

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
KARINE LAPLANTE

PROJET PILOTE D'AROMATHÉRAPIE QUOTIDIENNE : SES EFFETS SUR LA  
FRÉQUENCE ET L'INTENSITÉ DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET  
PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE ET SUR L'ADMINISTRATION DE  
NEUROLEPTIQUES

22 OCTOBRE 2018

## Sommaire

Les personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) continuent de recevoir des neuroleptiques dans le but de diminuer la fréquence et l'intensité de ces comportements. Toutefois, l'inefficacité de ces médicaments pour un large éventail de ces comportements a été démontrée. Plusieurs interventions non pharmacologiques s'avèrent être une avenue intéressante comme traitement de première ligne pour éviter ou réduire l'intensité et la fréquence de ces comportements. Un projet pilote d'aromathérapie quotidienne de quatre semaines a été mené en s'inspirant du modèle Iowa relatif à la pratique basée sur les résultats probants. Dix participants hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont été sélectionnés et ont reçu durant 28 jours consécutifs trois expositions quotidiennes à une huile essentielle de lavande. Une grille d'observation des comportements a été complétée avant l'intervention et durant les trois derniers jours de celle-ci. Une compilation des ordonnances pharmacologiques et des formulaires d'administration des médicaments a également eu lieu. Ce projet pilote offre des résultats encourageants de l'intervention chez la majorité des participants. Il permet également de rendre possible dans le futur l'utilisation des huiles essentielles chez la clientèle cible comme intervention de première ligne, et ce, de façon quotidienne.

Mots clés : SCPD, démence, approche non pharmacologique, lavande, neuroleptiques.

## Table des matières

|  |     |
|--|-----|
| Sommaire .....                               | ii  |
| Liste des tableaux .....                     | v   |
| Liste des figures .....                      | vi  |
| Remerciements .....                          | vii |
| Introduction .....                           | 1   |
| Problématique .....                          | 4   |
| Recension des écrits .....                   | 9   |
| Interventions comportementales .....         | 10  |
| Interventions cognitives .....               | 12  |
| Interventions sensorielles .....             | 13  |
| Aromathérapie .....                          | 16  |
| Cadre de référence .....                     | 20  |
| Méthode .....                                | 27  |
| Devis .....                                  | 28  |
| Population, recrutement et échantillon ..... | 28  |
| Milieu .....                                 | 30  |
| Activités préalables à l'intervention .....  | 31  |
| Intervention .....                           | 33  |
| Collecte de données .....                    | 34  |
| Analyse des données .....                    | 37  |
| Confidentialité .....                        | 37  |
| Considérations éthiques .....                | 38  |
| Biais .....                                  | 40  |

|   |    |
|---|----|
| Risques .....   | 41 |
| Résultats .....   | 44 |
| Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants .....    | 45 |
| Résultats concernant les comportements .....                                    | 46 |
| Résultats concernant l'administration des neuroleptiques .....                  | 52 |
| Discussion .....  | 56 |
| Résultats relatifs aux SCPD .....   | 57 |
| Résultats relatifs aux neuroleptiques.....                                      | 58 |
| Forces et limites du projet.....  | 58 |
| Implications futures pour la gestion, la formation, la recherche et la pratique | 61 |
| Conclusion .....  | 66 |
| Références .....  | 69 |
| Appendice A.....  | 79 |
| Appendice B.....  | 81 |
| Appendice C.....  | 83 |
| Appendice D.....  | 93 |
| Appendice E .....   | 95 |
| Appendice F .....   | 98 |

## Liste des tableaux

### Tableau

|    |   |    |
|----|---|----|
| 1. | Critères d'inclusion et d'exclusion.....                        | 29 |
| 2. | Données sociodémographiques et cliniques.....                   | 45 |
| 3. | Fréquence et intensité des comportements du participant B9..... | 51 |
| 4. | Fréquence et intensité des comportements du participant I2..... | 52 |
| 5. | Données pharmacologiques.....                                   | 53 |
| 6. | Données pharmacologiques des neuroleptiques PRN.....            | 54 |

## Liste des figures

Figure

1. Fréquence compilée des comportements.....46
2. Intensité maximale compilée des comportements.....48

## Remerciements

À Dieu qui pourvoit toujours à ses enfants qui lui sont fidèles, sans lui, découragement et abandon auraient été les finalités de ce très long périple.

À ma directrice Louise Bélanger pour son soutien, sa rigueur et ses conseils tout au long de ce projet. J'ai profité de cette expérience autant du point de vue professionnel et personnel.

À toutes les personnes qui ont participé au financement de ce projet : Diane et Pierrot Laplante, Véronique Laplante et Jérémie Lalonde, Guylaine Letendre et Sylvain Dussault, Sophie Letendre, Romiche Jean-Brice, Grégory Timotis, Mananga Anna Wamungulu, Marie-Josée Porlier, Chantal Forget, Carole Dubois, Marie-Joé Bertrand, Karine Beauparlant-Chénier, Véronique Labrie et Caroline Lebrun. Vous m'avez permis de continuer à avancer.

À mon mari Wouslin Beauséjour qui m'a encouragé durant toutes ces années d'incertitudes et de remises en question. Finalement, à mes trois belles princesses, source de motivation, Maëlla, Élisha et Lyhanna qui sont venues tour à tour durant mon cheminement scolaire et qui ont toutes trois assisté à leurs premiers cours universitaires avant leur premier anniversaire. Vous comprendrez plus tard pourquoi maman devait passer beaucoup de temps à « la grande école ». J'espère être une source de fierté et un modèle de persévérance pour vous trois. Je vous aime !

## **Introduction**

La population est vieillissante, ce n'est un secret pour personne. Cependant, nous tardons à nous préparer à l'ampleur de la tâche que cela occasionnera sur notre système de santé. Aussi, cette population parfois vulnérable nécessite que l'on s'attarde à leur offrir des soins de santé complets et adaptés à leur réalité, les moins contraignants possible, en leur assurant une qualité de vie optimale. Parmi les plus vulnérables, on retrouve les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs, mieux connus sous l'appellation démence. Leur incapacité à consentir ou non à des soins et la forte probabilité qu'ils développent des troubles de comportements appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) demande à ce qu'on s'attarde davantage aux soins systématiques qui leur seront prodigués.

Ainsi, cet essai est un effort de l'étudiante chercheuse à aller au-devant des situations problématiques qu'engendrent les problèmes de comportements liés aux troubles neurocognitifs dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Trop souvent durant sa pratique clinique en CHSLD, l'étudiante chercheuse a fait face à une utilisation inadéquate des médicaments pour la gestion et le contrôle des SCPD et, par le fait même, à une sous-utilisation des approches non pharmacologiques comme interventions de première ligne.

Les pages qui suivent présentent une démarche contribuant au développement de connaissances en sciences infirmières sur l'utilisation de l'aromathérapie au quotidien et ses effets sur l'intensité et sur la fréquence des SCPD chez une clientèle hébergée. Plus précisément, l'intensité réfère au nombre d'observations du comportement par heure et la fréquence au nombre d'observation durant les 72 heures de la collecte des données. Le contenu de cet essai se divise en six chapitres. La problématique sera d'abord présentée. Suivra la présentation de la recension des écrits portant sur l'utilisation d'approches non pharmacologiques dans la gestion des SCPD. Le troisième chapitre explique le cadre de référence utilisé pour concevoir cette intervention et la réaliser sous forme de projet pilote. Le chapitre suivant présente la méthodologie, soit une étude pilote préexpérimentale avant-après à groupe unique. Le cinquième chapitre abordera les résultats sur les SCPD et l'administration des neuroleptiques. Finalement, la discussion constituera le sixième chapitre et fera état des forces et des limites de ce projet, de même que les recommandations pour la pratique clinique, la formation et la recherche. Une conclusion résumera les principaux éléments de cet essai.

## **Problématique**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2012) rapporte que 35,6 millions de personnes sont affectées par une démence dans le monde et que la grande majorité de ces personnes sont âgées de 65 ans et plus. La Société d'Alzheimer du Canada (2012) indique qu'en 2011, 15 % de la population canadienne de 65 ans et plus vivaient avec une démence. Ces proportions pourraient doubler d'ici 2031 (OMS, 2012 ; Société d'Alzheimer du Canada, 2012). Au Québec, 70 à 80 % des personnes vivant dans les CHSLD ont un diagnostic de démence (Blazer, Steffens & Busse, 2004). Ces personnes peuvent présenter des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans une proportion pouvant aller jusqu'à 90 % (Fung, Tsang & Chung, 2012 ; Voyer et al., 2005).

Les SCPD, aussi appelés comportements perturbateurs, comportement d'agitation, ou comportement d'agressivité, sont des activités motrices, verbales ou vocales inappropriées, potentiellement dangereuses et jugées socialement inacceptables pour la personne atteinte de démence ou son entourage qui ne peuvent pas être expliquées par l'insatisfaction de besoins primaires ou la confusion de la personne atteinte de démence (Cohen-Mansfield & Billig, 1986 ; Landreville, Rousseau, Vézina & Voyer 2005). Ils incluent l'agitation verbale agressive (p. ex. crier ou jurer) et non agressive (p. ex. écholalie), ainsi que l'agitation physique agressive (p. ex. frapper ou mordre) et non agressive (p. ex. errance) (Gagné & Voyer, 2013 ; Voyer, 2013).

Les personnes atteintes de démence exhibant des SCPD peuvent devenir anxieuses, être agitées (Moyle et al., 2011) et vivre du stress, de la peur ou de la frustration (Landreville, Rousseau, Vézina & Voyer, 2005). L'équipe de soins, quant à elle, peut développer une peur de l'intervention de proximité avec ces personnes, les stigmatiser ou pire encore, les abuser (Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller & Costa, 2011; Toscani et al. 2013). La présence de SCPD peut également occasionner des blessures physiques lors d'altercations entre résidents ou avec un membre du personnel (p. ex. ecchymoses, déchirures cutanées, hématomes), mais également des blessures émotionnelles chez les personnes atteintes, ainsi que chez celles qui les côtoient (Black & Almeida, 2004 ; Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012 ; Rabins & Blass, 2014).

Pour diminuer la fréquence et l'intensité des SCPD, des interventions pharmacologiques sont utiles (p. ex. neuroleptiques) (Ballard, Waite & Birks, 2012 ; Carson, McDonagh & Peterson, 2006 ; Lonergan, Luxenberg, Colford & Birks, 2012). Toutefois, ces interventions sont accompagnées, quelques fois, d'effets indésirables, voire de graves conséquences chez les personnes âgées. Par exemple, les neuroleptiques peuvent provoquer la détérioration des fonctions cognitives (Price, 2011), la création d'un déséquilibre métabolique (Guenette, Chintoh, Remington & Hahn, 2014), l'augmentation de l'incidence des chutes (Blackburn & Bradshaw, 2014; Huang et al., 2012; de Groot et al., 2013) et des décès (Musicco et al., 2011; Sikirica, Marinot, Gagne, De Palma & Maio, 2014). Étant donné les effets indésirables possibles de certains médicaments, des chercheurs des États-Unis se positionnent sur la médication potentiellement inappropriée

chez les personnes âgées. En 2015, l'« American Geriatrics Society » a procédé à une mise à jour de ces critères que l'on connaît sous l'appellation « Critères de Beers ». Ces critères concernent, entre autres, les antipsychotiques, les barbituriques et les benzodiazépines. On note comme effets indésirables de ces médicaments un risque accru de déclin cognitif, de délirium, de chute, de fractures et de mortalité.

Plusieurs approches non pharmacologiques ont aussi démontré leur efficacité tout en ayant peu d'effets indésirables. Ces approches peuvent être comportementales (Kverno, Black, Nolan & Rabins, 2009 ; Richter, Meyer, Möhler & Köpke, 2012), cognitives (Hopper & al., 2013; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede & House, 2010 ; Luttenberger, Donath, Uter & Graessel, 2012 ; Raetz, 2013) et sensorielles (Blackburn & Bradshaw, 2014; Forrester et al., 2014; Fung, Tsang & Chung, 2012; Gonzalez & Kirkevold, 2014; Kverno et al., 2009; Hulme et al., 2010). Toutefois, les auteurs de ces études rapportent plusieurs limites, notamment le très grand nombre d'interventions possibles et la possibilité de combiner deux interventions ou plus pour obtenir un résultat satisfaisant.

Malgré l'existence de multiples approches non pharmacologiques efficaces et sécuritaires et les effets secondaires possibles des approches pharmacologiques, on observe dans la pratique que ce sont les neuroleptiques qui sont souvent prescrits et administrés comme traitement de première ligne aux personnes présentant des SCPD (Declercq et al., 2013 ; Richter, Mann, Meyer, Haastert & Köpke, 2011 ; Sadowsky & Galvin, 2012 ; Voyer et al., 2005). Le manque de connaissances au sujet de la démence,

des SCPD (Deudon et al., 2009 ; Khan & Curtice, 2011) et des approches non pharmacologiques possibles (Deudon et al., 2009 ; Khan & Curtice, 2011 ; Kolanowski, Fick, Frazer & Penrod, 2010), ainsi qu'une faible confiance en leurs habiletés à gérer les SCPD (Khan & Curtice, 2011) expliquerait la sous-utilisation des interventions non pharmacologiques par les membres de l'équipe soignante.

La présente intervention est un projet pilote dont le but est de décrire les effets d'une intervention quotidienne d'aromathérapie avec une huile essentielle de lavande. Plus précisément, on a cherché à savoir quels sont les effets de l'intervention quotidienne d'aromathérapie avec une huile essentielle de lavande sur la fréquence et l'intensité des SCPD et sur l'administration de neuroleptiques. En fait, l'hypothèse qui est à l'origine de ce projet est une diminution de la fréquence et de l'intensité des SCPD et de la prescription et l'administration de neuroleptiques à la suite de l'intervention.

Dans ce chapitre, les approches pharmacologiques et non pharmacologiques des SCPD ont été abordées. Le caractère contraignant de l'utilisation des neuroleptiques chez une clientèle âgée, étant donné les effets indésirables nombreux, est ressorti. On a également nommé les approches non pharmacologiques possibles et leurs effets potentiels. Le prochain chapitre présente la recension des écrits effectuée lors de la préparation de l'intervention clinique faisant l'objet de cet essai. Le contenu lève le voile sur les approches non pharmacologiques retrouvées dans les écrits en mettant l'accent sur l'aromathérapie.

## **Recension des écrits**

Le prochain chapitre traitera de différentes approches non pharmacologiques répertoriées. Les interventions comportementales, cognitives, sensorielles et, finalement, l'aromathérapie seront abordées.

### **Interventions comportementales**

Ces interventions sont orientées sur les émotions ou sur l'environnement et ont pour but de modifier un comportement ou l'environnement des personnes atteintes de démence. Elles impliquent directement l'entourage des personnes atteintes de démence dans les changements à apporter tant au niveau comportemental, qu'environnemental (Kverno, Black, Nolan & Rabins, 2009 ; Richter, Meyer, Möhler & Köpke, 2012). Les deux prochains paragraphes permettront de saisir davantage ce type d'approche.

Kverno, Black, Nolan et Rabins (2009), dans une revue systématique des écrits ( $n = 7$ ), ont voulu déterminer l'efficacité d'interventions non pharmacologiques comme traitement des SCPD chez une clientèle avec une démence avancée. Des résultats positifs émergent des approches visant la reconnaissance des aspects non verbaux des émotions par l'équipe de soin, ainsi qu'une stratégie de présence simulée d'un membre de la famille. Les auteurs notent également une réduction marquée des SCPD à la suite d'aménagement d'unités de soins spécialisés (unités prothétiques) et la réduction du nombre de résidents par unité. Les outils de mesure utilisés dans la plupart des études sont l'inventaire

d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) et l'inventaire neuropsychiatrique (INP). Un faible échantillon et une hétérogénéité des interventions constituent des limites dans l'interprétation des résultats de la revue systématique des écrits.

Richter, Meyer, Möhler et Köpke (2012) ont procédé à une revue des écrits ( $n = 4$ ) afin de déterminer l'efficacité d'interventions comportementales (enseignement auprès de l'équipe de soin et de l'équipe multidisciplinaire) sur la réduction de l'administration d'antipsychotiques. Ces chercheurs avaient pour but de fournir des résultats probants quant aux solutions de rechange aux antipsychotiques pour les décideurs des résidences accueillant des personnes âgées. Les résultats démontrent une diminution marquée de la fréquence d'administration d'antipsychotiques. L'hétérogénéité des programmes d'enseignement, de même qu'un échantillonnage restreint, constituent les limites rapportées dans l'interprétation des résultats.

