

# La Gérontoise

Volume 29, numéro 1 - Printemps 2018

**Nécessaires transitions de la condition  
de vie des personnes âgées**

AQiiG 

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gérontologie

La Gérotoise  
Printemps 2018, vol. 29, no. 1

### AQIIG

4565, chemin Queen-Mary  
Montréal, QC, H3W 1W5

site web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)  
courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)  
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG  
**Ginette Labbé**

## Rédaction

Rédactrice en chef  
**Olivette Soucy**

Conseillère clinique  
**Louise Francoeur**

Révisseuse linguistique  
**France Collin**

Création graphique et mise en page  
**73DPI**

## Collaboratrices

**Huguette Bleau**  
**Meliane-C Handfield**  
**Francis Etheridge**  
**Falilou Diop**  
**Ginette Texier**  
**Véronique Dubé**  
**Renée Coulombe**  
**Ginette Labbé**  
**Olivette Soucy**  
**Francine Ducharme**  
**Audrey Lavoie**  
**France Collin**

Dépôt légal  
1<sup>er</sup> trimestre 2018  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1183-8051

## Politique éditoriale

*La Gérotoise* est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérotoie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la gérotoie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins ainsi que les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source et d'avoir une autorisation écrite de l'éditeur. Seuls les membres de l'AQIIG peuvent utiliser les articles sans autorisation, mais doivent citer la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

## Politique publicitaire

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

## Politique d'abonnement

*La Gérotoise* numérique est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org), ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

# Table des matières

4

Mot de la présidente

6

Éditorial

8

Exemple d'un projet de vie menant à la résilience transgénérationnelle

Bleau, Huguette

11

Expérience de transition du conjoint-aidant dont la partenaire de vie, atteinte de déficits cognitifs, est admise en Centre d'Hébergement

Handfield.C Meiane

18

Les micro-milieus adaptés: un défi de transition et d'adaptation  
2e volet de Des soins adaptés dans un milieu approprié pour  
une clientèle âgée (Publié au P. 2017)

Etheridge, Francis

26

Accompagnement des familles de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer: une continuité de services après le baluchonnage

Falilou Diop

28

Le syndrome de Sjögren

Ginette Texier

30

32

Accompagner les personnes âgées à adopter des comportements de santé à l'aide de l'entretien motivationnel : une revue narrative

Audrey Lavoie

Intervention psychoéducative : Apprendre pour cheminer ensemble (ACE)

Dubé Véronique

# Mot de la présidente



Bonjour !

Beaucoup d'effervescence au sein du conseil d'administration de l'AQIIG. Nous sommes à préparer, pour le 26 avril, une journée scientifique accréditée, *L'éthique dans les soins infirmiers gériatriques* en présentiel et en visioconférence disponible partout dans la Province. La journée débutera par l'Assemblée générale annuelle. L'activité aura lieu au Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM).

Nos conférenciers sauront vous captiver avec leur présentation sur les enjeux éthiques en soins gériatriques. Madame Louise Francoeur parlera de *L'éthique dans les soins infirmiers gériatriques*, cependant que Maître Jocelin Lecomte entretiendra l'auditoire de l'utilisation des mécanismes de surveillance utilisés dans les milieux de soins : caméras, téléphones intelligents et omniprésence des médias sociaux.

Pour sa part, Madame Marie Beaulieu parlera de la maltraitance. En fin de journée, un panel réunissant mesdames Dominique Dion, médecin, Paule Savignac éthicienne, Ida Iuliani, infirmière soins palliatifs et Marina Landais, infirmière (SAD) clôturera l'activité de formation et traitera de *l'Aide médicale à mourir*.

Suite aux travaux effectués à une table de l'OIIQ auxquels l'AQIIG a collaboré concernant le travail de l'infirmière auprès de la personne âgée en CHSLD ou en résidence, nous sommes très heureux de vous annoncer qu'un cadre de référence sur *L'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)* a été publié par l'OIIQ. Il a également été diffusé auprès des instances concernées. Il pourra accompagner les infirmières dans leur souci de donner des soins de qualité.

En février, Madame Charbonneau, responsable du Ministère des Aînés et de la lutte contre l'intimidation, a invité l'Association à participer au *Forum sur la maltraitance matérielle et financière envers les personnes âgées*. Trois grands thèmes ont été abordés dont informer et prévenir la maltraitance matérielle et financière. Ce type de maltraitance se retrouve au 2<sup>e</sup> rang parmi les plus recensés via la ligne *Aide Abus Aînés* entre 2010 et 2016 et ce, après la maltraitance psychologique.

De plus, l'Association a reçu une demande de collaboration à un projet de recherche-action *Apprendre pour cheminer ensemble (ACE)* dirigé par Véronique Dubé, chercheuse principale, titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Cette recherche concerne les conjoints-aidants de personnes jeunes (moins de 65 ans) atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. En mars, un groupe de quatre infirmières ont évalué l'intervention de formation et de soutien qui a été validée auprès d'une dizaine d'aidants et de cinq professionnels de la santé.

Le conseil d'administration aimerait implanter un comité de rédaction de *La Gérotoise*. La répartition de la tâche allègerait la préparation de la revue. Si vous avez de la facilité en français et désirez vous impliquer, nous serions heureux de vous accueillir. Avec l'utilisation des médias sociaux, le travail d'équipe est facilité même si vous demeurez en région.

Pour notre journée scientifique du 26 avril, inscrivez-vous en grand nombre. Nous avons hâte de vous rencontrer.

Je vous souhaite un bel été reposant.



**Ginette Labbé**  
Présidente

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale <b>Québec</b></p>	<p><b>Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec offre plus de 100 formations à des prix des plus compétitifs !</b></p>
<p><b>Ateliers (7 h)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examens cliniques de l'ainé</li><li>• L'aptitude à consentir à un soin</li><li>• Les soins de plaies chez l'ainé</li><li>• Le leadership transformationnel</li><li>• Les symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer et autres troubles apparentés</li><li>• L'approche adaptée à la personne âgée</li><li>• Troubles de la communication suite à une atteinte neurologique</li><li>• Le mentorat clinique par les pairs</li><li>• Les soins palliatifs en CHSLD</li><li>• La contribution du personnel infirmier à l'usage optimal des médicaments</li><li>• Le délirium</li></ul>	<p><b>Visioconférences (3 h 15)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Maltraitance envers les aînés</li><li>• La maladie de Parkinson</li><li>• Notes au dossier : reflet de la pratique infirmière contemporaine</li><li>• L'histoire biographique et les troubles neurocognitifs majeurs</li><li>• La résistance aux soins d'hygiène associée aux troubles neurocognitifs majeurs</li><li>• La déficience intellectuelle et les troubles de la santé mentale en CHSLD</li><li>• Dépression gériatrique et suicide</li><li>• Considérations légales, éthiques et déontologiques en gériatrie</li><li>• Dépister, évaluer et traiter la douleur</li><li>• Le trouble cognitif chez les personnes âgées</li><li>• Les troubles du sommeil chez l'ainé</li></ul>
<p>Toutes nos formations sont accréditées par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.</p> <p>Consultez notre site Internet pour obtenir la liste complète des formations au : <b><a href="http://www.cevq.ca/formation-continue">www.cevq.ca/formation-continue</a></b></p> <p>cevq.enseignement.ciusscn@sss.gouv.qc.ca Affilié à  UNIVERSITÉ LAVAL</p>  	

# Éditorial

Le présent numéro traite des nécessaires transitions reliées à l'avancement en âge. En effet, plusieurs décisions et actions doivent être entreprises par les personnes encore capables de gérer leur vie et de s'assurer les meilleures conditions possibles leur permettant de vivre agréablement dans leur milieu.

**Huguette Bleau** présente un projet réalisé par un jeune homme accidenté de la route et vivant avec une quadriplégie, qui décide de réagir. Animé d'une grande résilience, il entreprend le projet de construire une maison adaptée dans laquelle il pourra vaquer à ses occupations. Devant ce succès, il décide que la construction de logements sera son projet de vie. Ainsi, naît la résilience transgénérationnelle pour le bonheur d'une partie de sa clientèle que sont les personnes âgées ou des personnes plus jeunes à mobilité réduite, profitant d'un appartement adapté à leur condition.

Qu'en est-il de l'expérience vécue par une personne dont le conjoint, atteint de déficits cognitifs ou d'une maladie apparentée, doit être admise dans un milieu d'hébergement ? **Méliane-C Handfield** expose les enjeux de cette transition, pas toujours facile, que doivent vivre les conjoints et qui ont, de plus, la responsabilité de s'adapter à l'expérience de l'hébergement.

Dans une *Gérontoise* antérieure (P. 2017, vol.28 no 1), un long article présentait un projet pilote concernant des soins adaptés dans un milieu approprié pour une clientèle âgée. Cette expérience a été réalisée dans un CHSLD. **Francis Etheridge** présente les défis de transition et d'adaptation que représente un projet pilote touchant les micromilieus appropriés. Les résultats sur les points forts et les aspects à améliorer sont discutés.

**Falilou Diop**, nous entretient de l'importance d'accompagner les familles des personnes âgées vivant à domicile. Pour ce faire, il expose un nouveau volet de l'œuvre Baluchon Alzheimer, rendu possible grâce à un nouveau plan triennal de suivi de la période post-baluchonnage. Financé par l'Œuvre Léger, ce programme consiste, entre autre, à revoir, avec les familles, l'utilité et la fonctionnalité au quotidien des stratégies mises en œuvre par les baluchonneuses au cours de leur service dans le milieu de vie des personnes âgées visitées.

Une maladie peu connue au Canada, le syndrome de Sjögren est présenté par **Ginette Texier**. De connaître et d'apporter un soulagement à ce syndrome peut aider à mener une vie plus normale.

**Véronique Dubé** présente un projet de recherche intitulé: *Apprendre pour Cheminer Ensemble (ACE)*. Il s'agit d'une intervention psycho-éducative individuelle à l'intention des conjoints-aidants de personnes atteintes précocement (avant 65 ans) de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Élaboré avec des conjoints-aidants et des professionnels de la santé, ce programme cible les besoins de formation et de soutien non satisfaits des conjoints-aidants dans les deux premières années de leur parcours d'aide. Un programme de formation de sept semaines est également mis en place.

Enfin, **Audrey Lavoie** propose des études déjà réalisées sur des comportements de santé que devraient adopter les personnes âgées. Elle souligne qu'un accompagnement motivationnel devrait être réalisé auprès de cette clientèle par l'équipe infirmière.

Tous ces articles montrent bien les transitions nécessaires qu'il faut faire tout au cours de la vie. Elles deviennent particulièrement importantes lors de l'avancement en âge afin de conserver le maximum de qualité de vie.

Bonne lecture!

**Olivette Soucy**  
inf. M.Sc. rédactrice

# Exemple d'un projet de vie menant à de la résilience transgénérationnelle

Huguette Bleau Inf., Ph. D.

L'offre de service d'hébergement à la clientèle âgée se diversifie en réponse aux demandes, de plus en plus pressantes, provenant de personnes âgées ou en perte d'autonomie physique pour des logements adaptés, afin de vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Il y a, actuellement, plusieurs types d'établissements : du logement traditionnel, aux résidences pour personnes autonomes (RPA), aux ressources intermédiaires (RI), jusqu'aux centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Toute une gamme de services incluant des soins est accessible. Loin de s'atténuer, la demande de divers types d'hébergement croît. Afin de combler ce besoin, un modèle de logement émerge. Il est issu d'une approche prenant en considération, et de façon fondamentale, la résilience des personnes âgées ou en perte de mobilité. Il est directement inspiré de celle démontrée par un homme confronté depuis plusieurs années à des limitations physiques importantes et permanentes. Cette personne a déjà commencé à faire l'actualité dans le domaine de l'hébergement (Bonneau, 2017). La résilience dont il fait preuve et le transfert de celle-ci aux autres générations sont dignes d'intérêt.

Toute la notion de résilience commence lorsqu'un jeune homme, Mathieu Lamarche voit, en juillet 2001, ses projets d'études de cycle supérieur en finance, basculer à la suite d'un accident de motocyclette. C'est donc de façon accidentelle qu'il devient certainement la première personne quadriplégique à être promoteur, financier, entrepreneur général et gestionnaire de 225 logements accessibles pour les personnes à mobilité réduite et de 225 autres à venir d'ici les deux prochaines années sur son projet de TerraNova<sup>1</sup>.

La très grande capacité de résilience de ce dernier, alors âgé de 26 ans, se déploie dans l'adaptation démontrée à prendre sa vie en main. Il conduit son véhicule adapté, devient l'entrepreneur général de la construction de sa maison, y prend goût et détermine

que ce sera son projet de vie. Ainsi, par l'intermédiaire de sa compagnie, il décide de construire des logements pour répondre aux besoins fonctionnels des personnes ; il en fait sa philosophie d'entreprise. Cette approche est fondamentale et va teinter ses décisions professionnelles futures.

## La résilience

Avant d'aller plus avant avec la notion de résilience transgénérationnelle, examinons ses éléments de base. Phaneuf (2013, p. 2) expliquant la résilience emprunte au monde de la métallurgie une source métaphorique de ce concept «...pour les métaux, la résilience est l'aptitude à résister aux chocs, elle recouvre leur capacité à retrouver leur état initial à la suite d'une pression ou d'un impact déformant». De même, l'être humain aurait la capacité de retrouver ses capacités initiales et de continuer à poursuivre sa vie. L'auteure résume les propos du neuropsychiatre et ethnologue Boris Cyrulnik quant à une simple et claire définition de la résilience, décrite comme étant «la capacité d'un être de réussir et se développer en dépit de l'adversité» (p. 3).

Lors d'un colloque en France sur ce thème par la Fondation pour l'enfance (2001, p.45), une définition dite pragmatique avait été proposée, ainsi «...la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir - véritable métamorphose - en présence d'événements destabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères». Cette dernière définition couvre un large spectre de possibilités et met l'accent sur la capacité de la personne et d'un groupe de personnes.

De plus, les auteurs consultés (Colloque de la Fondation sur l'enfance, 2001; Infirmier.com, 2017; Phaneuf, 2013) sont unanimes à relier la capacité à démontrer de la résilience aux deux facteurs de risque et de protection inhérents à l'individu, modulant ainsi sa réponse aux divers traumatismes de la vie. Parmi les

facteurs de risque se retrouvent la maltraitance, l'isolement social, les maladies chroniques et un traumatisme important. Ceux touchant la protection seraient essentiellement la présence d'estime de soi, la sécurité (soutien social, sociabilité), un sens de l'humour et un projet de vie. Dans le cas de monsieur Lamarche, le facteur de risque est un accident grave et les facteurs de protection sont assurés par son estime de soi, son sentiment de sécurité et, sans contredit, sa capacité à se projeter dans l'avenir par son projet de vie.

## La résilience transgénérationnelle

La résilience démontrée par Monsieur Lamarche, afin de surmonter les difficultés de la vie quotidienne inhérentes à sa quadriplégie, le mène à recréer ses actions pour les personnes âgées ayant des limitations ou pour d'autres plus jeunes vivant avec une mobilité réduite. Leurs difficultés quotidiennes pouvant s'apparenter à la vision et au vécu de cet entrepreneur général. Ainsi, la résilience nécessaire à surmonter les limitations physiques transcende les générations et les types d'obstacles. Ajoutons spécifiquement pour certaines personnes vieillissantes, l'apparition d'un double obstacle dû à certains déficits cognitifs. Il devient important de vivre dans un environnement sécuritaire et adapté à ses limitations pour les apprivoiser et les surmonter. Cyrulnik (selon Phaneuf, 2013), affirme que cette capacité de réussir et de se développer en dépit de l'adversité, c'est bien de la résilience.

Ainsi, la conception de logements adaptés se raffine avec l'expérience. Ce promoteur-entrepreneur, de plus en plus exigeant et centré sur les besoins des gens, promeut le concept de milieu de vie en adaptant ses immeubles, incluant les différentes parties du logement, les corridors, les ascenseurs, les stationnements, en fait tout ce qui touche l'accessibilité et la sécurité de la personne y demeurant, quels que soient son âge et sa mobilité. Il soutient et donne la possibilité aux personnes de poursuivre leur projet de vie de façon autonome, dans une communauté intergénérationnelle.

Ce type de gestion centré sur la personne facilite la résilience. Il peut s'agir simplement de soutenir la personne âgée ou celle à mobilité réduite afin qu'elles répondent elles-mêmes à leurs besoins. Ce propriétaire peut même, le cas échéant, leur fournir, par l'intermédiaire d'un concierge, l'aide nécessaire comme, par exemple, changer une ampoule électrique pour dépanner une ou un locataire ayant des difficultés de mobilité. La résilience est aussi dans l'harmonie déployée dans les normes de respect de l'environnement, incluant le recyclage, ce qui plaît à toutes les strates d'âge. Selon lui, il devrait exister des normes de construction ou, du moins, une accréditation permettant la reconnaissance des immeubles modèles pour un Québec plus vert<sup>2</sup>.

Cette approche quant à la qualité et à l'adaptabilité de la construction et de la gestion offerte à sa clientèle, se retrouve dans la *Politique Vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec (2017)*. Elle rejoint trois orientations de l'approche de monsieur Lamarche quant à la poursuite d'un projet de vie. D'abord, favoriser la participation des personnes aînées à la société en prévoyant des milieux d'hébergement intergénérationnels, leur permettre de bien vieillir en santé dans leur communauté en les aidant à bien vieillir chez elles et, troisièmement, créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants. D'ailleurs, le gouvernement du Québec annonçait en février dernier des mesures normatives en ce sens, un pas concret vers le *Vivre et vieillir ensemble*<sup>3</sup>.

