



Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO)
– Système d’observation de la démence (DOS)

MANUEL DE RESSOURCES

Des soins éclairés, centrés sur la personne et la famille, grâce à la consignation d’observations directes, objectives et mesurables



avril 2021
(version française)

www.behaviouralsupportsontario.ca



Behavioural Supports Ontario
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario



Coordonnées

Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO PCO)

Centre régional de santé de North Bay

provincialBSO@nbrhc.on.ca

1-855-276-6313

Remerciements de la publication

Droit d'auteur

Le projet ontarien du Soutien en cas de troubles du comportement – Système d'observation de la démence (BSO-DOS[®]) et le présent Manuel de ressources sont la propriété intellectuelle de l'équipe du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, Bureau de coordination provincial (BSO PCO), Centre régional de santé de North Bay (Ontario), Canada. Par conséquent, il est interdit de copier ou de reproduire ces textes sans avoir préalablement obtenu une autorisation écrite du BSO PCO.

Traduction

Le présent Manuel de ressource est la version française de :

DOS Working Group (2019). Behavioural Supports Ontario-Dementia Observation System (BSO-DOS[®]) resource manual : Informing person and family-centred care through direct observation. Behavioural Supports Ontario Provincial Coordinating Office, North Bay Regional Health Centre, Ontario, Canada.

Citation proposée

Groupe de travail DOS (2019). Manuel de ressources du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS[®]) : Des soins éclairés, centrés sur la personne et la famille, grâce à la consignation d'observations directes, objectives et mesurables. Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement, Centre régional de santé de North Bay (Ontario), Canada.

Photo de la couverture

La photo de la couverture comporte de nombreuses couleurs présentes dans le BSO-DOS[®]. Elle illustre la diversité et les expressions intimement liées qui font partie du comportement humain. Même si le BSO-DOS[®] place les comportements dans des catégories, nous sommes conscients que les personnes atteintes de démence sont complexes, comme nous tous, qu'elles interagissent avec le monde qui les entoure et s'expriment en empruntant de nombreuses voies différentes.

REMERCIEMENTS

L'esprit de collaboration et d'excellence des contributeurs provinciaux et nationaux suivants aura permis de concrétiser le Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario – Système d'observation de la démence (BSO-DOS[®]).

Membres du Groupe de travail DOS

- Lori Schindel Martin, Ph. D., professeure agrégée (Daphne Cockwell School of Nursing, Ryerson University) - coprésidente
- Debbie Hewitt Colborne, conseillère de projet, Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Centre régional de santé de North Bay) – coprésidente
- Adriana Barel, infirmière autorisée (St. Joseph's Health Care London)
- Julia Baxter, gestionnaire en santé mentale pour les personnes âgées (St. Joseph's Healthcare Hamilton)
- Monica Bretzlaff, gestionnaire en santé mentale (Centre régional de santé de North Bay) et gestionnaire (Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario)
- Adriana Caggiano, conseillère en ressources psychogériatriques (Regional Geriatric Program of Toronto)*
- Lina DeMattia, coordonnatrice régionale de l'éducation du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Alzheimer Society of Chatham-Kent)*
- Gail Elliot, directrice générale (DementiAbility Enterprises Inc.)
- Fernanda Fresco, thérapeute comportementale (Centre régional de santé de North Bay)
- Katrina Grant, thérapeute comportementale (Hôpital Providence Care)
- Pam Hamilton, consultante en éducation (PIECES[™] Canada Consult Group)
- Dre Andrea Iaboni, gériopsychiatre (Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network)
- Stephanie Jarvis, infirmière clinique spécialisée (William Osler Health System)*
- Teresa Judd, directrice du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Ouest)
- Lindy Kilik, Ph. D., neuropsychologue (Hôpital Providence Care et département de psychologie et de psychiatrie, Queen's University)
- Jodi Laking, infirmière auxiliaire autorisée (West Parry Sound Health Centre)
- Cecelia Marshall, travailleuse sociale (Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network)
- Kristin Newman, Ph. D., professeure agrégée (Daphne Cockwell School of Nursing, Ryerson University)
- Brynn Roberts, conseillère en ressources psychogériatriques enrichie (London Health Sciences Centre)*
- Kimberly Schelgel, conseillère en ressources psychogériatriques enrichie (London Health Sciences Centre)*
- Dr. Lisa Van Bussel, gériopsychiatre (St. Joseph's Health Care London)

*Contributions faites dans le cadre du mandat du poste mentionné.

Autres contributeurs fort appréciés

Tout au long du processus de normalisation du DOS, le groupe de travail provincial DOS a consulté plus de 350 professionnels de la santé et personnes qui ont des expériences vécues en la matière et recueilli leurs commentaires. Nous tenons à remercier et à saluer les personnes suivantes:

- Membres du Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario
- Membres du service de consultation sur le transfert de connaissances et les communications du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario
- Valentina Donison (étudiante à la maîtrise en soins infirmiers, Ryerson University)
- Membres du groupe de discussion sur le DOS (novembre 2017):
 - Peggy Davis, travailleuse sociale (Long-term Care Living, comté de Lambton, Ont.)
 - Marge Dempsey, infirmière autorisée (DementiAbility Enterprises Inc.)
 - Sandra Dewsberry, conseillère en ressources psychogériatriques (St. Joseph's Care Group, Thunder Bay, Ont.)
 - Jeanne Ju, conseillère en ressources de comportements complexes (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse)
 - Mandy Lindsay, infirmière clinicienne et dirigeante de pratique professionnelle (Brant Community Healthcare System, Ont.)
 - Brenda Nicholson, conseillère en ressources de comportements complexes (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse)
 - Dan Riddell, gestionnaire du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario et gestionnaire des soins de convalescence (T. Roy Adams Regional Centre for Dementia Care, région de Niagara, Ont.)
 - Kimberley Smith, spécialiste en gériatrie-démence, Programme de santé des personnes âgées (Providence Health, C.-B.)
 - Sharon Stap, conseillère en ressources psychogériatriques (RLISS de Waterloo Wellington, Ont.)
 - Anita Wahl, infirmière clinicienne spécialisée (Fraser Health Authority, C.-B.)
 - Sheelagh Willet, infirmière praticienne (William Osler Health System, Ont.)
 - Gerry Yerxa, chef des ressources en gérontopsychiatrie (Association canadienne pour la santé mentale, Fort Frances, Ont.)
- Participants à l'atelier sur le DOS de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) (congrès de l'ACGP, novembre 2017)
- Participants (n = 165) au webinaire de brainXchange « Strengthening the Dementia Observation System (DOS): Seeking Your Contributions to the Standardized Version and Next Steps! » (février 2018)
- Répondants (n = 139) au questionnaire du « New Standardized DOS Feedback Survey » (février/mars 2018)
- Consultation relative à l'expérience pratique du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (mars 2018)
- Conseillers en analyse de données (avril 2018):

- Laurie Armstrong, thérapeute comportementale (Centre régional de santé de North Bay)
- Nick Feltz, thérapeute comportemental (Centre de santé mentale Royal Ottawa)
- Patricia Fontaine, thérapeute comportementale (Centre régional de santé de North Bay)
- Fernanda Fresco, thérapeute comportementale (Centre régional de santé de North Bay)
- Katrina Grant, thérapeute comportementale (Hôpital Providence Care)
- Stephanie Jarvis, spécialiste en application des connaissances cliniques – gériatrie (Think Research)
- Lindy Kilik, Ph. D., neuropsychologue (Hôpital Providence Care et départements de psychologie et de psychiatrie, Queens University)
- Mike Palangio, thérapeute comportemental (Centre régional de santé de North Bay)
- Allison Thomas, thérapeute comportementale (Centre régional de santé de North Bay)
- Emplacements et responsables du projet d'amélioration de la qualité (PAQ) du DOS (juin 2018):

Emplacement du Projet d'amélioration de qualité (PAQ) du DOS	Responsables du PAQ
Hawthorn Woods Care Community, Toronto	Jay Patel, responsable du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, et Cheryl Graham, conseillère en ressources psychogériatriques
Lakeside Extendicare, Toronto	Hannah Quirt, adjointe de recherche
McCormick Home, London	Adriana Barel, infirmière autorisée
McGarrell Place, London	Adriana Barel, infirmière autorisée
Centre régional de santé de North Bay	Fernanda Fresco, thérapeute comportementale, et Teresa Mulvihill, éducatrice infirmière clinicienne
St. Joseph's Health Care London	Adriana Barel, infirmière autorisée
Toronto Rehab - University Health Network	Hannah Quirt, adjointe de recherche

Sous-comité du BSO-DOS[©] francophone

La création du BSO-DOS[©] francophone permet aux divers secteurs dans le contexte ontarien, et national, de s'équiper d'un langage et d'un outil commun lors des évaluations de la santé comportementale. Avec peu de ressources cliniques disponibles en français, le bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario accorde de grande importance à la durabilité du BSO-DOS[©] dans les deux langues officielles. Nous tenons à remercier les cliniciens, médecins et autres experts francophones qui ont rendu le développement d'une version française du BSO-DOS[©] possible:

- Tina Kalviainen, spécialiste en communications stratégiques, Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Centre régional de santé de North Bay) – Collaboratrice principale du Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario
- Mélanie Beaulieu, spécialiste en admission clinique, Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario du Nord-Est (Centre régional de santé de North Bay)
- Kelly Boisclair, directrice exécutive des soins de longue durée (Centre de soins de longue durée Montfort, Revera Inc.)
- Denise Cyr, directrice des soins infirmiers (Centre d'accueil Champlain)
- Natasha Fortin, assistante de projet, Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Centre régional de santé de North Bay)
- Fernanda Fresco, thérapeute comportementale (Centre régional de santé de North Bay)
- Hélène Gravel, gérante de programme des soins des résidents (Centre d'accueil Champlain)
- Debbie Hewitt Colborne, conseillère de projet, Bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Centre régional de santé de North Bay)
- Lindy Kilik, Ph.D., neuropsychologue (Hôpital Providence Care et départements de psychologie et de psychiatrie, Queen's University)
- Gabriella Kuilder, gestionnaire régionale des services cliniques (Revera Inc.)
- Roxanne Makela, conseillère en ressources psychogériatriques, Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario du Nord-Est (Centre régional de santé de North Bay)
- Natalie Myre, spécialiste en intervention de comportements, Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario du Nord-Est (Centre régional de santé de North Bay)
- Carole Pilon, directrice de soins (Centre de soins de longue durée Montfort, Revera Inc.)*
- Jennifer St-Jules, sensibilisation gériatrique et Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (Royal Ottawa Health Care Group)

* Contributions faites dans le cadre du mandat du poste mentionné.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	8
L'historique du DOS	8
Objectif du BSO-DOS [©]	9
Comprendre le comportement	9
Identité individuelle	10
REEMPLIR LE BSO-DOS [©]	11
Étape n° 1: Renseignements généraux	11
Étape n° 2: Fiche de collecte de données	12
Remplir la fiche de collecte de données	13
Définitions des comportements observés	14
Contexte	22
Définitions des contextes	23
Surlignage de la fiche de collecte de données	24
Étape n° 3: Analyse et planification	25
Tableau d'analyse	25
Remplir le tableau d'analyse	29
Analyse narrative	30
Procéder à l'analyse narrative	31
Étapes suivantes	32
Exécuter les étapes suivantes :	32
Guide d'utilisation	32
FOIRE AUX QUESTIONS	33
ÉTUDES DE CAS	35
Étude de cas n°1	35
Étude de cas n°2	38
Étude de cas n°3	40
RÉFÉRENCES	42
MOT DE REMERCIEMENT	43

INTRODUCTION

L'histoire du DOS

Le Système d'observation de la démence (DOS) a été créé au début des années 1990 à l'Hôpital St. Peter's (HSP), un centre de soins prolongés complexes de Hamilton, en Ontario. Les membres des équipes cliniques de l'HSP ont reconnu qu'ils avaient besoin d'une méthode de documentation systématique afin d'enregistrer et d'analyser les occurrences de symptômes comportementaux présentés par les personnes âgées atteintes de démence. En réponse à cette demande, ils ont créé le premier DOS qu'ils ont appelé « Q30 Minute Check Sheet », c'est-à-dire la fiche questionnaire de contrôle de 30 minutes. Cet outil s'est révélé utile pour faire le suivi de la présence, de la fréquence, de la durée et du niveau de risque de troubles comportementaux souvent associés à la démence, comme la vocalisation répétitive, la perturbation des habitudes de sommeil-éveil, la répugnance à prendre un bain et des expressions physiques d'anxiété et de peur envers les autres. Il est devenu évident que les tendances comportementales établies grâce à l'analyse du DOS facilitaient la prise de décisions par l'équipe clinique sur les questions suivantes : ajustement efficace des médicaments jusqu'à la plus faible dose nécessaire, arrêt de la prise de médicaments inefficaces ou inutiles, aiguillage des clients aux fins d'évaluation par des consultants externes, transfert de clients à des niveaux de soins plus appropriés ou dans des milieux plus sécuritaires, éducation des familles et établissement de la distinction entre les comportements associés au risque le plus élevé et ceux qu'il est possible de gérer par l'application de mesures d'interventions non pharmacologiques .

En 1998, le foyer de soins de longue durée Shalom Village a adopté la fiche Q30 Minute Check Sheet. Selon l'hypothèse émise, même si l'outil a été développé initialement pour le secteur des soins prolongés complexes, il pourrait s'avérer utile dans le secteur des foyers de soins de longue durée. Peu de temps après, paraissait dans la revue spécialisée *Long Term Care* un article intitulé « A Dementia Observation System: A Useful Tool in Discovering the Person Behind the Illness » décrivant l'utilisation de la fiche Q30 Minute Check Sheet au centre Shalom Village. Et c'est ainsi que l'outil, dorénavant appelé DOS (l'acronyme anglais du Système d'observation de la démence), a été ajouté comme outil de collecte de données au programme PIECESTM à partir de 1999.