En résumé, la réduction des SCPD, mesurée à l'aide du IACM et du INP, a été notée dans certaines études. Les interventions décrites ciblent principalement les membres des équipes soignantes et l'aménagement des unités de soins. Toutefois, une intervention qui nécessiterait la suppression de lits en CHSLD est peu réaliste dans le contexte québécois actuel des soins de santé compte tenu des listes d'attente pour une admission dans ces établissements. En 2017, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dénombrait près de 3000 personnes en attente pour un CHSLD.

## **Interventions cognitives**

Plusieurs approches incluses dans les interventions cognitives visent à ralentir le déclin cognitif et, par le fait même, l'apparition des SCPD. Ces interventions incluent, entre autres, la stimulation et l'entraînement cognitif de façon individuelle, en groupe ou assistée par ordinateur (Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede & House, 2010 ; Olazaràn et al., 2010).

Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede et House (2010) ont réalisé une revue systématique des écrits ( $n = 35$ ), ayant pour but de rendre accessibles les résultats de traitements non pharmacologiques adaptés aux proches aidants de personnes atteintes de démence. Les résultats sont prometteurs en ce qui a trait au maintien et à l'amélioration des fonctions cognitives, dont l'amélioration de la mémoire à court terme et des capacités d'apprentissage. Les interventions ont eu lieu en milieu naturel auprès de personnes atteintes de démence légère. Elles ont permis le ralentissement de la dégradation des fonctions cognitives, mais leurs effets directs sur les SCPD ne sont pas significatifs. Les auteurs mentionnent la petite taille des échantillons et l'hétérogénéité des interventions cognitives comme étant les principales limites de ces études.

Olazaràn et al., (2010) ont tenu à identifier qu'elles sont les interventions non pharmacologiques qui aident à gérer les symptômes de la démence. Leur revue systématique des écrits ( $n = 179$ ) a permis d'établir que les interventions cognitives ( $n = 24$ ) permettent une amélioration de la mémoire à court terme, de l'orientation dans le

temps, du langage et de l'attention chez les participants atteints de démence. Deux études ont également démontré un effet positif de ce type d'intervention sur l'agitation et l'agressivité par une réduction du score de l'IACM et de l'INP. Les auteurs mentionnent également que malgré le nombre élevé d'études dans leur revue systématique des écrits, plus de 150 d'entre elles présentaient des lacunes dans la méthodologie et la présentation des données.

En résumé, des approches cognitives réalisées auprès de personnes vivant avec une démence ou leurs proches aidants semblent prometteuses dans la prévention du déclin cognitif. La majorité des participants aux interventions cognitives avaient une atteinte cognitive légère. De surcroît, la petite taille des échantillons rend difficiles l'interprétation des résultats et l'implication demandée. De plus, les interventions cognitives nécessitent du temps, ainsi que des intervenants formés, ce qui constitue une limite à ce type d'approche.

### **Interventions sensorielles**

Les interventions sensorielles consistent en la stimulation des sens (vue, ouïe, toucher et odorat), soit un à la fois, ou simultanément, alors appelée approche multisensorielle (Kverno et al., 2009). On retrouve, entre autres, dans ces interventions la lumphothérapie, la musicothérapie, le massage et le toucher thérapeutique, l'aromathérapie et les thérapies dites multisensorielles.

Forbes, Blake, Thiessen, Peacock et Hawranik (2014) ont procédé à une revue des écrits ( $n = 13$ ) afin d'établir l'efficacité d'une intervention de luminothérapie dans la gestion des SCPD. La luminothérapie consiste en l'exposition de patients à une lumière similaire aux rayons du soleil au niveau du visage d'une à deux heures quotidiennement (Forbes et al., 2014). Aucune diminution des SCPD n'a émergé de cette démarche. Des résultats prometteurs laissent entrevoir une utilisation de la luminothérapie dans la gestion du sommeil, mais les études actuelles ne permettent pas de conclure dans ce sens chez les personnes atteintes de démence spécifiquement.

Blackburn et Bradshaw (2014) ont voulu identifier si la musicothérapie est une thérapie bénéfique dans la gestion des SCPD en procédant à une revue des écrits ( $n = 6$ ). Ils définissent la musicothérapie comme étant l'utilisation de pièces de musique personnalisées afin d'atteindre un but précis qui comprend deux approches, passive ou active. Dans l'approche passive, on procède à l'écoute des pièces sélectionnées. Dans l'approche active, une participation de la personne atteinte de démence, soit par le chant ou par la manipulation d'un instrument, est implicite. Les auteurs ont pu démontrer une efficacité de la musicothérapie passive et active dans la réduction de l'anxiété et de l'agitation à l'aide de l'IACM et de l'INP. Dans le même sens, les auteurs ont également pu démontrer une efficacité de la musicothérapie passive et active dans la réduction des symptômes de la dépression à l'aide de l'échelle de dépression gériatrique (EDG) et de l'échelle Cornell de dépression dans la démence (ECDD). La faiblesse méthodologique

de certaines études demande d'interpréter avec prudence les résultats de cette revue des écrits.

Hansen, Jorgensen et Ortenblad (2006) ont effectué une revue des écrits afin de déterminer les effets du massage et du toucher dans la réduction des symptômes de la démence. Dans cette catégorie d'interventions, les auteurs incluent le massage traditionnel, la réflexologie, le simple toucher et le toucher thérapeutique. Les études utilisées ( $n = 2$ ) ont permis de démontrer une réduction de l'agitation à l'aide de l'IACM lors de massages de l'avant-bras et l'augmentation de l'apport calorique, c'est-à-dire la quantité des aliments ingérés, lors de toucher thérapeutique jumelé à un encouragement verbal lors des périodes de repas. La rareté des études démontrant une méthodologie rigoureuse demande encore une fois de procéder avec prudence dans l'interprétation de ces résultats.

Chung et Lai (2009) ont voulu examiner l'efficacité clinique des thérapies multisensorielles chez une clientèle âgée atteinte de démence afin de guider de futures applications cliniques et études. La thérapie multisensorielle combine l'utilisation de tous les sens en une seule séance de façon non structurée et non répétitive. Les auteurs ont procédé à une revue des écrits ( $n = 2$ ) qui n'a pas permis d'établir une amélioration du comportement et de l'humeur à la suite de ce type d'intervention. Les auteurs rapportent également un manque de rigueur méthodologique des études utilisées de même qu'une très grande variabilité des stimuli utilisés lors des thérapies multisensorielles.

## **Aromathérapie**

L'aromathérapie est définie comme étant l'inhalation d'arômes dans le but de produire des effets psychologiques ou physiologiques (Buchbauer & Jirovetz, 1994). L'inhalation peut se faire par diffusion avec un dispositif électrique ou à piles ou encore par inhalation directe, soit en inspirant les arômes dans les paumes des mains huilées ou encore en apposant de l'huile essentielle sur une pièce de vêtement.

Forrester et al., (2014) ont entrepris une revue des écrits afin de vérifier l'efficacité de l'aromathérapie dans la réduction des SCPD chez les personnes atteintes de démence. Sept essais randomisés contrôlés sont inclus dans cette revue totalisant 428 participants. Les interventions étudiées incluent l'utilisation d'huiles essentielles par un diffuseur électrique, un humidificateur, ou encore par la pénétration d'huiles dans la peau par massage cutané. La revue des écrits a permis d'établir que les fragrances les plus fréquemment utilisées sont la lavande et la mélisse. La durée des interventions variait entre trois et douze semaines. Deux études utilisées dans la revue des écrits ont démontré une diminution statistiquement significative de l'agitation et des symptômes comportementaux avec l'utilisation de la lavande et de la mélisse. Seulement deux études abordent les effets indésirables sans toutefois préciser desquels il s'agit. Cependant, elles n'ont noté aucune différence des effets indésirables répertoriés entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle.

Kong, Evans et Guevara (2009) ont complété une méta-analyse afin de vérifier l'efficacité d'interventions non pharmacologiques comme traitement de l'agitation chez une clientèle âgée avec un diagnostic de démence. Au total, 14 études incluant 586 participants ont été analysées. De ce nombre, seules les études ayant une intervention de type sensorielle ont démontré une efficacité dans le traitement de l'agitation à l'aide de l'IACM, dont l'aromathérapie administrée durant quatre semaines à raison de deux expositions par 24 heures. Il n'y a aucune référence à de possibles effets indésirables dans cet article.

Fuji et al., (2008) ont voulu revisiter l'efficacité de la lavande dans le traitement des SCPD chez une clientèle âgée avec un diagnostic de démence. Ils ont donc procédé à un essai randomisé contrôlé avec un échantillon de 28 participants dans un établissement de soins de longue durée du Japon. Une intervention d'aromathérapie de quatre semaines à raison de trois applications par jour d'une huile essentielle de lavande a permis d'établir des améliorations statistiquement significatives en abaissant le score de l'INP par 13 points et donc, une diminution des SCPD. De plus, aucun effet indésirable relié à l'intervention n'a été observé.

Lin, Chan et Lam (2007) ont, quant à eux, mené une étude randomisée contrôlée dans des maisons de soins au Japon auprès de 70 participants âgés avec un diagnostic de démence. Il ressort une réduction significative de l'agitation suivant une intervention de

trois semaines d'aromathérapie avec une huile essentielle de lavande, mesurée à l'aide de l'IACM. Une fois de plus, aucun effet indésirable n'a été rapporté durant cette étude.

En somme, plusieurs d'études ont été effectuées sur plusieurs continents (Amérique du Nord, Océanie, Asie, Europe) afin de vérifier l'efficacité de l'aromathérapie dans le traitement des SCPD chez une clientèle âgée avec un diagnostic de démence. Les articles retenus ont été publiés entre 2007 et 2014 et les outils de mesure comprennent l'IACM, l'INP en version originale, courte ou traduite, ainsi que l'échelle d'agitation de Pittsburgh (EAP). Le nombre d'expositions aux huiles essentielles varie grandement pour les études consultées, et ces expositions sont effectuées selon des modes très diversifiés, tels la diffusion électrique, l'application d'huile sur un tissu de coton, le massage de l'huile sur différentes parties du corps. Plusieurs études ont démontré un effet positif de l'aromathérapie avec une huile essentielle de lavande et de mélisse sur les signes et symptômes de stress et d'anxiété, l'agitation, les SCPD et sur scores des inventaires d'agitation et neuropsychiatrique. L'hétérogénéité des interventions représente une faiblesse des études analysées, car elle complique la possibilité de répliquer les interventions. De plus, l'impossibilité de procéder à des études à l'aveugle en raison de la nature même du traitement a été mentionnée comme facteur affectant la force des études réalisées.

Compte tenu des avantages de l'aromathérapie, à savoir le peu de temps requis de la part des intervenants, l'absence de formation professionnelle requise pour l'application

de l'approche et l'applicabilité à tous les stades de la démence, c'est ce type d'approche qui a été choisi comme intervention dans le présent projet pilote. Le cadre de référence relatif au transfert de connaissances utilisé pour structurer l'intervention est présenté dans le prochain chapitre.

## **Cadre de référence**

Adopter une démarche de transfert des connaissances se révèle indispensable pour diffuser plus rapidement les résultats probants. En fait, on estime qu'il s'écoule plus de 17 années entre la publication de résultats de recherche et leur implantation dans la pratique (Balas & Boren, 2000; Institute of Medicine, 2001). La pratique fondée sur les résultats probants est une approche de résolution de problèmes cliniques intégrant quatre éléments. Les résultats probants, les valeurs et les préférences de la clientèle, les réalités du système de soins de santé et des patients et les ressources du système de santé (Dicenso, Guyatt & Ciliska, 2005 ; Melnyk et al., 2012). L'expertise clinique qui allie compétence et expérience est l'élément permettant de rallier les quatre éléments ci-haut mentionnés ayant pour effet une offre de soins de santé optimaux et une réduction des coûts (Dicenso, Guyatt & Ciliska, 2005 ; White & Spruce, 2015) en encourageant les départements concernés à allouer leurs ressources financières et humaines à des projets cruciaux (Brown, 2014). Comme le présent projet a pour but de concevoir, implanter et évaluer une intervention clinique, un tel modèle est indiqué.

Le modèle Iowa a été choisi (Titler et al., 2001). À sa création, ce modèle a été développé pour faciliter la recherche, mais il a été modifié par la suite pour mettre l'accent sur le transfert des connaissances au niveau organisationnel (Titler et al., 2001). Il a été utilisé dans une multitude de contextes de soin et plusieurs études démontrent son efficacité (Bergstrom, 2011 ; Brown, 2014 ; Doody & Doody, 2011 ; Haxton, Doering,

Gingras & Kelly, 2012 ; Johnson, Gardner, Kelly, Maas & McCloskey, 1991 ; Titler et al., 2001 ; White & Spruce, 2015).

Le modèle Iowa comprend une série d'activités progressives comprenant sept étapes (Haxton, Doering, Gongras & Kelly, 2012). Chaque étape est préalable à la suivante et l'on retrouve trois moments où une décision s'impose avant de poursuivre (Appendice A). Dans l'affirmative, le processus se poursuit, par contre, si la réponse au questionnaire est négative, une trajectoire alternative (rétroaction) est proposée. Lors de la première étape, l'élément déclencheur et le problème sont décrits. Le problème peut découler d'une problématique clinique ou de la publication de nouvelles études. La source du problème permettra de formuler un but ou une question afin de cibler les solutions possibles (Titler et al., 2001).

Au cours de la deuxième étape, on doit s'assurer que la problématique soulevée est une priorité organisationnelle ou départementale. Si elle ne l'est pas, cela entrave grandement la poursuite du projet puisque les décideurs doivent être une partie prenante du projet. Dans la négative, il convient donc de déterminer une nouvelle problématique qui entre dans les priorités organisationnelles (Titler et al., 2001).

À la troisième étape, l'instigateur du projet doit s'entourer d'une équipe qui participera dans chacune des étapes à venir, soit la conception de l'implantation et de l'évaluation du projet (LoBiondo-Wood & Haber, 2006). L'équipe doit comprendre des

personnes de toutes les strates de l'organisation concernées, telles des infirmières, des gestionnaires, des membres associés à l'évaluation de la qualité des soins de l'organisation, ainsi que toute autre personne intéressée provenant d'autres disciplines (Titler et al., 2001).

La quatrième étape consiste à effectuer une recension des écrits concernant la problématique soulevée, ainsi que les solutions possibles. Une critique de chaque étude repérée suivra afin de s'assurer de leur qualité et de leur pertinence dans l'élaboration du projet de changement de pratique désiré. Titler et al. (2001) suggèrent les critères suivants dans la détermination de la qualité des études ; la constance des résultats à travers les études ; le type et la qualité des études ; la pertinence clinique des résultats ; le nombre d'études avec des caractéristiques similaires d'échantillonnage ; la faisabilité des résultats ; le ratio risques/bénéfices. À cette étape, il est important de formuler correctement une question de recherche afin qu'une recension des écrits appropriée puisse être faite (Dontje, 2007 ; Guyatt, Drummond, Meade & Cook, 2008). Guyatt, Drummond, Meade et Cook (2008) suggèrent la méthode PICO. L'acronyme fait référence à la population ciblée « P », à l'intervention envisagée « I », à toutes interventions comparables « C » et au but recherché « O ». Ces informations permettront une recherche optimale dans les bases de données. Titler et al. (2001) proposent de jumeler les membres de l'équipe novices en matière de critique d'études avec des plus expérimentées afin de bonifier l'expérience de chacun. Au terme de la critique de la recension des écrits, il est possible qu'une piètre qualité des études repérées ne permette pas l'implantation d'un

changement basé sur des résultats probants. Si tel est le cas, Titler et al. (2001) suggèrent de conduire soi-même une étude et d'en utiliser les résultats dans une deuxième recension des écrits qui inclura les résultats d'études non expérimentales telles les études de cas.

Une fois les meilleurs résultats compilés, l'équipe doit, à la cinquième étape, concevoir les lignes directrices qui guideront le projet pilote et détermineront les objectifs souhaités (Titler et al., 2001). Une fois ces éléments finalisés, le projet pilote peut être implanté sur une unité de soin. Cette étape est primordiale afin de déterminer les effets du projet à petite échelle pour justifier l'implantation du projet à grande échelle par la suite. Dans la négative, il convient de poursuivre l'évaluation de la qualité des soins et de compiler les nouvelles connaissances à propos de la problématique et des pistes de solution (Titler et al., 2001).

