BPSD Consensus statement*. Milwaukee WI : International Psychogeriatric Association (IPA).

Fortin, F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche:méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non-pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée: revue systématique*. Québec: Québec. Repéré de : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf

Kales, H.C., Gitlin, L.N. & Lyketsos, C.G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769. doi: 10.1111/jgs.12730

Lahaie, J. & Brousseau, M. (2020). *Portrait de la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)*. Article en préparation

Legere L. E., McNeill, S., Schindel, M.L., Acorn & M., An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1360-e1376. doi:doi:10.1111/jocn.14007

McGrath, M. & O'Callaghan, C. (2014). Occupational therapy and dementia care: A survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 92-101. doi: 10.1111/1440-1630.12081

Meyer, C. & O'Keefe, F. (2018). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia* (London, England), 1471301218813234. doi:10.1177/1471301218813234

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Autonomie. Agitation dans les démences.* Repéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.* Repéré de :<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>

Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (2019). *Rapport annuel 2018-2019.* Repéré de : <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/17~v~2018-2019.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2019). La démence. Repéré de : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Rahja, M., Comans, T., Clemson, L., Crotty, M. & Laver, K. (2018). Are there missed opportunities for occupational therapy for people with dementia? An audit of practice in Australia. *Australia Occupational Therapy Journal*, 65, 565-574. doi:10.1111/1440-1630.12514

Scales, K., Zimmerman, S. & Miller, S.J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist* 58(1), S88-S102. doi:10.1093/geront/gnx167

Thomas, A. & Law, M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *The American journal of occupational therapy: official*

publication of the American Occupational Therapy Association, 67(4), e55-e65.
doi:10.5014/ajot.2013.006395

Upton, D., Stephens, D., Williams, B., & Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *Bristish journal of occupational therapy, 77(1)*, 24-38. Doi : 10.4276/030802214X13887685335544

Van't Leven, N., Graff, M., Kaijen, M., de Swart, B.J.M., Olde Rikkert, M.G.M. & Vernooij-Dassen, M.J.M. (2012). Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27(7)*, 742-748. doi: 10.1002/gps.2782

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD* (2^e Ed.) Québec : Éditions du renouveau pédagogique, ERPI.

Chapitre 5 : Discussion générale

Cette étude visait à décrire la pratique d’ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD et à décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique. Il s’agit, à notre avis, d’une des seules études menées auprès d’ergothérapeutes québécois décrivant la pratique auprès de cette clientèle particulière. Cette discussion portera premièrement sur les différents points d’action documentés, illustrant ainsi la pratique actuelle d’ergothérapeutes au Québec auprès de cette clientèle. Deuxièmement, l’intégration des résultats probants et les enjeux reliés seront abordés. Finalement, les forces et les limites de cette recherche seront présentées.

Les réponses au questionnaire, articulées autour des points d’action du MCPP (Polatajko et al., 2013), ont permis de décrire avec précision la pratique des ergothérapeutes lors de la gestion des SCPD. Les résultats de l’étude indiquent que les ergothérapeutes au Québec s’impliquent dans la gestion des SCPD car la plupart des répondants ont mentionné recevoir des références en ergothérapie lorsque les personnes âgées présentent des SCPD et ce, sur une base régulière. Ce résultat répond, dans une certaine mesure, à l’interrogation formulée par Rajah et al. (2018) à savoir si les ergothérapeutes s’impliquent auprès des personnes présentant des SCPD. Les résultats de l’étude mettent en lumière que les problèmes d’errance, d’agitation physique et d’agressivité à l’hygiène sont les problématiques les plus fréquentes entraînant une demande de services en ergothérapie. Ces résultats apportent des précisions sur les motifs de référence. L’étude de Bennet et al. (2011), réalisée dans un contexte australien, documentait seulement les motifs d’évaluation tels que la modification de l’environnement, l’évaluation du domicile et de la sécurité ainsi que l’évaluation des activités quotidiennes. La présente étude montre aussi que les ergothérapeutes pratiquent dans des équipes interdisciplinaires, si on se fie aux divers professionnels impliqués dans les équipes et qui leur font des demandes de service. Les infirmières réfèrent en ergothérapie pour la gestion des SCPD, d’autres professionnels le font également, entre autres, les médecins et les travailleurs sociaux. Ces résultats décrivent un réel travail d’équipe où l’expertise de chacun des professionnels est mise à profit, tel que suggéré dans les documents ministériels (MSSS, 2014b) et le mémoire interordres (Collaboration interprofessionnelle, 2016). Ce travail interdisciplinaire n’avait pas été mis en lumière dans

l'étude de Dame (2019) qui avait montré que les infirmières en GMF référaient peu aux équipes dédiées aux SCPD. Les résultats de la présente étude sont novateurs et apportent de nouvelles connaissances sur le contexte interdisciplinaire de pratique des ergothérapeutes au Québec auprès de cette clientèle.

La pratique décrite selon les points d'action montre que c'est relatif à l'établissement des balises que la pratique des ergothérapeutes de l'étude éprouve des lacunes. En effet, quoique la plupart des ergothérapeutes affirment guider leur pratique en se basant sur le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel, près de 20 % des répondants n'ont pas été mesure d'identifier un modèle guidant leur pratique. Cette lacune est encore plus manifeste à l'égard des schèmes de référence : plus de la moitié des répondants n'ont pas été en mesure d'identifier un cadre de référence. Ces résultats suggèrent qu'il est impératif de rehausser les connaissances théoriques des ergothérapeutes à ce sujet.

Les ergothérapeutes de l'étude rapportent accorder une grande place à l'évaluation du fonctionnement dans les occupations ainsi qu'à la collecte de données au dossier et à l'entrevue auprès de la personne et/ou des proches. Les outils d'évaluation identifiées dans la présente étude correspondent à ceux utilisés par les ergothérapeutes auprès des personnes présentant une démence dans les études de Bennet et al. (2011), de McGrath et O'Callaghan (2014) et de Gobeil et al. (2019), malgré la disponibilité d'outils spécifiques pour évaluer les SCPD. Alors que les études de Bennet et al. (2001) et de McGrath et O'Callaghan (2014) rapportaient une fréquence plus élevée envers les outils d'évaluation cognitive (ex : *Mini-Mental State Examination*), les résultats de la présente étude montrent une plus forte utilisation des outils concernant l'évaluation fonctionnelle, convergeant avec les résultats de Gobeil et al. (2019). Tel qu'observé dans l'étude réalisée au Québec, l'utilisation d'outils d'évaluation cognitive (ex : *Mini-mental State Examination*) est également présente chez les répondants, mais à une fréquence moindre; l'occupation se situant au centre du processus. Cette distinction peut être expliquée par les contextes de pratique différents d'un pays à l'autre. La majorité des répondants de la présente étude réalisent l'évaluation en deux ou trois séances, ce qui dépasse le nombre de séances dans l'étude de Rajah et al. (2018) qui montrait une moyenne de 2,1 séances pour l'ensemble du processus. Les résultats de la présente étude en ce qui a trait au nombre de séances consacrées à l'évaluation et à l'intervention pourraient refléter le fait que la pratique auprès des personnes

présentant des SCPD est complexe. Il est plausible d'affirmer que le nombre de séances requis pour l'évaluation traduit la complexité des situations relatives au SCPD.

Les résultats de l'étude mettent en évidence le recours par les ergothérapeutes aux interventions non pharmacologiques, suggérées par les documents de référence ministériels, illustrant la contribution de l'ergothérapeute face à la gestion des SCPD, ce qui concorde avec les écrits de Laver et al. (2014) et Wong et Leland (2016) à ce sujet. Les ergothérapeutes de l'étude rapportent que l'intervention la plus fréquente consiste en des modifications de l'environnement, malgré la particularité des SCPD, ce résultat correspond à ceux des études de Bennet et al. (2011), McGrath et O'Callaghan (2014) et Rahja et al. (2018). Les interventions les plus recommandées se rattachent surtout aux modifications de l'environnement, aux activités physiques et aux activités structurées, alors que les contacts sociaux, les interventions comportementales et les interventions sensorielles sont moins privilégiés. Pourtant, ces dernières avaient été documentées comme étant les plus probantes et efficaces par Abraha et al. (2017), Legere et al. (2018), Meyer et O'Keefe (2018) et Scales et al. (2018). Un écart est perceptible entre la pratique actuelle des ergothérapeutes et la pratique intégrant les résultats probants, tout comme l'avait identifié Rahja et al. (2018). Les résultats concernant la recommandation d'activités physiques et d'activités structurées dans le plan d'intervention correspondent également aux résultats de Dame (2019) qui identifiaient ces deux interventions comme étant fréquemment utilisées par les infirmières. Les ergothérapeutes de la présente étude expriment une plus grande perception positive face à leur compétence à recommander des modifications de l'environnement, des activités physiques et des activités structurées, ce qui peut expliquer leur préférence à utiliser ce type d'interventions. Alors que les infirmières dans l'étude de Dame (2019) rapportaient être peu au courant des effets positifs des interventions, les ergothérapeutes de la présente étude affirment avoir de bonnes compétences pour la mise en place des interventions. Aussi, les résultats montrent que le plan d'intervention est réalisé en deux ou trois séances par 60% des répondants; encore une fois, un nombre surpassant celui de l'étude de Rajah et al. (2018) et se rapprochant de la grande variabilité dans le nombre de séances (3 à 17) dans les différentes recherches examinées par Laver et al. (2014). Les résultats de l'étude montrent que les répondants sont vigilants pour réviser leur plan d'intervention

fréquemment, ce qui est un résultat inédit de l'étude. Ceci témoigne de l'application de l'ensemble des points d'action du processus.