## Conclusion

Cet article présente les réalisations démontrées par un entrepreneur faisant preuve d'une grande résilience afin de poursuivre son projet de vie, et conséquemment, permettre à des personnes confrontées à des limitations physiques, elles aussi, de faire de même. C'est ce que nous avons nommé la résilience transgénérationnelle réalisée en appliquant une philosophie de gestion centrée sur les besoins des personnes, afin de leur offrir des logements accessibles et sécuritaires, quel que soit leur âge. Voici un projet humain, innovant et empreint de sensibilité au vécu de l'autre. La résilience de l'un influençant la résilience de l'autre.





## Huguette Bleau

Madame Bleau est détentrice d'une maîtrise en anthropologie et d'un doctorat en sciences infirmières. Intéressée par la réponse aux besoins d'hébergement des personnes âgées ou à mobilité réduite, elle partage ses constatations sur un cas particulier de résilience transgénérationnelle qui permet à chacun de poursuivre son projet de vie.

## NOTES

1. Ce projet est cité à titre d'exemple de résilience et non à des fins commerciales. Toutefois, pour ceux qui aimeraient en savoir plus, vous trouverez davantage d'information sur le projet TerraNova en suivant le lien <http://www.groupegdi.com/terranova/projet/>.

De plus, en suivant le lien ci-dessous, à 22 minutes après le début, vous entendrez M. Lamarche présenter son projet de milieu de vie à une Dame désirant un logement adapté à sa condition physique. <http://www.amitele.ca/category/ca-me-regarde/medi/ca-me-regarde-7-avril-2018>.

2. En 2017, à titre de membre du sous-comité des partenaires nationaux non-gouvernementaux de recherche et de support aux pratiques du Ministère de la Famille et des Aînés, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIG) répondait à une demande de fournir des suggestions touchant le vieillissement des personnes à domicile. Elle s'est donc jointe aux groupes désireux d'inscrire des mesures au *Mémoire Vivre et vieillir ensemble* (VVE- 2018-2023). Ce dernier touchait le plan d'action du projet de Loi lancé par le Gouvernement du Québec *Vivre et vieillir ensemble chez-soi, dans sa communauté, au Québec* (VVE-2018-2023). Plusieurs recommandations ont été faites par l'Association notamment sur les soins infirmiers nécessaires et souhaités par la population. Elles ont touché également le thème *Rendre les habitations adaptables,*

*adaptées, abordables et sécuritaires pour les personnes âgées* afin de leur permettre de vivre et de mourir chez-elles.

3. Passant de la parole au geste, le 20 février 2018, le gouvernement du Québec annonçait son intention d'aller de l'avant avec une nouvelle norme d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, et ce, en modifiant le Code construction de la Régie du bâtiment du Québec (Dion, 2018). Ainsi, d'ici un an, les immeubles de plus de deux étages et de huit unités devront être accessibles en fauteuil roulant de la porte d'entrée jusqu'au logement et même, minimalement dans certains espaces, à l'intérieur de celui-ci. Un pas important fait vers la sécurité et l'accessibilité non seulement pour les personnes handicapées, mais aussi pour toutes les personnes vieillissantes.

## RÉFÉRENCES

Bonneau, D. (2017). Des logements sans obstacles. *La Presse*, 30 septembre 2017, p.12-13.

Dion, M. (2018). Les futurs logements et condos devront être accessibles aux handicapés. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1084956/code-construction-normes-accessibilite-handicapes-logements-condos>

Fondation pour l'enfance (2001). La résilience ou l'énergie de l'espérance. *Revue de l'infirmière* No 67, p.: 44-45.

Gouvernement du Québec (2017). Politique vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Élaboration du plan d'action 2018-2023. Direction des communications. Ministère de la Famille.

Infirmier.com (2017). La résilience ou «ce qui ne nous tue pas...». Repéré à <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-esi-resilience-nous-tue-pas.html>.

Phaneuf, M. (2013). La résilience : concept abstrait ou pratique de vie. Repéré à <http://www.prendresoin.org?p=2235>

# Expérience de transition du conjoint aidant dont la partenaire de vie, atteinte de troubles cognitifs, est admise en centre d'hébergement.

Méliane C-Handfield, inf. B. Sc., Francine Ducharme, inf. Ph D.

La grande majorité des personnes âgées demeurant à domicile sont soutenues par un proche aidant. Toutefois, il arrive que le niveau d'autonomie fonctionnelle ou l'état de santé ne leur permette plus de demeurer dans le milieu de vie. Ainsi des démarches pour les relocaliser doivent être faites. Les proches sont donc appelés à vivre une situation de transition lors de la relocalisation en centre d'hébergement. Cette expérience est d'autant plus particulière lorsqu'elle implique des conjoints. Cet article vise à aborder la transition vécue par la dyade aidant-aidée lors de son admission en centre d'hébergement, de même qu'à favoriser la compréhension de l'expérience des conjoints aidants face à cette situation. Des interventions infirmières sont présentées en fin d'article afin d'appuyer les professionnels de la santé pour faciliter l'expérience de transition vécue par les conjoints aidants.

**MOTS CLÉS :** troubles cognitifs, conjoints, proches aidants, transition, centre d'hébergement et de soins de longue durée

Au cours des dernières années, il a été observé que près des trois quarts de l'aide pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est fournie par les proches (Conseil canadien de la santé, 2012; Dunbrack, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003; MSSS, 2005). Malgré tout le soutien offert par ces aidants et les programmes de maintien à domicile existants (MSSS, 2003), il arrive que l'état de santé d'une personne âgée et son niveau d'autonomie ne lui permettent plus de demeurer chez elle, notamment dans les situations où la personne est atteinte de déficiences cognitives. Il faut donc penser à la relocaliser dans un centre d'hébergement. En fait, une personne âgée sur cinq, demeurant à domicile et bénéficiant de services de soutien à domicile, est atteinte de troubles cognitifs tels que ceux rencontrés dans la maladie d'Alzheimer ou dans d'autres formes de démence apparentée (Institut

canadien d'information sur la santé, 2010). Il s'agit de la première cause d'invalidité chez les personnes âgées de plus de 65 ans, surtout chez les femmes (Bergman, 2009). Elle touche près de 60 % des personnes âgées demeurant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (Institut canadien d'information sur la santé, 2010). De même, les troubles cognitifs sont la première cause d'admission en centre d'hébergement (Brod, Stewart, Sands et Walton, 1999; Institut canadien d'information sur la santé, 2010).

Admettre un proche dans un centre d'hébergement est une décision déchirante et conflictuelle, autant pour le proche aidant que pour le reste de la famille. Cette décision est associée à un processus décisionnel complexe pouvant s'échelonner sur de nombreuses années (Caron, Ducharme et Griffith, 2006; Ducharme, Couture et Lamontagne, 2012; Ryan, 2002) et pouvant déclencher des sentiments de culpabilité et de chagrin chez l'aidant (Bramble, Moyle et McAllister, 2009; Ducharme et al., 2012; Gaugler, Margriet Pot et Zarit, 2007; Livingston et al., 2010). Elle entraîne également une situation de transition pour la dyade aidant-aidé.

En raison, notamment, de la prévalence plus grande de la maladie d'Alzheimer et de démences connexes chez les femmes, le nombre d'hommes proches aidants sera en augmentation au cours des prochaines années (Bergman, 2009), plus spécifiquement celui des conjoints devant prendre soin de leur épouse âgée atteinte de troubles cognitifs. Toutefois, bien qu'actuellement 46 % des proches aidants soient des hommes (Fleury, 2013; Sinha, 2013), peu d'intérêt leur a été accordé, plus particulièrement en ce qui concerne leur expérience de transition à la suite de l'admission, en centre d'hébergement, de leur conjointe atteinte de troubles cognitifs.

Dans cet article, nous aborderons l'expérience de transition de la dyade aidant-aidée et nous tenterons de contribuer à une meilleure compréhension de la réalité et de l'expérience

vécue par l'aidant dont la conjointe, atteinte de troubles cognitifs, est admise dans un centre d'hébergement. Pour ce faire, le concept de transition sera d'abord défini. Puis, le lien existant entre conjoints âgés sera exploré, plus précisément celui entre les conjoints dont l'un des partenaires de vie présente des troubles cognitifs. L'expérience d'hébergement sera décrite à partir d'écrits empiriques portant sur le changement de rôle, pour l'aidant, entre le domicile et le nouveau milieu de vie et sur l'impact de l'hébergement sur le conjoint aidant. En terminant, des interventions infirmières seront proposées afin de faciliter l'expérience de transition domicile-hébergement.

## Qu'est-ce qu'une transition?

Pour bien comprendre l'expérience de transition que vivent les conjoints aidants, il est d'abord nécessaire de définir ce qu'est une transition. Celle retenue est issue d'une théorie en sciences infirmières, soit celle d' Afaf Ibrahim Meleis (2010). Elle s'intéresse aux personnes vivant des transitions et précise le rôle de l'infirmière qui vise à assister et à soutenir ces personnes. Selon l'auteur, une transition est « le passage ou le mouvement d'une étape de vie, d'une phase, d'une condition ou d'un statut vers un autre » (Traduction libre, p. 25). Soutenir et assister les individus vivant des transitions est donc une facette importante du rôle infirmier, compte tenu de la complexité et du caractère multidimensionnel des transitions de vie.

Selon cette théorie, il existe quatre types de transition : la transition développementale qui concerne le développement humain tel le passage de l'enfance à l'adolescence ou de l'âge adulte au troisième âge; la transition de type santé-maladie, définie comme étant le passage d'un état de santé optimal, selon la personne vivant la transition, vers un état de maladie, et ce, autant dans un contexte de maladie chronique, qu'aiguë; la transition situationnelle qui implique un contexte où le système familial subit un changement, tel que l'arrivée d'un nouveau-né ou le décès d'un membre de la famille. Le dernier type, soit la transition organisationnelle concerne les transitions dans l'environnement d'une personne, et ce, autant au niveau professionnel que personnel. Toujours selon la théorie, ces transitions peuvent être simples ou multiples, séquentielles ou simultanées, ce qui signifie qu'une personne vivant une situation de transition peut en expérimenter une seule ou plusieurs simultanément et qu'elles peuvent être vécues en même temps ou les unes après les autres. De même, si elles sont multiples et peuvent être reliées entre elles et s'influencer, comme elles peuvent être distinctes.

Meleis (2010) ajoute que même si l'infirmière ne peut agir directement sur la transition pour l'influencer, elle peut assister les individus qui la vivent. Certaines conditions sont facilitantes ou font obstacle à son déroulement. C'est sur ces dernières que l'infirmière peut agir. On peut mentionner, par exemple, la préparation à la transition, les connaissances de la personne la vivant, la signification de la transition pour elle, les croyances culturelles et les attitudes face à cette transition. L'infirmière peut se référer à certains indicateurs afin de valider si la transition vécue par la personne est sur la voie d'une résolution positive. Parmi ces indicateurs se retrouvent la maîtrise de nouvelles compétences en lien avec la transition, le constat d'une adaptation chez la personne la vivant et l'intérêt démontré envers celle-ci. La figure 1 illustre les principaux constituants de la Théorie de Meleis. Dans le contexte de cette théorie, l'aidant dont la conjointe, atteinte de troubles cognitifs, est admise en centre d'hébergement vit une, voire plusieurs transitions : santé-maladie, situationnelle et organisationnelle. Elles peuvent nécessiter le soutien et l'expertise des infirmières du centre d'hébergement pour faciliter cette expérience complexe et multidimensionnelle.

Par ailleurs, certaines connaissances permettent de mieux comprendre l'expérience de transition. Notamment, celles portant sur le lien existant entre aidant et aidée, lorsque ce lien est celui qui existe entre deux conjoints, de même que celles sur l'expérience d'hébergement vécue par l'aidant, particulièrement en regard du changement de rôle et des impacts de l'hébergement sur celui-ci. Les prochaines sections synthétisent ces connaissances.

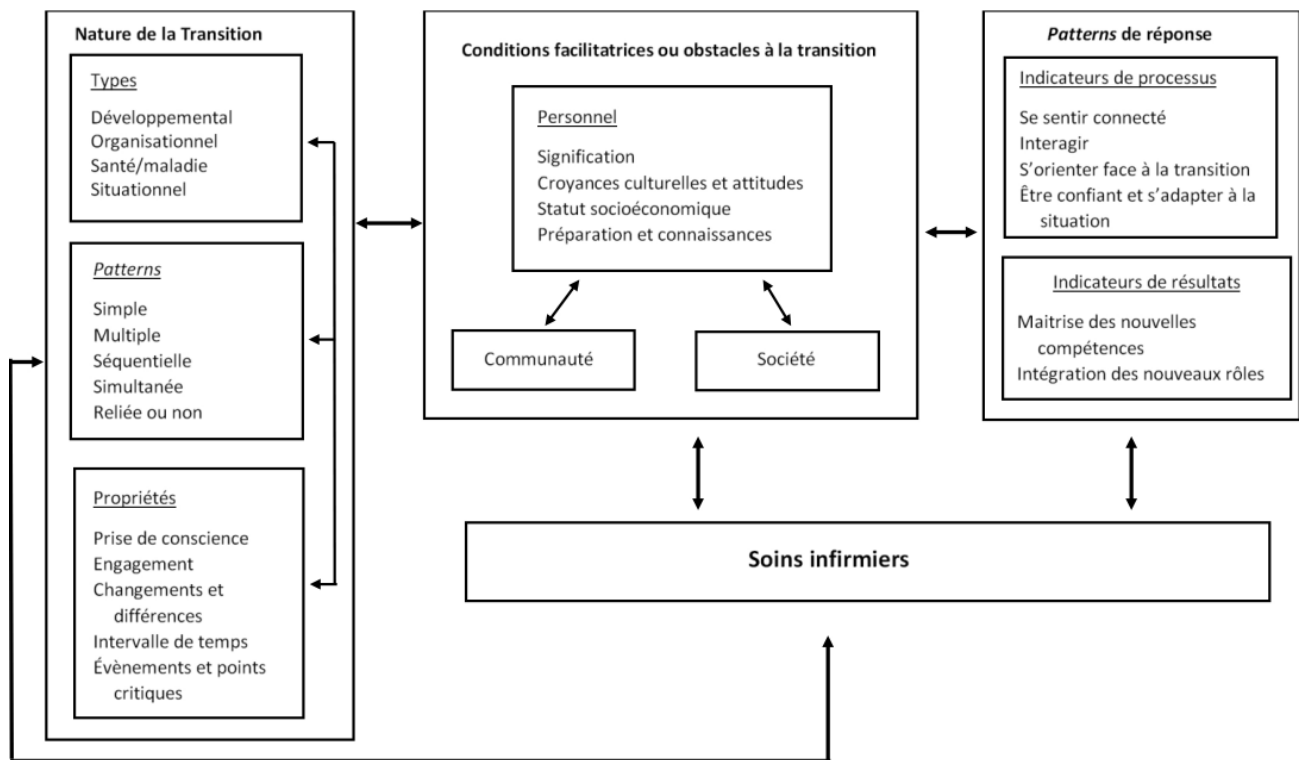


Tableau 1 : Modèle de la théorie de la transition de Molais (2010). Traduction libre de M. C-Handfield (2017)

## Être à la fois conjoint et proche aidant

Dans l'expérience de prendre soin d'une personne ayant des troubles cognitifs, un aspect à considérer concerne le lien entre cette personne et son aidant. Ce lien est particulièrement important dans le contexte où un conjoint âgé prend soin de sa partenaire de vie.

En effet, il est la source de soutien principal chez la personne âgée (Ducharme et al., 2007; Institut canadien de l'information sur la santé, 2010; Jensen, Rauer et Volling, 2013; Yamamoto-Mitani, Aneshensel et Levy-Storms, 2002). Comme les aidants tendent souvent à se définir par leur relation avec leur aidée (Hennings, Froggatt et Payne, 2013; Mullin, Simpson et Froggatt, 2011), prendre soin de leur conjointe leur permettrait la poursuite et la continuité de la relation entretenue tout au long de leur vie commune et serait donc partie intégrante du rôle de conjoint (Hennings et al., 2013; Ribeiro, Paul et Nogueira, 2007). Prendre soin d'une conjointe atteinte de troubles cognitifs au quotidien serait, pour les hommes aidants, une

façon d'exprimer leur affection et leur soutien (Hook, Gerstein, Detterich et Gridley, 2003), en plus de contribuer à leur rôle de pourvoyeur et de renforcer leur sentiment de prise en charge de la situation (Jensen et al., 2013).

L'étude de Ducharme et al. (2007) souligne que les hommes âgés tendent à tisser des liens émotionnels profonds avec leur conjointe et que la majorité du soutien émotionnel qu'ils reçoivent provient de cette dernière. Son admission en centre d'hébergement, surtout dans le cas où celle-ci est atteinte de troubles cognitifs, est conséquemment associée à la perte de la partenaire de vie et à une diminution de ce soutien (Forsund, Skovdhal, Kiik et Ytrehus, 2014).

