

LES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Hélène Masson m.d.,F.r.c.p.(c) Neurologue
Centre Hospitalier Universitaire de Montréal et Institut de Gériatrie de Montréal
Professeure agrégée Université de Montréal
Département des Neurosciences



DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel
en lien avec le contenu de cette présentation



OBJECTIFS DE L'ATELIER

- Connaître les approches de bases et les stratégies d'intervention auprès des patients ayant des symptômes comportementaux et psychologiques reliés aux **troubles cognitifs majeurs (TCM)** dans le contexte où la médication n'est pas indiquée ou inefficace.
- Identifier quand il est nécessaire de combiner les interventions non pharmacologiques et pharmacologiques



SCPD

(International Psychogeriatric Association, 2003)

Symptômes

Des symptômes et des signes observables avec un potentiel de danger pour l'individu ou son entourage, occasionnant du stress, de la peur ou de la frustration de la part de tous et qui sont considérés comme socialement inacceptables

Comportementaux

Psychologiques

Démence

Symptômes Comportementaux

40-60 % des patients avec troubles cognitifs majeurs en soins de longue durée

J. Am. Med. Dir. Assoc. 2009, 10(4), 271-276.

Comportement d'agitation physique non agressif

- Errer
- Refuser les soins
- Commettre des gestes indécents
- Déambuler de façon inappropriée
- S'emparer ou cacher objets des autres
- Fouiller dans les affaires des autres
- Uriner ou déféquer de manière inappropriée
- Cogner des objets sans les briser
- Lancer des objets ou des aliments
- Enlever sa culotte
- Se déshabiller dans des lieux ou des moments inappropriés
- Manger la nourriture des autres
- Faire des gestes insultants mais pas obscènes
- Mettre des objets dans sa bouche
- Gestes répétitifs et ritualisés
- Se cramponner ou poursuivre des personnes
- Rechercher constamment l'attention
- Adopter des comportements sexuels inappropriés
- Cracher
- Cracher sa médication

Comportement d'agitation physique agressif

- Briser des objets
- Tordre des doigts
- Pincer et griffer
- Donner des coups de coudes
- Mordre
- Donner des coups de pieds
- Frapper les autres résidents
- S'automutiler
- Cracher sur les intervenants et autres résidents
- Bousculer les intervenants et autres résidents
- Empoigner les intervenants et autres résidents
- Voler des objets
- Utiliser un objet pour frapper
- Tomber volontairement
- Lancer des objets ou des aliments
- Faire des avances sexuelles

Comportement d'agitation verbale non agressif

- Parler constamment
- Répéter des phrases ou des mots
- Craindre de s'être fait voler
- Émettre des sons répétitifs
- Exprimer des peurs irrationnelles
- S'enfermer dans le mutisme
- Gémir se plaindre
- Faire des avances sexuelles verbales
- Demander et exiger de retourner à la répétition

Comportement d'agitation verbale agressif

- Utiliser un langage indécent
- Blasphémer
- Menacer de blesser les autres
- Menacer de s'automutiler
- Utiliser un langage hostile, accusateur envers les autres.

Symptômes psychologiques

ANXIÉTÉ

État interne caractérisé par des appréhensions, des inquiétudes diverses, de la peur, **souvent associée à des plaintes somatiques variées et des comportements variés** (évitement, demandes répétitives, dépendance excessive, agitation)

DÉPRESSION

Très fréquente
Elle peut être la première manifestation d'une détérioration cognitive d'une démence ou peut apparaître en cours de son évolution
Souvent difficile à diagnostiquer et souvent sous diagnostiquer

ILLUSIONS

HALLUCINATIONS

DÉLIRES ET IDÉES PARANOÏDES

Toujours y penser prévalence 50%

Am. J. Geriatr Psychiatry 2009, 17(7), 565-573
Int. Rev. Psychiatry 2008, 20(4), 382-388
Am. J. Geriatr psychiatry, 13(9), 802-807

Symptômes psychologiques

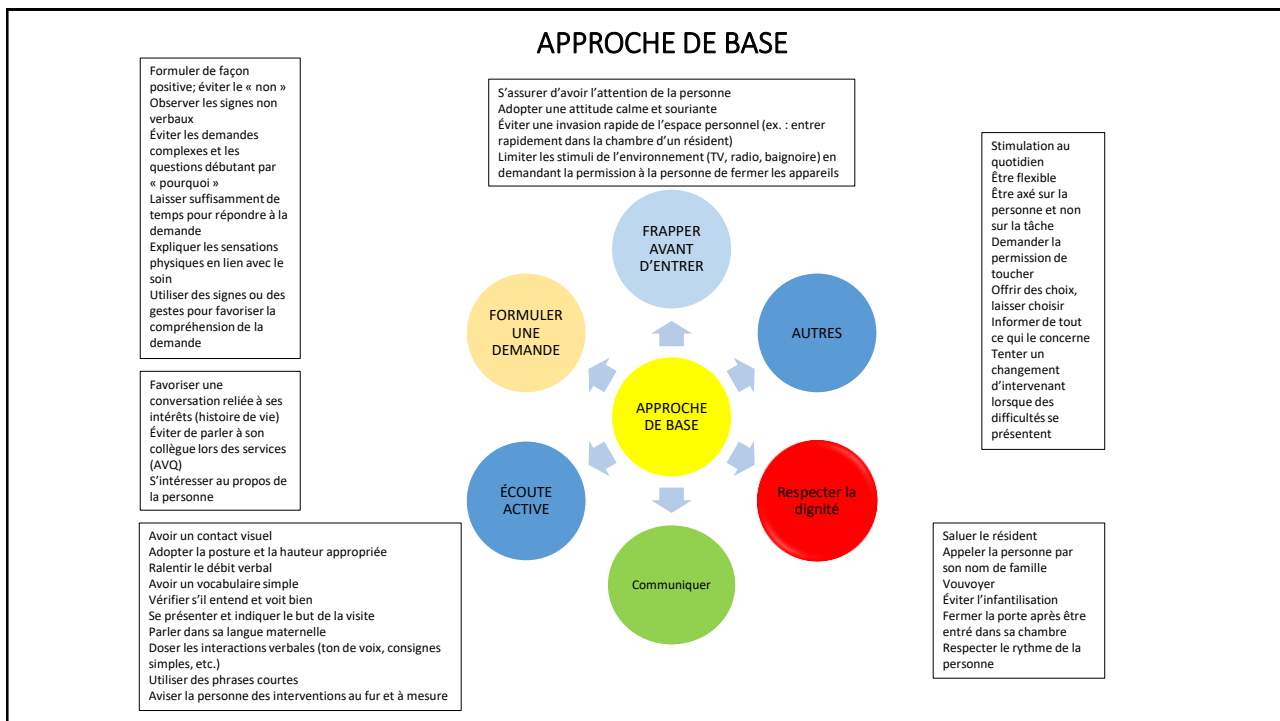
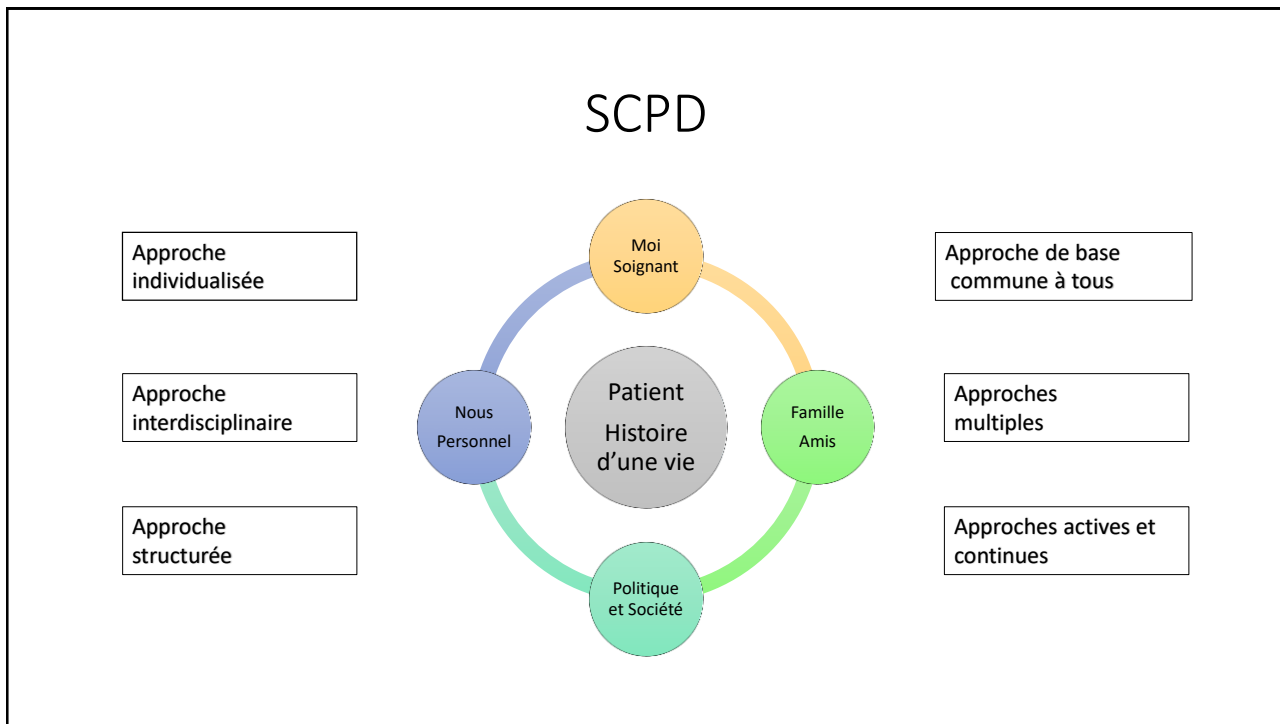
| ANXIÉTÉ | DÉPRESSION | ILLUSIONS | HALLUCINATIONS | DÉLIRES ET IDÉES PARANOÏDES |
|---------|------------|---|---|---|
| | | Distortion sensorielles ou perceptions erronées d'un stimulus réel , (changement en intensité, qualité forme spatiale) Objets Cadres de fenêtres et de portes Éléments de la nature | Visuelles personnage, visage, animaux, insectes Auditives Tactiles Olfactives Gustatives | Vol Jalousie Infidélité Trouble de l'identification du temps, du lieu, des personnes Ex : Syndrome de Capgras le compagnon de vie est un imposteur |