Une évaluation positive du projet pilote, réalisée à la sixième étape, permet de poursuivre l'implantation à grande échelle dans l'organisation. Bien que des résultats positifs aient pu être observés lors du projet pilote, il est crucial de poursuivre l'évaluation de l'impact du projet sur la structure, les processus et les résultats (Titler et al., 2001).

Enfin, la dernière étape est la dissémination des résultats à l'intérieur de l'organisation, mais aussi à l'extérieur. La dissémination permet de faire avancer les connaissances que les résultats soient positifs ou négatifs. En fait, les résultats permettent

d'orienter de futures études afin de bonifier davantage les connaissances sur la problématique soulevée (Titler et al., 2001).

La clarté de l'algorithme du modèle Iowa et la rétroaction prévue durant le processus en font un modèle facile à comprendre en fournissant des étapes à suivre pour l'implantation d'une pratique fondée sur les résultats probants (Gawlinski & Rutledge, 2008 ; Haxton, Doering, Gongras & Kelly, 2012 ; Schaffer, Sandau & Diedrick, 2012). L'implantation et l'évaluation d'un projet pilote prévues à l'étape 5 augmentent les chances de succès lors du déploiement à grande échelle (Schaffer, Sandau & Diedrick, 2012). Aussi, le modèle Iowa met en lumière l'importance de considérer autant le système de santé dans son ensemble que les particularités de la clientèle ciblée (Dontje, 2007). Enfin, il facilite le transfert des résultats probants dans la pratique et améliore la qualité et les résultats de soins (Brown, 2014 ; Dontje, 2007).

Toutefois, l'orientation du modèle vers les changements organisationnels, le nombre important de ressources humaines nécessaires, ainsi que le temps à investir de la part des professionnelles constituent des limites (Kowal, 2010). Aussi, il erre dans la méthode d'évaluation des écrits et le processus de dissémination des résultats ce qui peut représenter un défi de taille pour une équipe peu expérimentée (Kowal, 2010 ; Schaffer, Sandau & Diedrick, 2012).

Pour toutes ces raisons et malgré les défis que représente son utilisation, l'intervention prévue dans le présent essai sera la mise en œuvre des six premières étapes de la démarche proposées dans le modèle Iowa afin d'identifier, d'expérimenter et d'évaluer un projet pilote d'aromathérapie quotidienne avec une huile essentielle de lavande.

Ce chapitre nous a permis de mieux comprendre les étapes à mettre en œuvre dans le but de créer un projet pilote. Le modèle Iowa comprend sept étapes avant la dissémination des résultats et ce projet a été réalisé suivant les six premières étapes. Les prochains chapitres permettront de mettre en lumière le processus de chaque étape à travers une série d'activités réalisées par l'étudiante chercheuse.

Dans le prochain chapitre, les détails liés à la méthode seront présentés en débutant par le devis utilisé, le processus d'échantillonnage, la présentation du milieu clinique, les activités préalables, l'intervention clinique, la collecte de données, les aspects relatifs à la confidentialité, les biais anticipés et rencontrés, les risques anticipés et leur constatation le cas échéant, les considérations éthiques, les retombées anticipées et celles observées, le plan d'analyse des données et finalement les forces et limites du projet.

## **Méthode**

Le présent chapitre aborde les différents aspects de la méthodologie. Le but de cette démarche étant la description des effets d'une intervention quotidienne d'aromathérapie sur l'intensité des SCPD et sur la prescription et l'administration des neuroleptiques. L'intensité réfère au nombre d'observations du comportement par heure, et la fréquence réfère au nombre d'observations durant les 72 heures de la collecte des données. Les éléments découlant d'une telle démarche seront présentés dans les lignes qui suivent.

### **Devis**

Pour réaliser l'étude pilote, un devis préexpérimental avant-après à groupe unique a été utilisé (Gray, Grove & Sutherland, 2017 ; Polit & Beck, 2014). Dans un tel devis, les mesures au niveau de base du comportement et celles à la suite de l'intervention sont comparées afin de présenter les changements survenus. La variable indépendante est l'intervention d'aromathérapie. Les variables dépendantes sont les comportements mesurés à l'aide de l'IACM et les prescriptions et administrations de neuroleptiques de façon régulière et au besoin.

### **Population, recrutement et échantillon**

La population cible est constituée des personnes avec un diagnostic de démence qui présentent au moins un SCPD et qui sont hébergées en CHSLD. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés au Tableau 1.

Tableau 1

*Critères d'inclusion et d'exclusion*

| Critères d'inclusion   | Critères d'exclusion  |
|--|---|
| - Diagnostic de démence au dossier   | - Résidents en soins palliatifs ayant un pronostic vital de moins d'un mois |
| - Présentant au moins un SCPD  | - Problème de santé aigu  |
| - Si personne inapte, ayant un représentant légal inscrit à la direction de l'état civil du Québec | - Allergie à la lavande   |
|  | - Absence d'un représentant légal   |

Un échantillon de 10 personnes était recherché. La stratégie d'échantillonnage était non probabiliste, par convenance. Le recrutement a débuté, dès la réception des certificats éthiques du CISSS de l'Outaouais et de l'Université du Québec en Outaouais, par l'affichage de publicité sur le projet dans le milieu (Appendice B). Aucun volontaire n'a émergé de cette publicité. Afin de respecter les critères d'inclusion, une collaboration a eu lieu avec le travailleur social du CHSLD pour déterminer les résidents ayant un tiers autorisé inscrit à la direction de l'état civil du Québec. À la suite de cette première étape, une analyse des dossiers médicaux des participants potentiels a eu lieu afin de sélectionner les résidents répondant à l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion. Ces résidents ont constitué la population cible. Par la suite, un tirage au sort a déterminé l'ordre dans lequel les tiers autorisés ont été contactés afin de permettre un premier contact avec l'étudiante chercheuse. Un ordre d'appels a été créé pour chaque unité de soins et un maximum de trois appels a été placé simultanément afin de limiter le nombre de participants à trois sur chaque unité de soins. Au total, 13 appels ont été faits avant

d'obtenir le nombre de participants désiré. Finalement, les tiers autorisés ont été mis en contact avec l'étudiante chercheuse afin de leur expliquer le projet, répondre à leurs questions et leur remettre le formulaire d'information et de consentement (Appendice C). Pour s'assurer d'un consentement éclairé, un temps de réflexion variant entre 24 et 96 heures a été donné aux tiers avant d'obtenir leur consentement éclairé. À la suite de la signature des formulaires de consentements, un test de sensibilité a été effectué. Ce test consistait à exposer les participants à l'huile essentielle de lavande par aromathérapie et à les observer pour une durée d'une heure. Dans certains cas, les voisins de chambre ont eux aussi été exposés à l'huile essentielle afin d'éviter des réactions indésirables au cours de l'intervention. Au total, le test de sensibilité a été effectué sur 12 personnes et aucune n'a démontré de signes d'inconfort ou d'allergie durant la période d'observation.

### **Milieu**

Le milieu où l'intervention s'est déroulée est un CHSLD comptant plus de 200 lits sur six unités de soins, dont une prothétique. Chaque unité de soins a été sollicitée pour ce projet. Dans cet établissement, des statistiques internes de 2016 ont révélé que 82 % des résidents avaient un diagnostic de démence. Les infirmières assistantes au supérieur immédiat (ASI), les infirmières-chefs d'équipe (ICE), les infirmières auxiliaires chef d'équipe (IACE) et les préposés aux bénéficiaires (PAB) ont été sollicités pour la durée du projet.

### **Activités préalables à l'intervention**

Une série d'évènements ont eu lieu préalablement à l'intervention. Ils s'insèrent dans les cinq premières étapes du modèle Iowa. La première étape consistait à décrire l'élément déclencheur et le problème. Les observations de l'étudiante chercheuse dans le cadre de ses fonctions professionnelles étaient l'élément déclencheur. En effet, le maintien des prescriptions de neuroleptiques et le désir de certains membres de l'équipe de soins à médicamenteux les résidents présentant un ou des SCPD ont fait émerger une envie de faire changer les choses. Deux questions découlaient de ce constat : y a-t-il des solutions de rechange à la médication pour diminuer ou contrôler les SCPD et, si oui, quelle est l'intervention la plus accessible dans le contexte actuel des soins de santé québécois ?

Au cours de la deuxième étape, la problématique soulevée fut mise en comparaison avec les priorités organisationnelles, ministérielles et les consensus professionnels. À cet effet, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a rédigé un mémoire concernant les conditions de vie de la personne adulte en CHSLD en janvier 2014 dans lequel on fait référence à la gestion des comportements perturbateurs et à la création de milieux adaptés à ces clientèles vulnérables (OIIQ, 2014). De plus, Agrément Canada a ajouté en 2014 une pratique organisationnelle requise (POR) en ce qui a trait à la gestion de l'administration des antipsychotiques. En effet, la POR 12.7 mentionne que l'équipe doit évaluer la pertinence de l'utilisation des antipsychotiques et apporter des améliorations le cas échéant. En outre, l'équipe doit également se questionner quant à leur

utilisation des antipsychotiques en cas de gestion des comportements perturbateurs à savoir s'ils sont utilisés seulement lorsque toutes les autres méthodes ont été tentées et ont échoué ou s'ils sont utilisés de façon systématique. Finalement, le MSSS, en novembre 2017, octroyait un financement de 1,2 M\$ pour améliorer l'usage des antipsychotiques en CHSLD.

À la troisième étape du modèle Iowa, la participation de différents acteurs clés du centre d'hébergement a été sollicitée et obtenue. À cet effet, les équipes de soins (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières), le travailleur social, les gestionnaires, l'équipe médicale et l'équipe de la pharmacie ont tous soutenu le projet. Des lettres officielles de soutien de l'équipe médicale et de la pharmacie ont d'ailleurs été acheminées aux comités éthiques afin d'officialiser leur appui.

Lors de la quatrième étape et de la cinquième étape, une recension des écrits concernant les interventions non pharmacologiques aidant à diminuer les SCPD a été effectuée et un guide a été élaboré pour soutenir l'implantation de l'intervention et son évaluation. Ce guide a été rédigé sous la forme d'un protocole de recherche et soumis aux différents comités éthiques et scientifiques impliqués.

Outre les étapes du modèle Iowa, certaines interventions ont eu lieu immédiatement avant de procéder au projet pilote et pendant celui-ci. Elles incluent la révision des connaissances et des aptitudes des infirmières assistantes au supérieur immédiat,

infirmières-chef d'équipe, infirmières auxiliaires chef d'équipe et préposés aux bénéficiaires à compléter la grille d'observation des comportements. Puis, un atelier destiné aux ASI, ICE, IACE et aux PAB a été tenu afin de s'assurer de la manipulation adéquate des flacons d'huile essentielle et des dispositifs d'attache. Ces périodes de révision des connaissances et des aptitudes, ainsi que la manipulation des flacons et dispositifs d'attache a eu lieu sur chaque unité de soin, et à chaque quart de travail. De la documentation écrite a également été exposée dans le poste infirmier de chaque unité de soin. Compte tenu de l'implication impérative et indispensable des membres du personnel de soins dans le projet, les gestionnaires ont appuyé le projet tout au long de son déroulement.

### **Intervention**

L'intervention a duré quatre semaines, soit 28 jours, à raison de trois expositions à l'huile essentielle de lavande par cycle de 24 heures. La durée et la fréquence d'exposition étaient similaires aux interventions décrites dans les études présentées dans la recension des écrits citées précédemment (Forrester et al., 2014 ; Fuji et al., 2008 ; Kong, Evans & Guevara, 2009). Les ASI, ICE et IACE ont été responsables d'appliquer deux gouttes d'huile essentielle sur un tissu et de le fixer aux vêtements du participant. Cette procédure a été répétée entre 7 h 45 et 9 h 30, entre 15 h 45 et 17 h 30 et entre 23 h 45 et 1 h 30. Pour les expositions du matin et de la fin d'après-midi, se déroulant à l'heure du repas, aucune étude réalisée antérieurement n'a mis en évidence une interaction entre l'exposition à l'huile essentielle et aux odeurs provenant de la nourriture. Pour l'exposition en début de

nuit, l'huile essentielle a été appliquée directement sur le drap contour du participant, soit une goutte de chaque côté de la tête. Les PAB ont été responsables de s'assurer que la pièce de tissu était fixée aux nouveaux vêtements lors de l'habillement ou de la mise en nuit.

Pour chaque participant, le dispositif d'attache a été perdu durant l'intervention et l'huile a alors été appliquée sur un sous-vêtement ou sur la chemise, chandail ou blouse. Une visite hebdomadaire de l'étudiante a été faite sur chaque unité et sur chaque quart de travail afin de répondre aux questions du personnel et s'assurer du bon déroulement de l'intervention. Les coordonnées de l'étudiante étaient à la disposition du personnel en tout temps afin de faciliter la communication de situations particulières ou problématiques. Un seul appel a été reçu pour signifier la perte d'un dispositif d'attache. Un dispositif supplémentaire a été mis à la disposition du personnel dès le lendemain. Un autre appel concernant l'inconfort d'un participant au port de l'attache a été reçu et une méthode alternative a été déterminée pour l'application de l'huile.

### **Collecte de données**

Les données sociodémographiques et cliniques, l'âge, le sexe, la date de l'hébergement, le type de démence et autres diagnostics principaux, ainsi que les types d'évaluation cognitive qui ont été effectués dans les deux dernières années et leur résultat, ont été collectés à l'aide d'un questionnaire (Appendice D). Les données portant sur les neuroleptiques ont été collectées avec un second questionnaire (Appendice E). Pour se

faire, les dossiers médicaux des participants ont été consultés, de même que les feuilles d'administration des médicaments (FADM) échus et en cours. La médication neuroleptique prescrite de façon régulière ou en cas de besoin de même que les doses PRN administrées 28 jours avant le début de l'intervention et les 28 jours qu'a duré l'intervention ont été consignées sur le questionnaire prévu à cet effet. Également, une révision des dossiers médicaux a été faite à la suite de l'intervention pour noter toute nouvelle médication neuroleptique prescrite en cours d'intervention.

Pour décrire les changements de comportements avant et à la fin de l'intervention, une version abrégée de l'IACM (Cohen-Mansfield, 1991) (Appendice F) déjà connue et utilisée dans le milieu a été utilisée. L'IACM démontre de bonnes propriétés psychométriques en CHSLD quant à la fidélité interjuge ( $r = .72$ ), la stabilité temporelle ( $r = .72$ ), la consistance interne (alpha de Cronbach variant de  $.75$  à  $.77$ ), la validité concomitante ( $r = .74$ ) et la validité de construit (tous les  $r$  sont significatifs,  $p < .05$ ) (Deslauriers, Landreville, Dicaire, & Verreault, 2001). Initialement, la version abrégée de l'IACM a été conçue pour répondre au besoin d'analyse des éléments déclencheurs et de suivi de la gestion des SCPD et la comptabilisation de la fréquence et de l'intensité de ceux-ci. Elle présente 29 comportements d'agitation verbale et physique avec ou sans agressivité. Aux fins du projet pilote, seulement la partie d'observation des comportements a été retenue. Les membres du personnel ont été informés par l'étudiante chercheuse de la façon de compléter cet instrument en se référant à la légende en bas de page pour noter l'intensité. Si un comportement d'agitation verbale ou physique est

observé une à deux fois par heure, un + est noté. Si un comportement est observé trois ou quatre fois par heure, un ++ est noté. Finalement, si un comportement est observé cinq fois ou plus dans l'heure, un +++ est noté.

Une copie de la version abrégée de l'IAMC a été insérée dans les cartables de plan de travail des PAB et dans les cartables contenant les formulaires d'administration des médicaments. Ceci a permis à chaque membre du personnel de consigner sur la grille d'observation la date, l'heure, le type de SCPD observé et d'ajouter, au besoin, des informations sur les circonstances particulières de l'observation, par exemple les soins d'hygiène ou l'alimentation.

La version abrégée de l'IAMC a été remplie durant trois jours consécutifs. Les observations ont été notées par les PAB, les IACE, les ICE et les ASI, et ce, sur chaque quart de travail. Les données recueillies visaient à noter l'intensité des SCPD, c'est-à-dire le nombre d'observations du SCPD en une heure de même que la fréquence de celui-ci, c'est-à-dire le nombre d'heures totales sur 72 heures lors desquelles un SCPD a été noté. La collecte des données préintervention a été réalisée durant les trois jours précédant l'intervention, alors que celle qui a été faite à la fin de l'intervention a débuté trois jours avant la fin de celle-ci. La décision de faire la collecte de données avant la fin de l'intervention est justifiée par le fait que, selon O'Connor, Eppingstall, Taffé et van der Ploeg (2013), les effets de l'aromathérapie sont observables au maximum 90 minutes à la suite d'une exposition.

