

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

FAIRE LA DIFFÉRENCE PAR L'APPROCHE

KARINE LABARRE INF., M. SC.

CHEF DE SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC (CEVQ)

DIRECTION PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec 

Université de Moncton, campus de Shippagan
16-17 août 2017

COLLABORATION

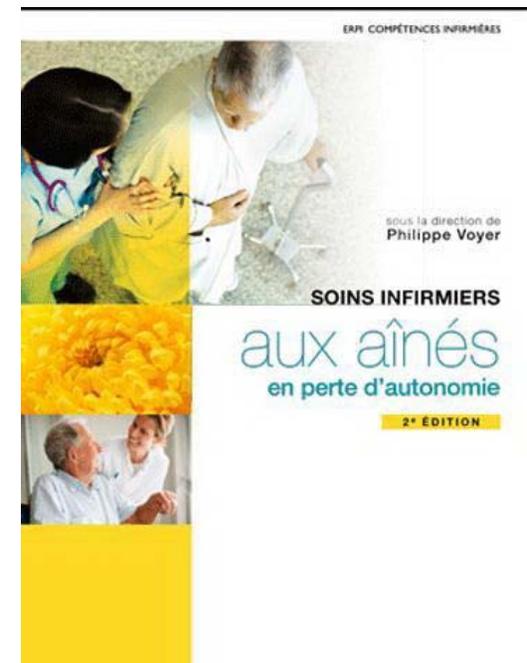
Philippe Voyer inf., Ph. D.

Professeur titulaire Faculté des Sciences infirmières
Université Laval

Responsable de l'équipe de mentorat et du volet enseignement
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)

Facebook/professeur Philippe Voyer

Site info lettre:
www.philippevoyer.org



Pour se tenir informé : deux options

www.PhilippeVoyer.org

Philippe Voyer

Expertise en soins infirmiers gériatriques



ACCUEIL CONTACT



Infolettre

Abonnez-vous à mon infolettre bimensuelle

Adresse Email

Facebook

Page Boîte de réception Alertes 1 Statistiques Outils de publication Paramètres Aide

Professeur Philippe Voyer @ProfVoyer

Accueil À propos

J'aime Suivre Partager

+ Ajouter un bouton

cette semaine

Communauté

Invitez vos amis à aimer cette Page

3 448 mentions J'aime

3 528 personnes suivent ceci.

Annie-France Richard et 13 autres amis aiment ça.

À Propos De Afficher tout

Répond habituellement en l'espace d'une heure

Envoyer un message

Pages aimées par cette Page

Centre d'excellence sur le vieillissement

Vous êtes un aîné de 90 ans atteint d'une pneumonie et vivant dans un CHSLD, quel sera le traitement le plus efficace pour votre infection respiratoire : un antibiotique ou un verre d'eau?

Une recherche clinique réalisée aux États-Unis et aux Pays-Bas (n=1557) s'est intéressée à cette question, car plusieurs résidents atteints de multimorbidité ne répondent pas toujours efficacement aux antibiotiques.

Les résultats de l'étude démontrent que le taux de mortalité était plus in... Afficher la suite

32 162 personnes atteintes

Mettez la publication en avant

J'aime Commenter Partager

247 Chronologique

170 partages

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

OBJECTIFS

Au terme de cet atelier, vous serez en mesure de :

- ✓ De connaître et d'intervenir en présence de SCPD par une approche préventive;
- ✓ De connaître les étapes d'évaluation et les interventions en situation de SCPD.

TERMES UTILISÉS

Plusieurs auteurs et plusieurs termes...

- Comportements dysfonctionnels
- Comportements d'agitation
- Comportements perturbateurs
- Troubles du comportement

Le plus commun = symptômes comportementaux et psychologiques de la
démence **SCPD** (*International Psychogeriatric Association, 2003*)

DÉFINITION

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) englobent les symptômes de perturbation de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement.

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX

✓ **Agitation verbale non agressive**

Parle constamment, demandes répétées, émet des sons répétitifs,...

✓ **Agitation verbale agressive**

Blasphème, utilise un langage indécent, crie, hurle, menace de blesser les autres,...

✓ **Agitation physique non agressive**

Fait les cent pas, mets des objets inappropriés dans sa bouche, commet des gestes indécents, se déshabille constamment, accumule des objets,...

✓ **Agitation physique agressive**

Pince, griffe, mord, donne des coups, bouscule les autres, crache sur les autres, brise des objets ou les utilise pour blesser les autres,...

SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES

- ✓ Anxiété
- ✓ Dépression
- ✓ Idées délirantes
- ✓ Hallucinations
- ✓ Illusions

VIGNETTES



VIGNETTE 1 : M. LABONTÉ

- ✓ Atteint d'un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer (MA);
- ✓ Autres dx: Diabète de type 2, hypertension artérielle, hypothyroïdie;
- ✓ Comportement décrit comme imprévisible :

Peut être calme puis tout à coup devient agressif, hausse le ton, blasphème, peut pousser, frapper et mettre les intervenants à la porte.

QUE FAITES-VOUS?



QUELLES SONT VOS ÉTAPES?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

VIGNETTE 2 : MME VIVIER

- ✓ Atteinte d'un trouble neurocognitif majeur de type parkinsonien;
- ✓ Présente un trouble de la mobilité, dyskinésie MI, rigidité;
- ✓ Comportement récent :

N'écoute pas les consignes, veut toujours se lever. Elle devient agressive lorsqu'on veut faire un soin, et ce, même si on lui dit ce que l'on va faire.

QUE FAITES-VOUS?



VIGNETTE 3: MME MORISSETTE

Mme Morisette est méfiante des intervenants et des résidents. Elle présente des idées délirantes « dit que son conjoint s'est fait voler beaucoup d'argent ». Elle pleure souvent et demeure dans sa chambre.

Que faites-vous?

VIGNETTE 4 : M. AIGU

Monsieur Aigu, atteint d'Alzheimer, est en observation à l'urgence, car il démontre de l'agitation verbale et physique. Il vous demande toujours de l'aider à sortir de son fauteuil gériatrique ou de retirer la tablette. Depuis qu'il est arrivé à l'urgence, ses demandes répétitives ne vont qu'en augmentant. La personne de l'urgence commence à être exaspérée...

Vous voyez l'infirmier qui dit très calmement, avec empathie et en prononçant bien chacun de ses mots pour que monsieur Aigu comprenne bien: « Monsieur Aigu, ça fait quatre fois que je vous le dis que vous êtes ici parce que ça ne va pas bien. Une fois de plus, je vous le répète, vous ne pouvez pas vous lever, vous devez attendre le résultat de vos examens. S'il vous plaît, soyez patient, vous comprenez ce que je vous dis? »

Dix minutes plus tard, monsieur Aigu redemande à l'infirmier de le sortir de ce fauteuil. L'infirmier lui répond calmement: « Monsieur Aigu, faites-vous par exprès? »

Quel est votre conseil dans cette situation?