Depuis sa première publication et son inclusion dans le manuel de PIECESTM, le système DOS sert à grande échelle, entre autres dans son application liée au contexte des soins de la démence en Ontario et au-delà. Ces dernières années, un nombre croissant de cliniciens et d'éducateurs ont manifesté de l'intérêt pour une mise à jour du DOS initial, assurant son actualisation et son utilisation de termes plus centrée sur la personne. La reconnaissance de la nécessité d'apporter des modifications au DOS a donné lieu à un partenariat interprofessionnel grâce au leadership et à l'aide du bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement de l'Ontario (BSO PCO). Le service de consultation sur le transfert de connaissances et les communications du BSO a formé un groupe de travail sur le DOS (composé de plus de 20 membres représentant différentes disciplines) afin de standardiser le DOS et de permettre l'utilisation d'une version commune de l'outil, dans un format uniforme, pour la prise de décisions cliniques et l'évaluation des résultats des interventions. Dans la première phase de ses travaux de mise à jour du DOS, au début de 2017, le Groupe de travail DOS a découvert, dans le cadre d'une évaluation de l'environnement, l'existence de 48 versions connues de l'outil (11 versions identiques à l'originale, 27 comportant quelques modifications et 10 présentant d'importantes modifications et innovations). Le présent Manuel de ressources et le BSO-DOS[©] sont les fruits de la persistance, du dévouement et de la collaboration des membres du Groupe de travail DOS. Ils constituent le point de convergence des connaissances, de l'expertise et des idées de nombreux esprits créatifs ayant tous l'intention de rehausser la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de démence qui ont des comportements ou des expressions personnelles réactifs.

Objectif du BSO-DOS[©]

En conformité avec la valeur et l'importance de l'observation comportementale directe (Curyto, Van Haitsman et Vriesma, 2008), le BSO-DOS[©] vise à fournir des données objectives et précises sur le comportement d'une personne tout au long d'un cycle de 24 heures, pendant plusieurs jours consécutifs. Les données recueillies pourraient ensuite servir à distinguer des types, des tendances, des facteurs contributifs et des variables modifiables associés aux comportements ou aux expressions personnelles réactifs. Ces renseignements sont pertinents pour l'élaboration et l'évaluation d'interventions adaptées et centrées sur la personne, visant à répondre à des besoins non comblés au moyen d'activités, de changements d'environnement, d'approches ou de médicaments. Ces démarches personnalisées sont au cœur de la prestation de soins centrés sur la personne et la famille.

Le BSO-DOS[©] peut servir à définir la norme de base des comportements pour les individus qui font la transition dans un nouvel environnement (p. ex. un foyer de soins de longue durée) ou les clients (résidents/patients) qui affichent un changement aigu de leur profil comportemental. Le BSO-DOS[©] permet aux membres d'équipes, aux organismes et aux divers secteurs d'utiliser un même langage. Cette méthode rend accessible la notation d'observations comportementales fait en sorte que tous les membres de l'équipe de soins peuvent y participer et contribuer directement à une meilleure compréhension des types de comportements affichés par la personne atteinte de démence.

Comme il est indiqué, le développement du DOS initial visait à faciliter spécifiquement l'évaluation des personnes atteintes de démence et la prestation de leurs soins. Par contre, des équipes cliniques ont découvert la valeur de l'utilisation du DOS, même s'il n'était pas destiné à d'autres populations, pour la détection des types de comportements que présentaient des personnes atteintes de délire, de maladie mentale ou d'autres troubles neurologiques.

Compréhension des comportements

Pour comprendre un comportement, le membre de l'équipe clinique doit d'abord le reconnaître, faire preuve d'empathie et trouver la signification de ce comportement. La compréhension des comportements vient en outre remplacer une opinion subjective par une réflexion critique à propos des causes possibles du comportement. La compréhension des comportements découle d'une analyse des renseignements consignés dans le BSO-DOS[©], suivie d'une discussion en équipe à propos des constatations. L'omission de renseignements pourrait mener à des conclusions erronées. Cela explique la si grande importance de documenter vos observations avec le plus de précision et d'exhaustivité possible.

(Bromley, 1990; Curyto, Van Haitsman et Vriesma, 2008; Van Haitsman et Vriesma, 2008; Kitwood, 1997; McCormack et McCance, 2017; Gallagher-Thompson, Steffen et Thompson, 2008; Noguchi, Kawano et Yamanaka, 2013; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016; Reuther, *et al.*, 2012; Schindel Martin, 1998; Seitz, *et al.*, 2012; Spector, Orrell et Goyder, 2013; Zeller, *et al.*, 2009).

La documentation de renseignements exhaustifs dans le BSO-DOS[©] facilite la formulation de réponses aux questions cliniques suivantes :

- À quel rythme se déroule la journée de la personne? A mesure que vous examinez les données, un modèle qui indique un rythme quotidien peu s'émerger. Des habitudes comme le sommeil, la participation positive (ou l'absence de participation) et le moment de la journée où se manifestent habituellement des comportements donnent un aperçu de la routine quotidienne de la personne. Ces renseignements permettront à l'équipe de personnaliser ses démarches et le moment choisi pour leurs interventions.
- Est-ce qu'un élément se distingue lors de votre examen du BSO-DOS[®] achevé? Votre jugement clinique vous permettra sans doute de déterminer les types de comportements propres à la personne pour ainsi mettre au point des interventions adaptées, centrées sur la personne et/ou reconnaître la nécessité du soulagement de la douleur et des symptômes. Dans certains cas, le jugement clinique et la discussion d'équipe avec des membres de la famille mèneront à l'adoption d'une combinaison de traitements médicamenteux et non pharmacologiques.
- S'agit-il d'un nouveau comportement? La comparaison des nouvelles données du BSO-DOS[®] à ceux déjà cueillis, par exemple au moment de l'admission, pourrait aider l'équipe à identifier les causes et les facteurs contributifs.
- S'agit-il d'un type précis de changement comportemental? Noter les comportements tout au long de chaque cycle de 24 heures favorisera la détection du moment de l'apparition des comportements, de l'endroit où ils sont apparus et de leur durée. Cela permettra d'accélérer le traitement dans les situations qui présentent un risque important.
- L'intervention (p. ex. activité, démarche, médicament) a-t-elle été efficace? Un suivi complet, avant et après les interventions, permettra de quantifier les améliorations et les effets indésirables.
- Est-il nécessaire de procéder à une évaluation spécialisée? Le BSO-DOS[®] pourrait détecter un risque et fournir des preuves de la nécessité d'un soutien et/ou d'un environnement spécialisé requis pour appuyer une évaluation et à un traitement additionnels. Le « portrait » créé par le BSO-DOS[®] constituera un complément à votre notation au dossier et viendra en aide à une ressource/unité spécialisée (p. ex. santé mentale pour aînés, Soutien en cas de troubles du comportement de l'Ontario, unité de transition au Soutien en cas de troubles du comportement ou unité de soins tertiaires) grâce à de précieux renseignements permettant de comprendre la personne et ses besoins actuels en matière de soins.

Identité individuelle

Une partie essentielle de la prestation de soins centrés sur la personne et la famille est de reconnaître le caractère unique de la personne (AllAO, 2015). Par conséquent, lorsque les équipes cliniques s'affairent à trouver la signification des comportements réactifs, elles doivent impérativement connaître l'histoire de la personne, ses préférences, ses intérêts et ses routines. Le terme « identité individuelle » sert souvent à traduire les renseignements recueillis ou connus à propos de la personne, qui mèneront ultimement à la reconnaissance, au respect et à la confiance qui se communiquent d'une personne à l'autre dans une relation de soins (Kitwood, 1997; McCormack et McCance, 2017). L'ouvrage du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, intitulé « Making Connections: Recommendations to Enhance the use of Personhood Tools to Improve Person-Centered Care Delivery Across Sectors » (Établir des liens : recommandations visant à accroître l'utilisation dans tous les secteurs des outils liés à l'identité individuelle pour une prestation de soins plus centrés sur la personne) est une excellente ressource pour favoriser la collecte de ce genre de renseignements ([cliquer ici pour le consulter](#)). Les données du BSO-DOS[®] doivent être interprétées dans le contexte des renseignements sur l'identité individuelle.

Remplir le BSO-DOS®

Étape n° 1: Contexte

Cette section permet à la personne ayant initié la fiche BSO-DOS® d'exposer les raisons pour lesquels elle utilise l'outil. Cela permet de communiquer à toute l'équipe clinique les raisons pour la collecte de données d'observation comportementale directe. Il faut également inscrire les dates de début et de fin du BSO-DOS® pour fournir des attentes précises à l'équipe.

Remplir la section sur le contexte:



BSO-DOS®
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (BSO)-
Système d'observation de la démence (DOS)

Feuille de travail

Qui remplit cette section?
Le membre de l'équipe qui a initié la fiche de BOS-DOS® (soit l'infirmière ou le professionnel paramédical) remplit cette section.

Ajoutez ici les identifiants du patient/résident.

Étape 1 : Contexte (À compléter avant de remplir la fiche de collecte de données.)

Raison pour laquelle vous remplissez le BSO-DOS®:

<input type="checkbox"/> Information de base/Admission <input type="checkbox"/> Transition/Déplacement <input type="checkbox"/> Nouveau comportement : <input type="checkbox"/> Changement de comportement(s)	<input type="checkbox"/> Mise en place d'une nouvelle stratégie ou intervention <input type="checkbox"/> Ajustement des médicaments <input type="checkbox"/> Soutien à consultation ou au transfert d'urgence <input type="checkbox"/> Autre: _____
--	--

Date de début du BSO-DOS® : _____ Section remplie par (nom en lettres moulées) : _____
Date de fin du BSO-DOS® : _____ Signature : _____

✓ **Cochez la raison pour laquelle vous remplissez cette fiche de BSO-DOS®.**

Indiquez les dates marquant le début et la fin de la période d'observation du BSO-DOS®. Même si la période habituelle d'observation dure cinq jours, l'équipe peut décider de prolonger cette période.

Inscrivez ici votre nom en lettres moulées et apposez votre signature en dessous.

Étape n° 2: Fiche de collecte de données

La fiche de collecte de données est utilisée par les membres de l'équipe de soins afin de documenter des renseignements sur la personne à intervalles de 30 minutes pendant une période d'observation de 5 jours. Les membres de l'équipe sont invités à faire le suivi de tout type de comportement adopté par la personne qui aurait trait à son cycle sommeil-éveil, lorsque la personne participe activement, de même que lorsqu'elle affiche des comportements ou des expressions personnelles réactifs.

Il demeure important de noter au dossier ce que fait la personne lorsqu'elle est éveillée, ce qui pourrait comprendre des périodes de passivité, d'observation de son environnement ou de participation active. Il existe cinq grandes catégories, ce qui demande de faire le suivi de différentes classes de comportements ou d'expressions personnelles réactifs : expressions vocales et motrices, de nature répétitive, des expressions sexuelles à risque, des expressions verbales à risque et des expressions physiques à risque. Les membres de l'équipe de soins peuvent en outre personnaliser le processus et noter au dossier des comportements observés qui appartiennent au répertoire de la personne mais sont absents de la liste générée de catégories de comportements.

Sous les catégories de comportements observés se trouve une liste de comportements spécifiques. Seul le chiffre associé à la catégorie sera inscrit dans la colonne « Comportements observés » de la fiche de collecte de données. Il est toutefois possible de cocher les cases des comportements spécifiques lorsqu'ils sont observés. Les membres de l'équipe pourront ainsi réfléchir sur les comportements spécifiques qui ont été exprimés pendant la période de cinq jours. Un examen des cases cochées permettra aux équipes de distinguer les comportements qui présentent un risque, ceux qui sont possible de gérer sans danger et ceux qui mériteraient une évaluation plus poussée.

Remplir la fiche de collecte de données:

Étape n° 2 – Collecte des données

Inscrivez la date (dans l'ordre : jour, mois et année) pour chacun des cinq jours de la période d'observation.

Inscrivez les heures dans chaque bloc d'une demi-heure correspondant à la catégorie de comportements que vous observez (d'après la légende « Comportements observés »).

Notez le contexte dans lequel le comportement est observé dans la colonne « Contexte », en vous servant des codes lettres de la légende « Contexte ». Cette colonne n'est pas obligatoire.

	Comportements observés	Contexte	Initiales*
J/M/A	24/09/2020		
0700	1		CM
0730	2	S,C	DF
0800	4,7,8	P,E	DF
0830	4,2		DF
0900	3	N	DF
0930	2	C	DF
1000	3	F	DF
	6	S,B	

Apposez vos initiales vis-à-vis de chaque bloc d'une demi-heure que vous documentez dans la fiche.

Cochez les comportements spécifiques observés dans la catégorie de comportements de la légende « Comportements observés ».

Avant d'initier la fiche BSO-DOS®, l'équipe d'intervention clinique peut décider de suivre des comportements additionnels qui ne sont pas représentés dans la légende. Vous êtes invité à les inclure aux points 9 et 10 dans la légende « Comportements observés ».

Au besoin, ajoutez des détails pertinents au contexte (s'il n'est pas déjà inclus dans la légende « Contexte ») dans X, puis dans Y.

Contexte	
S	Seul
B	Environnement Bruyant/actif
C	Environnement Calme
F	Famille/visiteur(s) présents
P	Soins Personnels (p. ex. prendre un bain, soins pour l'incontinence, aller à la toilette)
N	Nutrition - manger/boire
M	Médicaments pour comportements administrés
A	Médicaments Antidouleur administrés
T	Traitement (p. ex. soins de plaies, crèmes)
R	Expressions dirigées envers un Résident/patient/visiteur(s)
E	Expressions dirigées envers le personnel
X	
Y	

Qui remplit cette section?

N'importe quel membre de l'équipe de l'établissement de soins (soit un travailleur de soutien personnel, une infirmière ou un professionnel paramédical) qui suit attentivement le patient/résident pendant la période d'observation de cinq jours.

