

Université de Sherbrooke

**Vers une meilleure prévention et gestion des symptômes comportementaux et
psychologiques de la démence en ressource intermédiaire : développement d'un
référentiel de compétences pour les préposés**

Par
Josée Prud'homme
Programme de Maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Longueuil, Québec, Canada
Juin 2018

Membres du jury d'évaluation
Chantale Beaucher, professeure agrégée, Faculté d'éducation
Département de pédagogie, Université de Sherbrooke
Chantal Sylvain, Programme de maîtrise professionnelle en pratiques de la réadaptation

© Josée Prud'homme, 2018

RÉSUMÉ

Problématique : Avec le vieillissement de la population, la prévalence de la population atteinte de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) est en croissance. En raison de la perte d'autonomie associée à la maladie, certaines personnes atteintes doivent avoir recours à un milieu de vie substitut telle une ressource intermédiaire (RI). Des compétences spécifiques sont nécessaires pour travailler auprès des personnes atteintes de TNCM pour prévenir et gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Toutefois, les préposés en RI n'ont pas nécessairement de formation de base en santé ni de repères au regard des compétences attendues. Un manque de connaissances ou une approche inadaptée sont pourtant des facteurs contributifs à l'émergence de SCPD qui engendrent des conséquences néfastes pour la personne âgée, ses proches et le personnel. Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest étant coresponsable de la qualité des services offerts dans les RI du territoire, un projet d'innovation concernant la prévention et la gestion des SCPD en RI était requis.

Objectifs : L'objectif général du projet d'innovation consiste à développer un référentiel de compétences accessible aux préposés en RI qui travaillent auprès des personnes âgées atteintes de TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD. Pour ce faire, le projet d'innovation est soutenu par deux sous-objectifs. Le premier sous-objectif est de déterminer les compétences attendues de la part des préposés. Quant au deuxième sous-objectif, il se traduit par le développement d'une version préliminaire d'un référentiel de façon à ce qu'il soit compréhensible et à la portée des préposés.

Méthodes : Une analyse documentaire a permis de recenser les compétences attendues potentielles de la part des préposés en RI pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD. La méthode Delphi a ensuite été utilisée pour rechercher un consensus sur les compétences devant composer le référentiel. Ainsi, trois questionnaires successifs ont été acheminés et complétés par des personnes-ressources en SCPD agissant à titre d'experts. Afin de rendre le référentiel accessible, une grille d'entrevue a été élaborée et des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de propriétaires et de personnes-ressources en RI. Ces entrevues avaient pour but de documenter le contexte des RI, le portrait des préposés et les stratégies pédagogiques à favoriser dans la transmission de nouvelles connaissances. Une analyse de contenu s'en est suivie pour dégager les éléments à prendre en compte pour l'accessibilité du référentiel. La validation d'une version préliminaire du référentiel a enfin été effectuée auprès de préposés en RI afin d'en adapter la forme et le langage à leurs besoins.

Résultats : La recension des écrits a mis en lumière l'absence d'écrits scientifiques spécifiques aux compétences attendues des préposés en RI pour favoriser la prévention et la

gestion des SCPD. Ce sont 16 sources documentaires issues de la littérature grise sur le sujet de la prise en charge des SCPD qui ont été retenues pour recenser les compétences attendues potentielles. Au terme de la méthode Delphi réalisée auprès de huit experts, 28 connaissances jugées essentielles, neuf qualités et cinq valeurs se sont avérées consensuelles et ont été intégrées au référentiel. L'analyse des entrevues semi-dirigées réalisées auprès de trois propriétaires et de deux personnes-ressources en RI a mis en évidence a) les enjeux importants de pénurie et de rétention de personnel ayant des conséquences sur les critères d'embauche et l'organisation du travail, b) le profil des préposés qui se définit entre autres par un degré de scolarisation moyen inférieur au 5^e secondaire, c) l'importance de favoriser un référentiel court, simple et précis pour en favoriser la lecture et la compréhension. De façon unanime pour les personnes interviewées, une mise en forme papier du référentiel était à privilégier. Les préposées rencontrées en RI ont pu exprimer leurs préférences au niveau du choix des mots et de la mise en forme du référentiel.

Conclusion : Les compétences attendues des préposés en RI sont exposées dans une version préliminaire d'un référentiel de compétences. Ce référentiel servira d'assise pour poursuivre les démarches de validation auprès de préposés en RI pour optimiser son accessibilité. Des stratégies pédagogiques adaptées seront à déployer de façon à ce que les préposés en RI puissent mettre en œuvre les connaissances, les qualités et les valeurs composant le référentiel dans un savoir-agir complexe relevant de la compétence afin de mieux prévenir et gérer les SCPD.

Mots-clés : Troubles neurocognitifs majeurs, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ressource intermédiaire, préposé, compétence.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	ix
REMERCIEMENTS	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE	3
1.1. Contexte des ressources intermédiaires	3
1.2. Personnel non-professionnel en ressource intermédiaire	5
CHAPITRE 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	7
2.1. Troubles neurocognitifs majeurs	7
2.2. Prise en charge des troubles neurocognitifs majeurs	8
2.2.1. Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence	8
2.2.2. Milieux de vie substituts	11
2.2.3. Philosophie d'intervention	12
2.3. La compétence	13
2.3.1. Le concept de compétence professionnelle	13
2.3.2. Le savoir-agir	14
2.3.3. Connaissances	14
2.3.4. Capacités	16
2.3.5. Attitudes	17
2.4. Stratégies pédagogiques et matériel didactique	19
CHAPITRE 3. OBJECTIFS	20
3.1. Objectif général	20

3.2. Objectifs spécifiques.....	20
CHAPITRE 4. MÉTHODES.....	21
4.1. Recension des écrits.....	21
4.1.1. Recherches dans les banques de données et la littérature grise.....	21
4.1.2. Sélection des sources.....	26
4.1.3. Analyse documentaire.....	26
4.2. Détermination des compétences attendues.....	27
4.2.1. Description de la méthode Delphi.....	27
4.2.2. Étapes de la méthode Delphi.....	28
4.2.3. Sélection des participants selon l'expertise.....	29
4.2.4. Préparation et distribution des questionnaires.....	31
4.2.5. Obtention d'un consensus.....	33
4.3. Détermination des éléments à considérer pour le référentiel.....	35
4.3.1. Échantillonnage.....	35
4.3.2. Guide d'entrevue et réalisation des entrevues semi-dirigées.....	37
4.3.3. Analyse de contenu des entrevues semi-dirigées.....	37
4.3.4. Validation auprès des préposés des éléments à considérer pour le référentiel.....	38
4.4. Mise en forme du référentiel.....	39
4.5. Considérations éthiques.....	39
4.6. Feuille de route.....	39
CHAPITRE 5. RÉSULTATS.....	41
5.1. Compétences attendues de la part des préposés en ressource intermédiaire.....	41
5.1.1. Compétences attendues selon les écrits scientifiques.....	41
5.1.2. Compétences attendues selon des experts du domaine.....	42
5.2. Éléments à considérer pour développer le référentiel de compétences.....	51
5.2.1. Description des données issues des entrevues avec les propriétaires et personnes-ressources en ressource intermédiaire.....	51
5.2.2. Éléments relatifs au profil des préposés.....	53
5.2.3. Éléments relatifs aux stratégies pédagogiques.....	54
5.2.4. Éléments relatifs au contexte des RI.....	56

5.2.5. Description des données et éléments à considérer issus des rencontres avec les préposés.....	56
5.3. Version préliminaire du référentiel de compétences	58
CHAPITRE 6. DISCUSSION	59
6.1. Interprétation des résultats.....	59
6.1.1. Les qualités intégrées au référentiel de compétences.....	59
6.1.2. Les connaissances intégrées au référentiel de compétences.....	60
6.1.3. Les valeurs intégrées au référentiel de compétences.....	64
6.1.4. Le développement du référentiel de compétences.....	66
6.2. Forces du projet d'innovation.....	67
6.3. Limites du projet d'innovation	69
6.4. Retombées dans la pratique	71
CONCLUSION	73
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75
ANNEXES	xi
ANNEXE 1 – CARTE COGNITIVE.....	xii
ANNEXE 2 – CARTE HEURISTIQUE POUR LE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES	xiii
ANNEXE 3 – LETTRE D'INVITATION POUR LES PERSONNES-RESSOURCES EN SCPD	xv
ANNEXE 4 – FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'INTÉRÊT POUR LES PERSONNES-RESSOURCES EN SCPD	xix
ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE TOUR 1.....	xxi
ANNEXE 6 – QUESTIONNAIRE TOUR 2.....	xxviii
ANNEXE 7 – QUESTIONNAIRE TOUR 3.....	xxxiii
ANNEXE 8 – EXTRAITS VISUELS DES QUESTIONNAIRES SUR GOOGLE FORMS	xxxvi
ANNEXE 9 – LETTRE D'INVITATION POUR LES PROPRIÉTAIRES OU PERSONNES-RESSOURCES EN RI	xxxviii
ANNEXE 10 – FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'INTÉRÊT POUR LES PROPRIÉTAIRES OU PERSONNES-RESSOURCES EN RI.....	xli

ANNEXE 11 – GUIDE D’ENTREVUE	xliv
ANNEXE 12 – LISTE DES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LE RÉFÉRENTIEL .	lii
ANNEXE 13 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE POUR LES PERSONNES-RESSOURCES EN SCPD	liii
ANNEXE 14 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PROPRIÉTAIRES ET LES PERSONNES-RESSOURCES EN RI	lviii
ANNEXE 15 – RÉSULTATS DE LA RECENSION DES ÉCRITS.....	lxi
ANNEXE 16 – LES 28 QUALITÉS DU QUESTIONNAIRE TOUR 1	lxiv
ANNEXE 17 – REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES SELON LES SIX CATÉGORIES DE CONNAISSANCES.....	lxvi
ANNEXE 18 – DIAGRAMME À BANDES DES QUALITÉS DU QUESTIONNAIRE TOUR 2	lxxiii
ANNEXE 19 – CARTE HEURISTIQUE POUR L’ANALYSE DE CONTENU DES ENTREVUES.....	lxxv
ANNEXE 20 – RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES	lxxvii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Classification des SCPD selon la nature des troubles	8
Tableau 2 - Liste des facteurs associés aux SCPD selon leur nature	9
Tableau 3 - Attitudes recherchées pour les auxiliaires aux services de santé et sociaux ainsi que pour les préposés aux bénéficiaires	18
Tableau 4 - Étapes d'atteinte des objectifs spécifiques	20
Tableau 5 - Seuil de consensus selon différents auteurs	34
Tableau 6 - Seuil de consensus pour les connaissances	34
Tableau 7 - Seuil de consensus pour les valeurs et les qualités.....	35
Tableau 8 - Connaissances essentielles suite au premier questionnaire	45
Tableau 9 - Argumentaire pour les conséquences possibles d'un délirium	47
Tableau 10 - Argumentaire pour la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Description d'un milieu de vie	12
Figure 2 - Plan de concept	23
Figure 3 - Étapes de la méthode Delphi	29
Figure 4 - Répartition des années d'expérience selon les participants.....	43
Figure 5 - Valeurs importantes issues du questionnaire Tour 1	46
Figure 6 - Taux de modifications des réponses entre les questionnaires du tour 1 et du tour 2 pour les conséquences possibles d'un délirium	47
Figure 7 - Taux de modification des réponses entre les questionnaires du tour 1 et du tour 2 pour la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence	48
Figure 8 - Diagramme à bandes pour les valeurs importantes issues du questionnaire Tour 2	50
Figure 9 - Catégories et sous-catégories issues de l'analyse des entrevues	52

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AVQ : Activité de la vie quotidienne

CHU de Rouen/CISMeF : Centre hospitalier universitaire de Rouen/ Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

HAS : Haute Autorité de Santé de France

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DEP : Diplôme d'études professionnelles

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

MeSH : Medical Subjects Headings

ORSAS : Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

RI : Ressource intermédiaire

RI-RTF : Ressource intermédiaire et ressource de type familial

SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

TNCM : Trouble neurocognitif majeur

UdS : Université de Sherbrooke

UQAR : Université du Québec à Rimouski

REMERCIEMENTS

Cet essai synthèse est le fruit d'un parcours de plusieurs années à la maîtrise accompagné de gens extraordinaires que je souhaite remercier du fond du cœur.

À Stéphane Richer, mon époux

Je te dois une partie de tous mes succès pour ton amour, ton support inconditionnel, tes encouragements et ton aide indispensable.

À Alexis et Sandrine Richer, mes enfants

J'espère avoir insufflé dans votre vie un exemple de détermination et de persévérance.

À Carmelle et André Prud'homme, mes parents

J'ai toujours senti votre fierté et votre appui.

À Martin Prud'homme, mon frère

Je sais que nos différences unissent nos forces.

À Chantale Beaucher, ma mentore

Tu as su m'accompagner à merveille pour chacune des étapes. J'admire ton intelligence.

À mes professeurs qui m'ont fait grandir par le partage de leurs savoirs

À mes confrères et consœurs de classe avec qui j'ai eu d'agréables échanges

À mes patrons, collègues et amis qui ont facilité la poursuite de mes études

Merci !
Auré

INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) est en constante croissance. Les TNCM peuvent être associés à des diagnostics précis plus connus tels que la maladie d'Alzheimer. D'ici les deux prochaines années, ce sont plus de 135 000 Québécois de plus de 65 ans qui en seront atteints (Gouvernement du Québec, 2014a). Avec la perte d'autonomie associée aux TNCM, une proportion considérable de personnes atteintes auront besoin d'un milieu de vie substitut au domicile au cours du continuum de la maladie. Parmi ces milieux de vie substitués, il y a notamment les ressources intermédiaires (RI). À cet égard, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest compte maintenant près d'une vingtaine de ressources de ce type, et ce, uniquement pour la Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Prendre soin d'une personne atteinte de TNCM est complexe. La personne atteinte éprouve de plus en plus de difficultés à reconnaître et exprimer ses besoins ce qui peut donner naissance à des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), communément appelés troubles du comportement. Les SCPD entraînent des impacts majeurs tant pour la personne atteinte que pour ses proches, le personnel et tous ceux qui l'entourent. Malgré cela, les préposés qui travaillent en RI n'ont pas nécessairement de formation de base en soins de santé ni de repères sur les compétences attendues. Dans un souci de qualité de services, il importe donc de se préoccuper de cette problématique.

Ainsi, le projet d'innovation, qui consistait à développer un référentiel de compétences accessible pour les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle atteinte de TNCM, a pu être réalisé. De l'identification de la problématique, aux méthodes utilisées, aux résultats obtenus, aux retombées concrètes dans la pratique ainsi qu'aux perspectives

futures de recherches, le présent essai synthèse aborde le cheminement du projet d'innovation.

CHAPITRE 1. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

La problématique concerne les compétences des préposés qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs en ressource intermédiaire et les enjeux de prévention et de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. La problématique est présentée sous deux volets fondamentaux indissociables, soient le contexte des ressources intermédiaires et le personnel non professionnel qui y travaille.

1.1. Contexte des ressources intermédiaires

Au Québec, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer augmente rapidement. La prévalence estimée pour 2020 dépasse les 135 000 personnes chez les 65 ans et plus (Gouvernement du Québec, 2014a). Le nombre de nouveaux diagnostics dans la province s'élevait à 23 000 en 2008 et l'incidence estimée pour 2030 est de plus de 45 000 cas par année (Gouvernement du Québec, 2017a). Les coûts relatifs à cette maladie neurodégénérative et les maladies apparentées représentent des milliards de dollars par année pour la société canadienne (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2015).

Dans une perspective plus locale, 14 % de la population de la Montérégie-Ouest était composée de personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui représentait 62 500 personnes en 2013 (Direction de santé publique de la Montérégie, 2015). Avec la population vieillissante, ce nombre devrait plus que doubler d'ici une vingtaine d'années (Direction de santé publique de la Montérégie, 2015). Pour cette région, des données récentes font état d'une prévalence de la maladie d'Alzheimer de 26,4 % chez les plus de 85 ans (Centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] de la Montérégie-Ouest, 2016a).

En raison de la perte d'autonomie associée à la maladie, les personnes atteintes peuvent avoir à recourir à une RI, c'est-à-dire un milieu de vie substitut au milieu naturel ou institutionnel. Une RI est un type de ressource reconnu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), tel que défini à l'article 302 :

Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. [...] (Légis Québec, 2017, p.113).

Le Cadre de référence sur les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) prévoit l'imputabilité de l'établissement de santé à l'égard de la qualité de l'ensemble des services rendus à l'utilisateur. Il prévoit également l'imputabilité de la ressource à l'égard de la qualité du milieu de vie et des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers rendus à l'utilisateur (Gouvernement du Québec, 2016). La RI et l'établissement de santé agissent donc en collaboration pour le mieux-être de l'utilisateur et cela sous-tend une entente formelle entre les deux parties¹.

En 2015, 25 % de toutes les places en RI-RTF étaient occupées par le programme service Soutien à l'autonomie des personnes âgées, ce qui représentait près de 9000 usagers (Gouvernement du Québec, 2016). Au CISSS de la Montérégie-Ouest, ce sont plus de 525 places en RI qui sont dédiées aux personnes âgées. Parmi ces usagers, on retrouve la clientèle ayant la maladie d'Alzheimer ou autres TNCM². Sur un total de 19 RI, dix accueillent exclusivement ou une majorité de personnes âgées avec des TNCM.

¹ Site d'intérêt : À propos – Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) à l'adresse <<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/>>.

² Le terme démence est remplacé par celui de trouble neurocognitif majeur (TNCM) dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (Crocq et Guelfi, 2015).

1.2. Personnel non-professionnel en ressource intermédiaire

Parmi les personnes œuvrant en RI se trouve le personnel non-professionnel. Ce type d'employé n'est pas tenu d'avoir une formation reconnue en soins de santé pour exercer son travail. Les membres du personnel qui effectuent les soins de base et d'assistance à l'utilisateur sont embauchés sous le titre d'emploi de préposé mais cela ne sous-tend pas nécessairement qu'ils aient suivi le programme d'études professionnelles d'Assistance à la personne en établissement de santé ou d'Assistance à la personne à domicile reconnu par le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec (Gouvernement du Québec, 2007a).

Lors de l'embauche des préposés, certaines formations sont offertes pour l'exercice de leurs fonctions (ex.: principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires, réanimation cardiovasculaire, application de la Loi 90). Or, les formations obligatoires à l'exercice de leurs fonctions n'incluent pas celles reliées aux TNCM. Actuellement, les préposés en RI offrant des services aux usagers ayant des TNCM peuvent, dans bien des cas, n'avoir aucune connaissance particulière ou formation reliée aux maladies, leurs manifestations et les façons d'intervenir pour répondre aux besoins des personnes âgées. Pourtant, l'importance de la formation pour le personnel travaillant quotidiennement auprès des personnes ayant des déficits cognitifs fait l'unanimité (Gouvernement du Québec, 2014b).

Certaines initiatives ministérielles de déploiement de formations reliées à la personne âgée se sont adressées aux préposés aux bénéficiaires du réseau public (Gouvernement du Québec, 2014c). Cependant, une large proportion de personnes âgées avec des TNCM se retrouve en ressource intermédiaire et aucun programme spécifique de formation n'y est dédié. Le personnel des RI ont accès, sur une base volontaire, à des formations offertes par les établissements de santé ou à tout autre formateur externe. Toutefois, il demeure difficile, à cette étape-ci, de savoir lesquelles sont les mieux adaptées aux besoins et aux profils du personnel en RI.

Au CISSS de la Montérégie-Ouest, plusieurs formations touchant les personnes âgées ayant des TNCM ont été offertes au personnel des ressources intermédiaires. Certains membres de l'équipe de psychogériatrie font également des démonstrations cliniques, du coaching ou proposent des pistes d'intervention lors de situations complexes avec des usagers présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Cependant, nous observons que l'intégration dans la pratique demeure limitée, entraînant ainsi des difficultés dans la réponse aux besoins de l'utilisateur. Pour que l'acquisition de nouvelles connaissances par les préposés soit empreinte de sens, cela présuppose la possibilité de faire le lien avec les compétences attendues dans le cadre de leur travail.

En amont des difficultés d'intégration dans la pratique des nouvelles connaissances, la notion de compétence des préposés est donc soulevée. N'appartenant à aucun ordre professionnel, les préposés ne peuvent s'appuyer sur des balises claires quant aux compétences attendues. Prendre soin d'une personne âgée ayant des TNCM requiert des savoirs spécifiques pour prévenir et gérer les SCPD. Sans repères pour traduire ces savoirs en comportement ou en situation, il devient difficile autant pour les propriétaires de RI que pour les gestionnaires de l'établissement de santé d'établir une norme et d'identifier les compétences à acquérir ou à faire progresser.

Dans un souci clinique d'amélioration de la pratique et de gestion efficiente des ressources, la question suivante est posée :

Quelles sont les compétences attendues de la part des préposés en ressource intermédiaire qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs pour favoriser la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence?

CHAPITRE 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette section aborde l'état des connaissances sous l'angle des principaux concepts touchés par le projet d'innovation. Ces principaux concepts sont les troubles neurocognitifs majeurs, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, la compétence ainsi que les stratégies pédagogiques incluant le matériel didactique.

2.1. Troubles neurocognitifs majeurs

La dénomination trouble neurocognitif majeur a remplacé le diagnostic de démence dans la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (Crocq et Delphi, 2015). Elle réfère à un ensemble précis de critères diagnostiques. Parmi ces critères, il y a le déclin significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) qui interfère avec l'autonomie de la personne (Crocq et Guelfi, 2015).

Il existe plusieurs sous-types de TNCM selon l'étiologie. Les maladies d'Alzheimer, vasculaire, à Corps de Lewy, de Parkinson, de Huntington ou d'autres étiologies sont rencontrées dans la pratique. Certaines étiologies entraînent des TNCM dégénératifs, dont la maladie d'Alzheimer. Ainsi, la personne âgée atteinte voit son fonctionnement cognitif, son comportement, son humeur, son autonomie fonctionnelle et sa qualité de vie affectés (Voyer, Danjou et Nkogho Mengue, 2013) allant vers une évolution marquée par une démence sévère et la mort (Crocq et Guelfi, 2015). L'espérance de vie après le diagnostic du trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer est en moyenne de 10 ans (Crocq et Guelfi, 2015).

2.2. Prise en charge des troubles neurocognitifs majeurs

2.2.1. Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Avec le diagnostic de trouble neurocognitif majeur, on associe la présence ou non de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) qui peuvent se manifester de diverses façons. L'INESSS (2015) propose une classification des SCPD selon qu'il s'agit de troubles affectifs et émotionnels, comportementaux, psychotiques ou neurovégétatifs. Le tableau 1 présente cette classification.

Tableau 1 - Classification des SCPD selon la nature des troubles

Troubles affectifs et émotionnels	Troubles comportementaux	Troubles psychotiques	Troubles neurovégétatifs
Dépression	Errance	Hallucinations	Sommeil (errance nocturne, syndrome crépusculaire, inversion cycle réveil-sommeil)
Anxiété	Vocalisations répétitives	Idées délirantes	
Apathie	Mouvements répétitifs ou stéréotypés	Troubles de l'identification	Conduites alimentaires inappropriées et oralité
Irritabilité	Désinhibition agressive		
Labilité émotionnelle	Désinhibition sexuelle		
Exaltation de l'humeur (euphorie)	Gloutonnerie		
	Comportements d'utilisation		
	Comportements d'imitation		

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs*. Québec : INESSS.

La prévalence des SCPD, quoique très variable selon les études, serait de 30 à 90 % chez les personnes ayant des déficits cognitifs (Bourque et Voyer, 2013). Il importe de mentionner qu'il existe un ensemble de facteurs associés qui peuvent coexister et contribuer à augmenter les SCPD. Ces facteurs, pour la plupart modifiables, sont catégorisés de diverses façons selon les auteurs. Il y a notamment la catégorisation selon les quatre natures de facteurs suivants: les facteurs médicaux, les facteurs psychologiques, les facteurs environnementaux et les facteurs liés à l'approche (Shang, 2012). Suivant cette catégorisation, Shang (2012) propose une liste de 25 facteurs tels qu'exposés dans le tableau 2.

Tableau 2 - Liste des facteurs associés aux SCPD selon leur nature

Facteurs médicaux et pharmacologiques	Facteurs psychologiques	Facteurs environnementaux	Facteurs liés à l'approche
Douleur	Anxiété	Surstimulation ou sous stimulation	Approche inadaptée à l'individu
Délirium	Dépression	Environnement inadapté	Approche inadaptée à la situation
Besoins de base non comblés	Problème d'adaptation au milieu	Facteurs liés à la routine	Éléments liés à l'organisation des services
Antécédents ou troubles psychiatriques	Isolement	Changements dans l'environnement	
Déficits sensoriels	Problèmes de communication	Interactions avec la famille ou autres personnes	
Facteurs liés à la médication	Besoins socio-affectifs non comblés		
Abus de substances	Deuil/perte		
Autres conditions médicales	Traits ou troubles de la personnalité		

Shang, M. (2012). *Algorithme montérégien de gestion des troubles du comportement : Démarche de création et recommandations d'experts*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les préposés en RI qui possèdent les compétences requises pour travailler auprès de la clientèle ayant des TNCM peuvent agir favorablement sur plusieurs des facteurs considérés modifiables. À titre d'exemple, une routine non respectée, une approche inadaptée à l'utilisateur ou à la situation et la surstimulation sont des facteurs sur lesquels les préposés peuvent agir quotidiennement pour limiter les SCPD

L'importance des compétences des préposés peut être mise en évidence par l'impact sur la qualité des services qui sont offerts aux usagers. Dans la pratique clinique, les difficultés d'offrir des services adaptés à l'utilisateur présentant des TNCM compromettent la possibilité de répondre adéquatement à ses besoins. Une approche inadéquate, une réponse inappropriée à un besoin ou des stratégies d'intervention non adaptées peuvent contribuer à l'augmentation des SCPD. Pourtant, la littérature fait état de la panoplie de conséquences défavorables reliées aux SCPD pour l'utilisateur, les proches, les autres personnes résidant dans le même milieu de vie et les soignants (Bourque et Voyer, 2013). Le recours à l'utilisation de médicaments psychotropes ayant des impacts néfastes sur la santé et l'autonomie de l'utilisateur, les transferts évitables à l'urgence, les relocalisations précoces en centre d'hébergement et l'augmentation des coûts de santé sont autant de conséquences reliées aux SCPD. L'utilisateur peut également subir d'autres conséquences en provenance de son entourage ou des soignants « qui peuvent se traduire par un rejet, de l'abandon, de l'"étiquetage" ou un langage blessant » (Bourque et Voyer, 2013, p.452). Pour les proches, les sentiments d'impuissance, de culpabilité, de honte ou d'anxiété sont également des conséquences des SCPD (Bourque et Voyer, 2013).

Bourque et Voyer (2013) font état d'auteurs (Livingston *et al.*, 2005; Rayner *et al.*, 2006; Duron *et al.*, 2010) qui rapportent que les soignants de personnes atteintes de démence sont davantage fatigués, stressés et souffrent davantage d'épuisement professionnel. Certains de ces auteurs ont également observé des taux d'absentéisme et de roulement de personnel plus élevés dans les unités de soins pour les personnes ayant des TNCM (Bourque et Voyer, 2013).

2.2.2. *Milieus de vie substitués*

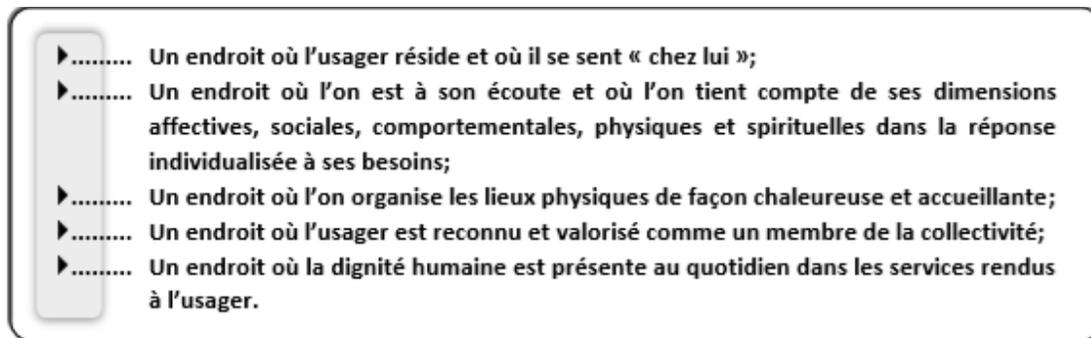
En 2009, un comité d'experts a émis un rapport en vue de l'élaboration d'un plan d'action ministériel pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (Gouvernement du Québec, 2009). Dans ce rapport encore d'actualité dans la pratique professionnelle, une des actions prioritaires proposées aborde le choix d'un milieu de vie de qualité aux stades avancés de la maladie. Le rapport fait état du peu de ressources d'hébergement substitués qui sont capables de répondre à l'ensemble des besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, entraînant des conséquences importantes sur la personne et sa famille. Ces conséquences peuvent se traduire par un échec de l'intégration dans un milieu de vie substitut, une relocalisation, des hospitalisations et un risque de déclin fonctionnel. Plusieurs causes sont exposées dans le rapport pour expliquer les difficultés vécues dans les milieux de vie substitués qui incluent les ressources intermédiaires. Deux de ces causes sont intimement liées à l'innovation :

1. La difficulté d'offrir des soins personnalisés qui respectent les caractéristiques et les besoins des personnes, expliquée entre autres par la sélection inadéquate du personnel;
2. La formation inadéquate du personnel concernant l'approche à adopter en présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Au cours des dernières années, un groupe d'experts (Gouvernement du Québec, 2014b) a identifié les thèmes que devrait couvrir la formation du personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des déficits cognitifs. Puisque l'établissement de santé doit être un partenaire clé dans la qualité des services offerts, il existe une pertinence clinique de s'inspirer de ces thèmes pour amorcer une réflexion sur les compétences relatives à la prévention et la gestion des SCPD qui y sont reliées. Le but est d'influencer favorablement les services offerts à la clientèle ayant des TNCM.

2.2.3. Philosophie d'intervention

Le cadre de référence en RI-RTF prévoit que le milieu de vie constitue une composante essentielle d'une ressource (Gouvernement du Québec, 2016). La figure 1 décrit ce qu'est un milieu de vie.



Tiré de Gouvernement du Québec (2016). *Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Figure 1 - Description d'un milieu de vie

La notion de dignité évoquée dans le milieu de vie occupe également une place importante dans le programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie présentant des SCPD (Gouvernement du Québec, 2008). La prise en considération des besoins des clientèles dans une approche globale de la personne (Gouvernement du Québec, 2017a), de même que le maintien de l'autonomie et des capacités résiduelles, ressortent comme des éléments phares dans les interventions à préconiser avec les personnes âgées ayant des TNCM (Coalition canadienne pour la *santé mentale des personnes âgées lignes directrices nationales*, 2006; Gouvernement du Québec, 2016; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2017).