EN PRÉSENCE D'UN SCPD, QUELLES SONT VOS ÉTAPES?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

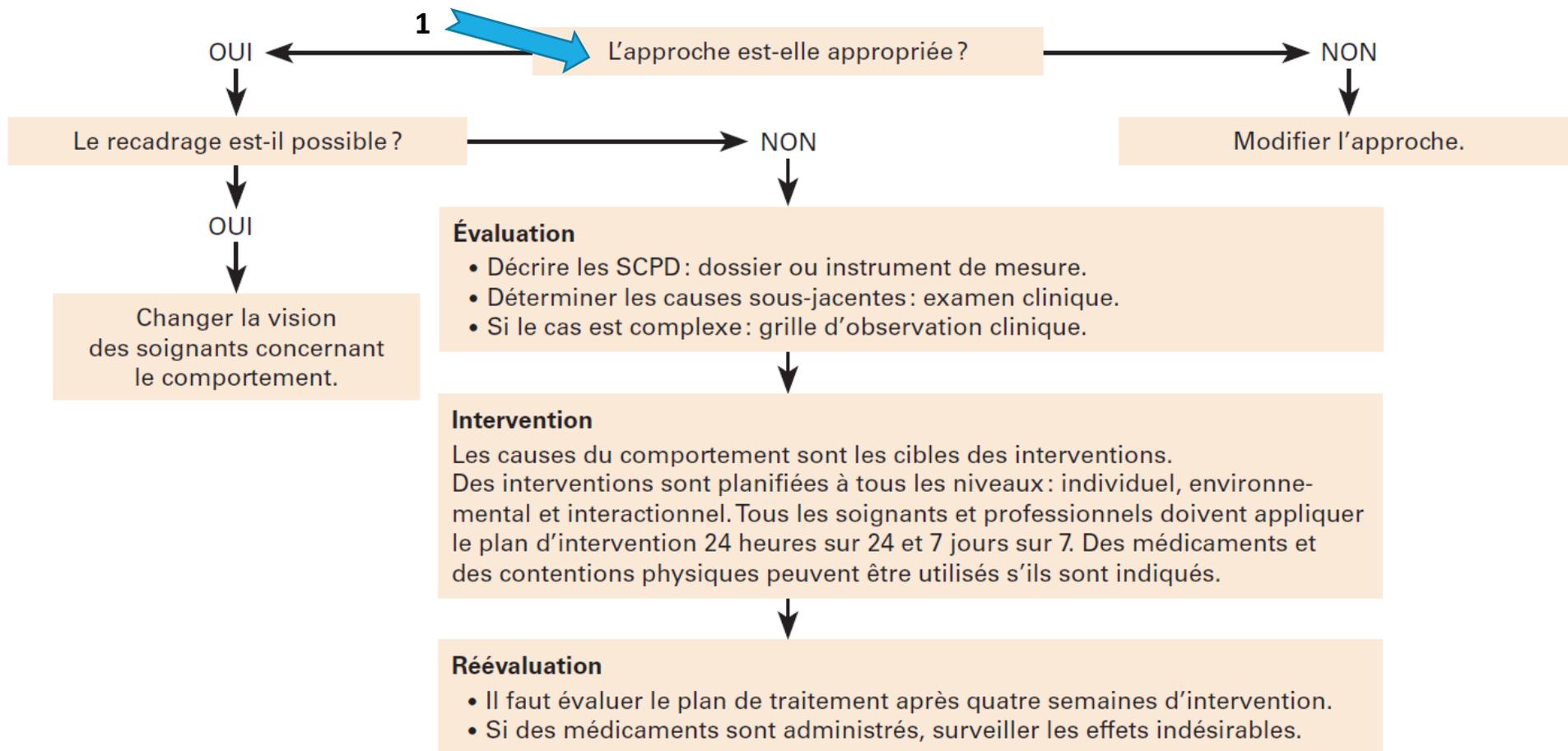


FIGURE 3.1

L'arbre décisionnel pour la prise en charge des SCPD

UNE APPROCHE DE BASE APPROPRIÉE

ÉTAPE 1



APPROCHE DE BASE

- ✓ **Principes de communication de base**
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

PRINCIPES DE COMMUNICATION DE BASE

- **Respect** – Vouvoiement : appeler la personne par son nom de famille, demander la permission d’entrer, éviter l’invasion rapide;
- **Obtenir l’attention** de la personne – Capture attentionnelle : frapper à la porte;
- **Attitude** calme et souriante : utiliser un ton de voix doux et rassurant;
- **Communiquer** : obtenir le contact visuel, se placer à la même hauteur, utiliser un débit verbal ralenti, des phrases courtes et concrètes et un vocabulaire simple;
- **Formulation demande** : éviter les demandes complexes et les expressions communes, laisser suffisamment de temps pour répondre à la demande;
- **Féliciter et encourager** la personne : ne pas confronter la personne en lien avec ses oublis;
- **Explication des sensations.**

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ **Histoire biographique**
- ✓ Environnement
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

HISTOIRE BIOGRAPHIQUE

L'histoire biographique est une approche qui s'appuie principalement sur la théorie de la continuité (Atchley, 1989).

- La théorie de la continuité suggère, entre autres, que les comportements d'une personne trouvent leurs fondations dans les expériences personnelles, les décisions et les comportements antérieurs.
- Devrait se réaliser avant que la personne présente un SCPD;
- Objectif préventif;
- Permet de comprendre les comportements;
- Facilite l'établissement d'une relation de confiance;
- Information que l'on peut utiliser dans les soins quotidiens.

Catégories	Exemples de questions types	Informations recueillies
Famille	<p>A-t-elle des enfants? Combien de frères et de sœurs a-t-elle? Quel type de relation la personne entretient-elle avec sa famille? Est-ce qu'il y a présence de conflits familiaux? Est-ce qu'il y a des personnes significatives à l'extérieur des membres de la famille? Est-ce que la personne reçoit de la visite (fréquence, durée, qui la visite la plus souvent)?</p>	
Provenance	<p>Dans quelle ville la personne est-elle née? Dans quelle ville la personne a-t-elle habité la majeure partie de sa vie? Quel était le type de résidence de la personne (maison, logement)? Est-ce que la personne aimait particulièrement un lieu?</p>	
Travail	<p>Quel était l'occupation de la personne? Quel est le niveau de scolarité de la personne? Quelle école a-t-elle fréquentée? Est-ce que la personne s'est impliquée dans des activités de bénévolat?</p>	
Passions	<p>Qu'est-ce qui stimule la personne? Quelles sont ses passions? Quelles étaient les activités dans lesquelles elle investissait le plus de temps? Quelles étaient ses divertissements et ses occupations à la retraite?</p>	

Réalizations	<p>De quoi la personne est-elle le plus fière, selon vous?</p> <p>Quelles sont ses plus grandes réalisations personnelles?</p> <p>Quelles sont ses plus grandes réalisations professionnelles?</p>	
Habitudes de vie et routines	<p>Quelles sont les habitudes alimentaires et d'hydratation de la personne (heure de repas, collation, aliments préférés, type de breuvage...)?</p> <p>Quelles sont ses préférences concernant son hygiène (douche ou bain, moment de la journée)?</p> <p>Quelles sont ses habitudes de sommeil et sa routine (heure, activité avant le coucher, siestes...)?</p> <p>Est-ce que la personne est sportive?</p> <p>Est-ce que la personne aime les activités extérieures?</p> <p>Quelles sont ses habitudes de marche?</p> <p>(+ toutes les autres habitudes de vie pertinentes)</p>	
Événements marquants	<p>Quels sont les événements les plus marquants pour la personne (famille, retraite, décès...)?</p> <p>Quels sont les événements les heureux de sa vie?</p> <p>Quels sont les événements les plus tristes de sa vie?</p> <p>Quelles ont été les épreuves les plus difficiles de sa vie?</p>	
Personnalité Qualités	<p>Quel genre de personne est-elle? (solitaire, sociable, fonceuse, douce, intellectuelle, ricaneuse, triste, sérieuse...)</p> <p>Comment réagit la personne lors des situations difficiles?</p> <p>Qu'est-ce qu'elle aime ou déteste chez les autres?</p> <p>Quelles sont ses qualités?</p> <p>Quelles sont ses défauts?</p>	

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ **Environnement**
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

ENVIRONNEMENT

➤ Surstimulation

➤ Sous-stimulation

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ **Écoute active adaptée**
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

ÉCOUTE ACTIVE ADAPTÉE

- Permettre à la personne ayant des troubles cognitifs majeurs de s'exprimer et d'avoir une conversation;
- Le contenu de la conversation est secondaire;
- Objectif : manifester de l'intérêt envers la personne :
 - Vraiment!
 - Je suis d'accord avec vous...
 - Vous avez raison...

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ **Stratégie décisionnelle**
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

STRATÉGIE DÉCISIONNELLE

D'après l'histoire biographique,

À votre avis, quel type de personne pourrait bénéficier de cette stratégie d'intervention?

COMPORTEMENTS DE RÉSISTANCE...

Monsieur vit à son domicile avec sa conjointe.

- Il refuse toutes les demandes :
 - Viens au salon, dehors...
 - Viens manger, va aux toilettes, va te coucher...
- Il refuse aussi les soins d'hygiène;
- Il refuse ses médicaments à plusieurs reprises.

Lorsque la conjointe ou ses enfants insistent, il présente :

- Escalade;
- Résistance aux soins;
- Agressivité.

Histoire biographique :

- Maire de la ville
- Propriétaire de l'entreprise du village
- Père de 14 enfants
- « Il donne les ordres... il ne les reçoit pas... »

L'intervention appropriée : les stratégies décisionnelles



STRATÉGIE DÉCISIONNELLE

- Donner à la personne l'opportunité de prendre des décisions;
- Demander la permission avant de faire un soin ou une intervention;
- Permettre à la personne de faire des choix.

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ **Validation**
- ✓ Diversion
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

VALIDATION

- L'approche qui vise à identifier les émotions de l'aîné, les reconnaître et lui permettre de les exprimer.
- Cette approche est appropriée pour les aînés aux stades plus avancés de la démence.
 - Le but est de rassurer l'aîné qui vit une situation difficile.
 - La thérapie de la validation indique qu'il faut, dans ces circonstances, aller rejoindre l'aîné dans sa réalité, là où il est.

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Validation
- ✓ **Diversion**
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

DIVERSION

- Amener la personne à s'éloigner d'une pensée envahissante en dirigeant son attention ailleurs... (objet, activité particulière)
 - Choisir un thème pertinent pour la personne. Important d'utiliser l'histoire biographique afin que la diversion soit efficace.
 - Si possible, en plus de parler du sujet, on peut recourir à un objet qui en fait référence.

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ **Toucher**
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ Gestion du refus

TOUCHER

- Permet de réconforter la personne et lui donner de l'affection;
- Souvent efficace lorsque la personne vit des peurs importantes, des émotions intenses ou de l'isolement;
- Plus le déficit cognitif est grave, plus le toucher devient important pour communiquer.

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Toucher
- ✓ **Méthode discontinue**
- ✓ Gestion du refus

MÉTHODE DISCONTINUE

- Permet d'ajuster le rythme du soin à la personne selon sa capacité d'attention et son comportement;
- Soins fragmentés pour diminuer le stress et la fatigue chez la personne;
- Pertinent pour les personnes qui ont une capacité d'attention limitée et qui reçoivent des soins de plus de 5 minutes (soins d'hygiène).

