



UNIVERSITÉ DE MONCTON
EDMUNDSTON MONCTON SHIPPAGAN

Formation continue



ÉCOLE D'ÉTÉ DE PERFECTIONNEMENT SUR LE VIEILLISSEMENT

Promouvoir une expérience positive au cours des soins corporels : prévenir la résistance aux soins

Sylvie **Rey**, inf., M. Sc., Ph. D. (c)

Août 2018



Ce document ne peut être ni photocopié, ni distribué, que ce soit en totalité ou en partie et sous quelque forme que ce soit et doit rester à l'usage exclusif des personnes ayant suivi la formation des 21 et 22 août 2018

Université de Moncton – Campus Shippagan

Merci

Pour citer la formation: Rey, S. (2018). Promouvoir une expérience positive au cours des soins corporels : prévenir le rejet des soins (communication orale). Moncton (NB) : École d'été de perfectionnement sur le vieillissement de l'Université de Moncton – Campus de Shippagan

Contact: sylvie.rey@fsi.ulaval.ca



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences infirmières

Direction de thèse

Philippe Voyer

Professeur titulaire
Directeur de thèse



Suzanne Bouchard

Professeure adjoint
Co-directrice de thèse



Devenez une INFIRMIÈRE D'EXCEPTION. Pensez FSI.

fsi.ulaval.ca

Origines

Études :

- Soins infirmiers (1988)
- Spécialisation gérontologie-gériatrie (1998)
- Certificat en psychologie (2003)
- D.E.S.S. en santé mentale (2004)
- Diplôme de 2^{ème} cycle en soutien conseil en gérontologie (2007)
- Maîtrise en sciences infirmières (2014)
- Doctorat en sciences infirmières (en cours)

Devenez une INFIRMIÈRE D'EXCEPTION. Pensez FSI.

fsi.ulaval.ca

Origines

Pratique professionnelle : 1990

Auprès de :

- Personnes (CHSLD)
- Proches
- Soignants

Infirmière et rôle conseil

Depuis 2016: chargée de cours à l'Université Laval

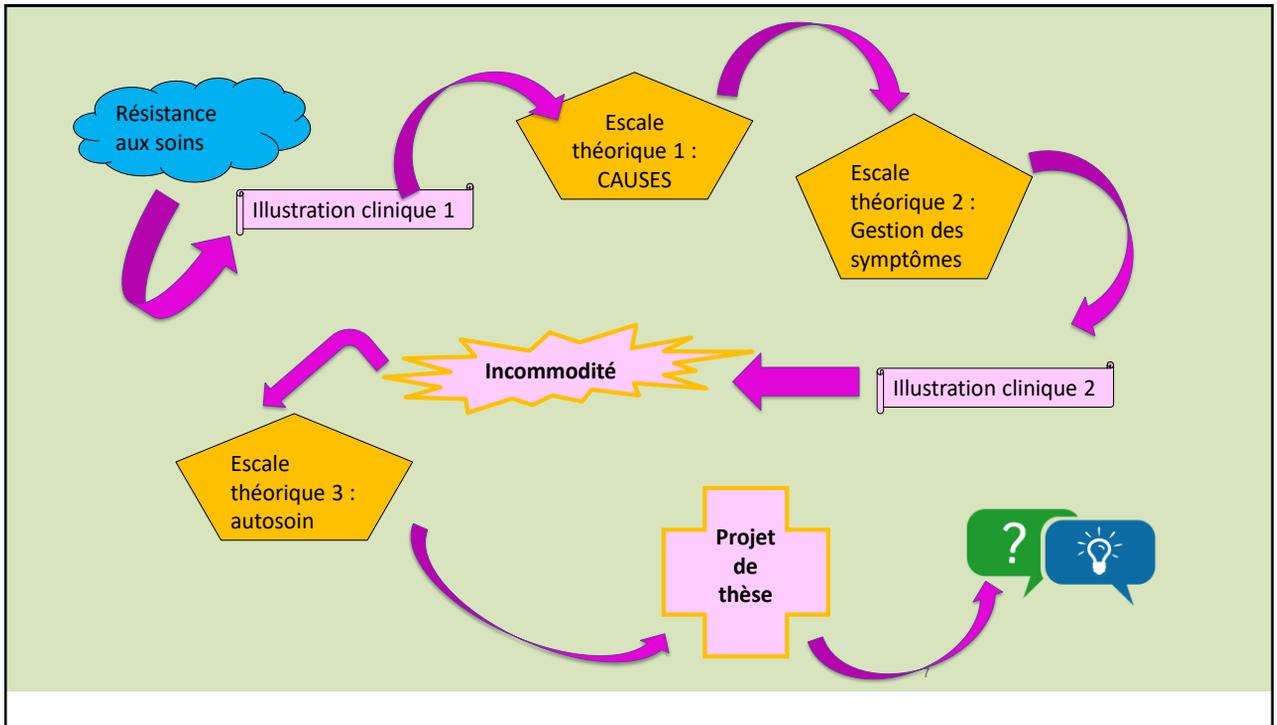


Excursion

Je vous propose une excursion à la découverte du concept d'**incommodité**.

Nous allons entreprendre un cheminement avec différentes escales théoriques.

Ce cheminement illustre le travail conceptuel réalisé depuis le début de mes études doctorales (Rey, 2016a,b; 2018) et qui se poursuit...

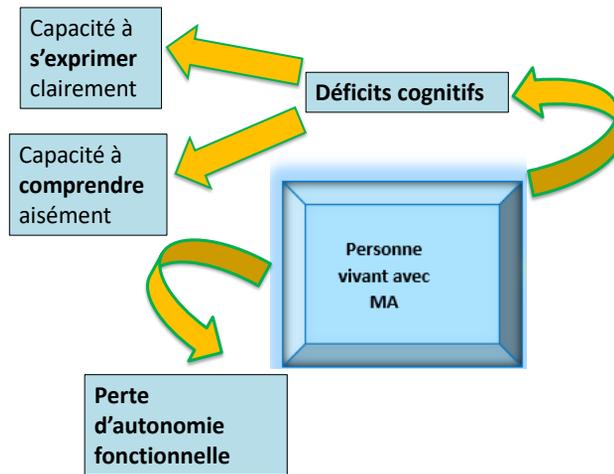


Mme Rose Beaulieu

- 88 ans.
- Mariée à Georges Leblanc, décédé il y a trois ans.
- Huit enfants.
- Maîtresse pour une école de village (40 ans).
- Poésie, musique et nature.
- Problèmes de santé : TNCM Alzheimer (stade 7a), AVC avec hémiplégié gauche et rétractions, arthrose cervicale et lombaire.



Cristian Newman - unsplash.com



1. Résistance aux soins

Séminaire avancé sur la théorie infirmière (Hiver 2016)

→ Construction du concept d'incommodité : réalisée avec la démarche en 10 étapes proposée par Liehr et Smith (2014)

Réflexion débutée avec le concept « résistance aux soins » (Rey, 2016a)

1. Résistance aux soins

SCPD (IPA, 1996, 2012) :

6 symptômes comportementaux : errance, agitation/agressivité, **résistance aux soins**, comportements sexuels inappropriés, réaction de catastrophe et syndrome crépusculaire

6 symptômes psychologiques : idées délirantes, hallucinations, illusions, dépression, apathie, anxiété.

11

1. Résistance aux soins

SCPD (IPA, 1996, 2012) :

6 symptômes comportementaux : errance, agitation/agressivité, **résistance aux soins**, comportements sexuels inappropriés, réaction de catastrophe et syndrome crépusculaire

6 symptômes psychologiques : idées délirantes, hallucinations, illusions, dépression, apathie, anxiété.

Résistance aux soins ≠ agitation/agressivité (Volicer et al, 2007)

Aux États-Unis : rejet des soins (Ishii et al, 2012; Volicer et al, 2015)

12

1. Comportements de résistance aux soins

- Comportements de résistance aux soins : 16 termes... (Ishii et al, 2012; Rey, 2016a,b) = concept très instable !
- Gamme de comportements verbaux, vocaux ou physiques (corporels)
- Continuum (Talerico et Evans, 2000) ou phénomène d'escalade (Belzil et al, 2009)

13

1. Phénomène d'escalade (Belzil, Vézina et Landreville, 2009)

CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES ET EXEMPLES
Résistance verbale	Comportement verbal de RAS ne constituant pas un stimulus nuisible, nocif, attaquant ou agressif, dans le contenu comme dans la forme. Exemples : verbaliser son désaccord, dire non.
Résistance physique passive	Comportement physique de RAS n'impliquant pas l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant. Se caractérise par une immobilité rigide ou une fuite. Exemples : tenter de quitter le lieu du soin, se tenir raide.
Résistance verbale agressive	Comportement verbal de RAS constituant un stimulus nuisible, nocif, attaquant ou agressif, dans le contenu ou dans la forme. Exemples : crier, jurer, insulter le soignant.
Résistance physique active	Comportement physique de RAS impliquant l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant, mais ne constituant pas une attaque ou une agression. Se caractérise par une manifestation active de la résistance, avec force et énergie. Exemples : repousser ou retenir le bras du soignant.
Résistance physique agressive	Comportement physique de RAS impliquant l'émission de stimuli nuisibles ou nocifs envers le soignant, constituant une attaque ou une agression. Exemples : frapper, claquer, mordre.

14

1. Comportements de résistance aux soins

Instruments de mesure spécifiques :

- Instruments de Namazi et Johnson (1996), Dunn et al (2002), Sloane et al (2004), Cooke (2006), Barrick et al (2008)*. ***Comportements positifs** : Toseland et al (2007) → Desrosiers et al (2014).
- *Resistiveness to Care-Dementia of the Alzheimer Type (RTC-DAT)* de Mahoney et al (1999) + Volicer et al (2015).

Autres instruments utilisés :

- *Nursing Home Behavior Problem Scale (NHBPS)* (Ray et al, 1992) : traduit en français (Fraser et al, 2014) = catégorie : comportements non coopératifs
- *Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield* (Cohen-Mansfield et Billig, 1986)
- *Inventaire neuropsychiatrique de Cummings* (Cummings et al, 1994) = catégorie A/A

15

1. Comportements de résistance aux soins

Prévalence et durée :

- 50 à 70% des épisodes d'agressivité envers les soignants : dans le contexte des soins corporels (Mahoney et al, 1999; Williams et al, 2016).
- Jusqu'à 84% pendant les soins corporels du matin (Lachs et al, 2013).
- *Résistance aux soins personnels et intimes* au cours du dernier mois de vie chez les résidents (Belgique) : + fréquents que douleur, peur, anxiété et agitation (Regan et al, 2014; Vandervoort et al, 2013).
- *Comportements de non-coopération* : plus prévalents et plus persistants que les autres troubles du comportements (Voyer et al, 2015).

16

Contexte : soins corporels

- Soins corporels : hygiène corporelle (yc cheveux), hygiène buccodentaire, soins d'entretien et de beauté (rasage, beauté, ongles, ...), habillement, soins d'élimination et mobilisation.

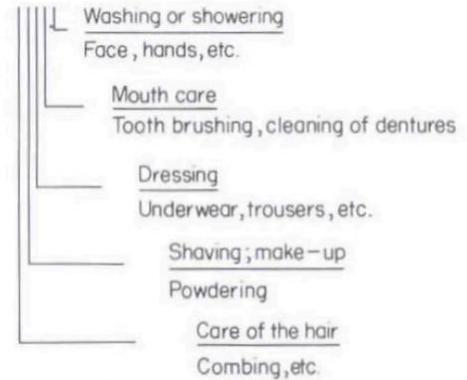


FIGURE 1 Subsystems in morning care.