En parcourant la littérature, certains grands principes d'intervention à l'égard de la clientèle présentant des SCPD semblent se dégager. Parmi ceux-ci, il y a le courant de

pensée voulant que les SCPD sont la manifestation d'un besoin compromis (British Columbia Ministry, 2012 ; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006, Gouvernement du Québec, 2014b; Bourque et Voyer 2013). L'utilisation de l'approche non pharmacologique individualisée avant l'approche pharmacologique est aussi à préconiser (British Columbia Ministry, 2012 ; Gouvernement du Québec, 2014b ; Haute Autorité de Santé [HAS], 2009a). De plus, le choix des interventions doit s'effectuer selon les causes des SCPD (British Columbia Ministry, 2012 ; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2017; Gouvernement du Québec, 2014b; Voyer, Gagnon et Germain, 2009). Finalement, les proches occupent une place importante pour la participation au plan d'intervention (Gouvernement du Québec, 2014b) et pour favoriser le maintien des liens significatifs pour l'usager (Gouvernement du Québec, 2016).

2.3. La compétence

2.3.1. Le concept de compétence professionnelle

Le concept de compétence professionnelle mobilise différents types de savoirs. Selon l'Office québécois de la langue française, la compétence professionnelle se définit comme étant la « combinaison des savoirs, des savoirs-faire et des savoirs-être qui s'expriment dans le cadre d'une situation de travail concrète » (Gouvernement du Québec, 2006, n.p). Le savoir fait référence à un « ensemble des connaissances acquises qui ont été approfondies par une activité mentale suivie » (Gouvernement du Québec, 2001, n.p). Quant au savoir-faire, il est lié à la « mise en œuvre d'un savoir et d'une habileté pour une réalisation d'ordre pratique dans l'exercice d'une activité professionnelle » (Gouvernement du Québec, 2007b, n.p). Le troisième type de savoir composant la compétence professionnelle est le savoir-être qui se décrit comme étant l'« ensemble des aptitudes personnelles que possède un individu et qui peuvent lui être utiles dans son travail » (Gouvernement du Québec, 2017b, n.p).

Pour la question faisant l'objet de l'innovation, il faut donc entendre par compétence la mobilisation de savoirs de ces trois types permettant aux préposés en RI de

mieux prévenir et gérer les SCPD chez les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs.

2.3.2. *Le savoir-agir*

La fragmentation du concept de compétence en types de savoirs peut certainement en simplifier sa compréhension. Toutefois, elle peut être complétée par la définition proposée par plusieurs auteurs qui tiennent compte d'un degré de complexité plus élevé (Le Boterf, 2002; Gouvernement du Québec, 2005; Tardif, 2006; Louis, 2008). En effet, la compétence fait également référence au savoir-agir qui se traduit par la capacité de savoir quoi faire et quand le faire dans des situations où l'employé ne dispose pas de toutes les informations requises (Le Boterf, 2002).

« La compétence ne peut plus être considérée comme une somme des savoirs, de savoir-faire et de savoir-être : [...]. Pour faire face à un événement, pour résoudre un problème, pour prendre une initiative, un employé doit savoir non seulement sélectionner et mobiliser des ressources (connaissances, capacités, attitudes, capacités cognitives...), mais il doit aussi savoir les organiser. (Le Boterf, 2002, p.1) ».

Ci-dessous, trois de ces ressources, soient les connaissances, les capacités et les attitudes sont contextualisées au projet d'innovation. Elles sont également schématisées dans la carte cognitive versée à l'annexe 1.

2.3.3. *Connaissances*

Les connaissances nécessaires pour œuvrer auprès des personnes ayant un TNCM qui ont fait l'objet d'un consensus d'experts (Gouvernement du Québec, 2014b) sont celles-ci :

- Types de démence et symptômes associés
 - o symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
 - o épidémiologie
 - o classification

- présentation clinique
- Évaluation de la personne présentant des SCPD
 - description du comportement
 - identification des causes
 - recours à une grille d'observation
- Grands principes d'intervention en présence de SCPD
 - approche de base
 - recadrage
 - principes non pharmacologiques
 - principes pharmacologiques
 - approches à adopter devant :
 - la résistance aux soins d'hygiène
 - les cris et les comportements moteurs répétitifs
 - les comportements d'errance
 - la désinhibition sexuelle
 - la désinhibition agressive
 - le syndrome crépusculaire et les autres troubles du sommeil
- Manifestations et soins du délirium
- Médicaments
 - psychotropes utilisés pour réduire ou traiter les SCPD et leurs effets
 - médicaments PRN
- Autres approches non pharmacologiques des SCPD
- Interventions environnementales

Il est à noter que les thèmes énumérés par le groupe d'experts ne permettent pas d'établir les nuances à considérer dans les connaissances à acquérir selon les différents titres d'emploi.

2.3.4. Capacités

Les programmes d'études professionnelles d'Assistance à la personne en établissement de santé ou d'Assistance à la personne à domicile sous-tendent des référentiels de compétences générales et spécifiques qui peuvent se traduire en comportement ou en situation selon le contexte de travail (Gouvernement du Québec, 2015). Certaines de ces compétences peuvent servir d'inspiration pour déterminer les capacités attendues des préposés en RI puisqu'aucun référentiel de compétence n'est disponible en ce qui a trait à la prise en charge spécifique des usagers ayant des TNCM.

Les RI doivent également fournir des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers pour les usagers (Gouvernement du Québec, 2016). Inspiré de ces services, des capacités peuvent être formulées en ce qui a trait aux tâches réalisées par les préposés.

Sans égard à un titre d'emploi particulier, certains cadres de référence élaborés par des établissements de soins de longue durée font mention de capacités du personnel requises pour prendre en charge les usagers ayant des TNCM. À titre d'exemple, les capacités suivantes ont été retrouvées dans les cadres de références sous les libellés savoir-faire ou habiletés :

- Adapter son rythme à celui de la personne (Centre de santé et de services sociaux [CSSS] Alphonse-Desjardins – Centre affilié universitaire de Lévis, 2012);
- Utiliser les techniques d'intervention de modification comportementale (CSSS Alphonse-Desjardins – Centre affilié universitaire de Lévis, 2012);
- Gérer les troubles de comportements (CSSS Alphonse-Desjardins – Centre affilié universitaire de Lévis, 2012);
- Travailler en équipe (CSSS Alphonse-Desjardins – Centre affilié universitaire de Lévis, 2012);
- Entrer en contact, communiquer efficacement avec la personne atteinte de démence (CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2013);

- Pouvoir appliquer diverses stratégies pour répondre aux besoins d'hygiène de la personne (CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2013);
- Utiliser différentes approches pertinentes avec les personnes atteintes de troubles cognitifs : validation, diversion, réminiscence, stimulation sensorielle (CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2013).

2.3.5. Attitudes

L'analyse de profession effectuée par le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (Gouvernement du Québec, 2015) pour les auxiliaires aux services de santé et sociaux ainsi que pour les préposées et préposés aux bénéficiaires laisse apparaître plusieurs similitudes avec le travail des préposés en RI. Cette analyse de profession fait état des attitudes recherchées sur les plans personnel, relationnel et de l'éthique professionnelle telles que présentées dans le tableau 3 à la page suivante. Ces attitudes s'appliquent à l'ensemble des clientèles rencontrées dans la pratique des auxiliaires aux services de santé et sociaux ou des préposées et préposés aux bénéficiaires, incluant la clientèle ayant des TNCM (Gouvernement du Québec, 2015).

En ce qui a trait aux aptitudes personnelles nécessaires pour travailler spécifiquement auprès des personnes ayant des TNCM, le rapport Bergman (Gouvernement du Québec, 2009) fait mention de l'empathie, de la flexibilité et de la patience. D'autres aptitudes sont également mentionnées dans des cadres de référence élaborés par les établissements de soins de longue durée, dont le sens de l'observation, la tendresse et l'affection (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2016b), la curiosité, l'estime envers la clientèle, l'autocritique et la persévérance (CISSS des Laurentides, s.d).

Tableau 3 - Attitudes recherchées pour les auxiliaires aux services de santé et sociaux ainsi que pour les préposés aux bénéficiaires

Personnel	Relationnel	Éthique professionnelle
Un bon équilibre affectif	L'empathie ou la capacité de comprendre la réalité vécue par la personne	Le respect de la confidentialité
L'autonomie, l'initiative et la débrouillardise	La politesse, qui se traduit, entre autres, par le vouvoiement et l'absence d'infantilisation	Le respect de la philosophie de son employeur et du plan de soins ou d'intervention établi
L'ouverture d'esprit		L'adoption d'une attitude professionnelle en tout temps (langage, sujets abordés, tenue vestimentaire, etc.)
La confiance en soi	Le respect de la personne, de son environnement, de ses biens, de son rythme, de son intimité, etc.	La préoccupation d'éviter les situations de conflits d'intérêts.
La capacité d'agir rapidement et efficacement	Un bon sens de l'humour, qui peut souvent désamorcer des situations difficiles ou des conflits	
La capacité de gérer son stress et ses émotions et de se distancier des situations difficiles	La patience et l'écoute	
	La capacité d'adaptation aux différentes situations, personnes, valeurs, etc.	
	L'entregent ou une facilité à établir un lien de confiance avec différentes clientèles.	
	La capacité de collaborer avec ses collègues de travail.	

Gouvernement du Québec (2015). *Actualisation des analyses de profession. Auxiliaires aux services de santé et sociaux. Préposées et préposés aux bénéficiaires*. Québec : Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Ces différents référentiels, bien qu'aucun ne soit totalement adapté au contexte des préposés en RI œuvrant avec des personnes âgées atteintes de TNCM, constituent à différents niveaux, une base valable sur laquelle s'appuyer.

2.4. Stratégies pédagogiques et matériel didactique

L'enseignement magistral (Desbiens, Kozanitis et Lanoue, 2015), le coaching (Dunst, Trivette, et Hamby, 2010) ou les méthodes de cas (Hammond, 2002 ; Mathieu, 2001 ; Van Stappen 1989) sont des stratégies pédagogiques parmi tant d'autres qui pourraient être considérées pour l'appropriation des compétences attendues. Considérant différentes stratégies d'apprentissage destinées à des adultes, Dunst *et al.* (2010) font état d'apprentissages facilités lorsque les apprenants sont plus activement impliqués. Dans ce processus d'acquisition des compétences, du matériel didactique peut faciliter les apprentissages. Ce matériel peut prendre plusieurs formes : manuels, photocopies, diapositives, documents audio ou vidéo, logiciels, outils, machines, matières premières, etc. (Gagnon, Beaucher, 2016). Dans la perspective de développement de matériel didactique pour s'approprier les compétences attendues de la part des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle âgée ayant des TNCM, il importe de s'attarder à la première étape soit celle de la planification. Parmi les questions à se poser à l'étape de la planification, Gagnon et Beaucher (2016), soulèvent entre autres la suivante, qui bien que simple en apparence, est fondamentale : Qui sont les participants ?

Cette question soulève donc l'intérêt, voire le devoir, de mieux connaître la réalité des RI et ce qui caractérise les préposés qui y travaillent.

CHAPITRE 3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

L'objectif général du projet d'innovation consiste à développer un référentiel de compétences accessible aux préposés en RI qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD.

3.2. Objectifs spécifiques

En vue d'atteindre l'objectif général, deux objectifs spécifiques sont identifiés. Le premier objectif spécifique est de déterminer les compétences attendues des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle atteinte de TNCM. Le deuxième objectif spécifique est de développer une version préliminaire du référentiel de compétences de façon à ce qu'il soit accessible aux préposés en RI. Le terme accessible réfère à son intelligibilité pour le public visé en termes de langage et de forme. Ceci prend une importance capitale en ce sens où le référentiel, s'il n'est pas compréhensible et à la portée des préposés risque d'être simplement rejeté. Les quatre principales étapes nécessaires à l'atteinte des objectifs spécifiques sont énoncées au tableau 4.

Tableau 4 - Étapes d'atteinte des objectifs spécifiques

Objectifs spécifiques	Étapes
1. Établir un référentiel de compétences pour les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM.	<ul style="list-style-type: none"> a. Recenser un ensemble de compétences attendues potentielles. b. Rechercher un consensus auprès de personnes-ressources en SCPD sur les compétences devant composer le référentiel.
2. Développer une version préliminaire du référentiel de compétences de façon à ce qu'il soit accessible pour les préposés en RI.	<ul style="list-style-type: none"> c. Établir un portrait de la réalité des RI pour déterminer la mise en forme préliminaire d'un référentiel de compétences pouvant être applicable. d. Mettre en forme de façon préliminaire le référentiel de compétences.

CHAPITRE 4. MÉTHODES

Afin de développer un référentiel de compétences pour les préposés en RI, différentes méthodes ont été utilisées en cohérence avec chacun des objectifs spécifiques. Afin d'établir un référentiel de compétences pour les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM, une recension des écrits a d'abord été effectuée. Par la suite, une analyse documentaire a été menée par le biais d'une démarche de catégorisation afin de recenser un ensemble de compétences attendues potentielles. Cette démarche de catégorisation a permis de créer les questionnaires administrés dans le cadre de la méthode Delphi. La méthode Delphi a été utilisée auprès de personnes-ressources en SCPD afin de rechercher un consensus sur les compétences devant composer le référentiel. Pour mettre en forme de façon préliminaire le référentiel de compétences, des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de propriétaires et de personnes-ressources en RI. Synthétisée dans une carte heuristique, une analyse de contenu des données issues des entrevues a permis d'exposer le contexte des RI incluant le profil des préposés. Une rencontre avec des préposés en RI a permis d'adapter la forme et le langage de la version préliminaire. L'ensemble des méthodes utilisées a été régi par une feuille de route et des considérations éthiques.

4.1. Recension des écrits

4.1.1. *Recherches dans les banques de données et la littérature grise*

Une recension des écrits a d'abord été réalisée pour documenter les compétences qui pourraient être attendues des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD. La recension des écrits a été effectuée en respectant une séquence visant d'abord les publications ayant les plus hauts niveaux de preuves scientifiques. Ainsi, la pyramide de preuve et l'utilité comparée des différents types de publication de Fleury (2015a, 2015b) ont été utilisées en guise de référence.

Pour amorcer la recension des écrits, un plan de concept a été dressé en respectant les étapes suivantes:

1. Détermination des concepts principaux à l'aide de la boîte à outils de l'UQAR (Université du Québec à Rimouski, s.d)³;
2. Validation de la terminologie des concepts avec les Medical Subjects Headings (MeSH) (U.S. National Library of Medicine, s.d)⁴;
3. Traduction des concepts;
4. Élaboration du plan de concept tel que présenté à la figure 2.

³ Site téléaccessible à l'adresse <<http://boiteaoutils.uqar.ca/>>.

⁴ Site téléaccessible à l'adresse<<https://meshb.nlm.nih.gov/search>>.

1. Définir son sujet

Quelles sont les compétences attendues des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD?

2. Découper le sujet en concepts
ATTENTION : éviter les termes qui décrivent les relations entre les idées : causes, impacts, effets, situation, tendances, etc.

Concept 1	Concept 2	Concept 3	Concept 4
Compétence	Préposé	Trouble neurocognitif	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

3. Trouver des synonymes - s'il y a lieu, utiliser la troncature (*) et les guillemets (" ")

	Concept 1	Concept 2	Concept 3	Concept 4
Synonymes	Aptitude	Intervenant	Démence	SCPD
	Habilité	Soignant	Alzheimer	
	Savoir	Aide-soignant		
	Savoir-être	Aide-infirmier		
	Savoir-faire			
	Qualité			

4. Traduire les mots-clés en anglais - s'il y a lieu, utiliser la troncature (*) et les guillemets (" ")

	Concept 1	Concept 2	Concept 3	Concept 4
Synonymes	Competen-oe/cy/cies	Nursing auxiliar-y/ies	Neurocognitive disorder	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
	Ability	Nurse aide	Alzheimer	BPSD
	Skill			
	Aptitude			
	Qualit-y/ies			

Tiré de l'Université du Québec à Rimouski. *Le plan de concept*. Compétences informationnelles. La boîte à outil en sciences infirmières. Site téléaccessible à l'adresse <<http://boiteaoutils.uqar.ca/ci-sciences-infirmieres/sujet.php>>.

Figure 2 - Plan de concept

Les banques de données pour les écrits scientifiques ont ensuite été consultées en utilisant les stratégies de recherche suivantes :

1. Recherche avancée dans Cinhal, Pubmed et l'Outil de découverte de l'Université de Sherbrooke (UdS)⁵ avec les mots-clés des concepts 1, 2, 3, 4 et les marqueurs booléens suivants : competenc* OR aptitude OR habileté OR savoir OR qualit* OR abilit* OR skill **AND** préposé OR intervenant OR soignant OR aide-soignant OR

⁵ L'Outil de découverte a des licences avec les éditeurs de périodiques et non avec les banques de données.

aide-infirmier OR nursing auxiliar* OR nurse aide **AND** trouble neurocognitif OR démence OR Alzheimer OR neurocognitive disorder OR dementia **AND** symptômes comportementaux et psychologiques de la démence OR SCPD OR Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia OR BPSD OR neuropsychiatric symptom;

2. Vu le nombre important de publications, des ajouts de critères de tri ont été ajoutés tels que 1) anglais ou français; 2) année de publication entre 2007 et 2017; 3) mots-clés dans les sujets de recherche; 4) concept dans le titre;
3. Reprise de la recherche avancée dans les trois mêmes banques de données que précédemment en variant la combinaison des mots clés et en utilisant les marqueurs booléens⁶;
4. Recherche indépendante avec la terminologie « ressource intermédiaire » vu la spécificité québécoise associée à ce concept.

Les différentes combinaisons des concepts et les résultats obtenus sont explicités au chapitre cinq.

En raison de l'absence d'écrit scientifique pertinent pour établir le référentiel de compétences, la recension des écrits s'est poursuivie dans la littérature grise de la façon suivante :

1. Recherche ciblée sur le site de la Haute Autorité de Santé de France (HAS)⁷ pour trouver les guides de pratiques au niveau des troubles neurocognitifs majeurs et des SCPD;
2. Recherche sur le site internet de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) avec la terminologie francophone du plan de concept⁸;

⁶ Les différentes combinaisons de concepts sont explicitées à l'annexe 15.

⁷ Site téléaccessible à l'adresse <<https://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249588/fr/accueil>>.

⁸ La recherche avancée n'est pas possible sur ce site. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.inesss.qc.ca/>>.

3. Recherche ciblée sur le site internet du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Evidence Search⁹ pour les guides de pratiques au niveau des troubles neurocognitifs majeurs dans les réseaux de santé publics ;
4. a) Recherche avec les moteurs de recherche Google et Google Scholar en utilisant principalement « ressource intermédiaire » entre guillemets pour filtrer les résultats;
b) poursuite avec une recherche ciblée de référentiel de compétences pour les préposés;
5. Recherche avancée sur le site internet du CHU de Rouen/CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française)¹⁰ avec la terminologie francophone du plan de concept;
6. Consultation de divers documents de références utilisés dans la pratique professionnelle (guides de pratiques ministériels, livres de références, cadres de références d'autres établissements pour des unités accueillant de la clientèle ayant des SCPD en soins de longue durée au Québec, etc.);
7. Obtention de deux documents de référence sur le programme ministériel de formation professionnelle de préposés par ma mentore;
8. a) Consultation d'un programme de formation ministérielle conçu pour les préposées aux bénéficiaires en centre d'hébergement travaillant auprès des personnes âgées ayant des TNCM et des SCPD;
b) Participation à un atelier de lancement provincial sur le programme OPUS-AP (Optimiser les pratiques, les usages et les soins – Antipsychotiques) dont un contenu de formation s'adressait notamment à des préposés aux bénéficiaires en centre d'hébergement pour la gestion des SCPD¹¹. Il s'agissait d'un programme dont le contenu scientifique implique notamment la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, l'INESSS et le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

⁹ Site téléaccessible à l'adresse <<https://www.evidence.nhs.uk/>>.

¹⁰ Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>>.

¹¹ Une portion significative de cet atelier de lancement a été résumée dans le document intitulé *Fiche d'accompagnement* (INESSS, s.d) diffusé en début d'année 2018.

4.1.2. *Sélection des sources*

Puisqu'aucun écrit scientifique de haut niveau de preuve n'a été retenu, la sélection des sources en provenance de la littérature grise a reposé principalement sur les deux critères d'appréciation suivants : l'applicabilité et la crédibilité. L'applicabilité des contenus renvoie « à notre réalité, au regard de nos valeurs, de notre culture et de nos ressources » (Fleury, 2015a, p.10). La crédibilité de l'ouvrage et de ses conclusions réfère à la « qualité des auteurs et leur manière de faire » (Fleury, 2015a, p10).

Étant donné le peu d'écrits sur les qualités attendues des préposés, trois cadres de références établis pour des unités accueillant de la clientèle ayant des SCPD en soins de longue durée au Québec ont été retenus (Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins – Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis, 2012; CISSS des Laurentides, s.d; CISSS de la Montérégie-Ouest, 2017). Toutefois, ces cadres de références ont servi uniquement à documenter les qualités. Ils n'ont pas été utilisés pour déterminer les connaissances attendues potentielles vu le très faible niveau de preuve ou l'impossibilité de valider les références bibliographiques soutenant leur élaboration.

4.1.3. *Analyse documentaire*

Une fois la sélection des sources retenues pour constituer le référentiel, une analyse documentaire a été effectuée par le biais d'une démarche de catégorisation. La démarche de catégorisation a été réalisée en suivant les trois étapes suivantes :

1. Extraction de tous les éléments contenus dans les écrits pouvant être associés à des compétences reliées à la prise en charge de la clientèle ayant des TNCM afin de prévenir et gérer les SCPD
 - Les éléments ont été colligés dans des tableaux récapitulatifs par source et par types de compétences;
2. Utilisation de la méthode « Post-it »
 - Puisqu'une même compétence pouvait se traduire de différentes façons selon les auteurs, la méthode post-it a été utilisée afin d'effectuer des regroupements.

« La méthode des "post-it" (du nom d'une marque de papillons adhésifs amovibles) constitue en quelque sorte une variante du réseau conceptuel hiérarchique » (Gagnon et Beaucher, 2017, p.168). Cette méthode a d'abord nécessité de noter sur des papillons les éléments de compétence. Par la suite, il est devenu plus facile de visualiser les compétences citées par plus d'un auteur et de les déplacer pour faire des regroupements. Cette méthode a également permis de retirer les compétences ne pouvant être attribuées à un préposé (ex. : actes réservés d'évaluation professionnelle par une infirmière ou un médecin);

3. Schématisation des compétences dans une carte heuristique versée à l'annexe 2
 - « Une carte heuristique est une méthode d'organisation des contenus qui se caractérise par le concept principal au centre et différentes branches qui peuvent aller dans tous les sens pour indiquer les concepts ou les éléments de contenu » (Gagnon et Beaucher, 2016, p.168). La carte heuristique a été conçue à partir de six catégories de connaissances et des qualités qui ont émergé de la recension des écrits. Les catégories étaient a) les TNCM, b) le délirium, c) les SCPD, d) les interventions non pharmacologiques, e) les interventions pharmacologiques, f) les situations de crise;
 - Puisque les compétences ont été induites à partir de différentes formulations dans les écrits, elles ont toutes été reformulées pour se situer plutôt au niveau de connaissances à l'exception des qualités.

4.2. Détermination des compétences attendues

4.2.1. Description de la méthode Delphi

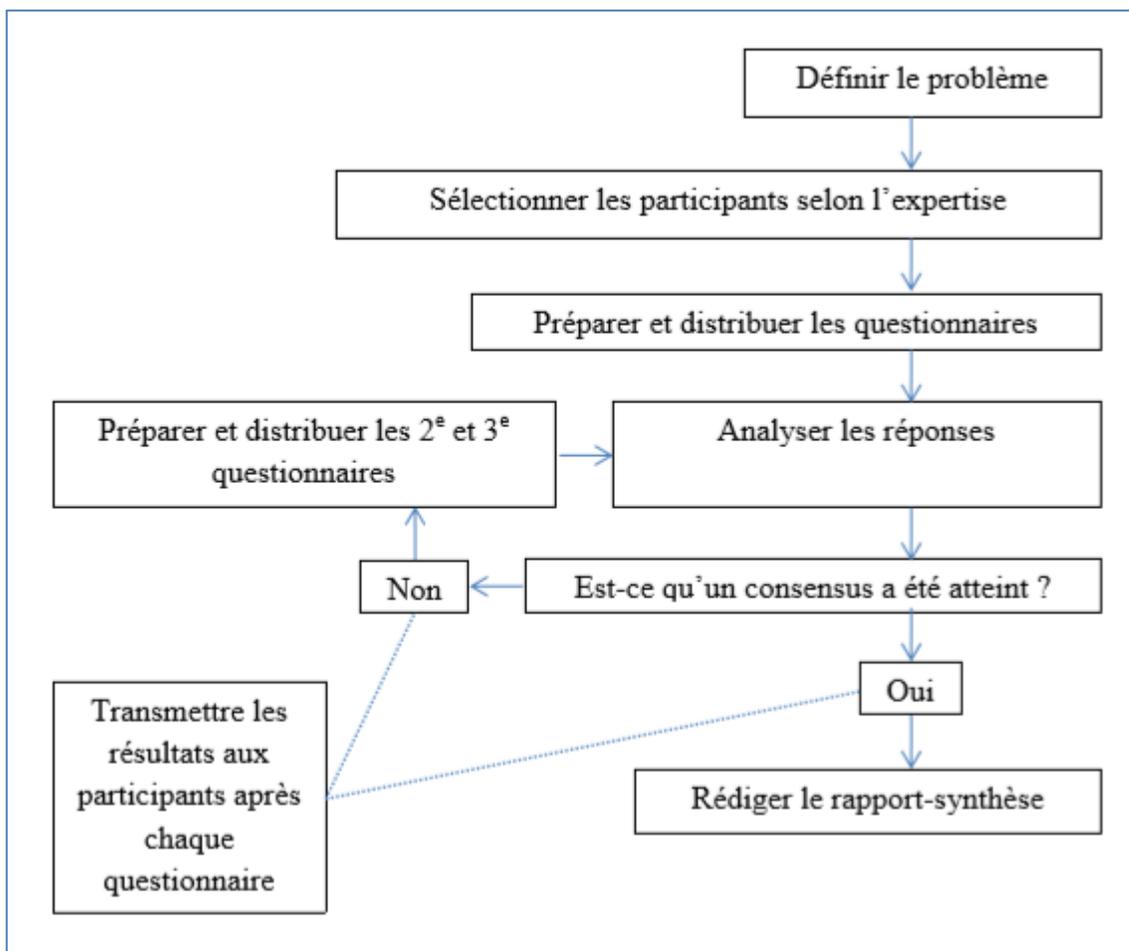
La méthode Delphi par courrier électronique a été utilisée auprès de personnes-ressources en SCPD afin de rechercher un consensus sur les éléments devant faire partie du référentiel de compétences. La méthode Delphi est une méthode de consultation d'experts sur un sujet précis (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine [ORAS], 2009). Elle a pour but de mettre en évidence des convergences et des consensus notamment pour lever des incertitudes dans le cadre du développement d'un projet (ORSAS, 2009). Cette méthode repose sur le rationnel que « deux têtes valent mieux

qu'une » [Traduction libre] (Dalkey, 1969, p.v) lorsque le problème découle du fait que la connaissance n'est pas disponible. La procédure de la méthode Delphi comprend trois éléments essentiels qui sont a) l'anonymat des réponses obtenues par l'utilisation de questionnaires, b) la rétroaction contrôlée entre les périodes de consultation, c) une opinion de groupe ayant une bonne représentation des opinions individuelles (Dalkey, 1969). Bien qu'il existe plusieurs variantes à la méthode Delphi (ORSAS, 2009), elle est caractérisée par des envois successifs de questionnaires, aussi appelés tours, à des experts. La méthode Delphi a été réduite par plusieurs chercheurs à deux ou trois envois (Proctor et Hunt, 1994; Beech, 1997; Green, Jones, Hugues et William, 1999 cités par Keeney, Hasson et McKenna, 2011). Les réponses anonymisées aux différents questionnaires sont également soumises aux experts, permettant ainsi de justifier les opinions divergentes.

Le choix de la méthode s'est imposé par la réalité du milieu. En effet, la distance géographique entre les personnes-ressources en SCPD a orienté le choix du consensus vers la méthode Delphi, car des rencontres en présentiel apparaissaient irréalistes. La logistique pour relier plusieurs sites en visioconférence aurait par ailleurs été complexe et onéreuse. De plus, la gestion du droit de parole et des échanges spontanés entre les sites auraient rendu la tâche de l'animateur sous-optimale. Étant donné les horaires chargés des personnes-ressources en SCPD, cette méthode permettait également à chacun de répondre aux questionnaires au moment désiré.

4.2.2. *Étapes de la méthode Delphi*

Dans le cadre du projet d'innovation, les étapes successives suggérées dans la méthode Delphi ont été respectées. Les étapes ont été illustrées à la figure 3.



Adaptée de Elliott, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C. J. et Slocum, N. (2006). *Méthodes participatives: Un guide pour l'utilisateur*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://bel.uqtr.ca/187/1/6-19-1160-20061013-1.pdf>>

Figure 3 - Étapes de la méthode Delphi

Afin de mieux apprécier les démarches sous-jacentes, certaines des étapes saillantes de la méthode Delphi méritaient d'être explicitées aux sections suivantes.