### **Analyse des données**

Les données sociodémographiques et cliniques, tels le diagnostic médical et les derniers résultats à l'évaluation des fonctions cognitives, ont été insérées dans un tableau et permettent de décrire les caractéristiques générales des participants. Les données pharmacologiques et celles découlant des observations comportementales ont été analysées quantitativement et présentées sous forme de statistiques descriptives (p. ex. moyenne, valeur minimale et valeur maximale) dans des figures (graphiques) et des tableaux.

### **Confidentialité**

Durant le projet, seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux buts de ce projet ont été recueillis. Ils demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver l'identité et la confidentialité des renseignements des participants, ces derniers sont identifiés par un code alphanumérique. La clé du code reliant le nom du participant au code alphanumérique est conservée par l'étudiante chercheuse responsable du projet. Toutes les données collectées seront conservées en version numérique sur une clé USB au bureau de la chercheuse principale pendant cinq ans dans un classeur barré. Elles seront supprimées de cette clé à la fin de ce délai. Ces mêmes données qui ont été initialement collectées en format papier seront quant à elles déchiquetées. À des fins de protection, notamment pour pouvoir communiquer avec les tiers autorisés rapidement, les nom et prénom des participants et les coordonnées du tiers autorisé seront conservés un an suivant la fin du projet dans un répertoire à part maintenu

par la chercheuse principale. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées, faire l'objet de présentations scientifiques et servir à la formation dans les milieux de soins, mais il ne sera pas possible d'identifier les participants.

### **Considérations éthiques**

L'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada [CRSH], Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada [CRSNG], Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2014), ci-après « EPTC 2 », étant l'ouvrage de référence lors de recherches avec des êtres humains au Canada, il convenait donc de maîtriser les aspects éthiques avant d'entreprendre ce projet. Les principes de respect des personnes, de préoccupation pour le bien-être et de justice ont été pris en compte durant l'entièreté du processus menant à l'intervention clinique.

L'EPTC 2 mentionne le respect de l'autonomie comme élément primordial du respect des personnes (CRSH, CRSNG, IRSC, 2014). Cette autonomie est tributaire d'une capacité à consentir de façon libre et éclairée à l'intervention proposée. Comme les participants au projet avaient tous une atteinte cognitive, le consentement devait être octroyé d'un tiers autorisé<sup>1</sup> à consentir pour le participant. Le tiers a reçu la lettre

---

<sup>1</sup>« Un tiers autorisé est chargé de prendre des décisions au nom du participant éventuel en fonction de sa connaissance de la personne et de ses désirs ou, si ces volontés ne sont pas connues, en tenant compte du bien-être de la personne » (EPTC 2, p.9, 2014).

d'information du projet et a été appelé à signer le formulaire de consentement. Il est demeuré libre de décider de retirer le participant du projet en tout temps, et ce, sans préavis et sans préjudice. À cet effet, aucun tiers n'a décidé en cours d'intervention de retirer la personne qu'il représentait. Un participant qui aurait manifesté de façon physique ou verbale un refus ponctuel de recevoir l'intervention aurait vu sa volonté respectée, consignée et rapportée dans l'analyse des données à des fins de transparence. Aucun évènement de ce genre n'a été rapporté par les membres du personnel à l'étudiante chercheuse.

L'EPTC 2 aborde également le thème de la qualité de vie dans le principe de la préoccupation pour le bien-être (CRSH, CRSNG, IRSC, 2014). Cette qualité de vie est préservée en assurant un équilibre satisfaisant entre les risques associés au projet et les bénéfices attendus. Comme la décision de participer au projet a été entièrement détenue par le tiers autorisé, l'évaluation de l'équilibre risque/bénéfice lui revenait lors de la présentation du projet à l'aide du formulaire d'information. L'EPTC 2 mentionne aussi le respect de la vie privée et le contrôle de l'information au sujet du participant dans le principe de la préoccupation pour le bien-être. Ces deux notions ont été respectées par différents mécanismes. Tout d'abord, l'anonymat est préservé en utilisant une codification alphanumérique pour identifier les participants et les données leur étant associées. Par ailleurs, la confidentialité est préservée dans la mesure où les données recueillies ne seront utilisées que par l'étudiante chercheuse et la directrice de l'essai et seulement dans le cadre de ce projet.

L'EPTC 2 fait aussi référence au devoir de traiter les participants de manière juste et équitable (CRSH, CRSNG, IRSC, 2014). Dans le cadre du projet, chaque participant a reçu une intervention susceptible de diminuer la fréquence et l'intensité des SCPD. Eu égard la justice et l'équité, l'échantillonnage a été fait aléatoirement parmi toute la population cible du milieu clinique.

### **Biais**

Le premier biais anticipé était lié à l'utilisation de plusieurs membres du personnel pour collecter les données relatives aux SCPD, car l'interprétation que l'on donne aux gestes posés peut varier selon leur gravité (Fortin & Gagnon, 2016). Il se pouvait donc que les comportements non dérangeants ou non dangereux ne soient pas consignés. Afin de limiter ce biais, l'auteur s'est assuré que chaque membre du personnel sollicité pour remplir les observations des comportements avait un niveau de compréhension adéquat de l'outil de mesure. Pour cette fin, des visites dans le milieu clinique ont été faites avant l'intervention pour rappeler les notions de base sur les SCPD. Ces visites se sont maintenues durant les collectes des données pour faciliter les échanges avec le personnel et s'assurer d'une complétion la plus représentative possible. La compilation des données de chaque participant a pu démontrer que 25 des comportements de la grille d'observation sur 29, incluant les comportements non agressifs, ont été consignés. Il est donc raisonnable de penser que ce biais n'a pas été un facteur d'importance dans le processus de collecte des données comportementales.

Un deuxième biais anticipé est le désir des membres du personnel de plaire à l'étudiante chercheuse ou de modifier les résultats obtenus en faveur d'un effet positif de l'intervention en raison du lien d'emploi antérieur de l'étudiante chercheuse avec le milieu clinique. Afin de limiter la possibilité de ce biais, encore une fois durant les visites préalables à l'intervention dans le milieu clinique, les éléments de réussite du programme de deuxième cycle ont été exposés aux membres du personnel afin de mettre l'accent sur la démarche et non les résultats associés à l'intervention. Compte tenu des résultats individuels des participants, il est de nouveau raisonnable de penser que ce biais n'a pas été un facteur important dans le processus de collecte des données comportementales.

Finalement, un dernier biais anticipé implique le conjoint de l'étudiante chercheuse, qui est un membre du personnel du CHSLD dans lequel l'intervention s'est déroulée. Il aurait été possible que ce dernier soit tenté de modifier les données comportementales recueillies afin d'en améliorer les résultats. Afin d'éliminer complètement ce biais, cet employé n'était pas présent au travail durant les six jours des collectes de données comportementales.

## **Risques**

Les risques possibles de cette intervention incluaient les effets secondaires indésirables à l'huile essentielle de lavande. Ces symptômes pouvaient varier d'un participant à l'autre et se présenter sous différentes formes. Advenant un effet secondaire indésirable relié directement à l'inhalation de l'huile essentielle, par exemple maux de

tête, nausées, vomissements, démangeaisons, éruptions cutanées, ou difficulté respiratoire, le participant aurait été retiré du projet et une intervention pour corriger ces effets aurait été administrée par les membres du personnel soignant. Pour diminuer ce risque, une allergie connue à la lavande constituait un critère d'exclusion, qu'elle ait été présente chez le participant ou la personne qui partage sa chambre le cas échéant. De plus, avant de commencer l'intervention, une exposition des participants à l'huile essentielle de lavande a été effectuée. Durant une heure complète, l'étudiante chercheuse a observé chacun des participants afin de consigner tout changement comportemental ou encore l'apparition de signes d'allergie. Si des effets indésirables s'étaient manifestés, le participant aurait été exclu du projet afin d'assurer sa sécurité. Pour limiter davantage les risques associés aux réactions indésirables, l'huile essentielle qui a été utilisée dans le cadre de l'intervention ne contient aucun autre produit, tel un solvant. Somme toute, aucun participant n'a présenté une réaction indésirable durant la période d'essai préalable à l'intervention.

Un deuxième risque associé à l'intervention est la possibilité qu'un participant réussisse à détacher la pièce de tissu fixée aux vêtements et la porte à sa bouche. Pour diminuer ce risque, un système d'ancrage de plastique exempt de « dents » a été utilisé, assurant une sécurité accrue. De plus, dans l'éventualité où un participant venait à mettre à la bouche la pièce de tissu imprégnée, l'huile essentielle utilisée était sans danger, même si elle était ingérée. Aussi, la pièce de tissu avait quant à elle une taille assurant l'impossibilité de l'ingérer. Durant l'entièreté de l'intervention, aucune mention

d'incident de ce genre n'a été mentionnée à l'étudiante chercheuse. Cependant, la perte de la pièce de tissu et du dispositif d'attache entier est survenue pour chacun des participants, ne laissant comme choix que d'appliquer l'huile directement sur un vêtement au niveau du torse.

Finalement, un risque d'augmentation des SCPD associé à l'arrêt de l'inhalation de l'huile essentielle de lavande était possible. Advenant une augmentation des comportements perturbateurs à ce moment, l'équipe médicale devait en être avisée et une reprise de l'aromathérapie pourrait être envisagée. À cet effet, le médecin traitant de chaque participant a été informé du projet et de la participation du résident à sa charge afin d'avoir toutes les informations en main lors des évaluations médicales. De plus, à la fin du projet, l'étudiante chercheuse a rendu disponible une bouteille d'huile essentielle de lavande sur chaque unité de soin afin de permettre une reprise de l'aromathérapie selon les recommandations de l'équipe médicale et professionnelle.

Dans ce chapitre, les éléments de la méthode ont été présentés en débutant par le devis, la population et la méthode d'échantillonnage, le milieu, les activités préalables au projet pilote, l'intervention, les outils de collectes des données et l'analyse de ces dernières, les éléments de confidentialité, d'éthique pour conclure avec les risques et les biais. Le prochain chapitre présente les résultats des analyses de données en débutant par les paramètres sociodémographiques et cliniques, suivis par les résultats comportementaux pour terminer avec les résultats pharmacologiques.

## Résultats

Ce chapitre présente les résultats du projet pilote. Premièrement, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants sont abordées. Par la suite, les résultats des analyses des données relatives aux SCPD et aux neuroleptiques sont présentés.

### **Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants**

Le Tableau 2 présente les données permettant d'illustrer des informations sociodémographiques et cliniques des participants. Afin d'éviter d'identifier les participants au projet, seulement certaines données se retrouvent au Tableau 2. Au départ, 10 participants ont été recrutés, mais à cause de données manquantes pour un participant, l'échantillon est de neuf participant. L'âge de ceux-ci varie entre 72 et 94 ans pour une moyenne de 83 ans. Le nombre d'années en CHSLD varie entre 446 et 2668 jours pour une moyenne de 1252 jours. Les évaluations cognitives retrouvées dans les dossiers médicaux ont révélé des résultats entre 0/30 et 15/30 à l'examen de Folstein sur l'état mental pour une moyenne de 6/30. La majorité des participants ont un diagnostic de démence de type Alzheimer, les autres présentent une démence mixte (2) ou un trouble neurocognitif majeur (TNCM) (2). Un peu plus de 75 % des participants sont des femmes et plus de 75 % de ceux-ci occupent une chambre individuelle. Les autres participants occupent une chambre à deux lits.

Tableau 2

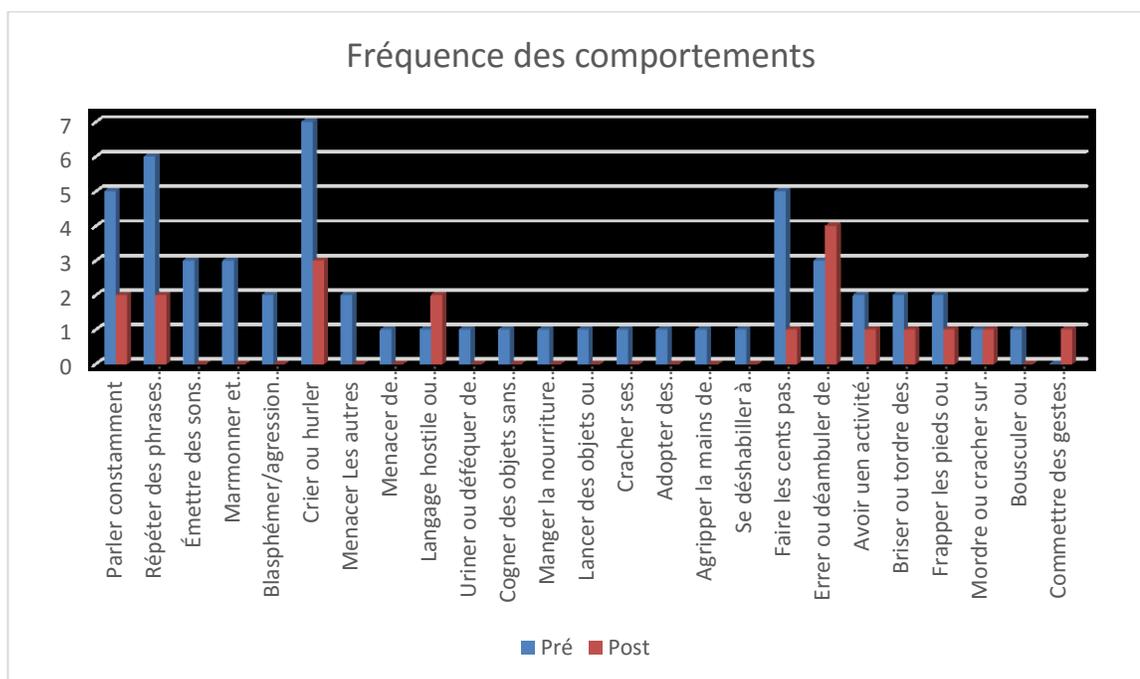
*Données sociodémographiques et cliniques*

| Statistiques | Paramètres sociodémographiques et cliniques |                        |  |
|--------------|---|------------------------|--|
|              | Âge   | Jours<br>d'hébergement | Résultat à la dernière évaluation cognitive<br>(Folstein /30) lorsque disponible |
| Minimum      | 72  | 446                    | 0  |
| Maximum      | 94  | 2668                   | 15   |
| Moyenne      | 83  | 1252                   | 6  |

Les prochains tableaux et figures illustrent les résultats relatifs aux comportements. Ces résultats sont présentés d'abord pour l'ensemble des participants, puis pour quelques cas particuliers afin d'illustrer les résultats les plus marquants.

### **Résultats concernant les comportements**

La Figure 1 permet de visualiser la fréquence des comportements de l'ensemble des participants. Ces résultats illustrent le nombre d'observations en heure sur la période totale de la collecte des données, soit deux fois 72 heures. Pour les comportements d'agitation verbale sans agressivité, par exemple « répéter des phrases ou des mots », on remarque une diminution de la fréquence d'au moins trois points sur sept pour une moyenne de 3,25 points. Par ailleurs, pour les comportements d'agitation verbale avec agressivité, par exemple « menacer les autres », la diminution de la fréquence varie d'un à quatre points pour une moyenne de 2,25 points. Cependant, un comportement verbal avec agressivité, soit le « langage hostile ou accusateur », a connu une légère augmentation de fréquence d'un point sur sept.



*Légende* : 0 = absence de comportement ; 1 = 1 à 5 observations ; 2 = 6 à 10 observations ; 3 = 11 à 15 observations ; 4 = 16 à 20 observations ; 5 = 21 à 25 observations ; 6 = 26 à 30 observations ; 7 = plus de 30 observations.

*Figure 1.* Fréquence des comportements pour l'ensemble des participants.