Sandman et al (1986)

17

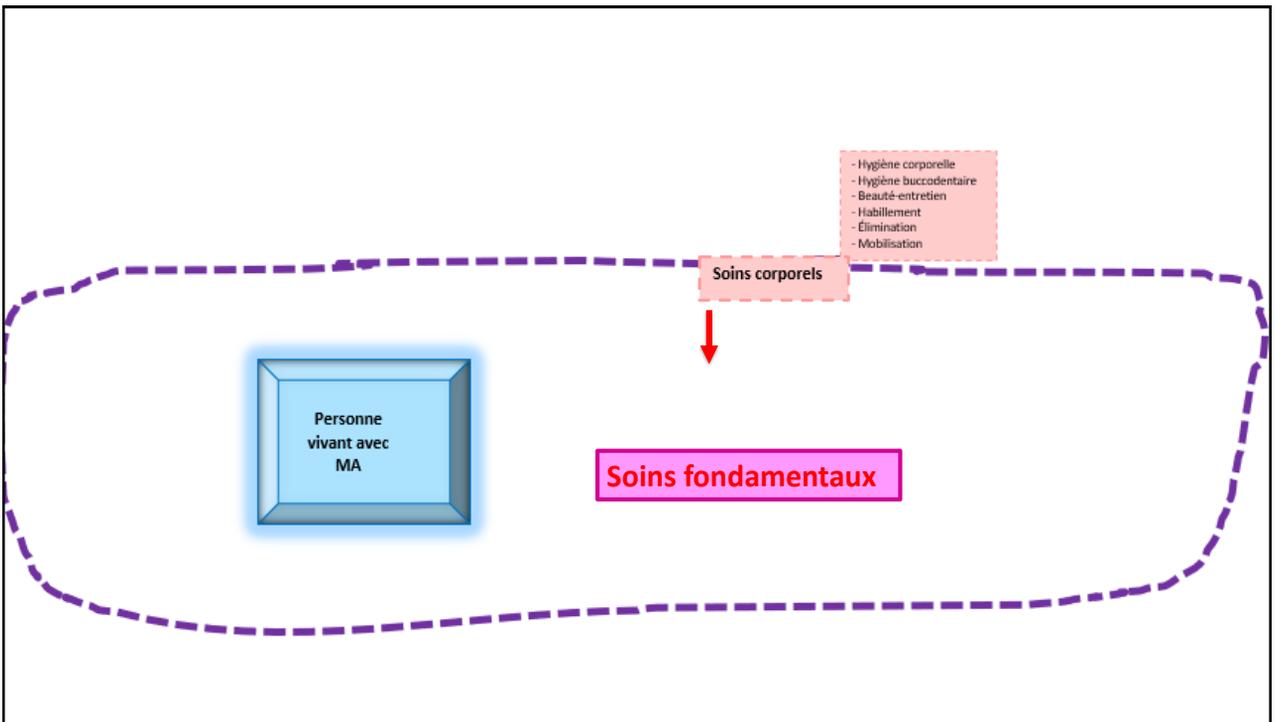
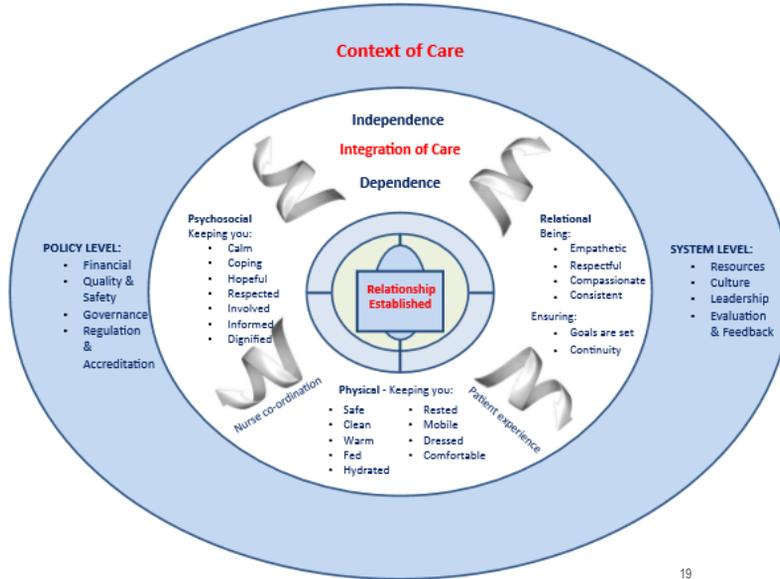
Soins corporels : soins fondamentaux

(Kitson, 2016; Kitson et al, 2013, 2014)

- 14 soins fondamentaux dont l'hygiène et l'habillement personnels, le confort, la dignité, l'intimité et le respect des choix.
- Essentiels à la santé, au bien-être, à la qualité de vie et à la survie.

18

Les soins fondamentaux (Kitson et al, 2014, p. 334)



Pourquoi s'intéresser aux comportements de résistance aux soins **corporels** ?

Discipline infirmière

Soins corporels = soins infirmiers: perspective des *soins fondamentaux*

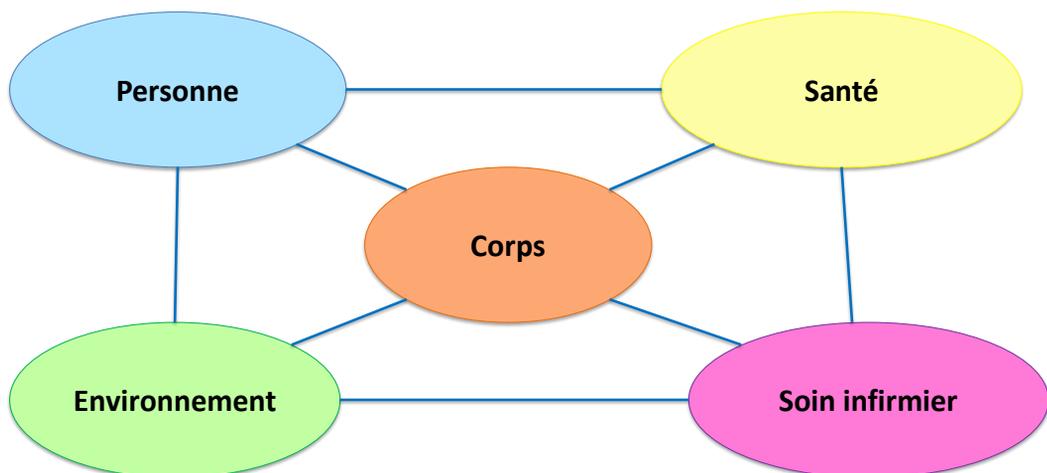
Soins fondamentaux: prestations de soins r/à *expérience positive*
(Kitson, 2018)

Corps: *vecteur* de l'expérience de soins (Lagarde-Piron, 2018)

Corps: concept *incontournable*, liant les 4 concepts du métaparadigme infirmier (Vonarx, 2016)

21

Cadre conceptuel



1. Comportements de résistance aux soins

Intérêt: aussi r/à

Répercussions :

- Personne
- Proches
- Autres patients/résidents
- Soignants
- Établissement
- Société

23

1. Comportements de résistance aux soins

Répercussions pour la personne (Jablonski et al, 2011; Johnson, 2011; Kable et al, 2013; Miller, 1997; Rader et al, 1996 + 2006) :

- Qualité de vie
- Condition de santé
- Réduction de la quantité de soins
- Mesures de contention : verbales, psychologiques, physiques et chimiques (Croy, 2014; Revitt et al, 2011; Sloane et al, 2004; Ta;erico et al, 2002; Werner et al, 2002; Williams et al, 2016).

→ Recours aux antipsychotiques : Québec = province canadienne avec le + haut taux d'antipsychotiques – SCPD (Ontario Drug Policy Research Network, 2015)

→ Liens entre antipsychotiques – TNCM – Dépendance aux soins – Résistance aux soins (Allers et al, 2017; Cornege-Blokland et al, 2012)

24

1. Comportements de résistance aux soins

Répercussions pour les soignants (Mezey et al, 2008; Morgan et al, 2005; Pulsford & Duxbury, 2006) :

- Sentiments négatifs
- Désarroi
- Sentiment de fardeau, épuisement
- Peu d'espoir
- Blessures physiques

Soins corporels : tâche la plus ardue à réaliser (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Mahoney et al, 1999; Miller, 1997; Namazi & Johnson, 1996).

25

Soins corporels : soins fondamentaux

- Événements indésirables graves (Anderson et al, 2015) : manque de soins
- Négligence et omission de soins (Truchon, 2012a, 2012b).

26

2. Illustration clinique

- Mme Rose Beaulieu a été admise en CHSLD depuis 2 mois.
- TNCM Alzheimer (stade 7a). AVC avec hémiparésie gauche et rétractions. Arthrose cervicale et lombaire.
- Les PAB réalisent l'entièreté des soins.
- Les soins corporels sont réalisés le matin par deux PAB, en un seul bloc de soin.



Cristian Newman - unsplash.com

27

2. Illustration clinique



Au cours des soins corporels, les PAB observent que Mme Beaulieu:

- Gémit, se lamente, crie, hurle
- Raidit son corps, cherche à se retourner sur le côté, serre les poings, ferme les yeux, détourne la tête
- S'agrippe (bras, habits, draps), essaie de mordre, essaie de donner des coups aux soignants

28



2. Illustration clinique

Les PAB tentent de rassurer Mme Beaulieu, de mettre de la musique et de chanter avec elle, de lui faire agripper un *toutou* pendant les soins, de donner les soins à deux et d'utiliser du savon sans rinçage pour aller plus vite, d'essayer des habits adaptés, de réaliser les soins d'élimination lorsqu'elle est couchée sur le côté, de lui dire d'arrêter de crier qu'ils ne vont pas lui faire de mal, de l'appeler par son prénom, de lui tenir les avant-bras pour ne pas se faire frapper, ...

29



2. Illustration clinique

Un matin, l'une des PAB se fait frapper au visage et ses lunettes sont cassées.



30

2. Illustration clinique



Les PAB demandent à l'infirmière de *faire de quoi* pour que Mme Beaulieu soit moins agressive et qu'elles soient capables de donner des soins sans se faire frapper.

31

3. Première escale théorique : causes

Quelles causes connaissez-vous pour expliquer la résistance aux soins corporels ?