APPROCHE DE BASE

- ✓ Principes de communication de base
- ✓ Histoire biographique
- ✓ Environnement
- ✓ Écoute active adaptée
- ✓ Stratégie décisionnelle
- ✓ Validation
- ✓ Diversion
- ✓ Toucher
- ✓ Méthode discontinue
- ✓ **Gestion du refus**

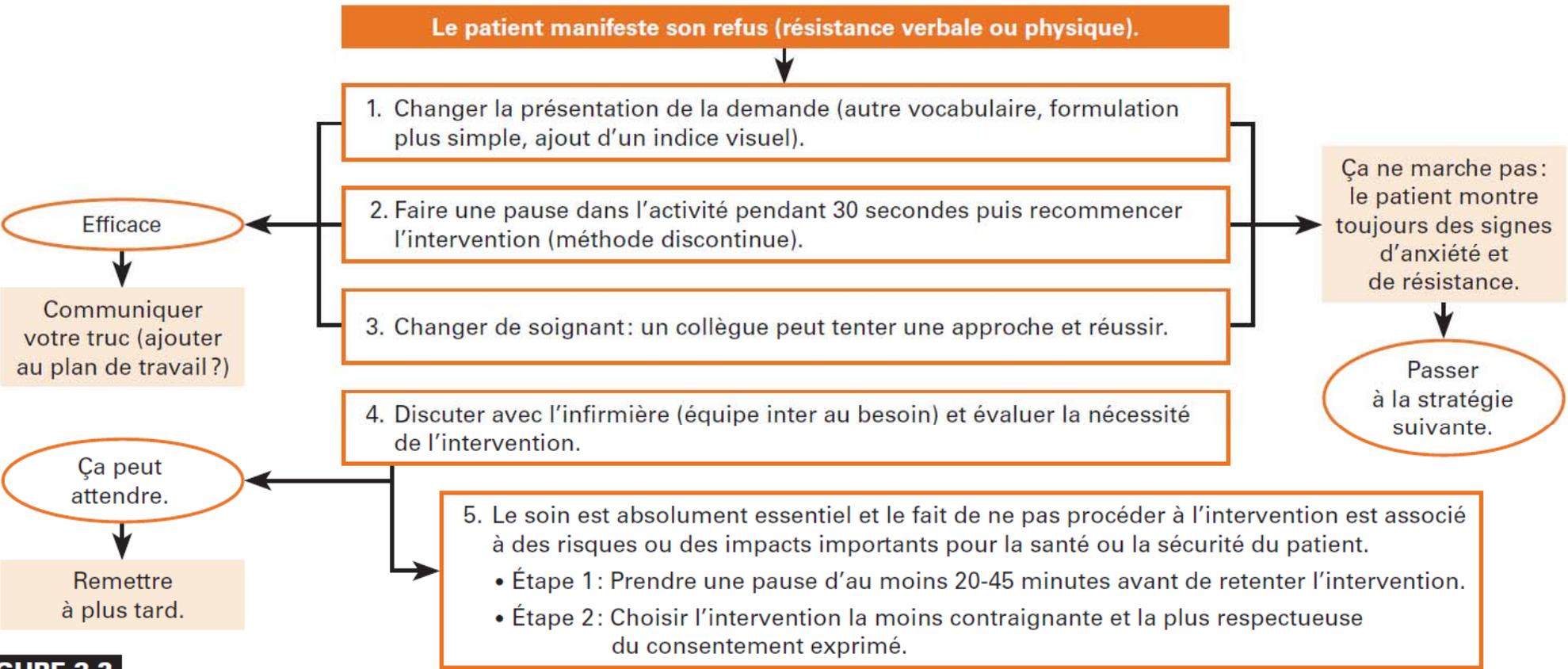


FIGURE 3.2

La gestion du refus

Source: Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Document préparé par Guylaine Belzil et Nadia Duchaine, CSSS Alphonse-Desjardins.



VIGNETTES

RETOUR SUR LES VIGNETTES PRÉSENTÉES



VIGNETTE 1 : M. LABONTÉ

- ✓ Atteint d'un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer (MA);
- ✓ Autres dx: Diabète de type 2, hypertension artérielle, hypothyroïdie;
- ✓ Comportement décrit comme imprévisible :

Peut être calme puis tout à coup devient agressif, hausse le ton, blasphème, peut pousser, frapper et mettre les intervenants à la porte.

VIGNETTE 2 : MME VIVIER

- ✓ Atteinte d'un trouble neurocognitif majeur de type parkinsonien;
- ✓ Présente un trouble de la mobilité, dyskinésie MI, rigidité;
- ✓ Comportement récent :

N'écoute pas les consignes, veut toujours se lever mais est à risque important de chute. Elle devient agressive lorsqu'on veut faire un soin, et ce, même si on lui dit ce que l'on va faire.

VIGNETTE 3 : MME MORISSETTE

Mme Morisette est méfiante des intervenants et des résidents. Elle présente des idées délirantes « dit que son conjoint s'est fait voler beaucoup d'argent ». Elle pleure souvent et demeure dans sa chambre.

Que faites-vous?

VIGNETTE 4 : M. AIGU

Monsieur Aigu, atteint d'Alzheimer, est en observation à l'urgence, car il démontre de l'agitation verbale et physique. Il vous demande toujours de l'aider à sortir de son fauteuil gériatrique ou de retirer la tablette. Depuis qu'il est arrivé à l'urgence, ses demandes répétitives ne vont qu'en augmentant. La personne de l'urgence commence à être exaspérée...

Vous voyez l'infirmier qui dit très calmement, avec empathie et en prononçant bien chacun de ses mots pour que monsieur Aigu comprenne bien: « Monsieur Aigu, ça fait quatre fois que je vous le dis que vous êtes ici parce que ça ne va pas bien. Une fois de plus, je vous le répète, vous ne pouvez pas vous lever, vous devez attendre le résultat de vos examens. S'il vous plaît, soyez patient, vous comprenez ce que je vous dis? »

Dix minutes plus tard, monsieur Aigu redemande à l'infirmier de le sortir de ce fauteuil. L'infirmier lui répond calmement : « Monsieur Aigu, faites-vous par exprès? »

Quel est votre conseil dans cette situation?

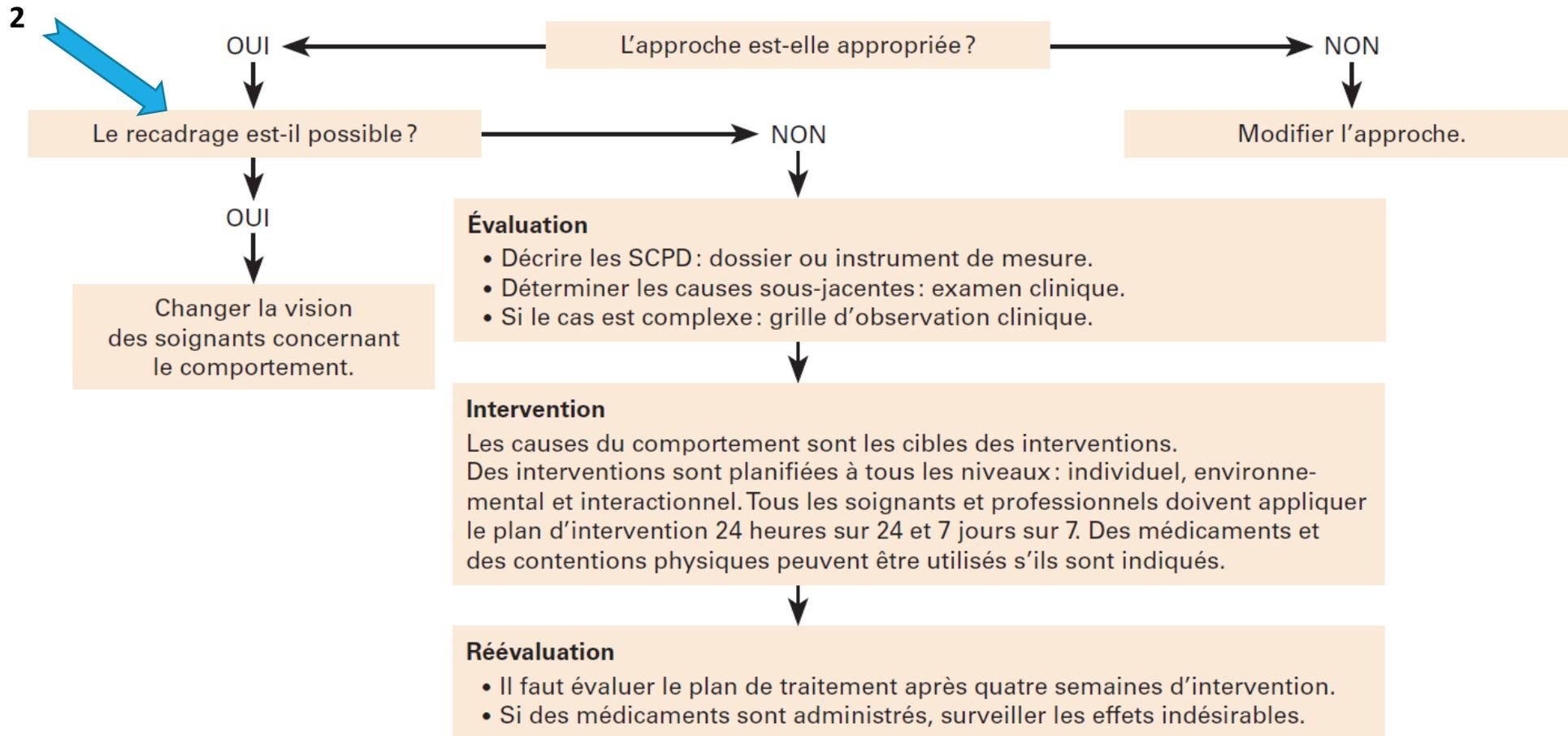


FIGURE 3.1

L'arbre décisionnel pour la prise en charge des SCPD

VIGNETTE 5 : M. CHOQUETTE

- ✓ Atteint d'un trouble neurocognitif majeur de type fronto-temporal;
- ✓ Des familles de résidents ont fait une plainte, car M. Choquette est souvent nu dans sa chambre.