Psychose ou trouble psychotique prévalence 10-60 %

Curr Opin Psychiatry 2007;20(6),551-558

DÉMENCES

| ALZHEIMER | FRONTO-TEMPORALE | CORPS DE LEWIS | DÉMENCES VASCULAIRES | AUTRES CONDITIONS |
|---|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la mémoire • Troubles langagiers • Apraxie • Agnosie • Anosognosie • Troubles dysexécutifs • Impact AVQ-AVD et sur les rôles sociaux <p>• Variante DTA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Changement de personnalité • Troubles du comportement • Comportements stéréotypés, rigidité mentale • Perte du sens des convenances sociales désinhibition • Indifférence • Apathie, adynamie • Hyperoralité • Boulimie • Hypersexualité • Orientation spatiale et praxies mieux préservées au début de la démence • Trouble du langage | <ul style="list-style-type: none"> • Fluctuation de l'attention et de l'état de conscience d'un moment à l'autre de la journée et d'une journée à l'autre • Hallucinations visuelles parfois précoces récurrentes • Signes moteurs de type parkinsonien (tremblements, rigidité, modification de la démarche) • Chutes à répétition • Sensibilité aux antipsychotiques | <ul style="list-style-type: none"> • AVC multiples et leucoaraiose • Pertes cognitives par palier ou lentement progressive • Trouble à la marche • Incontinence urinaire • Labilité émotionnelle • Modification de la personnalité et de l'humeur • Dépression • Signes focaux : faiblesse, rigidité, hyperreflexie généralement asymétriques, • Dysphagie | <ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs associés à la maladie de Parkinson, PSP-DCB • Chorée de Huntington • Retard intellectuel • Encéphalopathie néonatale • Patient souffrant de problèmes de santé mentale de longue date schizophrénie, PMD, dépression • Séquelle de TCC • Maladie métabolique et génétique • Maladies orphelines • Trouble de personnalité |



Cas clinique de Marlène

Dame de 76 ans , admise le 17 juillet à l'IUGM pour délire paranoïde et brûlures aux pieds.

Elle est veuve depuis 2016 et son fils unique est décédé de leucémie en Allemagne en début d'année 2017.

Il lui reste un neveu avec qui elle a peu de contact.

Elle a travaillé comme technicienne de laboratoire en biochimie à l'Université de Montréal.

Comme seul antécédent personnel, elle a un Diabète de type II et une déficience en vitamine B12 supplée.

Elle ne fume pas et ne prends pas d'alcool

Cas clinique de Marlène

Depuis 2017, elle est suivie en clinique de cognition pour une détérioration cognitive progressive depuis le décès de son époux.

Elle vient à ses rendez-vous accompagnée d'une bonne amie, Nicole, ancienne collègue de travail, qui l'aide beaucoup.

Son MMSE était à 26/30 en octobre 2017 et le MoCA à 20/30. À l'examen, elle a un léger syndrome parkinsonien caractérisé par une akinésie et une rigidité plus marqué à l'hémicorps droit que gauche.

L'évaluation neuropsychologique a démontré des troubles de mémoire pour les faits récents et anciens, un manque du mot, des troubles dysexécutifs, une apraxie visuo-constructive et une agnosie pour des images complexes.

On a retenu le diagnostic de démence à corps de Lewis et on lui a proposé de prendre un inhibiteur de l'acétylcholinestérase mais ce fut un refus catégorique.

Cas clinique de Marlène

Tout allait relativement bien jusqu'en mai 2018 alors qu'elle a arrêté de prendre son glucophage pour son diabète croyant que la pharmacie voulait l'empoisonner.

Elle est convaincue que son locataire fait le trafic de cocaïne et qu'il la drogue par l'intermédiaire de Vladimir Poutine. Elle a peur d'être arrêtée par la police.

Elle a égaré sa carte d'assurance maladie, son passeport, ses cartes de crédits à deux reprises.

Son amie Nicole rapporte, des comportements bizarres, elle lance ses poubelles dans l'escalier en disant qu'elle obéit « au protocole».

Pour obéir au « protocole» elle doit aussi laver plusieurs fois par jour ses pantalons.

Elle n'a pas lavé ses pieds depuis trois semaines en raisons de brûlures.

Elle refuse les services du CLSC . Elle n'ouvre pas sa porte.

Elle a fait faire l'épicerie 7 fois de suite croyant que la nourriture était empoisonnée et elle a conservé ses selles dans une boîte pendant 5 jours comme preuve.

On a retrouvé les fils électriques de son ordinateur dans le four micro-ondes

Elle s'alimente et s'hydrate peu depuis deux jours.

Elle se lève plusieurs fois par nuit et appelle son amie pour lui dire que les voisins tentent d'entrer chez elle. Elle a déjà appelé la police deux fois.

Le médecin de famille a tenté de la quétiapine jusqu'à 50 mg HS et 25mg AM sans succès.

Son amie, complètement épuisée, réussit à la convaincre de venir à l'IUGM.

Cas clinique de Marlène

Elle est hospitalisée à l'unité de court séjour de l'IUGM.

À sa chambre, elle insiste pour garder tout ses effets dans des sacs à côté de son lit et se promène avec dans le corridor.

Elle ne comprend pourquoi elle est là et veut s'en aller.

Elle refuse de prendre ses médicaments, elle les crache, et lance le verre d'eau tendu par l'infirmière sur la voisine de chambre.

À la rencontre avec le médecin, elle est méfiante, elle bouge sur la chaise, elle se tord les mains, elle pleure, elle ne peut faire confiance à personne dit-elle.

Elle coupe court à l'entrevue car le médecin ressemble à « KIOKO» maître du déguisement.

Elle arrache son bracelet et court vers l'ascenseur pour quitter.

Elle bouscule une patiente qui tombe avec sa marchette.

La gériatre, l'infirmière et le préposé la rejoignent et essaient de lui parler doucement.

Elle crie, elle frappe, elle empoigne le collier de la gériatre.

QUELLE EST LA PREMIÈRE ÉTAPE DANS TOUTE SITUATION?

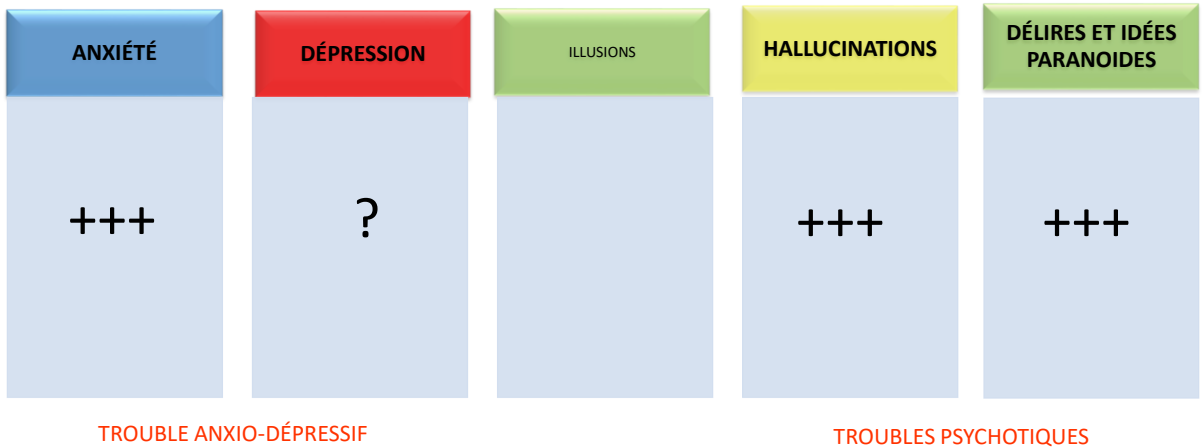
ÉVALUER L'URGENCE DE LA SITUATION

- Est-ce qu'il y a un risque pour la santé et la sécurité du patient ou de son entourage?
- Est-ce que le trouble du comportement est léger, modéré ou sévère ?

Symptômes Comportementaux de Marlène

| Comportement d'agitation physique non agressif | Comportement d'agitation physique agressif | Comportement d'agitation verbale non agressif | Comportement d'agitation verbale agressif |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Refuse les soins • Refuse les médicaments • Refuse de s'alimenter • Crache sa médication | <ul style="list-style-type: none"> • Frappe le personnel • Empoigne les intervenants • Lance des objets | <ul style="list-style-type: none"> • Craint de s'être fait voler • Exprime des peurs irrationnelles • Demande et exige de retourner à la maison | <ul style="list-style-type: none"> • Utilise un langage hostile, accusateur envers les autres. |

Symptômes psychologiques de Marlène



Y-a-t-il urgence d'intervenir ?

OUI

- L'agitation et l'agressivité sont sévères
- Il y a indication claire de traiter un état psychotique, une dépression, un état anxieux
- Il y a présence de risque pour la santé et la sécurité du patient ou de son entourage : elle ne mange plus, ne prend pas ses médicaments, elle frappe le personnel et les autres bénéficiaires

Marlène fut mise en garde en établissement

QUELLE EST LA DEUXIÈME ÉTAPE ?