L'analyse de contenu des entrevues semi-dirigées a permis d'approfondir certains éléments. Les réponses mettent en lumière l'apport spécifique de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des SCPD, allant au-delà de ce que Bennet et al., (2011), McGrath et O'Callaghan (2014) et Rahja et al., (2018) ont montré. Plusieurs éléments fournis par les résultats de la présente étude justifient l'implication et l'intégration d'ergothérapeutes au sein d'équipes interdisciplinaires pour la gestion des SCPD. Ceux-ci sont l'évaluation fonctionnelle, l'interaction personne-environnement-occupation et le concept d'occupation. L'évaluation fonctionnelle réalisée par l'ergothérapeute permet de mettre l'accent sur les capacités résiduelles et ainsi guider les équipes ou les proches sur le niveau de participation qui peut être attendu de la personne. Également, l'analyse de l'interaction personne-environnement-occupation, qui est relié aux modèles théoriques les plus couramment utilisés, permet d'avoir un regard différent sur l'analyse des causes et des éléments déclencheurs des SCPD, ce qui correspond à la contribution définie par Fraker et al. (2014). Aussi, le concept central de la profession : l'occupation, permet d'avoir une préoccupation quant à la déprivation occupationnelle qui est souvent un élément déclencheur des SCPD (Kolanowski et al., 2011).

La présente étude apporte un résultat inédit, non identifié dans les études antérieures, concernant la perception des effets des interventions en ergothérapie. Il est à noter que les critères permettant de déterminer si l'intervention apporte les résultats escomptés n'ont pas été documentés. Malgré l'écart entre les interventions probantes dans les écrits scientifiques et les interventions préconisées, les ergothérapeutes ont une perception positive des effets de leurs interventions. Ceci peut expliquer la faible tendance à avoir recours à l'intégration des résultats probants dans leur pratique et à investir du temps dans un changement de pratique. Un nombre important des participants affirment que le temps requis à l'intégration des résultats probants est un obstacle important. Ce résultat correspond à ceux rapportés par Bennett et al. (2016), Upton et al. (2014) et de Thomas et Law (2013). Peu de temps sur les heures de travail est alloué à la recherche de résultats probants. Par ailleurs, dans la présente étude, le soutien administratif et le contexte organisationnel sont à la fois un facilitateur et un obstacle à l'intégration des résultats probants. Bennett et al. (2016) et Van't Leven et al. (2012) avaient aussi fait ce constat. Ces

résultats peuvent être expliqués par le fait que la collecte de données a eu lieu dans une période de restructuration du système de santé. Il est possible que le soutien donné aux ergothérapeutes et autres professionnels de la santé était perturbé durant cette période.

Les ergothérapeutes de l'étude s'appuient sur leur expérience personnelle et sur le partage d'expérience avec des collègues pour guider leur choix d'intervention, tels qu'observés dans les études de Bennet et al. (2003) et de Thomas et Law (2013). Il est possible que l'expérience personnelle soit considérée à ce jour comme une source de résultats probants, car les ergothérapeutes perçoivent des effets positifs à leurs interventions, tels que décrits précédemment. Les ergothérapeutes s'appuient sur de la formation continue pour avoir accès aux résultats probants et ainsi apporter des changements à leur pratique, tout comme dans l'étude de Bennett et al. (2003). L'initiative de faire des recherches et de critiquer les résultats probants n'était pas leur première action, un faible pourcentage d'entre eux se tournent vers cette solution. Dans un premier temps, les ergothérapeutes ont rapporté consulter un collègue ou encore avoir recours à l'équipe interdisciplinaire. Il est possible que ce résultat s'explique par une culture de partage d'expérience qui demeure au sein des ergothérapeutes malgré le volume d'évidence scientifique maintenant disponible.

La description de la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD, telle que réalisée dans la présente étude, permet d'établir les bases de celle-ci face à cette problématique et permettra de suivre l'évolution dans les recherches futures. L'écart perceptible entre les interventions probantes et les interventions actuellement utilisées par les ergothérapeutes est difficilement quantifiable à cette étape-ci. Des recherches futures permettant de mesurer cet écart s'avèrent nécessaires.

La présente étude permet de cibler des éléments à rehausser sur le plan du travail clinique auprès de la clientèle ciblée et ainsi guider les ergothérapeutes dans leur travail à adopter les meilleures pratiques. Entre autres, l'amélioration des connaissances théoriques à l'égard des modèles et des schèmes, l'utilisation d'outils d'évaluation spécifiques à la problématique et le recours aux interventions probantes sont des lacunes à combler chez les cliniciens. L'étude a permis de mieux comprendre les facteurs influençant les ergothérapeutes dans leur choix d'interventions. Pour donner suite aux résultats de l'étude, le développement d'une formation

continue portant sur les points à améliorer dans la gestion des SCPD pourrait être une avenue intéressante pour rejoindre les ergothérapeutes.

Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces et des limites. Les forces se situent au niveau du caractère inédit du thème, de la représentativité et du choix méthodologique. Une des forces de cette étude est qu'elle est la première, à notre connaissance, à documenter la pratique d'ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant un SCPD. Elle décrit également la pratique selon le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) des neuvièmes lignes directrices canadiennes de la pratique de l'ergothérapie (Polatajko et al., 2013), ce qui permet une description exhaustive et complète du processus. Malgré un taux de réponse restreint (6,8 %), l'échantillon est représentatif de la population en termes de genre et d'années d'expérience (OEQ, 2019). Comme l'avaient fait valoir Cook, Heath et Thompson (2000), la représentativité ayant plus de poids que le taux de réponse. Le choix d'un devis mixte pour cette étude s'appuie sur les suggestions de l'examen de la portée de Poitras et al. (2016) en ce qui concerne la méthodologie et la catégorisation des activités professionnelles.

L'étude présente aussi des limites. Les limites de l'étude se rattachent à l'utilisation de questionnaires auto administrés, entre autres, le fait que les réponses étaient plutôt succinctes a limité la profondeur de l'analyse des données. Également, les questions relatives aux fréquences présentent des limites, les répondants risquent d'avoir surestimé le nombre de séances dédiées à l'évaluation et aux interventions dans le but de donner une réponse favorable. Les méthodes de collecte de données, soient le questionnaire et l'entrevue semi-dirigée, peuvent entraîner un biais de désirabilité sociale susceptible d'influencer les réponses. De plus, la participation étant sur une base volontaire, les ergothérapeutes démontrant une attitude favorable envers leur implication auprès des personnes présentant des SCPD peuvent s'être manifestés de façon plus marquée pour participer à l'étude. L'étude a été réalisée au Québec seulement, avec un échantillon relativement petit, ce qui limite les possibilités de généraliser les résultats de l'étude.

Chapitre 6 Conclusion

L'objectif de cette étude était de décrire la pratique des ergothérapeutes québécois auprès des personnes présentant des SCPD et de décrire comment les ergothérapeutes intègrent les résultats probants dans leur pratique auprès de cette clientèle. Cette étude est un premier pas pour comprendre les particularités de la pratique auprès de cette clientèle qui a été peu documentée jusqu'à présent. Les résultats montrent que les ergothérapeutes utilisent des méthodes d'évaluations similaires aux méthodes utilisées auprès des personnes présentant une démence, malgré les particularités des SCPD. Le moyen d'intervention privilégié demeure les modifications de l'environnement, tout comme dans d'autres études menées sur la pratique des ergothérapeutes auprès de la clientèle avec démence. Les résultats indiquent que les interventions non pharmacologiques probantes sont les moins recommandées par les ergothérapeutes. Les sources d'information pour guider la pratique relèvent surtout de l'expérience clinique et des formations continues. À ce jour, peu d'études avaient abordé la pratique d'ergothérapeutes en ce qui concerne les particularités de la gestion des SCPD.

L'étude de la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de SCPD apparaît toujours pertinente et d'actualité. Il y a lieu de documenter davantage comment les ergothérapeutes mettent en place des interventions probantes auprès de ces personnes; les interventions étant régulièrement sous forme de recommandations et appliquées par l'équipe de soins ou les proches.

Les résultats mettent en perspective la contribution de l'ergothérapeute dans la gestion des SCPD; la contribution du rôle de l'ergothérapeute face à cette problématique permettra de revendiquer une place accrue de ces professionnels auprès des équipes dédiées aux SCPD. Cerner le portrait de la pratique actuelle favorisera la mise en place d'une formation adaptée aux besoins des ergothérapeutes. Cette meilleure compréhension des facteurs qui guident les ergothérapeutes dans leur choix d'intervention à inclure dans le plan d'intervention permettra de proposer des solutions pour optimiser l'intégration des résultats probants dans la pratique. Entre autres, le développement d'une formation continue portant sur les interventions reconnues efficaces dans la gestion des SCPD pourrait être une avenue intéressante pour rejoindre les ergothérapeutes.