Que faites-vous?

RECADRAGE

- Analyse de la situation sous un nouvel angle. Se questionner...
 - « Est-ce que le comportement de la personne entraîne un risque pour elle et pour autrui ? »
- S'il n'y a pas de dangerosité au comportement, il faut travailler sur les perceptions des intervenants et des proches et sur le malaise suscité.

ÉVALUATION SCPD

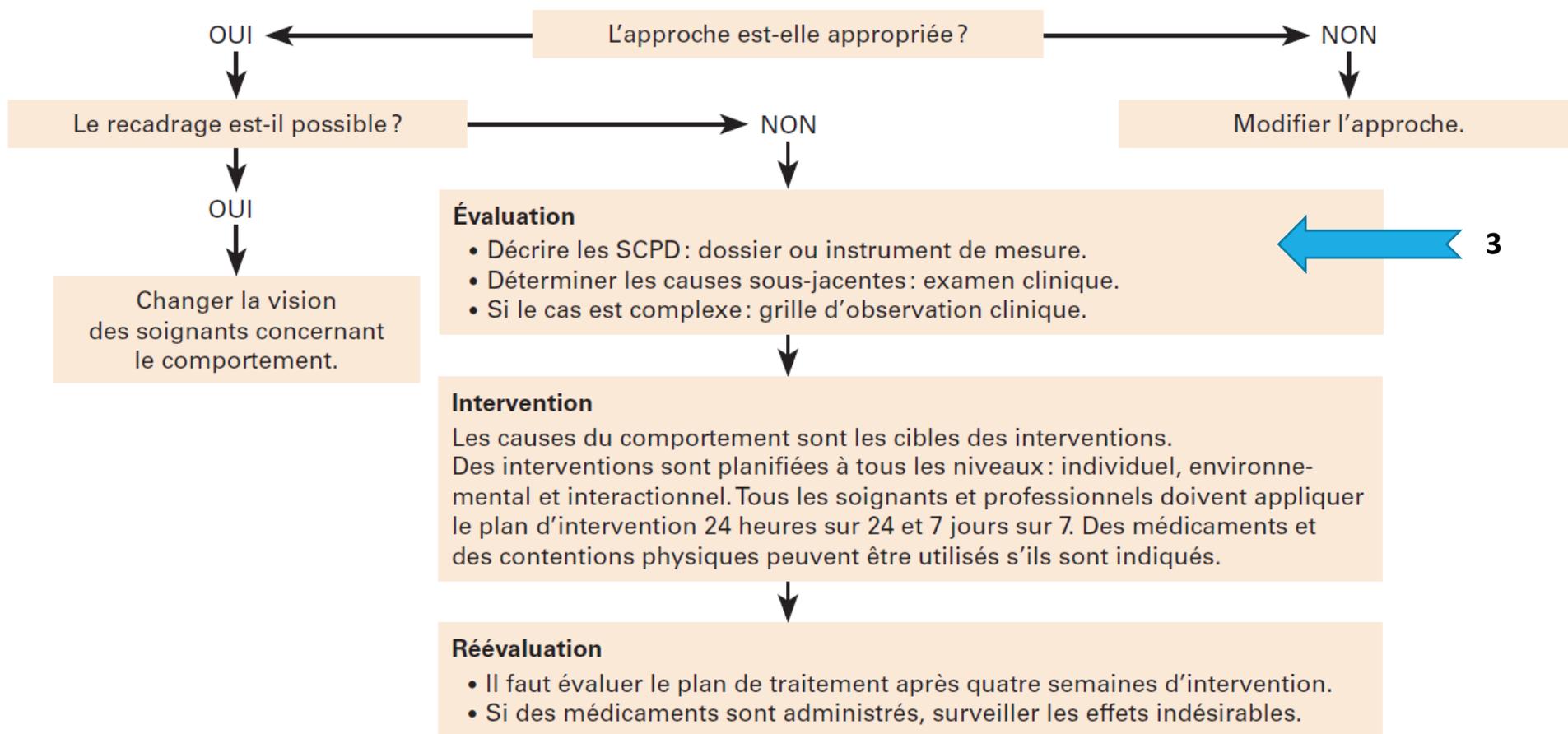


FIGURE 3.1

L'arbre décisionnel pour la prise en charge des SCPD

L'ÉVALUATION REPOSE SUR LE PRINCIPE DU BESOIN COMPROMIS

LA VISION DU BESOIN COMPROMIS
(ALGASE ET AL., 1996)

MÊME COMPORTEMENT, PLUSIEURS CAUSES

- **Errance** - Douleur? Solitude? Anxiété? Privation sensorielle? Absence de repères? Problème de sommeil?...
- **Idées délirantes** - Déshydratation? Déficit sensoriel? Désorientation? Anxiété? Sous-stimulation?...
- **Cris** - Besoin de communiquer? Ennui? Douleur? Malaise physique? Besoins de base compromis? Anxiété?...
- **Agressivité** - Dépression? Douleur? Besoins de base compromis? Stimulation excessive? Absence de pouvoir? Environnement bruyant? Intrusion rapide dans l'espace de la personne?...
- **Agitation motrice** - Anxiété? Douleur? Malaise physique? Désorientation? Stimulation insuffisante?...

IL A UN BESOIN COMPROMIS!

Causes biologiques :

- Il a soif/faim;
- Il est fatigué/s'endort;
- Il a besoin d'aller aux toilettes;
- Il a chaud/froid;
- Il a de la douleur;
- Il ne se sent pas bien en raison des symptômes d'une maladie.

Causes environnementales :

- Il est surstimulé;
- Il est sous-stimulé.

Causes psychologiques fréquentes :

- Il ne comprend pas;
- Il a peur;
- Il a des idées délirantes;
- Il s'ennuie.

Causes interactionnelles :

- L'approche n'est pas adéquate.

ÉVALUATION DU SCPD

1. Décrire le comportement :

- Collecte d'informations;
- Grille de description du comportement
Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Tableau 24-3

Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield

Indiquez, pour chaque résident, la fréquence à laquelle s'est manifesté chacun des comportements suivants durant votre quart de travail au cours des deux dernières semaines. Encercliez le chiffre correspondant à la meilleure réponse en vous reportant aux définitions suivantes :

- 1 = Ce comportement ne s'est jamais manifesté.
- 2 = Ce comportement s'est manifesté moins d'une fois par semaine.
- 3 = Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par semaine.
- 4 = Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par semaine.
- 5 = Ce comportement s'est manifesté une ou deux fois par jour.
- 6 = Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par jour.
- 7 = Ce comportement s'est manifesté plusieurs fois par heure.

1. Fait les cent pas	1	2	3	4	5	6	7
2. S'habille ou se déshabille de façon inappropriée	1	2	3	4	5	6	7
3. Crache	1	2	3	4	5	6	7
4. Sacre, ou agresse verbalement	1	2	3	4	5	6	7
5. Demande constamment de l'attention	1	2	3	4	5	6	7
6. Répète les mêmes phrases ou questions	1	2	3	4	5	6	7
7. Frappe les autres	1	2	3	4	5	6	7
8. Donne des coups de pied	1	2	3	4	5	6	7
9. Empoigne les autres	1	2	3	4	5	6	7
10. Pousse les autres	1	2	3	4	5	6	7
11. Émet des bruits étranges	1	2	3	4	5	6	7
12. Crie	1	2	3	4	5	6	7
13. Égratigne	1	2	3	4	5	6	7
14. Essaie de se rendre ailleurs	1	2	3	4	5	6	7
15. Est généralement turbulent	1	2	3	4	5	6	7
16. Se plaint	1	2	3	4	5	6	7
17. Fait preuve de négativisme	1	2	3	4	5	6	7
18. Manipule des choses incorrectement	1	2	3	4	5	6	7
19. Cache des choses	1	2	3	4	5	6	7
20. Amasse des choses	1	2	3	4	5	6	7
21. Déchire ou arrache des choses	1	2	3	4	5	6	7
22. Fait preuve de maniérisme répétitif	1	2	3	4	5	6	7
23. Fait des avances sexuelles verbales	1	2	3	4	5	6	7
24. Fait des avances sexuelles physiques	1	2	3	4	5	6	7
25. Chute intentionnellement	1	2	3	4	5	6	7
26. Lance des choses	1	2	3	4	5	6	7
27. Mord	1	2	3	4	5	6	7
28. Mange des substances inappropriées	1	2	3	4	5	6	7
29. Se mutilé	1	2	3	4	5	6	7
Total	<input type="text"/>						
Grand total	<input type="text"/>						

Source : S. Deslauriers, P. Landreville, L. Dicaire et R. Verreault (2001). Validité et fidélité de l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield. *Canadian Journal of Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 20 (3), 384. © Canadian Association of Gerontology.

ÉVALUATION DU SCPD

2. Identifier des causes sous-jacentes :

*biologiques, psychologiques, environnementales
interactionnelles*

- Examen clinique infirmier et médical;
- Grille d'observation du comportement (en présence d'un SCPD complexe).