CONNAÎTRE L'HISTOIRE DE VIE DE MARLÈNE

- Née en Allemagne en 1942, en pleine seconde guerre mondiale
- Ses parents auraient beaucoup soufferts, ils ont eu peur souvent
- Ils manquaient de nourriture et ils ont eu froid.
- Marlène a toujours été méfiante face au corps policier
- Très affectée par les décès coup sur coup, de son époux en 2016 qui gérait tout et du fils unique en 2017
- A un bon réseau d'amies qu'elle fréquente encore.
- Sa meilleure amie Nicole. a une procuration générale.
Il ne lui reste qu'un neveu en Allemagne qui aurait abusé d'elle financièrement.
- Elle est décrite par ses amies comme ayant toujours été pessimiste, négative face à la vie

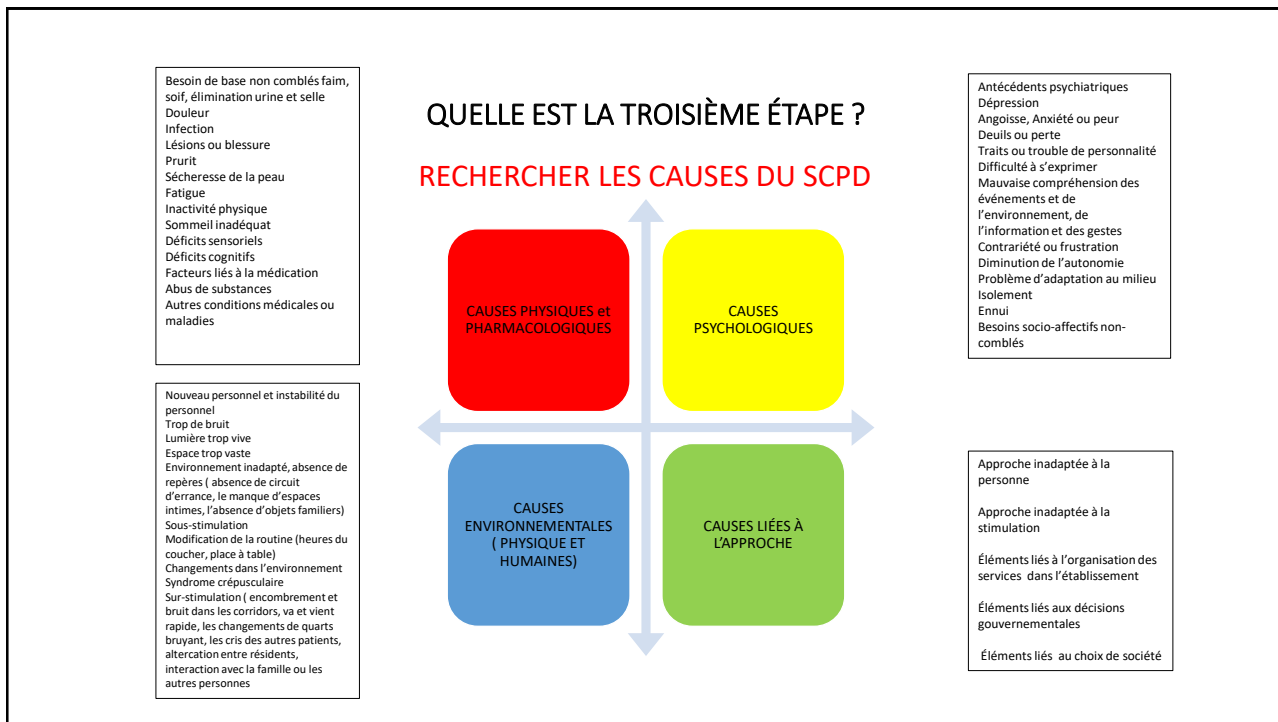
HISTOIRE BIOGRAPHIQUE



Le but de ce questionnaire est de recueillir des renseignements afin de mieux connaître la personne admise en hébergement et en soins de longue durée et de mieux personnaliser les interventions.*

Formulaire d'histoire de vie

[Guides de trajectoires cliniques et guide de pratique pour l'évaluation et l'intervention SCPD](#) du ministère de la Santé et des Services sociaux 2014



ÉVALUATION PAR LE PERSONNEL INFIRMIER

| Examen clinique | Besoins non comblés | Causes psychosociales | Approche du personnel et des proches | Causes environnementales |
|---|---|------------------------------------|---|---|
| Signes d'une perturbation de l'état mental, du comportement ou de l'autonomie | Faim Soif | Isolement Solitude ennui | Méthode non appropriée pour communiquer et donner le soin à la personne | Niveau inapproprié de stimulation sensorielle |
| Signes d'un problème bucco-dentaire | Élimination | Pertes et deuils multiples | Approche centrée sur la tâche (recadrage) plus que sur la personne | Routine quotidienne mal adaptée |
| Signes d'un problème urinaire ou fécale | Sommeil | Abus | Changements fréquents de personnel ou personnel en nombre insuffisant | Repères temporeux et spatiaux insuffisants |
| Signes d'un problème cardio-pulmonaire | Vision Audition | Difficultés de communication | | Manque d'intimité ou impossibilité de personnaliser adéquatement l'espace |
| Signes d'un problème cutané | Activités physiques Activités sociales | Mécanismes d'adaptation antérieure | | Comportement des autres personnes qui partagent le même milieu de vie |
| Signes de déshydratation | Sexualité et intimité | Trait de personnalité | | |
| Signes de dénutrition | | | | |
| Signes de déséquilibre de la glycémie ou des électrolytes | | | | |
| Perte de mobilité | | | | |

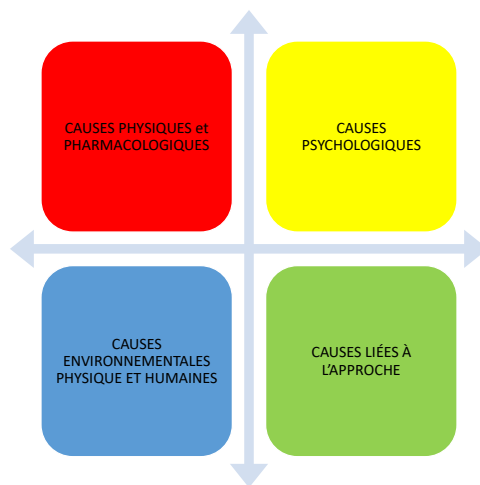
ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN

| Diagnostic cognitif | Diagnostic SCPD | Bilan | Interventions appropriées 24h/24 7jours sur 7 | Surveillance de la réponse comportementale |
|--|---|---|--|---|
| Démence d'Alzheimer | Condition médicale ou physique à stabiliser et traiter | FSC, Glycémie, Électrolytes, Analyse et culture d'urine | Outils de mesure et Grilles d'analyse | Collaboration interprofessionnelle |
| Démence Fronto-temporale de type non-Alzheimer | Éléments déclencheurs | RX Poumon | Approches non-pharmacologiques | Collaboration de la famille |
| Démence à corps de Lewis | Pathologie psychiatrique pré-morbide | Scan cérébral | Approches pharmacologiques | Équipe interdisciplinaire |
| Démence vasculaire | Abus de substances | RMN, TEP | | |
| Démence mixte | Condition psychiatrique à traiter anxiété, dépression, psychose | Ponction lombaire | | |
| Délirium surajouté | Traitement sous-optimal de la douleur | | | |
| | Effets secondaires de médicament, interaction médicamenteuse, sevrage | | | |
| | Évaluation de l'urgence et de la dangerosité, léger, modéré, sévère | | | |
| | | | | |

Quelles sont les causes pour Marlène ?

Elle était déshydratée et avait faim.
Elle avait des douleurs neuropathiques aux membres inférieurs secondaire à une polyneuropathie associée à son diabète
Elle avait une Infection urinaire
De la sécheresse et rougeur de la peau aux membres inférieurs
Très fatiguée due à un sommeil inadéquat
Facteurs liés à l'arrêt de la médication glycémie à 16
Déficits cognitifs démence à corps de Lewis ou démence d'Alzheimer avec délirium surajouté en raison de l'infection urinaire et la déshydratation

Isolément social



Délire paranoïde
Dépression probable
Angoisse, anxiété, peur, idée paranoïde longue date
Deuils ou perte époux fils
Traits ou trouble de personnalité pessimiste
Difficulté à s'exprimer
manque du mot
Diminution de l'autonomie

Éléments liés à l'organisation des services dans l'établissement

Difficulté à obtenir un soin continu

Quelles sont les approches pour Marlène ?

GRANDS PRINCIPES DE BASE

L'approche non –pharmacologique est favorisée en premier lieu lorsque les symptômes sont légers à modérés et ne sont pas associés avec des indices de dangerosité pour le patient ou son entourage.

Toujours en combinaison avec l'approche non-pharmacologique, l'approche pharmacologique est favorisée lorsque :

- L'agitation et l'agressivité sont sévères
- Lorsqu'il y a une indication claire de traiter une dépression, un état anxieux ou un état psychotique
- Lorsqu'il y a présence de risque pour la santé et la sécurité du patient ou de son entourage

Que faut-il faire pour Marlène ?

D'abord calmée la situation de crise, elle est psychotique

Oui, il faut des médicaments

En situation de crise halopéridol 1mg IM et Ativan 1mg IM

Traiter la déshydratation, l'infection urinaire et les douleurs neuropathiques

Ajout progressif **Faible dose, lentement, un médicament à la fois**

Risperidone ad 1 mg HS pendant 10 jours et changé pour quétiapine 25 mg HS (hallucination, délire)

Mirtazipine 15 mg HS (anxiété, dépression)

Inhibiteur de l'acétylcholinestérase Exelon Patch (pour aider cognition et psychose)

Prégabaline 50 mg HS (douleur neuropathique)

Évolution clinique de Marlène

- Après trois semaines d'hospitalisation en court séjour, les idées paranoïdes avait diminué mais elle demeurait méfiante et interprétative.
- L'humeur s'était améliorée ainsi que le sommeil
- Un gain de poids était noté
- Elle est retournée à domicile avec un service d'aide du CLSC pour le ménage, les repas et la surveillance de la médication (quétiapine 12.5 mg HS, mirtazipine 15 mg HS, galantamine ER 24mg die, prégabaline 50 mg HS, glucophage 500 mg BID)

Évolution clinique de Marlène

- On la retrouve un an plus tard, elle s'est détériorée sur le plan cognitif et comportemental.
- Le discours est plus réduit, elle a des troubles de compréhension, les troubles de mémoire sont plus importants.
- elle fait des incontinenances urinaires le jour et la nuit
- elle commence à avoir des apraxies motrice, elle s'assoit parfois à côté de la toilette, elle fait au moins une chute par semaine, elle est plus impulsive, elle apprécie mal l'environnement.
- Les idées paranoïdes d'espionnage, d'empoisonnement ont refait surface ainsi que les hallucinations à type de personnage.
- Elle ne se reconnaît plus dans le miroir et croit qu'une autre femme vit avec elle, et la surveille par le miroir
- Elle ne répond plus à la porte aux intervenants du CLSC
- Des aliments périmés traînent sur le comptoir et dans le frigo.
- Elle a perdu 5 Kg
- Son amie, Nicole, ne peut plus l'aider à domicile, elle est à nouveau épuisée et ne désire plus s'impliquer autant

Évolution clinique de Marlène

- Elle est relocalisée en soins de longue durée
- Elle est opposante aux soins en particulier au moment de l'hygiène. Elle traite de tous les noms le personnel en particulier celle avec les cheveux roux qui est pourtant si douce.
- Elle se présente au poste de manière répétitive pour demander que l'on sorte de sa chambre cette femme qui la surveille .
- Elle talonne le personnel pour demander quand sera le dîner. On a retrouvé dans son sac à main plus de trente petits sacs de biscuits.
- Au repas, elle accumule les aliments dans la bouche, boit de l'eau et tousse souvent.
- Le jour, elle a de la difficulté à rester assise, elle bouge les jambes constamment, elle se lève, marche sans but.
- La nuit, elle fait de l'errance, entre dans les autres chambres, prend des objets et les cache dans les poubelles ou les pots des plantes, elle vient au poste des infirmières et réclame son amie Nicole
- On l'a retrouvée nue dans le lit d'un patient dans une autre chambre
- Parfois elle chante ou fait des vocalises à tue tête et dérange les autres patients
- Elle crie la nuit, elle répète sans cesse « sauvez-moi, sauvez-moi »
- Le personnel de jour, de soir et de nuit est épuisé. Elle a changé l'atmosphère de l'étage et cela s'en ressent sur les autres bénéficiaires.