4.2.3. Sélection des participants selon l'expertise

Le terme expert ne réfère pas exclusivement à des sommités dans le domaine étudié. « Il faut entendre par "expert" toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient » (ORSAS, 2009, p.1). Des critères de sélection ont donc été élaborés afin que les personnes-ressources

en SCPD, nommées participants, possèdent l'expertise requise pour contribuer à la détermination des compétences devant faire partie du questionnaire. Les critères étaient a) travailler au Québec, b) posséder un minimum de 2 ans d'expérience avec la clientèle ayant des SCPD, c) considérer avoir une bonne connaissance de la réalité des RI (organisation du travail, offre de service, clientèle, profil de compétences des préposés, etc.), d) ne pas avoir de conflits d'intérêts en lien avec le projet. Afin de s'assurer du respect des critères de sélection, tous les participants devaient confirmer rencontrer chacun des quatre critères dans le formulaire de consentement. En ce qui a trait à l'échantillonnage, les participants ont été recrutés par choix raisonné et par effet boule de neige. La technique de l'échantillon par boule de neige consiste à demander aux premières personnes consultées « de recommander d'autres personnes qui pourraient fournir des informations utiles » (Massé, 2010, p.91). Les participants ont été joints via un réseau de contacts professionnels et par l'aide des personnes-ressources territoriales dans le cadre de l'Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (Gouvernement du Québec, 2017a). Même s'il est recommandé que le nombre final de participants ne soit pas inférieur à 25 (ORSAS, 2009), une cible de 8 à 15 participants avait été fixée en tenant compte du nombre restreint de personnes-ressources en SCPD. Plus précisément, la stratégie de recrutement a été la suivante :

1. Une lettre d'invitation a été rédigée pour les personnes-ressources en SCPD. La lettre mentionnait la possibilité de la faire suivre à toute personne ressource en SCPD répondant aux critères de sélection (voir annexe 3);
2. Un formulaire en ligne intitulé « confirmation d'intérêt » a été joint à la lettre d'invitation avec une date de limite pour répondre fixée 2 semaines plus tard (voir annexe 4);
3. L'invitation à participer a été acheminée par courrier électronique à neuf intervenantes du CISSS de la Montérégie-Ouest et une intervenante de région de la Capitale-Nationale répondant vraisemblablement aux critères de sélection. L'invitation a également été acheminée à une chargée de projet ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs pour les régions de l'Estrie et de la

Montréal afin qu'elle soit partagée à l'ensemble d'un sous-comité clinique composé d'une dizaine de personnes-ressources en SCPD. Cette chargée de projet a ensuite partagé l'invitation aux deux autres chargées de projet pour le reste du Québec;

4. La même séquence d'invitations a été répétée à la date limite fixée pour confirmer l'intérêt à participer. Un délai supplémentaire de 10 jours a été accordé pour recevoir suffisamment de confirmations d'intérêt.

4.2.4. *Préparation et distribution des questionnaires*

Trois questionnaires, versés aux annexes 5 à 7, ont été conçus dans le cadre de la méthode Delphi sur la plate-forme Google Forms¹². Des extraits ont été déposés à l'annexe 8 afin de donner un aperçu du visuel lorsqu'ils ont été complétés en ligne par les participants. Chaque questionnaire a été préalablement testé par deux personnes ne faisant pas partie des participants afin de recueillir des suggestions de clarifications dans la formulation des questions de même que pour tester la fonctionnalité électronique. Le premier questionnaire, qui était le plus volumineux et qui constituait le point de départ des deux autres questionnaires, a pu être validé par une personne ressource en SCPD qui ne participait pas à la méthode Delphi. Pour amorcer la méthode Delphi, neuf confirmations d'intérêt ont été reçues de la part de personnes-ressources en SCPD. Le premier questionnaire et le formulaire de consentement ont donc été acheminés à ces neuf personnes.

Le premier questionnaire a été élaboré en considérant les éléments de la carte heuristique de l'annexe 2. Il importe de mentionner qu'une question supplémentaire concernant les valeurs a été ajoutée même si non documentée dans la carte heuristique. La pertinence d'ajouter cette question émergeait des nombreux référentiels de compétences existant pour d'autres titres d'emploi qui incluaient une section sur les valeurs qui doivent guider la pratique (Gouvernement du Québec, 2007a; Ordre des travailleurs sociaux et des

¹² Google Forms est une marque de commerce d'un logiciel permettant de créer des questionnaires et des sondages électroniques.

thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2013). De surcroît, les valeurs sont intégrées dans la définition de compétence de Le Boterf (2002). Même si le premier questionnaire consiste habituellement à proposer des questions ouvertes (Ambrosino, Barrière, Danan, Lecointre, Hue, Meury, et Debout, 2018), il a été composé de questions ouvertes et fermées (ORSAS, 2009). Cette stratégie a permis de créer un questionnaire plus rapide¹³ à répondre pour les connaissances et de générer une liste de qualités et de valeurs qui, somme toute, possédaient peu d'appuis scientifiques dans la littérature. Le questionnaire a été acheminé par courrier électronique aux neuf personnes ayant confirmé leur intérêt à participer. Un délai de dix jours pour répondre a été accordé et un rappel par courrier électronique a été acheminé 48 heures avant la date limite aux participants n'ayant pas encore répondu.

Pour faire suite à la réception et l'analyse des résultats obtenus au premier questionnaire, le deuxième questionnaire a été élaboré. Les listes de valeurs et de qualités qui ont été soumises aux participants lors du deuxième questionnaire ont été classées en ordre alphabétique pour éviter toute influence de la part de l'étudiante. L'analyse complète des résultats du premier questionnaire, telle que documentée au chapitre cinq, ainsi que le deuxième questionnaire, a été acheminée par courrier électronique aux 9 personnes qui avaient initialement confirmé leur intérêt. Un délai de dix jours pour répondre a été accordé et un rappel par courrier électronique a été acheminé 48 heures avant la date limite aux participants n'ayant pas encore répondu ou répondu partiellement au questionnaire.

Finalement, l'analyse complète des résultats du deuxième questionnaire ainsi que le troisième questionnaire ont été acheminés aux participants avec un délai de dix jours pour le compléter. Un rappel a été envoyé 48 heures avant la date limite aux participants n'ayant pas encore répondu. Pour cette étape, l'envoi a été fait auprès des huit participants ayant répondu, car la neuvième personne ayant initialement confirmé son intérêt n'était pas en mesure de participer pour des raisons de santé. Après avoir reçu deux questionnaires

¹³ La lettre d'invitation spécifiait un temps d'environ 30 minutes pour remplir les questionnaires.

incomplets au deuxième tour, ce dernier questionnaire a été conçu en forçant les réponses avec l'activation, sur la plate-forme Google Forms, de la fonction de réponse obligatoire.

Le troisième questionnaire a été créé afin de finaliser la démarche de consensus puisqu'il fallait déterminer la dernière qualité à intégrer au référentiel. Une question supplémentaire a été ajoutée pour valider l'intérêt des participants à recevoir le référentiel lorsque disponible. En plus d'être une marque de reconnaissance envers les participants, cette question pouvait également procurer un indice sur l'intérêt porté envers le projet d'innovation. Après avoir colligé et analysé les données du troisième questionnaire qui sont décrites au chapitre cinq, un mot personnalisé de remerciement pour chacun des 8 participants a été acheminé en même temps que les résultats.

4.2.5. *Obtention d'un consensus*

La notion de consensus ne réfère pas nécessairement à un accord parfait. « Le consensus n'est pas l'atteinte de l'unanimité au sein d'un groupe, mais d'un degré d'accord manifesté par tous les membres. » (INESSS, 2017, n.p). L'interprétation du consensus peut être qualifiée différemment selon les auteurs. Quelques exemples d'interprétations sont représentés dans le tableau 5.

Tableau 5 - Seuil de consensus selon différents auteurs

Auteurs	Interprétations
Ekionea, Bernard et Plaisent (2011)	Consensus fort = entre 80 et 100 % Consensus modéré = entre 60 et 79,9 % Consensus faible = 50 à 59.9 % Absence de consensus = 0 à 49.9 %
Loughlin et Moore (1979) cités par Keeney, Hasson et McKenna (2011)	Consensus à 51 %
Boyce, Gowland, Russel, Goldsmith, Rosenbaum, Plews et Lane (1993) cités par Keeney, Hasson et McKenna (2011)	Consensus à 66 %
McKenna (1994) cités par Keeney, Hasson et McKenna (2011)	Consensus à 51 %
Green (1982) cités par Keeney, Hasson et McKenna (2011)	Consensus à 70 % et plus
Mitchell (1991), Keeney <i>et al.</i> (2006) cités par Keeney, Hasson et McKenna (2011)	Consensus à 75 %
Ulschack (1983) cité par Keeney, Hasson et McKenna (2011)	Consensus à 80 %

Pour le projet d'innovation, le seuil de consensus n'a pas été exprimé en pourcentage vu le faible échantillon. Le tableau 6 illustre le seuil de consensus pour les connaissances alors que le tableau 7 illustre celui pour les qualités et les valeurs. Ainsi, un écart de deux participants ou plus sur une question donnée a été fixé comme étant le seuil consensuel.

Tableau 6 - Seuil de consensus pour les connaissances

Nombre de participants ayant répondu		Nombre de participants ayant répondu		Écart	Consensus
connaissance essentielle	connaissance souhaitable	connaissance essentielle	connaissance souhaitable		
8	0	0	8	8	consensus (8/8)
7	1	1	7	6	consensus élevé
6	2	2	6	4	↓
5	3	3	5	2	consensus faible
4	4	4	4	0	absence de consensus

Tableau 7 - Seuil de consensus pour les valeurs et les qualités

Nombre de participants ayant coché la qualité ou la valeur	Nombre de participants n'ayant pas coché la qualité ou la valeur	Écart	Consensus	Interprétation
8	0	8	consensus (8/8)	Tous les participants ont jugé que la qualité était parmi les plus importantes
7	1	6	consensus élevé	La majorité des participants ont jugé que la qualité était parmi les plus importantes
6	2	4	↓	
5	3	2	consensus faible	
4	4	0	absence de consensus	4 participants ont jugé que la qualité était parmi les plus importantes / 4 participants ont jugé que la qualité n'était pas parmi les plus importantes
3	5	2	consensus faible	La majorité des participants ont jugé que la qualité n'était pas parmi les plus importantes
2	6	4	↓	
1	7	6	consensus élevé	
0	8	8	consensus (8/8)	Tous les participants ont jugé que la qualité n'était pas parmi les plus importantes

Pour établir le référentiel, seules les connaissances jugées essentielles ayant fait consensus allaient être retenues. Une connaissance essentielle était définie comme étant une connaissance prioritaire qui devrait être acquise par tous les préposés. Cette connaissance devrait faire partie d'une formation de base. La définition de connaissance souhaitable correspondait plutôt à une connaissance secondaire qui peut être acquise par les préposés pour bonifier les compétences de base. La connaissance secondaire peut faire partie d'une formation avancée pour les préposés. Pour les qualités, l'objectif était de préserver les 10 qualités les plus importantes alors que seulement 5 valeurs allaient être intégrées au référentiel. Un nombre trop ambitieux de qualités et de valeurs risquaient de complexifier l'appropriation du référentiel par les préposés. Ce choix de limiter le nombre de compétences s'inscrivait donc dans le souci de rendre le référentiel accessible.

4.3. Détermination des éléments à considérer pour le référentiel

4.3.1. Échantillonnage

Ce projet d'innovation présentait un caractère sensible pour les propriétaires de RI et des associations qui les représentent. En effet, le projet touchait les compétences des

préposés dont le lien hiérarchique relève des gestionnaires en RI et non du CISSS de la Montérégie-Ouest. En raison des possibilités d'appréhension de la part des propriétaires de RI face à l'innovation de proposer un référentiel de compétences, la méthode de collecte de données retenue a été celle des entrevues individuelles semi-structurées. Ce faisant, un climat de confiance pouvait s'établir et ainsi maximiser les chances de participation au projet. Cette méthode de collecte de données se caractérise par une liste de questions ou de sujets à aborder (Sylvain et Durand, 2017). Quoique les points principaux soient abordés dans chaque entrevue, l'ordre et le libellé sont déterminés par l'interviewer durant l'entrevue (Sylvain, Durand, 2017). Savoir-Zajc (2009), qui utilise plutôt la terminologie « entrevue semi-dirigée », propose la définition suivante :

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (p.340).

L'échantillon a été constitué par choix raisonné. Tous les propriétaires de RI reliés à la Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées du CISSS de la Montérégie-Ouest ont reçu une invitation par courrier électronique. Cette invitation, versée à l'annexe 9, précisait qu'elle s'adressait plus particulièrement aux propriétaires ou personnes-ressources¹⁴ en RI qui accueillent de la clientèle ayant des TNCM. Le ton de la lettre et le choix des mots avaient comme objectif de favoriser une plus grande adhésion au projet d'innovation. Un formulaire électronique permettant de confirmer l'intérêt à participer a été joint à l'invitation via deux agentes administratives du CISSS de la Montérégie-Ouest (voir annexe 10). Un délai initial de réponse avait été fixé à deux semaines. Puisque les deux agentes n'ont pas acheminé les invitations dans les mêmes délais, un deuxième envoi a été effectué en prolongeant le délai de réponse de deux semaines supplémentaires pour les propriétaires et les personnes-ressources en RI. Puisque ce sont actuellement dix ressources

¹⁴ Les personnes-ressources en RI sont entendues ici comme des personnes assumant un rôle clinico-administratif.

intermédiaires en Montérégie-Ouest qui ont été identifiées comme accueillant une grande proportion de personnes âgées ayant des TNCM, la cible de cinq entrevues avait été fixée en fonction de cette réalité.

4.3.2. *Guide d'entrevue et réalisation des entrevues semi-dirigées*

Inspiré de Sylvain et Durand (2016), un guide d'entrevue a été élaboré et utilisé. Ce guide est consigné à l'annexe 11 accompagné de la grille d'entrevue. Dans le cadre du projet d'innovation, les thèmes abordés dans les entrevues étaient a) le profil des préposés, b) les stratégies pédagogiques, c) l'utilisation d'un référentiel de compétences, d) l'intérêt à être sollicité pour une étape ultérieure de validation du référentiel par des préposés. Des notes manuscrites ont été prises tout au long de l'entrevue, mais l'enregistrement audio, autorisé par tous les interviewés, a grandement facilité le traitement des données. Toutes les entrevues ont été réalisées à la date et l'heure de premier choix dans la confirmation d'intérêt.

4.3.3. *Analyse de contenu des entrevues semi-dirigées*

Une fois les entrevues complétées, une analyse de contenu a été réalisée sur les données collectées. L'analyse de contenu est une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des données obtenues (L'écuyer, 1987). Ainsi, les données recueillies dans les entrevues ont été soumises à un processus de catégorisation et de classification selon un modèle mixte caractérisé par des catégories prédéterminées qui ont pu être modifiées en cours d'analyse (L'Écuyer, 1987). L'Écuyer (1987) résume les quatre étapes sous-jacentes au modèle mixte comme suit :

1. Premiers regroupements des énoncés dans les catégories préexistantes et éventuellement en catégories préliminaires nouvelles;
2. Réduction à des catégories distinctives par élimination des catégories redondantes;
3. Identification définitive et définition des catégories de la grille finale d'analyse;
4. Classification finale de tous les énoncés à partir de la grille d'analyse.

Les catégories prédéterminées étaient composées des quatre grands thèmes abordés dans l’entrevue : le profil des préposés, les stratégies pédagogiques, l’utilisation d’un référentiel de compétences et la validation du référentiel. Lorsque c’était possible et pertinent, les données accumulées dans chacune des catégories ont été quantifiées et exprimées en terme de fréquence. L’Écuyer (1987) énonce cette étape par la quantification et le traitement statistique. De façon cohérente et harmonisée avec le processus de catégorisation et de classification privilégiée pour les compétences¹⁵, la création d’une carte heuristique a permis d’y consigner l’analyse. Les énoncés obtenus y ont été abrégés et ont été pris en compte pour la mise en forme préliminaire du référentiel.

4.3.4. Validation auprès des préposés des éléments à considérer pour le référentiel

Afin d’élaborer la version préliminaire du référentiel, des rencontres de 30 minutes ont été organisées avec des préposés d’une ressource intermédiaire du territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest. Prenant en compte les différentes considérations qui ont émergé des entrevues semi-dirigées en RI, le but des rencontres était de pouvoir recueillir leur point de vue notamment sur la forme et le langage à privilégier dans la version préliminaire du référentiel. Un exercice préalable de simplification des énoncés devant composer le référentiel avait été fait. Ainsi, une liste d’éléments à considérer pour le référentiel a été faite en guise d’aide-mémoire pour l’étudiante afin que les rencontres soient plus efficaces et structurées. Cette liste peut être consultée à l’annexe 12. Des supports visuels ont été apportés et montrés aux préposés lors des rencontres pour mieux représenter les différents éléments tels que :

- Une panoplie de modèles de dépliants et documents de référence papier de différentes grandeurs;
- Des exemples de dessins réalistes ou d’aspect ludique;
- Des styles de documents très colorés ou plus sobres.

¹⁵ En référence à la section 4.1.3

4.4. Mise en forme du référentiel

Toutes les étapes précédentes du projet d'innovation ont généré le matériel nécessaire à l'élaboration de la mise en forme préliminaire du référentiel. Cette étape s'est réalisée avec la collaboration du service des communications du CISSS de la Montérégie-Ouest. Les défis de taille étaient de faire considérer ce projet d'innovation comme une priorité organisationnelle afin de mobiliser les ressources nécessaires dans les échéances demandées et d'allier la politique d'identification visuelle du CISSS de la Montérégie-Ouest avec le besoin clinique que le référentiel soit accessible aux préposés.

4.5. Considérations éthiques

La démarche a respecté les considérations éthiques reliées à la confidentialité, à la participation libre et volontaire ainsi qu'à la conservation sécuritaire des données confidentielles. Le traitement des données a été fait de façon à préserver l'anonymat des participants et les extraits de verbatim ont été sélectionnés de façon à ne pas être préjudiciables.

Chaque personne ressource en SCPD ayant participé à la méthode Delphi a signé un consentement électronique faisant également mention des engagements de l'étudiante (voir annexe 13). Ce formulaire de consentement a été acheminé en même temps que le premier questionnaire. Les questionnaires ainsi que l'analyse des résultats ont été envoyés de façon individualisée pour ne pas divulguer les adresses courriel des autres participants¹⁶. Les propriétaires et personnes-ressources en RI ayant participé aux entrevues ont tous signé un formulaire de consentement. Ce formulaire, disponible à l'annexe 14, incluait une déclaration de responsabilité de l'étudiante signée lors des entrevues.

4.6. Feuille de route

Le processus complet de réalisation du projet d'innovation a été encadré par une feuille de route résumant toutes les étapes à réaliser, les échéanciers à respecter et les considérations particulières telles que les rôles et responsabilités de certaines personnes

¹⁶ Le logiciel de courriel utilisé n'avait pas la fonctionnalité de copies conformes camouflées.

impliquées dans mon milieu de travail. Cette façon de procéder présente certaines similitudes avec le journal de pratique de recherche, documenté par Baribeau (2005), qui inclut notamment le déroulement chronologique de la recherche.

CHAPITRE 5. RÉSULTATS

Ce cinquième chapitre présente les résultats du projet d'innovation. Pour établir le référentiel de compétences, les résultats de la recension des écrits ont mené jusqu'à la sélection finale de 16 sources documentaires. L'analyse documentaire qui a suivi a permis d'extraire des qualités requises chez les préposés et de guider la formulation de 36 connaissances selon leurs liens avec les TNCM, les SCPD, le délirium, les interventions non pharmacologiques, la pharmacologie ou les situations de crise. Les réponses des participants à la méthode Delphi ont été consignées pour chacun des trois questionnaires administrés. L'analyse de contenu des cinq entrevues semi-structurées réalisées auprès de propriétaires et de personnes-ressources en RI a érigé les fondements des considérations à prendre en compte pour le référentiel. Ces considérations, détaillées dans ce chapitre, ont pu être validées auprès de préposés en RI avant de développer la version préliminaire du référentiel.

5.1. Compétences attendues de la part des préposés en ressource intermédiaire

5.1.1. *Compétences attendues selon les écrits scientifiques*

Les articles obtenus en fonction des différentes recherches dans les banques de données sont documentés de façon exhaustive à l'annexe 15. Néanmoins, en utilisant le plan de concept et les marqueurs booléens présentés dans la méthode, aucun article n'a été retenu à partir des banques de données Cinhal, PubMed et l'Outil de découverte de l'Université de Sherbrooke. La recension des écrits a mis en évidence la rareté, voire l'absence, des études à fort niveau de preuve au sujet des compétences attendues.

Pour ce qui est de la recherche dans la littérature grise, 13 sources documentaires ont été retenues après validation des critères d'appréciation d'applicabilité et de crédibilité. Comme mentionné à la section 4.1.2 du présent essai synthèse, trois documents

supplémentaires ont été préservés uniquement pour documenter les qualités des préposés. Les résultats des recherches pour la littérature grise sont détaillés à l'annexe 15.

La recension des écrits a mis en évidence l'absence de compétences clairement formulée à l'intention de préposés qui travaille en RI auprès de personnes âgées ayant des TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD. Donc, à partir des écrits, les compétences ont d'abord été formulées en connaissances à l'exception des qualités. Suite à la démarche de catégorisation détaillée à la section 4.1.3, les connaissances ont été regroupées en six grandes catégories telles qu'illustrées dans la carte heuristique de l'annexe 2. Au terme de cette catégorisation, 36 connaissances ont émergé.

5.1.2. Compétences attendues selon des experts du domaine

Sur les neuf participantes à qui ont été envoyés le premier questionnaire et le formulaire de consentement, une seule n'a pas répondu. Les huit participantes qui ont répondu ont complété l'ensemble des questions. La cible minimale de huit participants a donc été atteinte, exclusivement des femmes. Selon les huit formulaires de consentement reçus, les participantes satisfaisaient les quatre critères de sélection.

Parmi les participantes, quatre professions étaient représentées : deux médecins, deux ergothérapeutes, trois éducatrices spécialisées et une infirmière. Toutes les participantes ont déclaré exercer leurs fonctions comme employé du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce qui est du lieu principal de pratique, trois régions administratives du Québec étaient représentées. Ainsi, six participantes exerçaient leur pratique en Montérégie, une en Estrie et une dans la région de la Capitale-Nationale. En ce qui a trait aux années d'expérience auprès de la clientèle présentant des SCPD, tous les participants avaient 4 ans et plus d'expérience. La répartition des années d'expérience selon les participants est illustrée à la figure 4.

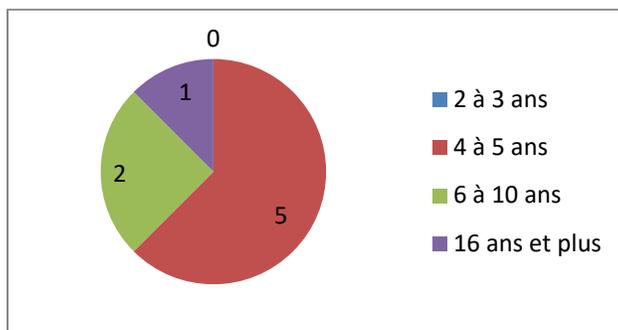


Figure 4 - Répartition des années d'expérience selon les participants

Au premier tour, les participantes devaient fournir les cinq qualités jugées les plus importantes chez les préposés afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD. Puisque certaines participantes en ont fourni plus de cinq, un total de 51 qualités a été recueilli. Un appariement des réponses s'est effectué en regroupant les qualités qui étaient synonymes. Ainsi, 28 qualités ont pu être dégagées et être représentées graphiquement à l'annexe 16.

Sur les 36 connaissances soumises aux participantes pour déterminer si elles devaient être considérées comme essentielles¹⁷ ou souhaitables¹⁸, la répartition dans l'une ou l'autre de ces catégories ont fait consensus selon le seuil préalablement établi dans 34 cas. La majorité des connaissances, soit 28, ont été considérées comme essentielles contre six qui ont été considérées comme souhaitables. Deux connaissances n'ont pas fait consensus¹⁹ et ont été resoumises aux participants lors du deuxième questionnaire. Il s'agit des conséquences possibles d'un délirium ainsi que la différence entre un symptôme psychologique et un symptôme comportemental de la démence.

¹⁷ En guise de rappel, les connaissances essentielles sont celles jugées prioritaires et qui devraient être acquises par tous les préposés. Ces connaissances devraient faire partie d'une formation de base.

¹⁸ En guise de rappel, les connaissances souhaitables sont celles jugées secondaires et qui devraient être acquises par les préposés pour bonifier les compétences de base. Ces connaissances devraient faire partie d'une formation avancée pour les préposés.

¹⁹ En référence à 4 participants qui ont jugé la connaissance essentielle et 4 participants qui ont jugé la connaissance comme étant souhaitable.

Il importe de mentionner que parmi les 28 connaissances jugées essentielles au premier tour, huit d'entre elles ont obtenu un consensus unanime²⁰ et neuf ont obtenu un consensus élevé²¹. Les principales causes des SCPD, les règles d'hygiène du sommeil et les SCPD pour lesquels la médication n'est pas indiquée se sont avérés être les trois seules connaissances jugées essentielles ayant obtenu un seuil de consensus faible²². Des représentations graphiques, disponibles à l'annexe 17, ont permis d'illustrer la distribution des réponses selon les six grandes catégories de connaissances. Subséquemment, les connaissances retenues comme étant essentielles suite au premier questionnaire sont résumées dans le tableau 8.

²⁰ En référence à 8 participants sur 8 qui ont jugé la connaissance essentielle.

²¹ En référence à 7 participants sur 8 qui ont jugé la connaissance essentielle.

²² En référence à 5 participants sur 8 qui ont jugé la connaissance essentielle.

Tableau 8 - Connaissances essentielles suite au premier questionnaire

TNCM	Délirium	SCPD	Int. non-pharmacologiques	Pharmacologie	Situations de crise
ce qu'est un TNCM	ce qu'est un délirium	ce qu'est un SCPD	l'approche de base	les SCPD pour lesquels la médication peut être utilisée	les principaux éléments déclencheurs
les conséquences d'un TNCM	les principales manifestations d'un délirium	comment se manifestent les SCPD	le recadrage	les SCPD pour lesquels la médication n'est pas indiquée	les signes d'escalade
le plongeon rétrograde		les principaux comportements d'agitation avec agressivité	les interventions liées aux besoins de base	les principes d'utilisation judicieuse des PRN	les interventions à faire en cas d'escalade
les principaux comportements associés aux atteintes frontales		les principaux comportements d'agitation sans agressivité	les principales stratégies pour faciliter les soins d'hygiène	les informations à inscrire dans le contenu d'une note lors de l'administration d'un PRN	les interventions à faire après la réaction de catastrophe
		les principales causes des SCPD	les principales stratégies pour faciliter la prise de repas		
		le syndrome crépusculaire	les principales stratégies pour faciliter l'habillement		
		les principales causes associées à la résistance aux soins d'hygiène	les règles d'hygiène du sommeil		

Toutes les participantes ont respecté la consigne d'énoncer trois valeurs, pour un total de 24 valeurs. De façon similaire à l'opération réalisée autour des qualités, il a été possible de mettre en évidence les doublons et de regrouper les valeurs synonymes. Ainsi, comme représenté à la figure 5, une liste de 18 valeurs jugées les plus importantes par les participantes a pu être créée.

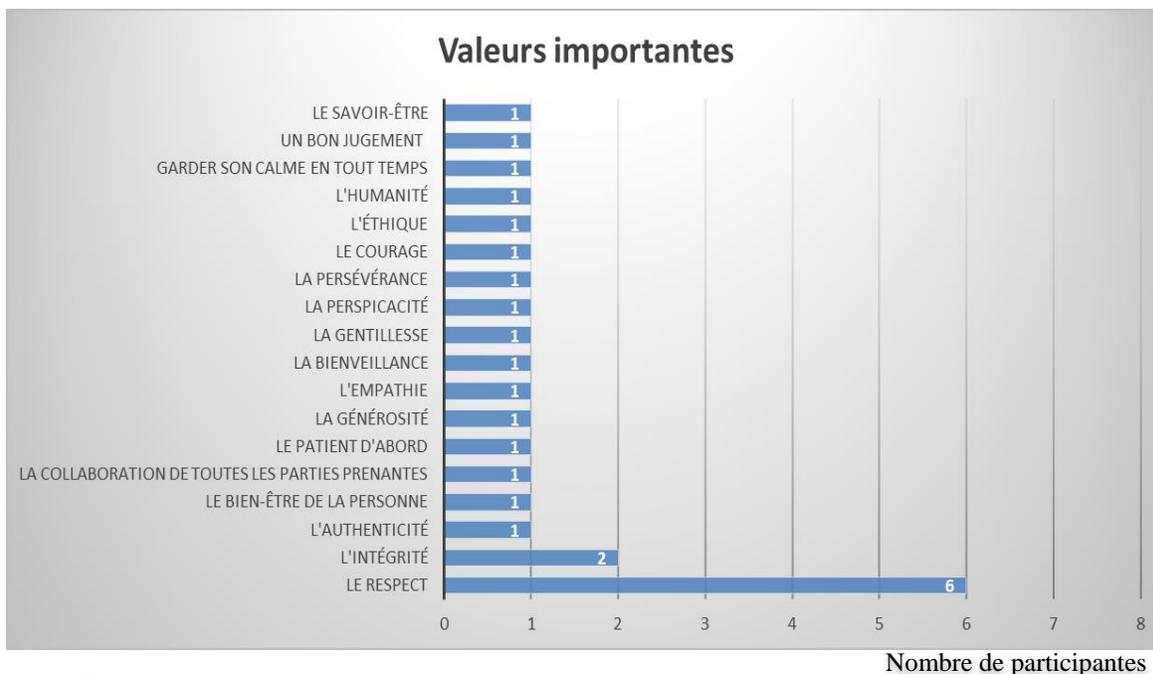


Figure 5 - Valeurs importantes issues du questionnaire Tour 1

Au deuxième tour, huit participantes sur neuf ont répondu au questionnaire, permettant encore une fois d'atteindre la cible. Les deux connaissances n'ayant pas fait consensus ont été resoumises en demandant aux participantes de se prononcer à nouveau pour déterminer s'il s'agissait de connaissances essentielles ou souhaitables. De plus, un argumentaire devait être ajouté pour justifier le choix. Pour deux des participantes, aucun argumentaire n'a été fourni. Avant même que les participantes puissent recevoir l'argumentaire fourni par les autres, les deux connaissances se sont avérées consensuelles comme étant des connaissances souhaitables. Le taux de modification des réponses entre le premier et le deuxième questionnaire est illustré de façon graphique aux figures 6 et 7. L'argumentaire fourni pour chacune des deux connaissances qui n'avait pas fait consensus lors du premier questionnaire a été synthétisé et consigné dans les tableaux 9 et 10. Les arguments fournis ont été abrégés, mais sont présentés tels que rédigés par les participantes.