La séparation vécue à la suite de l'admission d'un proche dans un centre d'hébergement est ainsi grandement influencée par le type de lien présent entre les individus vivant cette séparation. On constate même que les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs admises en centre d'hébergement sont deux fois plus susceptibles d'être célibataires, divorcées ou veuves, ce qui témoigne du rôle crucial que le conjoint joue

dans le maintien à domicile (Institut canadien d'information sur la santé, 2010).

La prochaine section concerne l'expérience d'hébergement de l'aidant, notamment les impacts de l'hébergement sur le conjoint aidant et le changement de rôle vécu par eux dans ce contexte.

## L'expérience de l'hébergement vécue par le proche

L'entrée en centre d'hébergement d'une conjointe atteinte de troubles cognitifs occasionne des impacts profonds pour le proche aidant. Ils se manifestent principalement sur son sentiment de bien-être, sa santé physique et mentale, ainsi que sur le changement dans son rôle d'aidant.

## Les impacts de l'hébergement sur le conjoint aidant

Tel que mentionné précédemment, la décision d'admettre sa conjointe peut créer des sentiments de culpabilité et de chagrin pour le conjoint aidant. Les proches aidants rapportent vivre encore de la culpabilité et un sentiment d'échec plusieurs années après que leur aidée ait été admise en centre d'hébergement (Ducharme, 2006; Hennings et al., 2013). Pour eux, c'est la perte de la partenaire de vie au quotidien (Forsund et al., 2014; Mullin et al., 2011) et une diminution du soutien émotionnel. Néanmoins, l'admission de la conjointe atteinte de troubles cognitifs peut, aussi, amener un sentiment de soulagement compte tenu de la liberté retrouvée par le conjoint aidant qui n'a plus à fournir, 24 heures sur 24, les soins et services requis.

Par ailleurs, on sait maintenant que les proches aidants qui doivent admettre leur parent dans un centre d'hébergement demeurent impliqués auprès de celui-ci en assurant des visites régulières (Gaugler, 2005; Gaugler et al., 2007). En fait, ce sont les conjoints qui tendent à avoir la plus grande fréquence et le plus grand nombre d'heures de visites par semaine, ce que Yamamoto-Mitani et al. (2002) attribuent au lien particulier entre eux.

Les écrits rapportent aussi que l'hébergement peut avoir un impact sur la santé physique et mentale des proches aidants. En effet, ils ne cessent pas de vivre du fardeau et du stress à la suite de l'hébergement, puisqu'ils continuent de s'engager auprès de leur aidé (Yamamoto-Mitani et al., 2002). En fait, les aidants disent avoir des

niveaux de stress et de fardeau aussi importants que lorsque leur proche vivait à domicile, de même que davantage d'anxiété et de symptômes dépressifs (Mullin et al., 2011). Ce serait la nature de ce stress et de ce fardeau qui se modifierait avec l'hébergement (Gaugler et al., 2007; Schultz, Belle, Cazja, McGinnins, Stevens et Zhang, 2004).

## Le rôle de l'aidant auprès de sa conjointe vivant en centre d'hébergement

En plus de vivre un impact émotionnel important, l'aidant, dont la conjointe est hébergée, est appelé à voir son rôle se modifier de façon significative (Gaugler et Kane, 2007; Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec [OIIQ], 2014; O'Shea, Weathers, et McCarthy, 2014). Comme l'aidée change de milieu de vie, ce sont maintenant les intervenants présents au centre d'hébergement qui prennent la relève et jouent le rôle d'aidant principal (Ducharme, 2006). Ce changement implique une réorganisation pour l'aidant, puisque certaines facettes de son rôle sont maintenues, alors que d'autres émergent.

Plus précisément, en dépit du nouveau milieu de vie, on constate que l'aidant poursuit son offre de soins instrumentaux, par exemple, l'achat de vêtements ou de produits de soins personnels, et maintient son assistance dans les soins de l'aidée (Gaugler et al., 2007; O'Shea et al., 2014). Néanmoins, les soins assumés sont en lien avec les capacités de l'aidant et sont souvent moins « lourds » qu'avant l'admission. Par contre, ils n'en sont pas moins importants pour la dyade conjugale puisqu'ils contribuent à maintenir une routine et une continuité dans la relation aidant-aidée, de même qu'une perception d'engagement pour l'aidant (Davies et al., 2006; Whitaker, 2009). Par ailleurs, le soutien émotionnel tend à prendre une plus grande importance lors de l'hébergement, le proche aidant, maintenant aidant secondaire, n'ayant plus à prendre complètement en charge l'accompagnement au quotidien requis par l'aidée (Gaugler, 2005; Gaugler et al., 2007; O'Shea et al., 2014; Yamamoto-Mitani et al., 2002).

C'est ainsi que certaines facettes du rôle d'aidant sont maintenues, tandis que de nouvelles se développent. Elles concernent notamment l'établissement de relations avec le personnel soignant et l'adoption d'un rôle de représentant du partenaire de vie atteint de troubles cognitifs. Plus précisément, avec l'admission en centre d'hébergement, l'aidant est confronté à la nécessité de nouvelles relations avec le personnel

soignant. Établir des relations positives entre l'aidant et le personnel a des effets positifs autant sur l'aidant, qui se sent en confiance, que sur le personnel, qui intègre et accepte plus facilement l'aidant et sur la résidente qui bénéficie d'un meilleur encadrement (Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia et Chenco, 2014). Toutefois, malgré ces bénéfices, il peut être difficile pour les aidants et le personnel de délimiter les rôles des uns et des autres (Bauer et al., 2014; Hennings et al., 2013). Il arrive encore que les aidants soient davantage considérés comme des visiteurs de leur proche, plutôt que comme leurs aidants (Holmgren, Emami, Eriksson et Eriksson, 2012; Whitaker, 2009). Cette ambiguïté dans les rôles peut contribuer à créer des conflits et des tensions qui peuvent se répercuter sur la satisfaction eu égard à l'expérience d'hébergement (Utley-Smith et al., 2009).

Une autre facette qui s'ajoute au rôle d'aidant est celle de la représentation de l'aidée qui vit des pertes cognitives. Être son « représentant » comporte plusieurs dimensions telles qu'être le dépositaire de son identité, devenir le principal preneur de décisions pour elle, de même que jouer un rôle d'*advocacy* et de surveillance des soins.

Lorsque la personne hébergée présente des troubles cognitifs, les conjoints considèrent que le fait de partager sa biographie aux soignants fait partie de leur devoir, et qu'ils deviennent ainsi le dépositaire de l'identité de l'aidée (Bramble et al., 2009; Davies et al., 2006; Whitaker, 2009). Dans ce contexte, les aidants agiraient dans le but de faciliter la transition et l'intégration de l'aidée dans le nouveau milieu de vie et dans le but de créer des liens entre le personnel soignant et la résidente. Avec la dégradation de l'état de santé, de cette dernière, le fait de se faire le dépositaire de son identité permet aux proches aidants de s'assurer que ses besoins sont satisfaits, étant donné qu'il ne peut, seul, y répondre (Bramble et al., 2009).

Par ailleurs, devoir prendre des décisions pour l'aidée est particulièrement difficile lorsqu'elle présente des troubles cognitifs. Cet aspect du rôle d'aidant est souvent une source de stress pour eux, car il touche habituellement des décisions complexes (Livingston et al., 2010). On parle ici de prendre des décisions concernant l'accès aux soins et aux services de santé et services sociaux, de situations à caractère légal ou financier, de problématiques de santé autres que les troubles cognitifs et leurs traitements associés, de même que la désignation d'un remplaçant pour l'aidant, le cas échéant. Cet aspect du rôle d'aidant

rejoint celui d'*advocacy*, soit celui de la défense des droits et du meilleur intérêt de l'aidée. En somme, pour l'aidant, il est important de s'assurer de l'intégration de l'aidée dans le milieu de soins, de s'assurer de la qualité des soins reçus et de développer une relation de confiance avec le personnel soignant (Legault et Ducharme, 2009).

La surveillance de la qualité des soins reçus au centre d'hébergement (Bramble et al., 2009) est un aspect particulièrement présent dans le rôle d'aidant à la suite de l'admission. Souvent, ils éprouvent le besoin de poser un regard critique sur les soins reçus et sur leur qualité (Davies et Nolan, 2006; Mullin et al., 2011; O'Shea et Nolan, 2014). Ils exercent aussi une surveillance qui vise à s'assurer que l'aidée hébergée reçoive les meilleurs soins possible (Hennings et al., 2013). Cette surveillance des soins est souvent mise en relation avec la confiance entre l'aidant et le personnel soignant (Hennings et al., 2013; Mullin et al., 2011). Toutefois, il faut noter que même dans un contexte de confiance en l'équipe de soins, certains aidants mentionnent, malgré tout, surveiller les soins (Hennings et al., 2013). Ceci s'expliquerait par l'importance que les aidants accordent à leur aidée et à leur volonté de demeurer engagés auprès de cette dernière (Hennings et al., 2013).

En résumé, la prestation d'aide offerte par le conjoint diffère grandement entre le moment précédant et le moment suivant l'admission en centre d'hébergement. Le rôle d'aidant peut être ambigu pour plusieurs en raison des frontières parfois mal délimitées ou diffuses entre les aidants et les intervenants, et ce, même plusieurs années à la suite de l'admission (Hennings et al., 2013; Gaugler et al., 2007).

## Et l'infirmière dans tout ça?

Comme proposé dans la théorie de la transition (Meleis, 2010), l'infirmière a un rôle auprès des personnes vivant une ou des transitions, que ce soit auprès de la famille ou du conjoint. En effet, les transitions sont des moments dans le continuum de soins où la personne est vulnérable et où elle peut avoir besoin de soutien. L'infirmière peut favoriser l'acquisition des compétences et habiletés nécessaires à la résolution de la transition et influencer les conditions facilitantes ou faisant obstacle à cette transition. On parle ici, entre autres, de travailler sur la signification de la transition afin de parvenir à une signification positive, d'aider à préparer cette transition, de même qu'à acquérir des connaissances nécessaires pour faire face à celle-ci. L'infirmière

peut également travailler sur les croyances et attitudes pouvant influencer la résolution de la transition.

Pour évaluer si la transition est résolue de façon positive, l'auteur propose plusieurs indicateurs, tant de processus que de résultats, afin de mesurer la progression de la personne ou de la famille. Concernant les indicateurs de processus, il est fait mention de certaines attitudes démontrées lors d'une résolution positive d'une transition, soit se montrer intéressé par l'expérience de transition, de développer de la confiance et de s'adapter à la nouvelle situation. Concernant les indicateurs de résultats, Meleis (2010), mentionne, entre autres, la maîtrise de nouvelles compétences en lien avec cette transition. Dans les cas d'aidants dont la conjointe est admise en centre d'hébergement, un indicateur de résultat pourrait ainsi être d'évaluer s'il a su s'adapter au changement de milieu de vie de sa conjointe et s'il a pu intégrer les nouvelles facettes de son rôle d'aidant.

En plus de ce que propose Meleis (2010) dans sa théorie pour soutenir les personnes vivant une transition, il est possible de se référer à d'autres approches cohérentes avec cette théorie pour alimenter la pratique de l'infirmière. Entre autres, l'approche systémique en soins infirmiers (Duhamel, 2015) soulève l'importance des trois « ex », soit reconnaître l'existence des familles, leur expertise et leurs expériences. Cette approche peut servir de base pour l'intervention de l'infirmière auprès de la dyade aidant-aidé. L'auteure suggère plus précisément de débiter par reconnaître l'existence de la famille. Une intervention facile et rapide pour y parvenir est la création d'un génogramme à l'admission. Ce faisant, l'infirmière peut comprendre plus facilement le contexte familial et ainsi favoriser l'intégration de l'aidé (Duhamel, 2015; Voyer, 2013). De même, ces auteurs mentionnent l'importance d'instaurer une relation de confiance avec la famille afin de pouvoir créer un partenariat. Whitaker, (2009) dit qu'il faut éviter que le proche aidant soit considéré comme étant uniquement un simple visiteur.

L'infirmière et l'équipe soignante peuvent profiter de la présence de l'aidant afin de solliciter ses compétences. Ils peuvent, notamment, lui demander comment il gérait certaines situations avec l'aidée à domicile et solliciter son expertise et son expérience. L'infirmière peut aussi s'enquérir de certains éléments de la biographie de l'aidée, par exemple, sur les réactions de celui-ci face à certains soins, de même que questionner l'aidant sur les préférences et routines de l'aidée. Elle peut également éclaircir avec l'aidant ses attentes face à l'équipe soignante et valider quel rôle il veut

adopter : son niveau d'engagement, les soins auxquels il veut et peut participer, etc. (Duhamel, 2015; Forsund et al., 2014; Gaugler et al., 2007; O'Shea et al., 2014; Voyer 2013). De même, accepter l'aide et les connaissances de l'aidant, ainsi que garder le conjoint aidant informé des changements ou de l'évolution de l'état santé de l'aidée, permet de reconnaître l'expertise de la dyade et de mieux l'intégrer au sein de l'équipe soignante (Gaugler et al., 2007; Groulx, De Montigny et Major, 2007).

Ces interventions peuvent faciliter l'expérience de transition de la dyade conjoint-aidée dans le milieu d'hébergement, favoriser l'établissement d'un partenariat durable avec les proches aidants et assurer un accompagnement de qualité pour les résidents en centre d'hébergement (O'Shea et al., 2014). Elles peuvent inspirer les infirmières afin qu'elles puissent favoriser une expérience harmonieuse et instaurer un rôle de réel partenaire pour l'aidant. Toutefois, il importe de souligner que des connaissances demeurent à développer quant à l'expérience des conjoints aidants en CHSLD. Il serait notamment intéressant d'explorer de façon approfondie la perception des conjoints aidants lors de l'admission de leur proche en centre d'hébergement. De même, il serait pertinent d'investiguer comment le personnel infirmier peut contribuer à une meilleure expérience de transition des dyades aidants-aidées en centre d'hébergement, entre autres par le biais d'études évaluatives.



### **Méliane C-Handfield**

Méliane C-Handfield est détentrice d'un DESS en Science infirmière. Elle travaille comme infirmière clinicienne sur l'unité des soins post-aigus à l'Institut universitaire de Gériatrie de Montréal.

## RÉFÉRENCES

- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., et Chenco, C. (2014). Staff-Family Relationships in Residential Aged Care Facilities: The Views of Residents' Family Members and Care Staff. *Journal of Applied Gerontology*, 33(5), 564-585. doi : 10.1177/0733464812468503
- Bergman, H. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
- Bramble, M., Moyle, W., & McAllister, M. (2009). Seeking connection: family care experiences following long-term dementia care placement. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3118-3125. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02878.x
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands L., et Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of life un Dementia : The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-35.
- Caron, C. D., Ducharme, F., et Griffith, J. (2006). Deciding on Institutionalization for a Relative with Dementia: The Most Difficult Decision for Caregivers. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 25(2), 193-205. doi:10.1353/cja.2006.0033
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Aînés dans le besoin, aidants en détresse. Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Repéré à <http://publications.gc.ca/site/eng/423914/publication.html>
- Davies, S., et Nolan, M. (2006). 'Making it better' : Self-perceived roles of family caregivers of older peoples living in care homes : A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 281-291. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.04.009
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées. Enjeux, défis et stratégies*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Ducharme, F., Couture, M., et Lamontagne, J. (2012). Decision-Making Process of Family Caregivers Regarding Placement of a Cognitively Impaired Elderly Relative. *Home Health Care Services Quarterly*, 31(3), 197-218. doi : <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2012.681572>
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézina, J., Gangbè, M., et Caron, C.D. (2007). Older husbands as caregivers or their wives : A descriptive study of the context and relational aspects of care. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 567-579.
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Dunbrack, J. (2005). *Les besoins d'informations des aidants naturels qui apportent soutien à un proche gravement malade*. Repéré à [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-info-caregiver-aidant/2005-info-caregiver-aidant-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-info-caregiver-aidant/2005-info-caregiver-aidant-fra.pdf)
- Fleury, C. (2013, Juin). *Portrait des personnes proches aidants âgées de 45 ans et plus*. Repéré à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docskn/multimedia/PB01600FR\\_coup\\_doeil\\_45ans2013M06FO0.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docskn/multimedia/PB01600FR_coup_doeil_45ans2013M06FO0.pdf)
- Forsund, L. H., Skovdahl, K., Kiik, R., et Ytrehus, S. (2014). The loss of a shared lifetime: a qualitative study exploring spouses' experiences of losing couplehood with their partner with dementia living in institutional care. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 121-130. doi : 10.1111/jocn.12648
- Gaugler, J. E. (2005). Family Involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review. *Aging & Mental Health*, 9, 105-118. doi : 10.1080/136078604123310245
- Gaugler, J. E., et Kane, R. (2007). Families and Assisted Living. *Gerontologist*, 47(1), 83-99.
- Gaugler, J. E., Margriet Pot, A., & Zarit, S. H. (2007). Long-Term Adaptation to Institutionalization in Dementia Caregivers. *The Gerontologist*, 47(6), 730-740. doi : 10.1093/geront/47.6.730
- Groulx, A-P., de Montigny, F., & Major, F. (2007). Expérience des individus et de leurs aidants familiaux lors de l'admission en centre d'hébergement : stratégies d'interventions infirmières centrées sur la famille. *Groupe interdisciplinaire de recherche en science de la santé et milieux favorables*. Repéré à [http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier12\\_strategiesfamille.pdf](http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier12_strategiesfamille.pdf)
- Hennings, J., Froggatt, K., et Payne S. (2013). Spouse caregivers of people with advanced dementia in nursing homes : A longitudinal narrative study. *Palliative Medicine*, 27 (7), 683-691. doi : 10.1177/0269216313479685
- Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E., et Eriksson, H. (2012). Being perceived ad a 'visitor' in the nursing staff working arena - the involvement of relatives in daily caring activities in nursing homes in an urban community in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 677-685. doi : 10.1111/j.1471-6712.2012.01077.x
- Hook, K. M., Gerstein, L. H., Detterich, L., et Gridley, B. (2003). How Close Are We? Mesuring Intimacy and Examining Gender Differences. *Journal of Counseling and Development*, 81, 462-472.



- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Les soins aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence*. Repéré à [https://secure.cih.ca/free\\_products/Dementia\\_AIB\\_2010\\_FR.pdf](https://secure.cih.ca/free_products/Dementia_AIB_2010_FR.pdf)
- Jensen, F. J., Rauer, A. J., et Volling, B. (2013). A Dyadic View of Support in Marriage : The Critical Role of Men's Support Provision. *Sex Roles*, 68, 427-438. doi : 10.1007/s11199-012-0256-x
- Legault, A. et Ducharme, F. (2009). Advocating for a Parent with Dementia in a Long-term Care Facility: The Process Experienced by Daughters. *Journal of Family Nursing*, 15(2), 198-219. doi : 10.1177/1074840709332929
- Livingston, G., Leavey, G., Manela, M., Livingston, D., Rait, G., Sampson, E., Bavishi, S., Shahriyarmolki, K. et Cooper, C. (2010). Making decisions for people with dementia who lack capacity: qualitative study of family carer in UK, *BMJ*, 1-9. doi : 10.1136/bmj.c4184
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theory in Nursing Research and Practice*. New York, NY : Springer Publishing Company.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : Le premier choix*. La politique de soutien à domicile. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Un défi de solidarité, Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-830-01.pdf>
- Mullin, J., Simpson, J., et Froggatt, K. (2011). Experiences of spouses of people with dementia in long-term care. *Dementia*, 12(2), 177-191. doi : 10.1177/1471301211418096
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2014). *Mémoire : Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401\\_memoire-chsld.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401_memoire-chsld.pdf)
- O'Shea, F., Weathers, E., & McCarthy, G. (2014). Family care experiences in nursing home facilities. *Nursing Older People*, 26(2), 26-31. <http://dx.doi.org/10.7748/nop2014.02.26.2.26.e543>
- Ribeiro, O., Paul, C., et Nogueira, C. (2007). Real men, real husbands : Caregiving and masculinities in later life. *Journal of Aging Studies*, 21, 302-313. doi : 10.1016/j.jaging.2007.05.005
- Ryan, A. (2002). Transitions in care : Family carers' experiences of nursing home placement. *Nursing Time Research*, 7(3), 324-334. doi : 10.1177/136140960200700503
- Schultz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnies, K. A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregivers health and well-being. *Journal of the American Medical Association*, 292, 961-967. doi:10.1001/jama.292.8.961
- Sinha, M. (2013, septembre). *Portrait des aidants familiaux, 2012*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.pdf>
- Utley-Smith, Q., Colòn-Emeric, C. S., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., Piven, M. L., et Anderson, R. A. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23, 168-177. doi : 10.1016/j.jaging.2007.11.003
- Voyer, P. (Sous la dir. de) (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.). Saint-Laurent, Québec : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Whitaker, A. (2009). Family involvement in the institutional eldercare context. Towards a new understanding. *Journal of Aging Studies*, 23, 158-167. doi:10.1016/j.jaging.2008.12.006
- Yamamoto-Mitani, N., Aneshensel, C. S., & Levy-Storms, L. (2002). Patterns of family visiting with institutionalized elders: The case of dementia. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 57, S234-S246. doi : 10.1093/geronb/57.4.S234

# Les micromilieus adaptés: un défi de transition et d'adaptation

Francis Etheridge, Ph. D.

Au printemps 2017, un article intitulé « *Les micromilieus : une solution afin d'offrir à la clientèle un milieu de vie adapté.* » a été publié dans *La Gérontoise*. Il traitait des travaux réalisés et prévus par Groupe Champlain<sup>1</sup> pour diminuer les irritants associés à la cohabitation de personnes ayant des besoins très différents. Plus spécifiquement, il présentait les résultats d'une recension d'écrits portant sur la problématique, soit un modèle élaboré de micromilieus adaptés comme solution et la méthodologie d'un projet pilote visant à le mettre en œuvre. Ce texte présente les apprentissages tirés de ce projet pilote et répond aux interrogations soulevées dans le premier article.

Tel qu'exposé par la recension d'écrits présentée dans le premier article de cette série de deux portant sur les MMA (Bleau et Etheridge, 2017), la cohabitation de personnes ayant des besoins très différents en CHSLD est considérée comme un obstacle à la dispensation des soins et services personnalisés. La cohabitation de résidents<sup>2</sup> ayant des besoins hétérogènes entraînerait aussi des interactions dysfonctionnelles entre eux et contribuerait à de nombreux déménagements internes envisagés comme pistes de solutions aux problèmes émergeant de ces interactions. Sur le plan organisationnel, elle forcerait une planification trop générique de l'affectation et du développement des ressources humaines, de l'aménagement des environnements physiques et des processus de travail. Le concept de « micromilieus adaptés » (MMA) vise à diminuer les effets délétères de l'hétérogénéité de la clientèle en intervenant à sa source. Il consiste à regrouper des résidents ayant des caractéristiques communes sur de plus petits milieux et à adapter les soins et services dispensés à cette clientèle. Une recension d'écrits pertinents au concept a permis d'escompter que la création de MMA en CHSLD puisse influencer positivement l'expérience de la clientèle. Ce concept aurait le potentiel d'influencer positivement cette expérience en facilitant, à la fois, la spécialisation et la personnalisation des soins et des services dispensés. Selon la recension

d'écrits réalisée sur le sujet, des CHSLD ayant la capacité de produire et maintenir des profils de résidents représentatifs; d'accueillir et d'orienter les résidents vers les MMA appropriés; d'investir dans l'adaptation de l'environnement physique et de faire vivre une organisation du travail flexible et propice à l'apprentissage en continu seraient des contextes favorables à l'actualisation du concept de MMA.

Toutefois, peu de connaissances sur les défis propres à la transition entre un mode d'organisation typique et un mode d'organisation en MMA ainsi que sur les stratégies favorables à sa mise en œuvre existeraient. À la lumière de ce contexte, Groupe Champlain a décidé de démarrer un projet pilote de création de MMA dans l'une de ses installations<sup>3</sup>.

## Méthodologie

Ce projet pilote de création de MMA a démarré en janvier 2017 et se terminera à la fin de juin 2018. Il est donc toujours en cours et poursuit deux objectifs spécifiques :

1. Identifier les éléments facilitateurs et les obstacles à la transition entre un mode d'organisation typique et un mode d'organisation en MMA;
2. Évaluer l'influence de la création de MMA sur des indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction.

Ce projet a été réalisé dans un esprit de recherche-action afin de permettre un ajustement itératif de ses méthodes à l'expérience vécue (Kalliola, 2009). Une telle approche a été privilégiée, considérant le peu de connaissances disponibles sur les particularités d'une transition entre un mode d'organisation typique et un mode d'organisation en MMA. La structure du projet pilote est composée de groupes de travail, soit des groupes de travail de niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Les sous-sections suivantes présentent l'écart entre la méthodologie prévue, décrite en détail dans le premier article

et la méthodologie réalisée dans le cadre du projet pilote. Elles représentent ainsi autant les descriptions des méthodologies de travail et de collectes de données utilisées dans le cadre du projet pilote que de ses résultats.

## Méthodologie prévue

L'atteinte des deux objectifs du projet pilote étaient prévue se réaliser par la création de deux MMA regroupant respectivement 11 résidents ayant un diagnostic principal relié à des troubles neurocognitifs majeurs, c'est-à-dire des personnes ayant des troubles cognitifs faisant de l'errance non intrusive et 11 personnes ayant un diagnostic principal d'ordre physique et alertes sur le plan cognitif. Ces deux types de MMA furent sélectionnés à partir d'une typologie composée de cinq types de résidents (voir tableau 1). Cette typologie fut élaborée par un travail rigoureux de caractérisation de l'ensemble de la clientèle des installations de Groupe Champlain (1478 résidents) à partir de données cliniques spécifiquement colligées à cette fin. La création de MMA correspondant à ces cinq types était ainsi ultimement visée, mais ne l'était pas dans le cadre du projet pilote parce qu'il était envisagé qu'elle décuplerait, à court terme, la quantité de déménagements proposés aux résidents. Pour ce qui est des mesures d'évaluation de l'influence du regroupement, des mesures tant qualitatives (groupes de discussion et sessions de travail) que quantitatives (qualité de vie des résidents, satisfaction professionnelle du personnel infirmier et satisfaction des proches) avaient été retenues. Ces outils de mesures devaient être utilisés avant l'actualisation des interventions prévues (temps 0), trois mois après le regroupement des clientèles appariées (temps 1) ainsi que trois mois après la mise en œuvre de nouvelles pratiques ou de nouveaux programmes plus adaptés aux besoins des clientèles regroupées (temps 2).

## Méthodologie réalisée

Dans un premier temps, le plan de création de deux MMA contrastés différents fut remplacé par un plan de création de tous les MMA évalués requis pour répondre aux besoins de l'ensemble de la clientèle de l'installation participante. L'objectif d'implanter des MMA a donc évolué vers une organisation de toute l'installation en mode MMA. Cette décision fût prise après avoir analysé les tenants et aboutissants d'un plan concentré sur deux MMA, soit l'homogénéisation conséquente d'autres milieux non soutenus pour adapter leurs offres de services, l'indisposition des résidents et des proches à accepter un déménagement ne leur offrant pas de valeur ajoutée à court terme et la nécessité potentielle d'un déménagement subséquent pour permettre à ces résidents d'intégrer un MMA. Cette décision a nécessité un travail d'évaluation et de jumelage de tous les résidents à un type de MMA, d'évaluation du nombre de lits à associer à chacun des types et de localisation de chacun d'eux dans les environnements physiques les plus adaptés de l'installation (éloignement ou rapprochement du poste infirmier, réaménagement possibles, etc.). Néanmoins, l'installation a décidé de conserver l'évaluation des effets du regroupement de la clientèle sur deux MMA, soit des résidents ayant un diagnostic principal relié à des troubles neurocognitifs majeurs et ceux ayant un diagnostic principal d'ordre physique.

Deuxièmement, le travail d'évaluation et de jumelage de tous résidents à un type de MMA a mené à une adaptation et à une opérationnalisation de la typologie initiale. Cette adaptation fût motivée par l'observation d'un écart entre les types de MMA requis selon les données cliniques et ceux évalués pertinents pour répondre aux besoins de la clientèle par les cliniciens locaux.

### Troubles neurocognitifs majeurs comme diagnostic principal

- Sans troubles modérés-graves du comportement (TGC)
- Avec troubles modérés du comportement (TMC) et sans errance intrusive
- Avec troubles modérés du comportement (TMC) et avec errance intrusive

### Trouble de santé physique comme diagnostic principal

- Affections neurologiques diverses
- Problèmes de santé physiques nécessitant une gestion de cas complexe

Tableau 1. Typologie de regroupements de la clientèle élaborée à partir d'une analyse des données cliniques des résidents

Cet écart a été mis en lumière par l'adoption d'une posture d'analyse moins focalisée sur des diagnostics tirés de données cliniques que sur les besoins d'accompagnement associés aux capacités fonctionnelles des résidents telles qu'évaluées par l'équipe multidisciplinaire. Par exemple, alors qu'environ 40% de la clientèle de l'installation avait été caractérisée par un diagnostic principal de trouble physique selon l'analyse des données cliniques, seulement 20% d'entre elle a été évaluée comme ayant des capacités fonctionnelles nécessitant un accompagnement plus adapté à des troubles physiques (interventions visant à promouvoir l'auto-détermination de la clientèle, environnement physique favorisant l'autonomie, etc.) qu'à des problèmes cognitifs (interventions adaptées à la prévention des syndromes comportementaux et psychologiques de la démence, environnement physique favorisant les repères, etc.). La typologie retenue est composée de quatre types spécifiques d'accompagnement, soit un accompagnement physique, un accompagnement cognitif, un accompagnement sécurisé et un accompagnement global (voir tableau 2).

Troisièmement, les activités diagnostiques réalisées au début du projet pilote ont permis de mettre en lumière les craintes des résidents et de leurs proches quant aux effets d'un déménagement potentiel. Une sensibilité à l'égard de ces préoccupations a mené à l'adoption d'une orientation stipulant qu'aucun déménagement ne se ferait sans avoir obtenu un consentement de la part des clientèles ou des répondants concernés. Cette orientation a eu une influence majeure sur le rythme d'évolution du projet et sur les modalités d'évaluation prévues. En fait, le temps 1 de mesure a été réalisé au moment convenu, mais sans que les deux MMA d'évaluation (composés d'un sous-groupe de résidents ayant besoin d'accompagnement physique et d'un autre ayant besoin d'accompagnement cognitif) regroupent des clientèles parfaitement homogènes. Dans les deux cas, 9 résidents sur 11 étaient sur le « bon » MMA alors que 2 résidents sur 11 ne l'étaient pas. Ces derniers ou leurs proches n'avaient pas consenti à un déménagement après qu'ils aient évalué ses effets possibles en collaboration avec le personnel soignant. Pour ce qui est du temps 2 de mesure, celui-ci n'a pas été réalisé en cours d'année considérant la complexité de la mise en œuvre de nouveaux programmes de soins et de services plus adaptés.

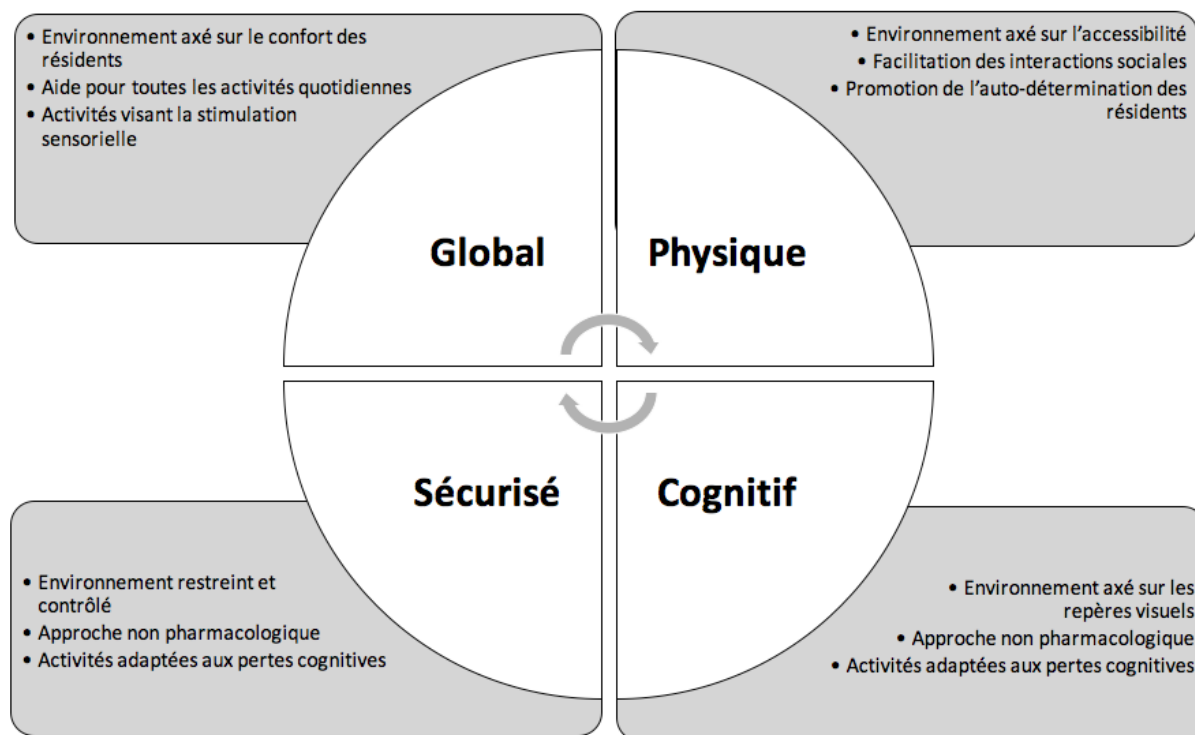


Tableau 2. Typologie de MMA élaborée à partir d'une analyse multidisciplinaire des besoins d'accompagnement associés aux capacités fonctionnelles des résidents

En somme, le projet pilote réalisé permet de répondre à son premier objectif qui est d'identifier les éléments facilitateurs et les obstacles à la transition entre un mode de regroupement non apparié et un mode de regroupement apparié. Il répond toutefois partiellement à son deuxième objectif, soit d'évaluer l'influence du regroupement des clientèles appariées sur des indicateurs de qualité, de sécurité et de satisfaction. L'influence mesurée et décrite dans cet article est celle d'un regroupement partiel de clientèles et d'adaptations seulement informelles des soins et services leur étant offert.