Advenant la mise en place d'une telle formation, une étude évaluant ses retombées serait tout indiquée.

Bibliographie

Abraha, I., Rimland, J.M., Lozano-Montoya, I., Dell'Aquila, G., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Trotta,... Cherubini, A. (2017). Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD011882.doi: 10.1002/14651858.CD011882.pub2

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., . . . Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759-e012759. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012759

Agence de la santé publique du Canada. (2017). *La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer*. Repéré de : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/dementia-highlights-canadian-chronic-disease-surveillance/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.pdf>

Algase, D., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, A., Richards, C. & Beattie. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), 10-19. doi.org/10.1177/153331759601100603

Aman, E. & Thomas, D.R. (2009). Supervised exercises to reduce agitation in severely cognitively impaired persons. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(4), 271-276. doi: 10.1016/j.jamda.2008.12.053

American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl.), S1-S48. doi.org/10.5014/ajot.2014.682006

Auld, L.M. & Johnston, L.M. (2018). A touchy topic: tactile assessment among pediatric therapists. *Disability and Rehabilitation*, 40(3), 267-276. doi: 10.1080/09638288.2016.1250170

Ballard, C.G., O'Brien, J.T., Reichelt, K. & Perry, E.K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 553–558. doi: 10.4088/jcp.v63n0703

Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B. & Gray, R. (2017). The use of non-pharmacological intervention for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and Ageing*, 45, 856–863. doi: 10.1093/ageing/afw136

Bautrant, T., Grino, M., Peloso, C., Schiettecatte, F., Planelles, M., Oliver, C., & Franqui, C. (2019). Impact of environmental modifications to enhance day-night orientation on behavior of nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 377-381. doi:10.1016/j.jamda.2018.09.015

Belle, S., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S., Gallagher-Thompson, D., ...Belle, S.H. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727–738. doi: 10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00005

Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J. & Cox, R. (2016). Organisational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 9-18. doi: 10.1111/1440-1630.12260

Bennett, S., Whitehead, M., Eames, S., Fleming, J., Low, S. & Caldwell, E. (2016). Building capacity for knowledge translation in occupational therapy: learning through participatory action research. *BMC Medical Education*, 16(1), 257-268. doi: 10.1186/s12909-016-0771-5

Bennett, S., Shand, S. & Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: A profile in need of change. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 155-163. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00930.x

Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J.,... Gibson, L. (2003). Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 13-22. doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00341.x

Briand, C. & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. DANS Corbière, M. & Larivière, N.(dir.) : *Approche mixte des méthodes qualitatives et quantitatives*. (pp. 625-648). Les Presses de l'Université du Québec.

Brodaty, H.D. & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 169 (9), 946–953. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529

Burns, A., Perry, E., Holmes, C., Francis, P., Morris, J. & Howes, M.J.R. (2011). A double-blind placebo-controlled randomized trial of Melissa officinalis oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31, 158–64. doi: 10.1159/000324438

Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A., & De Beni, R. (2018). Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(7), 915-925. doi:10.1002/gps.4872

Clark, M.E., Lipe, A.W. & Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(7), 10–17. doi: 10.3928/0098-9134-19980701-05

Chou, W. Y., Waszynski, C., Kessler, J., Chiang, Y. C., & Clarkson, P. J. (2016). Using positive images to manage resistance-to-care and combative behaviors in nursing home residents with dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 37(3), 215-220. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.02.013

Chung, J. C. C., & Lai, C. K. Y. (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). doi:10.1002/14651858.CD003152

Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765-785. doi:10.1007/s11940-013-0257-2

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 9(3), 361-381. doi: 10.1176/appi.ajgp.9.4.361

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), 77-84. doi: 10.1093/geronj/44.3.m77

Collaboration interprofessionnelle (2016). Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD. Repéré de : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/MemoireInterprofessionnelle_Dec2016.pdf

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2014). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2)*. Repéré à : www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINAL_Eng.pdf

Cook C, Heath F, Thompson R. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-36. doi :org/10.1177/00131640021970934

Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). doi:10.1002/14651858.CD006929.pub2

Corbières, M. & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, Québec. Presses de l'Université du Québec.

Dame, N. (2019). Les approches non-pharmacologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence dans la prise en charge des personnes ayant un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer ou une maladie apparentée par les infirmières en Groupe de Médecine Familiale. [mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada]. Repéré à :https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/15567/Dame_Nathalie_MA_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Edwards, N., Gardiner, M., Ritchie, D.M., Baldwin, K. & Sands, L. (2008). Effect of exercise on negative affect in residents in special care units with moderate to severe dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 362-368. doi: 10.1097/WAD.0b013e31818ecbbc

Farina, E., Mantovani, F., Fioravanti, R., Rotella, G., Villanelli, F., Imbornone, E.,...Postiglione, A.(2006). Efficacy of recreational and occupational activities associated to psychologic support in mild to moderate Alzheimer disease: a multicenter controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20(4), 275-282. doi: 10.1097/01.wad.0000213846.66742.90

Finkell, S.I., & Burns, A. (1999). *BPSD Consensus statement*. Milwaukee WI: International Psychogeriatric Association (IPA).

Fitzsimmons, S. & Buettner, L. L. (2002). Therapeutic recreation interventions for need-driven dementia-compromised behaviors in community dwelling elders. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia*, 17, 367381. doi: 10.1177/153331750201700603

Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). doi:10.1002/14651858.CD006489.pub4

Forrester, L.T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A.E., Buchan, L.D. & Soares-Weiser K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No.: CD003150. doi: 10.1002/14651858.CD003150.pub2.

Fortin, F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche:méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.

Fraker, J., Kales, H.C., Blazek, M., Kavanagh, J. & Gitlin, L.N. (2014). The role of the occupational therapist in the management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. *Occupational Therapy In Health Care*, 28(1), 4-20. doi: 10.3109/07380577.2013.867468

Fung, J.K.K., Tsang, H.W. & Chung, R.C. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 12, 372–382. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00849.x

Garland, K., Beer, E., Eppingstall, B. & O'Connor, D.W. (2007). A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 514–21. doi: 10.1097/01.JGP.0000249388.37080.b4

Gitlin, L., Arthur, P., Piersol, C. Hessels, V. Wu, S.S., Dai, Y. & Mann, W.C. (2018). Targeting behavioral symptoms and functional decline in dementia: a randomized clinical trial. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*, 66(2), 339-345. doi: 10.1111/jgs.15194

Gitlin, L.N., Winter, L., Burke, J., Cernett, N., Dennis, M.P. & Hauck, W.W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *American Journal Geriatrics Psychiatry*, 16(3), 229-239. doi: 10.1097/JGP.0b013e318160da72

Gitlin, L., Winter, L., Dennis, M., Hodgson, N. & Hauck, W. (2010). Targeting and managing behavioural symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1465–1474. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02971.x

Gobeil, J., Larivière, N., Carrier, A., Bier, N., Bottari, C., Veillette, N., . . . Levasseur, M. (2019). Overview of the assessment practices of occupational therapists working in Quebec. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 86(5), 388-399. doi:10.1177/0008417419839867

Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D. M., Sloane, P. D. & Mor, V. (2014). Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 797-804. doi:10.1111/jgs.12777

Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J. & Hoefnagels WoldeRikkert, M. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*, 62A(9), 1002–1009. doi: 10.1093/gerona/62.9.1002

Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommie, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L. ...Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28 (1), 36–46. doi: 10.1159/ 000229024

Guideline Adaptation Committee (GAC) (2016). *Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia*. Sydney (Australie), GAC.

Hansen, N. V., Jørgensen, T., & Ørtenblad, L. (2006). Massage and touch for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). doi:10.1002/14651858.CD004989.pub2

Hall, G.R., Buckwalter, K.C., (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of psychiatric nursing*, 1 (6), 399-406.

Hermans, D., Htay, U. H., & Cooley, S. J. (2007). Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). doi:10.1002/14651858.CD005994.pub2

Hsu, T.J., Tsai, H.T., Hwang, A.C., Chen, L.Y. & Chen, L.K. (2017) Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics Gerontologic International*, 17(1), 28–35. doi: 10.1111/ggi.13037

Kales, H.C., Gitlin, L.N. & Lyketsos, C.G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769. doi: 10.1111/jgs.12730

Kim, S.Y., Yoo, E.Y., Jung, M.Y., Park, S.H. & Park, J.H. (2012). A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation*, 31, 107–115. doi:10.3233/NRE-2012-0779

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J. & Costa P.T.(2011). A randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal American Geriatrics Society*, 59(6), 1032–1041. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x.

