

WEBINAIRE



Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs: Développer un climat de collaboration et réduire l'agressivité

Par Mireille Guillemette inf.B.éd.

Dernière mise à jour 2020-09-01

Photocopie interdite sans autorisation de l'auteur



Restez informés

Page Boîte de réce... Événements Notifications 8 Statistiques Outils de pub... Plus ▾ Paramètres Aide ▾



Mire Formation
Conseil inc. ✓
@mireformation

Accueil
Services
Avis
Boutique

Changer la couverture



J'aime déjà ▾ Déjà abonné(e) ▾ Partager ...

Accéder au groupe ↗

Créer une publication | En direct | Événement | Offre

Objectif général : Appliquer des principes d'intervention pour favoriser un climat de collaboration et une meilleure qualité de vie

Objectifs spécifiques :

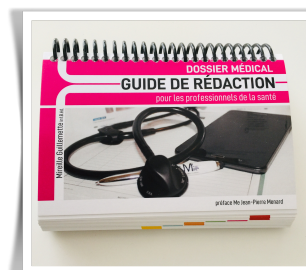
- ☐ Reconnaître les différents types de TNCM et les comportements associés chez les personnes atteintes
- ☐ Distinguer les manifestations comportementales et psychologiques chez les personnes atteintes de démence
- ☐ Intervenir adéquatement lors de la résistance aux soins
- ☐ Prévoir la survenue des comportements d'agitation
- ☐ Démontrer des aptitudes adéquates dans l'approche et la communication
- ☐ Accompagner les proches aidants
- ☐ Connaître et gérer les enjeux concernant l'utilisation de la médication

3

Déclaration de conflit d'intérêt



- *Auteur : Dossier Médical, GUIDE DE RÉDACTION pour les professionnels de la santé, 2019*
- *Auteur : Guide de rédaction des notes aux dossier, version électronique OIIAQ, 2019*



4

En résumé

À faire - À ne pas faire

À faire	X

Quizz

1. Quels sont les facteurs de risques de la maladie d'Alzheimer ?
2. Quel est le facteur de risque principal de la maladie d'Alzheimer?
3. Vrai ou faux. Le diagnostic se base principalement sur l'histoire de vie.
4. Peut-on prévenir la forme Alzheimer et vasculaire?
5. Vrai ou faux. Les « terribles 5 » sont les principaux facteurs de risque modifiables (Obésité, sédentarité, HTA, tabagisme, diabète mal contrôlé)?
6. Comment doit-on considérer un comportement d'agitation ?
7. Quelle est l'intervention la plus efficace pour prévenir un refus de soin ou une réaction d'agressivité ?
8. Des médicaments fonctionnent très bien pour réduire les comportements d'agitation.

Les 5 énigmes



- ❑ L'aréna fermé
- ❑ Appeler avec un rasoir
- ❑ « Je ne comprends pas »
- ❑ « On m'a volé mon chapelet »
- ❑ Le discours incompréhensible

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)

- ❑ Ne fais pas partie du vieillissement normal comme le syndrome de fragilité ou une détérioration des fonctions cognitives
- ❑ Début graduel et évolution progressive
- ❑ Deux origines principales : dégénérative ou vasculaire
- ❑ L'atteinte de la mémoire prédomine, mais c'est beaucoup plus qu'un problème de mémoire
- ❑ Un TNCM empêche l'autonomie dans les AVQ et AVD
- ❑ Les stades : léger, modéré, sévère, fin de vie

Mme Caux

- ☐ Vous travaillez depuis quelques jours en RPA. Auparavant vous étiez en périnatalité... gros changement.
- ☐ Mme Caux est âgée de 82 ans. Elle habite un appartement en résidence privée pour aînés, section autonome. Lors de sa visite à votre bureau pour un prélèvement elle se plaint de sa mémoire. De plus, vous remarquez qu'elle réagit lentement.
- ☐ Est-ce normal à cet âge avancé ?
- ☐ Devez-vous évaluer cette situation ?

9

Normal ou pas pour une personne âgée ?