PLAN D'INTERVENTION

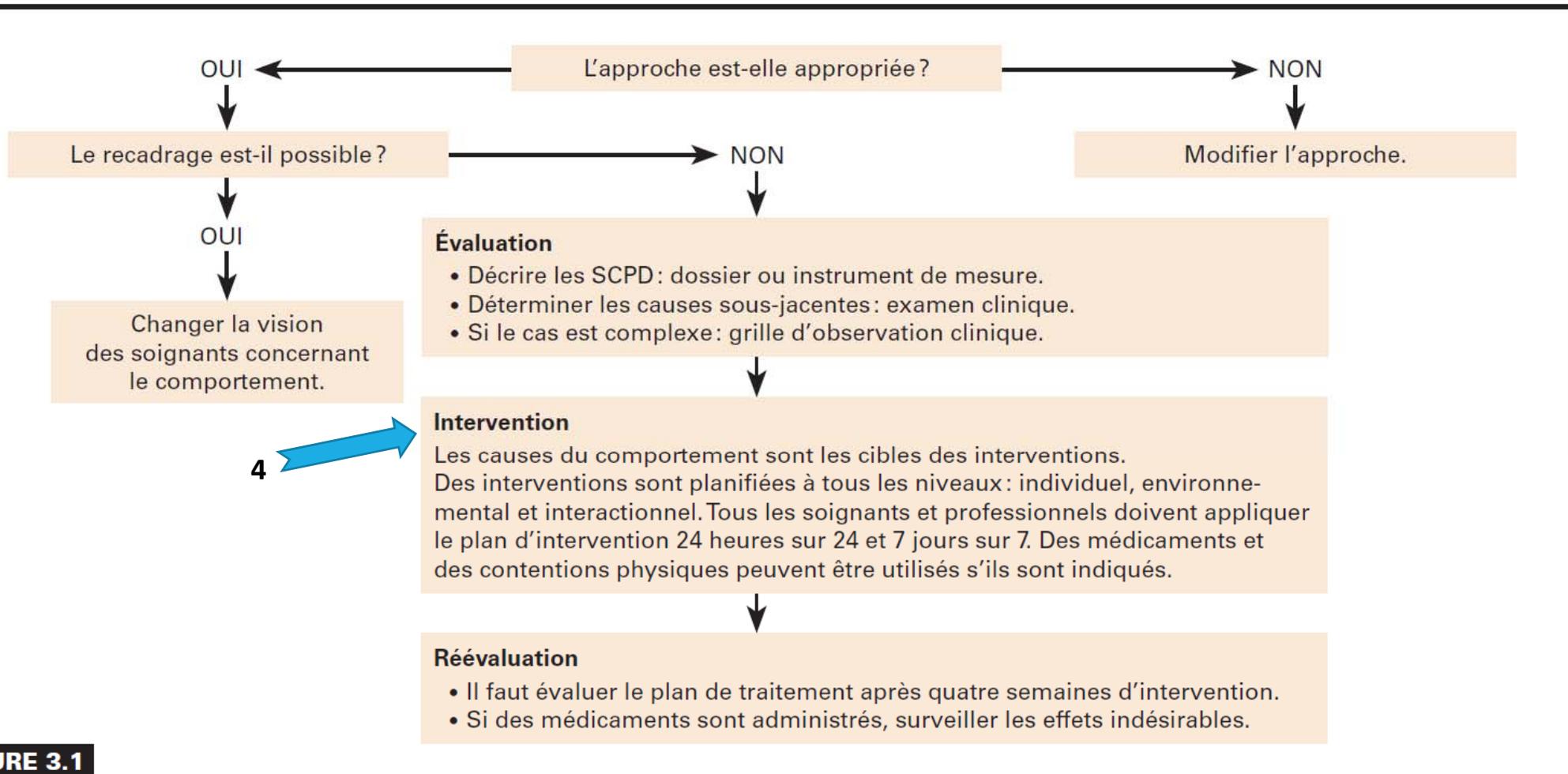


FIGURE 3.1

L'arbre décisionnel pour la prise en charge des SCPD

La stratégie de l'identification des causes sous-jacentes a fait ses preuves

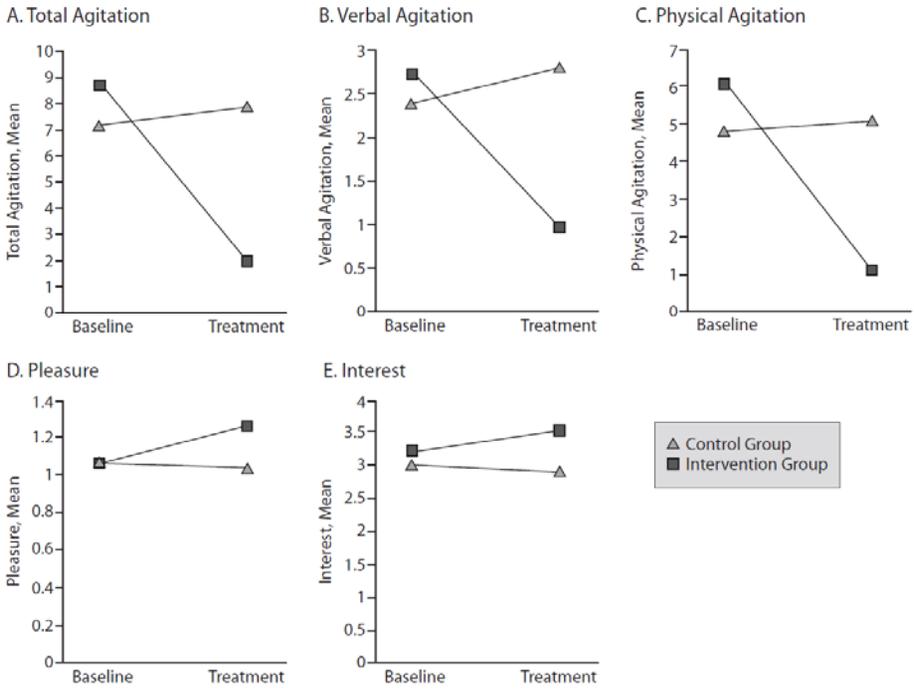
 **FOCUS ON ALZHEIMER'S DISEASE AND RELATED DISORDERS**

**Efficacy of Nonpharmacologic Interventions
for Agitation in Advanced Dementia:
A Randomized, Placebo-Controlled Trial**

*Jiska Cohen-Mansfield, PhD; Khin Thein, MD; Marcia S. Marx, PhD;
Maha Dakheel-Ali, MD; and Laurence Freedman, PhD*

Résultats

Figure 2. Change in (A) Total Agitation,^a (B) Verbal Agitation,^a (C) Physical Agitation,^a (D) Pleasure,^b and (E) Interest^b in Control and Intervention Groups of Patients With Dementia at Baseline and During the Treatment Condition



^aAssessed with the Agitation Behavior Mapping Instrument. ^bAssessed with Lawton's Modified Behavior Stream.

INTERVENTIONS

Interventions non pharmacologiques déterminées en lien avec les causes sous-jacentes identifiées :

- Biologiques
 - Psychologiques
 - Environnementales
 - Interactionnelles
- 

PRINCIPES À RESPECTER DANS L'APPLICATION

- 24 heures/24;
- 7 jours/7;
- Application par **TOUS** les intervenants et les proches;
- Intervention pharmacologique en lien l'usage optimal des médicaments.