Konno, R., Kang, H.S. & Makimoto, K. (2014). A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2167-2180. doi: 10.1111/jan.12432

Laver, K., Clemson, L., Bennett, S. Lannin, N.A. & Brodaty, N. (2014). Unpacking the evidence: interventions for reducing behavioral and psychological symptoms in people with dementia. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(4), 294–309. doi: 10.3109/02703181.2014.934944

Legere L. E., McNeill, S., Schindel, M.L., Acorn, M. & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1360-e1376. doi:10.1111/jocn.14007

Maltais, M., Rolland, Y., Vellas, B., Haÿ, P.-E., Armaingaud, D., Cestac, P., ... Souto Barreto, P. de. (2019). Effect of exercise on behavioral symptoms and pain in patients with dementia living in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 34(2), 89–94. doi.org/10.1177/1533317518803773

Margenfeld, F., Klocke, C., & Joos, S. (2019). Manual massage for persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 132-142. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.12.012

Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., Buján, A., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly

people with dementia diagnosis: A controlled longitudinal trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29, 463-473. doi: 10.1177/1533317514522540

Matura, S., Carvalho, A. F., Alves, G. S. & Pantel, J. (2016). Physical exercise for the treatment of neuropsychiatric disturbances in Alzheimer's dementia: possible mechanisms, current evidence and future directions. *Current Alzheimer Research*, 13(10), 1112-1123. doi: 10.2174/15672050136661605021 23428

McGrath, M. & O'Callaghan, C. (2014). Occupational therapy and dementia care: A survey of practice in the Republic of Ireland. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 92-101. doi: 10.1111/1440-1630.12081

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (3rd ed.)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Meyer, C. & O'Keefe, F. (2018). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia* (London, England), 1471301218813234. doi:10.1177/1471301218813234

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Autonomie. Agitation dans les démences.* Repéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-830-09W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014a). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.* Repéré de:<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014b). *Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : paramètres organisationnels.* Repéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014c). *Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Repéré de : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>

Möhler, R., Renom, A., Renom, H., & Meyer, G. (2018). Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). doi:10.1002/14651858.CD009812.pub2

Morse, J. m. (2000). Determine sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/104973200129118183>

National Institute for Health and Care Excellence. (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. Repéré à: nice.org.uk/guidance/cg42.

Nobili, A., Riva, E., Tettamanti, M., Lucca, U., Liscio, M., Petrucci, B. & Porro, G. (2004). The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviours. *Alzheimers Disease and Associated Disorders*, 18, 75–82. doi:10.1097/01.wad.0000126618.98867.fc

Padilla, D. V., Daza González, M.T., Agis, I.F., Strizzi, J., Alarcón, R. & Rodríguez (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts: a case report. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 500–504. doi:10.1017/S1041610212001810

Padilla, R. (2011). Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 514-522. doi : 10.5014/ajot.2011.002600

Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(31), 1-12. doi:10.1186/s12912-016-0154-6

Polatajko, H.J., Craik, J. & Davis, J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP). Dans E.A Townsend, et H.J. Polatajko, (Eds). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapie de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed., version française N. Cantin, pp.103-112). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

Price, J. D., Hermans, D., & Grimley Evans, J. (2001). Subjective barriers to prevent wandering of cognitively impaired people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). doi:10.1002/14651858.CD001932

Rahja, M., Comans, T., Clemson, L., Crotty, M. & Laver, K. (2018). Are there missed opportunities for occupational therapy for people with dementia? An audit of practice in Australia. *Australia Occupational Therapy Journal*, 65, 565-574. doi:10.1111/1440-1630.12514

Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S.,... Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 158-165. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01035.x

Rogers, J.C., Holm, M.B., Burgio, L.D., Granieri, E., Hsu, C., Hardin, J.M. & McDowell, J. (1999). Improving morning care routines of nursing home residents with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 47, 1049-1057. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb05226.x

Sato, J., Nakaaki, S., Torii, K., Oka, M., Negi, A. & Tatsumi, H. (2013). Behavior management approach for agitated behavior in Japanese patients with dementia: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 9-14. doi.org/10.2147/NDT.S38943

Scales, K., Zimmerman, S. & Miller, S.J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist* 58(1), S88-S102. doi:10.1093/geront/gnx167

Shih, T.-H. & Xitao Fan. (2008). Comparing response rates from web and mail surveys: a meta-analysis. *Field Methods*, 20(3), 249–271. doi.org/10.1177/1525822X08317085

Sloane, P. D., Hoeffer, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., ... Koch, G. G.(2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804. doi : 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x

Steinberg, M., Sheppard Leoutsakos, J., Podewils, L. & Lyketsos, C. (2009). Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease: the maximising independence in dementia (MIND) study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 680– 685.

Thomas, A. & Law, M. (2013). Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(4), e55-e65. doi:10.5014/ajot.2013.006395

Thuné-Boyle, I., Iliffe, S., Cerga-Pashoja, A., Lowery, D. & Warner, J. (2012). The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1046–1057. doi:10.1017/S1041610211002365

Travers, C. Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W.,... Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in

residential aged care: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(14), 163-225. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003230

Upton, D., Stephens, D., Williams, B., & Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *Bristish journal of occupational therapy*, 77(1), 24-38. doi : 10.4276/030802214X13887685335544

Van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R., & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). doi:10.1002/14651858.CD003477.pub4

Van't Leven, N., Graff, M., Kaijen, M., de Swart, B.J.M., Olde Rikkert, M.G.M., Vernooij-Dassen, M.J.M. (2012). Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 742-748. doi: 10.1002/gps.2782

van Weert, J.C.M., Kerkstra, A., van Dulmen, A.M., Bensing, J.M., Peter, J.G. & Ribbe, M.W. (2004) The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 397–409. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2003.10.011

Volicer, L. & Hurley, A. C. (2003). Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, M837 – M845. d: 10.1093/gerona/58.9.m837

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD* (2^e Ed.) Québec : Éditions du renouveau pédagogique, ERPI.

Williams, C.L. & Tappen, R.M. (2008) Exercise training for depressed older adults with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 12(1), 72-80.
doi: 10.1080/13607860701529932

Wong, C. & Leland, N.E., (2016). Non-pharmacological approaches to reducing negative behavioral symptoms: A Scoping Review. *Occupation, Participation and Health*, 36(1), 34-41. doi: 10.1177/1539449215627278

Wong, S., Gilmour, H. & Ramage-Morin, P.L. (2016). *Rapports sur la santé La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence au Canada*. Repéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016005/article/14613-fra.htm>

Zetteler, J. (2008). Effectiveness of simulated presence therapy for individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Mental Health*, 12(6), 779-785. doi: 10.1080/13607860802380631

Annexe A - Interventions non pharmacologiques

Le tableau suivant regroupe des exemples d'interventions pour chacune des catégories d'interventions non pharmacologiques.

Tableau XII.Catégories d'interventions non pharmacologiques

Catégories	Exemples de moyens
Activités physiques	Marche, danse, séances d'exercices.
Activités structurées	Artisanat, horticulture et arrangement floral, thérapie par l'art, thérapie occupationnelle présentant un intérêt pour la personne (pliage de serviettes, timbrage d'enveloppes, etc.), thérapie biographique ou de réminiscence, manipulation d'objets, stimulation cognitive : orientation à la réalité ; stimulation de la mémoire.
Contacts sociaux	Contacts humains « un à un, zoothérapie, contact social simulé (photos de famille, vidéos, enregistrements sonores).
Interventions comportementales	Renforcement différentiel (comportements désirables récompensés), Approche confort-stimulation-distraction.
Interventions sensorielles	Musicothérapie, aromathérapie, massage et toucher thérapeutique, massage des mains, intervention dans une salle Snoezelen (thérapie multisensorielle), luminothérapie.
Modifications de l'environnement	Mise en place de conditions simulant la nature, accès à un jardin extérieur, aménagement comparable à celui de la maison, aménagement de repères spatiaux, installation de barrières visuelles.

Tiré de : Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2014a). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.* Repéré de:<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-829-06W.pdf>

Annexe B –Démarche pour la recension des écrits

Afin de cibler les articles scientifiques sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques, les bases de données Medline, CINAHL (Ebsco), PsycINFO (Ebsco) et Scopus ont été consultées. Les mots clés suivants ont été utilisés:

« behavioral and psychological symptoms of dementia » or « disruptive behaviors » or
« behavioral symptoms »

and

« occupation therapy or occupational therapist or OT »
or « non-pharmacological interventions »

La base de données Cochrane a été consulté avec les mots-clés suivants :

« behavioral and psychological symptoms of dementia » or « dementia »

Les critères d'inclusion étaient:

- Articles traitant d'interventions non pharmacologiques
- Articles traitant d'une population âgée (65 ans et plus)
- Articles rédigés en français ou anglais

Les critères d'exclusion étaient:

- Articles traitant de diagnostics psychiatriques et/ou neurologiques autres que démence (ex : schizophrénie, traumatisme crânien)
- Articles traitant des interventions sur l'entourage, soignants, etc.
- Articles traitant de problématiques autres que comportementales (ex. : atteintes de la mémoire, dépression)
- Articles traitant d'autres types d'intervention non ciblés (ex. : hydrothérapie, acupuncture)
- Articles présentant un protocole de recherche ou étude non-complétée