Comportements observés

1	Endormi
2	Réveillé/calme
3	Participation positive
Pour les numéros 3 à 8, cochez ce que vous observez:	
<input type="checkbox"/>	Faire une activité
<input type="checkbox"/>	Cresser
<input checked="" type="checkbox"/>	Discuter
<input type="checkbox"/>	Chanter
<input type="checkbox"/>	Tenir la main
<input type="checkbox"/>	Sourire
<input type="checkbox"/>	Autre:
4	Expressions vocales (répétitives)
<input type="checkbox"/>	Pleurer
<input type="checkbox"/>	Grogner
<input type="checkbox"/>	Fredonner
<input type="checkbox"/>	Gémir
<input type="checkbox"/>	Questionner
<input type="checkbox"/>	Demander
<input type="checkbox"/>	Soupirer
<input checked="" type="checkbox"/>	Répéter des mots
<input type="checkbox"/>	Autre:
5	Expressions motrices (répétitives)
<input type="checkbox"/>	Frapper
<input type="checkbox"/>	Collecter/Amasser
<input type="checkbox"/>	Se déshabiller
<input checked="" type="checkbox"/>	Explorer/Rechercher
<input checked="" type="checkbox"/>	Gigoter
<input type="checkbox"/>	Autre:
<input type="checkbox"/>	Grincer des dents
<input checked="" type="checkbox"/>	Faire les cent pas
<input type="checkbox"/>	Secouer
<input type="checkbox"/>	Se bercer
<input type="checkbox"/>	Fouiller
6	Expression sexuelle à risque
<input type="checkbox"/>	Faire des commentaires sexuellement explicites
<input type="checkbox"/>	Se masturber en public
<input type="checkbox"/>	Toucher les parties génitales d'une autre personne
<input type="checkbox"/>	Toucher une autre personne, excluant les parties génitales
<input type="checkbox"/>	Autre:
7	Expression verbale à risque
<input type="checkbox"/>	Insulter
<input checked="" type="checkbox"/>	Crier
<input type="checkbox"/>	Autre:
<input type="checkbox"/>	Blasphémer
<input type="checkbox"/>	Menacer
8	Expression physique à risque
<input type="checkbox"/>	Mordre
<input type="checkbox"/>	Étrangler les autres
<input type="checkbox"/>	S'agripper
<input type="checkbox"/>	Tirer les cheveux
<input type="checkbox"/>	Frapper
<input type="checkbox"/>	Coup de pied
<input type="checkbox"/>	Pincer
<input type="checkbox"/>	Autre:
<input type="checkbox"/>	Coup de poing
<input type="checkbox"/>	Pousser
<input checked="" type="checkbox"/>	Griffer
<input type="checkbox"/>	S'automutiler
<input checked="" type="checkbox"/>	Taper
<input type="checkbox"/>	Cracher
<input type="checkbox"/>	Lancer
9	
10	

Définitions des comportements observés

1. Endormi

La personne est dans sa chambre, allongée sur son lit, ou assise sur une chaise située n'importe où dans le milieu, et dort. Elle est dans un état de repos, les yeux clos, et respire de façon rythmée; pendant ce temps, ses mouvements corporels et ses réactions aux stimuli extérieurs s'amenuisent.

2. Réveillé / calme

La personne est réveillée. Son visage exprime le calme (p. ex. muscles du front détendus, bouche relativement droite ou légèrement souriante, regard calme sans être fixe), tout comme son langage corporel (p. ex. respiration régulière et lente, épaules habituellement abaissées et membres détendus et lâches). À son approche, la voix de la personne semble calme, sans timbre inhabituellement aigu ni changements soudains de tonalité.

La personne est assise paisiblement ou en propulsion pédale, ou est observée debout ou marchant la tête haute ou basse dans les corridors, avec calme, les mains ouvertes. La personne ne participe à aucune activité en particulier. Elle est passive et pourrait être seule ou dans un coin avec d'autres, peu de stimulations ou d'interactions étant observées. La personne observe les alentours ou ce qui se passe dans l'environnement, mais n'y participe pas activement.

3. Participation positive

Alors que la personne est éveillée et calme, elle pourrait s'impliquer dans une activité ou une interaction significative et délibérée, qu'elle soit faite seule ou avec d'autres. Elle montre de l'intérêt ou une attention soutenue et, habituellement, prend part à des échanges prosociaux ou à des interactions réciproques avec d'autres personnes. La nature du contact social pourrait prendre de nombreuses formes : face-à-face ou individuel, en famille, entretiens avec des pairs, appels téléphoniques ou vidéo, zoothérapie ou interactions en groupe. Dans cette catégorie, un suivi dès le début est d'une grande importance : si la personne participe normalement et qu'elle passe ensuite à de longues périodes de retrait ou à une perte d'intérêt inhabituelle, ce comportement pourrait indiquer qu'il faudrait l'évaluer pour dépister une éventuelle dépression ou l'évolution d'une déficience cognitive.

La personne pourrait participer à une activité, structurée ou non, prendre part à un entretien ou émettre des commentaires positifs, tenir la main d'une autre personne ou caresser quelqu'un en signe d'affection, chanter en chœur, sourire à d'autres personnes ou les saluer lorsqu'elles lui adressent la parole. Dans certains cas, la personne pourrait aussi saluer d'autres personnes avec qui elle entretient des relations en leur faisant la bise sur les joues ou les lèvres. Si l'équipe décide de faire le suivi des baisers amicaux en tant qu'indicateur de participation positive, elle pourrait l'inscrire dans « autre ».

3. Participation positive

La personne pourrait aussi s'absorber dans des activités solitaires comprenant une activité physique, un renforcement sensoriel ou une détente, l'écoute de musique ou d'un concert, ou une immersion dans une thérapie par la poupée.

Faire une activité: La personne s'absorbe dans une activité solitaire ou sur table, participe avec une autre personne ou en groupe à des exercices physiques, à des exercices de renforcement sensoriel ou de détente (p. ex. massage des mains, thérapie par l'art, cuisine, salle sensorielle et aromathérapie), à un groupe de musique, à une séance de zoothérapie et à d'autres activités sociales. Parmi les autres activités liées à une participation positive se trouvent la thérapie de type Snoezelen ou de simulation multisensorielle contrôlée, la thérapie de présence simulée (sonore ou visuelle), les activités basées sur des techniques Montessori et l'utilisation d'une tablette, d'un lecteur MP3 et d'écouteurs ou d'autres aides technologiques

Discuter: La personne parle de façon informelle avec une ou plusieurs autres personnes et s'engage peut-être dans un échange d'idées ou d'opinions. Elle est respectueuse et prête une attention soutenue durant l'interaction verbale.

Tenir la main: La personne établit un contact physique consensuel avec la main ou les mains d'une autre personne, en signe d'affection ou d'admiration.

Caresser: La personne établit un contact physique avec une autre personne en tendant les bras et en touchant le haut du corps de l'autre, de manière consensuelle, en signe d'affection et de gentillesse.

Chanter: La personne émet des sons musicaux avec la voix, avec ou sans l'accompagnement d'instruments de musique.

Sourire: La personne affiche une expression faciale dans laquelle ses yeux brillent et les commissures de la bouche se redressent légèrement vers le haut en signe de plaisir, d'approbation ou d'amusement en réaction à une chose observée dans l'environnement.

Exemples d'« autres » comportements de participation positive:

Embrasser: Les lèvres de la personne touchent la joue ou les lèvres d'une autre personne, en tant que signe d'interaction positive qui témoigne de l'appartenance à son milieu social, pour la saluer ou lui dire au revoir. Ce comportement n'est pas intrusif à l'égard de l'autre personne et, par conséquent, ne doit pas apparaître dans la catégorie n° 6 de comportements (Expression sexuelle à risque).

Rire: La personne exprime une émotion par une expulsion d'air des poumons, de façon audible et vocale, qui peut aller d'un puissant éclat sonore à une série de petits gloussements discrets, s'accompagnant habituellement de mouvements faciaux et corporels caractéristiques comme le sourire et les yeux brillants.

Soutenir le regard: La personne tient la tête haute et regarde ou suit les mouvements des autres, et répond aux questions et s'entretient avec d'autres.

4. Expressions vocales (répétitives)

Cela comprend un comportement verbal de nature répétitive. Dans le comportement verbal, la personne émet des sons (p. ex. répète sans arrêt un mot, une syllabe ou des mots) ou des suites de mots (p. ex. répète sans arrêt une phrase ou des groupes de mots). La personne peut afficher un comportement verbal pour traduire des émotions ou dans le but d'obtenir la satisfaction d'un besoin non comblé, d'obtenir ou de retirer des objets, de s'apaiser, d'avoir accès à une stimulation sensorielle ou corporelle, d'attirer l'attention ou d'obtenir un renseignement ou de l'aide. Même si la personne élève la voix, cette vocalisation n'est pas dirigée vers autrui ni de nature menaçante, mais l'équipe voudra faire le suivi de ce type d'expression vocale parce qu'elle indique la présence de stress chez la personne. Le comportement verbal pourrait être considéré par d'autres comme étant dérangement pour le personnel et les autres clients et même constituer un problème pour la personne qui l'affiche.

Pleurer: La personne verse des larmes, qui s'accompagnent souvent de profonds soupirs, en raison d'une douleur ou d'un inconfort physique, de chagrin ou d'autres émotions fortes qu'elle éprouve.

Grogner: La personne émet un faible son inarticulé, habituellement pour exprimer un effort, de la colère ou de la douleur.

Fredonner: La personne émet un faible son continu, souvent accompagné d'une mélodie, tout en gardant la bouche ouverte ou fermée et en forçant le son à émerger du nez.

Gémir: La personne émet un faible son inarticulé et prolongé, poussé pour exprimer ou simuler une douleur, un mécontentement ou une autre émotion forte.

Questionne: La personne a recours à une suite de mots (p. ex. un groupe de mots qui se complètent) ou à une phrase intelligible pour demander un renseignement à une autre personne ou mettre ses connaissances à l'épreuve sur un certain sujet.

Demander: La personne fait une déclaration pour exprimer un besoin, comme d'avoir accès à une personne, à une activité ou à un objet ou de fuir/éviter une personne ou une activité, ou de faire retirer un objet (p. ex. « Où est ma voiture? », « Avez-vous vu mon mari? » ou « Arrête ça! »).

Soupirer: La personne prend une longue et profonde respiration qu'elle expire avec bruit pour exprimer une émotion ou une sensation, comme la fatigue, le découragement ou le soulagement.

Répéter des mots: La personne émet une combinaison de un à trois mots qu'elle répète plusieurs fois (p. ex. « Allo, allo, allo » ou « Oh non, oh non, oh non! »).

Exemples d'« autres » expressions vocales:

Faire claquer sa langue: La personne fait claquer sa langue ou fait un léger bruit sec ou éclat de voix avec la langue.

Rire de façon anormale: La personne exprime une émotion par une expulsion d'air des poumons, audible et vocale, qui consiste en un bruyant éclat de sons stridents, perçants ou inhabituels.

Murmurer: La personne, dont les lèvres bougent, a une voix faible dont les mots ou les phrases sont perceptibles mais inaudibles pour les autres.

Chanter: La personne émet des sons musicaux avec la voix, qui consistent le plus souvent en paroles prononcées sur un air connu.

Parler fort: La personne énonce des mots ou des groupes de mots à voix forte ou aiguë.

Siffler: La personne émet un son strident, un air ou des notes de musique en forçant l'air à sortir par la bouche.

5. Expressions motrices (répétitives)

Ces expressions comprennent les comportements moteurs de nature répétitive. Le comportement moteur peut être orienté vers un but lorsque la personne tente de pratiquer ou d'accomplir des activités motrices pour communiquer un besoin non comblé, s'apaiser, obtenir ou retirer des objets, avoir accès à une stimulation sensorielle ou corporelle, attirer l'attention, se réfugier dans un endroit familier ou réconfortant, réorganiser son environnement ou explorer les alentours. Le comportement moteur pourrait être considéré par d'autres comme étant dérangeant pour le personnel et les autres clients et même constituer une source de stress ou un problème pour la personne qui l'affiche.

Frapper: La personne plaque ou dépose avec force un objet ou une partie du corps (p. ex. la main) bruyamment sur une surface dure (p. ex. table ou mur), habituellement sous l'effet de la colère ou pour attirer l'attention.

Collecter/Amasser: La personne apporte, rassemble ou accumule une quantité excessive d'objets et les range à un seul endroit, ou les éparpille dans une zone. Elle pourrait éprouver une difficulté persistante à se défaire ou à se séparer des objets amassés.

Se déshabiller: La personne retire une partie ou la totalité de ses vêtements en exposant ses sous-vêtements ou sa peau. Habituellement, elle le fera dans une aire publique, à la vue de tous.

Explorer/Rechercher: La personne tente de pratiquer ou d'accomplir des activités motrices en vue d'explorer son environnement ou de se rendre d'un endroit à un autre du milieu; d'obtenir quelque chose de familier ou de réconfortant; de trouver une personne connue ou apaisante; de sortir de l'environnement en touchant les poignées de porte, en frappant aux portes, en allant d'une porte à l'autre, en essayant d'ouvrir chaque porte, en attendant près de la porte de sortie ou en essayant de sortir de son milieu lorsqu'une porte s'ouvre.

Gigoter: La personne fait de petits mouvements, surtout des mains et des pieds, se déplace autour de sa chaise ou de son fauteuil roulant, se lève et s'assoit en quelques minutes.

Grincer des dents: La personne serre les dents ou fait froter/glisser les dents du haut sur celles du bas ou de l'avant vers l'arrière, et vice versa, quand elle est réveillée ou endormie.

Faire les cent pas: La personne va et vient dans un espace limité ou le long du corridor, fait de grands cercles, marche de façon continue, se déplace d'un endroit à l'autre sans diversion ou se propulse d'avant en arrière dans un fauteuil roulant. Elle peut se déplacer de manière rapide et précise, faire de plus petits pas, poings serrés, en affichant une expression faciale de colère.