À cette étape-ci que devez-vous faire pour Marlène ?

Toujours évaluer l'urgence

Est-ce qu'il y a un risque pour la santé et la sécurité du patient ou pour le personnel ? **Non**

Faut-il donner des médicaments ? **Non**

GRANDS PRINCIPES DE BASE

L'approche non –pharmacologique est favorisée en premier lieu lorsque les symptômes sont légers à modérés et ne sont pas associés avec des indices de dangerosité pour le patient ou son entourage.

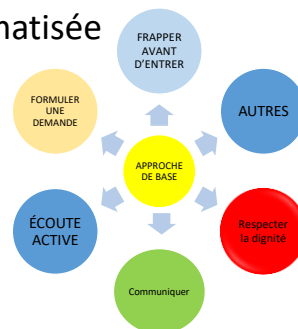
SYMPTÔMES POUR LESQUELS LA MÉDICATION N'EST PAS INDIQUÉE COMME PREMIER CHOIX OU INEFFICACE

- Cris répétés non liés à la douleur ou à de la dépression
- Désinhibition verbale
- Errance
- Fugue
- Mouvements répétitifs
- Oralité
- Résistance aux soins d'hygiène
- Rituels d'accumulation
- Comportement inapproprié en ce qui concerne l'élimination des selles ou des urines ou l'habillement

Que doit-on faire pour aider Marlène ?

On refait les mêmes étapes

- 1- Connaître l'histoire de vie
- 2- Comprendre son diagnostic
- 3- Avoir une approche rigoureuse systématisée
- 4- Revoir notre approche de base individuellement et collectivement



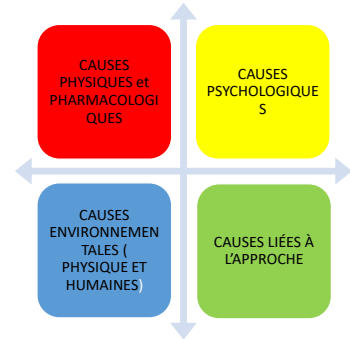
Que doit-on faire pour aider Marlène ?

5- Rechercher les causes de la désorganisation

6- Faire une grille d'analyse du SCPD
24h/24 Jour- Soir- Nuit

7- Se réunir pour faire un consensus
sur les principaux problèmes identifiés
et cibler les interventions possibles

8- Se réunir à nouveau une semaine plus tard pour valider
ce qui fut efficace et aussi ce qui fut inefficace.



ÉVALUATION DES SCPDERREURS FRÉQUENTES

Ne pas considérer les interventions non pharmacologiques

Ne pas se questionner sur ce qui est fait actuellement,
l'approche est-elle appropriée ?

Ne pas observer précisément le comportement

Ne pas analyser les causes potentielles ou se centrer uniquement
sur les causes physiques

Se centrer sur le comportement à contrôler plutôt que sur la cause

Céder à la pression des équipes et/ou famille

Ne pas impliquer suffisamment les familles

IMPORTANTANCE DE BIEN DÉCRIRE LE COMPORTEMENT

| FRÉQUENCE | DURÉE | DEPUIS QUAND | MOMENT OÙ IL SE PRÉSENTE | LIEU OÙ IL SE PRÉSENTE | MANIFESTATIONS ASSOCIÉES |
|--|---|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs fois par heure, • Plusieurs fois par jour, • À tous les jours, • Plusieurs fois par semaine, • Une fois par semaine • Une fois par mois | <ul style="list-style-type: none"> • Minutes • Heures | <ul style="list-style-type: none"> • Jour • Semaine • Mois • Année | <ul style="list-style-type: none"> • Matin, après-midi, soir, nuit? • Lors de certaines interventions? • À la douche, au bain, lors du changement de la culotte d'incontinence? • Lors de la prise de médicaments ou des signes vitaux? • Élément déclencheur ? | <ul style="list-style-type: none"> • dans la chambre de l'usager • dans les aires communes? • dans le salon, salle à manger, corridor? • à la salle d'eau (douche, bain)? • au domicile ? • au centre commercial ? • au restaurant ? | <ul style="list-style-type: none"> • Frappe, crache, pince, lance des objets etc |

Grille d'observations - SCPD

Grille d'observation comportementale- SCPD

Description du comportement le plus problématique: _____

(de manière objectivable et détaillée)

| Date | Heure | Contexte (Où, quand, avec qui) | Éléments déclencheurs | Signes précurseurs | Interventions (non pharmacologiques et pharmacologiques) | Résultats | Initiales |
|------|-------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|---|-----------|-----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

GRILLE D'OBSERVATION SEPT JOURS



GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES (sept jours)

Motif d'observation: _____

| DATE | Comp. | | Act-Int | | Comp. | | Act-Int | | Comp. | | Act-Int | | Comp. | | Act-Int | | FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES |
|-------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|---------|---------|------------------------------------|
| HEURE | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | |
| 00:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHCN (1993, révisé 1996), FRANCOEUR, Louise

33500360

Exemple d'une mauvaise grille d'observation du comportement

GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES (sept jours)

? Pourquoi est-ce une mauvaise grille Cliquez

Motif d'observation: *Water sommeil/errance/humeur*

| DATE | 18/04/15 | | 19/04/15 | | 20/04/15 | | 21/04/15 | | 22/04/15 | | 23/04/15 | | 24/04/15 | | FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES |
|-------|----------|---------|----------|---------|----------|--------------------|----------|---------|----------|---------|------------|---------|-----------|---------|------------------------------------|
| HEURE | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | |
| 00:00 | | | DORT | | DORT | | DORT | | éveille | | éveille | | DORT | | |
| 01:00 | | | " | | " | | " | | " | | Desorienté | | " | | |
| 02:00 | | | " | | " | | " | | DORT | | " | | " | | |
| 03:00 | | | " | | " | | éveille | | " | | " | | " | | |
| 04:00 | | | " | | " | | " | | " | | " | | " | | |
| 05:00 | | | " | | " | | " | | " | | " | | " | | |
| 06:00 | | | DORT | | DORT | | " | | ++ | éveille | | éveille | | Calme | |
| 07:00 | | | | | | | " | | ++ | éveille | | " | | DORT | |
| 08:00 | | | | | | | " | | | | dort | | | | |
| 09:00 | | | | | | | " | | | | dort | | | | |
| 10:00 | | | | | éveille | visite de son fils | réveille | | | | excité | | | | |
| 11:00 | | | | | éveille | de bonne humeur | réveille | | | | excité | | | | |
| 12:00 | | | | | éveille | | réveille | | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | réveille | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | cauché | | " | | | | dort | | | | |
| 15:00 | | | | | | | " | | éveille | | dort | | Calme | | conduite de son fils |
| 16:00 | | | | | | | " | | éveille | | " | | " | | |
| 17:00 | | | | | | | " | | éveille | | AGRÉ- | | Fantaisie | | |
| 18:00 | | | | | | | " | | éveille | | Calme | | Sourire | | |
| 19:00 | | | | | | | " | | éveille | | Calme | | Fantaisie | | |
| 20:00 | | | | | | | " | | éveille | | Calme | | Fantaisie | | |
| 21:00 | | | | | | | " | | éveille | | Calme | | Mis en | | |
| 22:00 | | | | | | | " | | éveille | | Calme | | Fantaisie | | |
| 23:00 | | | | | | | " | | éveille | | Calme | | Au lit | | |

AVEC VOUS

Québec

Exemple d'une bonne grille d'observation du comportement

GRILLE D'OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES (sept jours)

Motif d'observation: *tr. sommeil/introduction du service*

doit éveiller

? Pourquoi est-ce une bonne grille
Cliquez

| DATE | 6/04/15 | | 7/04/15 | | 7/04/15 | | 9/04/15 | | 10/04/15 | | 11/04/15 | | 12/04/15 | | FACTEURS DÉCLENCHANTS ET REMARQUES |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|--|------------------------------------|
| | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | Comp. | Act-Int | | | |
| 00h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22h00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23h00 | | | | | | | | | | | | | | | |

AVEC VOUS

RESEAUX RECHERCHE
du Centre-Santé
de l'Université de Montréal
Québec

ANNEXE 3

Investaire d'agitation
de Cohen-Mansfield
O'Jour O'Soir O'Nuit

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Faire les cent pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Halluciner ou déréglage hallucinés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Crier | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Secoué ou agripper vêtements | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Demander constamment d'attention | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Insistances de pensées ou de questions | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Flapper | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Changer ses coups de pieds | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Empoigner | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Cracher | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Émettre des bruits étranges | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Crier | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | Égaré(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | Éprouvé de fortes douleurs | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Intolérance générale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 | Se débiter | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Négative(e) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | Mouvement des doigts, hochement de tête | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Cauchemar des choses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | Insister des choses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Insister ou agripper des choses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | Murmures répétés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 | Approcher des choses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 | Approcher des choses physiques | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 | Charger émotionnellement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26 | Lancer des choses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27 | Morose | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28 | Manger des substances inappropriées | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29 | Se tenir mal à l'équilibre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Complété avec : _____ Date : _____

Compléter :
Compléter l'investaire pour chaque période de l'observation (à compléter 1 ou 2 fois par semaine) et pour chaque période de l'observation (à compléter 1 ou 2 fois par semaine).
Ne pas oublier de compléter l'investaire de l'observateur et de l'observé(e) en fonction des observations.

Les items de l'investaire sont classés en fonction de leur fréquence d'observation :

- 1 - 10 items les plus fréquents
- 11 - 20 items les moins fréquents
- 21 - 30 items les plus rares

Source : Cet investaire a été reproduit et traduit de l'anglais par Sylviane Desautels, Philippe Landreville, Lucie Drapeau et René Verreault à partir de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) de Cohen-Mansfield, 1986. Ce dernier est tiré de l'ouvrage de Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenblatt, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.