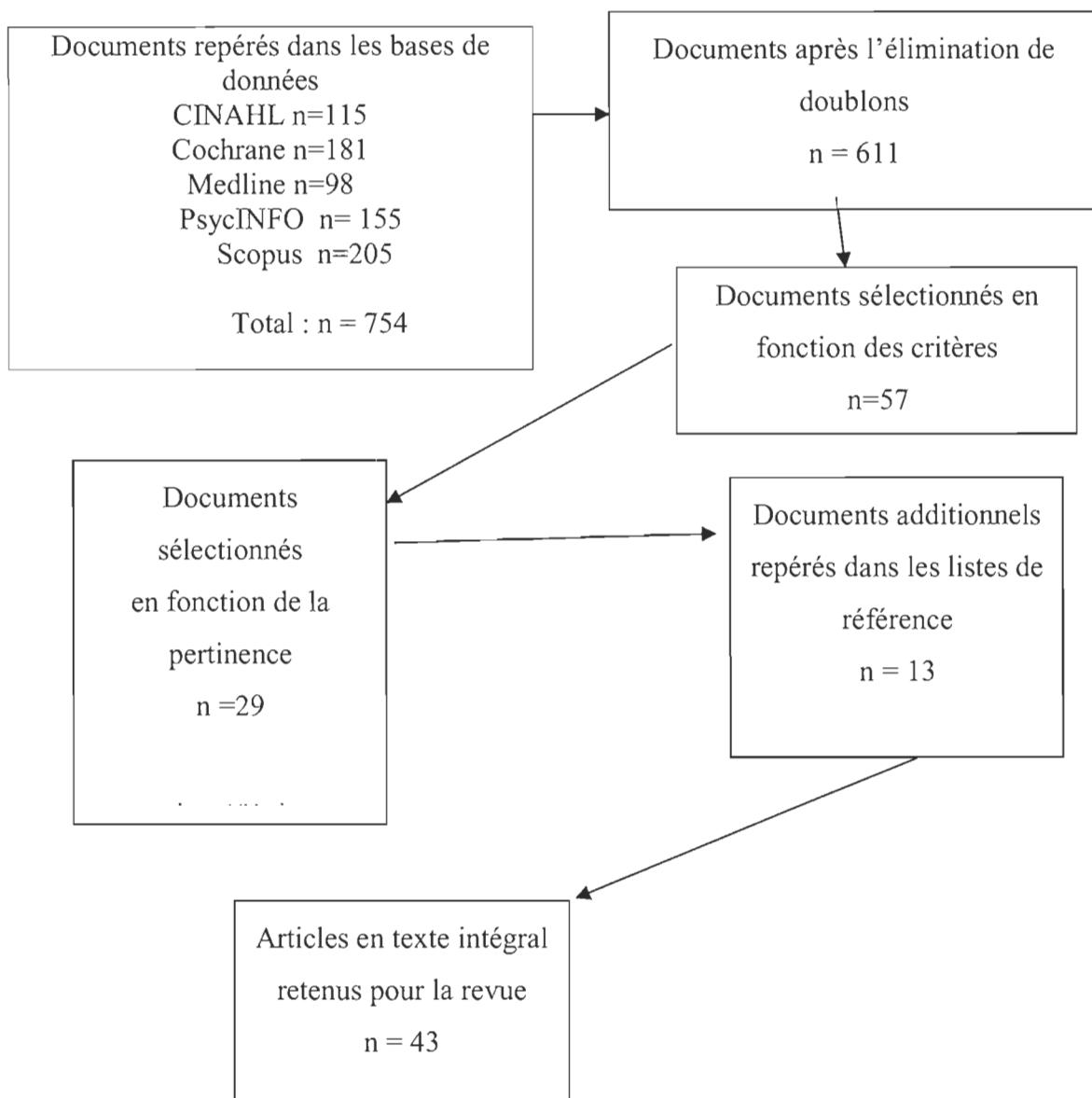


Figure 1. Diagramme de la démarche de sélection d'articles

Annexe C : Description des détails des études mentionnées au tableau 1

Cette section abordera les articles mentionnés au tableau 1 et repérés lors de la recension des écrits. Ils sont regroupés selon les catégories d'interventions, soit : activités physiques, activités structurées, contacts sociaux, interventions sensorielles, interventions comportementales, modifications de l'environnement.

Activités physiques

Les activités physiques se définissent comme des activités de marche ou encore des mouvements actifs au niveau des membres supérieurs et inférieurs (MSSS, 2014a). Les études diffèrent grandement de l'une à l'autre, concernant le type d'exercices et les modalités d'utilisation, ce qui complexifie leur interprétation.

Une revue systématique Cochrane effectuée par Forbes, Forbes, Blake, Thiessen et Forbes en 2009 et mise à jour deux fois par la suite (2013, 2015) examinait l'efficacité de l'activité physique sur les personnes atteintes de démence. Dix-sept études ont été retenues pour cette revue dont cinq recherches étudiaient l'impact de l'activité physique sur les problématiques de comportements spécifiquement. De ces cinq études, une seule étude présentait des résultats sur la diminution des comportements perturbateurs, ce qui amenait les auteurs à ne pouvoir conclure sur l'efficacité de cette intervention.

Matura, Carvalho, Alves et Pantel (2016), dans une revue systématique regroupant 13 études empiriques, énonçaient que, malgré l'hétérogénéité des études en termes de type d'activités physiques, d'intensité et de durée, il ressortait que l'activité physique est une piste prometteuse pour réduire l'agitation, l'apathie, les éléments dépressifs ainsi que pour favoriser le sommeil.

Thuné-Boyle, Iliffe, Cerga-Pashoja, Lowery et Warner (2012) ont exploré les effets de l'activité physique dans une recension des écrits. Après avoir révisé dix revues systématiques et six études spécifiques, les auteurs énonçaient que l'efficacité de l'activité physique est concluante dans 10 des 16 écrits. Plus précisément, la pratique d'activités physiques pendant 30

minutes à raison de plusieurs fois semaine, procure des bienfaits pour réduire l'agitation, l'errance ainsi qu'améliorer du sommeil.

Plus récemment, Maltais et al. (2018) ont réalisé un essai clinique randomisé pour déterminer les effets de l'activité physique sur la réduction des SCPD. Quatre-vingt-onze participants ont pris part à l'étude, répartis en deux groupes ; le groupe expérimental ($n=44$) recevait l'intervention de type activité physique alors que le groupe témoin ($n=47$) recevait une intervention de type social. Le groupe expérimental a participé, pendant six mois, à deux séances d'activités physiques par semaine d'une durée de 60 minutes. Les séances comprenaient un échauffement, suivi d'exercices de coordination, d'équilibre, de force musculaire, de capacité aérobique et d'un retour au calme. Le groupe témoin participait, à la même fréquence et durée, à une rencontre de type social lors de laquelle des activités d'artisanat et de musique étaient proposées. Malgré le fait que le groupe expérimental a montré une réduction de quatre points à l'outil d'évaluation *Neuro Psychiatric Inventory (NPI)*, cette différence n'était pas statistiquement significative et n'a pu montrer que l'activité physique est plus efficace que l'intervention sociale pour réduire les SCPD. Les auteurs concluent que des études ultérieures avec un échantillon plus grand sont requises.

L'activité physique s'avère une approche non pharmacologique pertinente pour réduire les SCPD, plus spécifiquement pour l'agitation physique, l'agressivité et l'errance.

Activités structurées

Les activités structurées prennent plusieurs formes et correspondent à la participation à une activité ou portion d'activité (tâche) dirigée vers un but, adaptée selon les capacités et les intérêts de la personne dans le milieu de vie (Möhler, Renom, Renom & Meyer, 2018). Cette intervention a fait l'objet d'une revue systématique Cochrane par Möhler et al. (2018). Cette revue a retenu huit études, dont sept essais cliniques randomisés et un essai clinique non randomisé, pour un total 957 participants. Les auteurs suggèrent d'utiliser les activités structurées pour réduire les comportements perturbateurs, car des effets légers sur le comportement sont démontrés malgré le besoin d'études ultérieures sur le sujet afin de préciser le type, la fréquence et la durée des activités.

D'autre part, Travers et al. (2016) ont effectué une revue systématique dans le but de déterminer l'efficacité de l'utilisation de l'occupation signifiante dans les interventions pour les personnes âgées avec démence demeurant en résidence. Trente-quatre études ont été retenues au total, classées dans différentes catégories d'intervention non pharmacologiques. De celles-ci, 13 essais cliniques randomisés utilisant l'activité structurée ont été examinées. Il en ressortait de bonnes évidences scientifiques à utiliser l'activité structurée comme moyen pour réduire l'agitation et la passivité. À noter que l'accomplissement d'une activité s'effectuait en la présence d'une tierce personne. Les auteurs ont conclu qu'il était ardu de dissocier l'effet de l'activité de l'effet de l'interaction.