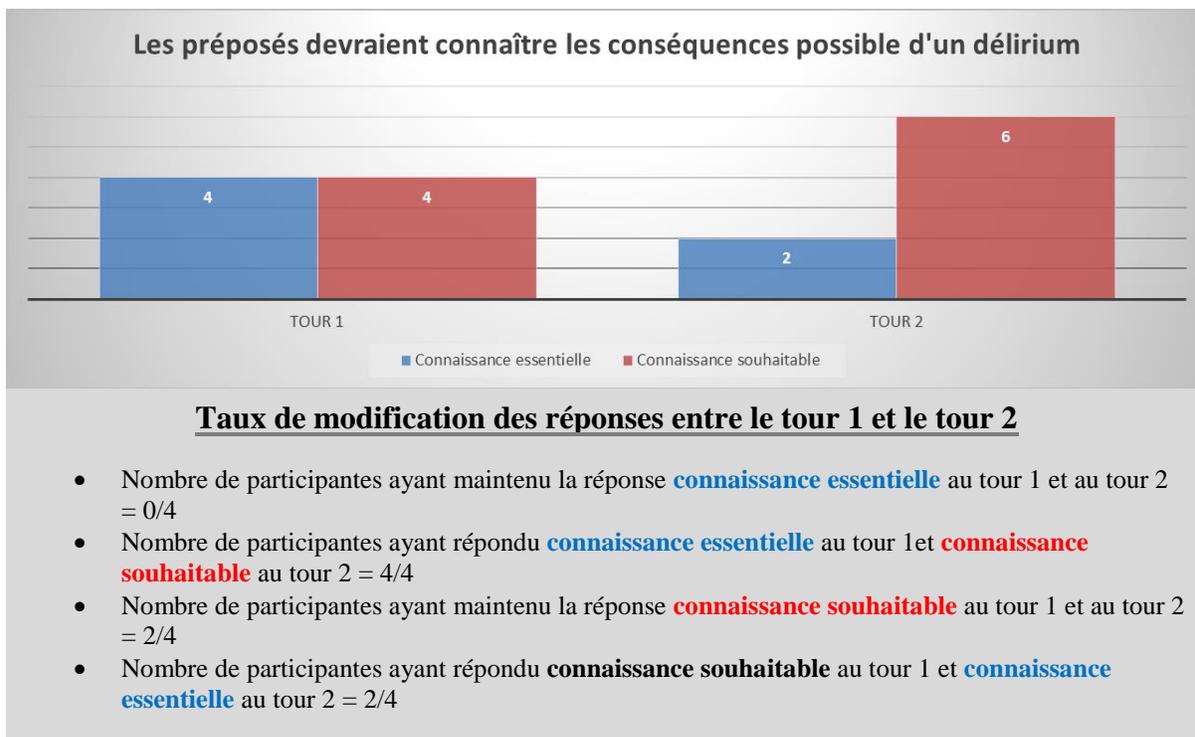


Figure 6 - Taux de modifications des réponses entre les questionnaires du tour 1 et du tour 2 pour les conséquences possibles d'un délirium

Tableau 9 - Argumentaire pour les conséquences possibles d'un délirium

Argumentaire pour le fait que les conséquences possibles d'un délirium sont une connaissance essentielle

- Pour comprendre la provenance parfois soudaine des comportements, pour déceler un problème de santé.
- Nécessaire pour pouvoir transmettre l'information aux professionnels afin qu'ils interviennent sur la cause pour résorber le délirium.

Argumentaire pour le fait que les conséquences possibles d'un délirium sont une connaissance souhaitable

- Important = rapporter observations des comportements qui diffèrent de l'habitude. C'est l'équipe professionnelle du CLSC doit identifier la cause.
- Connaissances médicales non pertinentes pour préposés. Mieux de l'emphase sur les connaissances essentielles.
- Préposés doivent aider au dépistage ; responsabilité aux infirmières + médecins de suivre ces patients de façon rapprochée.
- Primordial de connaître ce qu'est un délirium et les symptômes afin de bien intervenir, mais les conséquences possibles = connaissance souhaitable.

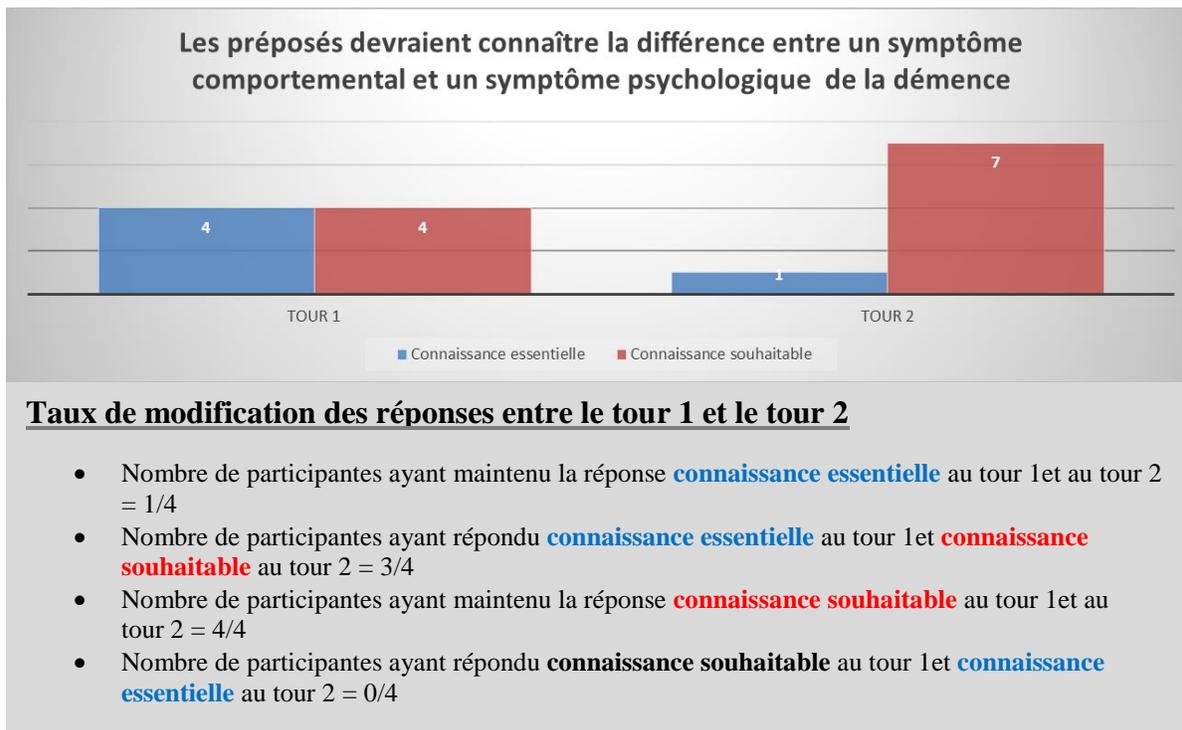


Figure 7 - Taux de modification des réponses entre les questionnaires du tour 1 et du tour 2 pour la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence

Tableau 10 - Argumentaire pour la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence

Argumentaire pour le fait que la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence est une connaissance essentielle

- Aucun argumentaire fourni

Argumentaire pour le fait que la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence est une connaissance souhaitable

- Important = être en mesure de les observer, les nommer aux professionnels et intervenir sur les symptômes indépendamment de leur origine
- J'ai de la difficulté à l'expliquer alors pas si essentielle, car je me considère comme une bonne intervenante
- Un préposé doit connaître l'ensemble des SCPD et non la différence entre chacun des symptômes
- Dans les deux cas, le symptôme dérange ; prioritaire de connaître ce qui se traite par le non pharmacologiques pour être proactifs
- De pouvoir classer un ou l'autre peu importe s'ils peuvent intervenir de la bonne façon
- Essentiel de connaître les principaux SCPD afin de mieux comprendre et décoder la clientèle, mais savoir les classer = souhaitable

Pour constituer le référentiel, les connaissances essentielles déjà énumérées dans le tableau 8 sont donc restées les mêmes. Dans ce deuxième questionnaire, les participantes ont coché les 15 qualités et les 10 valeurs qu'elles considéraient les plus importantes parmi la liste générée à partir du premier questionnaire. Rappelons que l'objectif était de conserver pour le référentiel dix qualités et cinq valeurs selon les réponses consensuelles pour les qualités et les valeurs jugées le plus fréquemment comme étant les plus importantes par les participants. Pour la dixième qualité à retenir pour le référentiel, « avoir un bon jugement » et « avoir une belle approche » étaient parmi les plus importantes pour six participantes sur huit. Ces qualités ont donc été resoumises aux participantes lors du troisième tour afin d'en conserver une ou l'autre dans le référentiel. Le diagramme à bandes de l'annexe 18 permet de visualiser la position de ces deux qualités parmi les autres. Ainsi, au terme du deuxième tour, les neuf qualités retenues pour le référentiel sont les suivantes :

1. Avoir un bon sens de l'observation;
2. Être à l'écoute;
3. Être capable de s'adapter;
4. Être respectueux;
5. Avoir un esprit d'équipe;
6. Être capable de décoder le non verbal;
7. Être capable de gérer ses émotions;
8. Être empathique;
9. Être patient.

Parmi les cinq valeurs retenues pour le référentiel, deux d'entre elles ont fait l'objet d'un consensus unanime²³ et trois d'un consensus élevé²⁴ telles que représentées par le diagramme à bandes à la figure 8. Les cinq valeurs retenues sont :

1. La bienveillance;

²³ En référence à 8 participants sur 8 qui ont jugé la connaissance essentielle.

²⁴ En référence à 7 participants sur 8 qui ont jugé la connaissance essentielle.

2. Le respect;
3. Garder son calme en tout temps;
4. Le savoir-être;
5. L'empathie.

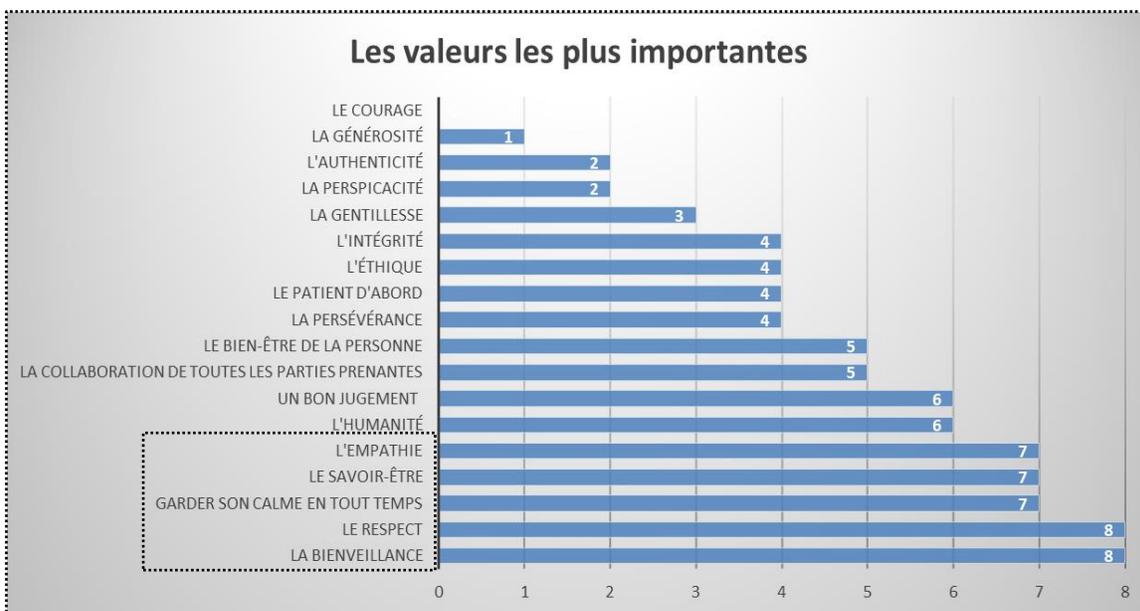


Figure 8 - Diagramme à bandes pour les valeurs importantes issues du questionnaire Tour 2

Au terme du troisième questionnaire, sept participantes ont répondu dans les délais prescrits. Pour des raisons de santé, une participante a répondu avec un retard de 4 jours par rapport à la date limite fixée. Les réponses ont toutefois été acceptées vu le motif valable de retard permettant ainsi d'atteindre encore une fois le seuil minimum fixé à huit participantes. La dixième qualité à retenir pour le référentiel n'a pas fait consensus. En effet, quatre participantes ont jugé qu'« avoir une belle approche » était la qualité la plus importante alors que quatre participantes ont plutôt choisi « avoir un bon jugement ». Ainsi, seules les neuf qualités énumérées précédemment ont été retenues pour le référentiel. En définitive, les huit participantes ayant répondu au troisième questionnaire souhaitent recevoir une copie du référentiel lorsqu'il sera disponible.

5.2. Éléments à considérer pour développer le référentiel de compétences

5.2.1. *Description des données issues des entrevues avec les propriétaires et personnes-ressources en ressource intermédiaire*

Pour les entrevues semi-dirigées, les cinq personnes ayant confirmé leur intérêt à participer ont été rencontrées, permettant ainsi d'atteindre la cible minimale fixée. Parmi les personnes rencontrées, trois d'entre elles étaient propriétaires de RI et deux personnes correspondaient à l'appellation « personnes-ressources en RI » en occupant des fonctions clinico-administratives. Les entrevues ont eu une durée approximative de 30 à 60 minutes par participant.

Le canevas d'entrevue était construit autour de quatre grands thèmes, ici appelés catégories. Il s'agissait du profil des préposés, des stratégies pédagogiques, du référentiel de compétences et de la validation de celui-ci. Au terme du processus de catégorisation et de classification des énoncés, deux des quatre catégories initiales sont demeurées. Il s'agit du profil des préposés et des stratégies pédagogiques. Les deux catégories en lien avec le référentiel ont été intégrées dans les stratégies pédagogiques. Une catégorie émergente est apparue en cours d'analyse et est identifiée sous le titre « pénurie et difficultés de rétention du personnel ».

Le profil des préposés s'est scindé en trois sous-catégories. Ces sous-catégories sont la scolarisation, les caractéristiques des préposés et les connaissances relatives aux SCPD. Les stratégies pédagogiques ont été intégrées dans les sous-catégories facilitateurs et obstacles. En ce qui concerne la catégorie émergente pénurie et rétention du personnel, les deux sous-catégories qui la composaient étaient l'état de situation et les conséquences qui en découlent. La figure 9 clarifie ces catégories et sous-catégories associées. En complément, l'annexe 19 fournit, sous forme de carte heuristique, l'analyse de contenu des entrevues plus complète en respectant cette même catégorisation et les interrelations qui en découlent.

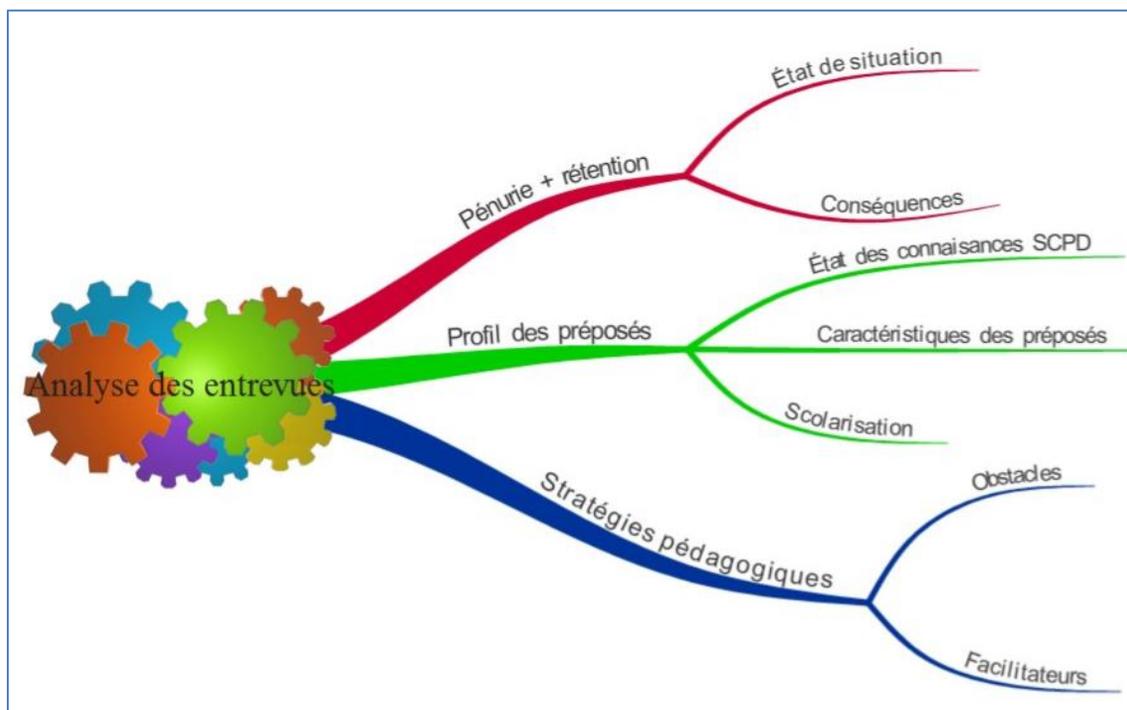


Figure 9 - Catégories et sous-catégories issues de l'analyse des entrevues

Parmi les éléments recueillis durant les entrevues, aucune ressource intermédiaire parmi celles représentées n'avait un référentiel de compétences propre à la prise en charge de la clientèle ayant des TNCM. Toutefois, une RI posséderait un document de référence sur les rôles et responsabilités générales du préposé remis lors de l'embauche. Dans ce document, une section sur les procédures inclurait des consignes pour les situations de crise. Toutefois, ce document n'était pas disponible lors des entrevues et n'a pas été reçu malgré l'intérêt manifesté de le consulter. Pour une autre RI, deux documents sur la communication sont remis à l'embauche. Le premier serait un résumé des attentes reliées à la communication (vouvoiement, se mettre à la hauteur de l'utilisateur, ne pas crier, ne pas sacrer...). Le deuxième document fourni est un guide d'approche pour favoriser la communication avec la clientèle ayant des TNCM (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2016c).

5.2.2. *Éléments relatifs au profil des préposés*

D'après les personnes rencontrées, le niveau de scolarisation moyen des préposés se situerait entre le 4^e secondaire et le diplôme d'études professionnelles (DEP) en assistance à la personne en établissement de santé. Le niveau de scolarisation minimum mentionné durant une entrevue est le 2^e secondaire. Pour ce qui du niveau de scolarisation le plus élevé, il s'agissait d'un diplôme universitaire dans un domaine non connexe à la santé et obtenu dans un pays étranger.

Selon les répondants, les caractéristiques des préposés se définissent par des capacités d'apprentissage faibles à moyennes. Les capacités de lecture sont limitées à des textes simples et courts. Une seule personne interviewée a fait mention de quelques préposés qualifiés d'analphabètes fonctionnels pour qui des mesures ont été mises en place pour assurer la sécurité lors de la prestation de soins. Une autre caractéristique des préposés, non prévue dans les questions d'entrevue, a émergée. Il s'agit du bagage personnel des préposés. Deux personnes interviewées ont mentionné qu'il fallait tenir compte que certains préposés ont un bagage personnel particulier. Cette caractéristique était liée au fait que la main d'œuvre est difficile à recruter ce qui engendre une surcharge en accompagnement pour les gestionnaires auprès des préposés. « Parfois je me pose des questions (*silence*)...les résidents ont besoin d'aide mais (*silence*)...ils [les préposés] sortent de loin! » (interviewé AB). Dans le même ordre d'idée et en référence aux obstacles principaux pour la transmission de nouvelles connaissances, l'interviewé CD s'est exprimé ainsi :

C'est la main d'œuvre! La main d'œuvre n'étant pas qualifiée, on doit s'adapter à la personne qui est devant nous, la personne a un background différent. N'ayant pas de réglementation ou d'encadrement au niveau de la formation du personnel, on peut travailler avec des cas spéciaux [...].

La multiethnicité est également ressortie comme une caractéristique à considérer dans certaines RI. La langue et la culture étant différentes, un des interviewés mentionnait que le message devait être adapté et que par conséquent, les messages généraux n'étaient peut-être

pas toujours la bonne façon de procéder. Dans une seule des ressources intermédiaires, le besoin de traduction en anglais pour certains préposés était présent. Les capacités d'apprentissages ont été qualifiées de faibles à moyennes, mais aussi de variables selon l'intérêt ou l'ouverture à apprendre. L'état des connaissances au niveau des SCPD a été qualifié de faible à modéré selon l'expérience. De multiples situations où davantage de connaissances reliées aux SCPD pourraient être aidantes ont été citées en exemples. Certaines de ces situations ont même été identifiées par plus d'une RI telles que savoir quoi faire en présence de violence, de résistance aux soins d'hygiène ou d'un usager qui veut quitter. Parmi les autres situations pour lesquelles davantage de connaissances seraient bénéfiques, il y avait l'errance, le syndrome crépusculaire, l'éducation à offrir aux familles lors des visites et l'approche personnalisée incluant l'histoire de vie.

5.2.3. *Éléments relatifs aux stratégies pédagogiques*

En regard de la démarche, les stratégies pédagogiques à privilégier étaient recherchées pour favoriser l'acceptabilité et ainsi éviter un rejet du référentiel s'il n'est pas compréhensible ou à la portée des préposés. Plusieurs facilitateurs ont été identifiés dans un contexte de transmission de nouvelles connaissances comme celui du référentiel en constitution. Le langage et le contenu adaptés sont ressortis de façon notable. Une des personnes-ressources en RI a mentionné utiliser des indices visuels pour aider à prioriser des informations écrites. Dans les entrevues, les interviewés ont établi un lien entre les apprentissages et l'intérêt des préposés tout en insistant sur l'importance d'avoir des exemples utiles et concrets reliés au travail quotidien. Le suivi individuel ou la lecture avec les préposés pour valider la compréhension s'est avérée être une stratégie facilitatrice. Cibler les bons messagers est également à considérer pour favoriser l'ouverture à l'apprentissage. Toutefois, ces messagers différaient d'une ressource à l'autre (ex. : messages mieux acceptés de préposé à préposé pour une RI versus par une personne extérieure pour une autre ressource). Une des ressources privilégie la transmission de nouvelles connaissances en petits groupes. L'implication des préposés s'est avérée être un des facilitateurs pour l'appropriation du référentiel. À cet égard, toutes les personnes interviewées se sont montrées très ouvertes à être recontactées afin que le référentiel soit

validé auprès des préposés de leur ressource intermédiaire afin que la forme, le langage et le contenu soient bien adaptés au contexte. De surcroît, il a été mentionné dans une entrevue que de communiquer avec les propriétaires de RI afin de les sensibiliser au déploiement du référentiel pouvait s'avérer être une stratégie gagnante. Dans les circonstances de pénurie de personnel et de difficultés de rétention, il a été mentionné par un propriétaire que le référentiel de compétence devrait même être obligatoire! Au niveau du matériel didactique pour transposer les compétences attendues dans un référentiel, un médium « papier » a fait l'unanimité lors des entrevues.

En ce qui a trait aux principaux obstacles, il y avait le langage non adapté tel que les termes médicaux ou des abréviations non connues par le personnel non professionnel. Pour appuyer ce propos, l'interviewé CD a cité cet exemple : « On dit toujours une céphalée au lieu d'un mal de tête. La préposée sait pas c'est quoi une céphalée! ». En miroir inversé des facilitateurs, le contenu peut s'avérer être un obstacle s'il est trop long, peu adapté à la pratique des préposés ou s'il suscite peu d'intérêt. Quoique propre à une seule ressource intermédiaire, la langue utilisée pouvait aussi être un obstacle pour les allophones ou les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français. Un interviewé a fait référence à des capacités d'apprentissage limitées qu'il explique entre autres par un esprit analytique moins développé vu le faible niveau de scolarisation. C'est plutôt la résistance et le peu d'intérêt à vouloir apprendre qui ont surtout été nommés par tous comme étant des obstacles pour certains préposés, notamment si l'emploi est temporaire ou si le préposé n'a pas les capacités d'autocritique requises pour réaliser ses lacunes. Les démarches d'apprentissages non rémunérées bien que liées au travail ou dans un contexte d'heures supplémentaires imposées s'inscrivaient également dans des stratégies défavorables. L'inconfort avec les nouvelles technologies informatiques peut également être un obstacle pour les préposés. De plus, ces nouvelles technologies n'ont pas pu être implantées à la hauteur souhaitée par les propriétaires de RI en raison du stress que cela peut occasionner pour certains préposés : « Je vais perdre des joueurs, ils vont être stressés [...] y [les préposés] viendront pas travailler » (Interviewé AB). « Y'en [les préposés] shake! C't'un gros stress » (Interviewé CD). L'âge a été mis en cause dans une majorité des entrevues

pour les difficultés relatives à l'intégration des nouvelles technologies informatiques. Toutefois, il était mentionné que même si cela prenait de la patience, l'implantation ou l'utilisation de l'informatique progresse dans certaines RI.

5.2.4. *Éléments relatifs au contexte des RI*

Émergeant de l'analyse de contenu des entrevues, la pénurie de personnel, les difficultés de recrutement et l'absentéisme se sont avérés être un enjeu majeur en RI. De nombreux propos à cet égard étaient éloquentes dans les entrevues :

Ça tourne comme une porte de centre d'achat! (interviewé AB);
 Je les ai pas ces gens-là [les personnes qui ont un DEP], y restent pas. Ils viennent ici, font les cours et s'en aillent tout de suite [en référence à s'en aller dans le réseau de la santé et des services sociaux] (interviewé EF);
 J'ai eu 10 démissions dans la dernière année [...] je travaille sur le plancher parce qu'il manque de personnel (interviewé EF).

Cette pénurie de personnel et les difficultés de recrutement ont amené les propriétaires ou les personnes-ressources en RI à considérer l'embauche de préposés qui ne rencontrent pas les exigences. « De ce temps-là, on n'exige pas le secondaire 5 [...] pour le moment, c'est une paire de bras et ensuite on essaye de former » (interviewé AB). En conséquence, des mesures alternatives ont été nommées en compensation du personnel non qualifié. Certaines responsabilités sont déplacées vers des préposés plus habiletés, de la formation en cours d'emploi est privilégiée, des qualités personnelles sont recherchées en entrevues et un accompagnement individuel est offert à certains préposés par le propriétaire ou les personnes-ressources en RI.

5.2.5. *Description des données et éléments à considérer issus des rencontres avec les préposés*

Ce sont deux rencontres individuelles ainsi qu'une rencontre regroupant trois préposées qui ont pu être réalisées. Au total, cinq préposées ont pu être rencontrées pour valider certaines considérations à prendre en compte pour le développement du référentiel. Parmi les dépliants et documents présentés, un format de 13.97 cm par 21.59 cm relié et

imprimé sur du papier glacé a été privilégié par quatre des cinq préposées. Pour le volume, toutes les préposées ont préféré avoir plus d'informations que trop peu. Cependant, les propos recueillis étaient en faveur d'un document a) pas trop « épais », b) sans gros paragraphe mais plutôt en points de forme, c) d'une dizaine de pages maximum, d) avec des titres clairs et d'assez gros caractères. Des dessins réels et ludiques ont été soumis à leur opinion. À l'exception d'un préposé en faveur de dessins ludiques et en grande quantité, les autres ont privilégié des dessins réalistes en quantité modérée. Pour le style du référentiel, aucune réponse n'était en faveur d'un document sous forme de bandes dessinées. Le titre du document a été qualifié de bon. La seule suggestion reçue a été de transformer le mot guide par aide-mémoire pour décrire l'objet du document.

Les rencontres ont également permis de soumettre les énoncés de compétence afin de clarifier le vocabulaire à utiliser. La maladie d'Alzheimer était le terme le plus connu pour décrire la condition de santé des usagers (5/5), suivi de troubles cognitifs (2/5) et de démence (1/5). Le terme SCPD était compris par tous mais pas la signification de l'acronyme. Il m'a donc été suggéré de fournir une explication et de quand même faire le lien avec les troubles du comportement (2/5) notamment pour les nouveaux employés pour qui SCPD ne veut rien dire. Pour ce qui est de l'expression « atteinte frontale » faisant partie d'un des énoncés de compétence, elle mériterait d'être explicitée pour certains des préposés (4/5). Finalement, tous les préposés préféreraient que les vrais termes, même s'ils sont plus complexes, soient intégrés au référentiel (ex. plongeon rétrograde, syndrome crépusculaire, TNCM) pourvu qu'il soit possible d'en comprendre leur signification. Un des arguments mentionnés en ce sens était qu'ils entendent ces termes dans le cadre de leur travail. Les réponses obtenues à l'égard d'autres considérations pour que les préposés aient envie de lire le référentiel et qu'il soit utile étaient celles-ci : 1) le référentiel devait être obligatoire à l'embauche (1/5); 2) qu'il devait être agrémenté de couleurs (1/5); 3) qu'il respecte les considérations mentionnées lors de la rencontre (2/5); 3) qu'il soit un outil de référence (1/5); 4) qu'il soit dans un format facilement transportable dans un sac à main (1/5).

5.3. Version préliminaire du référentiel de compétences

Au final, 28 connaissances, neuf qualités et cinq valeurs ont été intégrées dans une version préliminaire d'un référentiel de compétences. Composé de 12 pages, le référentiel a pris forme dans un format et un langage découlant de considérations issues des entrevues semi-dirigées et des rencontres avec les préposés en RI. Des échanges ont eu lieu avec le service des communications du CISSS de la Montérégie-Ouest pour présenter un référentiel respectant les couleurs et règles organisationnelles tout en mettant l'accent sur l'accessibilité pour les préposés en ressource intermédiaire²⁵. Un exemplaire du référentiel de compétences peut être consulté à l'annexe 20.

²⁵ Au dos du référentiel, la mission, la vision, les ambitions et les valeurs du CISSS de la Montérégie-Ouest y sont inscrites. Ce contenu fait partie de la politique organisationnelle d'identification visuelle. Toutefois, des demandes d'autorisations ont été faites pour retirer ce contenu lors de la version finale du référentiel.

CHAPITRE 6. DISCUSSION

Ce projet d'innovation avait comme objectif de développer un référentiel de compétences accessible pour les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD. Il permettait ainsi de répondre à la question relative aux compétences attendues de la part des préposés. Ce chapitre présente l'amalgame de l'interprétation des résultats, des liens avec les écrits, des forces et des limites du projet ainsi que des retombées dans la pratique.

6.1. Interprétation des résultats

6.1.1. *Les qualités intégrées au référentiel de compétences*

Les neuf qualités les plus importantes pour prévenir et gérer les SCPD ont obtenu un consensus unanime (avoir un bon sens de l'observation, être à l'écoute, être capable de s'adapter, être respectueux) ou élevé (avoir un esprit d'équipe, être capable de décoder le langage non verbal, être capable de gérer ses émotions, être empathique, être patient). Ces niveaux de consensus permettent donc de positionner les qualités dans le référentiel avec confiance.

Les neuf qualités retenues se trouvent également dans la recension des écrits avec un minimum d'une source documentaire en appui (être respectueux, avoir un esprit d'équipe) jusqu'à un maximum de cinq sources (être patient) tel que représenté dans la carte heuristique de l'annexe 2. L'importance de la patience et de l'empathie, qui sont parmi les qualités retenues dans le référentiel, ont d'ailleurs été mentionnées dans le rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer (Gouvernement du Québec, 2009).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté de personnaliser les soins :

- la sélection inadéquate du personnel : pas assez d'insistance sur les capacités d'empathie, la flexibilité et la patience requises;
- [...] (Gouvernement du Québec, 2009, p.33).