Secouer: La personne émet une succession rapide de courts sons nets de frappements lorsqu'un objet est secoué ou que deux objets sont frottés ensemble.

Se bercer: La personne bouge d'avant en arrière, et vice versa, ou d'un côté à l'autre de manière régulière.

Fouiller: La personne cherche quelque chose en déplaçant et en examinant d'autres objets, et en regardant à l'intérieur, sous et derrière les meubles, les tiroirs, les étagères et ailleurs.

Exemples d'« autres » expressions motrices:

Barricader les portes: La personne déplace un objet devant une porte (p. ex. porte de chambre ou de sortie) pour que le personnel et les autres clients éprouvent de la difficulté à ouvrir la porte pour entrer ou sortir de la pièce.

Taper dans ses mains: La personne frappe les paumes de ses mains ensemble à répétition et avec force afin de produire un son puissant ou net.

Sortir du lit: La personne étendue sur le lit passe une jambe ou les deux par-dessus les côtés de lit afin de s'extirper du lit. Elle peut aussi s'asseoir bien droit sur le côté ou au bout du lit, en gardant un pied ou les deux sur le plancher.

5. Expressions motrices (répétitives)

Sortir du fauteuil roulant: La personne assise dans un fauteuil roulant fait glisser son corps dans un mouvement vers le bas ou le haut, ce qui le fait glisser hors du fauteuil, sur le plancher.

Se piquer/S'égratigner: La personne, à l'aide des doigts et ongles d'une ou des deux mains, applique une pression sur son corps (directement ou à travers ses vêtements) qui entraîne une rougeur ou la formation d'une blessure/gale sur la peau.

Réorganiser les meubles: La personne déplace les meubles ou en change l'ordre ou la position (p. ex. les déplace d'une chambre à l'autre).

Taper des doigts ou des pieds: La personne frappe délicatement ses doigts ou ses pieds, à répétition, pour produire des sons brefs et nets.

6. Expression sexuelle à risque

Cela peut comprendre certaines formes d'expressions sexuelles verbales et physiques jugées intrusives, sans que la personne concernée le sache ou y ait consenti. Il pourrait s'agir de commentaires sexuels saisissants et obscènes, de propositions sexuelles verbales non sollicitées et d'avances sexuelles verbales non voulues. Une expression physique pourrait consister de gestes non sollicités comme un baiser, une caresse, la préhension ou l'attouchement des parties génitales des autres, en déshabillage des autres clients, ou en tentative ou simulation de relation sexuelle. Une personne pourrait afficher ces comportements auprès d'autres clients des deux sexes, de membres de sa famille, du personnel et d'autres personnes présentes dans le milieu, dans quel cas il faut faire les bons choix de variables pour le Contexte et bien le documenter dans la colonne Contexte.

Faire des commentaires sexuellement explicites: La personne fait des commentaires sexuels, qu'elle adresse directement à une autre personne ou parle fort sans viser quelqu'un. Le contexte sexuel des propos peut comprendre une proposition sexuelle à poser un geste sexuel, une avance sexuelle ou un commentaire à propos d'une partie du corps d'une personne.

Se masturber en public: La personne se trouve dans une aire publique (p. ex. salle à manger, salon, poste des infirmières) où elle est ou pourrait être observée par d'autres (qu'il s'agisse d'autres clients, du personnel ou de visiteurs de la famille) en train de se masturber. Ce comportement n'est pas considéré comme une « Expression sexuelle à risque » si la personne la pratique seule dans son espace « privé » (p. ex. sa chambre ou une salle de bains privée), à moins que cela pose un problème de sécurité personnelle ou d'intégrité de la peau.

Toucher les parties génitales d'une autre personne: La personne se sert de ses lèvres, de sa bouche, de sa langue, de ses mains, de ses bras ou de ses pieds pour atteindre et toucher les parties génitales d'une autre personne, entre autres en caressant/serrant/embrassant la poitrine/la région du mamelon et la région de l'aîne/anale.

Toucher une autre personne, excluant les parties génitales: La personne se sert de ses lèvres, de sa bouche, de sa langue, de ses mains, de ses bras ou de ses pieds pour atteindre et toucher le corps d'une autre personne, entre autres en caressant/serrant/embrassant les lobes d'oreille, le cou, les fesses, les aisselles, les genoux ou l'arrière des genoux, etc.

Exemples d'« autres » expressions sexuelles à risque:

Exposer ses parties génitales: La personne (homme ou femme) déplace ou retire ses vêtements de manière à exposer ses parties génitales en présence d'autres personnes. La poitrine exposée d'une femme est aussi considérée comme un comportement appartenant à cette catégorie.

Embrasser: La personne en embrasse une autre dans un baiser profond qui dure un bon moment. Cette catégorie de comportement ne comprend pas le baiser sur la joue ou un autre type de baiser social (p. ex. sur la main, ou un court baiser sur les lèvres).

7. Expression verbale à risque

Les comportements correspondant à une expression verbale à risque sont considérés par la plupart des gens comme ayant une incidence négative sur le milieu social et, par conséquent, présentent un risque, surtout s'ils se manifestent pendant de longues périodes.

Insulter: La personne exprime verbalement un énoncé irrespectueux et négatif à l'endroit d'une autre personne (autres clients, personnel ou membre de la famille) qui a trait à son apparence ou à sa façon de parler, par exemple.

Crier: La personne élève la voix en adoptant un ton colérique et perçant en s'adressant directement à une autre personne ou à un groupe.

Blasphémer: La personne lance un ou plusieurs mots considérés comme grossiers ou injurieux à l'endroit d'une personne ou d'un groupe de personnes en particulier. Elle pourrait s'exprimer avec une voix plus forte et un ton plus acéré.

Menacer: La personne profère des mots menaçants (p. ex. intention d'agresser physiquement) à l'endroit d'une personne ou d'un groupe de personnes. Elle est en colère, affiche une expression faciale furieuse et sa posture est plutôt tendue, poings serrés.

S'automutiler: La personne émet des commentaires à propos de son désir de mourir, demandant à mourir ou menaçant de se blesser ou de se suicider.

Exemples d'« autres » expressions verbales à risque:

Se quereller: La personne exprime son désaccord aux autres sur un ton colérique. Elle pourrait se montrer intransigeante sur le fait que les autres ont tort et qu'elle seule a les paroles ou les gestes qui conviennent.

8. Expression physique à risque

Une expression physique à risque est porteuse de la possibilité d'une blessure physique ou d'un traumatisme psychologique.

Mordre: La personne referme les dents orienté vers ou sur le corps d'une autre personne pour la blesser.

Étrangler les autres: La personne tend les deux bras pour saisir la région de la gorge d'une autre personne et la serrer. Dans certains cas, la personne pourrait en pousser une autre contre le mur en l'empoignant par la gorge.

S'agripper: La personne entre en contact avec une autre personne et s'y accroche, et pourrait cibler une partie du corps, les cheveux ou les vêtements pour tenter d'avoir le contrôle sur elle.

Tirer les cheveux: La personne s'approche pour attraper les cheveux d'une autre personne et les tirer.

Frapper: La personne élance son bras vers une autre personne, dans un geste rapide visant à toucher une partie de son corps.

Coup de pied: La personne donne soudainement une puissante impulsion à son pied en direction d'une autre personne.

Pincer: La personne avance deux doigts en direction d'une autre personne. Ses doigts ensèrent une parcelle de peau d'une partie du corps et la pincent afin de faire mal à la personne concernée.

Coup de poing: La personne serre un ou les deux poings et les agite en direction d'une autre personne.

Pousser: La personne étend un bras ou les deux et, dans un geste rapide, entre en contact avec une autre personne en tentant de faire bouger son corps.

Griffer: La personne tend les doigts vers une autre personne, touche son corps et, dans un geste vers le haut ou le bas, fait glisser ses ongles dans la peau pour faire mal à la personne. Ce comportement peut laisser des traces rouges visibles ou provoquer une blessure ou une gale sur la peau de la personne.

S'automutuler: La personne s'en prend à son propre corps. Elle pourrait par exemple se frapper la tête de la main, se heurter la tête contre un mur ou le plancher, se munir d'un objet tranchant et se taillader, boire des substances inflammables ou toxiques, se procurer un briquet et tenter de se brûler les bras ou les jambes.

Taper: La personne s'approche d'une autre personne et, main ouverte, elle touche son corps d'un geste rapide.

Cracher: Expulsion de salive de la bouche de la personne, dans le but d'atteindre une autre personne.

Lancer: La personne utilise une main ou les deux pour atteindre et amener un autre objet près de son corps et, d'un geste rapide vers le haut ou le bas, elle laisse l'objet s'échapper de ses mains en le propulsant dans les airs.

Exemples d'« autres » expressions physiques à risque:

Coup de tête: La personne exerce un mouvement violent de la tête vers l'avant ou l'arrière afin de toucher une partie du corps d'une autre personne ou un objet.

Enfoncer ses ongles: La personne avance ses doigts en direction d'une autre personne. Elle applique ensuite une pression sur ses doigts pour enfoncer ses ongles dans la peau afin de provoquer une rougeur et un saignement de la peau.

9 et 10 Exemples de comportements additionnels

Cette section peut servir à inscrire d'autres comportements que l'équipe clinique veut suivre et sur lesquels elle veut en apprendre davantage. Dans certains cas, les équipes cliniques pourraient avoir soumis une demande d'aiguillage à un spécialiste en psychiatrie ou à une équipe de consultation à propos des symptômes psychiatriques liés à la démence ou à un autre problème de santé mentale. Si l'équipe clinique a pu obtenir l'aiguillage, il serait judicieux qu'elle discute le choix des termes à utiliser pour cette catégorie.

Remarque: il faut décider au début de la période de documentation sur la fiche BSO-DOS[®] quels comportements à insérer dans les catégories 9 et 10 et ne pas en ajouter de nouveaux au cours de la période d'observation. L'ajout de comportements après le lancement du processus invaliderait les calculs.

Vous pouvez opter pour une personnalisation de la collecte de données sur un ou deux des comportements de la personne qui ne se trouvent pas dans les sections précédentes. Voici quelques exemples :

Se montrer suspect: La personne se comporte d'une manière qui indiquerait qu'elle suspecte quelqu'un ou quelque chose. Elle pourrait suspecter un membre de sa famille, un autre client ou un membre du personnel qui la côtoie de poser ou de planifier un acte préoccupant (p. ex. avoir une aventure extraconjugale, voler de l'argent ou tenter d'empoisonner d'autres personnes). La personne pourrait verbaliser ces inquiétudes.

Réagir à des hallucinations visuelles: La personne se comporte comme si elle était en présence de quelqu'un ou de quelque chose que les autres ne voient pas. Cela pourrait comprendre de pointer du doigt ou de tenter de saisir des choses dans les airs, de se pencher pour ramasser quelque chose quand il n'y a rien ou de parler de ce qu'elle voit. Des animaux, des enfants ou d'autres personnages humains font partie des hallucinations fréquentes.

Réagir à des hallucinations auditives: La personne se comporte comme si elle était en présence de quelqu'un ou de quelque chose que les autres n'entendent pas. La personne pourrait avoir des hallucinations auditives dans lesquelles elle entend une ou plusieurs personnes parler, de la musique ou d'autres sons qu'elle croit réels. Elle pourrait se pencher et approcher son oreille d'un ventilateur ou d'un climatiseur et parler de ce qu'elle entend.

Être somnolent: Un état dans lequel la personne est léthargique/amorphe, quelque part entre être très endormie, détendue en pleine conscience, mais pas encore inconsciente. La personne peut avoir toujours conscience de ce qui se passe autour d'elle, mais habituellement, cet état interfère avec la participation à des activités, aux repas, etc.

Étaler les selles: La personne est incontinent intestinale; elle atteint ses pantalons/sa robe/sa chemise de nuit avec ses mains ou ses doigts, saisit des fèces et en recouvre des surfaces de son environnement (p. ex. draps du lit, côtés du lit, fauteuil roulant, murs et planchers).

Uriner/déféquer à des endroits inhabituels: La personne défèque ou urine ailleurs que dans la toilette (p. ex. poubelles, laveurs d'yeux).

Refuser les médicaments: La personne refuse de prendre les médicaments prescrits, malgré les tentatives du personnel, en disant « non » ou en refusant d'ouvrir la bouche pour ingérer le médicament, en le recrachant lorsqu'il a été administré ou en le cachant.

À l'opposé, vous pouvez décider de vous concentrer sur un comportement en particulier (p. ex. pleurer) d'une catégorie de comportement (p. ex. expressions vocales) pour obtenir plus de renseignements. Vous pourriez par exemple remarquer que la personne affiche plusieurs comportements de la section Expressions vocales (p. ex. pleurer, grogner et fredonner); mais comme l'équipe tient particulièrement à consigner au dossier des épisodes de pleurs distincts et les inscrire dans la catégorie « n^o 9 – Autre », vous consentez à cocher seulement les cases Grogner et Fredonner dans la catégorie « n^o 4 – Expressions vocales ».

Contexte

Une évaluation des expressions comportementales préoccupantes peut constituer un casse-tête difficile à résoudre, et l'analyse de la cause est un facteur très important à prendre en compte lorsqu'une personne a du mal à communiquer et montre des signes de détresse. Un examen du contexte demande de surveiller les changements apparus au niveau de l'environnement, de la santé et des médicaments d'une personne qui pourraient avoir des répercussions directes sur sa cognition, son humeur et son comportement. Découvrir les préférences d'une personne et évaluer les changements de ses capacités peut grandement aider dans le cadre d'une planification des soins personnalisée. Ajouter des renseignements contextuels au BSO-DOS® peut permettre de mieux comprendre la cause des symptômes comportementaux. Les causes varient de la douleur, au manque d'exercice, ou à une mauvaise nutrition. Des facteurs sociaux et environnementaux comprennent entre autres un soignant inconnu et l'ennui. Avoir conscience et faire le suivi de ce qui est survenu dans l'environnement d'une personne avant l'apparition d'un comportement, savoir qui était présent, qui a été affecté et quelles émotions ont été exprimées, seront autant de renseignements utiles pour déceler les facteurs contributifs de certains comportements. Les changements de l'état physique et mental peuvent amener des changements dans la perception sensorielle d'une personne et agir sur sa capacité à communiquer ses besoins. Tous les comportements ont une signification qui exprime des besoins non comblés qu'il est possible d'atténuer, lorsqu'ils sont compris et détectés, grâce à des interventions personnalisées. Dans la mesure du possible, l'équipe doit s'efforcer de détecter les besoins non comblés au lieu de supposer que le comportement constitue une tentative délibérée de causer des préjudices aux autres clients ou au personnel. Évaluer le contexte peut faciliter l'élaboration de démarches psychosociales personnalisées et d'interventions pharmacologiques adaptées. La prise en compte du contexte entourant des symptômes comportementaux facilitera la création d'un plan de soins unique et l'amélioration de la qualité de vie dans son ensemble.