## Résultats

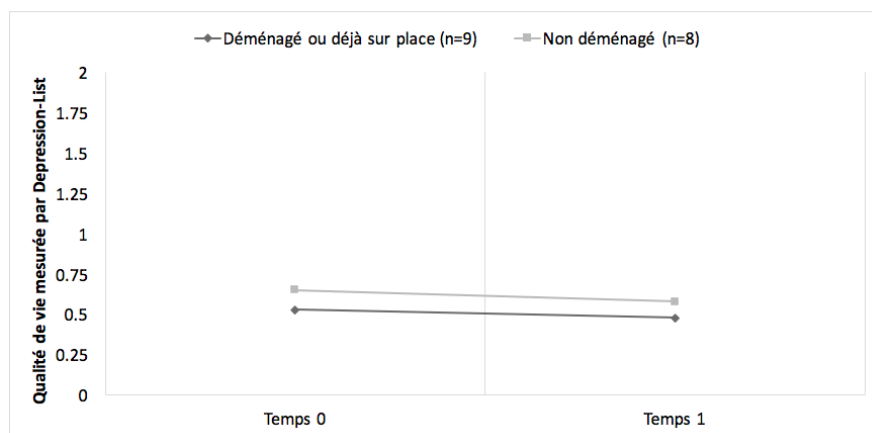
### Évaluer l'influence de la création des MMA

Dans cette section, sont présentés les résultats de l'évaluation qualitative et quantitative de l'influence du projet pilote de MMA sur la qualité de vie de la clientèle. Rappelons que cette évaluation a été réalisée sur deux MMA de 11 lits devant regrouper respectivement des personnes évaluées comme ayant un besoin d'accompagnement de nature « physique » et un besoin d'accompagnement de nature « cognitive ».

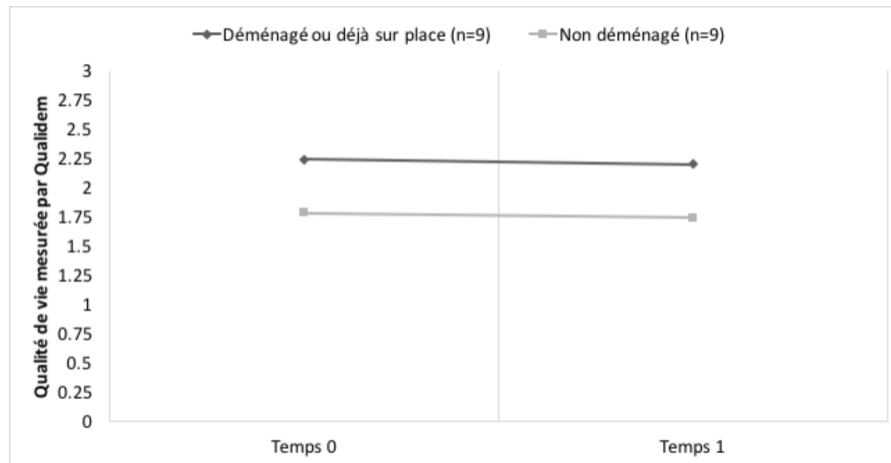
D'une perspective quantitative, telle qu'illustrée par les graphiques 1 et 2, la qualité de vie des résidents regroupés sur les deux MMA d'évaluation n'aurait pas été influencée de façon significative. La seule différence notable est illustrée par le graphique 2 qui expose que ceux ayant déménagé ou qui étaient déjà hébergés sur ce MMA avaient maintenus une qualité de vie plus élevée que les résidents n'ayant pas accepté

de déménager. Cette différence pourrait être expliquée par une appréhension plus négative des effets d'un déménagement pour ceux ayant une faible qualité de vie telle qu'évaluée au temps 0.

Les résultats qualitatifs permettent de raffiner l'interprétation des résultats quantitatifs. Sur le MMA d'accompagnement physique, autant la clientèle que le personnel soignant reconnaissait une diminution, mais pas une élimination des irritants ayant notamment motivés leur décision de déménager (errance intrusive, cris, etc.): « C'est moins pire, mais au début, on avait de la misère à comprendre qu'on ne soit pas plus tranquille. » (résident). Sur le MMA d'accompagnement cognitif, autant le personnel soignant que les proches aidants qui ont parlé pour les résidents, ont fait état d'une augmentation du temps relationnel accordé à ces derniers: « ...maintenant, j'ai le temps. Des fois, Mme X, elle aime ça jaser, donc, je vais m'asseoir 2-3 minutes, puis on jase. » (personnel). Toutefois, sans une adaptation significative des interventions du personnel soignant, une augmentation notable de la qualité de vie des résidents ne se serait pas révélée: « Ça n'a pas vraiment d'impacts. Comme je ne conduis pas mon fauteuil, il faut que ce soit une préposée qui m'amène, soit à gauche soit à droite, et me ramène, donc... » (résident). Un simple accroissement de la proximité entre les résidents ayant besoin d'un accompagnement physique plutôt que cognitif n'aurait donc pas été suffisant pour augmenter les relations sociales conçues comme une modalité d'augmentation de leur qualité de vie: «...je suis déjà allé dans le passage où il y avait un banc, puis t'avais quelqu'un là. Je me suis assis à côté, puis on a parlé un peu, mais non, j'ai jamais demandé de parler à une autre personne » (résident). Quelques-uns du MMA



Graphique 1. Évolution de la qualité de vie des résidents en accompagnement cognitif telle que mesurée à l'aide du questionnaire Depression-List élaboré par Gregersen, Jordansen et Gerritsen (2015).



Graphique 2. Évolution de la qualité de vie des résidents en accompagnement cognitif telle que mesurée à l'aide du questionnaire QUALIDEM élaboré par Ettema, Dröes, de Lange, Mellenberg et Ribbe (2007).

d'adaptation physique ont également souligné certaines influences transitoires délétères de leur déménagement dans le MMA d'accompagnement physique (méconnaissance de leurs besoins par le personnel, augmentation du temps d'attente après avoir sonné la cloche d'appel, etc.).

En somme, la qualité de vie des résidents n'aurait pas été influencée significativement par l'augmentation de l'homogénéité de leurs milieux de vie. La présence de ceux n'ayant pas consentis à déménager et l'adaptation peu avancée des soins et services offerts à la clientèle empêchent toutefois une véritable évaluation de l'influence du concept de MMA. La section suivante expose les sources de cette implantation partielle du concept.

### Éléments facilitateurs et obstacles à la transition entre un mode d'organisation typique et un mode d'organisation en MMA

Le projet pilote a permis d'exposer des particularités intrinsèques à l'innovation que représentait le concept de MMA dans l'installation participante. La nature vertueuse, éthique et multidimensionnelle de la transformation requise pour mettre en œuvre des MMA est apparue particulièrement saillante. Premièrement, l'idée de regrouper les clientèles en fonction de leurs besoins a été généralement évaluée comme vertueuse par les parties prenantes du projet. Une majorité de résidents aptes à s'exprimer, de proches aidants, de membres du personnel soignant et de gestionnaires ont conçus le regroupement de clientèles comme une bonne idée. Cette vertu,

fréquemment soutenue par une caractérisation de l'hébergement de résidents plus jeunes en CHSLD comme illogique et inadéquate, a agi comme un vecteur de solidarisation et a diminué la nécessité de déployer des interventions de légitimation en début de parcours.

Deuxièmement, des enjeux éthiques importants ont été révélés par la transformation requise, tributaire de la disposition à déménager de résidents déjà hébergés. Le choix de la nature, de l'intensité et de la rapidité des interventions visant à influencer cette disposition comporte indéniablement une dimension morale. Si la création de MMA est soutenue par la théorie stipulant que le bien commun sera amélioré par le regroupement de clientèles appariées, elle est également contingente aux conséquences individuelles pouvant en découler. Celles-ci ont été clairement exposées par la clientèle (anxiété générée par une peur de l'inconnu, risques de désorientation spatiale, perte de relations significatives avec des membres du personnel soignant, etc.). Elle ont également été signalées par le personnel soignant (incapacité de répondre adéquatement aux besoins de résidents considérant un déséquilibre des charges de travail, un manque d'informations sur les besoins des résidents nouvellement déménagés ou un sentiment d'incompétence pour le travail auprès d'une clientèle particulière). Le projet pilote a finalement mis en lumière la nature multidimensionnelle de la création des MMA. L'intention d'adapter les soins et services aux différents types de MMA requiert une attention aux multiples dimensions des CHSLD. Cette adaptation comprend la dispensation de soins (infirmiers, médicaux, réadaptation, etc.), l'offre de services (animation, alimentation, etc.), l'organisation

du travail (horaire, partage d'informations, etc.) ainsi que la gestion des ressources humaines (affectations, développement, etc.).

## Capacités organisationnelles sollicitées et requises

Comme exposé en introduction, le premier article de cette série de deux sur les MMA présentait des capacités organisationnelles jugées pertinentes à la mise en œuvre du concept. Ces quatre capacités seront utilisées pour structurer la présentation des apprentissages réalisés sur les éléments favorables et défavorables à l'actualisation du concept de MMA en CHSLD dans les sous-sections suivantes.

## Produire et maintenir un profil représentatif des résidents

Cette capacité a été sollicitée dès le démarrage du projet pilote tel qu'exposé par l'écart entre les typologies prévues et implantées de MMA. En fait, l'écart entre la logique de regroupement ayant émergée de la seule analyse de données cliniques et celle ayant émergée d'une évaluation des besoins d'accompagnement effectifs des clientèles par les cliniciens locaux a ralenti l'avancement du projet. Un alignement clair entre les modalités d'évaluation des besoins de la clientèle et les critères d'inclusion à chacun des MMA apparaît ainsi être un élément fondamental à développer. Une réflexion en amont sur les principes qui orienteront le regroupement de la clientèle et l'adaptation conséquente des soins et services (pathologies similaires, besoins d'accompagnement similaires, etc.) est importante. Dans le cadre du projet pilote, le choix qui a été fait fut d'orienter le regroupement selon des besoins d'accompagnement et de recourir à une modalité d'évaluation multidisciplinaire des besoins individuels des résidents. Cette évaluation multidisciplinaire est coordonnée par une nouvelle équipe appelée « gestion des MMA ». Elle est composée des deux chefs d'unités de l'installation, d'une représentante de l'équipe de réadaptation et d'une travailleuse sociale. Cette équipe utilise une grille de critères d'inclusion pour encadrer leur évaluation et consulte l'infirmière soignante la plus apte à collaborer à cette évaluation. L'équipe utilise aussi des outils informatiques (Power Point, Tableau Excel) permettant d'associer facilement chaque résident au MMA évalué comme étant le plus adapté à ses besoins et le nombre de résidents hébergés sur le bon MMA ou non.

## Accueillir et orienter les résidents vers les MMA appropriés

Cette capacité comprend deux volets, soit l'orientation des résidents actuels et l'orientation de ceux nouvellement admis dans l'installation vers le bon MMA. L'orientation, ou plutôt le déménagement, des résidents actuels fût soutenu par trois dispositifs, soit un plan de communication prévoyant des sessions d'informations trimestrielles pour les résidents et leurs proches, l'adoption d'une orientation stipulant qu'aucun déménagement ne se ferait sans son accord ou de celui de son répondant et l'élaboration d'un plan de soutien au déménagement. Ce dernier devait être élaboré en collaboration avec les résidents ou avec leurs proches afin d'assurer des déménagements fluides (date de déménagement prédéterminée, personnes devant être présentes identifiées, rencontre préalable avec la nouvelle équipe de soins mise à l'horaire, etc.). Ces modalités ont permis de diminuer les craintes de la clientèle et de leurs proches et ainsi, augmenter leur réceptivité au projet. La mise en œuvre a néanmoins engendré une homogénéisation plus progressive qu'intensive des MMA.

Pour ce qui est des nouveaux résidents, leur orientation vers le bon MMA a été influencée par les interactions entre l'installation et le mécanisme d'accès à l'hébergement du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) local ainsi que par les voies communes d'admission des nouveaux résidents à l'installation. Relativement aux interactions avec le mécanisme d'accès, la déconnection des prérogatives et modes de fonctionnement de ce mécanisme avec un mode d'organisation en MMA a représenté un obstacle. L'importance accordée par le mécanisme d'accès à trouver des milieux d'hébergement le plus rapidement possible pour leurs usagers et les critères utilisés pour prioriser leurs admissions n'ont pas été pensés à la lumière d'une organisation en MMA des CHSLD. Lucide quant à cette réalité, une présentation du projet pilote à des représentants du mécanisme d'accès a stimulé la sensibilité au processus d'implantation des MMA, sans pour autant permettre un arrimage parfait des résidents admis et des « types » de chambres disponibles. Ensuite, la voie commune d'admission des nouveaux résidents dans l'installation a influencé le projet. Dans le cas présent, une majorité de personnes hébergées de façon permanente dans l'installation y sont préalablement admis de façon temporaire. Ceci permet d'accueillir des résidents dans un « non-MMA » avant de les orienter dans celui leur convenant le mieux. Cette période transitoire permet une réévaluation

des besoins d'accompagnement de la clientèle, soit une validation de ceux-ci par les données cliniques de la personne et une extension du délai disponible pour l'accueillir dans le MMA le plus adapté à ses besoins. Ainsi, cette séquence habituelle d'admission permanente à l'installation fut un élément facilitateur.

## **Investir dans l'adaptation de l'environnement physique**

Cette troisième capacité organisationnelle requise permet de discuter de la capacité plus générale de l'installation à adapter son offre de service. Bien que les investissements dans l'adaptation de l'environnement physique aient été identifiés comme importants par la recension des écrits préalables au projet, la capacité organisationnelle supérieure à posséder est celle d'investir et de réaliser l'adaptation de ses services. Si les deux capacités antérieurement décrites réfèrent à la création de MMA regroupant des clientèles aux besoins similaires, celle-ci réfère à la nature adaptée de ces MMA. La capacité des différents services (soins, animation, alimentation, techniques, ressources humaines) à travailler de concert à un projet fédérateur, porté par une vision commune fut mise à l'épreuve par le concept de MMA. Le démarrage d'autres projets inter ou intra-service dans l'installation a ainsi représenté un obstacle au travail collaboratif requis. Pensons aux adaptations souhaitées à l'environnement physique, mais aussi aux modifications jugées pertinentes aux services alimentaires ou aux plans de développement du personnel. De plus, un manque de structures de communication et de gestion facilitant le travail interservices dans l'installation, au début du projet, a représenté un obstacle à un travail collaboratif continu. L'implantation progressive de composantes favorables à la résolution de problème interservices et entre les quarts de travail a eu une influence positive sur cette capacité.

## **Faire vivre une organisation de travail flexible et propice à l'apprentissage en continu**

Cette dernière capacité est associée à la principale source de résistance du personnel soignant à l'égard du projet. En effet, la difficulté des gestionnaires de l'organisation à évaluer les effets des déménagements de résidents sur la charge de travail des équipes soignantes et de moduler les affectations des ressources en conséquence a représenté un obstacle à l'avancement du projet. De façon plus fondamentale, le manque d'habiletés

des membres des équipes de soins à exposer leurs problèmes et à leur trouver des solutions freina l'évolution du projet et l'engagement du personnel à son égard. En cours de réalisation, certains déménagements furent vécus comme illégitimes par le personnel soignant. Un manque de compréhension pour les objectifs visés par certains déménagements ainsi que des impressions de charges de travail inéquitables engendrés par ceux-ci furent une source de frustration. Des communications et consultations plus systématiques du personnel infirmier avant l'actualisation de déménagements ont été mises en œuvre afin de diminuer ces insatisfactions. De plus, la progressivité des déménagements a été identifiée comme étant un élément favorable aux apprentissages et adaptations requises au maintien de la qualité des soins et des services offerts.

## **Recommandations**

Le projet pilote de mise en œuvre du concept de MMA dans une installation de Groupe Champlain a eu comme retombée principale l'exposition des enjeux particuliers à ce processus innovant. Les recommandations suivantes concernent ce processus innovant plutôt que des éléments d'ordre éthiques ou cliniques (types de MMA requis, nature des interventions utilisées pour procéder aux déménagements de résidents, etc.) qui, à notre avis, méritent d'être étudiées davantage.

Bien que le regroupement initial de clientèles homogènes et le maintien de cette homogénéité représente un défi important pour des organisations ayant peu de contrôle sur le type de résidents qu'ils accueillent, l'importance d'adapter les programmations de soins et services à ces clientèles regroupées doit être priorisée. Des adaptations aux modalités d'interventions et d'organisation du travail pourront alors révéler le plein potentiel du concept de MMA.

- Appréhender le défi de mise en œuvre du concept de MMA comme un défi de transition beaucoup plus que comme un défi de légitimation. Une stratégie de gestion du changement axée autant sur les moyens d'atténuer les effets de cette transition que sur la mise en valeur des bénéfices escomptés, est de mise.
- Une stratégie de gestion du changement prévoyant le développement des capacités organisationnelles requises avant le déménagement des résidents



serait favorable à une transition fluide. Par exemple, le développement des compétences liées à la nouvelle programmation adaptée de soins et de services serait propice à l'expérience de « succès rapides » par les équipes de travail plutôt que des sentiments d'inadéquation entre le personnel et les résidents.

- L'adoption d'orientations claires au sujet des dimensions cliniques et éthiques du projet (consentement à déménager, modalités de priorisation des déménagements internes, offre de déménagements lors de changements de besoins des résidents, etc.) serait favorable à une progression stable du projet.
- La mise en œuvre du concept de MMA serait un défi plus adapté pour des organisations ayant déjà construit leur capacité d'apprentissage et d'amélioration. Des organisations aux prises avec des problèmes de travail « en silo » ou un manque d'autonomie de leurs équipes soignantes gagneraient à améliorer ces dimensions avant d'entreprendre un projet de MMA.