- ☐ Difficulté à se rappeler des séries de chiffres
- ☐ Ne se souvient plus de l'année de la Seconde Guerre mondiale
- ☐ Difficulté à signer son nom
- ☐ Capable de raconter ses vacances en Estrie il y a 15 ans mais ne se souvient plus si sa soeur et beau-frère étaient présents
- ☐ A des oublis fréquents (un rendez-vous, un médicament à prendre, un item à rapporter) mais sans impact fonctionnel
- ☐ Est incapable de nommer les mois de l'année en ordre inversé
- ☐ Est incapable d'épeler le mot MONDE à l'envers lorsqu'il y a des stimuli
- ☐ Voit parfois des choses irréelles

10

Vieillissement normal / Démence

Forme Alzheimer, 3 critères pour diagnostiquer :

- ☐ Un déclin significatif d'une ou plusieurs fonctions cognitives
- ☐ Une détérioration progressive * changement important par rapport à ce que la personne était avec impact fonctionnel sur AVD et AVQ
- ☐ Non causé par un autre problème médical (délirium) ou autre désordre psychologique (dépression)

Vieillissement normal :

- ☐ Déclin progressif, lent au niveau des fonctions cognitives (<http://quoco.org>)
- ☐ Pertes cognitives ≠ démence

11

Votre temps de mise en action versus celui d'une personne centenaire



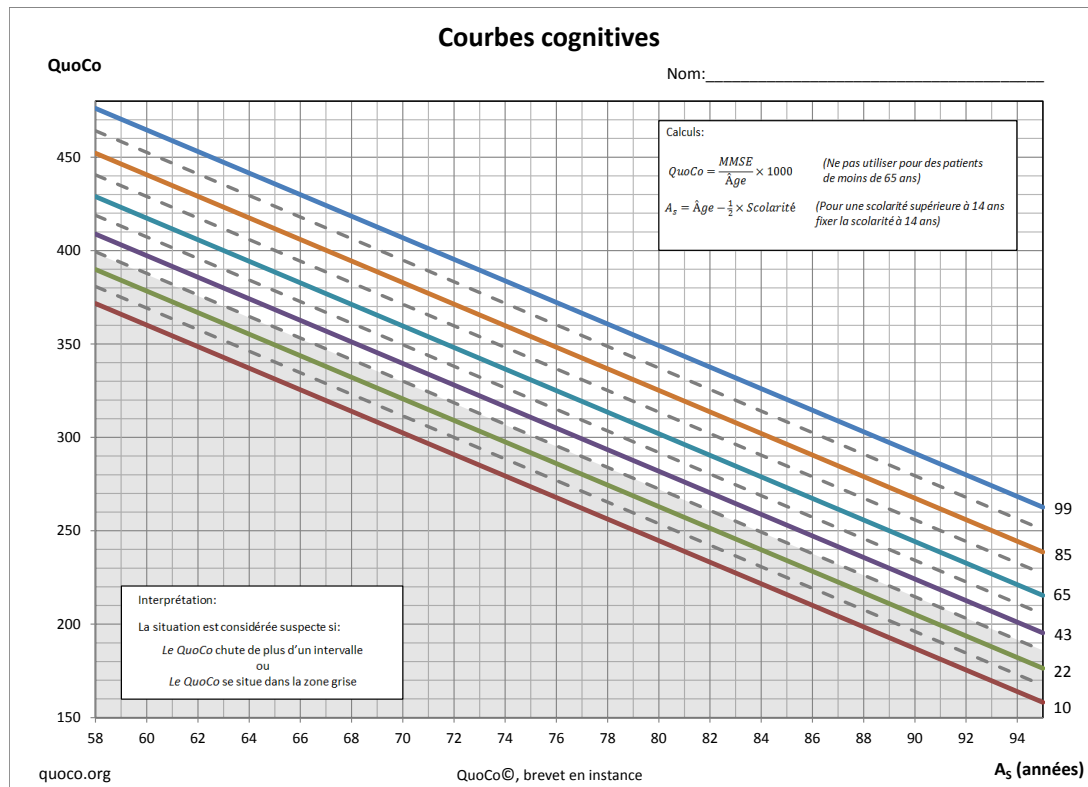
20 secondes

12

Les stades , des indicateurs

- Léger : Pertes de mémoire, difficulté à suivre une conversation, difficulté à rester concentré, tendance à s'égarer, problèmes de coordination légers
- Modéré : Augmentation des pertes de mémoire, changement d'humeur et de comportement, besoin d'aide pour les AVQ
- Sévère : Perte de la capacité de parler, incontinence, besoin d'aide pour tous les AVQ, dysphagie, réapparition des réflexes primitifs
- Fin de vie

13



14

Dans la maladie

- ☐ La personne perd la maîtrise ou la volonté de maîtrise
- ☐ La personne ne peut plus se protéger en niant ses émotions, elle les exprime alors sans contrôle
- ☐ Pour la personne, le présent et le passé se confondent
- ☐ La douleur ou une perte physique peut réveiller le souvenir d'une émotion ancienne
- ☐ La « zone de confort est très limitée »