Voici quelques facteurs psychologiques, neurologiques et physiques à prendre en considération :

- Changements des habitudes d'élimination: constipation, fréquence et rétention urinaire
- Infections
- Blessures
- Déshydratation
- Changements de l'état nutritionnel: diminution ou augmentation de l'appétit
- Délire
- Psychose
- Anxiété
- Dépression
- Perturbations des habitudes de sommeil
- Démence
- Changements de médicament, arrêt d'un médicament ou effets indésirables
- Troubles de l'ouïe et de la vision
- Apparition d'un nouveau problème de santé ou aggravation d'une maladie chronique
- Incapacité à exprimer des besoins

Facteurs environnementaux et sociaux à prendre en considération :

- Changement dans la pièce ou déplacement
- Changements dans les soins ou la routine quotidienne
- Environnements bruyants ou congestionnés
- Solitude, isolement social ou manque de possibilités de socialisation
- Manque d'activités intéressantes
- Manque d'exercice
- Changements dans le personnel
- Changements dans les situations familiales ou les milieux sociaux
- Manifestation de chagrin ou de perte
- Perte d'autonomie
- Adaptation à ses pairs et à la vie communautaire
- Manque de validation

Définitions des contextes

- S – Seul :** Seul dans une pièce, séparé ou à l'écart des autres. Non accompagné, sans surveillance ou sans compagnie.
- B – Environnement bruyant/actif :** Une aire excessivement stimulante et bruyante. Il pourrait s'agir d'une salle à manger occupée, du remplissage de la baignoire, d'un téléviseur dont le volume est élevé, d'un salon de visiteurs bourdonnant d'activité, d'un corridor congestionné ou d'un poste de l'équipe lors d'un changement de quart de travail. Cela pourrait aussi comprendre des pièces à fort éclairage ou d'une décoration composée d'une grande quantité de motifs ou d'un excès d'éléments.
- C – Environnement calme :** Une aire paisible, calme ou tranquille. Un espace sans perturbation ni mouvement turbulent.
- F – Famille/visiteur(s) présents :** Rencontre sociale avec des membres de la famille, des amis, des bénévoles, zoothérapie, soins spirituels ou un accompagnateur rémunéré.
- P – Soins personnels :** Interactions dans le cadre de l'aide apportée pour prendre un bain, prodiguer des soins dans la région périnéale, s'habiller, se laver et aller à la toilette.
- N – Nutrition – manger/boire :** Apport de nourriture ou de boissons.
- M – Médicaments pour comportements administrés :** Administration de médicaments prescrits pour atténuer les symptômes comportementaux comme l'anxiété, la dépression, les hallucinations, la paranoïa ou l'insomnie. Les options pharmacologiques de médicaments psychotropes sont les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anxiolytiques, les stabilisateurs de l'humeur et les hypnotiques. La surveillance de ces substances dans le BSO-DOS[®] pourrait aider à déterminer si le médicament entraîne l'effet recherché.
- A – Médicaments antidouleur administrés :** Administration de médicaments servant à soulager l'inconfort occasionné par une maladie, une blessure ou une intervention chirurgicale. Les types de médicaments antidouleur comprennent les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticostéroïdes, l'acétaminophène, les opioïdes et les relaxants musculaires. La surveillance de ces substances dans le BSO-DOS[®] faciliterait l'évaluation de la durée de la douleur et de son intensité, l'activité pratiquée au moment de l'apparition de la douleur et l'efficacité du régime de soulagement de la douleur.
- T – Traitement :** Intervention médicale/infirmière visant à mesurer, à diagnostiquer, à traiter ou à restaurer une fonction. Voici quelques exemples : prélèvement de spécimen, évaluations neurologiques, soutien et maintien de différents types de sondes d'alimentation, traitements topiques, soins liés à une trachéotomie, soins d'intervention à base de cathéter, obtention des signes vitaux, test de glycémie, procédures respiratoires, soins de la fonction intestinale et soins des plaies.
- R – Expressions dirigées envers un résident/patient/visiteur :** Le comportement exprimé est dirigé envers un autre client, un membre de la famille, un visiteur ou un bénévole (p. ex. la personne crie contre un membre de sa famille ou frappe un autre client).
- E – Expressions dirigées envers le personnel :** Le comportement exprimé est dirigé envers un membre du personnel (p. ex. la personne injurie le membre du personnel qui lui prodigue des soins personnels).
- X et Y – [facultatifs]** Mentionner un autre contexte pertinent, propre à une situation actuelle (p. ex. incontinence intestinale, en sortie).

Surlignage de la fiche de collecte de données

Après avoir rempli la fiche de collecte de données ou en la remplissant, faites ressortir les chiffres de la colonne « Comportements observés » selon le code de couleur de la légende « Comportements observés ». Songez à avoir une discussion avec les membres de l'équipe afin de renforcer la pratique exemplaire et leurs capacités à reconnaître les types de comportements dès que les données sont recueillies et surlignées.

En cas d'ajout de comportements dans les catégories 9 et 10, l'équipe peut décider de la couleur de codage qui convient le mieux à ces chiffres. Voici quelques options que l'équipe pourrait considérer :

- Laisser les numéros 9 et 10 blancs.
- Attribuer aux numéros 9 et 10 des couleurs déjà présentes dans la légende « Comportements observés » qui correspondent bien au(x) comportement(s).

Étape n°3: Analyse et planification

Le DOS initial, avec ses données codées par couleur, constituait une méthode qui permettait de savoir en un coup d’œil les types de comportements généraux qui seraient utiles aux cliniciens ainsi qu’aux familles. Le nouveau BSO-DOS® conserve tous ces éléments, auxquels il ajoute la puissance d’une tabulation des données en remplaçant l’opinion par une quantification réelle du comportement qui oriente ensuite l’interprétation. Cette démarche structurée et systématique donne le moyen de répondre à des questions cliniques précises et d’atténuer des préoccupations cliniques courantes.

Tableau d’analyse

Ce tableau d’analyse procure un moyen normalisé de calculer les données recueillies dans la fiche de collecte de données et permet de répondre aux questions clés mentionnées ci-dessous. Chaque question correspond à une tâche et à un calcul dans le processus analytique.

Question clinique n° 1 | À combien de reprises chacun des comportements a-t-il été observé chaque jour?
Tâche | Obtenir la fréquence en additionnant les blocs de chaque comportement observé dans la catégorie de comportements pour chaque jour d’observation.

Comptez le nombre de blocs de ½ heure dans lesquels apparaissent des catégories de comportements pour chacun des cinq jours de la fiche de collecte de données.

Sur la fiche de collecte de données, regardez la première colonne intitulée « Comportements observés » (elle correspond au premier jour d’observation de la fiche de collecte de données BSO-DOS®). Additionnez les numéros 1 de cette colonne. Inscrivez la somme dans la colonne « Jour 1 » de la ligne « 1 – Endormi » du tableau d’analyse. Continuez de la même manière pour le reste des comportements observés (du n° 2 au n° 10) pour le jour 1. Faites de même pour les jours 2 à 5 de la fiche de collecte de données afin de remplir tous les totaux quotidiens de chaque catégorie de comportements observés.

		Nombre total de cases par jour (Additionner le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)						Nombre total de cases par demi-heure (Additionner le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)		Calculer la moyenne d’heures par jour (Diviser le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacer le point décimal d’une espace vers la gauche	Préoccupations		
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5					Fréquence	Durée	Risque
1	Endormi	15	10	16	18	16	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Réveillé/calme	24	28	18	22	23	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Participation positive	5	3	1	2	3	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Expressions vocales	3	5	7	5	4	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Expressions motrices	1	1	2	1	1	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Expression sexuelle à risque	0	0	0	0	0	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Expression verbale à risque	0	1	3	0	1	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Expression physique à risque	0	0	1	0	0	=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le nombre de blocs de ½ heure vous indique la fréquence d’apparition de chaque comportement, pour chaque jour d’observation. La préoccupation soulevée par la fréquence des comportements influera sur le niveau de risque qui y est associé.

Question clinique n° 2 | **Au fil des cinq jours, est-ce que la fréquence d’un comportement présentant un intérêt a augmenté, diminué ou est restée la même?**

Tâche | **Examinez le schéma se dégageant des cinq jours pour chaque/tout comportement observé.**

Il suffit de parcourir une ligne du tableau d’analyse pour voir si un comportement présentant un intérêt apparaît à la même fréquence chaque jour ou si sa fréquence varie (augmente/diminue) sur une période de cinq jours.

Vous pourriez aussi vouloir vous reporter à la fiche de collecte de données pour voir si un comportement particulier apparaît aux mêmes heures chaque jour.

Question clinique n° 3 | **À combien de reprises, au total, chaque comportement observé est-il apparu au cours des cinq jours d’observation?**

Tâche | **Additionnez le nombre de blocs de chaque catégorie de comportements observés pour la période d’observation de cinq jours.**

Calculez le nombre de blocs de ½ heure dans lesquels apparaît chaque catégorie de comportements observés au cours de la période d’observation de cinq jours.

Additionnez les chiffres saisis pour chaque catégorie de comportements observés sur une ligne donnée, du jour 1 au jour 5. Inscrivez le total dans la cellule voisine de celle ayant un signe « égal », dans la colonne nommée « Nombre total de cases par demi-heure ».

		Nombre total de cases par jour (Additionner le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)					=	Nombre total de cases par demi-heure (Additionner le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)	±10	Calculer la moyenne d’heures par jour (Diviser le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacer le point décimal d’une espace vers la gauche	Préoccupations		
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5					Fréquence	Durée	Risque
1	Endormi	15	10	16	18	16	=	75	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Réveillé/calme	24	28	18	22	23	=	115	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Participation positive	5	3	1	2	3	=	14	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Expressions vocales	3	5	7	5	4	=	24	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Expressions motrices	1	1	2	1	1	=	6	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Expression sexuelle à risque	0	0	0	0	0	=	0	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Expression verbale à risque	0	1	3	0	1	=	5	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Expression physique à risque	0	0	1	0	0	=	1	±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9							=		±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10							=		±10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question clinique n° 4 | Quel est le nombre moyen d’heures pendant lesquelles est apparu chaque comportement observé au cours des cinq jours d’observation?

Tâche | Convertissez le nombre total de blocs de ½ heure de chaque comportement en moyenne d’heures en le divisant par 10.

La colonne de la moyenne d’heures par jour prend le chiffre de la cellule « Nombre total de cases par demi-heure » et le convertit en nombre moyen d’heures d’apparition d’un comportement donné au cours des cinq jours d’observation. Pour chaque catégorie de comportements observés (lignes 1 à 10 du tableau d’analyse), divisez par 10 le chiffre de la cellule « Nombre total de cases par demi-heure ». Il suffit de déplacer le point décimal d’une espace vers la gauche.

		Nombre total de cases par jour (Additionner le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)					=	Nombre total de cases par demi-heure (Additionner le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)	÷10	Calculer la moyenne d’heures par jour (Diviser le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacer le point décimal d’une espace vers la gauche	Préoccupations		
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5					Fréquence	Durée	Risque
1	Endormi	15	10	16	18	16	=	75	÷10	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Réveillé/calme	24	28	18	22	23	=	115	÷10	11.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Participation positive	5	3	1	2	3	=	14	÷10	1.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Expressions vocales	3	5	7	5	4	=	24	÷10	2.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Expressions motrices	1	1	2	1	1	=	6	÷10	.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Expression sexuelle à risque	0	0	0	0	0	=	0	÷10	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Expression verbale à risque	0	1	3	0	1	=	5	÷10	.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Expression physique à risque	0	0	1	0	0	=	1	÷10	.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si, par exemple, vous avez dénombré chaque occurrence du n° 1 – Endormi dans la fiche de collecte de données et avez consigné les chiffres 15, 10, 16, 18, 16 pour les jours 1 à 5, respectivement, le nombre total de blocs par ½ heure correspondant à Endormi est le total de ces chiffres (total = 75). Par conséquent, la personne a dormi, en moyenne, 7,5 heures pour chaque tranche de 24 heures.

Pour certains comportements, comme le sommeil, il conviendrait peut-être mieux de parler de la moyenne d’heures plutôt que du nombre total de blocs de ½ heure pour l’occurrence du comportement. Exemple: « Il a dormi 7,5 heures en moyenne pour chaque tranche de 24 heures durant la période d’observation de 5 jours ».

Pour d’autres comportements, le nombre total de blocs de ½ heure (fréquence totale) convient mieux. Exemple : « Il a affiché des expressions physiques à risque à 16 reprises au cours des 5 jours d’observation ».

Habituellement, il convient mieux de parler du sommeil, de l’éveil à l’état calme et de la participation positive sous forme de moyenne d’heures. En revanche, lorsque votre intérêt se porte davantage sur le dénombrement des occurrences discrètes de comportements, la fréquence (nombre total de blocs de ½ heure) convient mieux, comme dans le cas du nombre de reprises où l’équipe a observé les expressions vocales, les expressions motrices ou toute expression sexuelle/verbale/physique à risque.