La traduction française et autorisée est extraite de l'article : Desautels, S., Landreville, P., Drapeau, L., & Verreault, R. (2001). Validité et fiabilité de l'investaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne de l'âge*, 20(3), 372-386.

Il est recommandé avant toute utilisation de l'investaire de Cohen-Mansfield de consulter le manuel CMAI dans l'article de Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenblatt, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-84.

L'investaire d'agitation de Cohen-Mansfield est reproduit avec les permissions de © Jukka Cohen-Mansfield et du © Cambridge University Press. Toute reproduction ultérieure est interdite sans leur autorisation.

ECHELLE DE COHEN-MANSFIELD (Etats d'Agitation)

Date : _____
 Nom et prénom du résident : _____
 Évaluateur : _____

| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Agitation physique non agressive | 01-Cherche à sauter | | | | | | | | |
| | 02-Océane les affaires | | | | | | | | |
| | 03-Mange des produits non comestibles | | | | | | | | |
| | 04-Fait des avances sexuelles physiques | | | | | | | | |
| | 05-Déambule | | | | | | | | |
| | 06-Se déshabille, se rhabille | | | | | | | | |
| | 07-Attitudes répétitives | | | | | | | | |
| | 08-Essai d'attrer ailleurs | | | | | | | | |
| | 09-Manipulation non conforme d'objets | | | | | | | | |
| | 10-Agitation généralisée | | | | | | | | |
| Agitation verbale Non agressive | 11-Recherche constante d'attention | | | | | | | | |
| | 12-Cache des objets | | | | | | | | |
| | 13-Amasse des objets | | | | | | | | |
| | 14-Répète des mots, des phrases | | | | | | | | |
| | 15-Se plaint | | | | | | | | |
| | 16-Émet des bruits bizarres | | | | | | | | |
| | 17-Fait des avances sexuelles verbales | | | | | | | | |
| | 18-Donne des coups | | | | | | | | |
| | 19-Bouscule | | | | | | | | |
| | 20-Miard | | | | | | | | |
| Agitation et agressivité physiques | 21-Crache | | | | | | | | |
| | 22-Donne des coups de pied | | | | | | | | |
| | 23-Giffle | | | | | | | | |
| | 24-Se blesse, blesse les autres | | | | | | | | |
| | 25-Tombe volontairement | | | | | | | | |
| | 26-Jette les objets | | | | | | | | |
| Agitation et agressivité verbales | 27-Jure | | | | | | | | |
| | 28-Est opposant | | | | | | | | |
| | 29-Pousse des hurlements | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | |

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

- Non évaluable : 0
- Jamais : 1
- Moins d'une fois par semaine : 2
- Une ou deux fois par semaine : 3
- Quelquefois au cours de la semaine : 4
- Une ou deux fois par jour : 5
- Plusieurs fois par jour : 6
- Plusieurs fois par heure : 7

RÉSULTATS:
 Cette échelle (score maximal : 233) permet d'évaluer l'état d'agitation d'un patient âgé.

 L'intérêt est d'évaluer le patient sur une durée déterminée pour apprécier la mise en place d'un traitement ou des mesures adaptées à ses troubles de comportement.
 (Version française Micas M, Dusset P, Vellas B.)

GRILLE DE PRISE EN CHARGE

JOUR-SOIR-NUIT

| PROBLÈMES IDENTIFIÉS | CAUSES PROBABLES | INTERVENTIONS |
|----------------------|------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Stratégies d'intervention sont multiples

Utiliser les techniques d'intervention appropriées à la personne et à la situation

| ÉCOUTE ACTIVE | VALIDATION | DIVERSION | STIMULATION DES SENS | ENVIRONNEMENT | PRÉSENCE SIMULÉE | RÉMINISCENCE | TOUCHER AFFECTIF |
|---|---|---|--|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Permettre à la personne de vivre une conversation et de s'exprimer. S'intéresser aux propos de la personne et lui donner une rétroaction positive | <ul style="list-style-type: none"> En se concentrant sur la personne, en étant à son écoute, en la rejoignant là où elle est dans son passé, en reconnaissant ses émotions et en établissant un lien avec le présent | <ul style="list-style-type: none"> Permet de détourner l'attention de la personne d'une situation qui provoque chez elle un malaise ou de l'anxiété. Il s'agit d'attirer l'attention de la personne sur un élément positif relié à son histoire personnelle. Diversion par la conversation ou par des actions concrètes. Les stratégies doivent être significatives pour la personne et faire appel aux mémoires préservées | <ul style="list-style-type: none"> au quotidien de manière informative et non interrogative ex : description du contenu du cabaret, de l'odeur de lavande du savon de toilette, explication des bruits environnants, faire remarquer la texture d'un fruit, d'un vêtement etc | <ul style="list-style-type: none"> Atteindre un niveau de stimulation optimale en évitant la sous-stimulation : isolement à la chambre, alité, aucun loisir, etc. Eviter la sur-stimulation : bruit, luminosité, déplacement, soins etc: | <ul style="list-style-type: none"> Utile pour les comportements répétitifs comme les cris qui répondent favorablement à la présence d'un être cher. L'enregistrement de la voix d'un membre de la famille évoquant des souvenirs positifs et toujours accessibles selon le modèle de plongeon rétrograde. Puisque la personne oublie au fur et à mesure, l'enregistrement peut-être rejoué à des moments problématiques. | <ul style="list-style-type: none"> En rappelant des souvenirs à la personne, on répond au besoin d'estime de soi et on favorise une diminution de l'anxiété qui est souvent la cause des SCPD | <ul style="list-style-type: none"> Approche visant à communiquer par le toucher, du réconfort et de la tendresse . «Healing Touch » |

STRATÉGIES DE DIVERSION

| | | | |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Nourriture Biscuits Gomme Craquelins Suçon Banane Peppermints Chocolat Café Thé Gâteau | <ul style="list-style-type: none"> Conversation Famille Nourriture Animaux Travail antérieur Sujet significatif Poser des questions Demander une opinion Complimenter | <ul style="list-style-type: none"> Objet à tenir Serviette Débarbouillette Animal en peluche Votre main Figurine Éponge Balle Miroir Poupée | <ul style="list-style-type: none"> Autre Musique Ballon Plante |
|---|---|--|---|

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

| Interventions sensorielles | Activités structurées | Activités physiques | Contacts sociaux | Approche environnementale | Approche comportementale |
|--|--|-------------------------------|---|---|---|
| Musicothérapie | Artisanat | Marche Marche-conversation | Un à un | Mise en place de condition simulant la nature | Renforcement différentiel (comportements désirables récompensés) |
| Aromatothérapie | Horticulture et arrangement floral | Danse | Zoothérapie | Accès à un jardin extérieur | Approche confort-stimulation-distraktion |
| Massage et toucher Massage des mains | Thérapie occupationnelle présentant un intérêt pour la personne(pliage de serviette, timbrage d'enveloppe etc) | Séances d'exercices | Contacts sociaux simulés (photos de famille, vidéos, enregistrements sonores | Aménagement comparable à celui de la maison | Thérapie contre-intuitive |
| Observation d'image, photos | Thérapie biographique ou de reminiscence | | | Aménagement de repères spatiaux | |
| Luminothérapie | Manipulation d'objets | | | Installations de barrières visuelles | |
| Thérapie multisensorielle : zoothérapie, salle snoezelen | Stimulation cognitive orientée à la réalité, stimulation de la mémoire | | | Utilisation d'indice écrit | |
| | | | | Aire d'errance | |

PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX ÉLÉMENTS SUIVANTS

- Dangers pour le patient et/ou son entourage
- Changement brutal de l'état mental, de l'autonomie, du comportement
- Santé physique instable
- Signes vitaux anormaux
- Souffrance psychologique grave
- Présence de manifestations cliniques associées liés à un ou des problèmes physiques
- Épuisement du proche aidant et capacité à compenser les pertes

Symptômes comportementaux identifiés chez Marlène

Comportement d'agitation physique non agressif

- Refuse les soins d'hygiène
- Errance
- S'empare ou cache les objets des autres
- Talonne les personnes
- Comportement sexuel inapproprié

Comportement d'agitation physique agressif

Comportement d'agitation verbale non agressif

- Répète des phrases ou des mots
- Gémit la nuit, se plaint
- Demande et exige de retourner à la maison à répétition
- Répète qu'une femme la surveille dans sa chambre

Comportement d'agitation verbale agressif

- Utilise un langage hostile, accusateur envers les autres.

Symptômes psychologiques identifiés chez Marlène

ANXIÉTÉ

- En particulier la nuit, vient au poste des infirmières et a l'air angoissée, réclame son amie

DÉPRESSION

ILLUSIONS

HALLUCINATIONS

- Rare parfois le jour et d'avantage la nuit voit des soldats, des policiers.

IDÉES PARANOÏDES

Symptômes comportementaux identifiés chez Marlène

Comportement d'agitation physique non agressif

- REFUSE LES SOINS D'HYGIÈNE

LES CAUSES

N'aime pas les bains,
préfère les douches, pense qu'on veut la noyer
Toujours été très prude
Utilisait un gant de toilette
Affectionnait les crèmes à la lavande
Prenait son temps c'était le meilleur moment de sa journée
N'aime pas les personnes au cheveux roux !

NOS INTERVENTIONS



1. Vers 09h00 l'aviser que sa douche sera à 09h30
2. Allumer la lumière chauffante de la douche afin que la pièce soit chaude
3. Vers 09h15 l'aviser que sa douche est dans dix minutes
4. à 09h30 aller la chercher avec ses produits et l'amener à la salle de douche et l'aviser qu'elle a trente minutes et il faut faire en sorte que cela soit agréable
5. Lui demander les étapes qu'elle voudrait avoir
6. Utiliser un gant de toilette
7. L'informer que pendant qu'elle lave son visage, son et ses bras on lui lave le bas
8. Lui remettre une seule débarbouillette pour son visage avec du savon. Lorsqu'elle a terminé ne pas lui en remettre une autre car elle recommence
9. Expliquer chaque étape en lui expliquant les biens fait des choses ex ; crème hydratante pour sa peau, massage du cuir chevelu pour relaxer
10. Être douce mais ferme sur l'importance de laver les régions génitales. Se tourner et la tourner
11. Laisser couler l'eau sur elle en tout temps
12. Bien l'assécher avec la serviette
13. Appliquer la crème aux jambes et aux bras
14. Mettre son pantalon, souliers, brassière chandail
15. Sécher les cheveux
16. Détourner l'attention en la complimentant sur son image
17. On a demandé à une autre préposée de faire les soins.