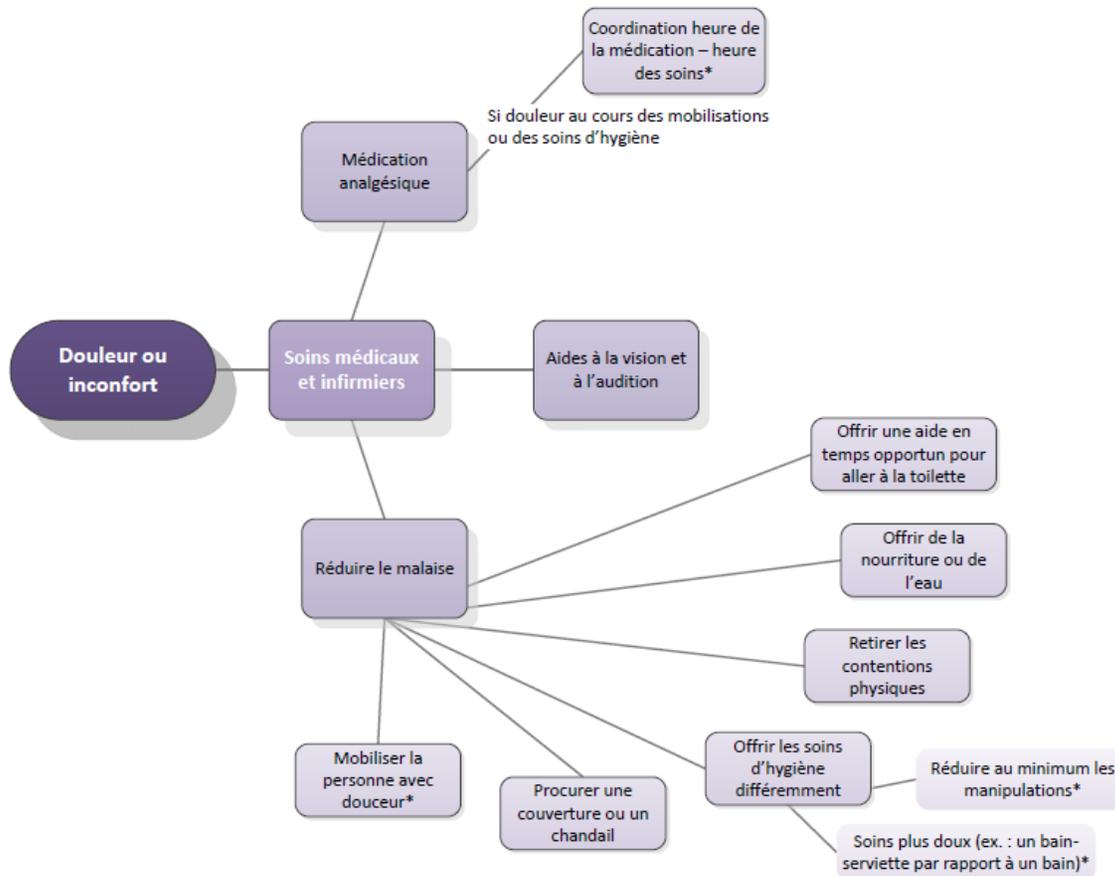
UNE CAUSE

PLUSIEURS INTERVENTIONS POSSIBLES



SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE LA DOULEUR

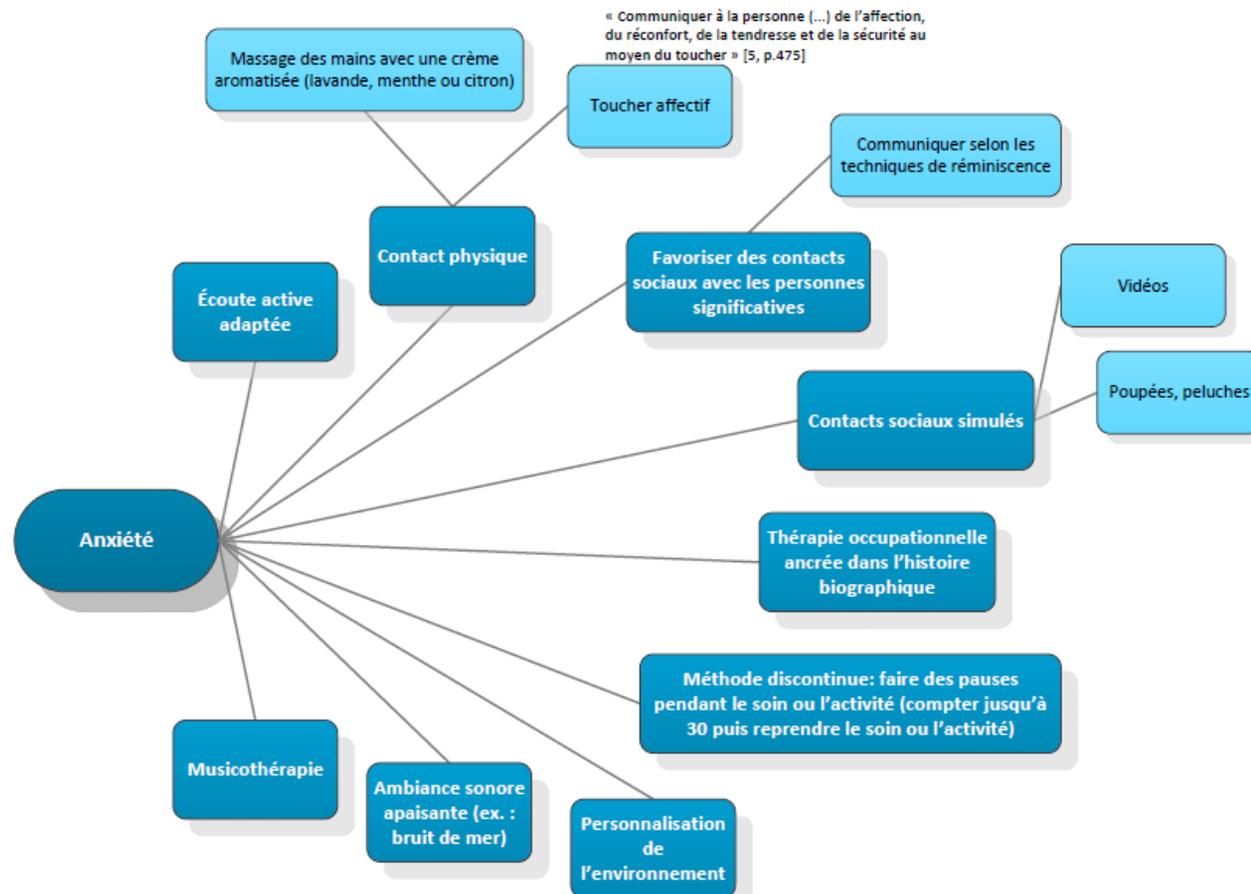
Schéma 5 : Interventions possibles en cas de douleurⁱⁱ



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec

SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE L'ANXIÉTÉ

Schéma 6 : Interventions possibles en cas d'anxiété



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.
Gouvernement du Québec

SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE L'ENNUI, DE LA PRIVATION SENSORIELLE OU UN BESOIN DE DÉTENTE

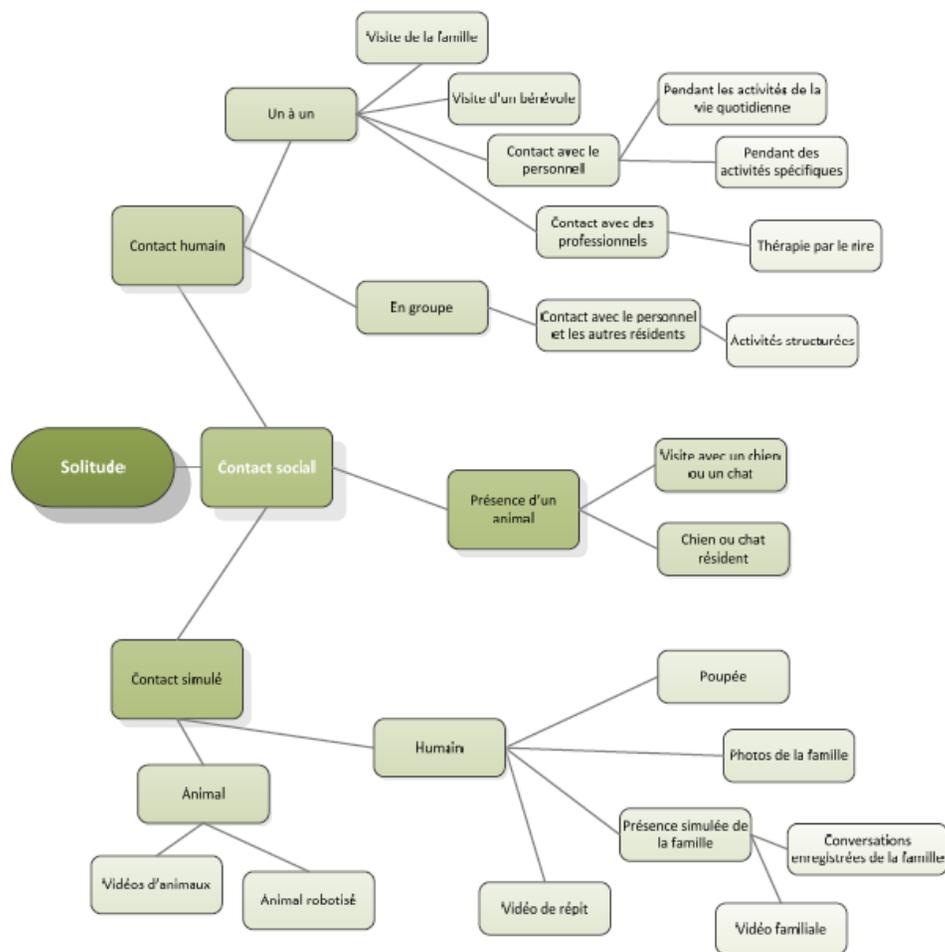
Schéma 7 : Interventions possibles en cas d'ennui, de privation sensorielle, ou si un besoin de détente est expriméⁱⁱⁱ



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec

SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE LA SOLITUDE

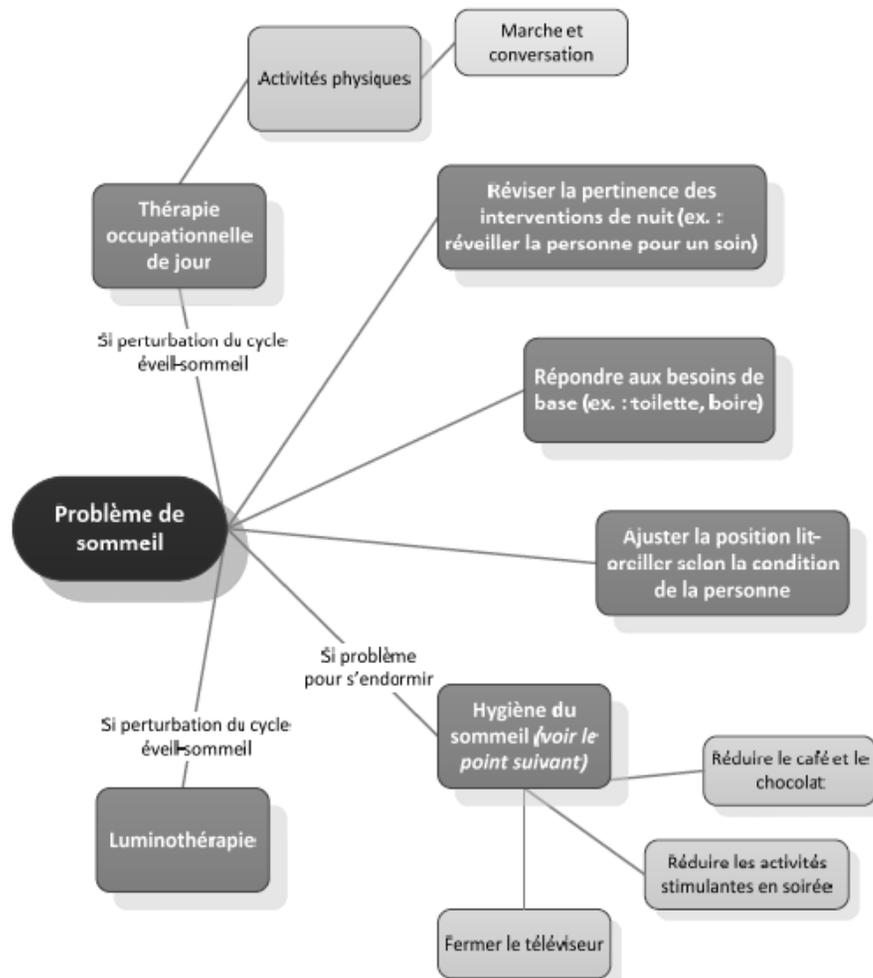
Schéma 8 : Interventions possibles en cas de solitude