## Conclusion

Cet article représente une première contribution à la compréhension commune de la valeur des MMA en CHSLD et des défis associés à leur mise en œuvre. L'identification des obstacles de transition et d'adaptation rencontrés dans le cadre de ce projet pilote pourra servir la planification de futurs projets. D'autres recherches demeurent toutefois requises pour bien évaluer le potentiel du concept de MMA à transformer les CHSLD et à améliorer la qualité de vie des personnes qui y vivent.

## NOTES

1. Groupe Champlain est un établissement privé conventionné regroupant quatorze installations offrant des soins et des services à 1500 adultes hébergés sur l'ensemble du territoire québécois.
2. Comprend le féminin et le masculin
3. Milieu choisi soit le Centre d'hébergement Champlain-des-Pommetiers situé à Beloeil.



## Francis Etheridge, Ph. D.

Francis Etheridge, Ph.D. est détenteur d'un doctorat en gérontologie de l'Université de Sherbrooke. Les dernières années de son parcours professionnel et académique ont été consacrées au développement organisationnel et à la gestion du changement dans les CHSLD. Il fut co-chargé du projet pilote de MMA à Groupe Champlain. Il agit aujourd'hui comme adjoint à la directrice générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation CIUSSS-du-Nord-de-l'île-de-Montréal.

## RÉFÉRENCES

- Bleau, H., et Etheridge, F. (2017). Les micro-milieus : une solution afin d'offrir à la clientèle un milieu de vie adapté. *La Gérontoise*, 28(1), 41-51.
- Ettema, P.T., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenberg, G.J., et Ribbe, M.W. (2007) QUALIDEM : Development and Evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- Gregersen, M., Jordansen, M.M., et Gerritsen, D.L. (2015). Overall Quality of Life (OqoL) questionnaire in frail elderly: A study of reproducibility and responsiveness of the Depression-List (DL)., *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 22-27.
- Kalliola, S. (2009). Learning along with Participatory Action Research -- A Finnish Perspective. *International Journal of Action Research*, 5(3), 289-321.

# Accompagnement des familles de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : une continuité des services après le baluchonnage

Falilou Diop



Cela fait maintenant près de 20 ans que l'organisation sans but lucratif, Baluchon Alzheimer (BA), offre du répit, du soutien et de l'accompagnement 24h/24, sur une période variant de 4 à 14 jours consécutifs, aux aidants qui désirent garder à domicile leur proche atteint de troubles neurocognitifs de type maladie d'Alzheimer. Actuellement, de nombreux organismes communautaires et/ou ressources institutionnelles offrent du répit aux proches aidants, mais le plus souvent, il s'agit d'un accompagnement de courte durée quelques heures par jour. Pour pouvoir bénéficier d'un service sur une plus longue période, les familles sont généralement obligées de recourir au placement temporaire de leur proche dans des centres d'hébergement.

Grâce à la combinaison maintien à domicile et répit longue durée, BA demeure le seul organisme qui offre ce modèle au Québec et au Canada. Cette offre de service spécifique et hautement appréciée des familles a reçu une reconnaissance officielle de la part du réseau public de santé (RPS) du Québec. En effet, depuis une décennie, un partenariat qui lie l'organisme à des CISSS et CIUSSS de treize régions sociosanitaires de la province permet à des intervenants du RPS de référer à BA des proches aidants qui veulent avoir une pause sur une longue durée. Ainsi, l'aidant peut, en toute assurance, quitter son domicile et laisser son proche entre les mains de la baluchonneuse, nom que portent ces professionnelles de l'accompagnement de personnes en perte d'autonomie. La baluchonneuse va accomplir les mêmes tâches que l'aidant, tout en y apportant sa touche professionnelle.

## Une offre de service en quatre volets

Un tel succès du modèle proposé par BA ne saurait se bâtir sans la mise en place de principes directeurs qui guident son action et qui permettent d'offrir un service de qualité articulé autour de quatre grands axes à savoir : 1) du répit qui permet au proche de se départir, pour un moment, de son rôle d'aidant et de pouvoir mettre l'emphase sur ses besoins propres, 2) de l'accompagnement à travers un journal que la baluchonneuse rédige à l'intention de l'aidant pour lui permettre de connaître le fil du déroulement des jours de baluchonnage, 3) de la formation pour un renforcement des compétences de l'aidant et l'acquisition de nouvelles stratégies qui favorisent le bien-être de la dyade aidant aidé 4) enfin, une continuité de services après la période de baluchonnage.

## Un nouveau programme de suivi post-baluchonnage

Dans le cadre du volet continuité des services, L'ŒUVRE LÉGER a financé la création d'un nouveau programme triennal de suivi de la période post-baluchonnage. Ce programme consiste, entre autres, à revoir, avec les familles, l'utilité et la fonctionnalité au quotidien des stratégies mises en œuvre par la baluchonneuse au cours de son service. Il démarre généralement quatre à cinq semaines après la fin du baluchonnage, donnant ainsi le temps aux familles d'adopter et de se familiariser avec ces stratégies gagnantes.

Concomitamment au programme de suivi, une évaluation en continu des besoins des familles en matière d'accès aux services et ressources au niveau provincial et fédéral est menée. Également du soutien moral et de l'accompagnement sont offerts aux familles afin de réduire leur sentiment de fardeau. Selon la nature des besoins identifiés, BA peut faire le suivi avec l'intervenant pivot au dossier de la famille pour assurer une

uniformisation des pratiques et un continuum du service. Cette collaboration en continu entre les trois parties (BA, RPS et familles) vise à maximiser le développement d'un milieu de vie sain et sécuritaire, afin de permettre le maintien à domicile de l'aidé le plus longtemps possible, tout en assurant une bonne qualité de vie de l'aidant et de son proche, et ceci dans le respect et la dignité.

Le programme de suivi est très apprécié des familles qui affirment avoir là un outil performant qui leur permet de se sentir moins isolées et d'avoir un meilleur accès à des ressources et services. Il apporte également une plus-value dans le modèle d'accompagnement qui est proposé par BA. Notre défi maintenant est la pérennisation de ce service qui passe par l'appui de nouveaux partenaires à l'instar de L'ŒUVRE LÉGER.



## **Falilou Diop**

Falilou Diop est chargé de suivi post-baluchonnage

# Le syndrome de Sjögren

Ginette Texier, vice-présidente Association du syndrome de Sjögren

En 1933, un ophtalmologue suédois, le Dr Henrik Sjögren (prononcer cho-grène) écrivit au sujet d'un groupe de femmes qui, en plus de leur arthrite chronique, avaient la bouche et les yeux secs. Depuis lors, les médecins à travers le monde décrivent les malades ayant cette association de symptômes comme ayant le syndrome de Sjögren. En France, par contre, on l'appelle le syndrome de Gougerot Sjögren. Le Sjögren est une maladie souvent associée à d'autres maladies auto-immunes. On évalue entre 200 000 à 400 000 le nombre de personnes qui en sont atteintes. Au Canada, il n'existe pas de données précises. Les maladies associées au Sjögren sont graves. Trop souvent, elles sont minimisées parce qu'on pense que ce n'est que de la sécheresse des yeux et de la bouche. Le texte qui suit explique la maladie de même que ses nombreux et divers symptômes.

## Qu'est-ce que le syndrome de Sjögren?



Le syndrome de Sjögren est une maladie auto-immune chronique dans laquelle le système immunitaire réagit contre certains organes des malades qui sont à 95 % des femmes. Elle détruit ainsi les glandes exocrines qui secrètent le mucus comme si elles étaient étrangères au corps. Ces glandes sont attaquées par des lymphocytes, un type de globules blancs, qui régularisent la production d'anticorps. Ceci entraîne une diminution ou une absence totale des larmes (xérophtalmie) et de la salive (xérostomie). Cette situation cause la sécheresse de la gorge et du fait même, une toux sèche et bien d'autres effets secondaires qui affectent les malades.

## Divers symptômes de la maladie

Cette maladie, aux symptômes peu apparents, entraîne des malaises qui contribuent à une piètre qualité de vie car les malades ont aussi des douleurs articulaires et musculaires, arthrite, arthrose... une immense fatigue et peu de résistance. De plus, les personnes qui en souffrent ont une mauvaise qualité de sommeil, des problèmes digestifs et gastriques (dus à l'absence des bonnes bactéries de la salive), la peau sèche et fragile. Il est fréquent d'observer un manque de concentration, les yeux facilement irrités et fatigués par la sécheresse excessive due à la diminution ou à l'absence de larmes ou par la qualité de l'air ambiant (vent, fumée, poussière, air climatisé, chauffage...)

## Importance de la salive

La sécheresse de la bouche peut entraîner des difficultés à avaler et à mâcher à cause du manque de salive et de la sécheresse de la gorge.

Il est important de noter que la diminution de la quantité et de la qualité de la salive peut affecter l'état général des dents et des gencives et être la cause d'une augmentation de caries dentaires et de maladies parodontales. Ces maladies du tissu buccal sont en partie attribuables à une concentration accrue de bactéries buccales causées par le mauvais fonctionnement des glandes salivaires. Il est essentiel que le malade et son dentiste surveillent rigoureusement l'hygiène dentaire afin de préserver le plus longtemps possible les dents des patients.

## Traitements des yeux secs

Jusqu'à présent les patients n'ont que des moyens limités pour soulager leurs symptômes. Pour les yeux secs sont utilisés des substituts de larmes avec ou sans agent de conservation en doses unitaires et dont la viscosité varie d'une marque à l'autre, des crèmes ou gels pour la nuit afin de préserver la cornée dans un milieu humide pour éviter des inflammations des paupières (blépharites). De la Pilocarpine (Salagen) prescrite par les ophtalmologues aide à stimuler la salive et même un peu les larmes. D'autres options sont les petits disques oculaires auto-dissolvants (pellets) ou l'occlusion temporaire ou permanente des canaux lacrymaux (occlusion des punctums).

Il ne faut pas négliger que le syndrome de Sjögren est très souvent associé à d'autres maladies : connectivites, arthrite rhumatoïde, lupus érythémateux, sclérodémie, syndrome de Raynaud.

## Pour de l'aide

L'Association est un organisme à but non lucratif qui, depuis 1994, a pour objectif de faire connaître la maladie et d'apporter de l'aide et du soutien aux malades et à leurs familles.

Nous émettons quatre bulletins d'information par année *Bulletin Sjögren* avec l'aide fournie par d'autres associations semblables partout dans le monde.

Nous tenons des réunions informelles huit fois par année pour ceux et celles qui désirent en savoir plus sur ce syndrome.

Pour nous joindre :

**Association du syndrome de Sjögren**  
514-934-3666 ou 1-877-934-3666  
[sjogren.montreal@qc.aira.com](mailto:sjogren.montreal@qc.aira.com)  
[www.sjogrens.ca](http://www.sjogrens.ca)

## SOUPER-CONFÉRENCE de l'AQIIG À QUÉBEC 8 novembre 2018

« L'intimidation des aînés par les aînés »  
Conférencière : Guylaine Parent

Inscription à venir sur : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)  
À la salle Pierre-Corriveau au Mont D'Youville  
2915, avenue du Bourg-Royal, Québec, (QC), G1C 3S2

Une publicité plus détaillée sera insérée sur le site WEB et sur la page Facebook de l'Association

Personne ressource : France Collin  
Courriel : [France.collin@videotron.ca](mailto:France.collin@videotron.ca)  
Téléphone : 418 666-4004

# Un projet de recherche novateur pour les conjoints de personnes atteintes précocement de la maladie d'Alzheimer

Véronique Dubé

Nous vous informions lors de la dernière assemblée générale annuelle que l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) en collaboration avec Pre Véronique Dubé, titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville, d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal, avons obtenu une subvention du ministère de la Famille dans le cadre du concours Québec Ami des Aînés (QADA).

Cette subvention permet de réaliser un projet de recherche-action intitulé *Apprendre pour cheminer ensemble (ACE)*: Soutenir et former les conjoints de personnes atteintes précocement de la maladie d'Alzheimer. Plus précisément, ce projet vise la mise à l'essai et l'évaluation d'une intervention de formation et de soutien avec des proches aidants dont le conjoint est atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à début précoce, c'est-à-dire pour laquelle le diagnostic de la maladie survient avant l'âge de 65 ans. Cette intervention s'échelonne sur 7 sessions hebdomadaires d'une durée de 60 à 90 minutes. Elle est dispensée selon deux modalités : en face à face ou en ligne. Peu importe la modalité, un(e) professionnel(le) de la santé accompagne le conjoint-aidant tout au long de l'intervention. En plus d'offrir gratuitement cette intervention à des conjoints-aidants, l'étude permettra d'en évaluer les retombées pour un plus grand nombre d'aidants vivant une situation semblable.

Nous aimerions avoir votre collaboration pour ce projet de recherche important pour notre association!

Nous recherchons actuellement des infirmiers et des infirmières intéressé(e)s œuvrant auprès de personnes atteintes de troubles neurocognitifs et de leur famille à participer à ce projet de recherche en tant que professionnels (les) de la santé qui procéderont à la mise à l'essai de l'intervention *Apprendre pour cheminer ensemble (ACE)*.

De plus, nous recherchons des conjoints-aidants

de personnes de moins de 65 ans ayant reçu un diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au cours de 24 derniers mois afin de bénéficier de l'intervention selon la modalité (présentielle ou Web) de leurs choix.

Vous êtes intéressé(e)s à participer à ce projet comme professionnel (les)?

Vous connaissez des aidants qui pourraient bénéficier de l'intervention *Apprendre pour cheminer ensemble (ACE)* ?

Nous vous invitons à communiquer avec :

**Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal**

Madame Renée Coulombe, coordonnatrice du projet

(514) 340-3540 poste 4107  
[renee.coulombe@criugm.qc.ca](mailto:renee.coulombe@criugm.qc.ca)

# Recherche de membres pour le comité de rédaction pour la revue *La Gérontoise*

**Ginette Labbé, Présidente de l'AQIIG**

L'Association est actuellement à reconstituer son comité responsable de la publication semestrielle de la revue *La Gérontoise*. Nous recherchons des infirmières et infirmiers possédant une connaissance approfondie du réseau de soins, qui désirent aider à la poursuite de l'excellence en soins infirmiers en publiant recherches et interventions de soins réalisées dans les divers milieux. Ce groupe formé de trois ou quatre personnes doit travailler en équipe sous la direction d'un responsable nommé par les membres du groupe.

En accord avec la conseillère clinique et la reviseuse linguistique actuellement en poste, le travail peut être divisée entre les membres du comité que ce soit pour la recherche d'auteurs, la révision des textes soumis, la communication avec les auteurs présumés pour un article, l'aide à la correction des textes, la communication avec l'infographiste, etc.

La *Gérontoise* existe depuis plus de 35 ans. Elle a évoluée au cours des ans en s'adaptant aux diverses tendances. Elle demeure une publication crédible et reconnue par les infirmières et infirmiers des divers milieux.

Notre association est provinciale. Donc, que vous habitiez dans n'importe quelle région du Québec, une collaboration est possible grâce aux différents moyens de communication comme FaceTime ou Skype.

À qui la chance de partager son expérience ou encore d'en vivre une nouvelle! Nous avons hâte de vous connaître et de vous présenter les autres membres du comité

Communiquez avec nous!

**Ginette Labbé, Présidente**  
[info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

# Accompagner les personnes âgées à adopter des comportements de santé à l'aide de l'entretien motivationnel : une revue narrative des écrits

Audry Lavoie, inf., Et. M. Sc. ; Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Durant les prochaines années, le nombre de personnes âgées doublera au Québec. Cette hausse s'accompagnera inévitablement d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Sachant qu'elles seraient notamment attribuables aux habitudes de vie, c'est-à-dire aux comportements nuisibles à la santé adoptés par les individus, des interventions infirmières doivent être mises en place pour les accompagner à modifier ces comportements. L'entretien motivationnel, une intervention visant à faire surgir les motivations au changement, semblerait favoriser le changement de comportement. Les écrits scientifiques sont toutefois restreints quant à son utilisation auprès des personnes âgées. Basé sur une revue narrative des écrits, cet article a pour but de faire état des connaissances empiriques actuelles sur l'entretien motivationnel auprès de cette clientèle. Les moteurs de recherche CINAHL et MEDLINE ont été consultés avec les mots-clés «personne âgée» et «entretien motivationnel». La qualité des articles retenus a été évaluée à l'aide des grilles d'analyse CONSORT et AMSTAR. Comme résultats, on constate que l'entretien motivationnel est favorable au changement de comportement chez les aînés. Toutefois, dans les études recensées, ces interventions sont très diversifiées, c'est pourquoi il est difficile d'établir des recommandations face aux composantes d'interventions optimales. De nouvelles études devront être réalisées pour combler certaines connaissances dans la littérature quant à l'entretien motivationnel chez les personnes âgées.

Mots clés : Personne âgée, entretien motivationnel, comportement de santé, habitudes de vie, maladies chroniques.