Pour dix comportements d'agitation physique sans agressivité, par exemple « cogner des objets sans les briser », une diminution de la fréquence a été observée variant entre un et quatre points pour une moyenne de 1,08 point. On remarque, toutefois, que deux comportements d'agitation physique sans agressivité, soit « commettre des gestes indécents » et « errer ou déambuler de façon inappropriée », affichent une augmentation de la fréquence d'un point. Enfin, trois comportements d'agitation physique avec agressivité, soit « briser ou tordre des objets », « frapper (pieds, mains) » et « bousculer/empoigner les autres » présentent une diminution de la fréquence équivalente

à un point, alors qu'un comportement dans cette catégorie, soit « mordre ou cracher sur les autres » est demeuré au même niveau de fréquence qu'avant l'intervention.

En résumé, la Figure 1 indique que la fréquence de 21 comportements a diminué (84 %), un seul est resté identique (4 %), alors que pour trois comportements on a constaté une augmentation (12 %). Le comportement n'ayant pas connu de changement de fréquence est « mordre ou cracher sur les autres », tandis que les trois comportements ayant connu une augmentation de fréquence sont « avoir un langage hostile ou accusateur », « errer ou déambuler de façon inappropriée » et « commettre des gestes indécents ».

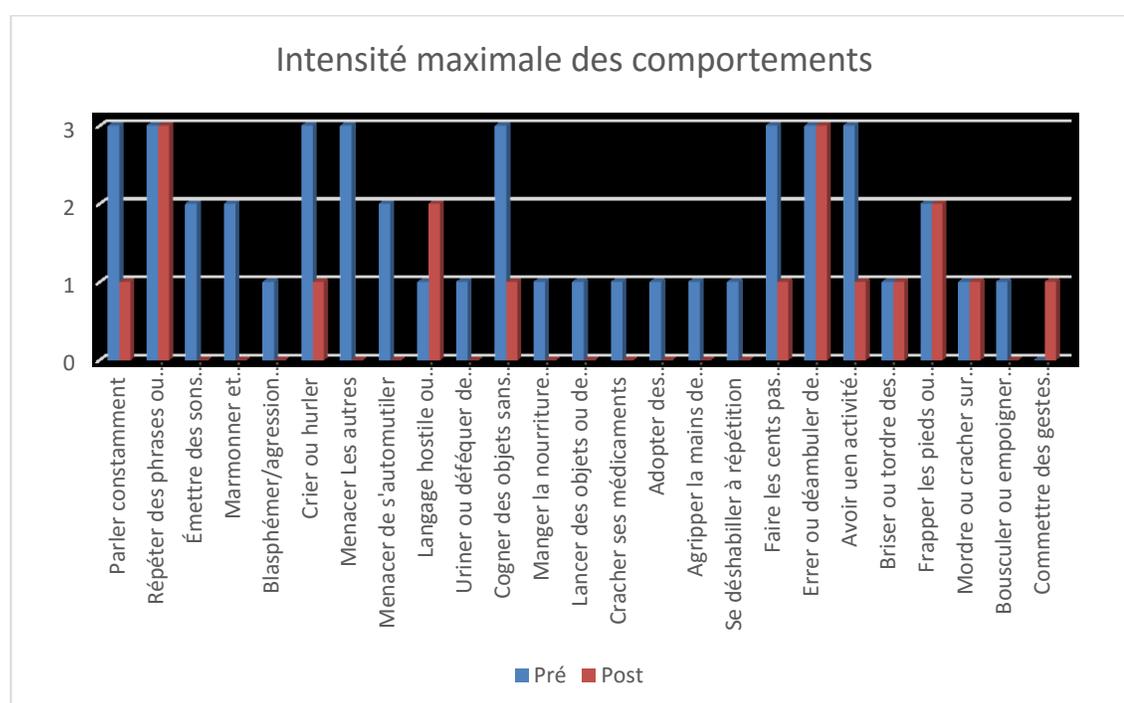
La Figure 2 permet de visualiser l'ensemble des données reliées à l'intensité maximale des comportements de tous les participants. L'intensité représente le nombre d'observations par heure d'un comportement pour l'ensemble des participants selon la légende de l'instrument de collecte des données comportementales.

Les comportements de cette figure compris dans la catégorie agitation verbale sans agressivité, par exemple « parler constamment », présentent une diminution de l'intensité de deux points pour trois d'entre eux. Le quatrième comportement, soit « répéter des phrases ou des mots », a maintenu une intensité identique. Les cinq comportements compris dans la catégorie agitation verbale avec agressivité, par exemple « crier ou hurler », présentent une diminution de l'intensité pour quatre comportements variant d'un

à trois points pour une moyenne de 2,0 points. Cependant, le comportement « avoir un langage hostile ou accusateur » ayant connu une augmentation de fréquence a également connu une augmentation d'intensité d'un point. Des douze comportements compris dans la catégorie agitation physique sans agressivité, par exemple « lancer des objets ou de la nourriture », dix démontrent une diminution de l'intensité variant entre un et trois points pour une moyenne de 1,4 point. Des deux comportements de cette catégorie qui affichent une augmentation de la fréquence, seulement un, soit « commettre des gestes indécents » présente aussi une augmentation de l'intensité d'un point alors que l'autre, « errer ou déambuler de façon inappropriée », a maintenu la même intensité. Finalement, des quatre comportements compris dans la catégorie d'agitation physique avec agressivité, par exemple « briser ou tordre des objets », trois ont maintenu leur intensité, alors que le quatrième « bousculer/empoigner les autres », présente une diminution d'intensité d'un point.

En résumé, les résultats indiquent que l'intensité de 18 comportements a diminué (72 %), quatre comportements ont une intensité maximale inchangée (20 %) et deux comportements ont connu une augmentation d'intensité (8 %). Les comportements ayant une intensité maximale inchangée sont « répéter des phrases ou des mots », « errer ou déambuler de façon inappropriée », « tordre ou briser des objets » et « frapper des pieds ou des mains ». Les comportements qui ont connu une augmentation de l'intensité sont « avoir un langage hostile ou accusateur » et « commettre des gestes indécents ». Les résultats des Figures 1 et 2 permettent d'observer une plus grande diminution de la

fréquence et de l'intensité des comportements que l'on retrouve dans la catégorie « agitation verbale sans agressivité » alors que les comportements reliés à l'« agitation motrice avec agressivité » sont ceux pour qui l'on observe un changement de moins grande ampleur.



*Légende* : 0 = Absence du comportement ; 1 = 1 ou 2 observations ; 2 = 3 ou 4 observations ; 3 = 5 observations et plus.

*Figure 2.* Intensité maximale des comportements.

Le Tableau 3 présente le cas d'un participant dont la fréquence et l'intensité des SCPD ont diminué au cours de l'intervention. Ces résultats illustrent une diminution de la fréquence d'observation de la quasi-totalité des comportements (9/10). Le seul comportement n'ayant pas eu de changement de fréquence à la suite de l'intervention est

«répéter des phrases ou des mots». Pour ce qui est de l'intensité, l'ensemble des comportements a connu une diminution de l'intensité maximale observée.

Tableau 3

*Changements de la fréquence et de l'intensité des SCPD du participant B9.*

| Comportement                          |      | Fréquence | Intensité |
|---------------------------------------|------|-----------|-----------|
| Parler constamment                    | Pré  | 4         | 2         |
|                                       | Post | 2         | 1         |
| Répéter des phrases ou des mots       | Pré  | 1         | 2         |
|                                       | Post | 1         | 1         |
| Blasphémer/agresser verbalement       | Pré  | 1         | 1         |
|                                       | Post | 0         | 0         |
| Crier ou hurler                       | Pré  | 3         | 2         |
|                                       | Post | 1         | 1         |
| Menacer les autres                    | Pré  | 1         | 3         |
|                                       | Post | 0         | 0         |
| Menacer de s'automutiler              | Pré  | 1         | 1         |
|                                       | Post | 0         | 0         |
| Langage hostile ou accusateur         | Pré  | 2         | 3         |
|                                       | Post | 0         | 0         |
| Cogner les objets sans les briser     | Pré  | 1         | 1         |
|                                       | Post | 0         | 0         |
| Agripper la main de façon persistante | Pré  | 1         | 1         |
|                                       | Post | 0         | 0         |
| Briser ou tordre des objets           | Pré  | 1         | 2         |
|                                       | Post | 0         | 0         |

À l'opposé, le Tableau 4 est utilisé afin d'illustrer le cas d'un participant, chez qui une augmentation de la fréquence et de l'intensité des SCPD a été observée. En effet, la grande majorité des comportements observés à la suite de l'intervention (3/4) n'avaient pas été notés avant celle-ci. Dans le même ordre d'idée, les comportements qui n'ont été observés qu'à la fin de l'intervention présentent également une intensité maximale élevée.

Cependant, même pour le comportement présent avant l'intervention, nous observons une augmentation de la fréquence de même que de l'intensité maximale.

Tableau 4

*Changements de la fréquence et de l'intensité des SCPD du participant I2.*

| Comportement                             |      | Fréquence | Intensité |
|--|------|-----------|-----------|
| Répéter des phrases ou des mots          | Pré  | 1         | 2         |
|  | Post | 2         | 3         |
| Langage hostile ou accusateur            | Pré  | 0         | 0         |
|  | Post | 2         | 2         |
| Errer ou déambuler de façon inappropriée | Pré  | 0         | 0         |
|  | Post | 2         | 3         |
| Frapper (pieds et mains)                 | Pré  | 0         | 0         |
|  | Post | 1         | 2         |

### **Résultats concernant l'administration des neuroleptiques**

Le Tableau 5 permet de visualiser les médicaments neuroleptiques prescrits, leur posologie de même que la date de prescription et de cessation le cas échéant. On retrouve comme médicament la quétiapine, la rispéridone et l'halopéridol comme neuroleptiques, mais aussi la sertraline, un antidépresseur utilisé spécifiquement pour contrer la désinhibition sexuelle. La posologie de la quétiapine est utilisée pour un seul participant à raison de 37,5 mg le matin et 62,5 mg en après-midi. La rispéridone est prescrite pour cinq participants et la posologie quotidienne administrée en régulier varie entre 0,375 mg et 1,25 mg. Un participant avait de la rispéridone prescrite en PRN pour une posologie possible die de 0,5 mg. Toutefois, cette prescription a été cessée au cours de l'intervention. Un participant avait de l'halopéridol prescrit en PRN pour une posologie possible

quotidiennement de 4 mg i/m, toutefois, cette prescription a également été cessée au cours de l'intervention clinique.

Tableau 5

*Données pharmacologiques générales des neuroleptiques*

| Paramètres pharmacologiques |   |                               |                          |                        |
|-----------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|------------------------|
|                             | Dénomination commerciale internationale (DCI) | Posologie                     | Début de la prescription | Fin de la prescription |
| B9                          | Rispéridone                                   | 0.5 mg p.o. die 8 h           | 2017-07-01               | 2017-12-14             |
|                             | Rispéridone                                   | 0.25 mg p.o. die 8 h          | 2017-12-14               |                        |
|                             | Rispéridone                                   | 0.125 mg p.o. die 8 h         | 2017-06-09               | 2017-12-14             |
|                             | Rispéridone                                   | 0.25 mg p.o. b.i. d. PRN      | 2016-11-14               | 2017-12-14             |
| C8                          | --  | --                            | --                       | --                     |
| D7                          | Rispéridone                                   | 0.125 mg p.o. die 8 h         | 2017-11-02               | 2017-12-08             |
|                             | Rispéridone                                   | 0.25 mg p.o. die 16 h         | 2017-11-02               |                        |
| E6                          | Rispéridone                                   | 0.25 mg p.o. b.i. d. 8 h-21 h | 2017-11-16               |                        |
|                             | Quétiapine                                    | 25 mg p.o. die 8 h            | 2017-11-20               |                        |
| F5                          | Quétiapine                                    | 50 mg p.o. die 16 h           | 2017-11-21               |                        |
|                             | Quétiapine                                    | 12.5 mg p.o. b.i. d. 8 h-16 h | 2015-11-24               |                        |
|                             | Rispéridone                                   | 0.5 mg p.o. b.i. d. 8 h-21 h  | 2017-01-13               |                        |
| G4                          | Halopéridol                                   | 2 mg i/m b.i. d. PRN          | 2017-07-27               | 2017-12-07             |
|                             | Rispéridone                                   | 0.5 mg p.o. die 8 h           | 2017-07-24               |                        |
| H3                          | Rispéridone                                   | 0.75 mg p.o. die 16 h         | 2017-07-24               |                        |
|                             |   |                               |                          |                        |
| I2                          | --  | --                            | --                       | --                     |
| J1                          | Sertraline                                    | 50mg p.o. die 16 h            | 2014-05-16               |                        |

Nous constatons donc que la majorité des participants recevait des neuroleptiques de façon régulière (7/9) avant l'intervention et, pour quelques-uns, cette médication était prescrite au besoin (2/9) avant que celle-ci ne soit cessée durant l'intervention. La durée des prescriptions en vigueur durant l'intervention variait entre 29 et 1313 jours pour une moyenne de 268 jours.

Bien que le Tableau 5 révèle que la majorité des participants avait une prescription de neuroleptiques au début de l'intervention (7/9), le Tableau 6 montre qu'une faible minorité d'entre eux avait un neuroleptique prescrit PRN (2/7). Le tableau révèle également qu'un seul participant a reçu un neuroleptique PRN dans les 28 jours précédant l'intervention. Enfin, selon les données recueillies, aucun participant n'a reçu un neuroleptique PRN durant l'intervention.

Tableau 6

*Données pharmacologiques PRN des neuroleptiques*

|    | Paramètres relatifs au PRN                        |  |   |
|----|---|--|---|
|    | Neuroleptiques prescrits PRN avant l'intervention | Neuroleptiques PRN reçu durant les 28 jours précédant l'intervention | Neuroleptiques PRN reçu durant l'intervention |
| B9 | Oui   | Oui  | Non   |
| C8 | --  | --   | --  |
| D7 | Non   | Non  | Non   |
| E6 | Non   | Non  | Non   |
| F5 | Non   | Non  | Non   |
| G4 | Non   | Non  | Non   |
| H3 | Oui   | Non  | Non   |
| I2 | --  | --   | --  |
| J1 | Non   | Non  | Non   |

Dans ce chapitre, les données sociodémographiques et cliniques ont été présentées de même que les résultats des analyses descriptives portant sur les comportements et les neuroleptiques. Le prochain chapitre permettra d'en faire une analyse approfondie et de comparer les résultats obtenus avec ceux d'études récentes. Les avantages et limites du projet seront ensuite présentés pour terminer avec certaines hypothèses et

recommandations pour l'application clinique de l'aromathérapie, une approche non pharmacologique, comme intervention primaire chez une clientèle présentant des SCPD, mais également les implications possibles pour les axes de la discipline que sont la recherche, la formation et l'enseignement, ainsi que la gestion.

## **Discussion**

Afin de structurer le présent chapitre, les éléments suivants seront abordés à travers quatre thèmes dans l'ordre suivant. Tout d'abord, les résultats relatifs aux SCPD et aux neuroleptiques seront discutés. Le troisième thème abordera les avantages et limites du projet. Finalement, le quatrième thème présentera les implications futures pour la gestion, la formation, la recherche et la pratique.

Avant d'aller plus loin, il convient de mentionner ici que la sixième étape du modèle Iowa consiste à évaluer le projet pilote. Les prochains paragraphes présentent les résultats des analyses effectuées qui sont le tremplin pour la dernière étape du modèle Iowa, soit la dissémination des résultats.

### **Résultats relatifs aux SCPD**

Les résultats encourageants de l'étude pilote présentés précédemment permettent de remarquer une diminution de la fréquence et de l'intensité de plusieurs comportements observés. Les comportements ayant eu la plus grande diminution de fréquence sont ceux compris dans la catégorie « agitation verbale sans agressivité » alors que les comportements reliés à « l'agitation motrice avec agressivité » sont ceux pour qui l'on observe un changement de moins grande importance. Plusieurs études citées dans la recension des écrits mentionnent une réduction des comportements d'agitation et d'agressivité à la suite d'une intervention d'aromathérapie (Fu, Moyle & Cooke, 2013 ;

Fuji et al., 2008 ; Holmes et al., 2002 ; Yang et al., 2015). Par contre, peu font la distinction dans la catégorie des comportements soit verbale ou physique, avec ou sans agressivité lorsque les chercheurs utilisent l'IACM. Une seule étude décrit des changements plus précisément au niveau de l'agitation physique et verbale sans agressivité (Yoshiyama, Arita & Suzuki, 2015).