Symptômes comportementaux identifiés chez Marlène

Comportement d'agitation physique non agressif

- Errance de fuite, errance de recherche, errance nocturne, errance de talonnage
- Importance de distinguer l'errance sans but de l'AKATHISIE, une envie irrésistible de bouger et de marcher induit par les neuroleptiques et d'un
- SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS envie de bouger les jambes, fourmillements, inconforts

NOS INTERVENTIONS

On a masqué le miroir et cela a fait diminué de moitié l'errance diurne

TYPE D'ERRANCE SELON LA SIGNIFICATION DU COMPORTEMENT

| | |
|--------------------------------|---|
| Errance de recherche | La personne cherche quelque chose, par exemple la sortie ou un autre lieu (arrêt d'autobus, domicile actuel ou ancien, etc.) ou est à la recherche de quelqu'un (mère, enfants, etc.). Ces déambulations sont souvent chargées d'anxiété et comportent de fréquentes sollicitations auprès des autres personnes présentes. Les tentatives de raisonnement et d'apaisement de l'entourage peuvent déclencher des réactions agressives. |
| Errance de fuite | L'ainé qui erre présente un désir de fuite qui est fréquent en milieu clinique, mais parfois également au domicile. Son errance reflète la non-acceptation du lieu ou sa non-reconnaissance; elle peut exprimer aussi un désir de liberté. |
| Errance exploratoire | L'ainé qui erre explore en ouvrant les portes, en manipulant les objets rencontrés au hasard ou en fouillant dans les placards. Ces déambulations sont habituellement plus paisibles. |
| Errance compulsive | La personne qui erre de façon compulsive présente généralement des atteintes sévères et communique peu. Elle s'arrête rarement dans sa déambulation; son trajet est souvent linéaire et stéréotypé et elle peut marcher jusqu'à l'épuisement. Elle ne s'arrête pas lorsqu'on l'interpelle et cela perturbe notamment la prise de ses repas. |
| Errance de turbulence nocturne | L'ainé qui erre la nuit peut être en mode exploratoire, mais ce type d'errance s'accompagne souvent d'activités d'habillage ou de prise d'aliments et il est sous-tendu par l'instabilité du sommeil. |
| Errance de talonnage | L'ainé qui erre talonne une personne, de façon continue ou sporadique. Le talonnage peut traduire l'ennui et le désir de contacts humains ou encore un désir de communiquer un besoin insatisfait. Ces comportements peuvent cependant être importants pour les soignants en raison de l'agacement que cause le fait d'être suivi. |

Source : Imbeault (2013), adapté de Strubel, D., et Corti, M. (2008).

Symptômes comportementaux identifiés chez Marlène

Comportement d'agitation verbale non agressif

- Demande à répétition quand est le dîner à partir de 10h00
- Chante et fait des vocalises à tue tête

Comportement d'agitation verbale agressive

- Utilise un langage hostile, accusateur envers les autres.

NOS INTERVENTIONS

On a doublé la petite collation de 10h00, elle avait faim !

On lui a installé un casque d'écoute avec des airs d'opéra lorsqu'elle débute son chant

Les autres interventions ont amélioré indirectement le comportement d'agitation verbale agressive

Symptômes psychologiques identifiés chez Marlène

ANXIÉTÉ

- En particulier la nuit, vient au poste des infirmières et a l'air angoissée, réclame son amie, dit que son lit est en feu

DÉPRESSION

ILLUSIONS

HALLUCINATIONS

- Rares parfois le jour et d'avantage la nuit voit des soldats, des policiers.

IDÉES PARANOÏDES

- Ses voisins l'espionnent

NOS INTERVENTIONS

On a changé la mirtazapine pour la trazodone 50 mg HS et ré-introduit la prégabaline 50 mg HS qu'elle prenait pour les douleurs et que l'on avait oublié de re-prescrire à son arrivée.

On a cessé le clonazépam qu'on lui avait prescrit à la maison dans l'hypothèse qu'elle avait un désordre du sommeil en phase de rêve. Tout cela a amélioré l'anxiété, favorisé le sommeil diminué, l'errance de nuit, les plaintes vocales la nuit « sauvez-moi », les hallucinations et les comportements sexuels inappropriés. L'arrêt de la mirtazapine a aussi diminué son appétit.

IMPORTANT DE TOUJOURS RÉVISER LA MÉDICATION, LES EFFETS SECONDAIRES ET LES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

AGITATION PHYSIQUE : Errance

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTIONS |
|--|--|
| Individuelles : ennui, besoin de bouger, besoins compromis (faim, soif, se rendre à la toilette) désorientation spatiale, stress | Exercice : marche, exercice, assis ou debout, etc. Appliquer l'intervention au moment où l'agitation est la plus fréquente. |
| Environnementales : stimulation insuffisante, absence de repères spatiaux (recherche la toilette) , contentions physiques, fuir un environnement bruyant, akathisie secondaire à un antipsychotique. | Adapter le niveau de stimulation environnementale : si le patient est trop stimulé (bruits, activités, etc.), il faut diminuer le niveau de stimulation et vice-versa dans le cas de la stimulation insuffisante |
| Interactionnelles : activités et communication non adaptée | Enrichir l'environnement de repères spatiaux : il faut mettre des repères pour indiquer où se trouve la salle à manger, la toilette, la chambre du patient, etc. |
| | Enrichir l'environnement d'une aire d'errance : rendre disponible un endroit où le patient peut marcher librement. Idéalement, on retrouve dans cette aire des affiches, des photos et des peintures afin d'attirer l'attention. |
| | Thérapie occupationnelle : une intervention personnalisée, stimulante est appliquée au moment où l'ainé présente l'errance. Il peut s'agir de loisirs. |
| | Barrières visuelles : le but de cette intervention est de tirer avantage de l'agnosie. Cette limite fait en sorte que l'ainé perd sa capacité de bien interpréter le détail de son environnement. Les barrières visuelles suivantes ont montré une bonne efficacité: bande velcro devant une porte, tapis noir ou avec rayures devant une porte, les dissimulations murales et la signalisation routière. |

AGITATION VERBALE : CRIS, DEMANDES RÉPÉTÉES, PERSÉVÉRATION

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|---|--|---|
| Individuelles : comportement auto-apaisant, ennui, besoin de communiquer et d'avoir des contacts sociaux, malaise physique, douleur, faim, soif, anxiété, trouble de mémoire | Approche confort-stimulation-interaction : consiste en une intervention de trente minutes quotidiennement, à l'heure habituelle de l'agitation verbale. On débute en éliminant les zones d'inconfort (bruit, température, positionnement, miction, etc.) suivie d'interaction (période de communication verbale ou par le toucher) et de stimulation sensorielle (regarder image, écouter de la musique, toucher des textures) | Lorsque que les comportements prennent un aspect particulièrement obsessionnel-compulsif on peut tenter les médicaments utilisés dans les troubles obsessionnels-compulsifs incluant les SSRI tel l'escitalopram et la sertraline. Pour les vocalisations la doxépine peut-être tenter |
| Environnementales : stimulation insuffisante, absence de repères temporeux et spatiaux, contentions physiques | Présence simulées : amener la personne à regarder des vidéos, des enregistrements audio, réalisés par les proches. Les proches discutent un à un durant l'enregistrement et parlent de thèmes significatifs de la vie familiale | |
| Interactionnelles : activités et communication non adaptée | Utilisation de l'indice écrit : si les demandes répétées sont liées, à un problème de mémoire à court terme ex: la personne se présente toujours au poste en demandant l'heure du repas, un écriteau pourra être mis en place sur le comptoir | |
| | Thérapie contre-intuitive (demandes répétées) : le but est de devancer la demande d'aide afin de diminuer l'anxiété qui est sous-jacente à ce comportement. Après quelques jours. La personne remarquera l'attention dont elle bénéficie, et le nombre de ses demandes devrait diminuer Musicothérapie | |

AGITATION PHYSIQUE : Agressivité physique et verbale

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTION NON-PHARMACOLOGIQUE | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|--|---|--|
| Individuelles : dépression, douleur, besoins compromis (ex: boire, se rendre à la toilette, etc.), dépendance à l'alcool, antécédent de violence. | Niveau de stimulation adapté (voir Errance) | Important de se demander si un des médicaments que le patient reçoit contribue au trouble de comportement Ex : médication dopaminergique anti-dépresseur trop stimulant tel fluoxétine inh. Cholinestérase clonazépam |
| Environnementales : stimulation excessive, contentions physiques, absence de contrôle/pouvoir, fuir un environnement bruyant, menaçant ou nouveau. | Si l'agressivité est exclusivement lors des soins d'hygiène, le lavage à la et la méthode discontinuée peuvent être utiles. | Si agressivité sans psychose on peut tenter d'abord trazodone ou un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine SSRI (citalopram, escitalopram ou sertraline) Anti-psychotique atypique : rispéridone, olanzapine, quétiapine, aripiprazole. Mémantine Si on suspecte de l'anxiété ou de la dépression on peut tenter SSRI ou un inhibiteur de la recapture de la norepinéphrine SNRS tel la duloxétine ou la venlafaxine. La trazodone et la mirtazapine pour leur effet calmant et sédatif. Le moins possible les benzodiazépines |

AGITATION PHYSIQUE : Agressivité physique et verbale

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTION NON-PHARMACOLOGIQUE | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|---|--|--|
| Interactionnelles : intrusion rapide de l'espace personnel. | Interventions complémentaires visant l'humeur du patient: la réminiscence et la thérapie de groupe sont des mesures efficaces pour le patient avec des déficits légers. Pour le patient atteint de déficits cognitifs sévères: les loisirs, la musicothérapie, le massage et la zoothérapie sont des options intéressantes. | Ne faire qu'un essai pharmacologique à la fois, petite dose et augmentation lente « start low, go slow » Optimiser la dose et la durée du traitement avant de changer, viser une dose d'entretien stable afin d'éviter les PRN qui sont souvent associés à des effets secondaires et des symptômes de sevrage rebond, vérifier l'absence d'interactions avec la pharmacopée habituelle du résident, Se rappeler que les changements de métabolisme liés à l'âge favorisent l'utilisation de plus petites doses chez la personne âgée Évaluer régulièrement la présence d'effets secondaires découlant du traitement et finalement, tenter de sevrer les psychotropes aux trois à six mois puisque les symptômes peuvent fluctuer avec le temps. Tous les agents anti-psychotiques typique ou atypique peuvent donner un syndrome malin des neuroleptique |