Actuellement, 14% des Québécois sont âgés de 65 ans et plus. En 2056, on prévoit que ce nombre doublera, passant à 28% (Gouvernement du Québec, 2012). En vieillissant, les personnes âgées se voient de plus en plus vivre avec des problèmes de santé chroniques tels que l'arthrite, l'hypertension, les maladies cardiaques et le diabète (Statistique Canada, 2015). En plus d'être reliées au vieillissement et à des facteurs non modifiables tels que l'hérédité, les habitudes de vie des individus auraient une grande influence sur leur santé. Elles seraient la cause de la majorité des maladies chroniques et peuvent être modifiées (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Afin de favoriser la santé, des comportements sains tels que l'abstention du tabagisme, la réalisation d'activité physique régulièrement, le maintien d'une alimentation équilibrée et d'un poids santé doivent être adoptés (Organisation mondiale de la Santé, 2018).

L'adoption de comportements de santé est toutefois un processus complexe. Il nécessite que les personnes changent leurs comportements quotidiens. Plusieurs processus psychologiques sont responsables du changement et vont influencer la personne dans sa décision de l'amorcer. Entre autres, elle doit avoir un niveau de conviction et de confiance élevé (Miller et Rollnick, 2013). Cela dit, la personne doit percevoir les bénéfices de ce comportement par rapport à ses anciennes habitudes et elle doit être confiante en ses capacités à le réaliser. De plus, chaque individu ne se retrouve pas au même stade dans le processus de changement (Prochaska et DiClemente, 1984). Une personne qui se sent prête à modifier un comportement sera beaucoup plus susceptible de l'adopter et de le maintenir que celle qui n'y voit aucun avantage ou qui ne croit pas en ses capacités à y arriver (Miller et Rollnick, 2013). Pour ces raisons, les interventions traditionnelles qui ne tiennent pas compte des motivations des personnes et de leur état de préparation face au changement sont souvent inefficaces pour les accompagner. Des stratégies qui prennent en considération ces



facteurs doivent être considérées afin de limiter les répercussions des maladies chroniques auprès des personnes âgées.

L'infirmière est appelée à intervenir pour prévenir la maladie et les complications qui y sont associées. De plus, elle doit promouvoir de saines habitudes de vie afin de favoriser le maintien de la santé et du bien-être de la personne (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010). Ainsi, lorsqu'elle intervient auprès d'une clientèle qui présente des comportements à risque pour sa santé, il est de son rôle d'élaborer ou de mettre en place des interventions visant à prévenir les complications et à favoriser la santé.

À ce sujet, l'entretien motivationnel (EM) est une approche pouvant être utilisée par les infirmières pour accompagner toute clientèle à changer un comportement. Il s'agit d'un style de conversation collaborative qui a pour but de faire surgir et de renforcer la motivation d'une personne envers le changement de comportement (Miller et Rollnick, 2013). L'objectif central de l'EM est de reconnaître l'ambivalence de la personne, c'est-à-dire le fait qu'elle perçoive autant d'avantages que d'inconvénients au changement. Les principes de l'EM sont d'éviter le réflexe correcteur d'imposer un changement, d'écouter la personne avec empathie, d'explorer les motivations intrinsèques et d'encourager le sentiment d'auto-efficacité (Miller et Rollnick, 2013). L'EM prône également des savoir-faire essentiels, dont la valorisation des forces, la formulation de questions ouvertes et le reflet. L'EM est relié au Modèle transthéorique du changement (MTC) de Prochaska et DiClemente (1984), qui explique le processus que traverse une personne lorsqu'elle tente de changer un comportement. Ce dernier comporte six étapes, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute. Ces étapes sont également appelées «stades de changement», puisqu'elles permettent de situer la personne dans son état de préparation au changement. L'EM, utilisé conjointement avec le MTC, permet à l'infirmière d'accompagner une personne à cheminer dans les stades de changements afin qu'elle initie et maintienne des comportements de santé et ainsi, qu'elle l'améliore (van Nes et Sawatzky, 2010).

L'EM étant vastement étudié auprès des adultes, les écrits scientifiques sont plus limités lorsqu'il s'agit de l'EM spécifiquement auprès des personnes âgées. D'ailleurs, une seule revue systématique et une revue des écrits ont été identifiées quant à l'EM visant le changement de comportement auprès d'elles (Cummings, Cooper et Cassie, 2009; Purath, Keck et Fitzgerald, 2014). Dans

cette optique, le but de cette étude est de dresser l'état des connaissances empiriques actuelles sur l'EM auprès des personnes âgées afin de favoriser l'adoption de comportements de santé.

## Méthode

Afin de répondre au but, une revue narrative des écrits a été réalisée. Elle permet d'offrir une compréhension en profondeur d'un phénomène en synthétisant et en critiquant un corpus de connaissances entourant un sujet (Cronin, Ryan et Coughlan, 2008). De plus, elle aide à identifier certains manques dans la littérature qui pourraient être comblés par la réalisation de nouvelles études (Cronin et al., 2008).

## Stratégie de recherche

Les moteurs de recherches CINAHL et MEDLINE ont été consultés avec les mots-clés suivants : *Motivational interviewing, older adult, elderly, elderly care, geriatric care, older people, old age*. Différents critères ont déterminé le choix des articles sélectionnés : 1) le but de l'étude porte sur l'EM favorisant l'adoption d'un comportement de santé chez les personnes âgées, 2) son année de publication se situe entre 2008 et 2018 et 3) sa langue de rédaction est française ou anglaise.

## Évaluation de la qualité des écrits

La grille d'évaluation CONSORT a été utilisée pour évaluer les écrits à devis quantitatif (CONSORT, 2010) alors que la grille AMSTAR a été utilisée pour la revue systématique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2010). Ces grilles permettent d'évaluer la qualité méthodologique des écrits. Elles présentent des critères à retrouver dans les études afin de s'assurer de la fiabilité des résultats. Notamment, la qualité méthodologique des études a été évaluée en fonction du devis, de l'échantillon, de la description (contexte et contenu) et de la fidélité à l'intervention d'EM.

## Résultats

### Caractéristiques des écrits

Au total, huit articles ont été retenus sur les 173 identifiés. La stratégie de recherche a d'ailleurs permis de recenser une revue systématique, une revue des écrits, ainsi que six essais randomisés

contrôlés (ERC) qui portent principalement sur l'évaluation des effets de l'EM quant à l'adoption de comportements de santé chez les personnes âgées. Alors que les revues s'intéressent à divers comportements (ex. : tabagisme, alimentation, gestion du diabète), tous les ERC identifiés sont consacrés à l'augmentation du niveau d'activité physique. Les participants de ces études étaient des personnes âgées entre 50 et 81 ans, majoritairement aux prises avec un problème de santé ou présentant un comportement à risque pour elles. Les études se sont déroulées aux États-Unis (2), au Canada (1), en Finlande (2), en Chine (1), en Corée (1), en Angleterre (1). Un résumé et une critique des écrits recensés sont présentés ci-après.

## **L'adoption de comportements de santé chez les personnes âgées**

Dans leur revue systématique, Purath et al. (2014) s'intéressent aux écrits ( $n = 8$ ) portant sur les interventions d'EM auprès des personnes âgées de 60 ans et plus pour amorcer des changements dans les comportements de santé. De façon générale, à travers les ERC recensés, l'EM semblait efficace pour adopter des comportements tels que l'activité physique, une saine alimentation et la gestion du diabète (Purath et al., 2014). Les interventions mises à l'essai, peu décrites dans la majorité des écrits (Purath et al., 2014), ne nous permettant pas d'évaluer si les principes de l'EM (ex. : favoriser le sentiment d'auto-efficacité, explorer les motivations) sont respectés. Les auteurs mentionnent également que la fidélité à l'intervention est peu rapportée dans les études primaires. Il est donc difficile de s'assurer que les interventions ont été prodiguées telles que planifiées.

Cummings et al. (2009) ont réalisé une revue des écrits quant à l'efficacité de l'EM pour promouvoir le changement des habitudes de vie et améliorer le fonctionnement des personnes âgées qui vivent des problèmes de santé importants. Brièvement, parmi les articles recensés ( $n = 15$ ), il est constaté que l'EM permet des changements significatifs quant à la perte de poids, à l'augmentation de la durée et de la fréquence des activités physiques, à la diminution de consommation de sodium, à la diminution de la pression artérielle, au contrôle du taux de glucose sérique et à la cessation tabagique. Cependant, le changement de comportement semble se dissiper dès les premiers mois suivant la fin de l'intervention. Les auteurs soutiennent la nécessité d'identifier les composantes d'intervention qui favoriseraient le maintien du changement.

En bref, les auteurs des deux revues soutiennent que l'EM est une intervention favorable au changement de comportement chez les personnes âgées (Cummings et al., 2009; Purath et al., 2014). Ils s'entendent également sur l'importance d'une description détaillée des interventions d'EM lors de futures études afin de pouvoir en évaluer l'efficacité. Toutefois, à travers les deux revues, il est constaté que la majorité des articles recensés ont été publiés, il y a plus de dix ans. Durant les dernières années, le phénomène de vieillissement de la population, l'avancement des connaissances issues de la prévention des maladies chroniques et l'adoption de nouvelles politiques publiques favorables à la promotion des saines habitudes de vie pourraient avoir provoqué une vague de changement dans ce domaine. Par le fait même, le contexte dans lequel les interventions d'EM ont été réalisées était possiblement différent. Les plus récentes interventions pourraient présenter de nouvelles composantes (ex. : intensité des séances plus élevée, contenu adapté aux plus récentes recommandations quant aux habitudes de vie saines) afin de répondre au contexte de santé actuel.

## **La promotion de l'activité physique chez les personnes âgées**

Un total de six essais randomisés contrôlés (ERC) ont été consacrés à l'évaluation des effets de l'EM pour augmenter le niveau d'activité physique des personnes âgées, en plus de s'intéresser à d'autres facteurs tels que la douleur, les stades de changement et le sentiment d'auto-efficacité.

Lilienthal, Pignol, Holm et Vogeltanz-Holm (2014) ont mené un ERC au Canada auprès de 86 personnes âgées de 55 ans et plus dans le but d'évaluer les effets de l'EM sur l'augmentation du niveau d'activité physique. L'EM comprenait quatre appels téléphoniques dispensés aux participants par un doctorant en psychologie préalablement formé à l'EM. D'une durée de 50 minutes chaque semaine, les appels étaient consacrés à l'évaluation du niveau d'activité physique, du stade de changement et des niveaux de confiance et de conviction. En plus d'encourager les participants, les préférences quant aux activités physiques, les barrières et les stratégies étaient explorées. Le groupe expérimental (GE) ayant bénéficié de l'intervention était comparé à un groupe contrôle (GC) recevant uniquement un guide d'activité physique. À la suite de l'intervention ainsi que 6 mois plus tard, les auteurs ont pu observer un plus grand sentiment d'auto-efficacité ( $p < 0,05$ ), une meilleure progression dans les stades de changement ( $p < 0,05$ ) et une plus

grande dépense calorique liée à l'activité physique dans le GE ( $p < 0,05$ ) (Lilienthal et al., 2014). Toutefois, à 6 mois, les participants des deux groupes ont vu une diminution significative dans leur niveau d'activité physique (Lilienthal et al., 2014). Bien que les changements ne se soient pas maintenus au suivi de 6 mois et que des stratégies pour le maintien du comportement devraient être envisagées, ces résultats montrent qu'une intervention d'EM est favorable à l'augmentation du niveau d'activité physique des personnes âgées. La majorité des participants dans cette étude étaient en bonne santé générale et déjà très actifs avant l'intervention. Les résultats auprès de personnes âgées sédentaires ou vivant avec une maladie pourraient différer. De plus, les auteurs ne rapportent pas la fidélité à l'intervention, il est donc impossible de déterminer si celle-ci a été réalisée tel que planifiée.

Rasinaho et al. (2011) ont effectué un ERC auprès d'une population finlandaise de 632 personnes sédentaires âgées de 75 à 81 ans afin d'examiner les effets d'une intervention d'EM combinée au MTC sur l'activité physique. Alors que les participants du GC ne recevaient pas d'intervention, ceux du GE bénéficiaient d'une séance d'EM d'une heure avec un physiothérapeute afin d'établir un plan d'exercice, en plus d'un suivi téléphonique trois fois par année pendant 2 ans (Rasinaho et al., 2011). À la fin de l'intervention, les auteurs ont perçu des résultats significatifs dans le GE quant à l'adoption de comportements d'activité physique tels que la musculation ( $p = 0,043$ ) et l'aquagym ( $p < 0,001$ ) (Rasinaho et al., 2011). Aucun résultat significatif n'a été démontré à travers d'autres activités (marche, entraînement supervisé). À 18 mois post-intervention, le niveau d'activité physique des participants du GE est retourné aux valeurs initiales; les participants n'ayant pas maintenu leurs comportements (Rasinaho et al., 2011). Selon la description de l'intervention, bien que certaines techniques de l'EM ont été utilisées (questions ouvertes, exploration des barrières), les chercheurs semblaient prodiguer davantage de conseils pour motiver les participants, alors que les principes de l'EM cherchaient plutôt à faire surgir les motivations de la personne afin qu'elle évoque le changement par elle-même.

Tse, Vong et Tang (2013) ont mené, en Chine, un ERC auprès de 56 personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec des douleurs chroniques. De façon hebdomadaire durant huit semaines, les participants du GE prenaient part à une séance d'EM de 30 minutes en groupe concernant la gestion de la douleur et l'activité physique en plus de séances d'exercice physique, le tout dispensé par une infirmière et un physiothérapeute dans un

centre. Durant ces moments, en plus de recevoir de l'enseignement, ils étaient invités à échanger sur leurs expériences (stratégies, obstacles) de gestion de la douleur. Suite à ces sessions, les participants du GE ont vu leur douleur diminuée ( $p = 0,002$ ), leur sentiment d'auto-efficacité augmenté ( $p = 0,022$ ) et leur mobilité physique améliorée ( $p = 0,004$ ) par rapport au GC qui, n'ayant pas reçu l'intervention, a maintenu un programme d'activité physique habituel (Tse et al., 2013). Les auteurs mentionnent que la motivation à l'exercice des personnes âgées vivant avec des douleurs chroniques est généralement faible, alors que les participants à l'étude devaient déjà être motivés initialement puisqu'ils étaient en majorité très actifs. Dans ce contexte, il est difficile d'être certains que l'intervention répond réellement au besoin des personnes âgées vivant avec des douleurs chroniques.

von Bonsdorff et al. (2008) se sont penchés sur une intervention d'EM afin d'accroître le niveau d'activité physique de 1310 personnes sédentaires, âgées entre 75 et 81 ans. Le but recherché était d'évaluer ses effets sur les incapacités dans les activités instrumentales quotidiennes (ex. : cuisiner, magasiner, faire la lessive). Alors que le GC n'a pas reçu d'intervention, une session d'EM était offerte par un physiothérapeute aux participants du GE d'une durée d'une heure afin d'explorer les intérêts et les stratégies pour intégrer de l'activité physique à la routine quotidienne. Par la suite, des appels téléphoniques dont la durée n'est pas précisée, ont été réalisés chaque 4 mois pendant 2 ans. À la fin de l'intervention, les auteurs ont rapporté une hausse du niveau d'activité physique des participants du GE ( $p = 0,009$ ). Toutefois, les incapacités dans les activités instrumentales des deux groupes ont augmenté ( $p < 0,001$ ). Ces résultats peuvent laisser croire qu'une session d'EM combinée à des suivis téléphoniques est suffisante pour créer un changement au comportement sédentaire des aînés, mais que cela n'a pas d'impact sur les incapacités dans les activités instrumentales.

Song, Yong et Hur (2014) ont mené un ERC pour évaluer les effets d'une intervention de soutien à l'autogestion sur la capacité d'exercice physique, la qualité de vie et l'adhérence aux autosoins (médication et activité physique) de 40 personnes âgées de 65 et 75 ans en réadaptation pulmonaire. Prodiguée par une infirmière, l'intervention d'EM incluait cinq séances (deux durant l'hospitalisation, une en clinique externe et deux suivis téléphoniques) portant sur la gestion de la maladie, l'ambivalence aux autosoins et la pratique d'exercices physiques. Les participants du GC ont reçu des soins usuels, soit de l'enseignement sur

la gestion de la maladie et sur l'activité physique. Comme résultats, les participants du GE ont vu une amélioration dans l'adhérence aux autosoins reliés à la médication ( $p = 0,047$ ) et à l'exercice ( $p = 0,003$ ) à 2 mois post-intervention. Bien que l'intervention n'ait pas eu d'effet sur la capacité d'exercice, ces résultats peuvent suggérer qu'une intervention d'EM comprenant trois sessions en face à face et deux sessions de relance téléphonique est favorable à l'augmentation du niveau d'activité physique des personnes âgées vivant avec une maladie chronique, et ce, jusqu'à 2 mois post-intervention.