15

La « zone de confort »



! Les signes anxieux

16

M. Robert, ancien recteur

- ☐ M. Robert est âgé de 84 ans. Ancien recteur de l'Université, ses murs sont décorés de plusieurs décorations et diplômes.
- ☐ Il est atteint d'un TNCM de type Alzheimer. La détérioration de ses capacités cognitives a été rapide, en l'espace de 4 ans selon sa famille. Il est maintenant au stade avancé. Il a de la difficulté à s'exprimer, son vocabulaire ne compte qu'une vingtaine de mots.
- ☐ Est-ce que le fait d'avoir autant étudié peut avoir un lien avec cette détérioration rapide?

17

Facteurs de risques

Non contrôlables (environ 30%)

- ☐ Âge
- ☐ Génétique

Contrôlables (risque attribuable en %)

Faible scolarité (stimulation avant l'âge de 12 ans) 19.1%

Tabagisme 13.9%

Sédentarité 12.7%

Dépression 7.9%

Hypertension artérielle 5.1%

Diabète 2.9%

Obésité 2%

☐ Traumatismes crâniens (Démence du boxeur)

☐ Abus d'alcool ou de drogues

18

Ne sont pas des facteurs de risque ou facteurs de protection

- ☐ Aluminium
- ☐ Huile de coco
- ☐ Ginkgo Biloba
- ☐ Curcuma
- ☐ Anesthésie générale
- ☐ Suppléments alimentaires
- ☐ Testostérone

19

Les facteurs de protection

Ce qui nous place à faible risque de développer la maladie à un âge avancé :

- ☐ Exercice physique (haut niveau de preuve)
- ☐ Alimentation de type méditerranéenne / nouveau Guide Alimentaire Canadien
- ☐ Garder son cerveau actif, activités sociales
- ☐ Contrôle du diabète et de l'hypertension artérielle
- ☐ Dépistage et traitement de la dépression
- ☐ Poids santé

20

Les effets de la maladie

- Sur la mémoire
- Désorientation
- Désorganisation
- Illusions / hallucinations
- Perte d'autonomie (fonctions exécutives)
- Changement de personnalité

21

- **Alzheimer** : Troubles de la mémoire, déficits cognitifs dans au moins 2 domaines, progression lente, désorientation, changement de personnalité.
- **Vasculaire** : Labilité émotionnelle, troubles d'exécution, incontinence, cognition imprévisible, progression de la maladie par paliers, perte d'équilibre, faiblesse et rigidité, changement de la personnalité.
- **Corps de Léwy** : Parkinsonisme (tremblements, rigidité, chutes). Fluctuation dans l'état au niveau de la fonction cognitive, de l'attention et de la concentration. Hallucinations et illusions se manifestent tôt. Progression rapide.
- **Fronto-temporale** : Changement de personnalité et de fonctionnement (inhibition, perte d'empathie / indifférence émotionnelle, décisions inappropriées au niveau des dépenses financières). Stéréotype verbal, évolue souvent au mutisme. Mémoire et orientation atteintes plus tardivement donc certaines fonctions sont intactes.

22

N'est pas
seulement un
problème touchant
les fonctions
cognitives,

touche tous les
aspects du
fonctionnement et
la personnalité.



23

Les intervenants



- ☐ Quelles sont les qualités nécessaires pour travailler avec les personnes atteintes?

24

Définissons ce terme : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

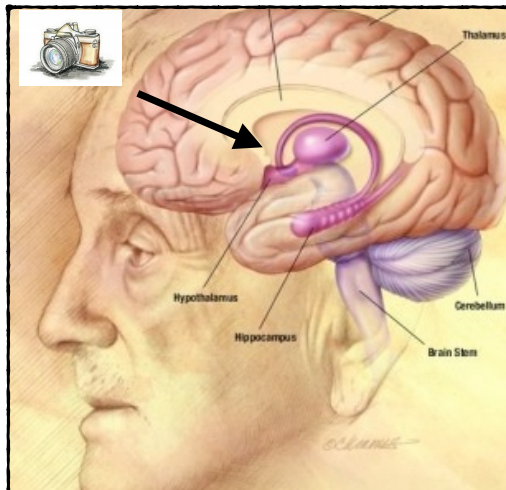
Adoption de comportements dans un but précis. La personne cherche à répondre à un besoin non satisfait ou compromis, ou à communiquer ce besoin.