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec

SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT UN PROBLÈME DE SOMMEIL

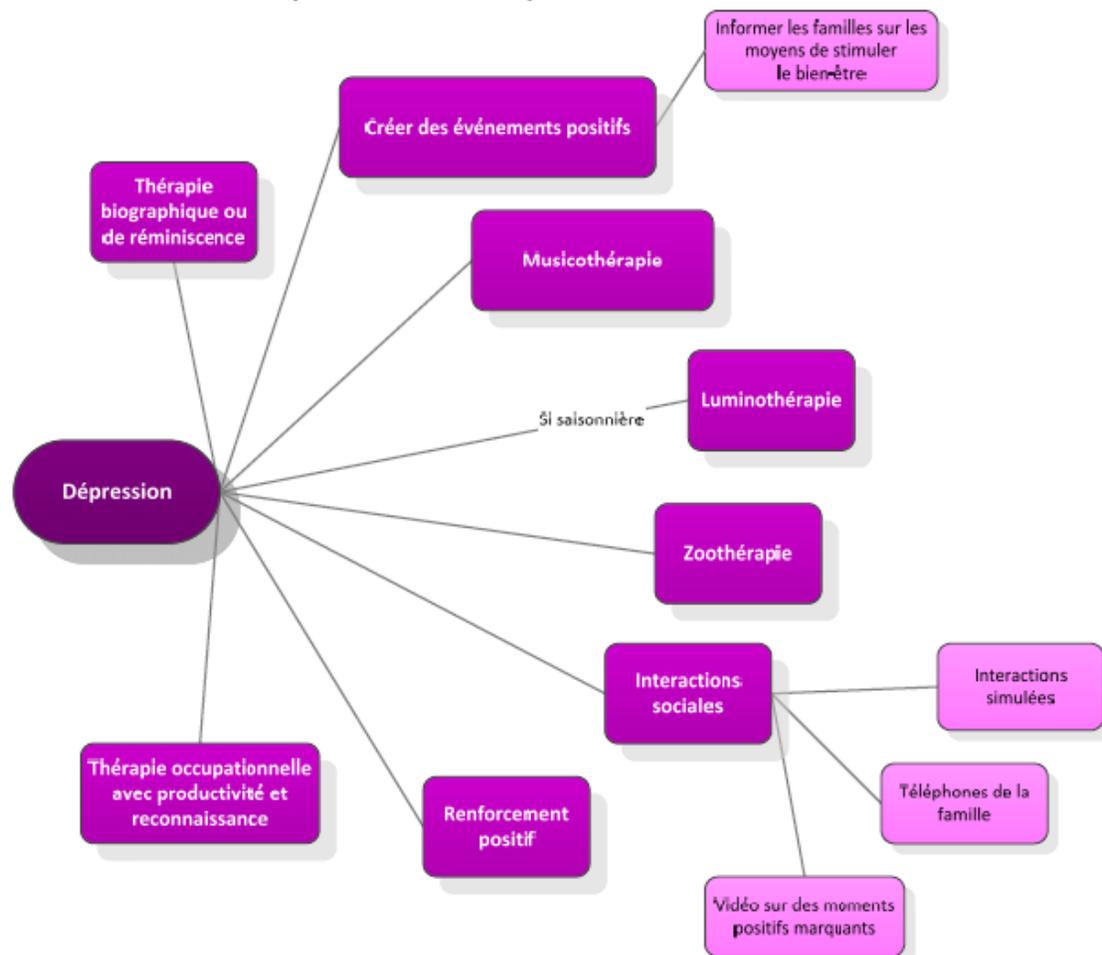
Schéma 9 : Interventions possibles en cas d'un problème de sommeil



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec

SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE LA DÉPRESSION

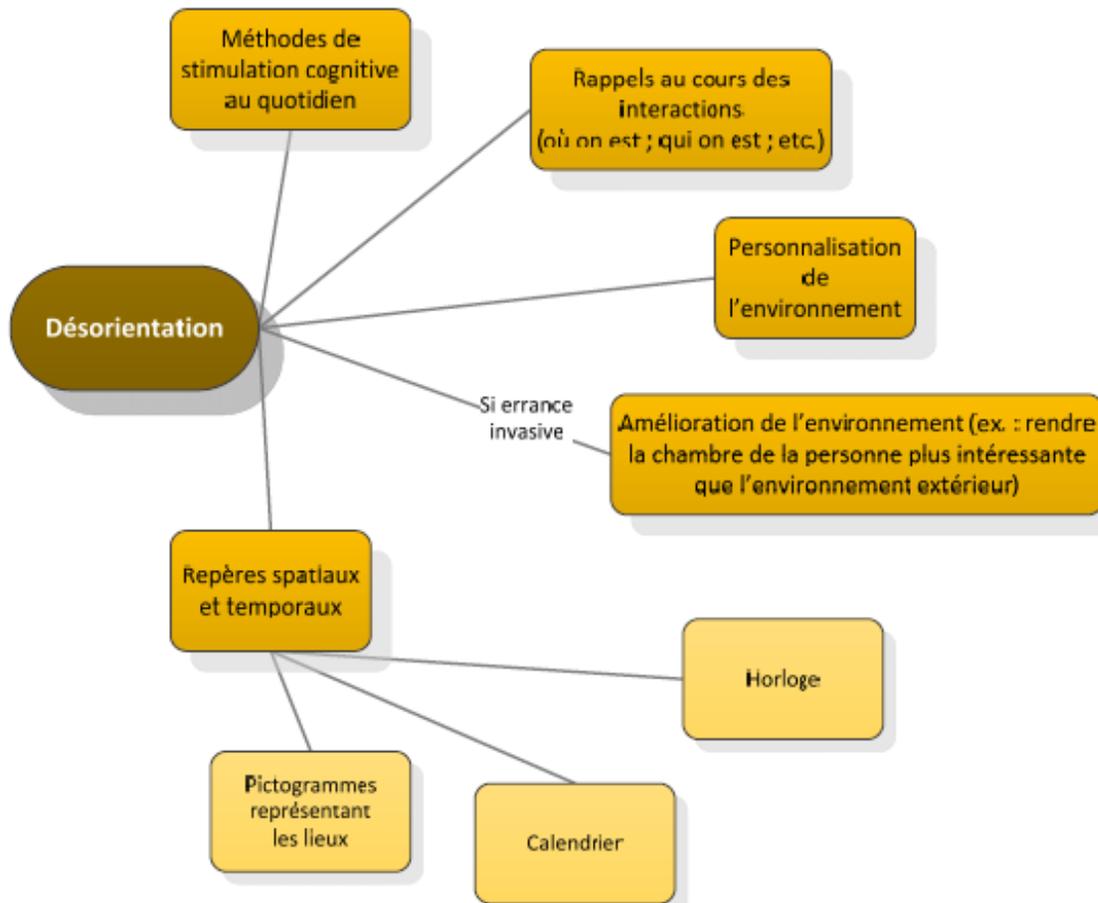
Schéma 10 : Interventions possibles en cas de dépression



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec

SI L'ÉVALUATION MONTRE QUE LES SCPD EXPRIMENT DE LA DÉSORIENTATION

Schéma 11 : Interventions possibles en cas de désorientation



MSSS (2014)
Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Gouvernement du Québec