### **Résultats relatifs aux neuroleptiques**

Les résultats de ce projet permettent de constater peu de changements dans l'administration des neuroleptiques bien que ceux-ci soient plutôt encourageants. En effet, rappelons qu'aucun participant n'a reçu de neuroleptiques prescrits au besoin (PRN) durant l'intervention, que deux participants ont vu leur posologie diminuer et que deux participants ont vu leur prescription PRN complètement cessée durant l'intervention. Bien que la grande majorité des études utilisées pour l'élaboration de ce projet clinique fasse mention des médicaments prescrits aux participants, aucune étude des effets directs de l'aromathérapie sur l'administration de neuroleptique n'a été répertoriée. Ceci démontre une absence dans les écrits qui pourrait être comblée par d'éventuelles recherches.

### **Forces et limites du projet**

Les avantages de ce projet résident principalement dans le fait qu'elle est sans inconvénient pour les participants, peu coûteuse, et démontre une diminution de la fréquence et de l'intensité des SCPD dans la majorité des cas. En effet, l'huile qui a été appliquée sur un tissu fixé aux vêtements peut également être appliquée directement sur

les vêtements ou les sous-vêtements. Cela peut même être effectué avant d'enfiler la pièce de vêtement, de sorte qu'il n'y a pas de manipulation ou d'interaction supplémentaire nécessaire avec le résident une fois celui-ci vêtu. De plus, tous les membres de l'équipe de soins peuvent facilement manipuler les flacons d'huiles essentielles afin de l'appliquer en temps opportun sans recourir à la présence d'une infirmière. Quant au prix d'un flacon de 15 ml, celui-ci varie autour de 20 \$ et cette quantité a permis trois applications quotidiennes de deux gouttes pour quatre semaines durant le projet.

Les limites sont principalement en lien avec la méthodologie à savoir l'échantillonnage, le processus de collecte de données, l'échelle de mesure de l'intensité des SCPD, les données limitées recueillies portant sur les neuroleptiques et l'absence d'analyse de covariables. Tout d'abord, le nombre limité de l'échantillon dû au critère d'inclusion lié à la présence d'un tiers autorisé pour le consentement constitue une limite significative. À cet effet, seulement 25 résidents répondaient à ce critère au CHSLD où s'est déroulée l'intervention. Bien qu'une importance cruciale doive être apportée aux considérations éthiques, ce critère semble limiter l'échantillonnage possible chez cette clientèle, d'autant plus qu'un tiers autorisé au sens de la loi n'est pas toujours nécessaire pour la prise de décisions quant à l'intensité des soins médicaux acceptables durant toute la période d'hébergement. En effet, l'article 15 du Code civil du Québec mentionne que le consentement aux soins peut être donné par un conjoint, un proche ou un parent qui démontre un intérêt pour la personne (Gouvernement du Québec, 2018).

Ensuite, le processus de la collecte des données peut également constituer une limite, car un grand nombre de personnes a participé à l'observation et à la consignation des comportements durant les deux collectes des données. Étant donné que les observations des comportements devaient avoir lieu sur 72 heures consécutives, il était impossible pour l'auteur de procéder seule à cette tâche. Bien que plusieurs séances d'information sur les grilles d'observation et leur utilisation attendue aient eu lieu avant l'intervention, il est possible qu'une divergence d'opinions entre deux observateurs puisse avoir influencé les données recueillies. À cet effet, et afin de limiter le biais pouvant découler de ce mode de collecte des données, ce sont presque toutes les mêmes personnes qui ont procédé aux collectes avant et après pour chaque participant. En effet, les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires, les infirmières-chefs d'équipe et les infirmières assistantes au supérieur immédiat sont les mêmes dans une proportion de 90 %.

Troisièmement, l'échelle de mesure de l'intensité des SCPD ne permet pas une aussi grande précision d'interprétation que celle de la fréquence. En effet, l'intensité mesurée chaque heure sur une échelle variant de 0 à 3 restreint les résultats découlant de l'analyse de ces données. Étant donné que le nombre le plus élevé de l'échelle correspond à cinq ou plus observations du comportement dans une heure, toutes les observations supérieures à ce nombre sont incluses dans le même résultat de « 3 ». Si l'échelle de mesure avait été plus précise, telle l'échelle de mesure de la fréquence, des variations plus subtiles dans les résultats auraient peut-être émergé. À titre d'exemple, un résultat égal à cinq observations

du comportement dans une heure et un résultat égal à 20 observations du comportement dans une heure produisent le même score sur l'échelle, à savoir un « 3 ». Il est donc raisonnable de penser que les résultats indiquant un statu quo en pré et post auraient généré un résultat différent en fonction d'une échelle de mesure de l'intensité plus précise.

Dans un autre ordre d'idée, l'absence d'un partenariat structuré avec l'équipe médicale a limité la planification du sevrage ou de la cessation des neuroleptiques durant l'intervention. Bien que l'équipe médicale ait donné son aval au projet, il aurait été intéressant de constater les effets sur les comportements d'une telle planification durant l'intervention.

Finalement, les analyses statistiques demeurent relativement simples et il n'y a eu aucune analyse de covariable. De même, bien que le personnel œuvrant en CHSLD ait une formation pour dépister et intervenir adéquatement en présence de SCPD, il n'y a aucune assurance que les besoins primaires ont été comblés avant la survenue d'un SCPD.

### **Implications futures pour la gestion, la formation, la recherche et la pratique**

Sur le plan de la gestion, les implications sont nombreuses. En effet, une organisation ou une direction peut décider de la philosophie des soins à prodiguer à une clientèle cible tout en respectant la mission, la vision et les valeurs de l'organisation et en assurant une qualité et une sécurité des soins. Si les résultats encourageants de l'intervention ouvrent des pistes d'intervention dans la prévention des comportements

d'agitation, les gestionnaires pourraient décider d'implanter cette approche sur les unités de soins concernées. Ils devront faire preuve de leadership dans l'implantation de cette nouvelle pratique et également dans le ralliement des équipes de soins derrière un membre de leur équipe qu'ils considèrent comme un modèle de rôle ayant un impact positif sur le reste du groupe (Ilies, Curseu, Dimotakis & Spitzmuller, 2012). Les gestionnaires devront également s'assurer d'une représentativité des équipes de soins aux comités décisionnels afin de les responsabiliser dans l'implantation d'une nouvelle approche de soins, mais également pour leur permettre de développer de nouvelles connaissances en lien avec cette approche (Scherb et al., 2011). Les gestionnaires pourraient également profiter d'une nouvelle approche pour en faire jaillir d'autres en stimulant la résolution de problèmes cliniques par la pratique réflexive et l'implantation de pratiques fondées sur les résultats probants (Dignam et al., 2012 ; Gheit, 2010).

Pour faciliter l'implication et l'adhésion des équipes aux changements, le maintien et l'amélioration des connaissances sont essentiels. En effet, la formation continue des équipes de soins est cruciale et doit s'effectuer régulièrement en cours d'année pour s'assurer d'une diffusion des informations les plus récentes (Doody & Doody, 2011). Dans le même ordre d'idée, les approches alternatives à la médication doivent également être incluses dans les activités de formation. Comme les membres des équipes de soins sont dépendants des médecins pour les prescriptions pharmacologiques, et en connaissant l'étendue des effets indésirables possibles des neuroleptiques chez les personnes âgées, l'augmentation de leurs connaissances en lien avec les approches alternatives est

indispensable. En fait, ces connaissances leur permettront de mettre en place un plan de soin individualisé en fonction des signes et symptômes des résidents présentant un SCPD, de le faire connaître à l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire, ainsi qu'aux membres de la famille et par la suite, d'en évaluer les effets. Ceci permettrait de s'assurer d'un niveau de qualité supérieure des soins et une prestation sécuritaire des services à la population (Liabsuetrakul, Sirirak, Boonyapipat, & Pornsawat, 2013). Les interventions non pharmacologiques devraient être systématiquement tentées chez une clientèle vulnérable avant d'en arriver à une médication potentiellement néfaste au même titre qu'une infirmière devrait recourir aux méthodes alternatives avant l'application de mesures de contrôle, telles les contentions.

Les implications pour la recherche quant à elles permettraient de pallier les limites de ce projet et ainsi établir une efficacité de l'intervention proposée. Il serait intéressant de reproduire cette intervention avec un échantillon de plus grande taille afin d'obtenir des résultats plus robustes. Ainsi, l'utilisation de telles approches chez une clientèle sans tiers autorisés au sens de la loi, mais avec un tiers ayant un intérêt pour la personne pourrait permettre cela. De plus, la comparaison de l'efficacité entre deux huiles essentielles ayant démontré des effets calmants telles la lavande et la mélisse (Akhondzadeh et al., 2003 ; Ballard, O'Brien, Reichelt & Perry, 2002) serait intéressante à établir afin d'augmenter les possibilités d'interventions non pharmacologiques, par exemple chez les usagers ayant une intolérance à la lavande. Finalement, d'autres études sont nécessaires afin de

documenter davantage les effets de l'aromathérapie sur l'administration de neuroleptiques en établissant un partenariat avec les équipes médicales.

Enfin, les implications pour la pratique sont également multiples. La plupart des interventions pour la gestion des SCPD consistent en une médication régulière et au besoin afin de limiter l'agitation et l'agressivité. La mise en place d'une approche non pharmacologique systématique visant la réduction des SCPD et ainsi du potentiel d'escalade de la violence est ainsi prometteuse d'une meilleure qualité de vie des résidents, mais également de leurs proches et des membres des équipes de soins. Comme mentionné précédemment, plusieurs effets néfastes émergent des SCPD et affectent toutes les personnes impliquées auprès de la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs. La réduction des SCPD, et donc de leurs effets néfastes, ne peut qu'être bénéfique. De plus, la simplicité de cette approche aura pour effet de décharger les professionnelles en soins, car elle peut être effectuée par tous les membres de l'équipe de soin, incluant les préposés aux bénéficiaires. Finalement, cette approche est également peu coûteuse et sans effets indésirables majeurs dans la plupart des cas, contrairement à la médication neuroleptique. On assure donc une qualité des soins, mais également une sécurité accrue pour cette clientèle vulnérable.

De façon plus spécifique à la profession infirmière, ce projet permet de comprendre une démarche plutôt simple de mise en œuvre d'un projet pilote qui pourrait répondre aux problématiques dans les milieux de soins. Il s'agit de soulever une problématique, la faire

valider auprès de la direction et entreprendre une recherche documentaire pour trouver une solution novatrice au problème. La profession infirmière tarde à faire valoir son plein potentiel dans un système de santé largement inspiré par les approches biomédicales. Un projet pilote, comme celui décrit dans cet essai, permet à l'infirmière d'exercer son rôle et de favoriser l'implantation d'approches alternatives visant à améliorer la qualité de vie des personnes soignées. Cela démontre une autonomie professionnelle de l'infirmière et établit sa crédibilité auprès des autres professionnels et des médecins afin d'occuper pleinement son champ d'exercices.

## **Conclusion**

Cet essai dresse un portrait des changements de l'intensité et de la fréquence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence à la suite d'une intervention d'aromathérapie quotidienne avec une huile essentielle de lavande sur une période de quatre semaines chez une clientèle hébergée. De plus, il aborde les changements dans l'administration des neuroleptiques suite à cette même intervention. Le modèle Iowa a été utilisé pour permettre l'élaboration de cette intervention et de structurer son déploiement dans un CHSLD au même titre qu'un projet pilote le serait.

Des collectes des données sociodémographiques et cliniques, comportementales et pharmacologiques ont permis de dresser un portrait des participants avant et à la fin de l'intervention. Les résultats des analyses statistiques simples ont permis d'observer une diminution de la fréquence et de l'intensité des SCPD pour la majorité des participants. Les comportements ayant connu une diminution plus importante de leur fréquence et de leur intensité sont les comportements d'agitation verbale et physique sans agressivité.

De plus, les résultats ont également permis de constater l'absence de consommation de neuroleptiques prescrits au besoin durant l'intervention en plus de la cessation de l'ordonnance pharmacologique de neuroleptiques chez deux participants et aucune nouvelle ordonnance pharmacologique de neuroleptiques durant les quatre semaines de l'intervention.

Bien que cette intervention soit modeste, le développement de nouvelles connaissances en lien avec les approches non pharmacologiques est essentiel afin de s'assurer de la prestation de soins pertinents et sécuritaires pour les clientèles parfois vulnérables. La démystification de l'aromathérapie permet à l'infirmière d'explorer plusieurs avenues non médicamenteuses dans la gestion des comportements d'agitation reliés à un diagnostic de trouble neurocognitif majeur et ainsi exercer pleinement son rôle en élaborant des plans de soins individualisés.

Ainsi, en regard des résultats obtenus et selon le modèle Iowa, les prochaines étapes seraient de faire de ce projet pilote, une intervention clinique structurée à plus grande échelle et ainsi permettre une évaluation plus approfondie de ses effets sur la fréquence et l'intensité des SCPD de la clientèle hébergée. De plus, le déploiement à plus grande échelle de cette même intervention permettrait de corriger les limites observées dans la mesure du possible, principalement en augmentant la collaboration avec l'équipe médicale dans la réduction des neuroleptiques prescrits.

## Références

Agrément Canada. (2014). Normes pour les services de soins de longue durée pour les visites qui commencent après le 01 janvier 2015. Programme Qmentum.

Akhondzadeh, S., Noroozian, M., Mohammadi, M., Ohadinia, S., Jamshidi, A., & Khani, M. (2003). Melissa *Officinalis* extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind, randomised, placebo controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 74(7), 863-866.

American Geriatrics Society. (2015). American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society* 63, 2227-2246.

Balas, E., & Boren, S. (2000). *Managing clinical knowledge for health care improvement*. Dans : Bommel, J., & McCray, A.T. (eds). Section 1 : Health and clinical management. Medical Informatics: Patient Centered Systems. Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft.

Ballard, C.G., O'Brien, J.T., Reichelt, K., & Perry, E.K. (2002) Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia : the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry* 63(2), 553-558.

Ballard, C.G., Waite, J., Birks, J. (2006). Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No. : CD003476. doi : 10.1002/14651858.CD003476.pub2.

Bergstrom, K. (2011). Development of a Radiation Skin Care Protocol and Algorithm Using the Iowa Model of Evidence-Based Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(6), 593-596.

Blackburn, R., & Bradshaw, T. (2014). Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(10), 879-888. doi : 10.1111/jpm.12165.

Blazer, D.G., Steffens, D.C., & Busse, E.W. (2004). *Textbook of Geriatric Psychiatry* (3<sup>rd</sup> Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Brown, C.G. (2014). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care : An Illustrated Example in Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 157-159.

Cheung, J.C.C., & Lai, C.K.Y. (2009). Snozelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No. : CD003152. doi : 10.1002/14651858.CD003152.

Chou, R., Turner, J.A., Devine, E.B., Hansen, R.N., Sullivan, S.D., Blazina, I., Dana, T., Bougatsos, C., & Deyo, R.A. (2015). The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine* 162(4), 276-286.

Cohen-Mansfield, J. (1991). Instruction manual for the Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI). Repéré à [https://www.pdx.edu/ioa/sites/www.pdx.edu.ioa/files/CMAI\\_Manual%20\(1\).pdf](https://www.pdx.edu/ioa/sites/www.pdx.edu.ioa/files/CMAI_Manual%20(1).pdf)

Cohen-Mansfield, J., & Billing, N. (1986). Agitated Behaviors in the Elderly : I. A Conceptual Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 34(10), 711-721. doi : 10.1111/j.1532-5415.1986.tb04302.x

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf).

Declercq, T., Petrovic, M., Azermai, M., Vander Stichele, R., De Sutter, A.I.M., van Driel, M.L., & Christiaens, T. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioral and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. No. : CD007726. doi : 10.1002/14651858.CD007726.pub2.

- De Groot, M.H., van Campen, J.P.C.M., Moek, M.A., Tulner, L.R., Beijnen, J.H., & Lamoth, C.J.C. (2013). The Effects of Fall-Risk-Increasing Drugs on Postural Control: A Literature Review. *Drugs Aging*, 30, 901-920.
- Desauriers, S., Landreville, P., Dicare, L., & Verreault, R. (2010). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *La revue canadienne du vieillissement* 20 (3), 373-384.
- Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing : A Guide to Clinical Practice*. St. Louis, MO : Mosby.
- Dignam, D., Duffield, C., Stasa, H., Gray, J., Jackson, D., & Daly, J. (2012). Management and leadership in nursing : an Australian education perspective. *Journal of Nursing Management* 20 (1), 65-71.
- Dontje, K.J. (2007). Evidence-Based Practice : Understanding the Process. *Advanced Practice Nursing eJournal*, 7(4). Repéré à [http://www.medscape.com/viewarticle/567786\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/567786_2)
- Doody, C.M., & Doody, O. (2011). Introducing evidence into nursing practice : using IOWA model. *British Journal of Nursing*, 20 (11), 661-664.
- Forbes, D., Blake, C.M., Thiessen, E.J., Peacock, S., & Hawranik, P. (2014). Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No. : CD003946. doi : 10.1002/14651858.CD003946.pub4.
- Forrester, L.T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A.E., Buchan, L.D., Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No. : CD003150. doi : 10.1002/14651858.CD003150.pub2.
- Fortin, M-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC : Chenelières.