La flexibilité, qui est définie par l'«aptitude à changer facilement pour pouvoir s'adapter aux circonstances » (Robert, Rey-Debove, et Rey, 1993, p.935), rejoint la qualité « être capable de s'adapter » retenue pour le référentiel. Quoique libellées un peu différemment, force est de constater que sept des neuf qualités jugées essentielles se retrouvent également dans l'analyse de profession effectuée par le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour les auxiliaires aux services de santé et sociaux et les préposées et préposés aux bénéficiaires (Gouvernement du Québec, 2015). Même si les préposés en RI n'ont pas nécessairement de DEP, leur travail est calqué sur celui des préposés aux bénéficiaires. Les similitudes entre les qualités recherchées chez les préposés en RI et celles qui sont documentées pour le travail des préposés aux bénéficiaires en témoignent aussi. Même si elles n'ont pas été retenues dans le référentiel, toutes les autres qualités ayant fait consensus comme étant parmi les plus importantes (avoir un bon jugement, avoir une belle approche, avoir la connaissance, avoir le sens de l'initiative, être compréhensif) conservent tout de même une grande pertinence clinique pour la prévention et la gestion des SCPD. D'ailleurs, avoir un bon jugement (Gouvernement du Québec, 2007a) et avoir le sens de l'initiative (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2016b; Gouvernement du Québec 2007a, 2015) étaient ressortis lors de la recension des écrits.

6.1.2. Les connaissances intégrées au référentiel de compétences

Les connaissances intégrées au référentiel de compétences représentent les connaissances jugées essentielles par les participantes à la méthode Delphi. Parmi les 28 connaissances retenues, 18 ont obtenu un consensus unanime ou élevé. Ce ne sont que sept connaissances qui ont obtenu un consensus modéré contre seulement trois qui ont obtenu un consensus faible. Au final, c'est plus de 80 % des connaissances essentielles ou souhaitables qui ont fait l'objet d'un consensus modéré à unanime (29/36 connaissances).

Les connaissances jugées souhaitables présentent également une pertinence clinique. Toutefois, elles mettent en perspective une gradation dans l'acquisition des connaissances. Elles pourraient faire l'objet de formations subséquentes d'approfondissement pour les préposés maîtrisant les connaissances essentielles.

Les 28 connaissances essentielles intégrées au référentiel ont été comparées aux thèmes de formation proposés par un groupe d'experts (Gouvernement du Québec, 2014b) sans égard au titre d'emploi (voir section 2.3.3). Le constat est que certains de ces thèmes n'ont pas été retenus dans le référentiel tels que :

- Les différents types de démences;
- La composante évaluative des SCPD;
- Les grands principes d'intervention en présence de cris et de comportements moteurs répétitifs, les comportements d'errance, la désinhibition sexuelle, la désinhibition agressive puisqu'ils supposent d'avoir préalablement évalué et identifié la cause;
- Les soins du délirium (mais les notions de base du délirium sont intégrées);
- Les types de médicaments pour les SCPD et leurs effets;
- Les autres approches non pharmacologiques pour les SCPD (à l'exception des interventions visant la réponse aux besoins de base).

Les connaissances attendues des préposés face aux SCPD diffèrent donc de celles attendues pour d'autres titres d'emploi, dont les professionnels de la santé. Présentement, les formations offertes par le CISSS de la Montérégie-Ouest aux préposés en RI intègrent beaucoup plus de connaissances que celles jugées essentielles par les répondants. Les contenus de formation trop complexes peuvent expliquer en partie les difficultés d'intégration constatées dans la pratique.

Parmi les connaissances essentielles ayant obtenu des consensus unanimes ou élevés, il y a celles relatives aux besoins de base et aux activités de la vie quotidienne

(AVQ) qui sont effectivement le propre du quotidien des préposés. L'exception est la connaissance des règles d'hygiène du sommeil qui a été retenue dans le référentiel, mais avec un consensus plus faible. Il aurait été intéressant de savoir si le consensus aurait été plus grand avec une formulation différente de l'énoncé tel que « les principales stratégies pour favoriser le sommeil ». Cette formulation aurait présenté plus de similarités avec les autres énoncés relatifs aux AVQ. Rien n'exclut que les résultats soient aussi en lien avec le fait que ce symptôme comportemental est possiblement perçu moins dérangeant. Il est peu surprenant de voir l'importance accordée aux principales causes associées à la résistance aux soins et aux stratégies associées. De 45 à 65 % des symptômes comportementaux de la démence se manifestent lors des soins personnels, incluant l'hygiène et l'habillement (Schindel Martin, Doucet et Voyer 2013, p. 491). « La revue de littérature par Zeller et collaborateurs (2009) révèle d'ailleurs que les comportements agressifs pendant les soins d'hygiène, le bain, l'habillement ou l'alimentation sont les plus fréquents » (Schindel Martin, Doucet et Voyer 2013). Puisqu'il s'agit de tâches quotidiennes, les conséquences sur les préposés sont nombreuses tels le stress, la crainte envers l'aîné ou une fausse perception de réaction active et volontaire (Schindel Martin, Doucet et Voyer 2013).

Les professionnels doivent être formés à des principes spécifiques d'aide, de bienveillance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles. Il faut susciter la formation aux techniques de relation au patient en particulier lors de certaines actions qui peuvent être l'occasion de troubles du comportement : actes de la vie quotidienne intime tels que repas, toilette, habillement. Ces actions ont pour buts :

- d'augmenter le sentiment d'efficacité;
- de limiter les risques de détresse, d'épuisement;
- d'éviter des attitudes qui pourraient être inadaptées et générer d'autres troubles. (HAS, 2009a, p.18).

Le résident, quant à lui, peut être étiqueté comme difficile ou se voir administrer une médication pouvant contribuer au déclin fonctionnel et cognitif (Schindel Martin, Doucet et Voyer, 2013). En ce qui a trait aux autres approches non pharmacologiques qui n'ont pas été retenues pour le référentiel (interventions multisensorielles, centrées sur l'émotion, stimulation cognitive), les résultats ne permettent pas de comprendre les raisons ayant

justifié ces choix. Parmi les hypothèses soulevées, il y a notamment le manque de temps des préposés pour se rendre à un niveau plus complexe d'intervention, le fait que ces interventions nécessitent d'abord d'être personnalisées en fonction des causes sous-jacentes aux SCPD ou encore que l'accent doit prioritairement être mis sur la maîtrise de l'approche de base. L'approche de base est d'ailleurs la première étape de l'arbre décisionnel en présence de SCPD proposé par le groupe d'experts s'étant penché sur l'approche non pharmacologique visant les SCPD (Gouvernement du Québec, 2014b). En ce qui a trait aux situations de crise, toutes les connaissances ont été jugées essentielles. L'importance accordée à la prévention et la gestion des situations de crise rejoint les composantes essentielles d'un programme de prévention de la violence, tel que proposé par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur affaires sociales (2014).

D'autres résultats surprennent davantage. Parmi eux, nous relevons le consensus faible obtenu pour les principales causes des SCPD. Puisque le choix des interventions doit être basé sur les causes des SCPD (British Columbia Ministry, 2012 ; Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2017; Gouvernement du Québec, 2014b; Voyer, Gagnon et Germain, 2009), il aurait été attendu que les experts y reconnaissent en plus grand nombre une connaissance essentielle. En principe, un préposé doit connaître les principales causes associées aux SCPD pour agir favorablement sur celles qui sont à sa portée (ex. : réponse aux besoins de base, routine, contrôle des stimuli,...). L'énoncé référait à la connaissance mais a peut-être été interprété comme étant l'évaluation des causes qui relève d'un professionnel.

Un autre résultat surprenant est l'écart des réponses entre les SCPD pour lesquels la médication peut être utilisée et les SCPD pour lesquels la médication n'est pas indiquée. Ces deux connaissances sont le miroir l'une de l'autre. En surplus, l'utilisation judicieuse des PRN²⁶ est ressortie comme une connaissance essentielle unanime alors qu'elle est intimement liée à la connaissance des SCPD pour lesquels la médication est indiquée ou non. Rappelons qu'en vertu de la Loi 90, les préposés en RI peuvent administrer la

²⁶ PRN réfère à une médication administrée au besoin. Cette abréviation découle du latin pro re nata.

médication²⁷. Or, les conséquences de la médication antipsychotique souvent utilisée pour les SCPD comptent entre autres un risque accru de mortalité, d'évènements cardiovasculaires ou de chutes (INESSS, s.d.) et justifient la priorité accordée à cette connaissance.

Pour les deux connaissances n'ayant pas fait consensus lors du premier tour (conséquences possibles d'un délirium, la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique), il est étonnant de voir le taux de modification des réponses avant même que les participants aient pu recevoir l'argumentaire justifiant le choix. Certes, le fait de resoumettre les connaissances au deuxième tour a demandé une réflexion supplémentaire aux participants pour se positionner de nouveau. Toutefois, cela suscite un questionnement sur les facteurs qui ont influencé les réponses entre le premier et le deuxième questionnaire. Un argument fourni en faveur d'une connaissance essentielle pour les conséquences possibles d'un délirium répondait davantage à la question sur la manifestation du délirium, laissant planer une incertitude sur la compréhension du participant. Toutefois, cette réponse n'a pas eu d'influence sur les résultats finaux puisque le consensus pour une connaissance souhaitable avait déjà été atteint.

6.1.3. Les valeurs intégrées au référentiel de compétences

En fonction de la méthode utilisée pour dégager les cinq valeurs les plus importantes, il était prévu de ne pas pouvoir les hiérarchiser en ordre d'importance. Ce niveau de précision apparaissait superflu dans un contexte où le référentiel n'allait, de toute façon, présenter qu'un nombre restreint de valeurs. Toutefois, parmi les cinq valeurs intégrées au référentiel, quatre n'ont été nommées que par un seul participant lors du questionnaire initial. Ce n'est que la valeur du respect qui est restée parmi les plus populaires entre le premier et le deuxième tour, démontrant potentiellement l'importance fondamentale accordée à cette valeur. Après le deuxième tour, la valeur de bienveillance est ressortie de façon unanime parmi les participants. Parmi les autres valeurs retenues pour le référentiel, se trouvent le respect et l'empathie. Un lien semble donc exister entre ces

²⁷ Certaines restrictions s'appliquent.

valeurs, car selon Pelletier, Leboeuf et Beaulieu (2016), le respect et l'empathie sont associés aux comportements bienveillants. Il importe de mentionner que la bienveillance est aussi une valeur organisationnelle au CISSS de la Montérégie-Ouest (2017). Puisque plus de la moitié des participants proviennent de ce CISSS, l'hypothèse de l'influence organisationnelle se pose donc. Cependant, il n'y a pas de tendance en ce sens qui puisse être dégagée puisque les autres valeurs organisationnelles non pas été retenues dans le référentiel.

Le savoir-être est ressorti comme une valeur importante et il importe d'y accorder une attention particulière. Le vécu dans la pratique permet effectivement de constater que le savoir-être peut être un enjeu majeur. Le savoir-être étant inclus dans les notions théoriques de la bientraitance, cette valeur est en cohérence avec l'empathie et le respect préalablement discutés. « La bientraitance en hébergement suppose la conjugaison de savoir, savoir-être et savoir-faire » (Pelletier, Leboeuf et Beaulieu, 2016, p.11). La Haute Autorité de Santé (2009b) abonde également dans le même sens :

La formation des professionnels passe par le « savoir-être » avec le patient atteint de démence, et le « savoir-faire » dans diverses situations comportementales et relationnelles. Ces éléments de « savoir-être » et de « savoir-faire » sont à la base de l'approche dite de "bientraitance" (p.30).

La bienveillance et garder son calme en tout temps qui sont également retenus comme valeurs dans le référentiel, ne sont pas non plus étrangers à la bientraitance.

Même si elles ont été clairement identifiées, les connaissances, les qualités et les valeurs composant le référentiel se doivent d'être intelligibles pour les préposés afin de favoriser leur acceptabilité. Les prochaines sections font donc état de la réflexion sur la forme et le langage à privilégier.

6.1.4. Le développement du référentiel de compétences

Lors des entrevues semi-dirigées, cinq types de situations où plus de connaissances seraient nécessaires ont été nommées (voir annexe 19). Parmi celles-ci, des connaissances relatives à la violence (représentée par les situations de crise), les soins d'hygiène, le syndrome crépusculaire et l'histoire de vie sont incluses dans le référentiel. Toutefois, l'errance, l'envie de quitter ou le support aux familles ne sont pas inclus. Le choix précis des interventions à faire pour contrer l'errance ou l'envie de quitter présuppose de connaître les causes associées, ce qui réfère à la composante évaluative non retenue dans le référentiel. Toutefois, l'approche de base et le recadrage qui sont intégrés au référentiel peuvent avoir une incidence positive sur la prévention et la gestion de plusieurs SCPD dont l'errance et l'envie de quitter. En outre, le support à apporter aux familles avait effectivement fait l'objet de conseils pratiques dans le consensus d'experts sur les approches non pharmacologiques (Gouvernement du Québec, 2014b). Ces conseils reprennent en bonne partie les grands principes de l'approche de base. Si les préposés développent leurs compétences face à l'approche de base, il serait alors plus réaliste de s'attendre à ce qu'ils puissent en faire part aux familles.

Selon l'âge ou certains préalables de nature scolaire, les critères d'admission au DEP d'Assistance à la personne en établissement de santé prévoient, de façon exceptionnelle, l'admission d'étudiants détenant seulement un 2^e secondaire (Compétence Québec, 2018). Ainsi, même pour les RI ayant mentionné que la moyenne de scolarisation était le DEP, le niveau de secondaire acquis peut être variable d'un préposé à l'autre. Pour être accessible, le référentiel devait prendre en considération les capacités de lecture et d'apprentissage hétérogènes du public cible. Or, les constats découlant des entrevues en RI qui ont le plus influencé le choix de la mise en forme préliminaire du référentiel sont les suivants :

- A. La capacité de lecture si les textes sont courts et simples;
- B. Le langage adapté;
- C. Le visuel pouvant enrichir le texte;

D. Un document papier comme matériel didactique.

Ces constats rejoignent des pistes de réflexion suggérées par Gagnon et Beaucher (2016) pour s'assurer qu'un document écrit atteigne le but visé, qu'il soit bien planifié et qu'il soit bien conçu. Parmi ces pistes de réflexion tenues en compte, il y a notamment la disposition de l'information de façon attrayante et ordonnée, de même que la police de caractère facile à lire sans être trop décorative ou fantaisiste (Gagnon, Beaucher, 2016). La validation des éléments à prendre en compte pour la mise en forme du référentiel auprès des préposés a permis répondre à nos objectifs en terme d'accessibilité. Quoique le souhait d'obtenir le référentiel dans la langue anglaise ait été nommé dans une des entrevues, il a été rédigé dans la langue officielle du Québec et conformément aux règles applicables comme s'il s'agissait d'une communication destinée à du personnel du CISSS (Légis Québec, 2018). Toutefois, cette demande met en évidence une réalité sociodémographique du territoire de cette RI caractérisée par une proportion de 30% de la population d'expression anglophone (Blackburn, Noiseux, Provencher, Savoie et Simoneau, 2018).

6.2. Forces du projet d'innovation

Le projet d'innovation présente une pertinence d'un point de vue scientifique. Les connaissances sur les compétences attendues de la part des préposés en RI, dans un contexte précis de prévention et de gestion des SCPD chez la clientèle ayant des TNCM, apparaissent inexistantes dans la littérature scientifique. Avec les méthodes utilisées dans cette démarche d'innovation, il a été possible de combler partiellement ces lacunes relatives au besoin de connaître ces compétences. Les compétences étant étroitement liées à la qualité des services offerts aux usagers, cela met également en perspective la pertinence sociale du projet d'innovation. Puisqu'une proportion considérable d'aînés ayant des TNCM vivront en RI dans le continuum de leur maladie, il importait de s'attarder aux connaissances liées aux déficits cognitifs, à leurs manifestations et à la réponse quotidienne à offrir. En surplus, la pénurie et les difficultés de recrutement du personnel en RI étant actuellement un enjeu important, il s'avère approprié de proposer une innovation qui,

somme toute, peut avoir un impact positif sur les préposés en ciblant clairement les compétences à acquérir pour faciliter leur travail.

La possibilité de faire un prétest avec une personne ressource en SCPD lors du premier questionnaire de la méthode Delphi a permis d'ajuster les questions pour qu'elles soient compréhensibles permettant ainsi de satisfaire à une condition de validité propre aux questionnaires. L'imputabilité procédurale apparaît aussi comme une force du projet d'innovation. Elle se décrit par la reproductibilité des résultats dans des conditions similaires et la traçabilité du processus (Sylvain et Durand, 2018). La réalisation du projet d'innovation a reposé sur diverses méthodes qui ont été appliquées avec rigueur scientifique, structure et transparence. Ainsi, l'ensemble des méthodes, des résultats et des choix sont documentés. Le choix de la méthode Delphi force la création de questionnaires à partir des réponses fournies par les experts et appelle à une grande transparence, puisque tous les résultats sont acheminés au fur et à mesure. Par exemple, même s'il était prévu de retenir dix qualités, seulement neuf composent le référentiel, de façon à ne conserver que les résultats consensuels comme prévu initialement dans la méthode. Le consensus apparaît ici comme une valeur ajoutée aux résultats. Un souci a été porté aux questionnaires et au guide d'entrevue pour n'y inclure que des questions simples et neutres. De plus, l'enregistrement des entrevues a grandement favorisé l'analyse de contenu avec la possibilité de les réécouter et ainsi réduire les écarts entre les notes manuscrites consignées lors des entrevues et le message original de chaque propriétaire ou personne-ressource en RI. Le traitement rigoureux des données a permis d'éviter les interférences avec les attentes de l'étudiante.

Pour la méthode Delphi, la crédibilité des résultats a été assurée notamment par la mise en place de critères de sélection pour les participants. Malgré le petit nombre d'écrits, un effet de saturation a tout de même été ressenti au terme de la sélection des sources retenues pour formuler les compétences. D'autre part, les participants à la méthode Delphi étaient invités à me contacter lors du retour des résultats. Ainsi, cela ajoutait à la possibilité d'intervenir si les résultats suscitaient des questionnements ou des préoccupations au

niveau de la crédibilité. En ce qui a trait aux entrevues, l'étape de restitution aux participants a été faite en présentiel. Les propos ont été répétés ou reformulés pour m'assurer de bien capter le sens évoqué par les réponses fournies.

En dépit du petit échantillon, les stratégies de rappel des dates limites pour remplir les formulaires ont certainement contribué à l'absence de mortalité des participants à la méthode Delphi. L'absence de mortalité a évité d'influencer la façon dont les résultats ont été analysés et permis de maintenir les seuils de consensus initialement prévus.

6.3. Limites du projet d'innovation

Le projet d'innovation comporte également certaines limites. Une d'entre elles est reliée à l'échantillon, et ce, autant pour les personnes-ressources en SCPD que pour les propriétaires ou personnes-ressources en RI. Plus de la moitié des personnes-ressources en SCPD ayant participé au projet proviennent de la Montérégie diminuant ainsi la représentativité des réponses issues de participants d'autres régions. Le faible échantillon de personnes-ressources en SCPD n'a pas permis de comparer les réponses pour en dégager des tendances par profession. La petite taille de l'échantillon est également une limite quant à la représentativité des résultats obtenus lors des entrevues. Toutefois, le petit nombre de personnes interviewées a favorisé la réalisation d'entrevues plus exhaustives. Bien que le portrait des RI de la Montérégie-Ouest ait permis d'adapter la version préliminaire du référentiel pour répondre à des caractéristiques propres à ce territoire, cela affecte son caractère transférable. Même s'il est peu probable que les résultats diffèrent de façon significative, il n'est pas possible de prétendre que les constats dégagés des entrevues représentent l'ensemble des RI du Québec. Des démarches supplémentaires pourraient permettre d'avoir un portrait plus juste. Toutefois, dans un contexte similaire sur un autre territoire de CISSS ou de CIUSSS, les résultats pourraient s'avérer pertinents.

Afin d'accroître les conditions de validité pour l'analyse documentaire, les sources retenues ayant permis de formuler les compétences auraient pu être soumises à un outil d'analyse de littérature grise. Ainsi, l'appréciation critique des sources documentaires

retenues aurait pu être supportée par un outil formel tel que la liste de vérification AACODS²⁸ (INESSS, 2016). L'INESSS (2016) propose cet outil qui est conçu pour permettre l'évaluation et l'appréciation critique de la littérature grise. Néanmoins, le caractère exploratoire de la démarche et l'ampleur somme toute retenue d'un essai justifie le choix de ne pas procéder d'une telle façon.

D'autre part, la méthode Delphi ne permet pas d'avoir un contact en personne avec les participants. La possibilité de valider la compréhension et l'interprétation des questions s'en trouve réduite. Même si cela est peu probable dans le cas présent, les consensus peuvent en être affectés. La rétroaction par l'envoi des réponses entre les questionnaires est une caractéristique propre à la méthode Delphi (Ekionea *et al*, 2011). Paradoxalement, cela peut entraîner un biais du participant en raison de la désirabilité sociale. Par exemple, en constatant que plusieurs participants considèrent une valeur ou une qualité comme étant importante, les réponses subséquentes peuvent en être influencées.

Une autre limite découle de la disponibilité limitée des personnes-ressources en SCPD. Pour contrer le risque de mortalité, une limite de trois questionnaires a été émise d'entrée de jeu. Toutefois, cela a entraîné une impossibilité de resoumettre des questionnaires jusqu'à l'obtention d'un consensus unanime ou élevé pour chacune des compétences. L'absence d'écrit scientifique sur les compétences attendues pour les préposés en RI ou de projets comparables ailleurs pouvant servir de références engendre également une limite quant à la possibilité de trianguler les données pour soutenir la crédibilité des résultats.

Quoique les rencontres avec les préposés constituent un apport considérable dans l'accessibilité du référentiel, il n'est pas exclu que le phénomène de désirabilité sociale puisse également avoir influencé certaines des réponses fournies. Par exemple, certaines

²⁸ « Les lettres de l'acronyme font référence aux caractéristiques évaluées dans la liste de vérification, c.-à-d. les termes anglais Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance » (INESSS, 2016, n.p). Outil téléaccessible à l'adresse : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf.

préposées se sont peut-être abstenues de nommer qu'un terme utilisé dans le référentiel était incompris.

6.4. Retombées dans la pratique

Les retombées dans la pratique sont multiples et stimulantes. Le fait d'avoir déterminé les compétences attendues des préposés ouvre la porte à des actions visant l'appropriation de ces compétences. Pour le CISSS de la Montérégie-Ouest qui offre aux RI des formations sur les SCPD, un travail d'analyse devra s'effectuer pour arrimer le contenu des formations de base avec les connaissances essentielles. Dans un deuxième temps, des formations plus avancées pourront inclure les connaissances souhaitables pour les préposés ayant l'intérêt et les aptitudes d'aller plus loin dans les apprentissages. Déjà, le contexte de roulement important de personnel en RI teinte grandement la possibilité d'instaurer une routine et d'agir favorablement sur plusieurs des facteurs modifiables associés aux SCPD. Ainsi, cibler les compétences prioritaires à acquérir agit en faveur de l'optimisation des ressources nécessaires au déploiement des formations. Si les préposés sont plus à l'aise de travailler avec cette clientèle, il est aussi fort à parier que la rétention en sera améliorée.

Les entrevues réalisées auprès des propriétaires et des personnes-ressources en RI ont permis d'obtenir une panoplie de considérations à tenir en compte pour faire des choix judicieux en ce qui a trait aux stratégies pédagogiques soutenant la matérialisation du référentiel. Les faibles capacités d'apprentissages des préposés nommées dans les entrevues pourraient être compensées partiellement par des stratégies plus adaptées que les cours magistraux offerts actuellement. Par exemple, les entrevues ont mis en lumière la corrélation positive entre l'intérêt des préposés et l'apprentissage lorsque le contenu est relié à leur travail quotidien. Les stratégies pédagogiques pourront ainsi faire davantage appel à des exemples ou mises en situations concrètes qui rejoignent le vécu quotidien du préposé. À cet égard, des méthodes de cas, qui impliquent des situations réelles, pourraient être favorisées (Hammond, 2002; Lapière, 2011; Bédard, s.d., Mathieu, 2001; Prigent, 2009; Van Stappen, 1989). Ce qui est visé, c'est l'intégration de tous les savoirs, mais aussi

d'autres composantes qui permettront aux préposés d'agir en fonction du bon choix de ressources, d'une bonne mise en œuvre, et ce, dans le bon contexte.

Face à la pénurie de personnel et aux difficultés de recrutement des préposés, le fait de connaître les qualités les plus importantes peut déjà guider les gestionnaires en RI dans la formulation des critères d'embauche. L'adhésion ou non du préposé aux valeurs proposées dans le référentiel, qui ont été formulées en gestes quotidiens, peut également donner le ton à l'émergence probable de SCPD. Pour le CISSS de la Montérégie-Ouest, il devient ainsi plus facile d'évoquer aux RI les problèmes de compétences rapportés par les professionnels qui côtoient les préposés. S'il s'agit d'une compétence attendue de la part des préposés et explicitement nommée, des stratégies collaboratives entre les RI et le CISSS peuvent se mettre en action en tant que partenaires de la qualité des services.

CONCLUSION

La mise en forme préliminaire d'un référentiel de compétences accessible aux préposés en RI a permis d'atteindre l'objectif général visé par le projet d'innovation. À partir de compétences potentielles issues de la littérature, les experts ont pu identifier de façon consensuelle celles à intégrer dans le référentiel. L'accessibilité du référentiel a pu être bonifiée par les entrevues en RI et les rencontres avec les préposés. Ainsi, l'intelligibilité du référentiel pour le public visé ne peut qu'en favoriser son acceptabilité. Par l'identification de connaissances, de qualités et de valeurs, le projet d'innovation a permis de répondre à la question relative aux compétences attendues de la part des préposés en RI qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des TNCM pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD. Grâce à la version préliminaire du référentiel de compétences développé dans le cadre du projet d'innovation, une étape subséquente de validation formelle pourra être réalisée au sein des RI de la Montérégie-Ouest. Cette validation soutiendra l'optimisation de l'accessibilité du référentiel par la forme et le langage utilisés, l'applicabilité et l'utilité dans la pratique. De plus, cette démarche favorisera stratégiquement l'appropriation du référentiel par les préposés. Subséquemment, une version finale du référentiel pourra voir le jour et être un outil clinique supplémentaire qui démontre l'importance des compétences du personnel en RI.

Du matériel didactique supplémentaire pourra également être développé en lien avec certaines connaissances intégrées au référentiel tel que les dix stratégies d'interventions qui composent l'approche de base. Ces stratégies méritent d'être davantage explicitées pour en favoriser la compréhension. La fréquence et l'intensité des SCPD de même que les conséquences qui en découlent peuvent être atténuées par du personnel compétent. Ainsi, l'acquisition des compétences attendues dans l'exercice des fonctions des préposés méritera également d'être objectivée.

Un professionnel compétent, à qui l'on peut faire confiance, se reconnaît non pas au fait qu'il possède une liste de compétences mais au fait qu'il sait agir de façon pertinente, responsable et compétente, dans les diverses situations qu'il doit traiter ou gérer. Comme je le dis souvent, on peut avoir beaucoup de compétences et n'être pas compétent (Le Boterf, 2011, p.98).

Dans une perspective de recherches futures, il pourrait s'avérer pertinent d'identifier les indicateurs les plus probants pour évaluer la compétence attendue des préposés qui travaillent en RI auprès des personnes ayant des TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD. En référence à la définition de la compétence de Le Boterf (2002), le défi n'est plus de connaître les compétences attendues, mais de mettre en place les mécanismes qui permettront aux préposés de mobiliser et organiser l'ensemble de leurs ressources afin de poser les actions favorables à la prévention et la gestion des SCPD.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ambrosino, F., Barrière, C., Danan, J., Lecointre, B., Hue, G., Meury, P. et Debout, C. (2018). Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. *Revue Francophone Internationale De Recherche Infirmière*, 4(1), 5-19.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (2014). *Violence de la clientèle*. (s.l) : ASSTSAS. Site téléaccessible à l'adresse <<http://asstsas.qc.ca/violence-de-la-clientele>>.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, 2, 98-114.
- Beach, B.F. (1997). Studying the future : a Delphi survey of how multidisciplinary clinical staffs view the likely development of two community mental health centres over the course of the next two years. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 331-338.
- Bédard, D. (s.d). *La méthode des cas*. s.l : s.e.
- Blackburn, M., Noiseux, M., Provencher, s., Savoie, E. et Simoneau, M.E (2018). *Portrait de santé RTS de la Montérégie-Ouest*. Longueuil : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique.
- Bouffard, S., Labarre, K. (2017). *En contexte de SCPD : faites la différence par l'approche!* Communication présentée à l'Atelier de lancement OPUS-AP, Montréal, 29 et 30 novembre 2017.
- Bourque, M. et Voyer, P. (2013). La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. In P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.) (p. 451-478). Saint-Laurent: ERPI (1ère éd. 2008).
- Boyce, W., Gowland, C., Russel, D. Goldsmith, C., Rosenbaum, P., Plews, N. et Lane, M. (1993). Consensus methodology in the development and content validation of a gross performance measure. *Physiotherapy Canada*, 45(2), 94-100.

British Columbia Ministry (2012). *Best Practice Guideline for Accommodating and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Residential Care : A Person-centred Interdisciplinary Approach*. British Columbia : Ministry of Health. Document téléaccessible à l'adresse
<<https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>>

Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins - Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis (2012). Unité pour une clientèle présentant des troubles sévères du comportement. (s.l) : Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins (1ère éd. 2008).