Selon l'étude de Gitlin et al. (2018), les activités structurées sont des activités déterminées à la suite de l'évaluation des capacités de la personne et sont intégrées dans un programme d'activités structurées graduées (traduction libre de *Tailored Activities Program* TAP). Le TAP est basé sur le modèle stress-vulnérabilité et vise à atténuer les comportements perturbateurs. Le programme comprend six séances. Les deux premières rencontres permettent d'identifier, dans un premier temps, les capacités résiduelles, les rôles antérieurs et les intérêts de la personne atteinte. Par la suite, l'intervenant développe un programme de trois activités qui concordent avec la capacité du client et qui diminuent les exigences de l'environnement pour faciliter la participation. Les deux rencontres subséquentes portent sur l'enseignement des trois activités ciblées aux proches afin que ceux-ci les intègrent dans leur quotidien avec la personne. Les deux dernières rencontres visent à assurer le suivi et la participation aux activités ainsi que l'évaluation des effets du programme. L'étude avait pour objectif d'évaluer efficacité du programme TAP pour réduire le nombre et la fréquence des SCPD. Cette étude consistait en un essai clinique randomisé à l'aveugle auprès de 160 dyades composées de vétérans et de leur conjoint vivant à domicile, réparti en deux groupes, avec deux mesures post-intervention à quatre et huit mois montre des résultats statistiquement significatifs. Notamment, les chercheurs rapportent une diminution du nombre et de la fréquence des SCPD (69,7 % des participants du groupe-expérimental ont montré une réduction des SCPD versus 46,4 % du groupe-témoin). Une réduction significative du nombre activités demandant de l'assistance, du niveau de dépendance et de la douleur était également notée ($p \leq 0,05$) pour les participants au groupe-expérimental. Cependant, aucune différence significative sur l'affect n'a été notée.

Les activités structurées intégrées dans un programme ont été étudiées par Farina et al. (2006). Le programme, d'une durée de six semaines, offrait 15 sessions d'une durée de trois heures. Chacune des sessions proposait des activités structurées de type conversation, jeu de société et préparation café, entre autres. Un essai clinique randomisé auprès de 98 personnes (groupe expérimental : n=67, groupe témoin : n=31) a évalué l'efficacité de ce programme d'activités structurées pour, entre autres, réduire les SCPD. Les participants étaient répartis de façon aléatoire dans le groupe expérimental et le groupe témoin. Le groupe expérimental a montré une réduction significative à l'élément concernant les SCPD ($p<0,007$) versus le groupe témoin, mesurée via le *Revised Memory and Behavioral Problems checklist (RMBPC)*.

Les activités structurées déterminées en fonction des intérêts de la personne apportent des résultats significatifs pour réduire les SCPD telles qu'examinées par Kolanowski et al. (2011). Les chercheurs ont réalisé un essai clinique randomisé, double aveugle, ayant pour objectif de mesurer l'efficacité d'interventions basées sur l'activité structurée en regard des variables suivantes : l'agitation, la passivité, l'engagement, l'affect et l'humeur. Cette étude regroupait 128 sujets répartis dans quatre groupes. Chacun des groupes participait à une activité structurée, déterminée de façon différente. Les sujets du premier groupe se voyaient attribuer une activité selon leur niveau de fonctionnement. Le deuxième groupe participait à une activité selon le type de personnalité. Le troisième groupe faisait des activités jumelant le fonctionnement et la personnalité. Finalement, le quatrième groupe agissait à titre de groupe témoin avec des activités aléatoires. L'ensemble des participants des quatre groupes ont montré une amélioration de l'agitation, tels que mesurés via le *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Les participants dans les deuxièmes et troisièmes groupes ont montré une amélioration significative de l'engagement, de l'attention et de l'état d'éveil ($p<0,05$) comparativement aux groupes un et quatre. Ceci étant mesuré via différentes échelles : *Passivity in Dementia Scale (PDS)*, *Affect Rating Scale (ARS)* et le *Dementia Mood Picture Test (DMPT)*. De plus, un sentiment de plaisir dans la participation à l'activité est identifié comme étant plus élevé dans le groupe trois. Les chercheurs concluent que l'intérêt du client pour l'activité est l'élément déterminant pour choisir une activité, au-delà de son niveau fonctionnel.

Les activités structurées procurent une réduction des comportements perturbateurs, avec des résultats plus marqués pour les personnes à un stade avancé de la démence (Hsu, Tsai, Hwang, Chen & Chen, 2017). Leur étude de cohorte rétrospective menée à Taiwan visait à

évaluer les prédicteurs des effets des interventions non pharmacologiques chez des vétérans présentant une démence avec des SCPD associés. Les 141 participants ont reçu des interventions de type activités structurées (orientation à la réalité, activités physiques, activités musicales, activités artisanales, réminiscence, activités horticoles) une fois par semaine, pendant une période de 50 minutes, sur une période de six mois. Les interventions ont permis de diminuer la fréquence et l'intensité des symptômes, mesurées via le *Neuro Psychiatric Inventory (NPI)* ($p<0,001$). Tous les participants se sont améliorés; or, les participants ayant démontré le plus d'amélioration avaient, au départ, obtenu les scores les plus bas, en ce qui a trait au comportement, à la dépression et à la cognition.

De leur côté, Backhouse, Killett, Penhale et Gray (2016) ont étudié la perception des activités structurées par le personnel soignant de résidences privées. Cette étude, incluant plus de 384 heures d'observation du personnel impliqué (pendant cinq à six semaines) ainsi que 37 entrevues auprès de 40 employés travaillant dans quatre résidences différentes pour personnes âgées, a permis de faire les constats suivants : les activités structurées ne sont pas perçues comme des interventions pour gérer les SCPD par les employés; elles sont plutôt vues comme des activités pour améliorer la qualité de vie. Les activités structurées, à heure fixe et en groupe sont difficiles d'accès pour les résidents avec des problématiques de comportement. Pour ces personnes, les activités sont plutôt utilisées de façon spontanée et individuelle pour éviter une escalade de comportements perturbateurs. Les employés ont de la difficulté à engager les personnes lourdement atteintes dans des activités car ils ne savent pas comment les faire participer en raison des atteintes sévères, alors que c'est eux qui pourraient en bénéficier le plus.

Les programmes d'activités structurées montrent des effets positifs avec un niveau d'évidence élevé pour réduire la fréquence des comportements perturbateurs. Le choix de l'activité a une influence sur l'efficacité de l'intervention pour réduire les symptômes; l'activité doit correspondre au niveau de fonctionnement et aux intérêts de la personne pour atteindre de plus grands résultats. De plus, il est pertinent de réaliser ce type d'intervention avec les personnes atteintes de démence, peu importe la sévérité; il est montré qu'il y a potentiel d'amélioration malgré la sévérité de la démence et des symptômes.

Contacts sociaux

Les contacts sociaux prennent les formes suivantes : interaction un à un (présence d'une personne pour interagir seul à seul), présence simulée (offrir des périodes d'écoute de bandes audio ou vidéo d'expériences positives à la personne atteinte de démence) et contact avec un animal (zoothérapie) (MSSS, 2014a).

Aucune étude n'a été retracée sur l'interaction un à un. La présence simulée permettant d'établir un contact social, quoiqu'artificiel, mais suffisant pour répondre à un besoin de socialiser ou de sécurité, a été étudiée dans une revue systématique Cochrane effectuée par Abraha et al. (2017). Cette revue comprenait seulement trois essais cliniques randomisés. Chacune des études montrait individuellement des améliorations sur les comportements, mais il n'était pas possible de regrouper les données pour réaliser une méta-analyse étant donné le faible nombre de participants, les différences importantes dans les interventions et les différences relatives aux comportements observés.

L'efficacité de la présence simulée est confirmée dans une méta-analyse réalisée par Zetteler (2008). Quatre essais cliniques randomisés portant sur l'efficacité de la présence simulée pour réduire les SCPD ont été retenus dans cette méta-analyse. Chacune des quatre études démontraient déjà des résultats significatifs pour réduire l'agitation; la méta-analyse confirme ces résultats ($p<0,001$).

La présence simulée peut prendre la forme d'une poupée et cette intervention a été montrée efficace pour réduire les SCPD dans une étude de Cantarella, Borella, Faggian, Navuzzi et De Beni (2018). Cette équipe de chercheurs a réalisé un essai clinique randomisé pour déterminer l'efficacité de la thérapie de la poupée pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements dérangeants. Vingt-neuf personnes atteintes de démence dans une résidence ont été réparties en deux groupes. Le groupe expérimental recevait la thérapie de la poupée à raison de cinq séances de 60 minutes par semaine pendant un mois. Le groupe témoin recevait, à la même fréquence, des chauffe-mains comme intervention de comparaison. La thérapie de la poupée a permis de diminuer la fréquence et l'intensité des symptômes, comparativement au groupe témoin, variables mesurées via le *Neuro Psychiatric Inventory (NPI)* ($p<0,001$).

Le contact avec un animal, communément nommé la zoothérapie, a été examiné par Travers et al. (2016) lors de leur revue systématique. Deux études, totalisant 12 participants,

ont été examinées. Chacune des études utilisait le chien comme animal de compagnie. Les deux études ont montré des effets positifs, entre autres, sur la réduction de l'agitation et de la passivité. Cependant, la faible taille de l'échantillonnage et la présence de biais importants ne permettaient pas de se prononcer sur l'efficacité de ce type d'intervention.

Les contacts sociaux sont des interventions pertinentes pour réduire les SCPD, par exemple la présence simulée s'est avérée efficace.

Interventions comportementales

L'intervention comportementale peut prendre deux formes : le renforcement différentiel et le contrôle des stimulations. Le renforcement différentiel consiste à modifier la réponse de l'entourage au sujet des comportements problématiques, entre autres, en ignorant le comportement problématique et en renforçant positivement l'absence de comportements perturbateurs (par exemple : par une collation). Le contrôle des stimulations vise à réguler une stimulation avec un comportement (offrir une stimulation correspondant aux capacités de la personne) (Cohen-Mansfield, 2001).