32

3. Première escale théorique : causes

Quatre perspectives théoriques :

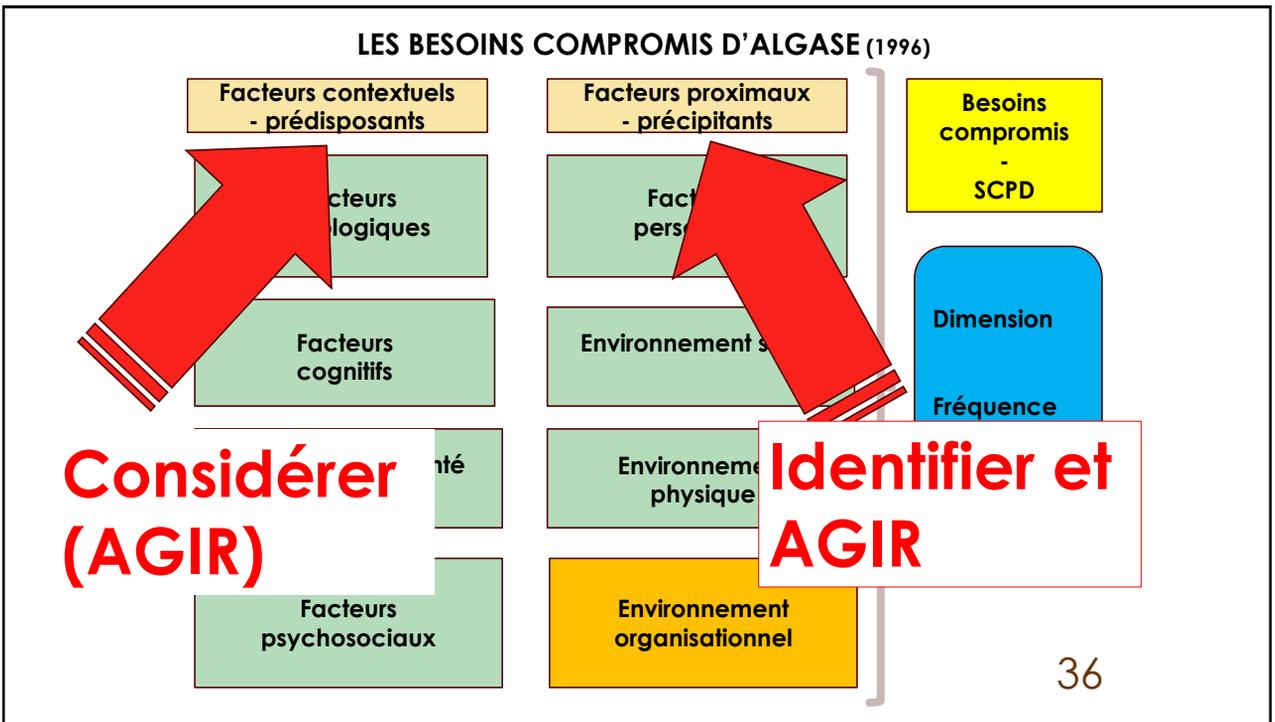
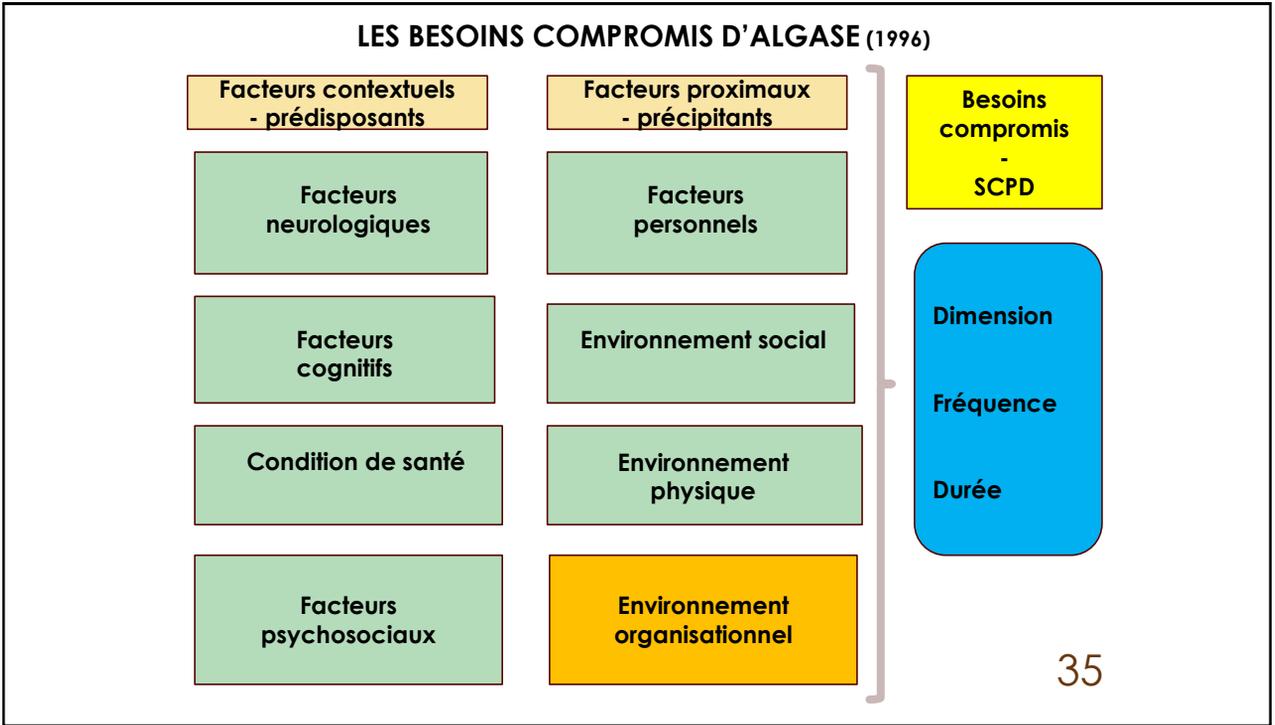
- Besoins compromis d'Algase et collaborateurs
- Réduction progressive du seuil de stress de Hall et Buckwalter
- Système comportemental de Johnson
- Principes neurobiologiques

33

Les besoins compromis (Algase et al, 1996)

- Algase, D. L., Beck, C. H., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E.
- Théoriciennes visionnaires, pionnières (Donaldson, 2000) : influencent discipline infirmière et autres disciplines
- Théorie à spectre modéré.
- Errance, vocalisations, agressivité
- Causes et sens des comportements

34



LES BESOINS COMPROMIS DE MME BEAULIEU

**Facteurs contextuels
- prédisposants**

**Facteurs proximaux
- précipitants**



? Facteurs neuro

Comportements vocaux

Gémit, geint, crie, hurle

? Facteurs co

Comportements physiques

S'agrippe (couverture, chemise de nuit, soignant), cherche à mordre

? Condition de

Au cours des soins corporels

? Facteurs psych

ESCALADE

37

LES BESOINS COMPROMIS DE MME BEAULIEU

**Facteurs contextuels
- prédisposants**

**Facteurs proximaux
- précipitants**



Facteurs neurologiques

Capacité motrice réduite =
dépendance pour les AVQ

Facteurs personnels

Confort. Pudeur. Sécurité. Identité.
Sentiment de sécurité/protection.

Facteurs cognitifs

Attention et mémoire ?
Altération des capacités langagières
et sensorielles

Env. social

Communication inadaptée : infantilisme,
commentaires déplacés, pas
d'explications, pas de recherche de
collaboration, contrôle et contention

Condition de santé

Arthrite – arthrose
Séquelles AVC : rétractions

Env. physique

Bruit, lumière, chaleur ?

Facteurs psychosociaux

88 ans. 8 enfants. Traits de
personnalité : maîtresse école + 40
ans, « importante, utile, a fait le
bien »

Env. organisationnel

Formation des soignants, niveau de
détresse/épuiement, matériel, politiques
internes, supervision, directives et soutien
clinique, attentes, ...

**Besoins
compromis
-
SCPD**

Dimension

Fréquence

Durée

38

LES B

Facteurs contextuels - prédisposés

Facteurs neurologiques

Facteurs cognitifs

Condition de

Facteurs psychologiques

Besoins compromis
Douleur. Froid. Peur. Vertiges. Contrôle. Perte d'identité. Vision et audition non compensées...

Besoins vocaux
Crier, hurler

Besoins physiques
Couverture, chemise de nuit, (denture), cherche à mordre

Besoins des soins corporels

ESCALADE



39

Besoins compromis : exemples d'interventions

- ▶ **Douleur** : manipulations douces, techniques pour les rétractions, coussins de maintien, PAS de prise en pince, utiliser piqué.
- ▶ **Froid** : couvrir, découvrir au minimum et réchauffer (eau, air, couvertes). Bain à la serviette.
- ▶ **Peur** : expliquer, rassurer, étape par étape, diversion, toucher affectif. 1 soignant. Langage vocal et corporel.
- ▶ **Vertiges** (troubles proprioceptifs ?) : toucher + lenteur + enveloppement + maintien/appui, cacher le sol.
- ▶ **Contrôle** : faire participer, expliquer, donner choix même si symbolique.
- ▶ **Perte d'identité** : appeler Mme Beaulieu, vouvoyer, parler d'elle.
- ▶ **Vision et audition non compensées** : compenser (lunettes et appareil) ou adapter communication verbale et non verbale.



40

Réduction progressive du seuil de stress

(Hall et Buckwalter, 1987)

- Théoriciennes visionnaires, pionnières (Donaldson, 2000)
- Les personnes vivant avec un TNCM ont une moins grande tolérance aux stimuli.
- Gestion des stimuli : nombre et qualité.
- Choisir, alterner et répartir.
 - Soins corporels : nombreux stimuli pendant une durée pouvant être assez longue
 - Soins corporels : stimuli pouvant être désagréables

41

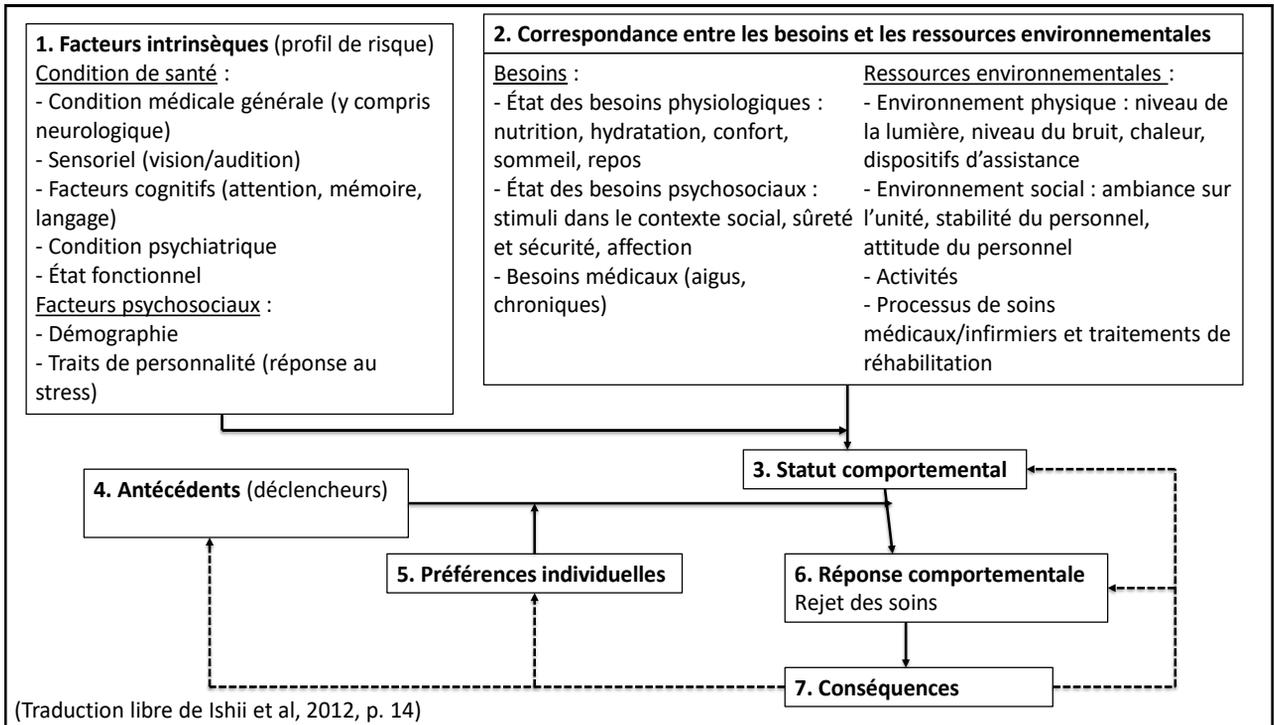
3. Causes

Résistance aux soins

Développement conceptuel basé sur (Ishii et al, 2012) :

- ✓ Algase et al (1996) : besoins compromis
- ✓ Hall et Buckwalther (1987) : réduction progressive du seuil de stress
- ✓ Teri (1997) : ABC : antécédents – behavior - consequences

42



Système comportemental (Johnson, 1980)

Dorothea Johnson (1919 - 1999).