RÉÉVALUATION

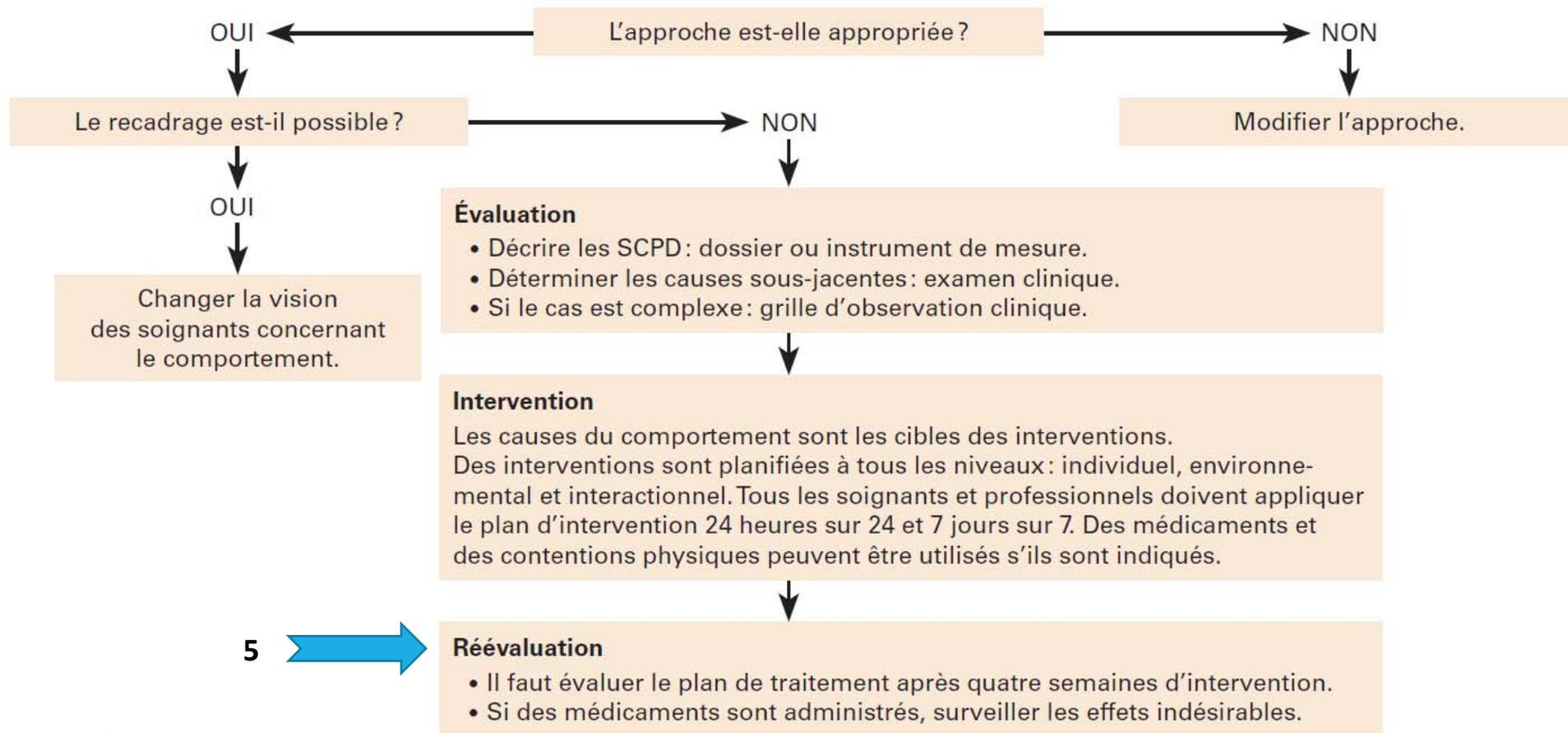


FIGURE 3.1

L'arbre décisionnel pour la prise en charge des SCPD

L'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec



Efficacité sur les SCPD (2014-15)

97 % des cas se sont améliorés!

	Moyenne
IACM T1	52
IACM T2	36
% d'amélioration	71 %



% de cas avec ≥ 25 % d'amélioration	97 %
% de cas avec ≥ 50 % d'amélioration	84 %

Efficacité sur les SCPD (2015-16)

100% des cas se sont améliorés!

	Moyenne
IACM T1	47
IACM T2	36
% d'amélioration	62 %

Cette échelle va de 29 à 203, où 29 signifie l'absence de problème d'agitation.

	Moyenne
NPI T1	35
NPI T2	9
% d'amélioration	73 %

Cette échelle va de 0 à 144, où 0 signifie l'absence de problème neuropsychiatrique.

Cas	%
Cas avec $\geq 25\%$ d'amélioration	96,3%
Cas avec $\geq 50\%$ d'amélioration	88,9%
Cas avec $\geq 75\%$ d'amélioration	51,9%

RETOUR

VIGNETTES



EN PRÉSENCE D'UN SCPD, QUELLES SONT VOS ÉTAPES?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Merci pour



votre attention



Principales références

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 31 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 38 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 37 p.

International psychogeriatric association (2012). The IPA complete guides to behavioral and psychological symptoms of dementia. www.ipa-online.org

Société Alzheimer du Canada (2011). Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. <http://www.alzheimer.ca/fr>

The Coalition canadienne pour sur la santé mentale des personnes âgées (2006;2014). Lignes directrices nationales : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement). Toronto : Baycrest Centre for Geriatric Care. www.ccsmh.ca

Références

Livres

- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Saint-Laurent (QC) : PEARSON-ERPI. 753 pages.
 - Chapitres :
 - 27 : Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
 - 28 : La résistance aux soins
 - 29 : LA résistance aux soins d'hygiène
 - 30 : L'agitation verbale
 - 31 : Les comportements agressifs
 - 32 : L'errance
 - 33 : Le syndrome crépusculaire
- Landreville, P., Rousseau, F., Vézina, J., Voyer, P. (2005). *Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Montréal : EDISEM inc.
- Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique. Saint-Laurent : ERPI. 232 p.

Articles scientifiques

Azermai et al. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Research Reviews*, 11, 78-86.

Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. *Lancet*, 377, 1019-1031.

Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., Vézina, J. (2013). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. *Ageing and Mental Health*, DOI: 10.1080/13607863.2011.569480

Bharani, N., Snowden, M. (2005). Evidence-based interventions for nursing home residents with dementia-related behavioral symptoms. *Psychiatric clinics of North America*, 28, 985-1005.

Burns et al. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 711-721.

Caspi, E. (2013). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia* : DOI : 10.1177/1471301213502588

CCCDTD (2007). Third Canadian Consensus Conference on Diagnosis and Treatment of Dementia. Montreal. <http://www.cccdt.ca/>

Articles scientifiques

Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S., Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 1149-1163.

Cipriani et al. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management. *Geriatrics and Gerontology International*, 11, 408-413.

Cohen-Mansfield et al. (2012). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 1255-1261.

Cohen-Mansfield et al. (2012). The relationships of environment and personal characteristics to agitated behaviors in nursing home residents with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(3), 392-399.

Cornegé-Blokland et al. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses and family caregivers. *JAMDA*, doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004

Articles scientifiques

Declercq T et al. (2013). Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No. : CD007726. DOI : 10.1002/14651858.CD007726.pub2

Feldman, H.H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H.M., Blair, M., Kertesz, A., Chertkow, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: diagnosis. Canadian Medical Association Journal, 178(7), 825-836.

Gareri et al. (2013). Use and safety of antipsychotics in behavioral disorders in elderly people with dementia. Journal of Clinical Psychopharmacology. DOI : 10.1097/JCP.0b013e3182a6096e

Gil-Ruiz et al. (2013). An effective environmental intervention for management of the « mirror sign » in a case of probable Lewy body dementia. Neurocase: The neural basis of cognition, 19(1), 1-13.

Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz, L., Popeo, D., Aloysi, A., ... Fitzpatrick, J. J. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) Haldol use among geropsychiatric inpatients. Arch Psychiatr Nurs, 25, 388-9. doi:10.1016/j.apnu.2011.05.003

Articles scientifiques

HAS (2008). Recommandations professionnelles. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute autorité de santé. France.

Husebo et al. (2013). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *American Journal for Geriatric Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.006>

Kverno et al. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 825-843.

Landreville, P., Bédard, A., Verreault, R., Desrosiers, J., Champoux, N., Monette, J., Voyer, P. (2006). Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities: A review. *International Psychogeriatrics*, 17, 1-27.

Larson, E.B. (2010). Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. *International psychogeriatrics*, 22(8), 1196-1202.

Lee, J., Monette, J., Sourial, N., Monette, M., Bergman, H. (2007). The use of a cholinesterase inhibitor review committee in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 243-247.

Levinoff, E.J. (2007). Vascular dementia and Alzheimer's disease: diagnosis and risk factors. *Geriatrics & Aging*, 10(1), 36-41.

MDC (2008) Knowledge and skills needed for dementia care. Michigan dementia coalition [MDC]. Dementia competencies workgroup. Michigan

Mitchell, S.L., Teno, J.M., Kiely, D.K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L., Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. *New England Journal of Medicine*, 361 (16), 1529-1538.

Articles scientifiques

Padilla et al. (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts : a case report. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 500-504.

Pan et al., (2014). Antipsychotic discontinuation in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of published randomized controlled studies. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37, 125-140.

Pulsford, D., Duxubury, A., Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, 97-104.

Rapp et al. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT Trial): Effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. *JAMDA*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.017>

Robinson et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 9-22.

Rosen et al. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggressive Violent behaviors*, 13(2), 77-87.

Articles scientifiques

Rosen et al. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. *JAGS*, 56(8), 1398-1408.

Rosen et al (2010). Sexual Aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. *JAGS*, 58 (10), 1070-1079.

Valle Padilla et al (2013). The effectiveness of control strategies for dementia-driven wandering, preventing escape attempts : a case report. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 500-504.

Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No. : CD005318. DOI : 10.1002/14651858.CD005318.pub2.

Watson-Wolfe et al. (2013). Application of the antipsychotic use in dementia assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. *Geriatric Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.09.002>

Lignes directrices

American Psychiatric Association. (1997). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias of Late Life. Washington, DC : American Psychiatric Association.

Association for Dementia Studies (2010). Workforce development for dementia: development of role competencies and proposed training for "Primary Care Liaison Worker" to support pathway to diagnosis of dementia. University of Worcester, UK.

International Psychogeriatric Association. (2012). The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Specialists Guide. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.

International Psychogeriatric Association. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. BPSD. Nurses' Guide to BPSD. Northfield (IL): International Psychogeriatric Association.

Société Alzheimer du Canada. (2011). Lignes directrices sur les soins centrés sur la personne. Prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui vivent dans un foyer de soins de longue durée. Cadre de travail. Toronto (ON) : Société Alzheimer du Canada.

www.cevq.ca/