Centre de santé et de services sociaux Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2013). *Cadre de référence. Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en soins de longue durée*. (s.l) : Centre de santé et de services sociaux Institut universitaire de Sherbrooke.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2016a). *Plan d'action triennal 2016-2019 du CISSS de la Montérégie-Ouest pour l'initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs*. (s.l) : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2016b). *Unité prothétique du centre d'hébergement Dr Aimé-Leduc*. (s.l) : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

Centre intégré de santé de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2016c). *Communiquer avec une personne ayant des déficits cognitifs*. (s.l) : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

Centre intégré de santé de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2017). *Chez nous, c'est notamment...* (s.l) : CISSS de la Montérégie-Ouest.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2017) *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Aide-mémoire à l'intervention. Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeur*. Sherbrooke : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

- Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (s.d). *5 Nord. Guide du voyageur*. (s.l) : Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006). *Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)*. Toronto : CCSMPA. Document téléaccessible à l'adresse < <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/LTC-final-french.pdf> >.
- Compétences Québec (2018). Assistance à la personne en établissement de santé. (s.l) : Compétences Québec. Site téléaccessible à l'adresse <<https://www.inforoutefpt.org/progSecDet.aspx?prog=5316&sanction=5>>.
- Crocq, M. et Guelfi, J. D. (2015). *DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Dalkey, N. C., Cochran, S., et Brown, B. B. (1969). *The Delphi method*. Santa Monica, CA : Rand Corporation.
- Desbiens, J-F., Kozanitis, A. et Lanoue, S. (2015). Repenser l'utilisation de l'exposé magistral. *Le tableau*, 4(7), (n.p.).
- Direction de santé publique de la Montérégie (2015). *CISSS Montérégie-Ouest. Portrait de santé de la population. Principaux messages à retenir*. (s.l) : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Document téléaccessible à l'adresse <<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3793/Portrait-CISSS-Monteregie-OUEST.pdf> >.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. et Hamby, D.W. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning*, 3(1), p. 91-112).
- Duron, E., Wenisch, E., Joucdar, T., Rigaud, A.-S., Seux, M.-L., Boudall, Y., Schwald, N. et Chahwakillan, A. (2010). Formation des soignants et prise en charge des démences en unités de soins de longue durée. *Soins gérontologiques*, 81, 9-13.
- Ekionea, J. P. B., Bernard, P., et Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192.

- Elliott, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C. J., et Slocum, N. (2006). *Méthodes participatives: Un guide pour l'utilisateur*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin. Document téléaccessible à l'adresse
<<http://bel.uqtr.ca/187/1/6-19-1160-20061013-1.pdf>>.
- Fleury, F.C (2015a). *Capsule 2 Sélection et analyse de la littérature grise* (document Powerpoint avec narration). (s.l) : Université de Sherbrooke.
- Fleury, F.C. (2015b). *Capsule 3 Utilité comparée de différentes sources de connaissances* (document Powerpoint avec narration). (s.l) : Université de Sherbrooke.
- Gagnon, C, Beaucher, C. (2016). *Enseigner en formation professionnelle. Pour une meilleure planification et des cours plus efficaces*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Gouvernement du Québec (2001). *Fiche terminologique savoir*. (s.l) : Office québécois de la langue française. Site téléaccessible à l'adresse
<http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8361460>.
- Gouvernement du Québec (2005). *Cadre de référence sur la planification des activités d'apprentissage et d'évaluation*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Document téléaccessible à l'adresse
<<http://www3.education.gouv.qc.ca/FPT/Bibliotheque/CadreFinalInforoute.pdf>>.
- Gouvernement du Québec (2006). *Fiche terminologique compétence professionnelle*. Site téléaccessible à l'adresse
<http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8365872>.
- Gouvernement du Québec (2007a). *Assistance à la personne en établissement de santé*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction générale des programmes et du développement du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Gouvernement du Québec (2007b). *Fiche terminologique savoir-faire*. (s.l) : Office québécois de la langue française. Site téléaccessible à l'adresse
<http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8366773>.

Gouvernement du Québec (2008). *AGIR pour protéger*. Québec : Ministère de la Santé et services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

Gouvernement du Québec (2009). Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Document téléaccessible à l'adresse
<<http://www.alzheimer.ca/sites/default/files/Files/qc/Rapports/Rapport%20Bergman.pdf>>.

Gouvernement du Québec (2014a). *Équipe ambulatoire symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : Les paramètres organisationnels*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse
<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001087/>>.

Gouvernement du Québec (2014b). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse
<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>>.

Gouvernement du Québec (2014c). *Évaluation de la formation «AGIR auprès de la personne âgée»*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse
< <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-830-21W.pdf>>

Gouvernement du Québec (2015). *Actualisation des analyses de profession. Auxiliaires aux services de santé et sociaux. Préposées et préposés aux bénéficiaires*. Québec : Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Document téléaccessible à l'adresse
<http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_professionnelle/Auxiliaire_services_sante_sociaux_preposees_preposes_beneficiaire.pdf>.

- Gouvernement du Québec (2016). Cadre de référence Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>.
- Gouvernement du Québec (2017a). *Guide de mise en œuvre pour le déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles dans les CISSS et les CIUSSS. Seconde phase des travaux 2016 à 2019*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document téléaccessible à l'adresse http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-829-01W_Guide_pratiques_cliniques_complet_BR.pdf.
- Gouvernement du Québec (2017b). *Fiche terminologique savoir-être*. Site téléaccessible à l'adresse < http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=9896697>.
- Green, J.P. (1982). *The Content of a College-Level Outdoor Leadership Course*. Communication présentée à la conférence du Northwest District Association for the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance, Spokane, WA, (s.d).
- Green, B., Jones, M., Hugues, D. et Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPs information requirement. *Health and Social Care in the Community*, 7(3), 198-205.
- Hammond, J.S. (2002). *Learning by the Case Method*. Boston, MA : Harvard Business School Publishing.
- Haute Autorité de Santé (2009a). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations*. Paris : Haute Autorité de Santé, Service communication. Document téléaccessible à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf.

Haute Autorité de Santé (2009b). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Argumentaire*. Paris : Haute Autorité de Santé, Service communication. Document téléaccessible à l'adresse <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs_argumentaire.pdf>.

Haute Autorité de Santé de Santé (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge*. (s.l) : Haute Autorité de Santé. Document téléaccessible à l'adresse <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (s.d). *Usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD*. (s.l) : INESSS.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs*. Québec : INESSS. Document téléaccessible à l'adresse <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-Rapport_reperage_processus_diagnostic_MA_TNC.pdf>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). *La liste de vérification AACODS est conçue pour permettre l'évaluation et l'appréciation critique de la littérature grise*. (s.l) : INESSS. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017). Outil 1.3.a : *Méthode de consensus*. (s.l) : INESSS. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Elaboration_guides_pratique/INESSS_Outil_1.3.a_Processus_Methodes_Consensus_for_mel.pdf>.

- Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2006). Consulting the oracle : ten lessons from using Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), p. 205-212.
- Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. [ressource électronique]. Chichester, West Sussex, U.K. : Wiley-Blackwell.
- Lapierre, L. (2011). *L'art de ne pas enseigner*. (s.l) : (s.e).
- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins cadres*, 41, 1-3.
- Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Éducation permanente*, 188(3), p.97-112.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notion et étapes. In J.P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (p. 48-65). Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Légis Québec (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. (S-4.2), (s.l) : Éditeur officiel du Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>>.
- Légis Québec (2018). *Charte de la langue française*. (C-11), (s.l) : Éditeur officiel du Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-11>>.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. et Lykestos, C.G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Loughlin, K.G. et Moore, L.F. (1979). Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a pediatrics department. *Journal of Medical Education*, 54(2), 101-106.
- Louis, R. (2008). Les limites du concept de compétence vu sous l'angle de l'évaluation. *Revue des sciences de l'éducation*, 34(3), 753-768.

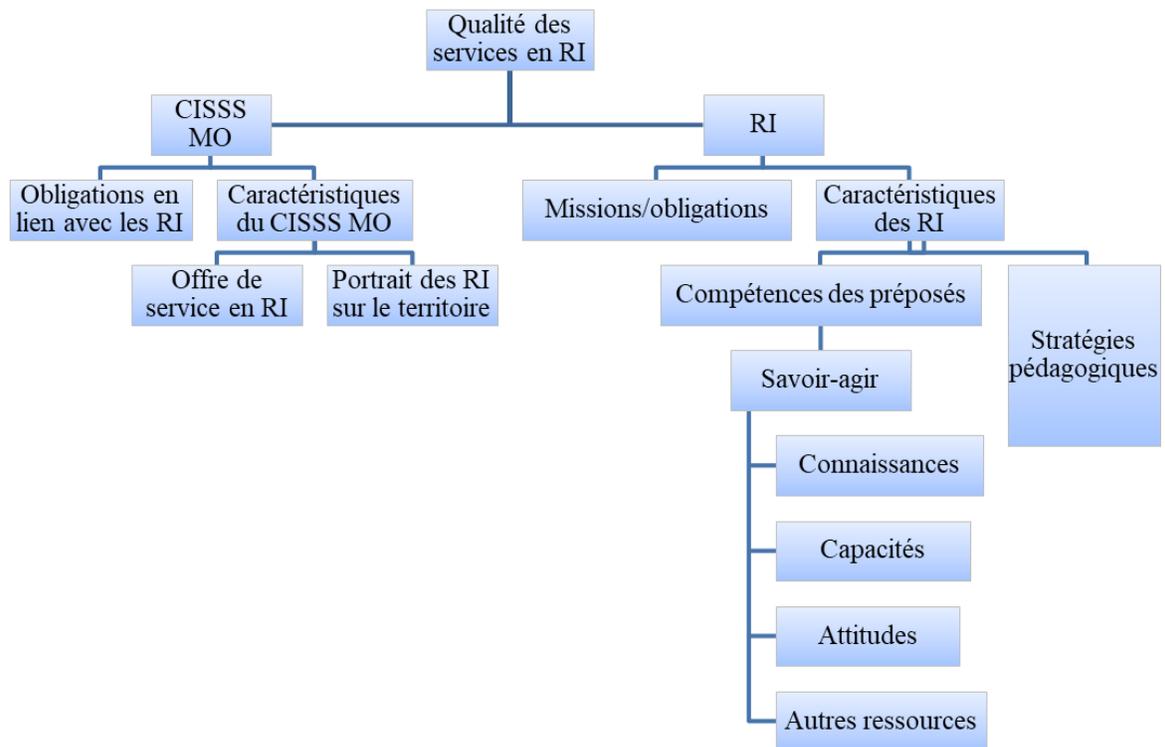
- Massé, L. (2010). L'évaluation des besoins. In M. Alain et D. Dessureault (dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention sociale* (p.73-100). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mathieu, S. (2001). Des formules pédagogiques actives. *Le Trait d'Union Express*, 4(3), p.1-4.
- McKeena, H.P. (1994). The Delphi technique : a worthwhile approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1221-1225.
- Mitchell, V.W. (1991). The Delphi technique : an exposition and application. *Technology Analysis and Strategic Management*, 3(4), 333-358.
- Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine (2009). *Méthode Delphi. Dossier documentaire*. Lorraine : ORSAS.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2013). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. (s.l) : (s.e). Document téléaccessible à l'adresse
<http://www.oeq.org/DATA/NORME/13~v~referentiel-de-competences_2013_couleurs.pdf>.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*. (s.l) : (s.e). Document téléaccessible à l'adresse
<https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_compétences_des_travailleurs_sociaux.pdf>.
- Pelletier, C., Leboeuf, R., Beaulieu, M. (2016). *La bienveillance : approche, connaissances et pratiques*. Communication présentée au Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, (s.l) , 17 et 18 novembre 2016.
- Péoc'h, N., et Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... *Recherche en soins infirmiers*, 1, 53-66.

- Prégent, R., Bernard, H. et Kozanitis, A. (2009). Amorcer le développement de compétences par des exposés fondés sur des situations authentiques. In R. Prégent, Bernard, R. et A. Kozanitis, *Enseigner à l'université dans une approche-programme*. Montréal : Presses internationales Polytechniques.
- Proctor, S. et Hunt, M. (1994). Using the Delphi survey technique to develop a professional definition of nursing for analysing nursing workload. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1003-1014.
- Rayner, A.V., O'Brien, J.G. et Schoenbachler, B. (2006). Behavior disorders of dementia : recognition and treatment. *American Family Physician*, 73(4), 647-652.
- Robert, P., Rey-Debove, J., et Rey, A. (1993). *Le nouveau Petit Robert 1*. Paris : Dictionnaires le Robert.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. In G. Benoît, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5^e éd.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Schindel, M., Doucet, L. et Voyer, P. (2013). La résistance aux soins d'hygiène. In P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.) (p. 491-504). Saint-Laurent: ERPI (1^{ère} éd. 2008).
- Shang, M. (2012). *Algorithme montérégien de gestion des troubles du comportement : Démarche de création et recommandations d'experts*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Sylvain C. et Durand, M-J. (2016). *Exemple de guide d'entrevue pour la tenue d'une entrevue de groupe focalisée*. (Notes de cours). (s.l) : Université de Sherbrooke.
- Sylvain, C. et Durand, M-J. (2017). *Rencontre 2 a) Aperçu des choix méthodologiques b) Méthodes de collecte des données (1^{ère} partie)*. (Présentation PowerPoint). (s.l) : Université de Sherbrooke.
- Sylvain, C. et Durand, M-J. (2018). *Questions de rigueur scientifique : « Quoi faire? » « Quand le faire? »*. (Présentation Powerpoint). (s.l) : Université de Sherbrooke.

- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : de la nécessité de documenter un parcours de formation*. Communication présentée dans le mois de la pédagogie universitaire. Université de Sherbrooke, 27 avril.
- U.S. National Library of Medicine (s.d). *Site du Medical Subjects Headings (MeSH)*. Site téléaccessible à l'adresse < <https://meshb.nlm.nih.gov/search>>.
- Ulschak, F.L (1983). *Human Resource Development : The Theory and Practice of Needs Assessment*. Reston, VA : Reston Publishing Compagny Inc.
- Université du Québec à Rimouski. *La boîte à outils en sciences infirmières*. Site téléaccessible à l'adresse < <http://boiteaoutils.uqar.ca/index.php>>.
- Van Stappen, Y. (1989). La méthode des cas. *Pédagogie collégiale*, 3(2), p.16-18.
- Voyer, P., Gagnon, C. et Germain, J. (2009). *RMG3 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, aide-mémoire à la prise de décision*. (s.l.) : Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 03.
- Voyer, P., Danjou, C. et Nkogho Mengue, P-H. (2013). Les démences. In P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.) (p. 51-82). Saint-Laurent: ERPI (1^{ère} éd. 2008).
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. et Halfens, R.J.G. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers : A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30 (3), 174-187.
- Texte

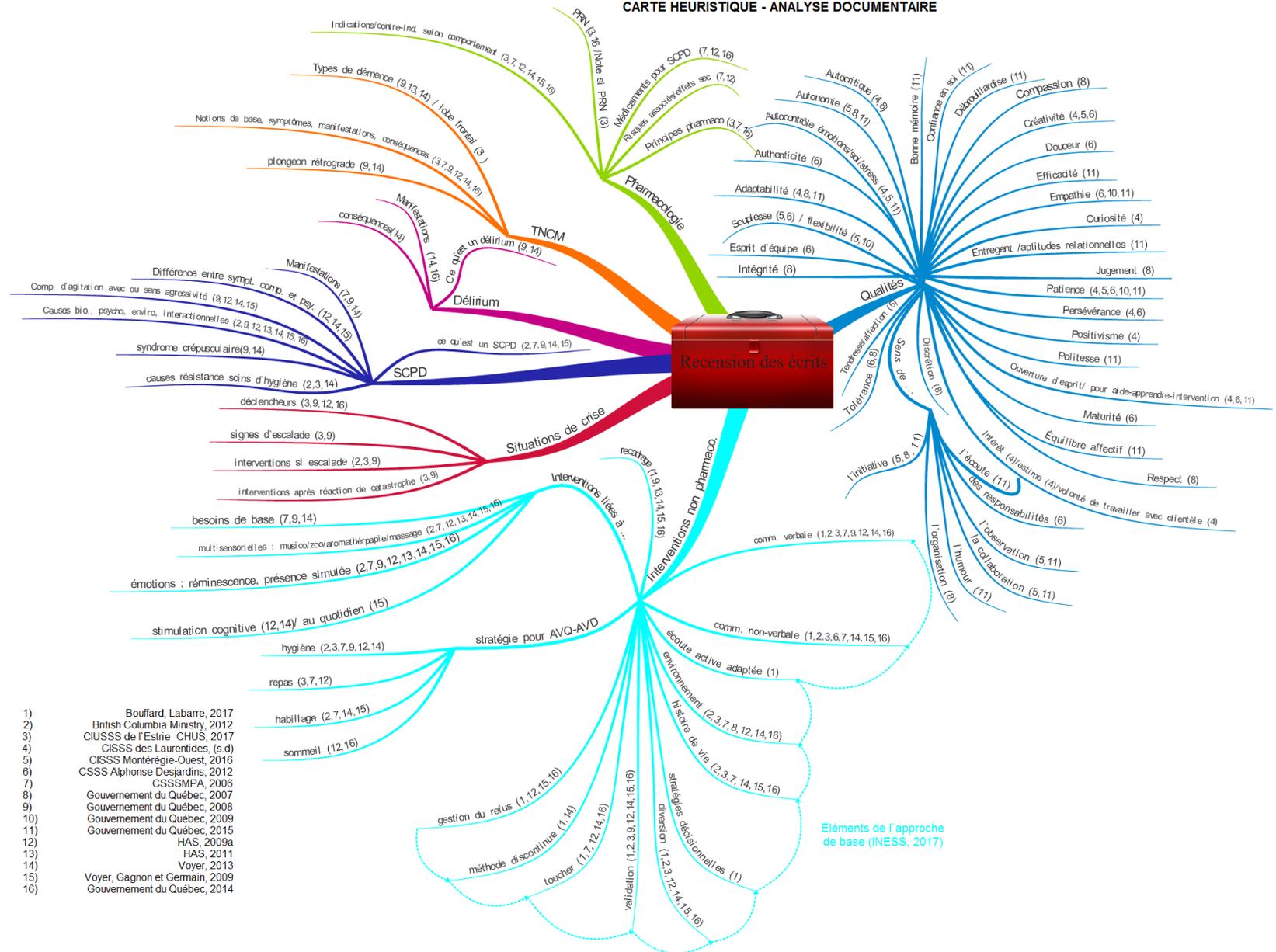
ANNEXES

ANNEXE 1 – CARTE COGNITIVE



**ANNEXE 2 – CARTE HEURISTIQUE POUR LE RÉFÉRENTIEL DE
COMPÉTENCES**

CARTE HEURISTIQUE - ANALYSE DOCUMENTAIRE



**ANNEXE 3 – LETTRE D’INVITATION POUR LES PERSONNES-RESSOURCES
EN SCPD**



***Si vous souhaitez contribuer à la prévention et à la gestion
des SCPD en ressource intermédiaire***

...cette invitation est pour vous !

Le 24 janvier 2018

Madame,
Monsieur,

En tant qu'étudiante à la maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'Université de Sherbrooke, je vous invite à participer à un projet qui vise l'amélioration de la qualité des services offerts à la clientèle ayant un trouble neurocognitif majeur (TNM) en ressource intermédiaire (RI). La qualité des services est entendue comme une réponse plus appropriée aux besoins des usagers.

Le niveau de connaissances, les attitudes ou les habiletés des préposés en RI peuvent influencer les soins offerts à la clientèle ayant des TNM. Ainsi, les compétences des préposés peuvent avoir un impact considérable sur la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Objectifs du projet

L'objectif du projet est de constituer un référentiel sur les compétences attendues des préposés en RI qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des TNM. Le référentiel vise les compétences qui favorisent la prévention et la gestion des SCPD. Pour y arriver, deux principales étapes doivent être réalisées :

- 1) établir un référentiel de compétences pour les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNM ;
- 2) mettre en forme le référentiel de compétences de façon à ce qu'il soit accessible pour les préposés en RI (*le terme accessible réfère au langage utilisé ainsi qu'à la forme et aux stratégies pédagogiques utilisées*).

Participants recherchés

La présente invitation vise à solliciter votre expertise afin de déterminer les compétences relatives aux savoirs, savoir-faire et savoir-être devant faire partie du référentiel.

Les critères d'éligibilité des participants sont les suivants :

- ✓ Travailler au Québec
- ✓ Posséder un minimum de 2 ans d'expérience avec la clientèle présentant des SCPD
- ✓ Avoir une bonne connaissance de la réalité des RI (organisation du travail, offre de service, clientèle, profil de compétences des préposés, etc.)
- ✓ N'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec le projet

Le référentiel se veut un outil de référence et n'engage **aucune obligation** de la part des partenaires en RI (propriétaires de RI, établissement de santé, etc.).

Méthode

La technique Delphi sera utilisée de façon à mettre en évidence des convergences et des consensus en ce qui concerne les compétences attendues des préposés en RI pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD. Trois envois de questionnaires par courrier électronique sont à prévoir pour compléter le processus. Voici quelques exemples d'actions que vous pourriez être appelé à poser :

- 1^{er} questionnaire : Bonifier des listes de qualités, de connaissances et d'habiletés attendues des préposés en RI travaillant auprès de personnes âgées ayant des TNCM.
- 2^{ième} questionnaire : Parmi les listes dressées dans le premier questionnaire, 1) classer par ordre d'importance les qualités recherchées pour travailler auprès de la clientèle ayant des TNCM ; 2) accorder un niveau de pertinence ou d'importance pour des habiletés; 3) identifier votre degré d'accord ou de désaccord en lien avec des énoncés de compétences pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD.
- 3^{ième} questionnaire : Clarifier d'autres éléments issus des 2 premiers questionnaires.

Confidentialité

Les données recueillies dans ce projet seront traitées de façon confidentielle. Dès la confirmation d'intérêt à participer au projet, toutes les pistes permettant d'identifier les participants seront brouillées. La communication des résultats du projet ne permettra pas d'identifier les participants.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet sera d'environ 30 minutes par questionnaire.

Bénéfices

Votre collaboration est précieuse pour la réussite de ce projet. Ce projet constitue une belle occasion de mettre à profit votre expertise en SCPD. Le référentiel de compétences sera rendu disponible à la fin du projet, toutefois aucune obligation d'utilisation n'y sera liée. De plus, **vous êtes grandement encouragé à acheminer cette invitation à tous vos collègues satisfaisant les critères d'éligibilité énoncés plus haut.**

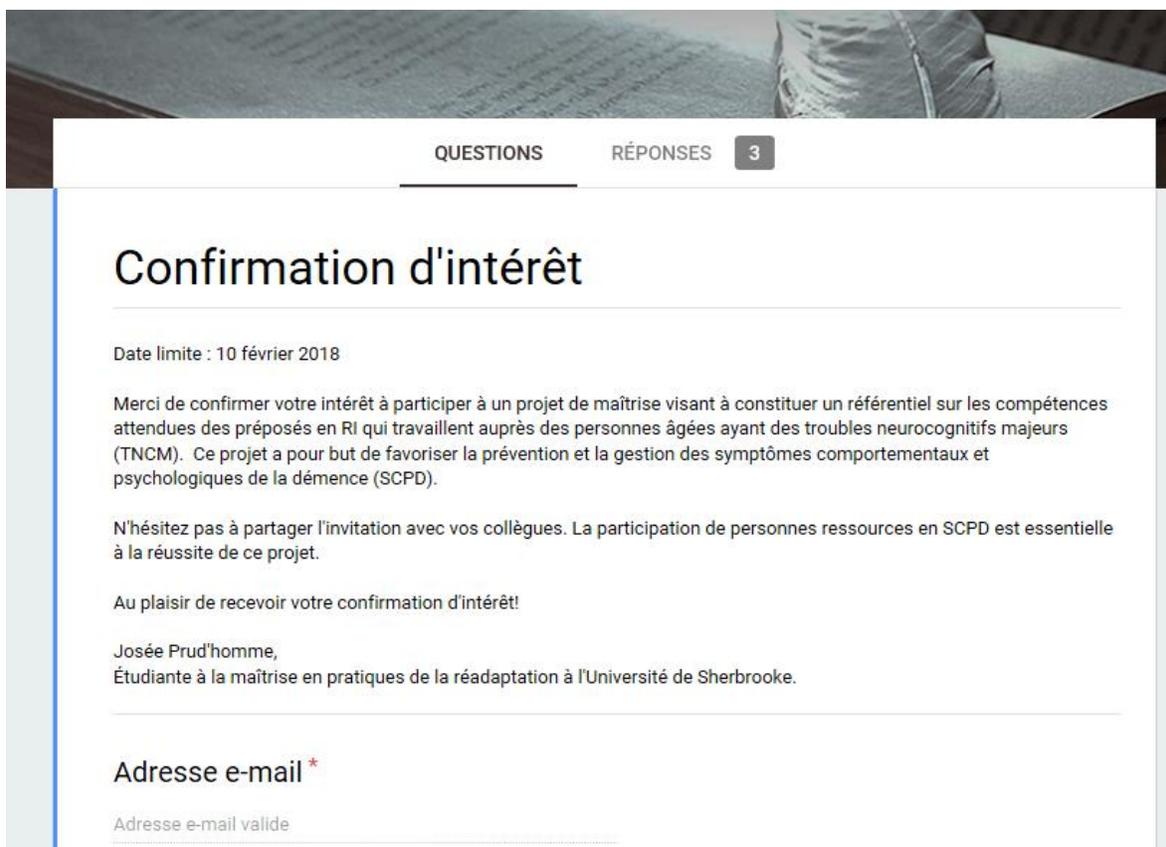
Pour recevoir des informations supplémentaires sur le projet, veuillez me contacter à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca

Merci de confirmer votre intérêt à participer en complétant le formulaire joint à cette invitation **avant le 10 février 2018.**

Dans l'espoir de recevoir une communication de votre part pour la réussite de ce projet,



ANNEXE 4 – FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'INTÉRÊT POUR LES PERSONNES-RESSOURCES EN SCPD



The image shows a screenshot of a web form. At the top, there is a navigation bar with two tabs: 'QUESTIONS' and 'RÉPONSES'. The 'RÉPONSES' tab is active, and a small dark box next to it contains the number '3'. Below the navigation bar, the main heading of the form is 'Confirmation d'intérêt'. Underneath the heading, there is a sub-heading 'Date limite : 10 février 2018'. The main body of the form contains several paragraphs of text. The first paragraph explains the purpose of the project: to create a reference list of competencies for staff in RI who work with elderly people with major neurocognitive disorders (TNCM). The second paragraph encourages sharing the invitation with colleagues. The third paragraph expresses pleasure in receiving confirmation. The fourth paragraph identifies the sender as Josée Prud'homme, a student at the University of Sherbrooke. At the bottom of the form, there is a section for 'Adresse e-mail' with an asterisk, followed by a text input field with the placeholder text 'Adresse e-mail valide'.

QUESTIONS RÉPONSES 3

Confirmation d'intérêt

Date limite : 10 février 2018

Merci de confirmer votre intérêt à participer à un projet de maîtrise visant à constituer un référentiel sur les compétences attendues des préposés en RI qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Ce projet a pour but de favoriser la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

N'hésitez pas à partager l'invitation avec vos collègues. La participation de personnes ressources en SCPD est essentielle à la réussite de ce projet.

Au plaisir de recevoir votre confirmation d'intérêt!

Josée Prud'homme,
Étudiante à la maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'Université de Sherbrooke.

Adresse e-mail *

Adresse e-mail valide

Confirmation d'intérêt

Les personnes ressources en SCPD qui confirment leur intérêt recevront par courriel le formulaire de consentement et les questionnaires.

La participation demeure volontaire. Tout participant est entièrement libre de participer ou de se retirer en tout temps. Les données seront traitées avec confidentialité.

Question

Je confirme mon intérêt à participer

Votre prénom *

Réponse courte

Votre nom de famille *

Réponse courte

ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE TOUR 1

Questionnaire - Tour 1

Diverses compétences sont nécessaires pour que les préposés en ressource intermédiaire (RI) puissent accomplir leurs tâches et responsabilités, par exemple :

- offrir des services de soutien ou d'assistance relatifs à l'accueil des usagers, aux activités de la vie quotidienne et domestique, à la propreté du milieu de vie, à la sécurité, etc.
- appliquer les règles et procédures en vigueur dans la ressource intermédiaire (code d'éthique, code de conduite, confidentialité, prévention des infections, actes délégués, etc.

Toutefois, ce projet de maîtrise concerne spécifiquement les compétences reliées à la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) auprès de la clientèle âgée ayant des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) en RI.

Vos réponses au questionnaire contribueront à déterminer les compétences devant faire partie du référentiel pour les préposés.

CONSIGNES :

- 1) Veuillez compléter le questionnaire.
- 2) Une fois le questionnaire complété, appuyez sur la touche "Envoyer".
- 3) Une question de sécurité vous demandant de repérer des images vous sera possiblement demandée.
- 3) Si vous éprouvez des difficultés avec le questionnaire, vous pouvez me joindre par courrier électronique à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca.

Les résultats anonymisés de l'ensemble des participants vous seront acheminés lors de l'envoi du 2ième questionnaire.

Merci de votre précieuse participation!

1. **Adresse e-mail ***

Qualités des préposés

Certaines qualités sont recherchées chez les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM.

2.

Quelles sont les 5 qualités que vous jugez être les plus importantes pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD?

Connaissances

CONNAISSANCE ESSENTIELLE: Il s'agit d'une connaissance prioritaire qui doit être acquise par tous les préposés. Cette connaissance doit faire partie d'une formation de base.

CONNAISSANCE SOUHAITABLE : Il s'agit d'une connaissance secondaire qui peut être acquise par les préposés pour bonifier les compétences de base. Cette connaissance peut faire partie d'une formation avancée pour les préposés.

Pour chacune des connaissances énumérées, veuillez indiquer si elle vous semble essentielle ou souhaitable en cochant la case appropriée.

3.

TNCM - Les préposés devraient connaître....

Une seule réponse possible par ligne.

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
ce qu'est un TNCM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les conséquences d'un TNCM (ex.: atteinte de la mémoire, de l'attention/concentration, de l'orientation, du jugement, du langage, de l'autonomie, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le plongeon rétrograde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales différences entre les types de démence (ex.: manifestations cliniques et évolution de la maladie d'Alzheimer, de la démence vasculaire, de la démence frontotemporale, de la démence à corps de Lewy, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principaux comportements associés aux atteintes frontales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.

DÉLIRIUM - Les préposés devraient connaître...

Une seule réponse possible par ligne.

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
ce qu'est un délirium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales manifestations d'un délirium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les conséquences possibles d'un délirium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.

SCPD - Les préposés devraient connaître...*Une seule réponse possible par ligne.*

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
ce qu'est un SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
comment se manifeste les SCPD (ex.: errance, demandes répétitives, frapper, résistance aux soins, délire, hallucination,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principaux comportements d'agitation avec agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principaux comportements d'agitation sans agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales causes des SCPD (biologiques, psychologiques, environnementales et interactionnelles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le syndrome crépusculaire (définition, causes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales causes associés à la résistance aux soins d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. **INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES - Les préposés devraient connaître...**

Une seule réponse possible par ligne.