Question clinique n° 5 | Est-ce que les types de comportements notés et les fréquences calculées pointent vers des préoccupations cliniques? Si oui, pourquoi?

Tâche | Examinez la fiche de collecte de données surlignée et comparez les calculs afin de faire ressortir les préoccupations cliniques importantes, de même que la raison de cette préoccupation.

Cette question révèle si le type d’observations comportementales constitue une source de préoccupation et les raisons qui l’expliquent. Le plus souvent, le comportement est préoccupant en raison de sa fréquence ou de sa longue durée, ou parce qu’il expose la personne ou les autres à un risque important. Dans les trois colonnes à l’extrême droite du tableau d’analyse, cochez les préoccupations qui s’appliquent aux catégories de comportements observés. Vous devrez peut-être consulter la fiche de collecte de données, ainsi que le tableau d’analyse. Vous pouvez cocher plus d’une préoccupation. Repérer ces sources de préoccupation avec l’équipe clinique facilitera la détermination des interventions qui donneront des résultats positifs.

		Nombre total de cases par jour (Additionner le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)						Nombre total de cases par demi-heure (Additionner le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)		Calculer la moyenne d’heures par jour (Diviser le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacer le point décimal d’une espace vers la gauche	Préoccupations		
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5					Fréquence	Durée	Risque
1	Endormi	15	10	16	18	16	=	75	÷10	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Réveillé/calme	24	28	18	22	23	=	115	÷10	11.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Participation positive	5	3	1	2	3	=	14	÷10	1.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Expressions vocales	3	5	7	5	4	=	24	÷10	2.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Expressions motrices	1	1	2	1	1	=	6	÷10	.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Expression sexuelle à risque	0	0	0	0	0	=	0	÷10	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Expression verbale à risque	0	1	3	0	1	=	5	÷10	.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Expression physique à risque	0	0	1	0	0	=	1	÷10	.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remplir le tableau d'analyse

Étape n° 3 – Analyse et planification

Avant de commencer à remplir cette section :
Avec l'aide de vos surligneurs, faites ressortir les chiffres de la fiche de collecte de données en vous servant du code couleur indiqué dans la légende « Comportements observés ».

Qui remplit cette section?

Un membre de l'équipe ou l'équipe d'intervention clinique dont le champ de pratique comprend effectuer l'évaluation et l'analyse (par exemple, une infirmière ou un professionnel paramédical).

Faites l'addition des blocs dans chacune des catégories pour les cinq jours.

Divisez par 10 le résultat du « Nombre total de cases par demi-heure » pour chacune des catégories.

Conseil: Déplacez le point décimal d'une espace vers la gauche.

Additionnez le nombre de blocs pour chacune des catégories par jour.

	Nombre total de cases par jour (Additionner le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)						Nombre total de cases par demi-heure (Additionner le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)		Calculer la moyenne d'heures par jour (Diviser le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacer le point décimal d'une espace vers la gauche	Préoccupations		
	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5					Fréquence	Durée	Risque
1 Endormi	15	10	16	18	16	=	75	+10	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Réveillé/calme	24	28	18	22	23	=	115	+10	11.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Participation positive	5	3	1	2	3	=	14	+10	1.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Expressions vocales	3	5	7	5	4	=	24	+10	2.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Expressions motrices	1	1	2	1	1	=	6	+10	.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Expression sexuelle à risque	0	0	0	0	0	=	0	+10	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Expression verbale à risque	0	1	3	0	1	=	5	+10	.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Expression physique à risque	0	0	1	0	0	=	1	+10	.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9						=		+10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10						=		+10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'après les données de la fiche BSO-DOS®, veuillez vérifier tous les sources d'inquiétudes liées à la fréquence, à la durée ou au risque associées aux comportements observés.

Analyse narrative

La section narrative de l'étape no 3 (Analyse et planification) est l'endroit où sont exposées les explications possibles des types de comportements observés dans la fiche de collecte de données BSO-DOS® remplie et le tableau d'analyse, et où des conclusions sont tirées. Les explications des types de comportements observés comprennent la prise en considération des révélations des données, ainsi que des causes et des facteurs contributifs possibles.

Pour expliquer les révélations du BSO-DOS®, il faut prendre en considération :

- Le moment de la journée où apparaît le comportement
- L'uniformité de la fréquence d'un comportement donné pendant les cinq jours
- Un jour de semaine ou de fin de semaine
- Est-ce que le comportement apparaît à plusieurs reprises tout au long de la période ou en blocs consécutifs? Est-ce que le sommeil, par exemple, se concentre sur de longues périodes pendant la nuit ou en blocs répartis sur les périodes diurne et nocturne?
- Quels indices contextuels accompagnent souvent un comportement donné? Le BSO-DOS® propose un vaste éventail de contextes courants dans les milieux de soins, de même que des tâches et des situations de soins qui sont saisies en même temps que les comportements observés.
- Est-ce que certains comportements apparaissent ensemble ou de façon rapprochée? Est-ce que, par exemple, les expressions verbales et physiques à risque apparaissent souvent en même temps? Une expression verbale à risque est-elle habituellement un indicateur de l'occurrence probable d'une expression physique à risque subséquente?

Cette section doit inclure un commentaire qui correspond à la raison pour laquelle une fiche BSO-DOS® est remplie :

- Qu'est-ce qui ressort de cette personne qui a récemment emménagé ?
- Est-ce qu'un nouveau comportement est apparu pour la première fois, ou les données n'appuient-elles pas l'idée proposée?
- Quels sont les comportements préoccupants que font ressortir la fréquence, la durée ou le risque?
- La nouvelle intervention a-t-elle été efficace?
- Est-ce que l'ajustement de la dose de médicament a eu un effet?
- Est-il nécessaire de demander un aiguillage urgent vers un niveau d'évaluation ou de soins supérieur?

Dans l'examen des causes et des facteurs contributifs possibles, passez en revue les renseignements contextuels recueillis sur la fiche de collecte de données, de même que toute information sur l'identité individuelle connue. Les données tirées d'autres outils, comme les listes de contrôle des comportements, le suivi de données ACC (antécédents, comportements et conséquences) et les évaluations de la douleur, pourraient également se révéler bénéfiques.

Procéder à l'analyse narrative:

Qui remplit cette section?

Idéalement, cette section est remplie en équipe, afin d'obtenir les points de vue des membres de l'équipe interdisciplinaire. Le membre d'équipe qui anime la discussion (soit une infirmière ou un professionnel paramédical) est responsable d'effectuer l'évaluation et l'analyse.

En révisant le calcul des résultats ainsi que les tendances observées, prenez compte de ce que les données de la fiche BSO-DOS® révèlent. Il peut s'agir, entre autres, de certains comportements observés, des tendances ou des moments importants de la journée, des habitudes de sommeil de la personne ou des préoccupations par rapport au risque.

Ce que révèlent les données du BSO-DOS® (p. ex. les types de comportements exprimés, les habitudes, le moment de la journée, le sommeil interrompu) : _____

Causes possibles et facteurs contributifs (tenir compte des renseignements recueillis sur le contexte et l'identité de la personne): _____

En révisant les informations recueillies au sujet du contexte ainsi que l'information connue concernant l'identité individuelle, notez les causes possibles et les facteurs contribuant aux comportements exprimés pendant la période de cinq jours.

Étapes suivantes

La dernière section utilise les données tirées du BSO-DOS® pour planifier la ligne de conduite à adopter. Celle-ci pourrait comprendre entre autres une variété de mesures ou d'étapes suivantes, notamment la collecte d'un plus grand nombre de données après un intervalle déterminé, un changement d'intervention ou de médicament, l'instauration d'une documentation détaillée au dossier des données ACC, un changement de plan de soins, une aide particulière à la famille, et autres. Les cases fournies constituent un moyen simple de communiquer le plan qui découle de l'examen du BSO-DOS®. Dans une situation idéale, l'équipe clinique et la famille examineront ensemble les constatations du BSO-DOS® et collaboreront à l'établissement des étapes suivantes.

Changements au fil du temps

L'application de la démarche systématique susmentionnée pour analyser le BSO-DOS® vous permet de comparer des instantanés de différentes périodes. Il est possible de comparer les fréquences, les nombres totaux de blocs de ½ heure ou les moyennes pour mesurer le changement, l'efficacité des interventions ou l'évolution d'une maladie.

Exécuter les étapes suivantes:

D'après ce que vous avez appris en remplissant la fiche BSO-DOS®, notez les prochaines étapes (cochez toutes les cases qui s'appliquent).

Étapes suivantes (cochez toutes étapes applicables) :

- Continuer le BSO-DOS® pour un autre 5 jours
- Répéter le BSO-DOS® dans 4-6 semaines
- Aucun autre BSO-DOS® n'est requis pour le moment
- Recueillir des données ACC « antécédents-comportements-conséquences » par rapport à certains événements ou comportements
- Rencontre/réunion clinique
- Note d'évolution écrite

- Discuter avec le mandataire spécial
- Ajustement/revue des médicaments
- Interventions non pharmacologiques suggérées:

- Plan de soins est mis à jour

Consultation : _____

Autre : _____

Section remplie par (nom en lettres moulées) : _____ Signature : _____

Signez et apposez vos initiales à la fiche. Si plusieurs membres de l'équipe participent à l'analyse et à la planification, un responsable peut être désigné de signer la fiche.

Guide d'utilisation

Vous trouverez le guide d'utilisation de quatre pages sur la page Web du BSO-DOS® : brainxchange.ca/BSODOSFR.aspx

FOIRE AUX QUESTIONS

1) **Comment vais-je inscrire le code du comportement que j'observe chaque demi-heure? Il n'y aura jamais assez de temps dans la journée!**

Ce quart de travail de 8 ou 12 heures passe tellement vite, avec toutes les demandes cliniques et la documentation que vous devez faire; vous pouvez vous sentir débordé. Si les tranches d'une demi-heure ne sont pas réalisables, prenez la journée et découpez-la en blocs d'heures. Vous pourriez par exemple vous imposer, toutes les deux heures, de consigner vos observations des deux dernières heures sur la fiche de collecte de données BSO-DOS[®] ou de garder dans votre poche un morceau de papier où vous inscrirez le comportement que vous observez et l'heure de son apparition pour les documenter ensuite sur le BSO-DOS[®] lorsque vous aurez le temps de le faire. Évitez la documentation « à la fin du quart de travail », qui a tendance à occasionner des notes erronées, ce qui rend l'analyse inutile.

2) **Qu'advient-il si j'observe plus d'un comportement dans le même bloc de temps? Dois-je inscrire seulement le chiffre correspondant au comportement le plus perturbateur ou à risque et laisser tomber l'autre?**

Il est plus que probable que plus d'un comportement apparaisse au cours d'un bloc de temps. Afin de bien analyser les types et les tendances et d'obtenir un « portrait fidèle », nous vous encourageons à consigner tous les comportements observés dans le bloc de temps. La consignation des comportements peut suivre leur ordre d'apparition ou l'ordre décroissant de leur niveau de risque.

3) **Que faire si un autre comportement important apparaît au milieu d'un BSO-DOS[®]? Me suffit-il de l'ajouter dans la catégorie 9 ou 10?**

Si vous constatez l'apparition d'un nouveau comportement durant la période d'observation, il faudra décider en équipe de la manière de le documenter. L'équipe pourrait par exemple décider de documenter

les épisodes du nouveau comportement dans les notes d'évolution écrites qui serviront ensuite dans l'analyse du BSO-DOS[®]. Dans les « Étapes suivantes » du BSO-DOS[®], l'équipe pourrait décider d'instaurer

un autre BSO-DOS[®] pour faire un suivi approprié du nouveau comportement, si sa fréquence ou son niveau de risque le justifie. Jusque-là, continuez d'inscrire seulement le code des comportements inscrits sur le BSO-DOS[®] au moment de sa mise en place, parce que l'ajout d'un autre comportement au milieu

du processus compliquera l'analyse et l'interprétation, tout en les rendant erronées. L'équipe pourrait également décider d'instaurer un nouveau BSO-DOS[®] afin d'y ajouter le nouveau comportement si ce dernier soulève suffisamment d'inquiétude en raison de son niveau de risque.

4) **Que dois-je faire si je ne sais pas comment décrire ou coder le comportement que je viens d'observer? Comment puis-je inscrire le bon code dans le bloc de temps si je ne sais pas à quel « nombre » il est associé?**

Selon votre emplacement ou votre milieu, la meilleure réponse à cette question serait de vous adresser à la personne ayant le plus de responsabilités pour avoir de l'aide. Si vous ne pouvez pas lui parler, nous vous invitons à laisser le bloc de temps vide, de le dire à votre chef d'équipe et de rédiger une note d'évolution écrite dans laquelle vous mentionnerez ce qui s'est produit et ce que vous avez observé. Ainsi, même en ayant laissé le bloc de temps vide, vous aurez tout de même fourni dans vos notes d'évolution les renseignements dont ont besoin les membres de l'équipe qui analysent les données et élaborent le plan de traitement/d'intervention.

5) Mon client, qui fait actuellement l'objet d'observations à l'aide d'un BSO-DOS[®], a un rendez-vous aujourd'hui et sera absent de l'unité/des lieux. Comment dois-je remplir les blocs de temps pour la durée de son absence?

Au lieu de supposer l'occurrence de certains comportements durant la période où la personne n'est pas en observation, rayez d'un trait le(s) bloc(s) de temps dans la colonne « Comportements observés », indiquez dans la colonne « Contexte » que la personne est absente des lieux/de l'unité (vous pouvez l'ajouter en tant que X ou Y dans la légende « Contexte ») et apposez vos initiales dans la colonne « Initiales ».

6) Tout ce que j'ai à faire est d'inscrire un chiffre dans le bloc de temps et j'ai terminé, n'est-ce pas? Pas

exactement. Si ce bloc de temps correspond à l'occurrence d'un incident particulier qui pourrait être commenté et expliqué plus longuement, nous vous encourageons de rédiger une note d'évolution. Les renseignements extraits de la note d'évolution sont très précieux pour obtenir plus d'information, de manière à pouvoir utiliser les facteurs contributifs et les stratégies dans le plan de soins.