L'une des premières théoriciennes infirmières

Théorie sur le système comportemental (1980)

Grande théorie :

- interaction réciproque (Fawcett et DeSantos- Madeya, 2013)
- école des résultats (Meleis, 2018).

Comportement : « traits et actions observables que la personne déploie en réponse aux stimuli internes et externes » (Grubbs, 1980, p. 222)



Sous-système **agressif-protecteur**

(Johnson, 1980; Rey, 2016a,b)

Composantes structurelles

- But : protection de son intégrité (\neq résister aux soins !).
- Tendance : relative à un vécu particulier et à un but (\neq une façon habituelle d'agir).
- Choix : uniquement dans le contexte des soins corporels. Liens avec facteurs précipitants et phénomène d'escalade.
- Action : ensemble de réponses comportementales observables, acquises avec le temps et qui se présentent dans une situation donnée = OBSERVABLE.

45

Sous-système **agressif-protecteur**

(Johnson, 1980)

Raisons aux changements de comportement

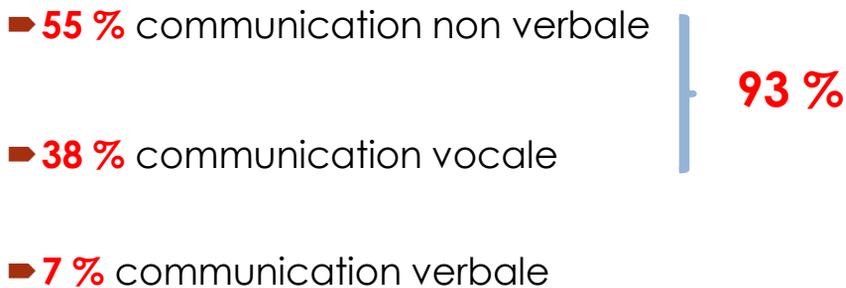
- Besoins : répondre à ses besoins. Liens avec les besoins compromis.
- Subsistance : moyens de subvenir à ses besoins. Interventions appropriées ou non ?
- Environnement : fluctuations excèdent les possibilités d'adaptation. Liens avec la réduction progressive du seuil de stress + phénomène d'escalade.

46

Message verbal, vocal, corporel-gestuel

(Delamarre, 2014)

Message (Mehrabian):



47

TOUCHER

Modification de la sensibilité au froid, au chaud, au toucher

Fragilité cutanée

Enveloppe corporelle : distances – intimité – pudeur

Manque de stimuli : toucher social, toucher affectif, toucher intime, toucher soignant

Zones sociales et intimes : mains, visages, épaules, dos, ...

ZONES SENSIBLES

Séquence stratégique de l'acte de soin

Zones d'entrée non menaçantes (zone 1)

- dos
- mains
- épaules
- bras et avant-bras
- mollets

Zones demandant plus de précautions (zone 2)

- cuisses
- pieds
- poitrine

Zones sensibles à garder préférablement pour la fin (zone 3)

- fesses
- parties génitales
- visage
- cheveux

SEPEC, 2014

Proxémies (Delamarre, 2014)

- Distance intime : entre 0 et 45 cm
- Distance personnelle : entre 45 cm à 1,2 m
- Distance sociale : entre 1,2 m et 3,6 m
- Distance publique : + 3,6 m

Proxi-intimité (Durif-Varembont, 2010, p. 131)

Intimité physique ou psychique, comme espace intérieur qui anime quelqu'un au plus profond de soi.

Espace préservé vis-à-vis d'autrui

Fonction protectrice



Principes neurobiologiques

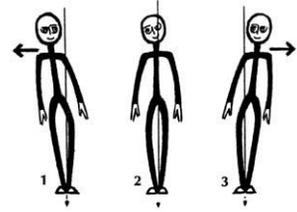
- Perception de la menace et réponse à la peur



- TNCM = lésions corticales et de l'hippocampe =
 - Propension à attribuer une dimension de menace à des situations qui n'en ont, en apparence, qu'un faible potentiel (Corcoran et al, 2005; Henry et al, 2005; Jablonski et al, 2011).
 - ↓ capacité de reconnaître la tonalité des expressions faciales : sourire = personne non menaçante (Jablonski et al, 2011).



Trouble proprioceptif et kinesthésique



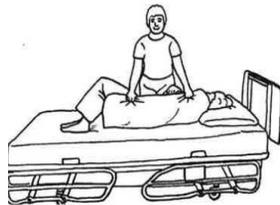
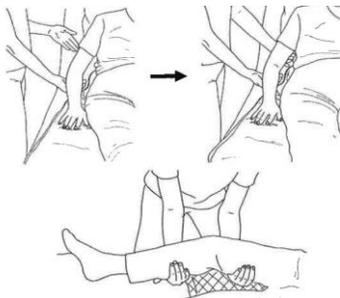
Chez la personne alitée et dépendante :

Sensibilité aux mouvements corporels accomplis par autrui =
sentiment de :

- ❖ *vide*
- ❖ *vertiges*
- ❖ *tomber dans le vide*



FAVORISER la prise SUPPORTANTE, la PAUME et la PRISE-POUCE



ASSTSAS et CEC. (2004).
Approche relationnelle de soins.
Montréal, ASSTSAS.



Photos issues de : Winegarden, J. A., Carr, D. B., & Bradshaw, Y. (2015)

ASSTSAS  Ensemble en prévention

14

Relâcher les rétractions

Une méthode douce pour le client
et facilitante pour le soignant

ASSTSAS - 2016

- Agrippement
- Réflexe de préhension

57

Être en relation (ASSTSAS, 2017)

- **Se faire saisir un poignet par un client est toujours agressant**, mais, au fond, quel est le sens réel de ce geste ? Il n'est peut-être pas agressif. Le soignant doit décoder ce *feedback* : le client a-t-il peur, cherche-t-il à se sécuriser ? Le soignant demande au client de lâcher son poignet. Si ce dernier n'obtempère pas, le soignant se dégage en sortant, lentement, son poignet du côté du pouce du client.

- **Agrippement**
- **Réflexe de préhension**

- **Comment faire ? PAR LE POUCE !**

59

3. CAUSES

1. Il existe des explications théoriques et empiriques sur les causes.
2. Le comportement est observable
3. Le comportement 1) a un but, 2) est relatif à l'expérience vécue par la personne et 3) ne s'observe que dans certains contextes.
4. Le comportement est relié aux besoins de la personne + à la perception de menace + à la façon dont les soins sont réalisés + aux stimuli de l'environnement.
5. Sensibilité particulière : perception de menace.

60

Démarche de construction de concept

- Comportements de résistance aux soins : réponse que le client agit en réaction à quelque chose qu'il ressent et interprète et en fonction de ses capacités à communiquer et à se mouvoir
- La résistance, le rejet et les besoins compromis ne représentent pas l'expérience vécue par le client au cours des soins corporels.
- Alors, **quelle est l'expérience vécue par le client** ????

61

4. Deuxième escale théorique : gestion des symptômes

Larson et al (1994) → Dodd et al (2001)

En français : Eicher et al (2013) + Baeriswyl et al (2013)

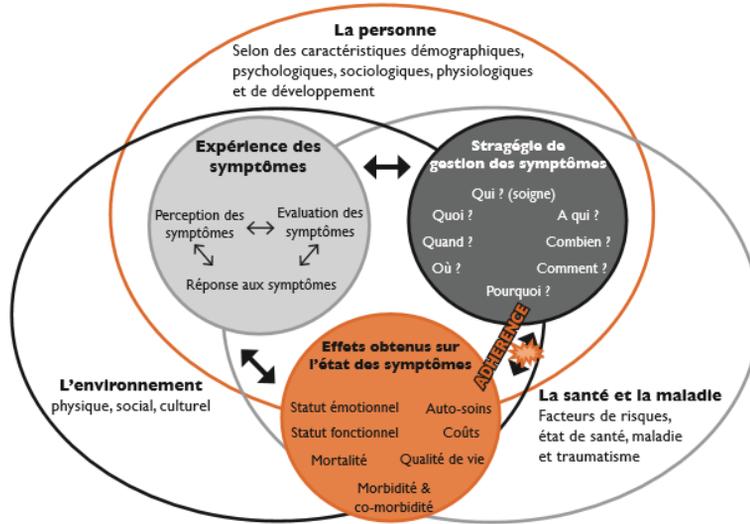
Théorie à spectre modéré

Trois concepts centraux :

- Expérience des symptômes
- Stratégies de gestion des symptômes
- Résultats obtenus sur l'état des symptômes

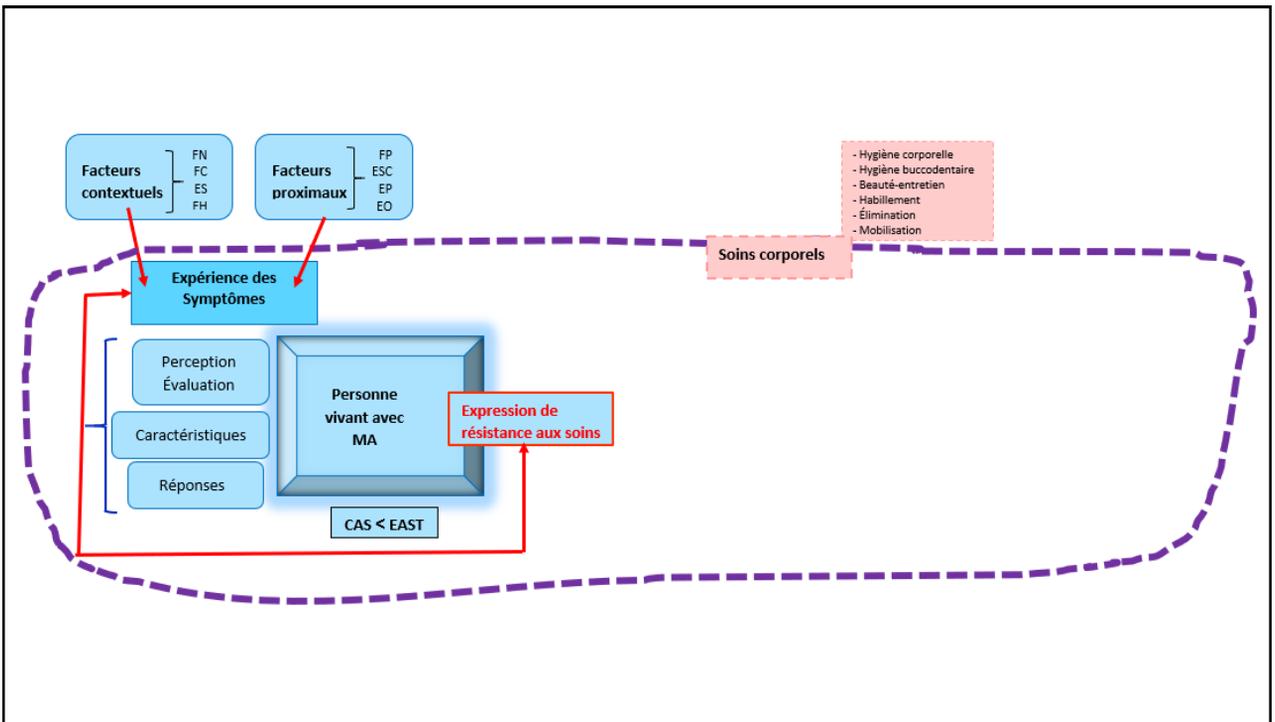
62

LA THÉORIE DE GESTION DES SYMPTÔMES (Eicher et al, 2013, p. 17)



63

Figure 1
Schéma théorique de la théorie de gestion des symptômes (traduction du schéma publié par Dodd, Janson, et al., 2001, [2] avec autorisation de John Wiley and Sons)



5. Expérience vécue : Mme Beaulieu (Rey, 2016a)



J'entends la porte de ma chambre s'ouvrir. Je ferme les yeux pour ne pas être éblouie lorsque la lumière au-dessus de ma tête est brusquement allumée. Des gens s'approchent, mais je ne les vois ni les entends bien... (...).