- Fu, C-Y., Moyle, W., & Cooke, M. (2013). A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *Complementary and Alternative Medicine* 13(165). Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/13/165>
- Fujii, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y., Yamamoto, T., Sasaki, R., Moriya, M.,... & Sasaki, H. (2008). Lavender aroma therapy for behavioral and psychological symptoms in dementia patients. *Geriatrics and gerontology International* 8, 136-138.
- Fung, J.K.K.M., Tsang, H.W.H., & Chung, R.C.K. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), 372-382. doi : 10.1111/j.1447-0594.2012.00849.x.
- Gagné, C., & Voyer, P. (2013). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Qu'en savons-nous ?* Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10\\_recherche.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no4/10_recherche.pdf)
- Gawlinski, A., & Rutledge, D. (2008). Selecting a model for evidence-based practice changes: A practical approach. *Advanced Critical Care*, 19, 291–300. doi : 10.1097/01.AACN.0000330380.4176.63.
- Gheit, N-R. (2010). Reconstructing organization culture through enforcing head nurses transformational leadership style. *Australian Journal of Applied Science* 4(6), 1288-1296.
- Gray, J.R., Grove, S.K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research, (8<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis, MO : Elsevier.
- Guenette, M.D., Chintoh, A., Remington, G., & Hahn, M. (2014). Atypical Antipsychotic-Induced Metabolic Disturbances in the Elderly. *Drugs Aging*, 31, 159-184.
- Hansen, N.V., Jorgensen, T., & Ortenblad, L. (2006). Massage and touch for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No. : CD004989. doi : 10.1002/14651858.CD004989.pub2.

- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model : Applying Evidence to Practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 221-230.
- Holmes, C., Hopkins, V., Hensford, C., MacLaughlin, V., Wilkinson, D., & Rosenvinge, H. (2002). Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study. *International Journal of Psychiatry* 17, 305-308.
- Huang, A.R., Mallet, L., Rochefort, C.M., Egualé, T., Buckeridge, D.L., & Tamblyn, R. (2012). Medication-Related Falls in the Elderly. *Drugs Aging*, 29(5), 359-376.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 756-763. doi : 10.1002/gps.2429.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC : National Academies Press.
- Johnson, M., Gardner, D., Kelly, K., Maas, M., & McCloskey, J.C. (1991). The Iowa Model : A proposed Model for Nursing Administration. *Nursing Economics*, 9 (4), 255-262.
- Kong, E-H., Evans, L.K., & Guevara, J.P. (2009). Nonpharmacological interventions for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health* 13(4), 512-520.
- Kverno, K.S., Black, B.S., Nolan, M.T., & Rabins, P.V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmalogical strategies, 1998-2008 : a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(5) : 825-843. doi:10.1017/S1041610209990196
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (2005). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal, QC : EDISEM.

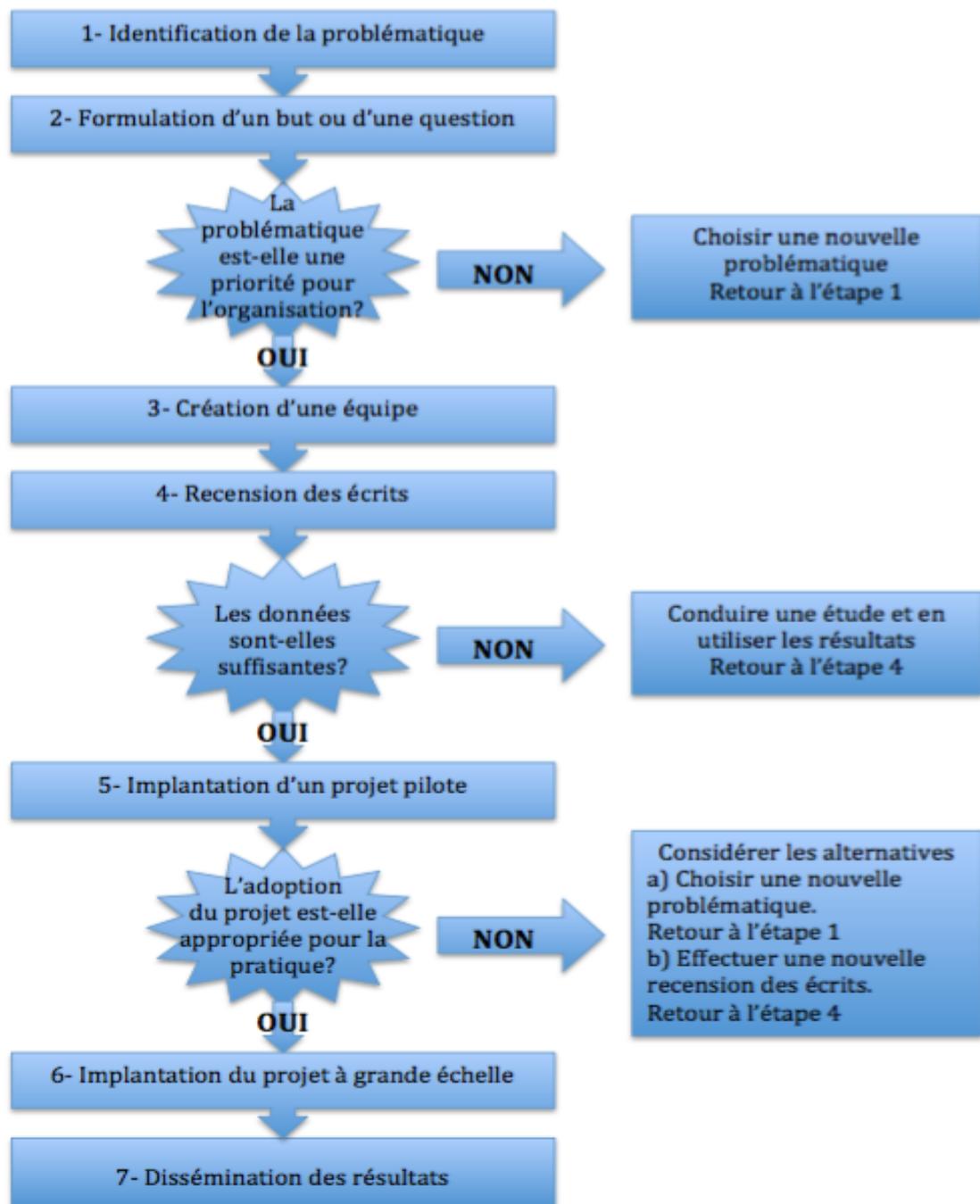
- Liabsuetrakul, T., Sirirak, T., Boonyapipat, S., & Pornsawat, P. (2013). Effetc of continuous education for evidence-based medicine practice on knowledge, attitudes and skills of medical students. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 19, 607-611.
- Lin, P.W., Chan, W.F.B., & Lam, L.C. (2007). Efficacy of aromatherapy as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 405-410.
- Lonergan, E., Luxenberg, J., Colford, J.M., Birks, J. (2012). Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No. : CD002852. doi : 10.1002/14651858.CD002852.
- McLachlan, A.J., Bath, S., Naganathan, V., Hilmer, S.N., Le Couteur, D.G., Gibson, S.J., & Blyth, F.M. (2011). Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cogntive impairment. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(3) : 351-364. doi : 10.1111/j.1365-2125.2010.03847.x.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42, 410-417. doi : 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a.
- Michna, E., Cheng, W.Y., Korves, C., Birnbaum, H.H., Andrews, R., Zhou, Z., Joshi, A.V., Schaaf, D., Mardekian, J., & Sheng, M. (2014). Systematic Literature Review and Meta-Analysis of the Efficacy and Safety of Prescription Opioids, Including Abuse-Deterrent Formulations, in Non-Cancer Pain Management. *Pain Medecine* 15, 79-92.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). Données de la liste d'attente pour une place en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). Communiqué du ministre de la Santé. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1446/>

- Musicco, M., Palmer, K., Russo, A., Caltagirone, C., Adorni, F., Pettenati, C., & Bisanti, L. (2011). Association between Prescription of Conventional or Atypical Antipsychotic Drugs and Mortality in Older Persons with Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *31*, 218–224.
- Nelson, J.C., & Devanand, D.P. (2011). A Systematic Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled Antidepressant Studies in People with Depression and Dementia. *Journal of American Geriatrics Society* *59*(4), 577-585. doi 10.1111/j.1532-5415.2011.03355.x.
- Olazaràn, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H.H., & Muniz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *30*, 161-178.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2014). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Document repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401\\_memoire-chsld.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/3401_memoire-chsld.pdf)
- O'Connor, D.W., Eppingstall, B., Taffe, J., & van der Ploeg, E. (2013). A randomized, controlled cross-over trial of dermally-applied lavender oil as a treatment of agitated behaviour in dementia. *Complementary and Alternative Medicine*, *13*, 315-323.
- O'Neil, C.K., Hanlon, J.T., & Marcum, Z.A. (2012). Adverse effects of analgesics commonly used by older adults with osteoarthritis: Focus on non-opioid and opioid analgesics. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, *10*(6) : 331-342. doi : 10.1016/j.amjopharm.2012.09.004.
- Papaleontiou, M., Henderson, C.R., Turner, B.J., Moore, A.A., Olkhovskaya, Y., Amanfo, L., & Carrington, R. (2010). Outcomes Associated with Opioid Use in the Treatment of Chronic Noncancer Pain in Older Adults: A systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of American Geriatrics Society* *58*(2), 1353-1369.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins.

- Price, L.H. (2011). Atypical antipsychotics and worsening cognitive function in Alzheimer's patients. *The Brown university Psychopharmacology : Update*, 22 (11), 3-5.
- Richter, T., Mann, E., Meyer, G., Haastert, B., & Köpke, S. (2011). Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2) : 187-195.
- Richter, T., Meyer, G., Möhler, R., & Köpke, S. (2012). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD008634. doi : 10.1002/14651858.CD008634.pub2.
- Sadowsky, C.H., & Galvin, J.E. (2012). Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *Journal of American Board of Family Medicine*, 25, 350-366.
- Schaffer, M.A., Sandau, K.E., & Diedrick, L. (2012). Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1197-1209.
- Sikirica, S., Marinot, M., Gagne, J.J., De Palma, R., & Maio, V. (2014). Risk of death associated with the use of conventional vs. atypical antipsychotic medications: evaluating the use of the Emilia-Romagna Region database for pharmacoepidemiological studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 38-44.
- Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V., Rakel, B., Budreau, G., Everett, L.Q., Buckwalter, K.C., Tripp Reimer, T., & Goode C. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Montréal, QC : Pearson.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P.N., Laurin, D., Rochette, L., & Martin, L.S. (2005). Managing disruptive behaviors with neuroleptics treatment options for older adults in nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(11), 49-59.

- Yang, M-H., Lin, L-C., Wu, S-C., Chiu J-H., Wang, P-N., & Lin, J-G. (2015). Comparison of the efficacy of aroma-acupressure and aromatherapy for the treatment of dementia-associated agitation. *Complementary and Alternative Medicine* 15(95). Repéré à <https://bmccomplementalalternmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-015-0612-9>.
- White, S., & Spruce, L. (2015). Perioperative Nursing Leaders Implement Clinical Practice Guidelines Using the Iowa Model of Evidence-Based Practice. *AORN Journal*, 102 (1), 50-59.

**Appendice A**  
Algorithme du cadre de référence IOWA



Modèle Iowa révisé (2015) : La pratique fondée sur les résultats probants pour la promotion de l'excellence en soins de santé [Traduction libre]. Présentée avec la permission de University of Iowa Hospitals and Clinics.

**Appendice B**  
Annonce du projet

## PROJET DE RECHERCHE MAÎTRISE SCIENCES INFIRMIÈRES

Une activité d'aromathérapie sera effectuée par une étudiante de sciences infirmières comme projet de maîtrise prochainement au Foyer du Bonheur. Le projet consiste en une diffusion d'huile essentielle pour permettre l'inhalation des arômes, et ce, trois fois par jour pour quatre semaines. Le but premier du projet est de décrire les changements de comportements à la suite de cette intervention quotidienne. Un deuxième but du projet est de décrire les effets de l'intervention sur l'administration des neuroleptiques.

Les participants recherchés doivent répondre à certains critères :

1. Avoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou autre démence
2. Présenter au moins un symptôme comportemental et psychologique de la démence
3. Ne pas présenter un problème de santé aigu
4. Avoir un mandataire ou tuteur légal

Les personnes avec une allergie connue à la lavande, de même que les personnes en soins palliatifs ou ayant un pronostic vital de moins d'un mois ne seront pas incluses dans le projet.

Il est possible que vous soyez sollicité pour participer à une rencontre d'information tenue par l'étudiante où elle sera en mesure d'expliquer davantage les particularités du projet et de répondre à vos questions.

---

Karine Laplante infirmière clinicienne  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et responsable du projet  
Université du Québec en Outaouais,  
819 595-3900

**Appendice C**  
Formulaire d'information et de consentement

**Projet pilote d'aromathérapie quotidienne : ses effets sur la fréquence et l'intensité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et sur l'administration des neuroleptiques**

Description des changements dans les comportements de personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et dans l'administration des neuroleptiques avant et pendant une intervention quotidienne d'aromathérapie au moyen d'une huile essentielle de lavande.

**CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE**

- Louise Bélanger inf., Ph. D., Professeure au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais
- Karine Laplante inf., B.Sc.Inf., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et responsable du projet.

**NUMÉRO DU PROJET**

Projet No 85

Certificat éthique CISSS de l'Outaouais No

Certificat éthique de l'Université du Québec en Outaouais No

## PRÉAMBULE

Nous sollicitons la participation de la personne que vous représentez à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter que cette personne participe à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Au Québec, près de 90 % des personnes vivant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont un diagnostic de démence. Ces personnes peuvent présenter des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD) dans une proportion pouvant aller jusqu'à 90 %. Ces symptômes sont des activités motrices, verbales ou vocales inappropriées, potentiellement dangereuses et jugées socialement inacceptables pour la personne atteinte de démence ou son entourage et ne pouvant pas être expliquées par l'insatisfaction de besoins primaires ou les troubles cognitifs associés à la démence. Ils incluent l'agitation verbale agressive (crier ou jurer) et non agressive (répéter des mots ou des sons), ainsi que l'agitation physique agressive (frapper ou mordre) et non agressive (taper des mains).

Pour diminuer la fréquence et l'intensité des SCPD, quelques interventions pharmacologiques peuvent être utiles (neuroleptiques). Toutefois, ces interventions sont quelquefois accompagnées d'effets indésirables, voire de graves conséquences pour les personnes âgées.

Certaines interventions non pharmacologiques permettent de diminuer la fréquence et l'intensité des SCPD avec moins d'effets secondaires. Le présent projet a pour but de décrire les changements dans les comportements de personnes présentant des SCPD et dans l'administration des neuroleptiques avant et pendant une intervention quotidienne d'aromathérapie au moyen d'huile essentielle de lavande.

## DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS

Le projet débutera avec une collecte des données sociodémographiques et cliniques, ainsi qu'une observation des comportements de trois jours à l'aide d'une grille d'observation. Ces observations seront consignées sur chacun des quarts de travail, durant trois jours consécutifs, et ce, en respectant l'intimité de la personne et ses habitudes de vie.

Par la suite, une intervention d'aromathérapie sera effectuée. L'intervention durera quatre semaines à raison de trois expositions à l'huile essentielle par cycle de 24 heures. Deux gouttes d'huile essentielle seront déposées sur un tissu qui sera fixé aux vêtements de la personne que vous représentez. Cette procédure sera effectuée le matin, en fin d'après-midi et en début de nuit. Au moment de la première tournée de la nuit, l'huile essentielle sera appliquée directement sur la taie d'oreiller de la personne que vous représentez.

Durant toute la durée de l'intervention, les soins et les activités habituelles seront maintenus, incluant l'administration de médicaments courants et prescrits au besoin. L'intervention d'aromathérapie s'ajoutera à ces soins et à ces activités.

## COLLABORATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

La seule attente envers la personne que vous représentez sera qu'elle porte la pièce de tissu imprégnée d'huile tout au long de la journée. Toutefois, un refus manifesté de façon verbale ou physique sera respecté et la pièce de tissu ne sera alors pas fixée aux vêtements de la personne que vous représentez.

## RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Les risques possibles de cette intervention incluent les effets secondaires indésirables à l'huile essentielle de lavande. Ces symptômes peuvent varier d'un participant à l'autre et se présenter sous différentes formes. Advenant un effet secondaire indésirable relié directement à l'inhalation de l'huile essentielle, par exemple maux de tête, nausées, vomissements, démangeaisons, éruptions cutanées, ou difficulté respiratoire, la personne que vous représentez sera retirée du projet et une intervention pour corriger ces effets sera administrée par les membres du personnel soignant. Pour diminuer ce risque, une allergie connue à la lavande constituera un critère d'exclusion, qu'elle soit connue pour la personne que vous représentez ou la personne qui partage sa chambre le cas échéant. De plus, avant de commencer l'intervention, une exposition de la personne que vous représentez à l'huile essentielle de lavande sera effectuée durant une heure. Durant ce temps, l'étudiante responsable du projet consignera tout changement dans l'état de la personne que vous représentez. Si des effets indésirables se manifestaient, la personne que vous représentez et la personne qui partage sa chambre le cas échéant serait exclue du projet afin d'assurer sa sécurité. Aussi, l'huile essentielle qui est utilisée dans le cadre de l'intervention ne contient aucun autre produit, tel un solvant.

Un deuxième risque associé à l'intervention est la possibilité que la personne que vous représentez réussisse à détacher la pièce de tissu fixée aux vêtements et la porte à sa bouche. Pour diminuer ce risque, un système d'ancrage de plastique exempt de « dents » sera utilisé assurant une sécurité accrue. Si toutefois la pièce de tissu se détachait et que la personne que vous représentez la portait à sa bouche, l'huile essentielle utilisée est sans danger, même si elle est ingérée. De plus, la pièce de tissu aura quant à elle une taille assurant l'impossibilité de l'ingérer.

Finalement, un risque de sevrage associé à la fin de l'intervention est possible. Nous entendons ici une augmentation des comportements perturbateurs à la suite de l'arrêt de l'inhalation de l'huile essentielle de lavande. À cet effet, le médecin traitant du participant sera informé du projet afin qu'il ait toutes les informations en main lors de ses évaluations médicales si le représentant du participant y donne son consentement.

## INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Le seul inconvénient de ce projet pour les participants est de devoir porter sur ses vêtements une pièce de tissu durant quatre semaines.

## AVANTAGES

Il se peut que la personne que vous représentez retire un bénéfice personnel de sa participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Ce bénéfice peut inclure une réduction des comportements perturbateurs, un bien-être accru ou une qualité de vie améliorée. De plus, une diminution de la fréquence d'administration de neuroleptiques pourrait être observée. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

La participation de la personne que vous représentez à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser qu'elle participe à ce projet. Vous pouvez également la retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la personne responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de refuser que la personne que vous représentez participe à ce projet de recherche ou de la retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels elle a droit ou sur sa relation avec la personne responsable du projet de recherche et les autres membres du personnel de l'établissement.

La personne responsable du projet de recherche, la chercheuse principale et le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais, peuvent mettre fin à la participation de la personne que vous représentez, sans votre

consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que sa participation au projet n'est plus dans son intérêt, si elle ne respecte pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous retirez la participation de la personne que vous représentez ou si elle est retirée du projet de recherche, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer sa sécurité et celle des autres sujets de recherche et rencontrer les exigences réglementaires.

Toutes nouvelles connaissances acquises durant le déroulement du projet qui pourraient affecter votre décision de permettre à la personne que vous représentez de continuer à participer à ce projet vous seront communiquées sans délai verbalement et par écrit.

## CONFIDENTIALITÉ

Durant la participation de la personne que vous représentez à ce projet, la personne responsable, ainsi que le personnel affecté à ce projet, recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements la concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Toutes les données collectées seront conservées en version numérique sur une clé USB au bureau de la chercheuse principale pendant cinq ans dans un classeur barré. Elles seront supprimées de cette clé à la fin de ce délai. Ces mêmes données qui auront été initialement collectées en format papier seront quant à elles déchiquetées.

Ces renseignements comprendront, entre autres, les informations contenues dans le dossier médical concernant le ou les diagnostics, et certains médicaments prescrits, ainsi que les résultats de toutes évaluations cognitives qui ont été effectuées jusqu'à deux années avant le projet. Le nom, l'âge, le sexe et la date d'hébergement seront également consignés.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver son identité et la confidentialité des renseignements, la personne que vous représentez ne sera identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant son nom à son dossier de recherche sera conservée par la personne responsable du projet.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées, faire l'objet de présentations scientifiques et servir à la formation dans les milieux de soins, mais il ne sera pas possible d'identifier la personne que vous représentez ni le CHSLD.

Aux fins de protection, notamment pour pouvoir communiquer avec vous rapidement, les nom et prénom de la personne que vous représentez, vos coordonnées et la date de début et de fin de la participation de la personne que vous représentez au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la personne responsable du projet.

Vous avez le droit de consulter le dossier de recherche de la personne que vous représentez pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la personne responsable du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

#### INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

Si la personne que vous représentez devait subir quelque préjudice que ce soit dû à sa participation au projet de recherche, elle recevra tous les soins et services requis par son état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant que la personne que vous représentez participe à ce projet, vous ne renoncez à aucun de ses droits ni ne libérez les chercheurs, ou l'établissement, de leur responsabilité civile et professionnelle.

#### IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Dans le cas où vous auriez des questions concernant le projet de recherche ou si la personne que vous représentez éprouvait un problème que vous croyez relié à sa participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec Karine Laplante, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et responsable du projet de recherche par courriel au [lapk05@uqo.ca](mailto:lapk05@uqo.ca) ou au numéro suivant : 819 595-3900.

Également, Louise Bélanger infirmière Ph. D., professeure au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais peut, au besoin, être rejointe par courriel au : [louise.belanger@uqo.ca](mailto:louise.belanger@uqo.ca)

Pour toute question concernant les droits de la personne que vous représentez en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

### **Commissaire aux plaintes et à la qualité des services**

Monsieur Louis-Philippe Mayrand

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

105, boulevard Sacré-Cœur, Gatineau (Québec) J8X 1C5

☎ : 819 771-4179 (sans frais : 1 844 771-4179)

🖨 : 819 771-7611

✉ : [louis-philippemayrand@ssss.gouv.qc.ca](mailto:louis-philippemayrand@ssss.gouv.qc.ca)

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

### **Comité d'éthique de la recherche (CÉR)**

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

124, rue Lois, bureau 248, Gatineau (Québec) J8Y 3R7

☎ : 819 770-6528, poste 199

✉ : [07\\_csssg\\_cer@ssss.gouv.qc.ca](mailto:07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca)

🌐 : [www.csssgatineau.qc.ca](http://www.csssgatineau.qc.ca)

## CONSENTEMENT

J'autorise le chercheur à informer le médecin traitant de la personne que je représente de la participation à ce projet et à lui transmettre les informations pertinentes si ces informations peuvent avoir une utilité clinique :

Oui

Non

Nom et adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement sera déposée dans son dossier médical. En conséquence, je comprends que cette information sera disponible à toute personne à laquelle je donnerai accès à son dossier médical.

En ma qualité de représentant légal, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, j'accepte que la personne que je représente participe à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

\_\_\_\_\_  
Nom du sujet de recherche

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du représentant légal (mandataire, tuteur, curateur)

\_\_\_\_\_  
Date

Je certifie qu'on a expliqué au représentant légal du sujet de recherche (mandataire, tuteur, curateur), les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le représentant légal avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiquées qu'il demeure libre de mettre un terme à la participation de la personne qu'il représente, et ce, sans préjudice.

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche dans un langage adapté à son discernement le projet de recherche, qu'il a compris et qu'il ne s'est pas opposé. Je m'engage à respecter tout refus. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au représentant légal.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature de l'étudiante responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Date

## **Appendice D**

Collecte des données sociodémographiques et cliniques



**Appendice E**  
Collecte des données pharmacologiques

**Une intervention quotidienne d'aromathérapie et ses effets sur la fréquence et l'intensité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et sur l'administration de neuroleptiques**

Données pharmacologiques

Code du participant : \_\_\_\_\_

1.0 Y a-t-il des neuroleptiques prescrits avant le début de l'intervention ? \_\_\_\_\_

Si oui, compléter le tableau suivant :

| Nom du médicament | Horaire d'administration | Début de la prescription | Fin de la prescription | Indication | Fréquence d'administration |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|------------|----------------------------|
|                   |                          |                          |                        |            |                            |
|                   |                          |                          |                        |            |                            |
|                   |                          |                          |                        |            |                            |
|                   |                          |                          |                        |            |                            |

2.0 Y a-t-il eu administration de neuroleptique PRN dans les 28 jours précédant l'intervention ? \_\_\_\_\_

Si oui, compléter le tableau suivant :

| Nom du médicament | Indication | Heure administré | Raison invoquée pour l'administration |
|-------------------|------------|------------------|---------------------------------------|
|                   |            |                  |                                       |
|                   |            |                  |                                       |
|                   |            |                  |                                       |
|                   |            |                  |                                       |

3.0 Y a-t-il des neuroleptiques prescrits durant l'intervention ? \_\_\_\_\_

Si oui, compléter le tableau suivant :

| Nom du médicament | Horaire d'administration | Début de la prescription | Fin de la prescription | Indication | Fréquence d'administration |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|------------|----------------------------|
|                   |                          |                          |                        |            |                            |
|                   |                          |                          |                        |            |                            |
|                   |                          |                          |                        |            |                            |
|                   |                          |                          |                        |            |                            |

4.0 Y a-t-il eu administration de neuroleptique PRN durant l'intervention ? \_\_\_\_\_

Si oui, compléter le tableau suivant :

| Nom du médicament | Indication | Heure administré | Raison invoquée pour l'administration |
|-------------------|------------|------------------|---------------------------------------|
|                   |            |                  |                                       |
|                   |            |                  |                                       |
|                   |            |                  |                                       |
|                   |            |                  |                                       |

## **Appendice F**

Collecte des données - Observation des comportements

# Grille d'observation des comportements de nuit

Code du participant : \_\_\_\_\_

| Date             | Agitation verbale sans agressivité |                                 |                             |                                   | Agitation verbale avec agressivité |                 | Agitation physique sans agressivité |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             | Agitation physique avec agressivité                  |                                  |   |                                      | Circonstance particulière |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
|------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------------|--|
|                  | Parler constamment                 | Répéter des phrases ou des mots | Émettre des sons répétitifs | Marmotner, fredonner (sans arrêt) | Blasphémer/agresser verbalement    | Crier ou hurler | Menacer les autres                  | Menacer de s'automutilier | Langage hostile, accusateur | Commencer des gestes indécents | S'emparer des objets des autres | Uriner ou déféquer de façon inappropriée | Cogner des objets sans les briser | Manger la nourriture des autres | Lancer des objets ou de la nourriture | Cracher ses médicaments | Faire des avances sexuelles ou des gestes insultants | Adopter des comportements sexuels inappropriés | Agrapper la main de façon persistante | Se déshabiller à répétition | S'habiller de façon incorrecte, négliger son hygiène | Faire les cent pas intensivement | Erreer, déambuler de façon inappropriée | Avoir une activité motrice excessive |                           | Briser ou tordre des objets | Pincer ou griffer les autres | Frapper (pieds, mains) | Mordre ou cracher sur les autres | Voler les objets des autres | S'automutilier | Bousculer/empoigner les autres |  |
| 23 h 30 à 0 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 0 h 30 à 1 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 1 h 30 à 2 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 2 h 30 à 3 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 3 h 30 à 4 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 4 h 30 à 5 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 5 h 30 à 6 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |
| 6 h 30 à 7 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |  |

Légende :  
 Si le comportement est présent de 1 à 2 fois par heure : +  
 Si le comportement est présent de 3 à 4 fois par heure : ++  
 Si le comportement est présent 5 fois et plus par heure : +++

# Grille d'observation des comportements de jour

Code du participant : \_\_\_\_\_

| Date              | Agitation verbale sans agressivité |                                 |                             |                                   | Agitation verbale avec agressivité |                 | Agitation physique sans agressivité |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             | Agitation physique avec agressivité                  |                                  |   |                                      | Circonstance particulière |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------------|
|                   | Parler constamment                 | Répéter des phrases ou des mots | Émettre des sons répétitifs | Marmotter, fredonner (sans arrêt) | Blasphémer/agresser verbalement    | Crier ou hurler | Menacer les autres                  | Menacer de s'automutilier | Langage hostile, accusateur | Commencer des gestes indécentes | S'emparer des objets des autres | Uriner ou déféquer de façon inappropriée | Cogner des objets sans les briser | Manger la nourriture des autres | Lancer des objets ou de la nourriture | Cracher ses médicaments | Faire des avances sexuelles ou des gestes insultants | Adopter des comportements sexuels inappropriés | Agrapper la main de façon persistante | Se déshabiller à répétition | S'habiller de façon incorrecte, négliger son hygiène | Faire les cent pas intensivement | Erreur, déambuler de façon inappropriée | Avoir une activité motrice excessive |                           | Briser ou tordre des objets | Pincer ou griffer les autres | Frapper (pieds, mains) | Mordre ou cracher sur les autres | Voler les objets des autres | S'automutilier | Bousculer/empoigner les autres |
| 7 h 30 à 8 h 30   |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 8 h 30 à 9 h 30   |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 9 h 30 à 10 h 30  |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 10 h 30 à 11 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 11 h 30 à 12 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 12 h 30 à 13 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 13 h 30 à 14 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |
| 14 h 30 à 15 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                                     |                           |                             |                                 |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                           |                             |                              |                        |                                  |                             |                |                                |

Légende : Si le comportement est présent de 1 à 2 fois par heure : +  
 Si le comportement est présent de 3 à 4 fois par heure : ++  
 Si le comportement est présent 5 fois et plus par heure : +++

# Grille d'observation des comportements de soir

Code du participant : \_\_\_\_\_

| Date              | Agitation verbale sans agressivité |                                 |                             |                                   | Agitation verbale avec agressivité |                 |                    |                          | Agitation physique sans agressivité |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  | Agitation physique avec agressivité     |                                      |                             |                              | Circonstance particulière |                        |                                  |                             |               |                                |  |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------------|--|
|                   | Parler constamment                 | Répéter des phrases ou des mots | Émettre des sons répétitifs | Marmotter, fredonner (sans arrêt) | Blasphémer/agresser verbalement    | Crier ou hurler | Menacer les autres | Menacer de s'automutiler | Langage hostile, accusateur         | Commettre des gestes indécents | S'emparer des objets des autres | Uriner ou déféquer de façon inappropriée | Cogner des objets sans les briser | Manger la nourriture des autres | Lancer des objets ou de la nourriture | Cracher ses médicaments | Faire des avances sexuelles ou des gestes insultants | Adopter des comportements sexuels inappropriés | Agripper la main de façon persistante | Se déshabiller à répétition | S'habiller de façon incorrecte, négliger son hygiène | Faire les cent pas intensivement | Erreur, déambuler de façon inappropriée | Avoir une activité motrice excessive | Briser ou tordre des objets | Pincer ou griffer les autres |                           | Frapper (pieds, mains) | Mordre ou cracher sur les autres | Voler les objets des autres | S'automutiler | Bousculer/empoigner les autres |  |
| 15 h 30 à 16 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 16 h 30 à 17 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 17 h 30 à 18 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 18 h 30 à 19 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 19 h 30 à 20 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 20 h 30 à 21 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 21 h 30 à 22 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |
| 22 h 30 à 23 h 30 |                                    |                                 |                             |                                   |                                    |                 |                    |                          |                                     |                                |                                 |  |                                   |                                 |                                       |                         |  |  |                                       |                             |  |                                  |   |                                      |                             |                              |                           |                        |                                  |                             |               |                                |  |

Légende :  
 Si le comportement est présent de 1 à 2 fois par heure : +  
 Si le comportement est présent de 3 à 4 fois par heure : ++  
 Si le comportement est présent 5 fois et plus par heure : +++