7) À quoi sert de contrôler les comportements précisés (énumérés dans la catégorie de comportements) si l'équipe ignore à quel moment exact ils se produisent?

Il est vrai que la fiche BSO-DOS[®] dûment remplie n'indique pas le moment précis de l'occurrence de comportements particuliers (seulement la catégorie de comportements). Ajouter ce niveau de détails nuirait à la simplicité d'utilisation de l'outil. En revanche, contrôler les comportements en question lorsqu'ils apparaissent permet aux membres de l'équipe de savoir quels comportements particuliers sont exprimés sur une période de cinq jours et de réfléchir à ce sujet. Un examen des cases cochées permettra aux équipes de distinguer les comportements qui présentent un risque, ceux qui sont possible de gérer sans danger et ceux qui mériteraient une évaluation plus poussée.

8) Combien de temps faut-il continuer les observations du BSO-DOS[®]?

Le BSO-DOS[®] présente dans sa section « Contexte » les dates de début et de fin du processus. Tous peuvent ainsi savoir pendant combien de temps devrait durer la période d'observation.

ÉTUDES DE CAS

Étude de cas n° 1

Mme Cheng (un pseudonyme) est une femme de 86 ans qui a déménagé récemment de la maison de sa fille à un foyer de soins de longue durée. Durant la collecte d'information sur sa personnalité, le personnel a appris qu'elle a une grande famille et que sa maison était souvent le lieu de rencontre. Elle aimait cuisiner et avait une spécialité, les raviolis chinois fait maison. L'équipe clinique a remarqué que parfois, dans la journée, Mme Cheng appelle à l'aide en criant. Lorsque les membres de l'équipe répondent à son appel, ils ont du mal à trouver ce qu'elle veut ou ce dont elle a besoin. Ils ont décidé de remplir une fiche BSO-DOS[©] pour mieux cerner le moment et le contexte qui entourent ces épisodes de détresse chez Mme Cheng.

Après une période d'observation de cinq jours, l'équipe se penche sur les calculs du tableau d'analyse, la fiche de collecte de données surlignée et les renseignements documentés sur le contexte.

Vous trouverez ci-dessous un instantané d'une partie de la fiche de collecte de données BSO-DOS[©] remplie et surlignée :

J/M/A	20/06/19			21/06/19			22/06/19			23/06/19			24/06/19				
	Comportements observés	Contexte	Initiales*														
0700	1		DF	1		DF	1		TC	1		TC	1		CM		
0730	2		DF	5	S	DF	4		TC	1		TC	2		CM		
0800	4	P	DF	4	7	P	DF	4	5	P	TC	4	P	TC	2	CM	
0830	3	N	DF	2		DF	2		TC	2		TC	2		CM		
0900	2		DF	4	S	PL	4		TC	4	S	TC	2		CM		
0930	2		DF	2		DF	2		TC	2		TC	4	S	CM		
1000	2		DF	2		DF	2		LL	2		TC	2		CM		
1030	4	5	S	DF	3		DF	2		TC	3		TC	2	CM		
1100	2		DF	2		DF	4		TC	2		TC	3		CM		
1130	2		CC	2		DF	7		TC	2		TC	3		TC		
1200	2		DF	2		DF	2		TC	2		TC	2		CM		
1230	2		DF	2		PL	2	N	TC	2		CM	2		CM		
1300	2		DF	4	5	P	DF	2		LL	4	B	TC	2	CM		
1330	2		DF	2	C	DF	4	B	TC	4	B	TC	4		CM		
1400	3		MC	2		DF	4	5	B	TC	5	P	TC	4	TC		
1430	2		DF	2		DF	7	8	P	TC	1		TC	5	7	P	CM
1500	2		RM	2		SL	4		CB	1		CB	2		LT		
1530	2		RM	2		SL	2		CB	2		CB	2		LT		
1600	2		RM	2		SL	3		CB	2		CB	2		LT		
1630	2		RM	2		SL	2		CB	2		CB	2		LT		
1700	2		RM	2		SL	2		CB	2		CB	2		LT		
1730	2		RM	2		SL	2		CB	2		CB	4	A	LT		
1800	4	S	NT	4		SL	4		GF	4	C	CB	2		CB		
1830	2		RM	2		PB	7		S	CB	4	A	LT	2	LT		
1900	2		RM	2		SL	4	S	CB	3	F	CB	3		LT		
1930	3	F	RM	3	F	SL	2		CB	3	F	CB	2		LT		
2000	3	F	RM	3	F	SL	2		CB	2		CB	2		LT		
2030	2		RM	2	A	SL	1		CB	2		CB	2		LT		
2100	2		RM	2		SL	1		CB	1		CB	2		LT		
2130	1		RM	2		SL	1		CB	1		CB	1		LT		
2200	1		RM	2		SL	1		CB	1		CB	1		LT		

Comportements observés	
1	Endormi
2	Réveillé/calme
3	Participation positive
<i>Pour les numéros 3 à 8, cochez ce que vous observez:</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Faire une activité
<input checked="" type="checkbox"/>	Discuter
<input type="checkbox"/>	Tenir la main
<input type="checkbox"/>	Autre:
4	Expressions vocales (répétitives)
<input type="checkbox"/>	Pleurer
<input type="checkbox"/>	Grogner
<input type="checkbox"/>	Fredonner
<input checked="" type="checkbox"/>	Gémir
<input type="checkbox"/>	Autre:
5	Expressions motrices (répétitives)
<input checked="" type="checkbox"/>	Frapper
<input type="checkbox"/>	Collecter/Amasser
<input type="checkbox"/>	Se déshabiller
<input type="checkbox"/>	Explorer/Rechercher
<input checked="" type="checkbox"/>	Gigoter
<input type="checkbox"/>	Autre:
6	Expression sexuelle à risque
<input type="checkbox"/>	Faire des commentaires sexuellement explicites
<input type="checkbox"/>	Se masturber en public
<input type="checkbox"/>	Toucher les parties génitales d'une autre personne
<input type="checkbox"/>	Toucher une autre personne, excluant les parties génitales
<input type="checkbox"/>	Autre:
7	Expression verbale à risque
<input type="checkbox"/>	Insulter
<input checked="" type="checkbox"/>	Crier
<input type="checkbox"/>	Autre:
8	Expression physique à risque
<input type="checkbox"/>	Mordre
<input type="checkbox"/>	Étrangler les autres
<input type="checkbox"/>	S'aggriper
<input type="checkbox"/>	Tirer les cheveux
<input type="checkbox"/>	Frapper
<input type="checkbox"/>	Coup de pied
<input type="checkbox"/>	Pincer
<input type="checkbox"/>	Autre:
9	
10	

Vous trouverez ci-dessous un instantané du tableau d'analyse BSO-DOS[®]:

		Nombre total de cases par jour (Additionner le nombre de cases par jour pour chaque catégorie)					=	Nombre total de cases par demi-heure (Additionner le nombre de cases sur 5 jours pour chaque catégorie)	÷10	Calculer la moyenne d'heures par jour (Diviser le nombre total de cases par demi-heure par 10) Conseil : Déplacer le point décimal d'une espace vers la gauche	Préoccupations		
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5					Fréquence	Durée	Risque
1	Endormi	15	10	16	18	16	=	75	÷10	7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Réveillé/calme	24	28	18	22	23	=	115	÷10	11.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Participation positive	5	3	1	2	3	=	14	÷10	1.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Expressions vocales	3	5	7	5	4	=	24	÷10	2.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Expressions motrices	1	1	2	1	1	=	6	÷10	.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Expression sexuelle à risque	0	0	0	0	0	=	0	÷10	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Expression verbale à risque	0	1	3	0	1	=	5	÷10	.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Expression physique à risque	0	0	1	0	0	=	1	÷10	.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10							=		÷10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À partir de ces renseignements, l'équipe détermine ce que révèlent les données du BSO-DOS[®] :

- Lorsque Mme Cheng est seule, elle s'exprime souvent à l'aide d'expressions vocales.
- Mme Cheng s'exprime davantage de détresse à l'aide d'expressions vocales et motrices qui entraînent parfois une expression verbale ou physique à risque après une mauvaise nuit de sommeil.
- Plus Mme Cheng participe activement, moins elle affiche de comportements réactifs.
- La participation positive de Mme Cheng totalise en moyenne moins de 1,4 heure par jour.

En collaboration avec la famille, l'équipe détermine les causes et facteurs contributifs possibles suivants :

- Être seule est une source de stress pour Mme Cheng. Sa famille rappelle à l'équipe que Mme Cheng a l'habitude d'être entourée.
- Mme Cheng dort mieux lorsqu'elle a pris un médicament antidouleur avant l'heure du coucher; elle n'en avait pas pris la nuit où elle a mal dormi.
- Mme Cheng pourrait avoir besoin de passer plus de temps à participer à des activités qui l'intéressent.

En collaboration avec la famille, l'équipe élabore les plans suivants à partir de ce qu'elle a appris grâce au BSO-DOS[®] :

- Modifier la dose du médicament antidouleur au coucher pour une administration régulière (au lieu d'une prise au besoin) afin d'atténuer la douleur et de favoriser une bonne nuit de repos.
- Essayer une nouvelle activité avec Mme Cheng qui présente un intérêt pour elle et la fait se sentir utile et comme chez elle : remettre à Mme Cheng de la pâte à modeler non toxique blanche qui imiterait la pâte à raviolis chinois. Après les repas, après avoir débarrassé les tables, un membre de l'équipe remettra à Mme Cheng de la pâte à modeler et un plateau provenant de chez elle, qu'elle avait l'habitude d'utiliser lorsqu'elle confectionnait des raviolis chinois. Le personnel encourage les membres de sa famille à la visiter durant ces périodes pour qu'ils confectionnent ensemble les raviolis chinois.



L'équipe clinique décide de répéter le BSO-DOS[®] pour observer les retombées de ces nouvelles interventions.

Vous trouverez ci-dessous un instantané de l'analyse narrative et de la section « Étapes suivantes » du BSO-DOS[®] qui capture cet entretien et la planification:

Ce que révèlent les données du BSO-DOS[®] (p. ex. les types de comportements exprimés, les habitudes, le moment de la journée, le sommeil interrompu) : - Le plus que Mme Cheng participe positivement, le moins qu'elle démontre des comportements réactifs
- Détresse accrue (expressions vocales et motrices qui mènent parfois à des expressions vocales et physiques à risque) après un mauvais sommeil
- La plupart des expressions vocales de Mme Cheng se passe lorsqu'elle est seule (p.ex. le matin avant qu'elle sort du lit et après les heures de repas lorsque les résidents quittent la salle à manger)
- En moyenne, Mme Cheng participe de façon positive moins que 1.4 heures par jour

Causes possibles et facteurs contributifs (tenir compte des renseignements recueillis sur le contexte et l'identité de la personne):
- N'aime pas être seule – Expressions vocales accrues qui mènent à des comportements à risque (débutent lorsqu'elle est seule)
- Ne participe pas dans des activités significatives – Info sur l'identité de la personne connue : Mme Cheng avait une grande famille et aimait faire cuire des raviolis chinois
- Douleur – Mme Cheng dors mieux lorsqu'on lui donne son médicament à l'heure du coucher (on ne lui a pas donné le soir où elle a mal dormis)

Étapes suivantes (cocher toutes étapes applicables):

- Continuer le BSO-DOS[®] pour un autre 5 jours
- Répéter le BSO-DOS[®] dans 4-6 semaines
- Aucun autre BSO-DOS[®] n'est requis pour le moment
- Recueillir des données ACC « antécédents-comportements-conséquences » par rapport à certains événements ou comportements
- Rencontre/réunion clinique
- Note d'évolution écrite

- Discuter avec le mandataire spécial
- Ajustement/revue des médicaments
- Interventions non pharmacologiques suggérées:
Pâte à modeler pour simuler à faire des raviolis chinois
Jouer de la musique dans sa chambre
- Plan de soins est mis à jour
- Consultation: _____
- Autre: _____

Étude de cas n° 2

Mme Novak (un pseudonyme) est une femme de 82 ans qui a déménagé récemment dans un foyer de soins de longue durée. Elle est veuve et a quatre enfants, huit petits-enfants et trois arrière-petits-enfants qui lui rendent visite régulièrement. Son premier mari est décédé il y a plus de 55 ans, ce qui lui a causé beaucoup de chagrin et, à l'époque, l'a fait sombrer, de même que ses deux plus jeunes enfants, dans la dépression. Elle s'est remariée quelques années plus tard à son second époux et a eu deux autres enfants avec lui. Ses enfants décrivent la tendre relation qui a uni leur mère et son second mari pendant 30 ans, avant son décès, il y a 10 ans.

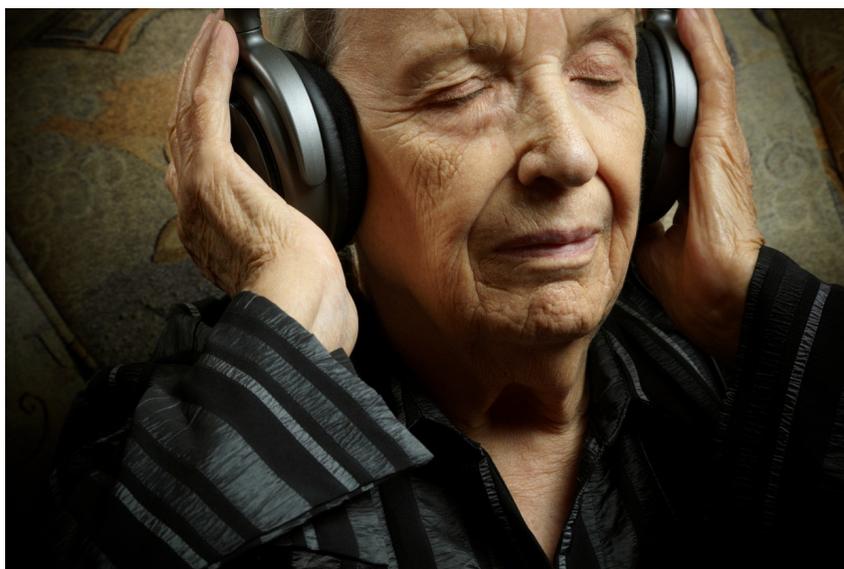
Au cours des sept dernières années, sa famille a été témoin du déclin graduel de la mémoire de Mme Novak et de sa capacité à s'acquitter des tâches courantes de sa journée. Elle a reçu il y a 5 ans un diagnostic de démence et, ces dernières années, la famille a travaillé de façon concertée avec l'appui des soins à domicile pour que Mme Novak reste dans sa maison. En raison d'un stress accru sur les aidants familiaux et des besoins croissants de Mme Novak en matière de soins, la famille a pris la décision de l'installer dans un foyer de soins de longue durée.