Je gémis au premier toucher, lorsqu'on essaie de me retirer la couverture. J'essaie de retenir la couverture sur moi pour garder ma chaleur. Je sens ma bouche et mes lèvres sèches. Je n'arrive pas à dire des mots, je gémis et je geins. (...).

Soudainement, mon corps bascule sur le dos, ce qui provoque une peur intense associée à une sensation de vertige. (...).

65

5. Expérience vécue : Mme Beaulieu (Rey, 2016a)



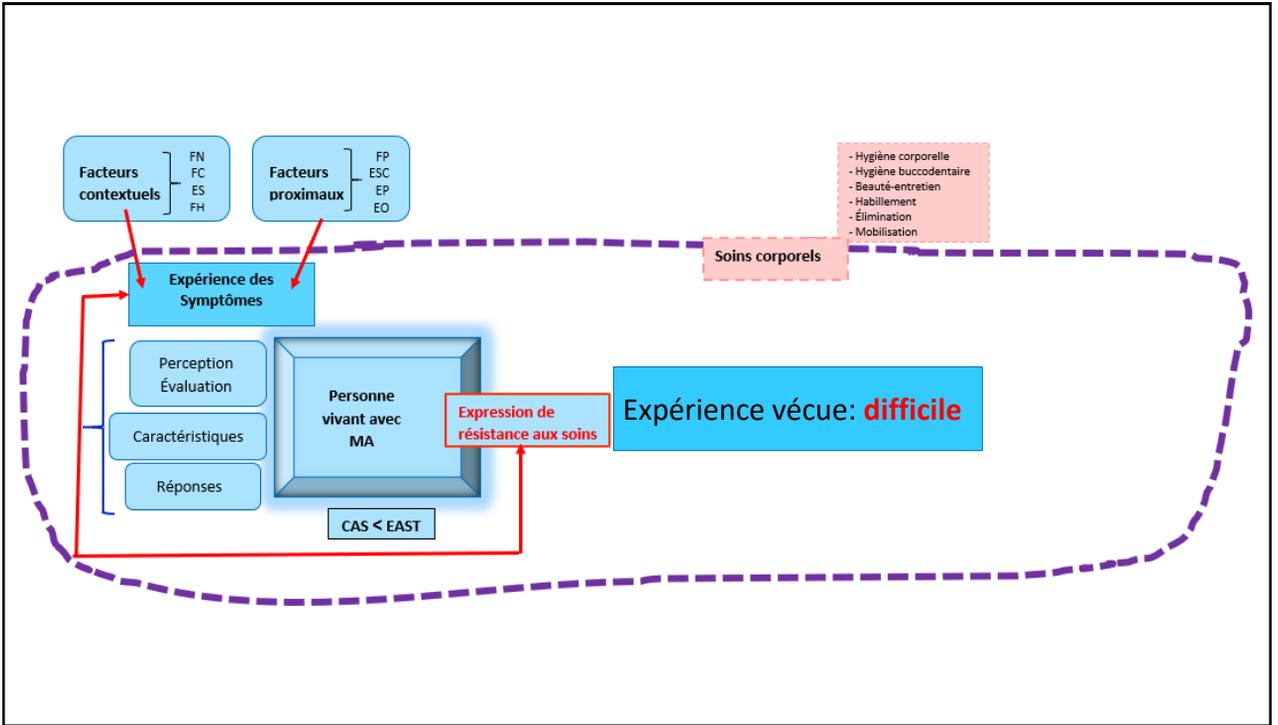
On me tient, on me retient, on me maintient. (...).

On me manipule les bras et les jambes, on me serre les poignets ou les chevilles pour lever mes membres. Cela me fait mal dans tout le corps. Trop vite, trop rude. Je crie. (...).

Peine perdue, on me tire encore plus sur les genoux pour me forcer à écarter les jambes. Je crie, je hurle. Je sens une odeur affreuse. (...).

Je m'oublie... J'ai parfois l'impression de ne vivre que dans le moment présent des sensations et des émotions que je ressens. (...).

66



6. Concept d'incommodité

Illustrer l'expérience vécue au cours des soins corporels

6.1. Expérience d'inconfort vécue par le **client**

Perspective du client : au centre des préoccupations

Le soin cause du désagrément = il est inconfortant

→ Expérience d'inconfort vécue au cours des soins corporels qui sont reçus de la part d'un soignant

69

6.1. Expérience d'inconfort vécue par le **client**

L'inconfort est un

- **ressenti** corporel, psychique, émotionnel et relationnel
- **désagréable** (ensemble de symptômes déplaisants)
- émergeant au cours des **soins corporels** et
- exprimé par un **répertoire de comportements** verbaux, vocaux et physiques à intensité variable
- qui sont des **comportements protecteurs et réactionnels** (communément appelés comportements de résistance aux soins).

70

6. Incommodité

1. **Concept** sert à représenter clairement et spécifiquement ce qui est vécu par le client au cours des soins corporels et qui va déterminer ses réponses comportementales.

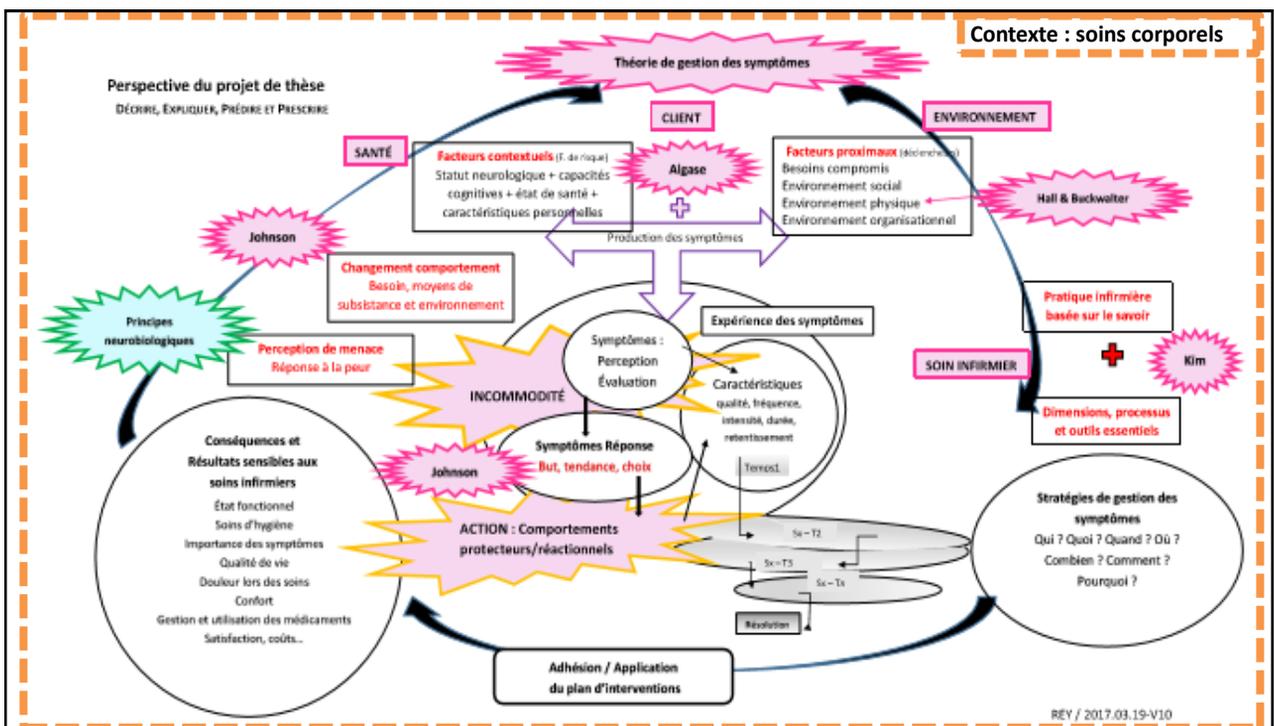
2. Modifier le **regard** : comportements protecteurs et réactionnels \neq comportements de résistance aux soins qu'il faut contrôler.

3. Liens possibles entre :

- les théories à spectre modéré SCPD [NDB + PLST],
- la théorie du système comportemental [Johnson] et
- la théorie de gestion des symptômes [Dodd et al].

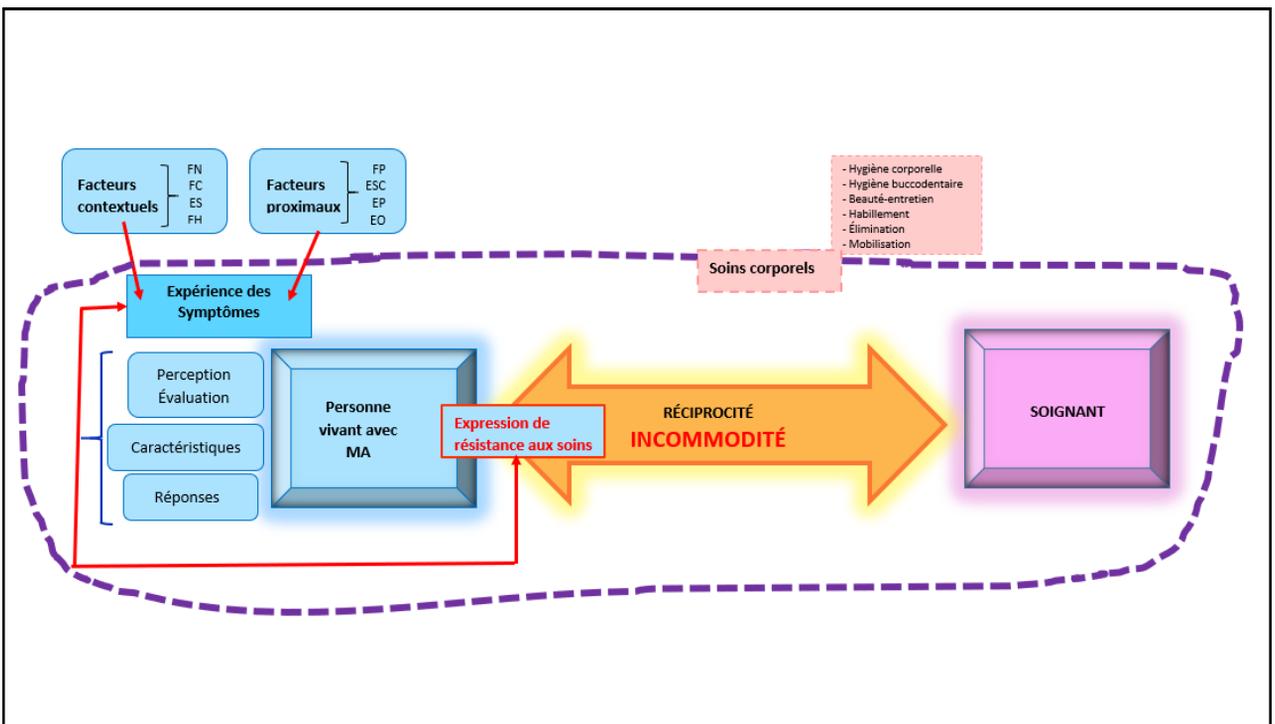
= Ensemble cohérent pouvant guider la pratique clinique

71



MAIS soins corporels = considérer le **soignant**

73



6.2. Expérience d'inconfort vécue par le soignant

AINSI une expérience d'**inconfort** peut également être vécue par le **soignant** :

- Perspective du soignant : ne peut être ignorée
 - Situation inconfortable : qui n'est pas d'usage facile et qui peut causer du désagrément
- Expérience d'inconfort vécue au cours des soins corporels qui sont dispensés à un client

75

7. Troisième escale théorique : auto-soin

- Théorie de Dorothea **Orem** (1971 – 2001 : 6^e éd.)
 - Théorie infirmière du déficit d'auto-soin
 - Théorie de l'auto-soin
 - Théorie du déficit d'auto-soin
 - Théorie du système infirmier
- + 4^{ème} partie : théorie des soins de la personne à charge (*dependant care*) de Taylor et Renpenning (2001)



76

7. Éclairage théorique : déficit d'autosoin

Cinq modes d'assistance :



1. Agir
2. Guider
3. Soutenir
4. Créer un environnement favorisant le développement
5. Enseigner

77

7. Éclairage théorique : déficit d'autosoin

Quatre opérations :



1. Diagnostiques
2. Prescriptives
3. Régulatrices
4. De contrôle

78

7. Éclairage théorique : déficit d'autosoin

Système d'intervention Trois modes compensatoires:



1. Totalemment compensatoire
2. Partiellement compensatoire
3. Activités d'éducation et de développement

79

Troisième éclairage théorique



L'infirmière a un rôle à jouer auprès de la personne qui présente un déficit en autosoin mais aussi auprès de la personne qui aide le client.