Brodie, Inoue et Shaw (2008) se sont intéressés à une intervention d'EM auprès de 60 personnes âgées de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque dans le but d'en évaluer l'efficacité sur la qualité de vie et la motivation à changer les habitudes de vie. Les participants à cette étude étaient assignés à l'un des trois groupes suivants : 1) les soins standards (information et conseils sur l'activité physique), 2) l'intervention d'EM et 3) l'intervention d'EM en plus des soins standards. L'intervention d'EM consistait en huit sessions d'une heure à domicile prodiguées par un chercheur sans qualification clinique, mais expert en EM. Dans ces sessions, étaient explorées les motivations à intégrer l'activité physique dans la vie des participants ainsi que les barrières et les stratégies pour y arriver. À 5 mois post-intervention, les auteurs ont perçu une diminution des limitations reliées au fonctionnement physique ( $p = 0,017$ ) et social ( $p = 0,03$ ) pour les participants de tous les groupes. Cependant, suite à une analyse ultérieure, les résultats se sont révélés plus évidents dans le groupe ayant reçu l'intervention d'EM et plus faibles dans le groupe ayant reçu uniquement des soins réguliers. Alors que les auteurs rapportent que la majorité des participants ont présenté une plus grande motivation en progressant dans les stades de changement, aucune analyse statistique n'a été réalisée pour évaluer les différences de progression entre les groupes. Dans cette étude, les auteurs ont affirmé avoir éprouvé de la difficulté avec la dispensation de l'intervention d'EM à domicile sans avoir de durée standardisée pour les séances et en raison du manque de qualification clinique de l'intervenant. En effet, les participants aspiraient à recevoir des informations de nature clinique à travers les séances d'EM; ce que ne pouvait leur offrir l'intervenant. Également, les séances pouvaient être difficiles à clore en raison du manque de durée prédéterminée.

En somme, à travers les études recensées, l'EM s'est montré favorable à l'adoption d'activité physique chez les personnes âgées, en plus de

créer des effets positifs sur d'autres paramètres tels que le sentiment d'auto-efficacité, la dépense calorique, la mobilité, le soulagement de la douleur et la diminution des limitations physiques et sociales. Les changements ont toutefois été constatés durant les deux premiers mois suivant la fin de l'intervention d'EM et ne se sont pas maintenus dans le temps (18 mois). Pour ce qui est des autres comportements de santé tels que la perte de poids, la saine alimentation et la gestion du diabète, les résultats reflètent que l'EM facilite également le changement chez les personnes âgées, bien que la majorité de ces écrits datent de plus de 10 ans.

## Discussion

Compte tenu des résultats positifs obtenus à travers la majorité des écrits recensés (Cummings et al., 2009; Lilienthal et al., 2014; Moral et al., 2015; Purath et al., 2014; Rasinaho et al., 2011; Song et al., 2014; Tse et al., 2013), il semble que les interventions d'EM soient favorables à l'adoption de comportements sains auprès d'une clientèle âgée. On constate toutefois que les composantes des interventions à l'étude sont très diversifiées. Celles-ci comprennent un nombre de une à huit séances, une durée variant de 10 à 90 minutes, des fréquences variées, soit chaque semaine jusqu'à chaque 6 mois, différents modes de dispensation (face à face, appels téléphoniques) et divers lieux (hôpital, clinique externe, centre communautaire, domicile). Cela rend l'élaboration de recommandations difficiles quant aux composantes des interventions qui mènent à des résultats de changements optimaux auprès des personnes âgées.

Par ailleurs, certaines informations sont manquantes ou incomplètes dans les études. Entre autres, la description de l'intervention est parfois peu détaillée et l'utilisation des principes de l'EM semble parfois diverger des principes du concept initial. Selon Miller et Rollnick (2013), les auteurs doivent expliquer suffisamment l'intervention afin de permettre au lecteur de bien saisir de quelle façon l'EM a été prodigué et de s'assurer de la conformité aux principes de base. Notamment, les composantes de l'intervention, c'est-à-dire la structure, dont le mode de dispensation, le lieu et l'intensité (nombre, dose, fréquence et durée) ainsi que le contenu devraient être décrites (Sidani et Braden, 2011). Le contenu devrait d'ailleurs reposer essentiellement sur les principes et les savoir-faire de l'EM et être utilisé dans le but de faire surgir et de renforcer la motivation au changement (Miller et Rollnick, 2013). Une description explicite de l'intervention d'EM serait à privilégier lors de prochaines études.

Quant à la durée et à la fréquence de l'intervention, cette revue narrative permet de constater que le changement de comportement ne semble pas se maintenir dans le temps, soit dès 6 mois post-intervention. En effet, à 2 mois post-intervention, Song et al. (2014) observent un maintien dans le changement de comportement chez les participants, alors que dès 6 mois suivant la fin de l'intervention, les participants de l'étude de Lilienthal et al. (2014) n'ont pas conservé le comportement modifié. Quant aux deux études offrant des suivis sur une plus longue période (2 ans), des changements significatifs ont été perçus dès la fin de l'intervention (Rasinaho et al., 2011; von Bonsdorff et al., 2008). Toutefois, lors d'un suivi de 18 mois post-intervention, Rasinaho et al. (2011) ont remarqué que le changement ne s'était pas maintenu. Ainsi, il semblerait que les personnes âgées reviendraient à leurs comportements initiaux dès les premiers mois post-intervention d'EM. Vu le peu de connaissances actuelles concernant la dose d'intervention d'EM nécessaire pour promouvoir le maintien du comportement à long terme, cela demeure à évaluer.

Concernant le mode de dispensation et le lieu d'intervention, les rencontres en face à face dans un centre de santé ont été le mode le plus utilisé ( $n = 4$ ) dans les ERC recensés (Rasinaho et al., 2011; Song et al., 2014; Tse et al., 2013; von Bonsdorff et al., 2008). Le domicile des personnes âgées comme lieu d'intervention a été retenu dans deux ERC, soit à l'aide d'appels téléphoniques (Lilienthal et al., 2014) et en face à face (Brodie et al., 2008). D'ailleurs, de telles études proposant une intervention d'EM à domicile seraient pertinentes auprès des personnes âgées (Cummings et al., 2009), sachant que cette clientèle serait moins susceptible de participer à des programmes qui sont offerts en centre (Grace et al., 2009). De plus, selon les résultats d'une étude de Arkkukangas, Sundler, Söderlund, Eriksson et Johansson (2017), les personnes âgées apprécieraient participer à des interventions à domicile et iraient même jusqu'à préférer réaliser des activités physiques chez elles, notamment pour des raisons d'accessibilité. Alors que Lilienthal et al., (2014), considèrent les appels téléphoniques comme un moyen facilitant la faisabilité de l'intervention d'EM (ex. : moins de problèmes d'attrition, possibilité de rejoindre les aînés vivant en région éloignée), Brodie et al., (2008) ont plutôt éprouvé des difficultés en lien avec la dispensation de l'intervention en face à face à domicile. En effet, les auteurs ont affirmé que, durant les séances d'EM, les participants à l'étude auraient apprécié recevoir des informations de nature clinique, ce que l'intervenant sans compétence clinique ne pouvait leur offrir.

Également, en l'absence de durée prédéterminée des séances d'EM, celles-ci pouvaient se dérouler sur plusieurs heures, nuisant à la faisabilité de l'intervention. Bien que ces difficultés ne semblent pas être directement associées au lieu, mais plutôt à d'autres composantes (ex. : intervenant, durée des séances), de nouvelles études sont nécessaires pour s'assurer qu'une intervention d'EM à domicile est faisable et acceptable auprès des personnes âgées.

Également, dans les écrits recensés, on remarque que seulement deux études évaluent les stades de changement des participants et que dans celles-ci, on ne semble pas intervenir en utilisant les principes de l'EM en fonction de ces stades. Alors que l'EM vise à faire surgir les motivations quant au changement, le MTC permet de mieux comprendre le processus que traverse une personne qui tente de changer un comportement (Miller et Rollnick, 2013; Prochaska et DiClemente, 1984). Plusieurs auteurs s'entendent d'ailleurs sur le fait qu'un modèle d'intervention incluant à la fois l'EM et le MTC serait optimal puisqu'il permettrait d'accompagner la personne en fonction de son état de préparation face au changement (Paradis, Cossette, Frasure-Smith, Heppell et Guertin, 2010; van Nes et Sawatzky, 2010).

Cette revue des écrits comporte quelques limites. Tout d'abord, les études recensées sont très hétérogènes, surtout en ce qui a trait aux composantes des interventions. Il est donc difficile d'en dégager des conclusions précises quant aux composantes des interventions d'EM qui mènent à des changements optimaux. Également, seules deux bases de données ont été consultées pour recenser des articles. Cela a pu limiter l'ampleur de la revue des écrits ainsi que l'étendue des résultats.

## Recommandations

Nous proposons quelques recommandations suite à cette revue des écrits. D'abord, bien que de nouvelles pistes demeurent à explorer, l'EM semble être une intervention infirmière à privilégier pour accompagner les personnes âgées à adopter des comportements de santé. Notamment, il serait pertinent de réaliser des études de type méta-analyse pour déterminer les composantes (durée et nombre de séances, fréquence, mode de dispensation) des interventions d'EM qui mènent à des résultats de changement optimaux et à long terme (Lee, Choi, Yum, Yu et Chair, 2016). Cela permettrait de maximiser l'efficacité des interventions et de faciliter l'adoption et le maintien du changement (Farrell et Keeping-

Burke, 2014). Il serait également intéressant d'explorer le nombre et la fréquence des sessions de relance nécessaires pour le maintien du changement à long terme (Naar-King, Earnshaw et Breckon, 2013) ainsi que les autres options alternatives possibles pour éviter la rechute du comportement dès la fin de l'intervention. Finalement, l'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité des interventions d'EM au domicile des personnes âgées devrait être envisagée lors de nouvelles études qualitatives (Thompson et al., 2011). Cela pourrait faciliter l'adaptation de futures interventions d'EM en fonction des besoins spécifiques de cette clientèle.

## Conclusion

Pour conclure, le vieillissement actuel de la population est préoccupant, d'autant plus que les personnes âgées vivent de plus en plus avec des maladies chroniques. Des interventions infirmières doivent être implantées dans les milieux afin de les accompagner à modifier les comportements qui mettent leur santé à risque. Bien que de nouvelles pistes restent à explorer, il est possible d'affirmer que l'EM est une intervention favorable pour accompagner les personnes âgées à changer un comportement. En plus de favoriser leur santé, l'EM, par le changement de comportement, pourrait potentiellement réduire les hospitalisations reliées aux maladies chroniques et, ainsi, diminuer les coûts et la mortalité qui y sont associés (Farrell et Keeping-Burke, 2014; van Nes et Sawatzky, 2010).



### Audrey Lavoie

Audrey Lavoie est infirmière clinicienne à l'Institut de Cardiologie de Montréal et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal sous la direction de Pre Véronique Dubé, professeure adjointe et titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers. Madame Lavoie

s'intéresse aux soins aux personnes âgées vivant avec une maladie coronarienne et plus particulièrement aux interventions infirmières visant l'adoption de comportements de santé chez cette clientèle.

Courriel : [audrey.lavoie.7@umontreal.ca](mailto:audrey.lavoie.7@umontreal.ca)

### Financement obtenu dans le cadre de ses études à la maîtrise :

Bourse d'excellence en rédaction à la maîtrise de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, concours 2018-2019.

Bourse d'études à la maîtrise du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, du Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec et son partenaire universitaire (Université de Montréal), concours 2017-2018.

Bourse Mireille-Ducros, concours FSI-donateurs 2017-2018.

Bourse de la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal, concours 2016-2017.

## RÉFÉRENCES

Arkkukangas, M., Sundler, A., Söderlund, A., Eriksson, S. et Johansson, A.-C. (2017). Older persons' experiences of a home-based exercise program with behavioral change support. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(12), 905-913. doi: 10.1080/09593985.2017.1359869

Brodie, D. A., Inoue, A. et Shaw, D. G. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 489-500. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.11.009

CONSORT. (2010). CONSORT 2010. Repéré à <http://www.consort-statement.org/checklists/view/32--consort-2010/72-trial-design>

Cronin, P., Ryan, F. et Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43. doi: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Cummings, S. M., Cooper, R. et Cassie, K. (2009). Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. *Research on Social Work Practice*, 19. doi: 10.1177/1049731508320216

Farrell, T. C. et Keeping-Burke, L. (2014). The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 8-15.

- Gouvernement du Québec. (2012). Les aînés du Québec - quelques données récentes. Repéré à [http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les\\_aines\\_du\\_Quebec.pdf](http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf)
- Grace, S. L., Shanmugasagaram, S., Gravely-Witte, S., Brual, J., Suskin, N. et Stewart, D. E. (2009). Barriers to cardiac rehabilitation: does age make a difference? . *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29(3), 183-187. doi: 10.1097/HCR.0b013e3181a3333c
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2010). R-AMSTAR - Évaluation de la qualité des revues systématiques. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R\\_Amstar\\_FR\\_21012015.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R_Amstar_FR_21012015.pdf)
- Lee, W. W., Choi, K. C., Yum, R. W., Yu, D. S. et Chair, S. Y. (2016). Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 331-341. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.010
- Lilienthal, K. R., Pignol, A. E., Holm, J. E. et Vogeltanz-Holm, N. (2014). Telephone-based motivational interviewing to promote physical activity and stage of change progression in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 22(4), 527-535. doi: 10.1123/japa.2013-0056
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. (2e éd.). Paris: InterEditions.
- Moral, R. R., Torres, L. A., Ortega, L. P., Larumbe, M. C., Villalobos, A. R., Garcia, J. A. et Rejano, J. M. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: a cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 977-983. doi: 10.1016/j.pec.2015.03.008
- Naar-King, S., Earnshaw, P. et Breckon, J. (2013). Toward a universal maintenance intervention: Integrating cognitive behavioral treatment with motivational interviewing for maintenance of behavior change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 126-137. doi: 10.1891/0889-8391.27.2.126
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS\\_doc.pdf/5cf7200c-b150-e7a1-bdd3-671a51376aad](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf/5cf7200c-b150-e7a1-bdd3-671a51376aad)
- Organisation mondiale de la Santé. (2018, 5 février 2018). Vieillesse et santé. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paradis, V., Cossette, S., Frasure-Smith, N., Heppell, S. et Guertin, M. C. (2010). The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 130-141. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181c52497
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach*. (1e éd.). États-Unis: Dow Jones-Irwin.
- Purath, J., Keck, A. et Fitzgerald, C. E. (2014). Motivational interviewing for older adults in primary care: a systematic review. *Geriatric Nursing*, 35(3), 219-224. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.02.002
- Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Tormakangas, T., Leinonen, R., Lintunen, T. et Rantanen, T. (2011). Effect of physical activity counseling on physical activity of older people in Finland. *Health Promotion International*, 27(4), 463-474. doi: 10.1093/heapro/dar057
- Sidani, S. et Braden, C. J. (2011) *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*: John Wiley & Sons, Ltd.
- Song, H. Y., Yong, S. J. et Hur, H. K. (2014). Effectiveness of a brief self-care support intervention for pulmonary rehabilitation among the elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease in Korea. *Rehabilitation Nursing*, 39(3), 147-156. doi: 10.1002/rnj.92
- Statistique Canada. (2015). Faits saillants de la recherche sur la santé et le vieillissement. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-631-x/11-631-x2016001-fra.htm>
- Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M. et Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1236-1244. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x
- Tse, M. M., Vong, S. K. et Tang, S. K. (2013). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 1843-1856. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x
- van Nes, M. et Sawatzky, J. A. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(12), 654-660. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00561.x
- von Bonsdorff, M. B., Leinonen, R., Kujala, U. M., Heikkinen, E., Tormakangas, T., Hirvensalo, M., . . . Rantanen, T. (2008). Effect of physical activity counseling on disability in older people: a 2-year randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2188-2194. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02000.x

# Pour toute communication avec l'AQIIG

4565, chemin Queen Mary,  
Montréal (Québec) H3W 1W5

514 340-2800, poste 3092  
[www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)  
[info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

## Membres du Conseil d'administration 2017-2018

**Ginette Labbé, présidente**  
[presidente@aqiig.org](mailto:presidente@aqiig.org)

**Sylvie Vallée, vice-présidente**

**Lawrence Fillion, trésorier**

**Olivette Soucy, secrétaire**

**Mylène Germain, administratrice**

**Marjolaine Landry, administratrice**

**Elena Maftei, administratrice**

**Annie Meslay, administratrice**

**Marilyne Richard, administratrice**

## À la recherche d'auteurs

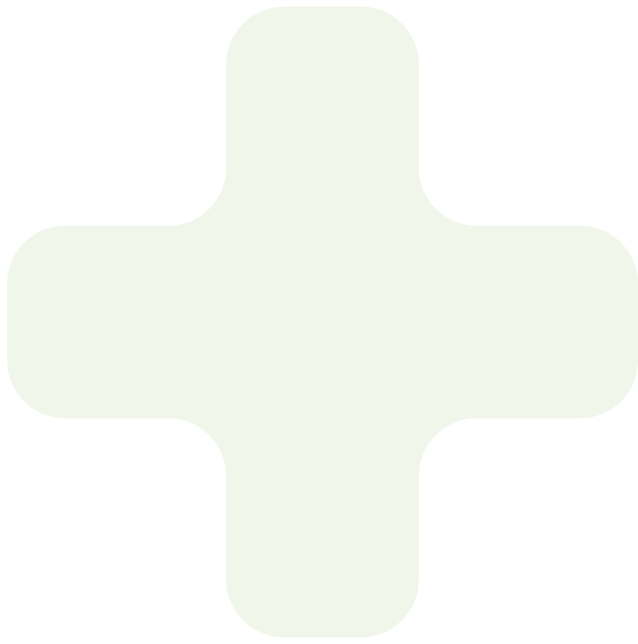
Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et voulez le faire connaître...  
Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...  
Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous joindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche d'articles qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances

Courriel de l'Association : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)





AQiiG 

The logo graphic consists of a cluster of five small crosses in yellow, green, blue, purple, and red, arranged in a cross pattern.

Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en gériologie