Peu après son arrivée au foyer, le personnel infirmier constate que Mme Novak devient plutôt larmoyante et pleure pendant de longues périodes, tant le jour que la nuit. Lorsque le personnel et la famille tentent de la consoler, elle continue de pleurer et leur tape les mains. Le personnel infirmier remarque également que Mme Novak n'a aucun mal à prendre ses médicaments et ne semble pas trouver stressantes les activités entourant les

soins personnels. L'équipe clinique décide d'utiliser le BSO-DOS[©] dans l'espoir d'obtenir une réelle évaluation de référence de la fréquence des épisodes de pleurs et d'en tirer un schéma quant au moment, à la durée et à toute variable contextuelle en présence.

Le BSO-DOS[©] de référence a montré, à l'aide du tableau d'analyse, que Mme Novak entrait dans un comportement de pleurs 8,3 heures en moyenne par période de 24 heures, ce qui est passablement long et plutôt déprimant. Les variables contextuelles indiquaient « seule », « lors de la visite de sa famille » et « lorsqu'elle mange ou boit » à l'heure des repas.

Les membres de l'équipe ont parlé de ces résultats et passé en revue les renseignements qu'ils avaient recueillis sur la personnalité de Mme Novak. Ils savent qu'elle apprécie tout particulièrement les chansons folkloriques de l'Europe de l'Est et, durant un autre entretien avec ses enfants, ils ont appris que la musique et la danse ont joué un rôle important pour la consoler de la perte de son premier mari. L'équipe et la famille ont décidé ensemble de faire l'essai d'une thérapie musicale afin d'atténuer sa détresse et ses pleurs et, ultimement, de rehausser sa qualité de vie. La famille a pris les dispositions nécessaires pour apporter de chez elle une partie de ses enregistrements musicaux personnels. Un plan a été mis en place pour diffuser de la musique dans sa chambre à l'aide de haut-parleurs et, dans la salle à manger, de la munir d'écouteurs.



Un autre BSO-DOS[©] a servi à évaluer l'efficacité de cette intervention non pharmacologique sur son comportement de pleurs. La thérapie musicale a été ajoutée dans la section « Contexte » de la fiche de collecte de données, sous « X ». Après l'instauration de la thérapie musicale, la moyenne d'apparition du comportement de pleurs a diminué à 5,6 heures par période de 24 heures, selon les calculs du tableau d'analyse. Les données ont aussi montré que l'inscription « thérapie musicale » dans le contexte coïncidait avec des périodes de « Participation positive » de Mme Novak (surtout des mentions « Sourire » et « Chanter »). Le personnel et la famille ont continué de réfléchir à d'autres moyens d'amener Mme Novak à participer grâce à la musique.

Ce cas donné en exemple montre dans quelle mesure le BSO-DOS[©] est utile pour surveiller et évaluer l'efficacité d'une stratégie centrée sur la personne. L'équipe clinique et la famille de Mme Novak ont disposé de renseignements concrets qui leur ont permis de comprendre son comportement et ses expressions personnelles, et de mesurer les résultats d'une intervention personnalisée.

Contexte	
S	Seul
B	Environnement B ruyant/actif
C	Environnement C alme
F	Famille/visiteurs présents
P	Soins P ersonnels (p. ex. prendre un bain, soins pour l'incontinence, aller à la toilette)
N	N utrition - manger/boire
M	M édicaments pour comportements administrés
A	A ntidouleur administrés
T	T raitement (p. ex. soins de plaies, crèmes)
R	Expressions dirigées envers un R ésident/patient/visiteur(s)
E	Expressions dirigées envers le personnel
X	T hérapie musicale
Y	

Étude de cas n° 3

M. Hogan (un pseudonyme) est un homme de 72 ans qui vit depuis 2 ans dans un foyer de soins de longue durée. M. Hogan, divorcé depuis 12 ans, n'entretient pas de liens étroits avec son fils et sa fille. Ils ne lui rendent visite, ensemble, que pour des occasions spéciales comme son anniversaire de naissance et durant les Fêtes. Ils révèlent que leur père est un homme « difficile » qui a infligé à leur mère de l'abus verbal tout au long de leur mariage. Il avait de « grandes attentes de perfection » à l'égard de tous les membres de la famille. Les enfants de M. Hogan poursuivent en révélant qu'il avait commencé à jouer le jeu de hasard au milieu de sa vie adulte, ce qui constituait une source de stress au sein de la famille. Son ex-femme a dû vendre leur maison pour éponger les importantes dettes de jeu qu'il avait accumulées. Au cours de la collecte de renseignements sur sa personnalité, le personnel a appris que M. Hogan avait quelques amis outre les camarades de jeu et de beuverie. Il était propriétaire d'un garage et entretenait un cercle de fidèles clients, mais a passé le plus clair de sa vie adulte à travailler sans beaucoup socialiser en dehors de ses parcs sur des événements sportifs. Au cours du dernier mois, M. Hogan a commencé à afficher un intérêt particulier pour une nouvelle résidente,

Mme Johnston. Avant l'arrivée de Mme Johnston au foyer, M. Hogan passait la majorité de son temps à arpenter les couloirs, en ne s'asseyant que brièvement. Il avait l'habitude de se tenir debout dans un coin, appuyé à un mur, les mains dans les poches, à observer les activités des autres. Il blaguait et souriait peu; autrement, il passait son temps seul et n'avait pas tendance à s'éterniser lors d'événements sociaux auxquels participaient d'autres clients. Mais depuis l'emménagement de Mme Johnston, M. Hogan est différent. Il la cherche, s'assoit près d'elle sur le sofa face au poste des infirmières et aime lui tenir la main. La fille de Mme Johnston estime que sa mère est « ragaillardie » depuis sa rencontre avec M. Hogan. Le personnel se demande comment évoluera cette relation et s'inquiète du fait que M. Hogan puisse « exploiter » Mme Johnston, d'une certaine manière. Leur relation semble assurément en train de s'épanouir. Environ une semaine après le début de leur amitié, le personnel observe M. Hogan en train d'embrasser Mme Johnston sur la joue et les lèvres pendant que le couple écoute la télévision ensemble dans le salon. L'équipe clinique décide de remplir une fiche BSO-DOS[©] pour recueillir des données précises sur les types de comportements sexuels qu'affiche M. Hogan devant Mme Johnston. L'équipe convient de ce qui suit :

- Continuer de considérer le comportement de « tenir la main » comme une marque d'amitié/de fréquentation plutôt que comme expression sexuelle à risque. Les membres consigneront toutefois les occurrences de ce comportement pour en établir la fréquence et la durée, et COMPARER/ CONTRASTER cette activité interpersonnelle de participation positive à toute expression sexuelle à risque qui pourrait aussi apparaître concurremment.
- Ajouter « embrasser » dans la catégorie « Autre » de la participation positive du menu BSO-DOS[©] et demander au personnel qui observe et qui note un baiser au BSO-DOS[©] de rédiger une note d'évolution décrivant le comportement (notamment le lieu et le contexte).
- Noter tout autre comportement dans le n° 6 – Expression sexuelle à risque qui pourrait apparaître durant la période d'observation de cinq jours. L'absence ou la présence de tels comportements permettra à l'équipe de mieux interpréter la relation naissante de

M. Hogan et de Mme Johnston, de même que de posséder des renseignements précis, recueillis systématiquement, sur lesquels fonder leurs entretiens avec les familles et les décisions prises avec elles.



Après une période d'observation de cinq jours, l'équipe se penche sur les calculs du tableau d'analyse, la fiche de collecte de données surlignée et les renseignements documentés sur le contexte et dans les notes d'évolution. Les données révèlent les schémas suivants :

- M. Hogan et Mme Johnston se tiennent par la main lorsqu'ils s'assoient sur le sofa et marchent dans le corridor pour aller à la salle à manger ou à la salle de télévision ou en revenant, pour un total de 5 heures par jour en moyenne, majoritairement entre 18 h et 21 h.
- M. Hogan sourit à Mme Johnston et parle avec elle, et fréquemment avec d'autres résidents et le personnel au cours de la journée.
- M. Hogan embrasse Mme Johnston sur la joue et les lèvres lorsqu'ils sont seuls dans la salle de télévision ou sur le sofa face au poste des infirmières.
- Le BSO-DOS[©] de M. Hogan indique deux occurrences durant des blocs de ½ heure, séparées par 48 heures, où il a été vu en train de serrer le genou gauche de Mme Johnston en levant légèrement sa jupe pour y arriver. Ces deux épisodes ont eu lieu dans le corridor, sur le sofa, entre 19 h et 19 h 30.

3 Participation positive	
<i>Pour les numéros 3 à 8, cochez ce que vous observez :</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Faire une activité	<input type="checkbox"/> Caresser
<input checked="" type="checkbox"/> Discuter	<input type="checkbox"/> Chanter
<input checked="" type="checkbox"/> Tenir la main	<input checked="" type="checkbox"/> Sourire
<input checked="" type="checkbox"/> Autre: Embrasser	

6 Expression sexuelle à risque	
<input type="checkbox"/> Faire des commentaires sexuellement explicites	
<input type="checkbox"/> Se masturber en public	
<input type="checkbox"/> Toucher les parties génitales d'une autre personne	
<input checked="" type="checkbox"/> Toucher une autre personne, excluant les parties génitales	
<input type="checkbox"/> Autre:	

Aucun autre épisode d'observations d'expression sexuelle n'a été consigné dans le BSO-DOS[©] ou les notes d'évolution. Après la validation des données auprès de tous les membres du personnel, l'équipe indique que M. Hogan n'a pas affiché l'un des comportements suivants :

- Faire des commentaires sexuellement explicites.
- Se masturber en public.
- Toucher les parties génitales d'une autre personne (n^o 6 – Expression sexuelle à risque).

En collaboration avec les familles et dans le cadre de rencontres distinctes, l'équipe est arrivée aux conclusions suivantes :

- Meilleure relation sociale avec les autres résidents et le personnel.
- Isolement social atténué par la relation d'amitié/de fréquentation entretenue avec une résidente célibataire.
- Les gestes consistant à se tenir la main, à s'embrasser et à serrer un genou sont considérés comme des preuves d'une participation sociale positive.

L'équipe s'entend à propos des étapes suivantes :

- L'équipe continuera l'observation de M. Hogan pour vérifier l'apparition de nouveaux comportements sexuels qui nécessiteraient d'autres entretiens et examens.
- L'équipe instaurera de nouveau le BSO-DOS[©] dès l'apparition d'un nouveau comportement sexuel. Tous les membres de l'équipe sont tenus d'observer l'émergence de tels comportements.
- Les membres de l'équipe responsable des loisirs donneront l'occasion à M. Hogan et Mme Johnston de renforcer leurs liens sociaux et amicaux en les invitant à des événements en tant que couple.

RÉFÉRENCES

- Bromley, D. B. (1990). *Behavioural Gerontology: Central Issues in the Psychology of Ageing*. New York: Wiley.
- Curyto, K., Van Haitsman, K., & Vriesma, D. K. (2008). Direct observation of behavior: A review of current measures for use with older adults with Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 1(1), 52-76.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M., & Thompson, L. W. (2008). *Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults*. New York: Springer.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: the Person Comes First*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice (2nd Ed.)*. London: Wiley-Blackwell.
- Noguchi, D., Kawano, Y., & Yamanaka, K. (2013). Care staff training in residential homes for managing behavioural and psychological symptoms of dementia based on differential reinforcement procedures of applied behaviour analysis: A process research. *Psychogeriatrics*, 13, 108-117.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care (2nd Ed.)*. Toronto, ON: Author. Retrieved from https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DDD_BPG.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Person- and Family-Centred Care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1891–1903.
- Schindel Martin, L. (1998). The dementia observational system: A useful tool for discovering the person behind the illness. *Long Term Care*, 8(4), 19-22.
- Seitz, D. P., Brisbin, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., Wilson, K., Gill, S. S., . . . Conn, D. (2012). Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 503-506.
- Spector, A., Orrell, M., & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 354-364.
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.09.002

*Les références notées sont disponibles en anglais

MOT DE REMERCIEMENT

Le bureau de coordination provincial du Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario et le Groupe de travail DOS tiennent à exprimer leur profonde gratitude à l'égard de chaque membre de l'équipe ayant pris part à la collecte et à l'utilisation des données du BSO-DOS[©], ainsi que des renseignements essentiels sur l'identité individuelle, afin d'éclairer les soins centrés sur la personne et la famille.

Merci

à ceux et celles qui ont pris le temps de noter les comportements observés et le contexte pertinents. Cette collecte de données était essentielle!

Merci

à ceux et celles qui ont examiné et analysé les données recueillies.

Vos longs calculs et votre interprétation des données ont été primordiaux pour comprendre ce que révélaient les données à propos de la personne atteinte de démence.

Merci

à ceux et celles qui planifient les étapes suivantes avec la personne et les membres de sa famille.

Ces démarches personnalisées sont au cœur de la prestation de soins centrés sur la personne et la famille.