80

8. Projet de thèse

- Personnes vivant avec un TNCM, présentant un déficit en autosoin et requérant des soins de type CHSLD
- = CLIENTS
- AGIR : premier mode d'assistance de l'infirmière MAIS considérer :
→ délégation aux PAB (totalement ou partiellement compensatoire)

81

CONTEXTE

- CHSLD
- soins corporels



Demande



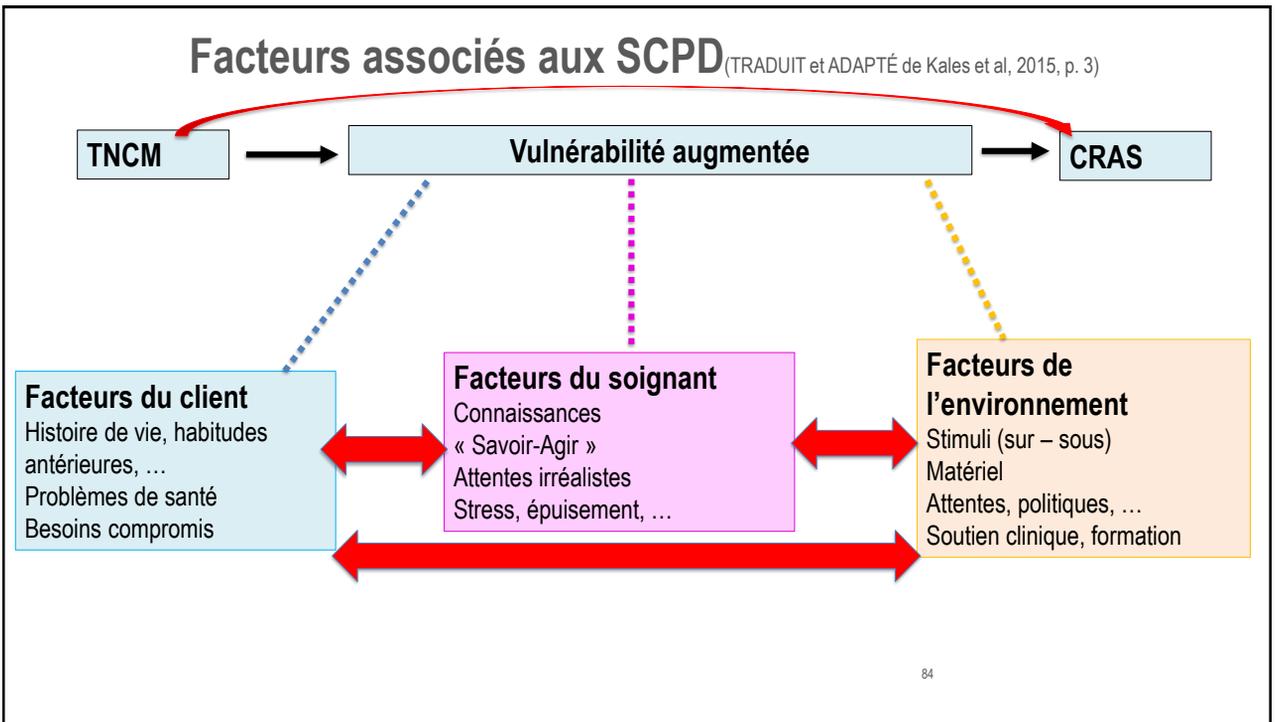
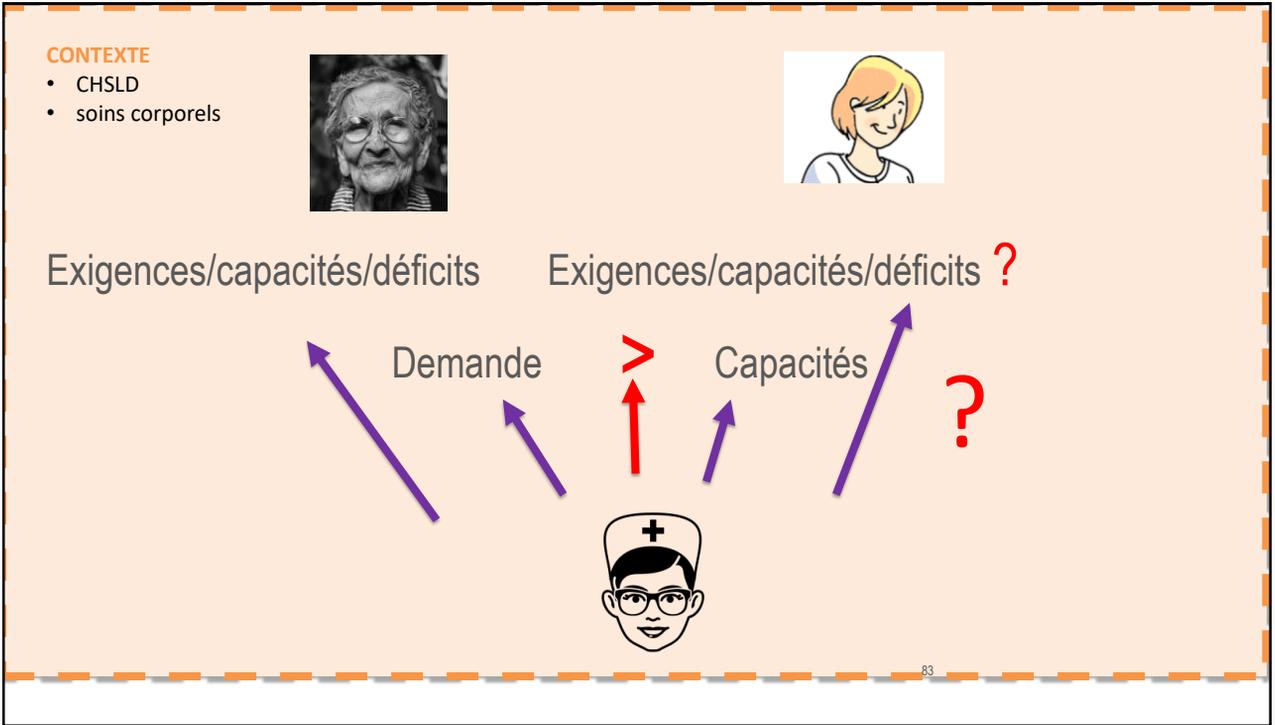
>

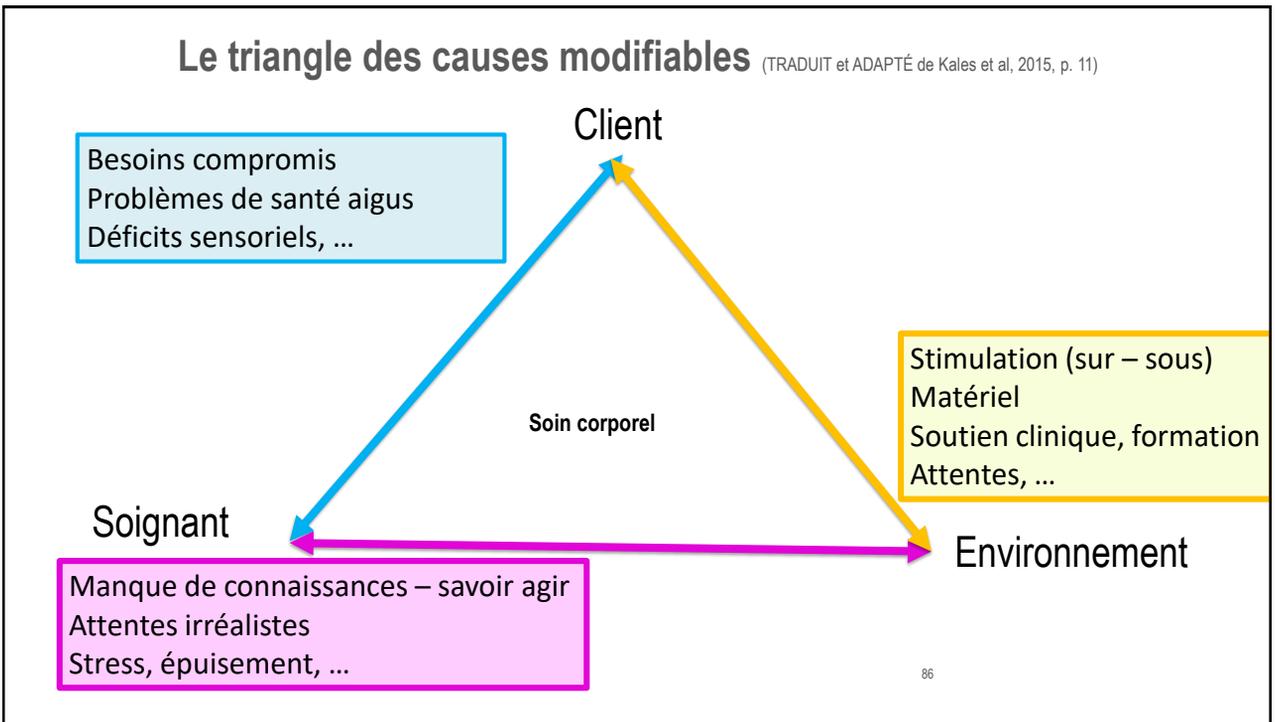
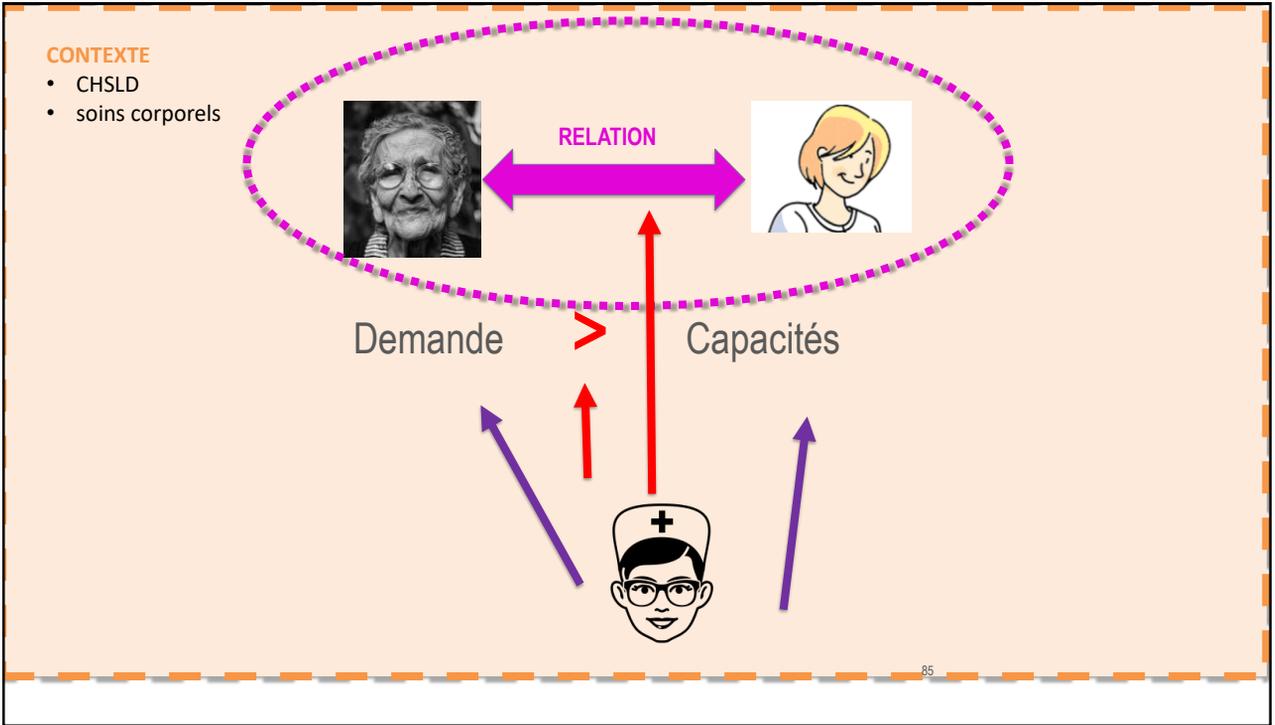