Le contrôle des stimulations peut prendre la forme de l'intervention basée sur l'analyse fonctionnelle (traduction libre de *functional analysis-based intervention*). Cette intervention a fait l'objet d'une revue systématique Cochrane par Cook et al. (2012). Cette intervention vise à identifier les problématiques de comportement, formuler des hypothèses explicatives sur l'apparition du comportement découlant de l'histoire antérieure ou encore de besoins compromis, afin de proposer des interventions appropriées. La revue systématique a identifié 18 essais cliniques randomisés traitant de cette approche. Les auteurs ne pouvaient émettre des conclusions étant donné la diversité dans la manière d'utiliser cette intervention, souvent jumelée à une autre intervention, ainsi que la grande diversité des outils de mesure dans chacune des études. Cependant, il en ressortait que la fréquence des comportements perturbateurs était diminuée avec cette modalité d'intervention et présentait des effets bénéfiques émergents, d'où la pertinence de poursuivre les recherches en ce sens.

L'intervention comportementale par le contrôle des stimulations est une avenue intéressante pour réduire les problématiques de comportement lors des soins d'hygiène. Sloane et al. (2004) ont montré que modifier la façon d'offrir les soins d'hygiène permet de réduire l'agressivité et l'inconfort de façon marquée. Ils ont réalisé un essai clinique randomisé auprès

de 73 résidents en institution, lesquels présentaient des problématiques de comportement lors du bain. Les participants ont été répartis en trois groupes. Le premier groupe (témoin) recevait les soins d'hygiène comme c'était l'usage régulier dans la résidence. Les participants du deuxième groupe recevaient les soins d'hygiène selon l'approche basée sur la personne ; l'intervenant modifiait sa façon de faire afin de répondre aux préférences de la personne, de ses habitudes, modifiait l'environnement ou encore sa communication afin de s'adapter à la personne. Le troisième groupe recevait l'hygiène selon la méthode du bain-serviette. Pour cette modalité, deux couvertures, deux serviettes de bain et du savon sans rinçage sont utilisés afin d'offrir un bain qui réduit les manipulations et permet de garder la personne couverte le plus possible. Les participants recevant le bain selon l'approche centrée sur la personne ont montré une réduction de 53 % ($p<0,001$) de l'agressivité et une diminution de 13% de l'inconfort au bain, avec une durée de soins plus longue de 3,3 minutes. Chez les participants du groupe utilisant le bain-serviette, une réduction de 60 % ($p<0,001$) de l'agressivité a été mesurée et une réduction de 25,6 % de l'inconfort a été notée avec une durée de soins plus longue de 2,4 minutes. Ces deux façons de faire sont des méthodes efficaces pour réduire les problématiques de comportements lors des soins d'hygiène. Gozalo, Prakash, Qato, Sloane et Mor (2014) ont confirmé ces résultats dans un autre essai clinique randomisé impliquant 123 participants. Ils ont à nouveau étudié l'efficacité de l'approche centrée sur la personne pour réduire l'agitation lors des soins d'hygiène. L'intégration de cette façon de faire a permis de réduire de 17,8 % ($p=0,008$) l'agitation verbale et de diminuer de 18,6 % ($p=0,004$) l'agitation physique chez les participants. Les chercheurs n'ont pas étudié les effets à long terme de l'implantation de cette méthode qui requiert de former le personnel en place.

Le contrôle des stimulations est efficace pour améliorer la performance fonctionnelle et réduire l'agitation lors des activités de la vie quotidienne, tel que montré dans une étude de cas multiples auprès de 84 personnes réalisée par Rogers et al. (1999). L'intervention s'étant déroulée sur 25 jours auprès de résidents avec démence en institution utilisait le contrôle de la stimulation. Pendant les cinq premiers jours, l'assistance à la routine matinale (hygiène, habillage, soins personnels) se déroulait comme à l'habitude afin de déterminer le niveau de fonctionnement de la personne. Les cinq jours suivants, l'intervenant graduait le niveau d'aide requis selon les capacités de la personne observée dans les jours précédents. La gradation s'effectuait selon quatre niveaux. Lors du premier niveau, des indices généraux étaient fournis.

Pour le deuxième niveau, des indices verbaux spécifiques sur l'étape à accomplir étaient octroyés. Le troisième niveau consistait à fournir de l'aide visuelle. Finalement le quatrième niveau consistait à offrir de l'aide physique pour accomplir la tâche. Les 15 derniers jours consolidaient l'entraînement préétabli. La fréquence des comportements perturbateurs a diminué de façon significative ($p<0,01$) à la suite de l'entraînement. Les chercheurs expliquent ces résultats par une demande de performance réaliste ; l'évaluation des capacités fonctionnelles permettant de demander une tâche correspondant aux capacités résiduelles de la personne atteinte.

L'utilisation d'images positives lors de la dispensation des soins d'hygiène s'avère une avenue prometteuse pour réduire les réactions agressives. Chou, Waszynski, Kessler, Chiang et Clarkson (2016) ont réalisé une étude pilote auprès de quatre participants afin d'évaluer l'effet de l'utilisation d'images positives lors des soins d'hygiène ou d'habillage. Lors de la prestation des soins, l'équipe soignante offrait au participant une image positive (un bébé ou encore un chiot) afin de créer une diversion et faciliter les soins. Les quatre résidents ont montré une réduction de l'agressivité lors de l'utilisation de l'image positive, mesurée à l'aide du *Agitation Behavioral Scales (ABC)*.

Le renforcement différentiel a montré des résultats concluants pour réduire la fréquence des tentatives de fugue lors de l'étude de cas de Padilla et al. (2013). En utilisant des modalités tirées de l'approche comportementale, par exemple : lorsque le sujet utilisait bien la toilette ou interagissait avec d'autres personnes, un renforcement positif était offert. À l'inverse, si la personne cherchait à fuguer, ce comportement était ignoré. Cette façon de faire a permis de réduire les fugues de façon significative, passant d'une moyenne de 26 tentatives à une tentative.

L'efficacité du renforcement différentiel a également été montrée pour réduire les SCPD dans une étude pilote de Sato et al. (2013). L'étude avait pour objectif d'étudier l'efficacité de l'intervention comportementale en utilisant le *ABC model* (Volicer et Hurley, 2003). L'étude consistait à mettre en place de l'enseignement et de l'entraînement pour que les proches aidants modifient leur renforcement pendant 12 séances de 90 minutes chacune. À la suite des interventions, des résultats significatifs ont été notés chez les 18 participants dans la réduction des SCPD, notamment mesurés via l'*Agitated Behavior in Dementia (ABID)* ($p<0,005$) et le *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* ($p<0,005$).

Il y a des évidences scientifiques pour soutenir le recours aux interventions comportementales ; le contrôle de la stimulation montre des évidences scientifiques plus élevées que le renforcement différentiel. Cette méthode est donc à privilégier pour réduire les SCPD et améliorer le fonctionnement au quotidien.

Interventions sensorielles

Les interventions sensorielles consistent à stimuler l'un des cinq sens (toucher, ouïe, odorat, goût, vue) (MSSS, 2014a). La stimulation de l'ouïe via la musicothérapie, qui peut être de type passif (écoute de la musique) ou actif (interprétation), a fait l'objet d'une revue systématique Cochrane par Van der Steen et al. (2018). L'utilisation de la musique se révélait efficace pour réduire la dépression avec un niveau d'évidence modéré chez les personnes atteintes de démence. Aussi, la musique s'avérait une option ayant un niveau d'évidence faible pour réduire l'anxiété et les problématiques de comportement social. Un total de 21 essais cliniques randomisés a été retenu, pour un nombre de 890 participants pour compléter une méta-analyse afin de déterminer l'impact de l'utilisation de la musicothérapie sur la démence. Il est à noter qu'il y a un nombre important de biais, d'incohérences et d'imprécisions dans ces études. D'autres auteurs appuient l'efficacité de la musicothérapie. Travers et al., (2016) ont repéré six essais cliniques randomisés portant sur la musicothérapie dans leur revue systématique. L'ensemble des six études montraient de bonnes évidences pour réduire l'agitation via l'écoute de la musique. Des résultats positifs ont été notés même si la durée d'exposition était courte et ce autant que l'exposition était passive (écoute de musique) ou active (chanter). Par ailleurs, Konno, Kang et Makimoto (2014) ont également effectué une revue systématique sur l'efficacité des interventions non pharmacologiques pour réduire la problématique de comportement de résistance aux soins spécifiquement. Dix-neuf études ont été ciblées. Parmi ces études, seulement trois consistaient en des essais cliniques randomisés, ce qui réduisait grandement le niveau d'évidence. Cependant, ils concluent que l'écoute de musique selon les choix musicaux de la personne atteinte de démence pendant l'hygiène est une option pour réduire l'agitation pendant la prestation des soins.