DÉSINHIBITION ET HYPERSEXUALITÉ

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTION NON-PHARMACOLOGIQUE | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|---|--|--|
| <p>Peut traduire un besoin d'affection,, d'intimité physique et émotionnelle</p> <p>Le besoin de sexualité dans le couple est souvent un sujet négligé, par manque de ressource institutionnel pour favoriser l'intimité.</p> | <p>S'assurer que cela ne traduit pas un inconfort au niveau de la sphère génitale et le patient se frotte plutôt les organes génitaux et les découvre car il est inconfortable (ex ne tolère pas urine dans la couche)</p> | <p>Toujours revoir la médication pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un effet secondaire Ex: médication dopaminergique et benzodiazépines peuvent majorer la disinhibition</p> <p>On peut tenter :</p> <p>les antidépresseurs : trazodone, paroxétine, citalopram, clomipramine</p> <p>La quétiapine</p> <p>Médication hormonale : cyprotérone, medroxyprogestérone, leuprolide</p> |

HYPERORALITÉ

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTION NON-PHARMACOLOGIQUE | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|---|--|--|
| <p>Besoins de base non comblés (faim, soif)</p> <p>Douleur ou inconfort épigastrique</p> <p>Manque de stimulation</p> | <p>Surveillance de pneumonie d'aspiration</p> <p>Adapter l'environnement pour éviter Injurgitation d'objets</p> <p>Évaluation en nutrition</p> | <p>Revoir la médication à la recherche de médicaments pouvant augmenter l'appétit (mirtazipine, olanzapine, clozapine) et les éliminer</p> <p>Tenter le topiramate prudemment en surveillant le comportement ou tenter les médicaments utilisés dans les troubles obsessionnels compulsifs (SSRIs et clomipramine)</p> |

AGITATION PHYSIQUE : Agressivité verbale et physique

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTION |
|---|---|
| Individuelles : dépression, douleur, besoins compromis (ex: boire, se rendre à la toilette, etc.), dépendance à l'alcool, antécédent de violence. | Interventions comportementales : le renforcement positif et l'élimination des gratifications reliées à l'agressivité. Le <i>renforcement positif</i> vise à féliciter, remercier, complimenter et donner des bénéfices de façon systématique au patient lorsqu'il se comporte sans agressivité. <i>L'élimination des gratifications</i> signifie qu'il faut éviter de gratifier les périodes d'agressivité. Par exemple, il faut éviter de donner de l'attention (une gratification) lorsque le patient lance un objet ou blasphème. |
| Environnementales : stimulation excessive, contentions physiques, absence de contrôle/pouvoir, fuir un environnement bruyant, menaçant ou nouveau. | Luminothérapie (photothérapie) : consiste à exposer le patient de façon quotidienne et systématique à une lumière très vive (2500 lux) projetée par des lampes fluorescentes (dans une pièce ou encore par une lampe portative) et couvrant la totalité du spectre lumineux. |
| Interactionnelles : intrusion rapide de l'espace personnel. | Réminiscence : cette thérapie a recours aux souvenirs, au rappel des expériences du passé et a pour objectif d'aider la personne à accéder à des souvenirs et à les réévaluer de manière constructive. La thérapie est envisagée comme une occasion de mettre les réalisations et les échecs personnels en perspective, de découvrir un sens, une continuité à sa vie et de retrouver un sentiment de valeur personnelle permettant de combattre la |
| | Interventions complémentaires visant la douleur. |

AGITATION PHYSIQUE : AGITATION MOTRICE

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTIONS |
|--|---|
| Individuelles : anxiété, malaise physique, douleur, ennui, besoins compromis (exemple : boire, manger, se mouvoir, éliminer, etc.), désorientation spatiale et temporelle, besoin de communiquer et d'avoir des contacts sociaux. | Programme de marche-conversation : thérapie qui consiste à faire marcher le patient en conversant avec lui. Cette combinaison est très stimulante sur le plan cognitif. |
| Environnementales : stimulation insuffisante ou excessive, absence de repères spatiaux (difficulté à se situer), contentions physiques ou nouvel environnement. | Exercice physique : marche, exercices assis ou debout, etc. Appliquer l'intervention au moment où l'agitation est la plus fréquente. |
| Interactionnelles : activités et communication non adaptées. | Thérapie occupationnelle (voir <i>Errance</i>). |
| | Zoothérapie (voir <i>Agressivité</i>). |
| | Musicothérapie : thérapie qui s'appuie sur l'une des nombreuses propriétés de la musique (relaxation, stimulation). |
| | Bruits ambiants : bruit de basse tonalité, continu, dont le rythme est lent (bruit de la mer et des vagues). On positionne des hautparleurs de telle façon que ce bruit ambiant se répande dans l'ensemble de l'unité de soins ou seulement dans des endroits stratégiques comme la salle commune ou la salle de bain. |
| | Massage des mains combiné à l'aromathérapie : le massage des mains avec une huile de lavande, de menthe ou encore de vanille favorise la relaxation. |
| | Réminiscence (voir <i>Agressivité</i>). |

LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES : IDÉES DÉLIRANTES

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|---|---|--|
| <p>Individuelles : anxiété, ennui, besoins compromis (déshydratation), déficits sensoriels (vision et audition), désorientation spatiale et temporelle, besoin de communiquer et d'avoir des contacts sociaux, delirium.</p> | <p>Ne pas argumenter</p> <p>Thérapie de la validation : identification des faits et des émotions de la personne Ex: recherche obsessionnel du patient pour sa mère. S'enquérir du nom, de l'apparence, des qualités, de la vocation de cette dernière plutôt que de lui dire qu'elle est décédée depuis plusieurs années. Ex : patient convaincu qu'il est encore président directeur général et devient plus calme lorsqu'on s'adresse à lui avec le titre de « Monsieur le Directeur pourriez-vous ...»</p> | <p>Si nécessaire , approche similaire à celle pour traiter l'agressivité physique</p> <p>Revoir la médication à la recherche d'agents confusogènes</p> <p>Réduire ou éliminer médicaments dopaminergiques</p> <p>Tenter un anti-dépresseur si l'anxiété ou la dépression est présente</p> <p>Tenter un inhibiteur de la cholinestérase</p> |


LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES : IDÉES DÉLIRANTES

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|--|--|---|
| <p>Environnementales : stimulation insuffisante, absence de repères spatiaux (difficulté à se situer), contentions physiques.</p> | <p>Diversions : consiste à amener l'individu à « changer ses idées envahissantes » en lui parlant des événements significatifs de son passé ou en lui proposant une activité significative et répétitive. Par exemple, auprès de l'ainé qui souhaite quitter l'unité pour aller travailler, on invitera la personne à aller la salle à manger (donc changer d'environnement) et on lui offrira sa collation préférée.</p> | <p>Si nécessaire utilisation d'antipsychotique atypique</p> <p>Risperidone moins sédatif et moins d'hypotension</p> <p>Olanzapine plus sédatif et donne plus de gain de poids</p> <p>Quétiapine donne moins d'effets extra-pyramidaux et est très utilisé dans la maladie de parkinson et dans la démence à corps de Lewis.</p> <p>Clozapine si patient est très sensible aux effets extra-pyramidaux mais nécessite une surveillance étroite de la FSC (leucopénie)</p> |
| <p>Interactionnelles : activités et communication non adaptées.</p> | <p>Thérapie occupationnelle Enrichir l'environnement : intégrer des objets familiaux Thérapie comportementale</p> | |
| | <p>Thérapie comportementale (voir Agressivité) Réminiscence</p> | |

LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES : ILLUSIONS ET HALLUCINATION

| CAUSES FRÉQUENTES | INTERVENTIONS NON-PHARMACOLOGIQUES | INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES |
|--|---|--|
| Individuelles : illusions et hallucinations sont fréquentes dans la démence à corps de Lewis, patients avec déficits visuels, cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire, avec déficits auditifs | Correction des déficits sensoriels et auditif , aides auditives, pocket talker, verre correcteur Parler plus fort Stimuler les sens (musique, massage, aromathérapie) | Même approche que pour les idées délirantes L'utilisation des inhibiteurs de la cholinestérase peut aider parfois |
| Environnementales : mauvais éclairage, manque ou trop de stimulation, absence de repères spatiaux (difficulté à se situer), contentions physiques. | Améliorer l'éclairage et éliminer les éléments potentiels de mauvaise interprétation. Par exemple, le soignant de l'ainé effrayé par une patère qu'il croit être une personne malveillante, retirera celle-ci de sa vue. | |
| Interactionnelles : activités et communication non adaptées. | Thérapie de la validation | |

GRILLE DE SUIVI DES ANTI-PSYCHOTIQUES



IUG541

SUIVI DES ANTIPSYCHOTIQUES

Les antipsychotiques sont associés à de nombreux effets secondaires et à une augmentation du risque d'accidents cérébrovasculaires et de mortalité chez les individus avec démence. Leur utilisation est donc restreinte à une certaine surveillance.