Capacités



82





8. Projet de thèse

- Cible : **prévention ET promotion** ≠ réaction
- Intervention infirmière structurée : **intervention ÉPISSÉ**

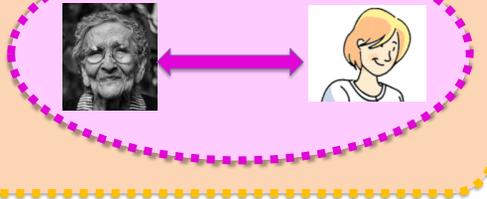
Évaluer, Planifier et Intervenir

Surveiller/Suivre

Évaluer

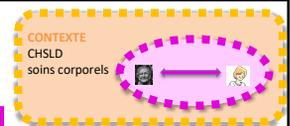
CONTEXTE

- CHSLD
- soins corporels



87

8. Projet de thèse

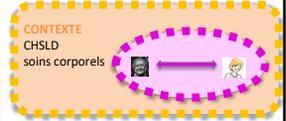


ÉVALUATION INITIALE

Client	Soignant	Environnement
Facteurs p/p	Savoir	Matériel
Besoins et besoins compromis	Savoir-être Savoir-faire	Aménagement
Niveau d'assistance	Savoir-AGIR	Stimuli
Modes de communication	Vouloir-AGIR Pouvoir-AGIR	Besoins
Comportement	Besoins	Ressources

88

8. Projet de thèse

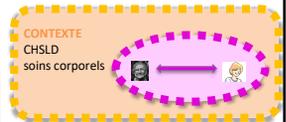


PLANIFICATION		
Client	Soignant	Environnement
Objectifs	Objectifs	Objectifs
Interventions : quoi, combien, comment [3F]	Interventions : qui, quoi, combien, quand, où, comment et pourquoi [3F]	Matériel Aménagement
Partenariat avec la famille	Délégation	Stimuli
Consentement	Collaboration	Enjeux organisationnels
Enjeux éthiques		

- 3F du soin :**
- Fonction
 - Forme
 - Fréquence
- Rader et al (1996); Rader et Barrick (2000)

89

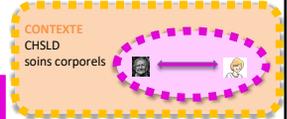
8. Projet de thèse



PLANIFICATION		
Client	Soignant	Environnement
<p>Éthique clinique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie • Bienfaisance • Non malfaisance • Justice et équité • Dignité 		
Enjeux éthiques		

90

8. Projet de thèse

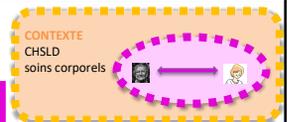


INTERVENTION

Client	Soignant	Environnement
Participation	Interventions non pharmacologiques	Matériel
Réponse aux besoins	Interventions pharmacologiques	Aménagement
Qualité de vie	Plan de soins	Stimuli
Bien-être	Enseignement et coaching	

91

8. Projet de thèse

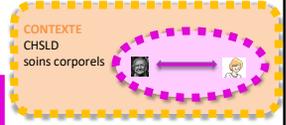


SURVEILLANCE ET SUIVI CLINIQUE

Client	Soignant	Environnement
Participation	Adhésion au plan de soin	Matériel
Effets thérapeutiques	Réalisation des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques: qui, quoi, combien, quand, où, comment	Aménagement
Effets indésirables		Stimuli
Comportement		

92

8. Projet de thèse

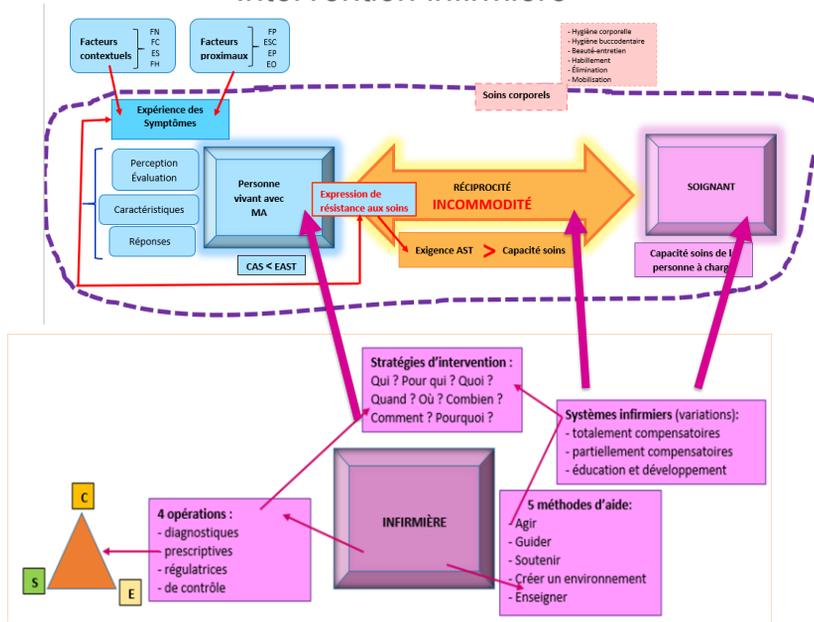


ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Client	Soignant	Environnement
Objectifs	Objectifs	Objectifs
Effets thérapeutiques	Réalisation des interventions	Coûts
Effets indésirables	Collaboration interdisciplinaire	Protocoles, ...
Comportement, qualité de vie, bien-être, ...		Mesures de soutien
Satisfaction	Satisfaction	Formation

93

Intervention infirmière



CONCLUSION



Projet en construction...

Incommodité :

- Utile à nommer expérience vécue au cours des soins corporels par client + soignant
- Perspective de l'expérience vécue et non uniquement du comportement exprimé

Considérer le client et le soignant dans un contexte donné : soins centrés sur la relation

AXE : PRÉVENTION et PROMOTION

Intervention infirmière structurée

95

CONCLUSION



Projet de thèse: recherche d'intervention (Sidani et Braden, 2011)

Phase 1. Élaboration de l'intervention

Étude de cas multiples avec un devis mixte (QUALI et QUANTI)

Triangulation des données théoriques, empiriques et expérientielles théorie du problème, théorie de l'intervention et manuel de l'intervention.

Participants: clients + répondants + soignants (CH)

Phase 2. Acceptabilité, faisabilité et effets des interventions

Étude pilote – Devis à séries temporelles interrompues simples. Données mixtes.

Participants: clients + répondants + soignants (CH)

96

Remerciements

- La construction du concept d'incommodité s'est réalisée lors du cours de Mme **Suzanne Bouchard**, professeure adjointe à la FSI de l'Université Laval et codirectrice de thèse.
- Les commentaires de mon directeur de thèse Philippe **Voyer** et des **professeurs** Clémence **Dallaire**, Nicolas **Vonarx** et Hélène **Provencher** m'ont aidée à clarifier certains énoncés conceptuels et théoriques.
- L'opportunité de réaliser cette présentation au sein de l'**École d'été** de perfectionnement sur le vieillissement de l'**Université de Moncton** me permet de partager mes propositions et de recevoir des rétroactions.
- La **bourse MEES-Universités** (2017-2018, 2018-2019) me permet de mettre mes études au premier plan de mes réalisations.

97



Courriel : sylvie.rey@fsi.ulaval.ca

98

Références

- Algase, D. L., Beck, C. H., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), 10 - 19.
- Allers, K., Dorks, M., Schmiemann, G., & Hoffmann, F. (2017). Antipsychotic drug use in nursing home residents with and without dementia: keep an eye on the pro re nata medication. *International Clinical Psychopharmacology*. doi:10.1097/jic.000000000000173
- Andersson, A., Frank, C., Willman, A. M., Sandman, P. O., & Hansebo, G. (2015). Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review*, 62(3), 377-385. doi:10.1111/inr.12192
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2016). *Relâcher les rétractions. Fiche technique 14*. Récupéré sur le site : <http://asstsas.qc.ca/publication/relacher-les-retractions-ft14>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2017b). *Être en relation. Fiche technique 19*. Récupéré sur le site : <http://asstsas.qc.ca/publication/etre-en-relation-ft19>

99

Références

- Baeriswyl, C., Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., & Python, N. V. (2013). La gestion des symptômes : théorie, recherche et applications. Gros plan sur l'expérience du patient. *Krankenpflege Journal/Soins infirmiers*, 3, 56-60.
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P. D., & Biddle, S. (2008a). *Bathing Without a Battle. Person-Directed Care of individuals with Dementia* (2 ed.). New York (NY): Springer Publishing Company.
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P. D., & Biddle, S. (2008b). Behavior Rating Checklist. In A. L. Barrick, J. Rader, B. Hoeffler, P. D. Sloane, & S. Biddle (Eds.), *Bathing Without a Battle. Person-Directed Care of individuals with Dementia* (2 ed.) (pp. 173-174). New York (NY): Springer Publishing Company.
- Belzil, G., Vézina, J., & Landreville, P. (2009). Étude préliminaire sur l'escalade des comportements de résistance dans le contexte des soins d'hygiène du matin chez des patients atteints de démence. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 14, 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc*, 34(10), 711-721.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Bathing: a framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(2), 121-135. doi:10.1016/j.archger.2006.09.001
- Cooke, H. (2006). *Organizational and physical environmental correlates of bathing-related agitation in dementia special care units*. Simon Fraser University, Burnaby (BC).
- Corcoran, K. A., Desmond, T. J., Frey, K. A., & Maren, S. (2005). Hippocampal inactivation disrupts the acquisition and contextual encoding of fear extinction. *Journal of Neuroscience*, 25(39), 8978-8987. doi:10.1523/jneurosci.2246-05.2005
- Comege-Blokland, E., Kleijer, B. C., Hertogh, C. M., & van Marum, R. J. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 80.e81-86. doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004