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
l'approche de base qui inclut les principes de communication de base verbale et non-verbale, l'écoute active adaptée, l'environnement, l'histoire de vie, les stratégies décisionnelles, la diversion, la validation, le toucher, la méthode discontinue et la gestion du refus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le recadrage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les interventions liées aux besoins de base (alimentation, hydratation, élimination, confort,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les interventions multisensorielles (musicothérapie, zoothérapie, aromathérapie, massage des mains, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les interventions centrées sur l'émotion (réminiscence, présence simulée,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la stimulation cognitive afin de maintenir les capacités résiduelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales stratégies pour faciliter les soins d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales stratégies pour faciliter la prise de repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales stratégies pour faciliter l'habillage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les règles d'hygiène du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. **PHARMACOLOGIE - Les préposés devraient connaître...**

Une seule réponse possible par ligne.

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
les principaux médicaments utilisés pour les SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principaux effets secondaires des médicaments utilisés pour les SCPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les SCPD pour lesquels la médication peut être indiquée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les SCPD pour lesquels la médication n'est pas indiquée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principes d'utilisation judicieuse des PRN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les informations à inscrire dans le contenu d'une note lors de l'administration d'un PRN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. **SITUATIONS DE CRISE - Les préposés devraient connaître**

Une seule réponse possible par ligne.

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
les principaux éléments déclencheurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les signes d'escalade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les interventions à faire en cas d'escalade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les interventions à faire après la réaction de catastrophe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Valeurs

Certaines valeurs peuvent guider les interventions des préposés qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM.

9.

Quelles sont les 3 valeurs que vous jugez être les plus importantes pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD?

Une copie de vos réponses sera envoyée par e-mail à l'adresse indiquée.

ANNEXE 6 – QUESTIONNAIRE TOUR 2

Questionnaire - Tour 2

À partir des réponses obtenues lors du premier tour, le présent questionnaire permettra de poursuivre la recherche de consensus sur les compétences à retenir pour constituer un référentiel.

ABRÉVIATIONS :

RI = Ressource intermédiaire

SCPD = Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

TNCM = Trouble neurocognitif majeur

CONSIGNES :

- 1) Veuillez compléter le questionnaire.
- 2) Une fois le questionnaire complété, appuyez sur la touche "Envoyer".
- 3) Une question de sécurité vous demandant de repérer des images vous sera possiblement demandée.
- 3) Si vous éprouvez des difficultés avec le questionnaire, vous pouvez me joindre par courrier électronique à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca.

1. **Adresse e-mail ***

Qualités des préposés

Il s'agit ici de déterminer quelles sont les qualités importantes pour les préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM.

2.

Cochez les 15 qualités que vous jugez être les plus importantes pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD

Plusieurs réponses possibles.

- Avoir la connaissance
- Avoir le sens de l'initiative
- Avoir un bon jugement
- Avoir un bon sens de l'observation
- Avoir un esprit d'équipe
- Avoir une belle approche
- Être à l'écoute
- Être altruiste
- Être bienveillant
- Être capable de décoder le non-verbal
- Être capable de gérer ses émotions
- Être capable de s'adapter
- Être chaleureux
- Être compréhensif
- Être créatif
- Être débrouillard
- Être doux
- Être efficient
- Être empathique
- Être honnête
- Être logique
- Être patient
- Être persévérant
- Être prévenant
- Être respectueux
- Être responsable
- Être sociable
- Être souriant

Connaissances

CONNAISSANCE ESSENTIELLE: Il s'agit d'une connaissance prioritaire qui doit être acquise par tous les préposés. Cette connaissance doit faire partie d'une formation de base.

CONNAISSANCE SOUHAITABLE : Il s'agit d'une connaissance secondaire qui peut être acquise par les préposés pour bonifier les compétences de base. Cette connaissance peut faire partie d'une formation avancée pour les préposés.

► Deux connaissances n'ont pas fait consensus lors du premier questionnaire. Pour chacune d'entre elles, vous devez préciser s'il s'agit d'une connaissance essentielle ou souhaitable ET justifier votre réponse par un bref argumentaire.

3.

Les préposées devraient connaître les conséquences possibles d'un délirium

Une seule réponse possible.

Connaissance essentielle

Connaissance souhaitable

4.

Justifiez votre réponse par un bref argumentaire

5. **Les préposés devraient connaître la différence entre un symptôme comportemental et un symptôme psychologique de la démence**

Une seule réponse possible.

- Connaissance essentielle
- Connaissance souhaitable

6. **Justifiez votre réponse par un bref argumentaire**

Valeurs

"Des valeurs représentent des façons d'être ou d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées. La plupart du temps, elles orientent l'action du sujet [...]" (Péoc'h et Ceaux, 2012).

Il s'agit ici de déterminer quelles valeurs importantes doivent guider les actions des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM.

7.

Cochez les 10 valeurs que vous jugez être les plus importantes pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD

Plusieurs réponses possibles.

- Garder son calme en tout temps
- La bienveillance
- La collaboration de toutes les parties prenantes
- La générosité
- La gentillesse
- La persévérance
- La perspicacité
- L'authenticité
- Le bien-être de la personne
- Le courage
- Le patient d'abord
- Le respect
- Le savoir-être
- L'empathie
- L'éthique
- L'humanité
- L'intégrité
- Un bon jugement

Un grand merci pour votre temps et le partage de votre expertise 😊

ANNEXE 7 – QUESTIONNAIRE TOUR 3

Questionnaire - Tour 3

À partir des réponses obtenues lors des tours 1 et 2, ce dernier questionnaire permettra de finaliser la recherche de consensus pour le référentiel de compétences des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD.

ABRÉVIATIONS :

RI = Ressource intermédiaire

SCPD = Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

TNCM = Trouble neurocognitif majeur

CONSIGNES :

- 1) Veuillez compléter le questionnaire.
- 2) Une fois le questionnaire complété, appuyez sur la touche "Envoyer".
- 3) Une question de sécurité vous demandant de repérer des images vous sera possiblement demandée.
- 3) Si vous éprouvez des difficultés avec le questionnaire, vous pouvez me joindre par courrier électronique à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca.

***Obligatoire**

1. **Adresse e-mail ***

Qualités des préposés

Les 10 qualités jugées comme étant les plus importantes feront partie du référentiel.

Ainsi, les qualités retenues devaient avoir fait l'objet d'un consensus par les participants et être parmi celles ayant été jugées le plus fréquemment comme étant importantes.

Pour être parmi les qualités les plus importantes, les réponses devaient être dans cette distribution :

Nb de participants ayant coché la qualité	Nb de participants n'ayant pas coché la qualité	Écart	Consensus	Interprétation
8	0	8	consensus (8/8)	Tous les participants ont jugés que la qualité était parmi les plus importantes
7	1	6	consensus élevé	La majorité des participants ont jugés que la qualité était parmi les plus importantes
6	2	4	↓	
5	3	2	consensus faible	

Pour la 10^{ème} qualité à intégrer au référentiel de compétences, 2 qualités ont obtenu le même résultat. Il s'agit de : AVOIR UN BON JUGEMENT et AVOIR UNE BELLE APPROCHE

2.

Cochez la qualité que vous jugez être la plus importante pour les préposés afin de favoriser la prévention et la gestion des SCPD *

Une seule réponse possible.

- Avoir un bon jugement
- Avoir une belle approche

Référentiel de compétences

3. **Souhaitez-vous recevoir une copie du référentiel de compétences lorsqu'il sera disponible? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, je souhaite le recevoir
- Non, je ne souhaite pas le recevoir

Veillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance pour votre implication du début à la fin des questionnaires 😊

Une copie de vos réponses sera envoyée par e-mail à l'adresse indiquée.

ANNEXE 8 – EXTRAITS VISUELS DES QUESTIONNAIRES SUR GOOGLE FORMS

Extrait du questionnaire Tour 1

Questionnaire - Tour 1 (date limite 9 mars 2018)

QUESTIONS RÉPONSES 8

TNCM - Les préposés devraient connaître....

	Connaissance essentielle	Connaissance souhaitable
ce qu'est un TNCM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les conséquences d'un TNCM (ex.: att...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le plongeon rétrograde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principales différences entre les ty...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les principaux comportements associ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Extrait du questionnaire Tour 2

Questionnaire - Tour 2 (date limite 30 mars 2018)

QUESTIONS RÉPONSES 8

Rubrique 4 sur 4

Valeurs

"Des valeurs représentent des façons d'être ou d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées. La plupart du temps, elles orientent l'action du sujet [...]" (Péoc'h et Ceaux, 2012).

Il s'agit ici de déterminer quelles valeurs importantes doivent guider les actions des préposés en RI qui travaillent auprès de la clientèle ayant des TNCM.

Cochez les 10 valeurs que vous jugez être les plus importantes pour favoriser la prévention et la gestion des SCPD

- Garder son calme en tout temps
- La bienveillance
- La collaboration de toutes les parties prenantes

Extrait du questionnaire Tour 3

Questionnaire - tour 3 (date limite 13 avril 2018)      ENVOYER

QUESTIONS RÉPONSES 8

Référentiel de compétences

Description (facultative)

Souhaitez-vous recevoir une copie du référentiel de compétences lorsqu'il sera disponible? *

Oui, je souhaite le recevoir

Non, je ne souhaite pas le recevoir

Veillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance pour votre implication du début à la fin des questionnaires 😊

**ANNEXE 9 – LETTRE D’INVITATION POUR LES PROPRIÉTAIRES OU
PERSONNES-RESSOURCES EN RI**

INVITATION
*pour les propriétaires et les
personnes-ressources en RI*



Si vous souhaitez qu'il y ait moins de troubles de comportement de la part des usagers en RI,

...cette invitation est pour vous !

Le 24 janvier 2018

Madame,
Monsieur,

Je souhaite vous inviter à participer à un projet de maîtrise qui vise à aider les préposés en ressource intermédiaire (RI) à prendre soin des personnes âgées présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), aussi parfois appelés « troubles de comportement ».

Pourquoi le sujet du projet vous concerne-t-il?

Les conséquences des SCPD sont nombreuses. Parmi celles-ci, mentionnons les impacts sur la santé physique et psychologique des usagers, de leurs proches ainsi que du personnel. Il faut agir pour le bien-être de tous.

En quoi le projet peut vous aider?

Les connaissances, les attitudes ou les habiletés des préposés en RI peuvent influencer la qualité des soins offerts aux usagers. L'objectif du projet est de clarifier les compétences qui peuvent permettre aux préposés de mieux intervenir auprès des personnes âgées ayant des troubles cognitifs afin de prévenir les SCPD.

Quelle est votre participation?

J'irai vous rencontrer afin de connaître votre avis sur les moyens qui pourraient être favorisés pour que les préposés puissent savoir quelles connaissances, attitudes ou habiletés sont les plus gagnantes pour prévenir les SCPD.

Voici, à titre d'exemple, des types de questions auxquelles vous pourriez être appelés à répondre lors de notre rencontre :

- Quels sont les moyens technologiques disponibles dans votre RI (accès Internet pour formation en ligne, téléviseur avec port USB ou HDMI, etc.)?
- Quels sont les moyens que vous considérez efficaces avec les préposés pour transmettre des informations?

Qu'est-ce que votre participation implique?

Votre participation implique seulement une rencontre avec moi d'une durée maximale d'une heure. La rencontre aura lieu à l'endroit que vous souhaitez.

Toutes les informations seront traitées de façon confidentielle. La communication des résultats du projet ne permettra pas d'identifier les ressources intermédiaires qui y sont liées.

Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Aucun risque n'est associé à votre participation.

Bénéfices

En tant que propriétaire ou personne-ressource en RI, vous êtes la meilleure personne pour connaître la réalité des préposés. Votre collaboration est précieuse pour la réussite de ce projet. Il s'agit d'une belle occasion de mettre à profit votre expérience et de contribuer à la qualité des services offerts aux usagers. Bien que le projet permettra de développer un outil de référence sur les compétences à favoriser pour prévenir les SCPD, il n'y aucune obligation de la part des partenaires en RI (propriétaires de RI, établissement de santé, etc.) de l'utiliser.

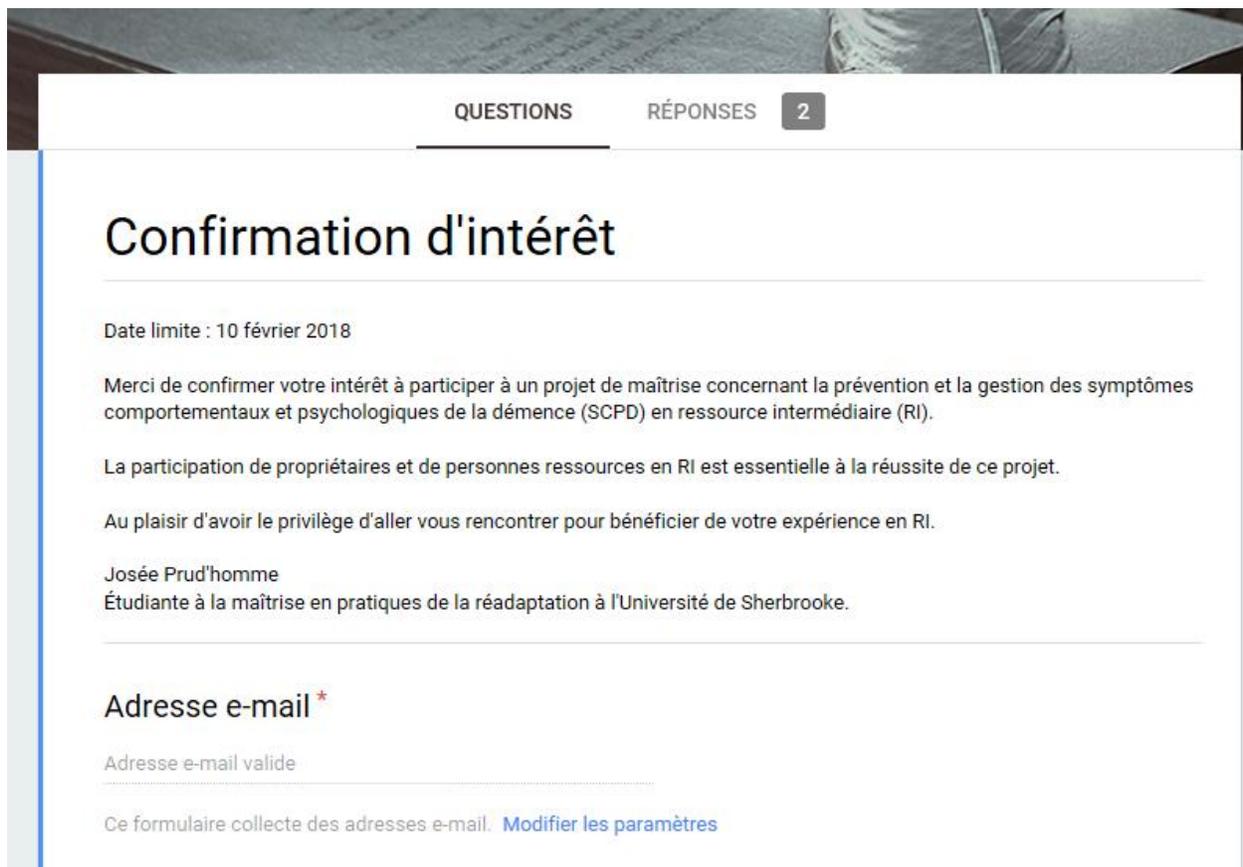
Pour recevoir des informations supplémentaires sur le projet, veuillez me contacter à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca

Merci de confirmer votre intérêt à participer en complétant le formulaire joint **avant le 10 février 2018.**

Dans l'espoir de recevoir une communication de votre part pour la réussite de ce projet.



ANNEXE 10 – FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'INTÉRÊT POUR LES PROPRIÉTAIRES OU PERSONNES-RESSOURCES EN RI



The image shows a screenshot of a web form. At the top, there is a navigation bar with two tabs: 'QUESTIONS' and 'RÉPONSES'. The 'RÉPONSES' tab is active, indicated by a dark background and the number '2' inside a small square. Below the navigation bar, the main heading is 'Confirmation d'intérêt'. Underneath the heading, there is a horizontal line. The text below the line reads: 'Date limite : 10 février 2018'. This is followed by a paragraph: 'Merci de confirmer votre intérêt à participer à un projet de maîtrise concernant la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) en ressource intermédiaire (RI)'. Another paragraph follows: 'La participation de propriétaires et de personnes ressources en RI est essentielle à la réussite de ce projet.' The next paragraph is: 'Au plaisir d'avoir le privilège d'aller vous rencontrer pour bénéficier de votre expérience en RI.' Below this, the name 'Josée Prud'homme' is listed, followed by her affiliation: 'Étudiante à la maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'Université de Sherbrooke.' Another horizontal line is present. Below the line, the text 'Adresse e-mail*' is displayed. Underneath, there is a text input field with the placeholder text 'Adresse e-mail valide'. At the bottom of the form, there is a note: 'Ce formulaire collecte des adresses e-mail. [Modifier les paramètres](#)'.



Confirmation d'intérêt à participer au projet de maîtrise

La participation demeure volontaire. Tout participant est entièrement libre de participer ou de se retirer en tout temps. Les données seront traitées avec confidentialité.

Intérêt à participer *

Je confirme mon intérêt à participer

Votre prénom *

Réponse courte

Votre nom de famille *

Réponse courte

Disponibilités *

- Lundi le 12 février 9h30 à 10h30
- Lundi le 12 février 11h00 à 12h00
- Lundi le 12 février 13h30 à 14h30
- Lundi le 12 février 15h00 à 16h00
- Lundi le 19 février 9h30 à 10h30
- Lundi le 19 février 11h00 à 12h00
- Lundi le 19 février 13h30 à 14h30

Lieu de rencontre

Veillez s.v.p indiquer l'adresse du lieu de rencontre souhaité

Adresse

Réponse longue

ANNEXE 11 – GUIDE D'ENTREVUE

Guide d'entrevue pour la tenue d'entrevues semi-dirigées avec les propriétaires ou personnes- ressources en RI (adapté de Sylvain et Durand, 2016)

Préparation

- Confirmation de l'entrevue en rappelant la date, l'heure et l'endroit suite à la réception du formulaire d'intérêt
- Préparer la grille d'entrevue, le formulaire de consentement et le matériel d'enregistrement

Introduction générale

- Remerciements pour avoir accepté de participer
- Impact dans la pratique
- Brève présentation des conséquences des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- Présentations
 - expliquer les nuances dans le contexte actuel entre mon rôle d'étudiante versus de gestionnaire au CISSS de la Montérégie-Ouest
- Rappel des objectifs du projet
- Brèves explications sur les 2 principales étapes du projet
- Clarification des termes et acronymes utilisés
 - trouble neurocognitif majeur (TNCM)
 - prévention et gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
 - référentiel de compétences
 - ressource intermédiaire (RI)

Explication du déroulement de l'entrevue

- Entrevue semi-dirigée (pas de bonne ou mauvaise réponse)
- Durée maximale prévue d'une heure
- Confidentialité du traitement des données
- Enregistrement aux fins de la transcription (*valider accord avant d'enregistrer*)

Consentement

- Signature du formulaire de consentement

Entrevue

- Questions d'entrevue

Conclusion

- Remerciement
- Suite du projet
- Diffusion des résultats

Questionnaire d'entrevue pour les propriétaires ou personnes-ressources en RI

Nom de la personne interviewée : _____

Fonction : personne-ressource en RI propriétaire de RI

1. Profil des préposés

1.1. En considérant tous les préposés travaillant à votre RI, quel est le degré de scolarisation moyen?

1.2. Parmi vos critères d'embauche, est-ce qu'il y a un critère en lien avec le niveau de scolarisation?

Oui Non



1.2.1. Lequel?

1.2.2. Est-ce que ce critère doit absolument être rencontré pour être embauché?

Oui Non



1.2.2.1 Pourquoi?

1.3. Comment décririez-vous les capacités d'apprentissage des préposés?

1.4. Comment décririez-vous les capacités de lecture des préposés?

1.5. D'après vous, quel est l'état des connaissances des préposés pour prévenir et gérer les SCPD?

1.6. Avez-vous des exemples de situations où davantage de connaissances reliées aux SCPD pourraient être aidantes?

Oui Non



1.6.1. Lesquels?

2. *Stratégies pédagogiques*

2.1. Lorsque vous avez de nouvelles connaissances à transmettre aux préposés, quel(s) moyen(s) utilisez-vous?

2.2. Est-ce que vous êtes satisfait de l'efficacité du (des) moyen(s) utilisé(s) pour transmettre les nouvelles connaissances?

Oui Non



2.2.1 Pourquoi?

2.3. Quels sont les principaux obstacles à la transmission de nouvelles connaissances aux préposés?

2.4. Qu'est-ce qui est le plus aidant pour transmettre de nouvelles connaissances aux préposés?

2.5. D'après vous, quel serait le moyen le plus efficace pour que les préposés s'approprient le contenu du référentiel de compétences?

(Si besoin de précisions, donner des exemples tels que : document papier, document électronique, présentation en personne, affiche...)

2.6. Selon vos observations, comment qualifieriez-vous le degré d'aisance des préposés avec les nouvelles technologies informatiques?

3. *Référentiel de compétences*

3.1. Utilisez-vous actuellement un document de référence sur les compétences attendues des préposés?

Oui Non



3.1.1. Est-ce que les préposés ont accès à ce document de référence pour connaître les compétences qui sont attendues de leur part?

Oui Non

Commentaires supplémentaires (s'il y a lieu):

3.1.2. Quelles sont les compétences contenues dans le document de référence?

3.1.3. Est-ce que ce document de référence contient des compétences spécifiques à la prévention et la gestion des SCPD?

Oui Non



3.1.3.1 Quelles sont ces compétences spécifiques à la prévention et la gestion des SCPD contenus dans le document?

4. Validation du référentiel par des préposés

4.1. Une fois le référentiel complété, une des étapes consiste à le valider par des préposés pour s'assurer que le format, le langage et les moyens pédagogiques utilisés seront adaptés à eux.

Accepteriez-vous que je communique avec vous rendue à l'étape de validation du référentiel pour le présenter à un de vos préposés afin d'obtenir ses commentaires et suggestions?

Oui Non

ANNEXE 12 – LISTE DES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LE RÉFÉRENTIEL

ANNEXE 13 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE POUR LES PERSONNES-RESSOURCES EN SCPD

Formulaire de consentement pour les personnes ressources en SCPD

Projet dans le cadre de la maîtrise en réadaptation

Cours RÉA-106 Essai synthèse
Université de Sherbrooke

Étudiante à la maîtrise : Josée Prud'homme
Professeures co-responsables du cours : Chantal Sylvain Ph.D., Marie-José Durand, Ph.D.
Mentor : Chantale Beaucher, Ph.D. professeure agrégée

Dans le cadre d'une maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'Université de Sherbrooke, le projet vise à constituer un référentiel de compétences attendues des préposées en ressource intermédiaire (RI) qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). Le but est de favoriser la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Le référentiel de compétences se veut un outil de référence et n'implique aucune obligation de la part des parties impliquées en RI (propriétaires de RI, établissements de santé, etc.).

L'ensemble de ce projet se terminera en juin 2018. Les données recueillies seront intégrées dans un rapport de maîtrise et seront partagées à d'autres personnes lors de présentations en classe, en milieu de travail ou encore à l'occasion de discussions scientifiques. Cependant, toutes les données recueillies au cours de ce projet demeureront strictement confidentielles. Aucune publication ou communication ne permettra de vous identifier. Les résultats seront publiés pour l'ensemble des participants et les questionnaires seront dénominalisés.

La participation à ce projet demeure entièrement volontaire.

Pour toute information supplémentaire concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec Josée Prud'homme, étudiante à la maîtrise, à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DE L'ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE

√ Je demeure responsable du déroulement du projet de maîtrise et je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document.

√ Je m'engage également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Josée Prud'homme
2018-02-27

***Obligatoire**

1. **Adresse e-mail ***

Déclaration du participant

2.

Consentement *

Plusieurs réponses possibles.

- J'ai lu et compris les termes du présent formulaire de consentement.
- La lettre d'invitation, le présent formulaire de consentement ou une communication avec l'étudiante à la maîtrise a permis d'obtenir des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet.
- J'accepte librement de participer à ce projet de maîtrise.

3.

Confirmation des critères d'éligibilité *

Plusieurs réponses possibles.

- Je travaille au Québec.
- Je possède un minimum de 2 ans d'expérience avec la clientèle présentant des SCPD.
- Je considère avoir une bonne connaissance de la réalité des RI (organisation du travail, offre de service, clientèle, profil de compétences des préposés, etc.).
- Je n'ai aucun conflit d'intérêt en lien avec le projet.

Profil du participant

Voici quelques questions qui permettront de mieux connaître la représentativité des participants à ce projet.

4.

Quelle est votre profession?

Plusieurs réponses possibles.

- Infirmière
- Ergothérapeute
- Travailleur social
- Éducateur spécialisé
- Psychoéducateur
- Médecin
- Gestionnaire
- Autre

5.

Combien d'années d'expérience avez-vous auprès de la clientèle présentant des SCPD?

Une seule réponse possible.

- 2 à 3 ans
- 4 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 ans à 15 ans
- 16 ans et plus

6.

Type de pratique

Plusieurs réponses possibles.

- J'exerce mes fonctions comme employé du réseau de la santé et des services sociaux
- J'exerce mes fonctions en pratique privée

7.

Lieu principal de pratique*Une seule réponse possible.*

- 01 Bas St-Laurent
- 02 Saguenay-Lac-St-Jean
- 03 Capitale-Nationale
- 04 Mauricie
- 05 Estrie
- 06 Montréal
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie -Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Centre-du-Québec

Une copie de vos réponses sera envoyée par e-mail à l'adresse indiquée.

**ANNEXE 14 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PROPRIÉTAIRES ET
LES PERSONNES-RESSOURCES EN RI**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LES PROPRIÉTAIRES OU PERSONNES-RESSOURCES EN RI**

Projet dans le cadre de la maîtrise en réadaptation

**Cours RÉA-106 Essai synthèse
Université de Sherbrooke**

Étudiante à la maîtrise : Josée Prud'homme

Professeures coresponsables du cours : Chantal Sylvain Ph.D, Marie-José Durand, Ph.D

Mentor : Chantale Beaucher, Ph.D professeure agrégée

Dans le cadre d'une maîtrise en pratiques de la réadaptation à l'Université de Sherbrooke, le projet vise à constituer un référentiel de compétences attendues des préposées en ressource intermédiaire (RI) qui travaillent auprès des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs majeurs (TNM). Le but est de favoriser la prévention et la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Le référentiel de compétences se veut un outil de référence et n'implique aucune obligation de la part des parties impliquées en RI (propriétaires de RI, établissements de santé, etc.).

L'ensemble de ce projet se terminera en juin 2018. Les données recueillies seront intégrées dans un rapport de maîtrise et seront partagées à d'autres personnes lors de présentations en classe, en milieu de travail ou encore à l'occasion de discussions scientifiques. Cependant, toutes les données recueillies au cours de ce projet demeureront strictement confidentielles. Aucune publication ou communication ne permettra de vous identifier. Les résultats seront publiés pour l'ensemble des participants et les questionnaires seront dénominalisés.

La participation à ce projet demeure entièrement volontaire.