Indication: Démence et psychose sévère Dépression résistante
Démence et agitation sévère Maladie bipolaire
Démence et agressivité sévère Schizophrénie
Autre: spécifier : _____

Consentement obtenu: Oui Non:

Prescription de départ: Risperidone Aripiprazole
Quétiapine Halopéridol
Olanzapine Autre: _____

Date de début de l'antipsychotique (si précède la première visite): _____

Facteurs de risque vasculaires présents:
Hypertension artérielle Dyslipidémie
Diabète Arythmie
MCAS/MVAS AVC
Obésité Tabagisme

Présence de contre-indications:
Maladie de Parkinson Démence à Corps Lewy

© Philippe MC, Mélanie C., Équipe IUGM-SCPD. Stratégies comportementales et psychologiques de la démence / Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Décembre 2014

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE POUR LES PERSONNES VIVANT À DOMICILE

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ Domicile : _____

AIDE-MÉMOIRE
Identification de la présence de facteurs de risques biopsychosociaux

| Facteurs biologiques | OUI |
|---|-----|
| 1. Présence de problèmes de santé pouvant entraîner des atteintes à l'intégrité physique à brève échéance ou la mort si refus de suivi des recommandations établies dans le PIAS (non entretenu et délaissé/ en service). | |
| 2. Malnutrition, intolérance alimentaire | |
| 3. Déshydratation | |
| 4. Infections à répétition, plaies | |
| 5. Médicaments : refus, négligence, usage de 3 sup-médicaments, abus, risque d'interaction | |
| 6. Nombre d'heures trop élevé sans être changé (inconscience, assésance...) | |
| 7. Chutes répétées, risque élevé de chutes | |
| 8. Handicap non compensés chez une personne vivant seule (surdité, vision, cécité, arthrite de l'épouline...) | |
| Facteurs psychologiques | |
| 9. Défis cognitifs : négligence ou de risque élevé. Ex. : perception de la réalité altérée, mémoire déficiente, désorganisation (assez des objets sur la cuisinière, sans être habité adéquatement, aliments usés...), etc. | |
| 10. État psychologique (anxiété ou état psychotique) | |
| 11. Addiction : tabac | |
| 12. Troubles du comportement : négligence ou de longue date, agressivité, fugue, évasion, fuite avec danger | |
| 13. Mauvais jugement : nie ou minimise ses difficultés, résistance à l'aide, incapacité de mobiliser de l'aide, incapable d'établir / de conserver des contacts... | |
| 14. Réaction post-traumatique : surdité, évanouissement, panique... | |
| Facteurs sociaux | |
| 15. Isolement et absence de réseau de soutien | |
| 16. Dépendance sur autrui pour un maintien à domicile sécuritaire | |
| 17. Risque de l'absence des équipements (chauffage, évacuation, électrique, etc...) | |
| 18. Client et/ou colocataire alcoolique, toxicomane ou dysfonctionnel | |
| 19. Présence de conflits entre l'aidant et le client | |
| 20. Incapacité de l'aidant : manque, absence, incompréhension des besoins de l'aidé...) | |
| 21. Présence de conflits entre les aidants | |
| 22. Victime d'abus : physique, négligence, financier, psychologique | |
| 23. Désorganisation de l'état de ses affaires | |
| 24. Un nombre élevé d'heures où la personne est laissée seule et qui compromet sa sécurité | |
| 25. Incapacité ou refus de payer (nourriture, medication, loyer...) | |
| 26. État de son environnement (accumulation excessive d'objets, saleté, dangerosité en tout ou en partie) | |
| 27. Surtout ou risque imminent d'événement | |
| 28. Insécurité relative : dangerosité des traitements, la sécurité de la personne, du personnel | |
| 29. Risques de feu (chauffage, cuisine, cigarette...) | |
| 30. Présence de risques pour un passage à l'acte (violence, harcèlement) | |
| 31. Conduite automobile | |

Date : _____

Septembre 2008 © La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE POUR LES PERSONNES VIVANT À DOMICILE

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ Domicile : _____

GRILLE D'ANALYSE DU RISQUE

Facteurs de risques identifiés (selon l'aide-mémoire)

Les facteurs aggravant les risques présents :

Les facteurs atténuant les risques présents :

L'ensemble des facteurs de risque donne un niveau de dangerosité : faible moyen élevé

Nommez les interventions déjà essayées, avec qui et les résultats obtenus :

Aspects légaux :

- Le client est sous un régime de protection ? oui non
- Si oui, d'un régime de protection privé ou public ? oui non
- Le client est-il apte à consentir aux soins (selon les critères de l'ÉCOSS) ? oui non
- Non obligatoires légales (établissements, professionnels) :

Les objectifs visés :

Les interventions possibles et leurs impacts prévisibles :

| Interventions | Par qui | Date d'échéance | Date de réévaluation |
|---------------|---------|-----------------|----------------------|
| | | | |

Nom de l'évaluateur _____ Signature _____ Date _____

Nom des participants à la discussion : _____

Septembre 2008 © La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE POUR LES PERSONNES VIVANT À DOMICILE

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Annexes 1 et 2

Annexe 1 : Critères de la Nouvelle-Écosse¹

| | | | |
|-------------|---|-----|-----|
| 1 | La personne comprend-elle la maladie ou l'état pour lequel un traitement est proposé? | Oui | Non |
| Expliquez : | | | |
| 2 | La personne saisit-elle la nature et le but du traitement proposé? | Oui | Non |
| Expliquez : | | | |
| 3 | La personne comprend-elle les risques encourus à entreprendre le traitement? | Oui | Non |
| Expliquez : | | | |
| 4 | La personne perçoit-elle les risques encourus à ne pas entreprendre le traitement? | Oui | Non |
| Expliquez : | | | |
| 5 | L'état de la personne entrave-t-il sa capacité à consentir? | Oui | Non |
| Expliquez : | | | |

Annexe 2 : Éléments de réflexion éthique

Identifier les valeurs, les opinions, les responsabilités ou les points de vue :

1. Du client.
2. Du réseau naturel (famille / proches).
3. De l'établissement / programme (lois, règlements, codes d'éthiques).
4. Des intervenants comme personnes.
5. Des intervenants comme professionnels (codes de déontologie).

¹ Titre de l'article 62 (2) Chapitre 208 - Hôpitaux Act of Nova-Scotia. A noter : un hébergement institutionnel est aussi considéré comme un soin.

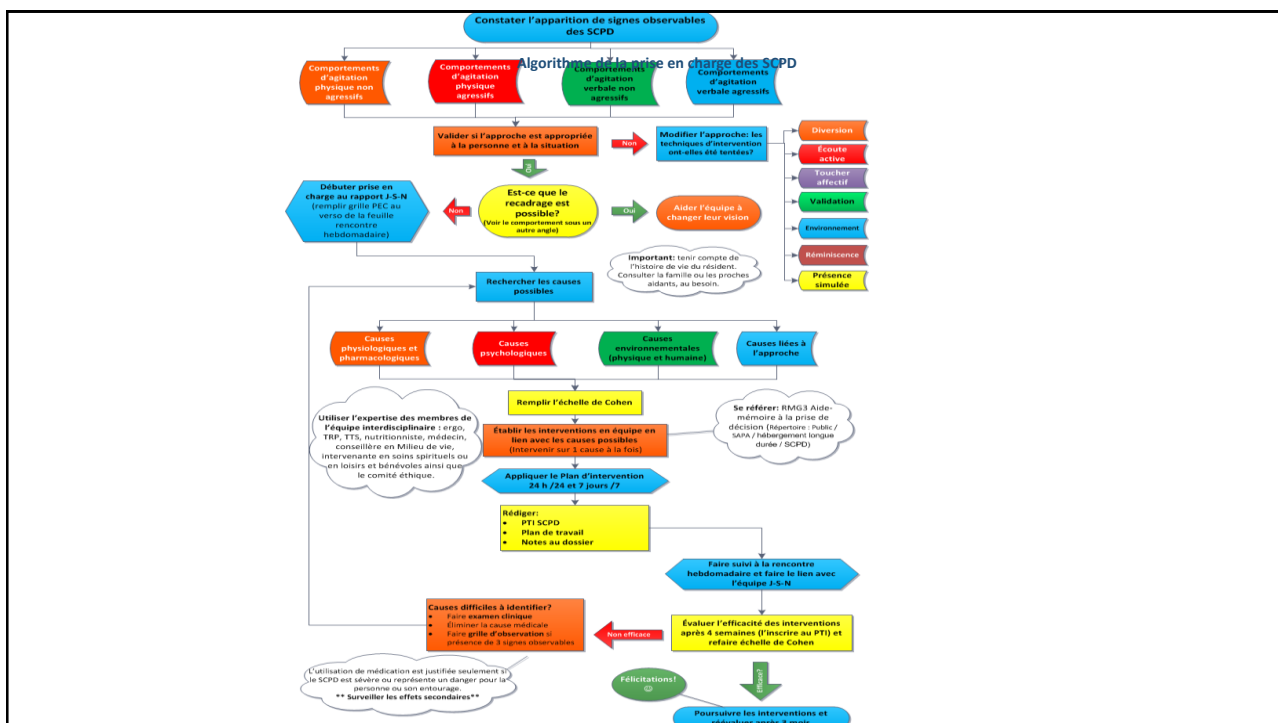
Septembre 2008 © La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer ses auteurs.

ÉCHELLES POUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DES SCPD

- Questionnaire d'évaluation des SCPD
- Questionnaire sur les habitudes d'hygiène antérieures
- Formulaire d'histoire de vie
- Grilles d'observation
- Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI)
- L'inventaire psychiatrique (NPI)
- Échelle de dépression gériatrique (EDG)
- Échelle de dépression de Cornell pour la démence
- Échelle comportementale de la douleur de la personne âgées
- Pain assessment Checklist for Seniors with limited Ability to communicate (PACSLAC-F)

AUTRES ÉCHELLES POUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DES SCPD

- Revised Algase Wandering Scale (LTC)
- Échelle de statut mental modifiée (3MS)
- Échelle de statut mental de Folstein
- Montreal cognitive Assessment (MoCA)
- Confusion Assessment Method (le CAM)
- Échelle d'anxiété d'Hamilton
- Inventaire d'anxiété de Beck
- Échelle de dépression gériatrique
- Beck depression Inventory (BDI-II)
- Échelle d'apathie de Marin
- Échelle d'autonomie physique (PSMS)
- Échelle de zarit ou Inventaire du fardeau (fardeau de l'aidant)
- Maslach burn out inventory (MBI) (fardeau de soignant)
- General Health questionnaire de Goldberg (stress et souffrance des soignants)
- Évaluation de la dyskinésie tardive



LIENS INTÉRESSANTS

- * **Formation en e-learning sur les SCPD**
<http://capsulesscpd.ca>
- * **Questionnaire d'évaluation des SCPD**
http://www.iugm.qc.ca/images/stories/fichier/pdf/prof/questionnaire_evaluation_scpd.pdf
- * **Pour les aidants**
<http://iugm.qc.ca/index.php/fr/aidants-intro.html>
- * **Les outils et conférences de l'Équipe SCPD IUGM:**
<http://www.iugm.qc.ca/soins/gerontopsychiatrie.html>
- * **Les guides de pratiques SCPD du MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC) :**
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/information-clinique-formation-mentorat>
- * **Le Guide médical en soins de longue durée:**
<http://mdsld.ca>
- * **Catalogue Germain** : <http://catalogue.iugm.qc.ca>
Rechercher avec SCPD ou [Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence](#)