100

Références

- Courtinat, J.-L. (1994). *Fait & Cause. Avec les textes de Renée Sebag-Lanoë*. Lausanne (CH): Idéodis Création.
- Croy, S. (2014). *Supporting people with dementia : understanding and responding to distressed behaviour*. Stirling (UK): University of Stirling: Dementia Services Development Centre.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*(12), 2308-2314.
- Desrosiers, J., Viau-Guay, A., Bellemare, M., Trudel, L., Feillou, I., & Guyon, A. C. (2014). Relationship-based care and behaviours of residents in long-term care facilities. *Curr Gerontol Geriatr Res*, *2014*, 949180. doi:10.1155/2014/949180
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 668-676.
- Donaldson, S. K. (2000). Breakthroughs in scientific research: the discipline of nursing, 1960-1999. *Annual Review of Nursing Research*, *18*, 247-311.
- Dunn, J. C., Thiru-Chelvam, B., & Beck, C. H. (2002). Bathing. Pleasure or pain? *Journal of Gerontological Nursing*, *28*(11), 6-13.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version française de la théorie des symptômes (TGS) et son application. *Recherche en Soins Infirmiers*, *1*(112), 14-25.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3 ed.). Philadelphia (PA): F.A. Davis Company.
- Fraser, J., Landreville, P., Voyer, P., & Carmichael, P. H. (2014). [Factorial structure of the French version of the Nursing Home Behavior Problem Scale]. *Can J Aging*, *33*(2), 163-175. doi:10.1017/s0714980814000014
- Grubbs, J. (1980). An Interpretation of the Johnson Behavioral System Model for Nursing Practice. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual Models for Nursing Practice* (2 ed.) (pp. 217-253). New York (NY): Appleton-Century-Crofts.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, *1*(6), 399-406.

Références

- Henry, J. D., Thompson, C., Ruffman, T., Leslie, F., Withall, A., Sachdev, P., & Brodaty, H. (2009). Threat perception in mild cognitive impairment and early dementia. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *64*(5), 603-607. doi:10.1093/geronb/gbp064
- Imsand, M. (1982). *Paul et Clémence*. Lausanne (CH): Éditions 24 Heures.
- International Psychogeriatric Association. (2012). *The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide*. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.
- Ishii, S., Streim, J. E., & Saliba, D. (2012). A conceptual framework for rejection of care behaviors: review of literature and analysis of role of dementia severity. *Journal of the American Medical Directors Association*, *13*(1), 11-23.e11-12. doi:10.1016/j.jamda.2010.11.004
- Jablonski-Jaudon, R. A., Kolanowski, A. M., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Azuero, A. (2016). Maturation of the MOUTH Intervention: From Reducing Threat to Relationship-Centered Care. *Journal of Gerontological Nursing*, *42*(3), 15-23; quiz 24-15. doi:10.3928/00989134-20160212-05
- Jablonski, R. A., Therrien, B., & Kolanowski, A. (2011). No more fighting and biting during mouth care: applying the theoretical constructs of threat perception to clinical practice. *Res Theory Nurs Pract*, *25*(3), 163-175.
- Johnson, D. E. (1980). The Behavioral System Model for Nursing. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual Models for Nursing Practice* (2 ed.) (pp. 207-216). New York (NY): Appleton-Century-Crofts.
- Johnson, R. H. (2011). Practical care: creative strategies for bathing. *Nursing & Residential Care*, *13*(8), 392-394.
- Kable, A., Guest, M., & McLeod, M. (2013). Resistance to Care: contributing factors and associated behaviours in healthcare facilities. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(8), 1747-1760. doi:10.1111/jan.12035
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, *350*, h369. doi:10.1136/bmj.h369
- Kim, H. S. (2015). *The Essence of Nursing Practice. Philosophy and Perspective*. New York (NY): Springer Publishing Company.
- Kitson, A. (2016). Why Do We Need to Study the Fundamentals of Care? *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, *29*(1), 10-16.

Références

- Kitson, A., Muntlin Athlin, A., & Conroy, T. (2014). Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 331-339. doi:10.1111/jnu.12081
- Kitson, A., Robertson-Malt, S., & Conroy, T. (2013). Identifying the fundamentals of care within Cochrane Systematic reviews: the role of the Cochrane Nursing Care Field Fundamentals of Care Node. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 109-115. doi:10.1111/ijn.12059
- Kovach, C. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., & Wells, T. (2005). A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 134-140; discussion 140.
- Lachs, M. S., Rosen, T., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Ramirez, M., Silver, S., & Pillemer, K. (2013). Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *Journal of General Internal Medicine*, 28(5), 660-667. doi:10.1007/s11606-012-2284-1
- Liehr, P., & Smith, M. J. (2014). Concept Building for Research. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle-Range Theory for Nursing (3 ed.)* (pp. 349-360). New-York (NY): Springer.
- Mahoney, E. K., Hurley, A. C., Volicer, L., Bell, M., Gianotis, P., Hartshorn, M., . . . Warden, V. (1999). Development and testing of the Resistiveness to Care Scale. *Res Nurs Health*, 22(1), 27-38.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (6 ed.). Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
- Mezey, M., Mitty, E., Burger, S. G., & McCallion, P. (2008). Healthcare Professional Training: A Comparison of Geriatric Competencies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(9), 1724-1729. doi:doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01857.x
- Miller, M. F. (1997). Physically aggressive resident behavior during hygienic care. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(5), 24.
- Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'Arcy, C., Forbes, D., & Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00846.x

103

Références

- Namazi, K., & Johnson, B. D. (1996). Issues related to behavior and the physical environment: bathing cognitively impaired patients. [In Vitro]. *Geriatric Nursing*, 17(5), 234-238; quiz 238-239.
- Ontario Drug Policy Research Network. (2015). *Antipsychotic Use in the Elderly. Final Consolidated Report*. nd: Ontario Drug Policy Research Network.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing. Concepts of Practice* (6 ed.). St. Louis (MI): Mosby.
- Pulsford, D., & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 611-618. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00964.x
- Rader, J., & Barrick, A. L. (2000). Ways That Work : Bathing without a Battle. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 35-49.
- Rader, J., Barrick, A. L., Hoeffler, B., Sloane, P. D., McKenzie, D., Talerico, K. A., & Glover, J. U. (2006). The bathing of older adults with dementia: easing the unnecessarily unpleasant aspects of assisted bathing. *American Journal of Nursing*, 106(4), 40-49.
- Rader, J., Lavelle, M., Hoeffler, B., & McKenzie, D. (1996). Maintaining cleanliness: an individualized approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 32-38; quiz 49.
- Ray, W. A., Taylor, J. A., Lichtenstein, M. J., & Meador, K. G. (1992). The Nursing Home Behavior Problem Scale. *Journal of Gerontology*, 47(1), M9-16.
- Regan, A., Tapley, M., & Jolley, D. (2014). Improving end of life care for people with dementia. *Nursing Standard*, 28(48), 37-43 37p. doi:10.7748/ns.28.48.37.e8760
- Revitt, K., Pulungan, Z., Mor, V., & Gozalo, P. (2011). *Bathing Without a Battle: Creating a Better Bathing Experience for Persons with Alzheimer's Disease and Related Disorders. Final Report*. Retrieved from Roosevelt Island (NY):
- Rey, S. (2016a). *La construction des concepts. L'incommodité comme expérience vécue au cours des soins corporels. [Travail non publié]*. Québec (QC): Université Laval: Faculté des sciences infirmières.
- Rey, S. (2016b). *Perspective infirmière pour la résistance aux soins et les situations difficiles de soins d'hygiène: concepts et pratique collaborative. Examen de doctorat I - Volet rétrospectif*. Québec : Université Laval - Faculté des Sciences Infirmières. Non publié.

104

Références

- Sandman, P. O., Norberg, A., Adolffson, R., Axelsson, K., & Hedly, V. (1986). Morning care of patients with Alzheimer-type dementia. A theoretical model based on direct observations. *Journal of Advanced Nursing*, 11(4), 369-378.
- Schindel-Martin, L., Morden, P., Cetinski, G., Lasky, N., McDowell, C., & Roberts, J. (2003). Teaching staff to respond effectively to cognitively impaired residents who display self-protective behaviors. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 273-281.
- Schindel Martin, L. (2013). *Responsive Behaviours Associated with Dementia: Successful person-Centered Care Strategies*. 10th Annual Provincial Conference. Long Term and Continuing Care Association of Manitoba. Ryerson University, Advanced Gerontological Education and Gentle Persuasive Approaches.
- Schindel Martin, L., Loïsele, L., Montemuro, M., Cowan, D., Crane, R., Dempsey, M., . . . Tassonyi, A. (2016). *ADP. Approches Douces et Persuasives dans les soins aux personnes atteintes de démence. Soutien aux personnes ayant des comportements réactifs* (3 ed.). Hamilton (ON): Avancées Gérologique Éducation (AGE) Inc.
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., . . . Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x
- Smith, M. J., & Liehr, P. (2014). *Middle-Range Theory for Nursing* (3 ed.). New-York (NY): Springer.
- Talerico, K. A., & Evans, L. K. (2000). Making Sense of Aggressive/Protective Behaviors in Persons with Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 77-88.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 42(2), 169-177.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. E. (2011). *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York (NY): Springer Publishing Company.
- Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: a corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nurs Sci Q*, 14(1), 39-47. doi:10.1177/08943180122108030

105

Références

- Teri, L. (1997). Assessment and Treatment of Neuropsychiatric Signs and Symptoms in Cognitively Impaired Older Adults: Guidelines for Practitioners. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2(2), 152-158.
- Truchon, S. (2012a). Négligence dans les soins et traitements 1/2. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: Chroniques déonto*. Retrieved from <http://www.infoiq.org/chronique-deonto/neglige-dans-les-soins-et-traitements-0>, le 2017.08.08
- Truchon, S. (2012b). Négligence dans les soins et traitements 2/2. *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: Chroniques déonto*. Retrieved from <http://www.infoiq.org/chronique-deonto/neglige-dans-les-soins-et-traitements-22>, le 2017.08.08
- Vandervoort, A., Van den Block, L., van der Steen, J. T., Volicer, L., Vander Stichele, R., Houttekier, D., & Deliens, L. (2013). Nursing home residents dying with dementia in Flanders, Belgium: a nationwide postmortem study on clinical characteristics and quality of dying. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 485-492. doi:10.1016/j.jamda.2013.01.016
- Volicer, L., Bass, E. A., & Luther, S. L. (2007). Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(8), 527-532. doi:10.1016/j.jamda.2007.05.005
- Volicer, L., & Hurley, A. C. (2015). *Assessment Scales for Advanced Dementia*. Baltimore (MD): Health Professions Press.
- Volicer, L., Hurley, A. C., & Mahoney, E. (2015). Rejection of Care in Dementia. In L. Volicer & A. C. Hurley (Eds.), *Assessment Scales for Advanced Dementia* (pp. 185-196). Baltimore (MD): Health Professions Press.
- Vonarx, N. (2016). Le corps au sein de la discipline infirmière: un incontournable pour lier les quatre concepts du métaparadigme actuel. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(127), 8-15. doi:10.3917/rsi.127.0008
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., . . . Richard, H. (2015). Behavioral and psychological symptoms of dementia: how long does every behavior last, and are particular behaviors associated with PRN antipsychotic agent use? *Journal of Gerontological Nursing*, 41(1), 22-37; quiz 38-29. doi:10.3928/00989134-20141030-01
- Werner, P., Tabak, N., Alpert, R., & Bergman, R. (2002). Interventions used by nursing staff members with psychogeriatric patients resisting care. *Int J Nurs Stud*, 39(4), 461-467.
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2016). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnw047

106