Pour toute information supplémentaire concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec Josée Prud'homme, étudiante à la maîtrise, à : Josee.R.PrudHomme@USherbrooke.ca

ANNEXE 15 – RÉSULTATS DE LA RECENSION DES ÉCRITS

BANQUES DE DONNÉES

Cinhal

- Concepts 1+2+3+4 → 1 article sans intérêt → 0 retenu
- Concepts 1+2+3 → 31 articles → 5 articles d'intérêt dont le résumé a été lu → 1 article lu au complet → 0 article retenu
- Concept 1+2+4 → 1 article (doublet avec article déjà trouvé) → 0 retenu
- Concepts 2+4 → 51 articles → tri anglais/français → 48 articles → tri 2007-2017 → 4 articles d'intérêt (3 doublets avec recherches précédentes) → 1 résumé lu → 0 article retenu
- 1 article (doublet avec article déjà trouvé) → 0 retenu
- Concepts 2+3 → 11 articles (doublets, 0 d'intérêt) → 0 retenu
- Concept RI → 1 article sans intérêt → 0 retenu

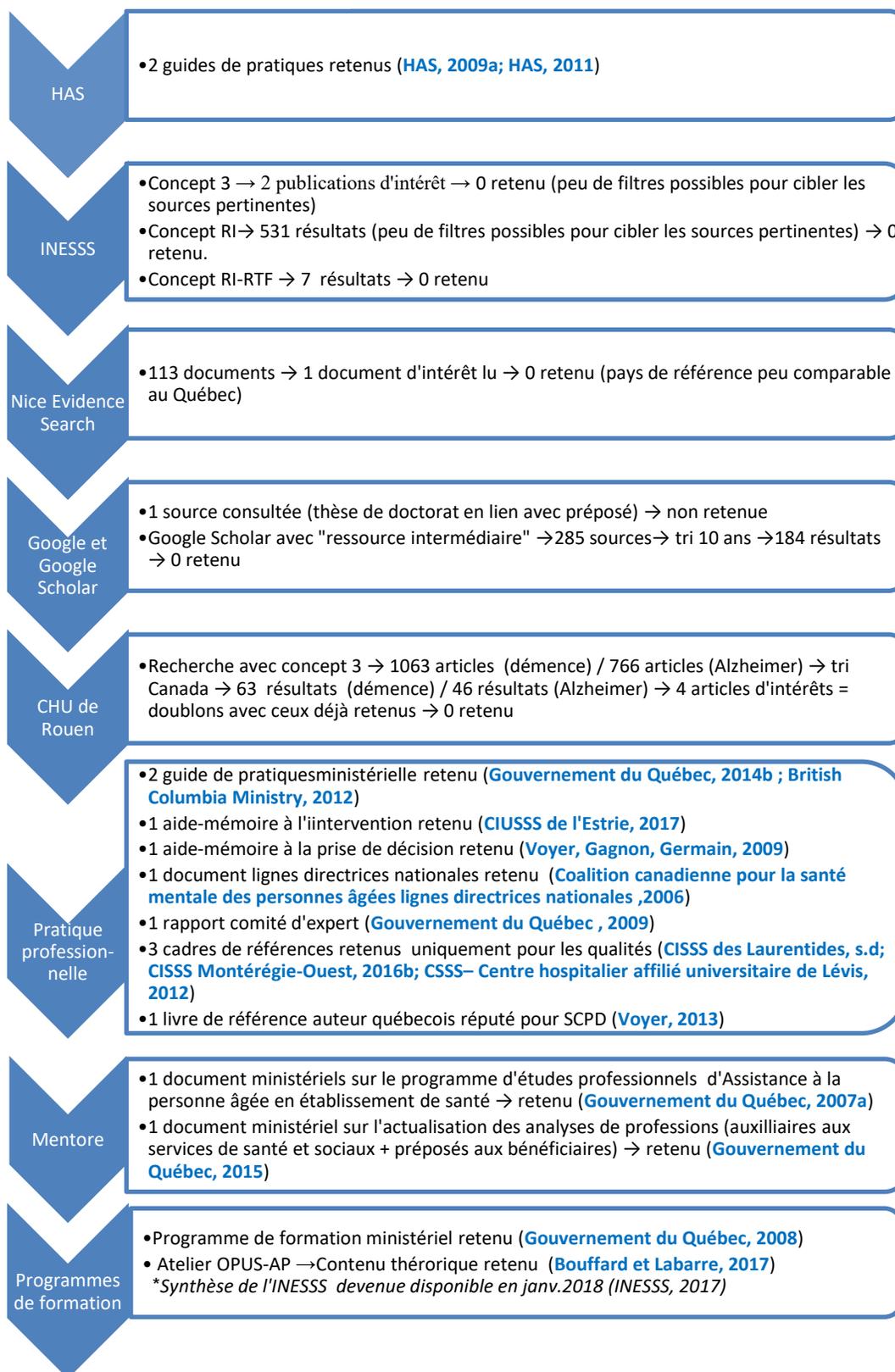
Pubmed

- **Plusieurs articles en doublets avec ceux trouvés dans Cinhal**
- Concepts 1-2-3-4 → 12 articles → 0 retenu
- Concept 1-2-3 → 273 articles → tri 2007-2017 → 190 articles → tri anglais/français → 171 articles → tri titre/résumé → 72 articles → 1 article d'intérêt → 0 article retenu.
- Concept 1+2+4 → 9 articles → 0 article retenu
- Concept 2+4 → 65 articles → tri 10 ans → 45 articles → 0 d'intérêt
- Concept 2+3 → 3663 articles → tri 10 ans → 2407 articles → tri français/anglais/humains → 55 articles → 2 d'intérêt (résumés lus) → 0 retenu
- Concept RI → 1 article sans intérêt → 0 retenu

Outil de découverte UdS

- **Plusieurs articles en doublets avec ceux trouvés dans Cinhal et Pubmed**
- Concept 1-2-3-4 → 2281 articles → tri 2007-2017 → 1498 articles → tri français (91 articles) tri anglais (1398 articles) → tri concept 2 dans titre → 4 articles (2 d'intérêt, 1 lu) → 0 retenu.
- Concept 1-2-3 → 7742 articles → tri anglais/français → 6092 articles → tri 2007-2017 → 3061 → tri termes de sujet → 52 articles → 2 articles d'intérêt (doublets avec articles déjà trouvés) → 0 retenu
- Concepts 1+2+4 avec tri 2007-2017 → 2379 → tri terme de sujet pour concept 1 → 335 articles → tri terme de sujet concept 2 → 10 articles → 0 retenu (doublets)
- Concept 2+4 avec tri 2007-2017 → 2422 articles → tri terme de sujet pour concepts 2+ 4 → 2 articles sans intérêt → 0 retenu
- Concept 2+3 avec tri 2007-2017+ termes de sujet → 19 articles → 2 d'intérêt dont 1 déjà trouvé et non retenu ; 1 résumé lu → 0 retenu.
- Concept RI → 18471 articles → tri termes de sujet → 4 articles → 0 retenu
- Concept RI dans titre → 45 → 2007-2017 → 19 articles → 3 d'intérêt → 0 retenu

LITTÉRATURE GRISE



ANNEXE 16 – LES 28 QUALITÉS DU QUESTIONNAIRE TOUR 1

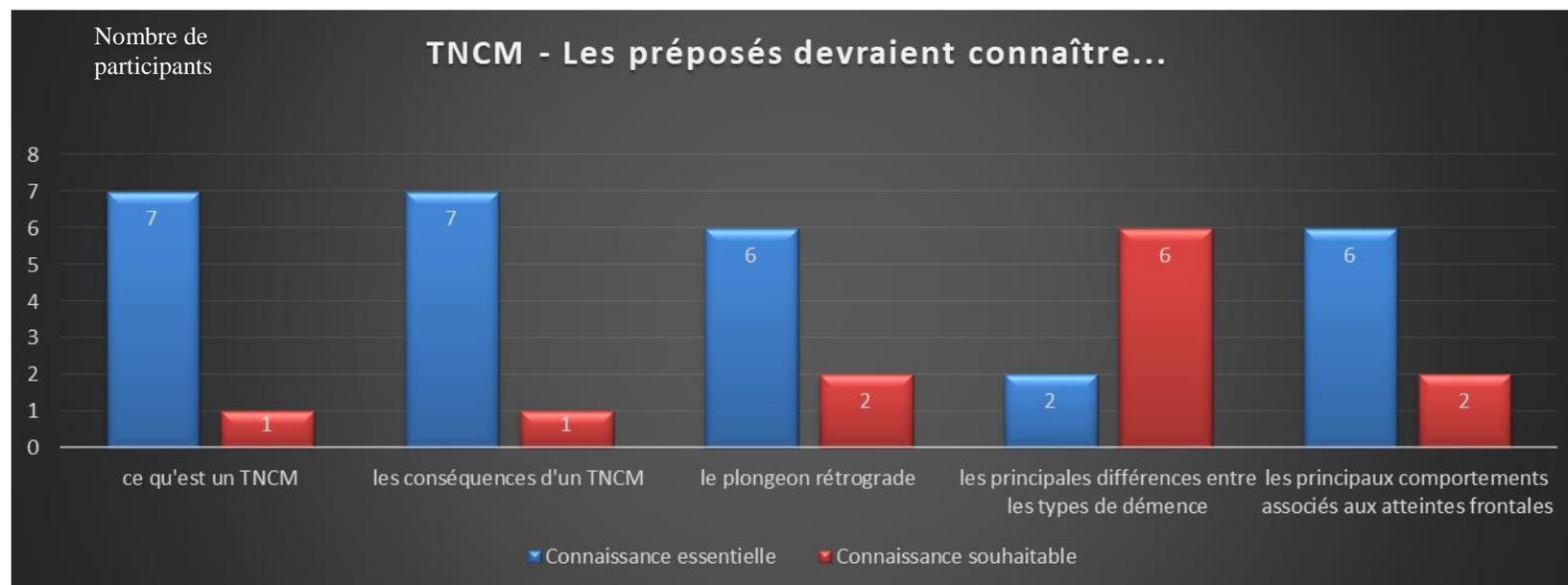
Représentation graphique des 28 qualités issues du premier questionnaire



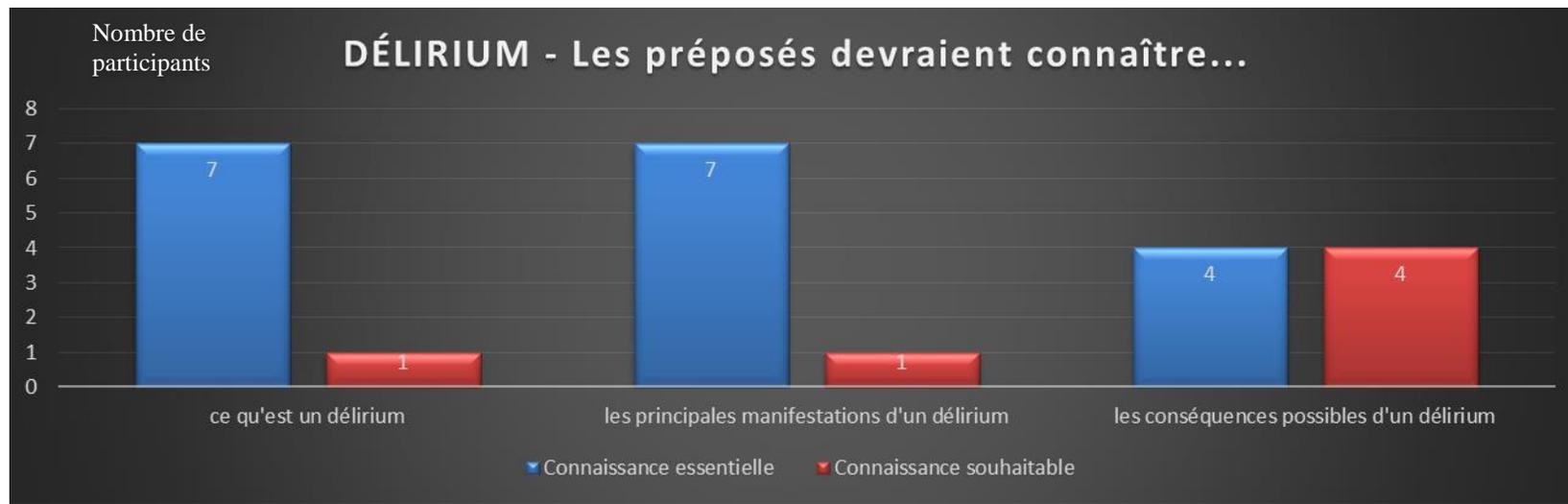
Nombre de participants

**ANNEXE 17 – REPRÉSENTATIONS GRAPHIQUES SELON LES SIX
CATÉGORIES DE CONNAISSANCES**

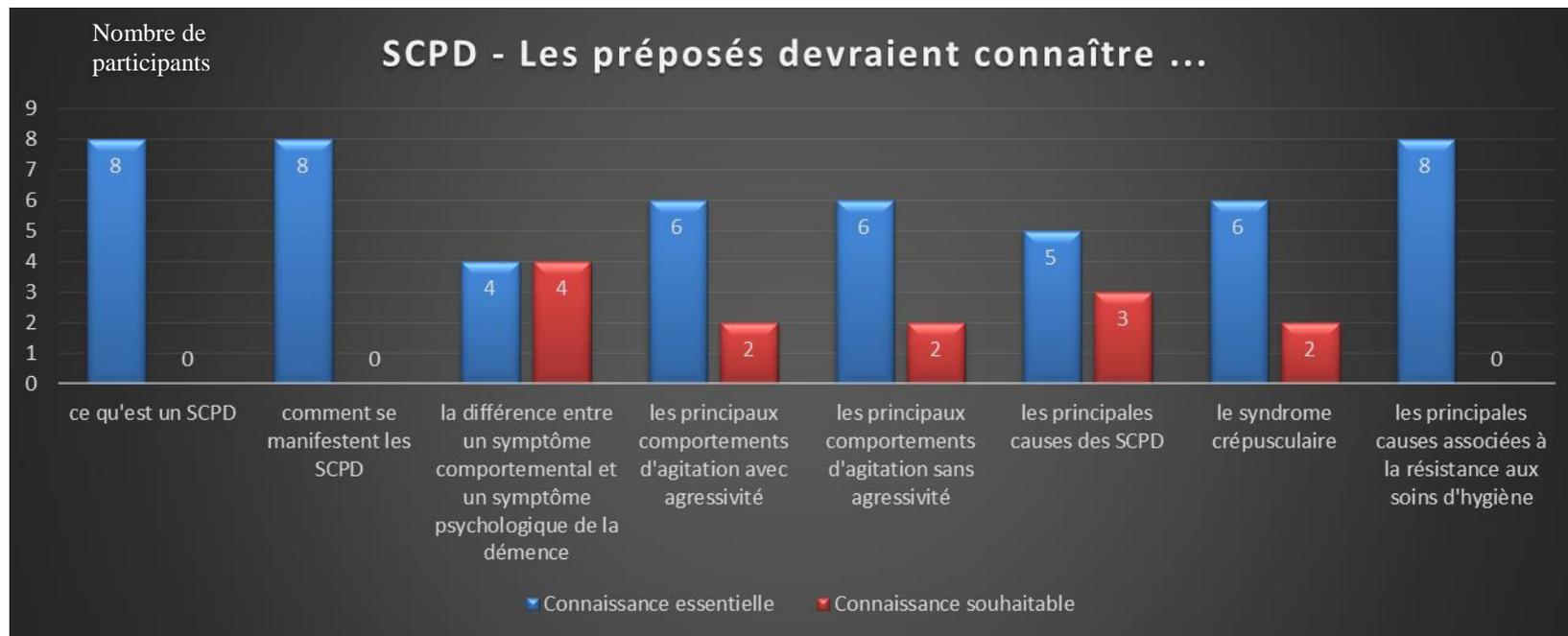
Représentations graphiques selon les six grandes catégories de connaissances



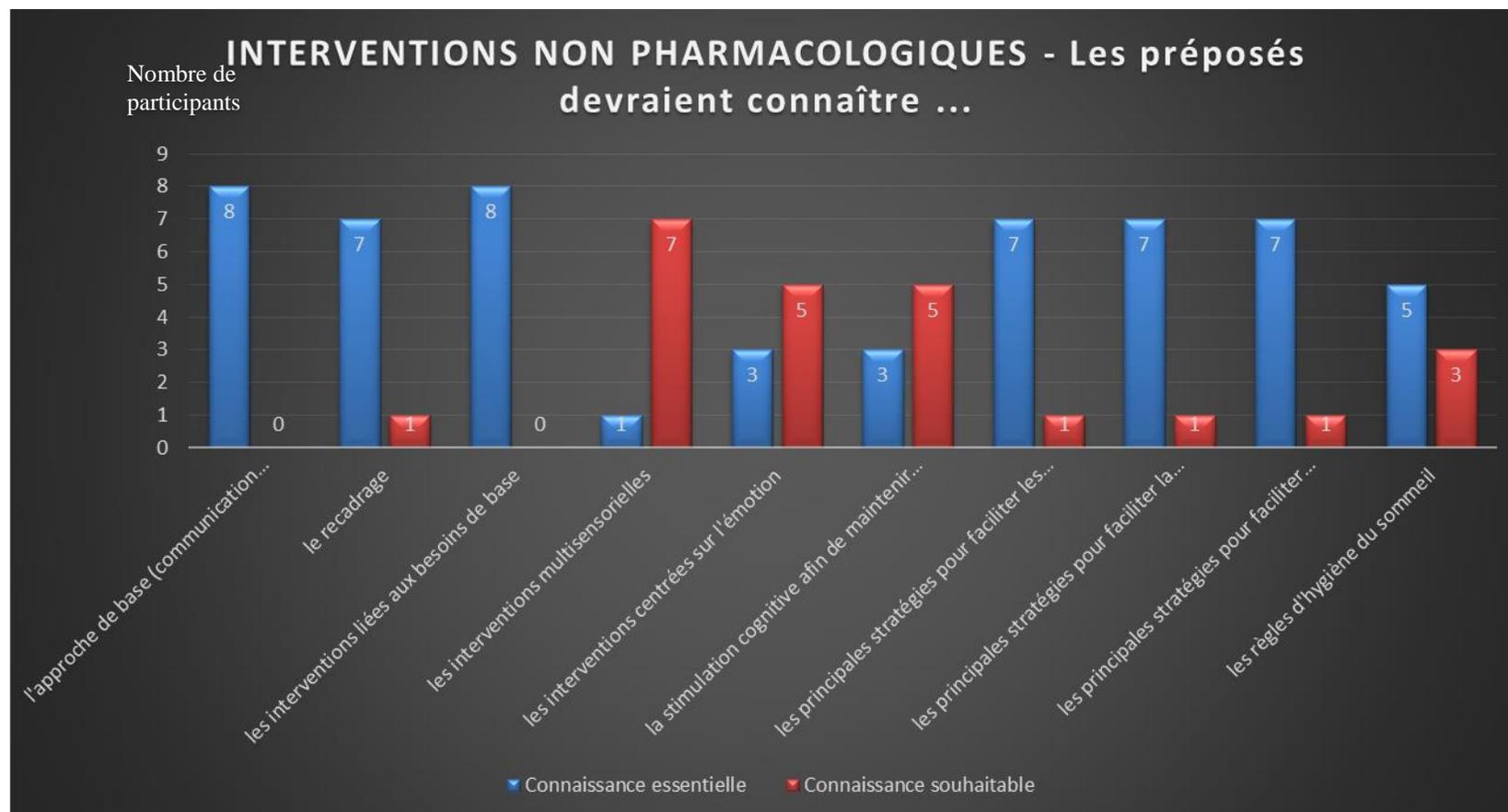
Exemples de
consensus
élevé



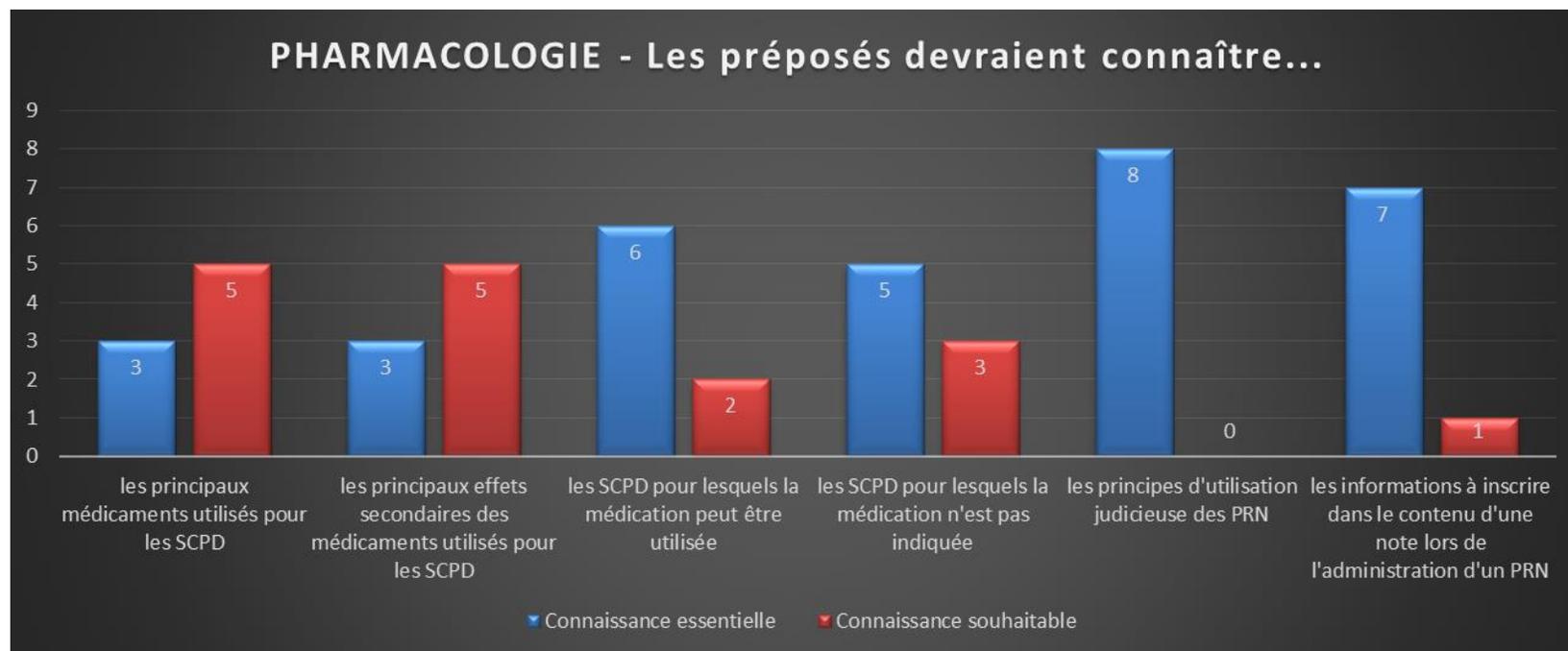
↑
Exemple
d'absence de
consensus

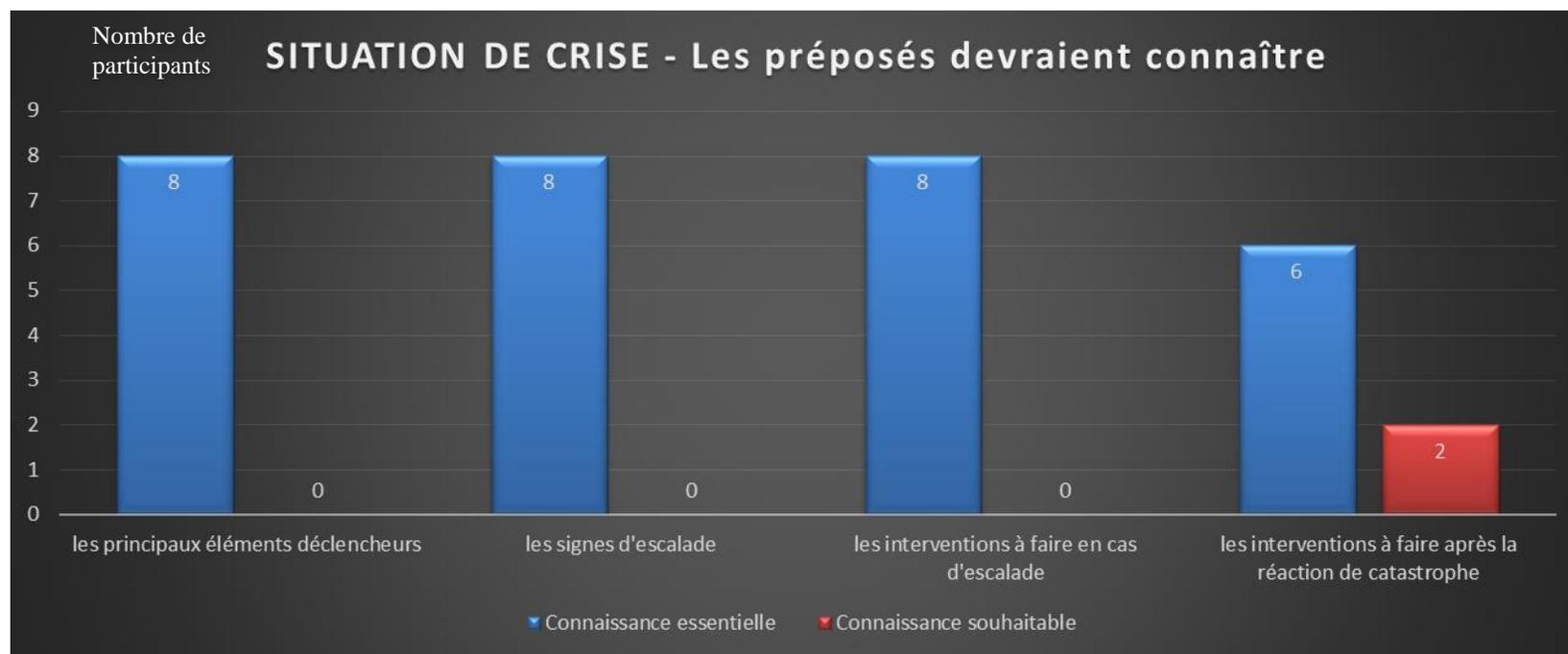


Exemples de consensus unanime



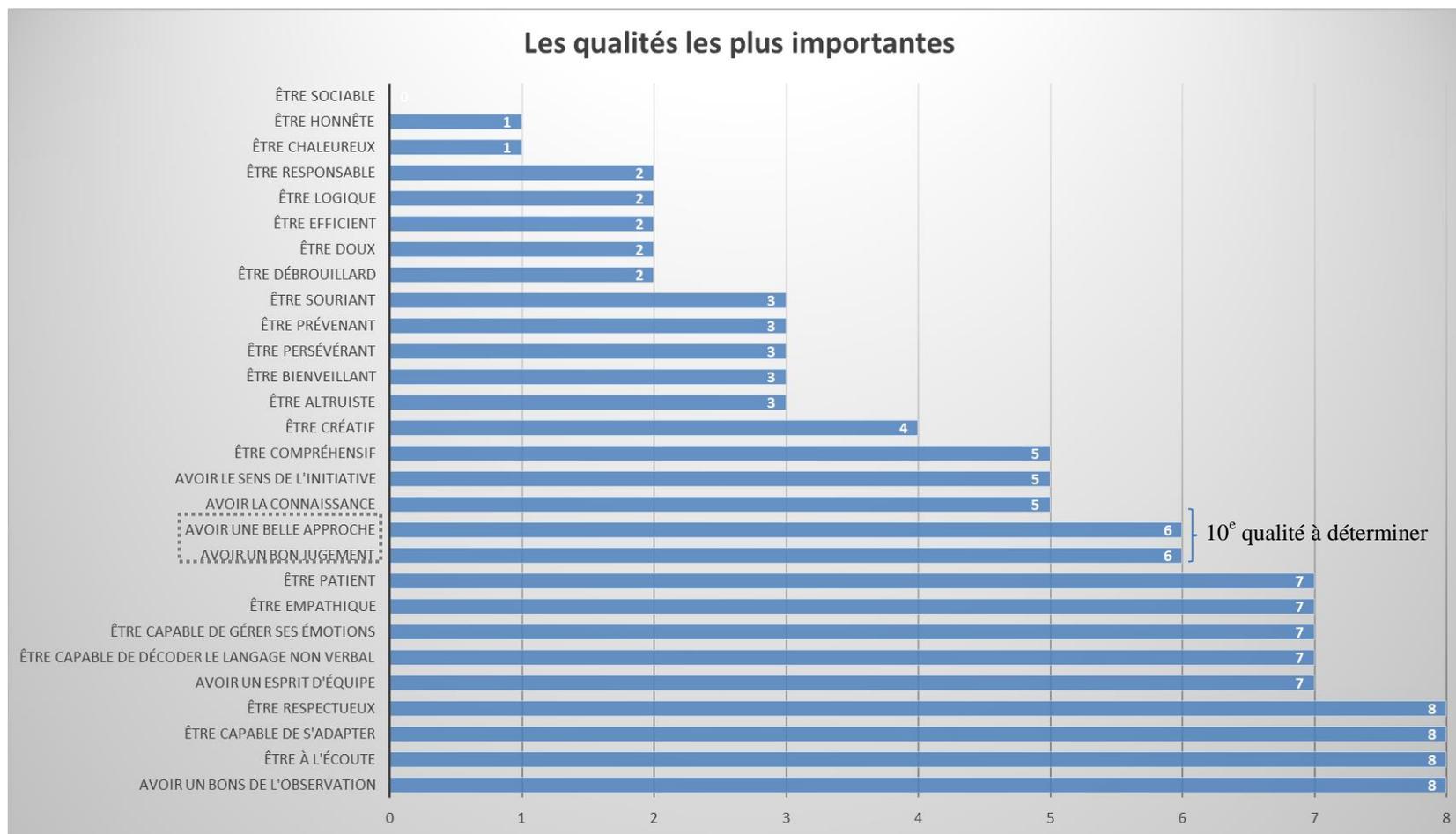
Nombre de participants





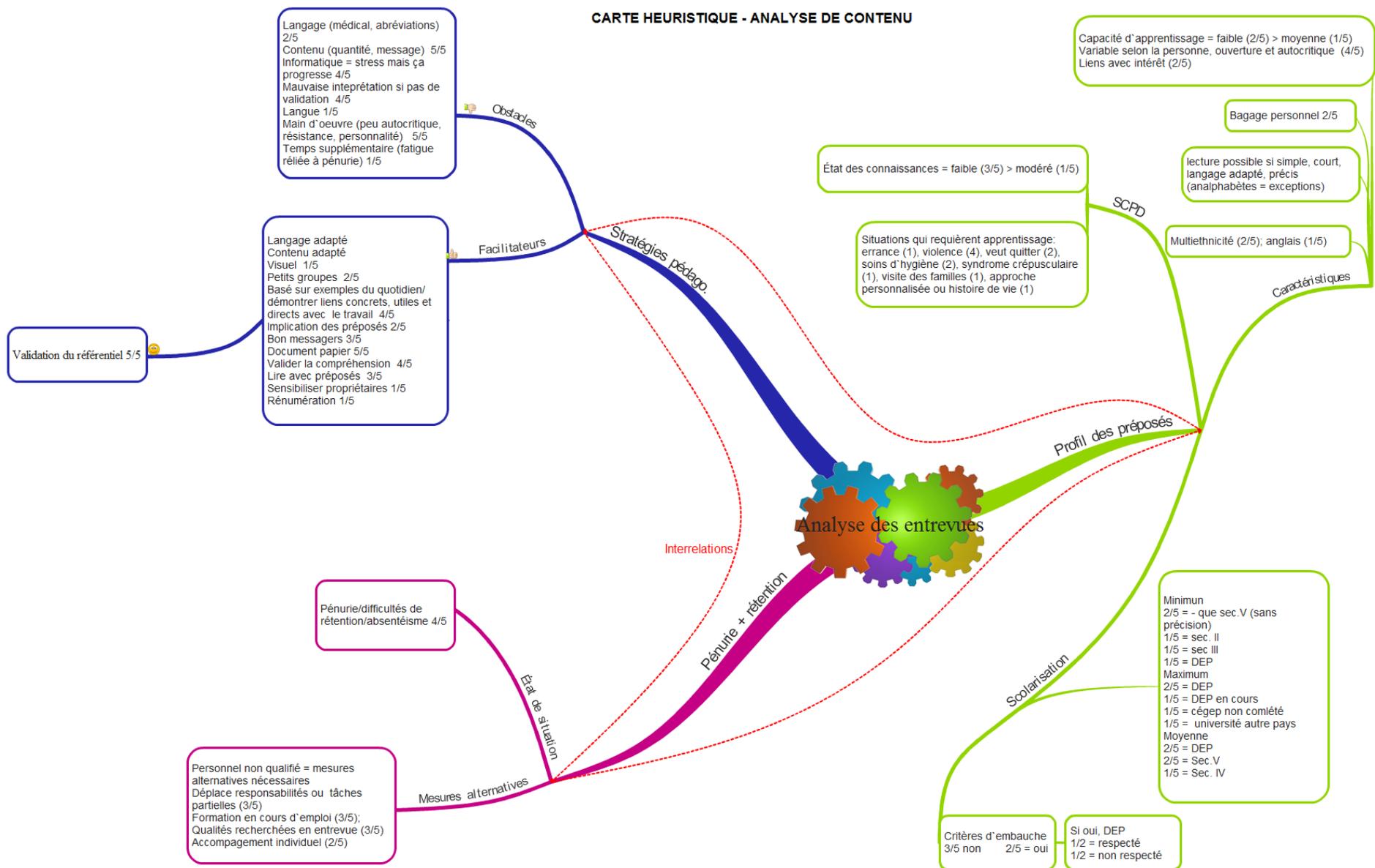
**ANNEXE 18 – DIAGRAMME À BANDES DES QUALITÉS DU QUESTIONNAIRE
TOUR 2**

DIAGRAMME À BANDES DES QUALITÉS DU QUESTIONNAIRE TOUR 2



**ANNEXE 19 – CARTE HEURISTIQUE POUR L'ANALYSE DE CONTENU DES
ENTREVUES**

CARTE HEURISTIQUE - ANALYSE DE CONTENU



ANNEXE 20 – RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Page couverture du référentiel de compétences

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

COMMENT ÊTRE UN BON PRÉPOSÉ

AFIN DE MIEUX PRÉVENIR ET GÉRER LES SYMPTÔMES
COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Ce que vous devez savoir



0703-1004 2018

Québec 

Contenu intégral disponible sous la forme d'un livret imprimable