La stimulation du toucher par le massage a été étudiée dans la revue systématique Cochrane réalisée par Hansen, Jørgensen et Ørtenblad (2006), qui a recensé 34 études. Concernant deux essais cliniques randomisés montrant une rigueur scientifique suffisante pour

être examinée, il est noté un changement dans la fréquence et la sévérité des problématiques de comportement. Plus récemment, une revue systématique de Margenfelds, Klocke et Joos (2019) soutenait la pertinence d'utiliser le massage pour réduire les SCPD. Après avoir examiné 11 essais cliniques randomisés, neuf études ont été utilisées dans une méta-analyse. Malgré la grande hétérogénéité sur les méthodes de massage manuel utilisées dans les différentes études, des résultats statistiques significatifs ont permis de soutenir les effets positifs du massage pour réduire les SCPD, mesurée par le *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Cependant, plus d'études sur le sujet sont requises pour se prononcer sur l'efficacité de cette approche selon les différentes méthodes.

La stimulation de l'odorat par l'aromathérapie (diffusion d'odeurs avec propriété apaisante) est une intervention avec une efficacité incertaine pour réduire les SCPD selon la revue systématique Cochrane menée par Forrester et al. (2014). Seulement sept études répondaient aux critères de sélection et parmi celles-ci, deux présentaient des résultats utilisables pour une méta-analyse découlant de la revue, ce qui limite grandement la possibilité de se prononcer sur le niveau d'évidence. Une étude de Ballard, O'Brien, Reichelt et Perry (2002) montrait une diminution de l'agitation suite à l'utilisation de l'aromathérapie, alors qu'aucune différence n'était observée lors de l'étude réalisée par Burns et al. (2011). Plusieurs études traitent de l'effet de l'aromathérapie, mais leur rigueur scientifique est faible, ce qui limite les conclusions sur l'efficacité de cette approche.

Les interventions sensorielles de type Snozelen (salle avec exploration libre de matériel de stimulation sensorielle) sont rapportées par Padilla (2011), dans une revue systématique. L'efficacité demeurait questionnable pour la clientèle avec démence puisque le niveau d'évidence est faible sur la gestion des symptômes. Travers et al. (2016) arrivait à la même conclusion dans leur revue systématique. Deux études utilisant l'approche Snozelen ont été examinées; aucune évidence n'était mise en lumière démontrant que cette intervention parvenait à diminuer les problématiques de comportement. Ceci concordait avec une revue systématique Cochrane de Chung et Lay (2002). Dans cette revue, suite à l'examen de deux études, il n'était pas possible de se prononcer sur l'efficacité de cette intervention.

Les effets de l'approche Montessori, qui consiste à mettre à la disposition des personnes atteintes du matériel à manipuler, ont également été explorés dans la revue systématique de Padilla (2011) regroupant six études. Cette approche montrait des résultats encourageants,

malgré les petits échantillons répertoriés, pour réduire l'anxiété et augmenter le plaisir de s'engager dans une activité. Padilla (2011) suggère de mettre à la disposition des personnes atteintes de démence du matériel permettant à celles-ci d'être stimulées, de pouvoir manipuler et de recevoir de la stimulation.

La stimulation sensorielle présente un haut niveau d'évidence pour réduire les SCPD selon une méta-analyse réalisée par Kim, Yoo, Jung, Park et Park (2012). La méta-analyse regroupait, entre autres, quatre essais cliniques randomisés pour un total de 250 participants, recevant de la stimulation sensorielle (le type de modalités n'étant pas mentionné). L'étude a montré que cette modalité permettait de réduire de façon significative ($p < 0,024$) les problématiques de comportements perturbateurs en les mesurant avec le *Behavior and Mood Disturbance Scale (BMD)*, le *Behavior Rating Scale (BRS)* et le *Revised Memory and Problem Behavior Checklist (RMBPC)*.

Les interventions sensorielles sont très diversifiées, car elles regroupent plusieurs modalités. L'utilisation de la musique s'avère efficace avec un niveau d'évidence élevé. Les massages sont des interventions probantes à considérer. Également, la mise en place d'opportunité de manipulation de matériel montre des résultats significatifs pour réduire les problèmes de comportements.

Modifications de l'environnement

Les modifications de l'environnement pour une personne présentant des SCPD a aussi fait l'objet d'études empiriques comme intervention pour réduire les symptômes et les comportements perturbateurs. En 2001 et 2007, des revues systématiques dans la base de données Cochrane se sont penchées sur l'efficacité des barrières subjectives (ex : rideau) pour contrer l'errance (Hermans, Htay & Cooley, 2007; Price, Hermans & Grimley Evans, 2001). Cependant, aucun article ne correspondait aux critères rigoureux de ce type de revue, ce qui montre un niveau d'évidence questionnable sur ce type d'intervention.

Une revue systématique de Padilla (2011) regroupant, entre autres, huit études portant sur les modifications environnementales, a montré des évidences de niveau élevé à intégrer ces stratégies afin de réduire les SCPD. Par exemple, mettre une photo de la personne à la porte de sa chambre, ce qui consiste en un aide-mémoire externe, aidait la personne à se repérer dans son environnement et réduisait l'errance. Cependant, les résultats de cette revue révélaient qu'il n'y

a pas d'évidence pour soutenir l'efficacité à réduire l'errance par des barrières visuelles (ex. : empêcher l'accès à un endroit avec du ruban adhésif ou la mise en place d'un miroir). Par contre, l'utilisation de rideau s'avérait efficace. Cependant, dans une étude de cas, Padilla et al. (2013) ont montré que l'utilisation d'une barrière subjective, telle que la modification des deux portes d'une résidence avec du ruban adhésif a permis de réduire les fugues chez une personne présentant un diagnostic de démence. Suite à la modification des portes, le nombre de fugues de la part de la personne atteinte a significativement diminué, passant de 35 à cinq tentatives.

Plus récemment, Bautrant et al. (2019) ont montré l'impact positif des modifications simples de l'environnement sur la réduction de l'errance, l'agitation physique et les cris. Ils ont réalisé une étude de cohorte prospective auprès de 19 personnes hébergées dans une unité de longue durée. L'étude visait à évaluer les effets des changements environnementaux sur le nombre et la durée des comportements suivants : agitation physique, errance et cris. Plusieurs modifications de l'environnement ont été instaurées sur l'unité telles que : plafond peint en simulant le ciel, murs peints de couleur beige, mise en place de plusieurs horloges surdimensionnées, éclairage avec diminution progressive entre 18h et 20h associée à de la musique, luminosité accrue en journée, couleur des uniformes de l'équipe de soins bleu ciel en journée et bleu foncé de nuit. Afin de mesurer l'efficacité des changements, des données sur le nombre et la durée des trois comportements ciblés ont été récoltées via un journal de bord, avant et après les modifications. Les modifications ont permis de diminuer la fréquence de l'errance, l'agitation physique et les cris ainsi que la durée de l'errance de façon significative ($p<0,005$).

Les études citées concernant l'efficacité des modifications de l'environnement montrent que l'utilisation d'aide-mémoires externes et certains types de barrières visuelles peuvent s'avérer des interventions pertinentes pour réduire les SCPD lors de certaines situations.

Interventions probantes

Le guide du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2006), conçu en Angleterre, propose des lignes directrices pour l'ensemble des professionnels afin de prévenir, diagnostiquer, évaluer et gérer la démence. Un second guide plus récent, le *Guideline Adaptation Committee* (2016), est une adaptation australienne du guide précédent. Ces deux guides, traitant des bonnes pratiques auprès des personnes âgées atteintes de démence, ont émis

des recommandations pour la gestion des SCPD spécifiquement. Le document mentionnait que les interventions suivantes permettaient de réduire les SCPD : l'évaluation de l'environnement, la modification dans l'aide apportée dans la réalisation des activités quotidiennes, la prescription d'aides techniques, la gradation d'activités incluant résolution de problème, la simplification de la tâche et l'entraînement des habiletés des soignants.

D'autres auteurs mettent en évidence les bonnes pratiques pour gérer les SCPD par le biais de revues de revues systématiques. Abraha et al. (2017), dans une revue systématique regroupant 38 revues systématiques et 129 études primaires, énonçaient que l'utilisation de la musique permettait de réduire les problématiques de comportement ainsi que l'anxiété (niveau d'évidence élevée). Plusieurs études de niveau d'évidence élevé montraient l'efficacité de recourir aux interventions comportementales. Dans une recension de 18 revues systématiques, Legere, McNeill, Schindel, Acorn et An (2018) suggèrent de privilégier les interventions de type musicothérapie, les interventions comportementales. Ils mentionnent aussi que les interventions de type exercices physiques et massages présentent des évidences de niveau modéré pour réduire les SCPD. Meyer et O'Keefe (2018) ont pour leur part révisé 38 revues systématiques. Ils proposaient de privilégier les interventions de type stimulation sensorielle, musicothérapie et présence simulée afin d'obtenir de meilleurs résultats dans la réduction des SCPD. De plus, Scales, Zimmerman et Miller (2018) ont révisé 211 articles afin de définir chacun des types d'intervention pour la gestion des SCPD, critiquer le niveau d'évidence de chacun d'eux et se prononcer sur la facilité d'implantation. Ils concluent que l'ensemble des interventions montrent des effets positifs, la stimulation multisensorielle ressortant avec le plus haut niveau d'évidence. L'ensemble des interventions étudiées requièrent un faible niveau d'investissement en termes de coûts, il donc est tout à fait judicieux de privilégier ces interventions dans un premier temps, avant d'opter pour une approche pharmacologique.