***** Donc, rechercher le sens *****

- ☐ Les catégories de symptômes comportementaux: agitation, errance, agressivité verbale et physique, comportements sexuels inappropriés, résistance, opposition aux soins, syndrome crépusculaire
- ☐ Les catégories de symptômes psychologiques: idées délirantes (vol, suspicion, jalousie, abandon), hallucinations, illusions, apathie, anxiété (demandes verbales différentes répétées, agitation, errance, réactions catastrophiques)

25

Les causes des SCPD



- ☐ Facteurs personnels
- ☐ Environnement physique
- ☐ Environnement social
- ☐ Environnement organisationnel

26

Les causes / activité

L'agitation est la manifestation d'un besoin compromis

- ☐ Nommez des causes possibles (biologiques, psychologiques, environnementales ou interactionnelles) :

27

Classez les comportements suivants selon les catégories de comportements

-
- | | |
|---|---|
| ☐ Crache ses médicaments dans sa main | ☐ Fouille dans les affaires des autres |
| ☐ Frappe | ☐ S'habille avec 2 jupes et une jaquette |
| ☐ Lance des aliments | ☐ Pince, mord |
| ☐ Langage hostile, accusateur | ☐ Ne vous répond pas |
| ☐ Répète les mêmes mots, phrases ou sons répétitifs | ☐ Parle constamment |
| ☐ Tourne la tête lorsque vous tentez de faire un traitement (bouche ou respiratoire) | ☐ Fait les cent pas |
| ☐ Langage indécent | ☐ Menace et crie |
| ☐ Refuse de participer à une activité | ☐ Blasphème |
| ☐ Poings serrés | ☐ Cogne sur des objets sans les briser |
| ☐ Vole des objets (enlève des mains de quelqu'un) | ☐ Ferme la bouche lorsque vous tentez de l'alimenter |

28

Agitation physique non-agressive

☐☐☐☐☐

Agitation physique agressive

☐☐☐

Agitation verbale non-agressive

☐☐

Agitation verbale agressive

☐☐☐

Autre (ne sont pas des SCPD)

☐☐☐☐☐☐

Référence : L'agitation en catégorie de comportements, Bourque et Voyer(2006), traduction de l'association internationale de psychogériatrie

M.Meunier, est-ce de l'agitation?



M.Meunier s'agite, il marche de plus en plus vite. Il pousse le mobilier qui se trouve sur son chemin. Il déplace les tables et les fauteuils, qu'ils soient libres ou non.

Il ne se soucie pas des autres.

Il fait de grands gestes puis on dirait qu'il prend des mesures sur les murs.

L'équipe soignante ne le connaît pas, il est arrivé il y a quelques jours.

Il ne répond pas si on l'interpelle.

« Toujours avoir une vision sur le besoin compromis et non sur le comportement.»

31

Intervenir

- 1- L'approche est elle adéquate ?
- 2- Est-ce de l'agitation ?
- 3 - Quelle est la cause ?
- 4- Le recadrage est-il possible (doit-on vraiment intervenir) ?
- 5- Les objectifs d'intervention et les principes de communication

L'approche adéquate inclut : *** L'histoire de vie ***

Les stratégies décisionnelles et redonner du contrôle

L'écoute active adaptée, la validation, la diversion

La gestion du refus

Le toucher affectif

L'environnement adapté

La méthode discontinue et la gestion du refus

32

Ce qu'est le recadrage

- ☐ Est-ce que ce comportement est vraiment dérangeant ? (si oui, pour qui!)
- ☐ Y a-t-il du danger?
- ☐ Perçoit-on de la détresse ou de la douleur dans ce comportement?
- ☐ Est-ce que ce comportement empêche la personne de fonctionner?

33

Agitation physique non agressive

Faire les cent pas
Déambuler de façon inappropriée
S'emparer ou cacher des objets
Égarer des objets
Fouiller dans les affaires des autres
Uriner ou déféquer de façon inappropriée
Cogner des objets sans les briser
Lancer des objets ou des aliments
S'habiller de façon incorrecte
S'isoler
Ne pas suivre les directives

Agitation verbale non agressive

Parler constamment
Répéter les mêmes mots, phrases ou sons répétitifs

Agitation physique agressive

Pincer, griffer, mordre
Cracher, bousculer
Briser des objets
Frapper
S'automutiler
Voler des objets

Agitation verbale agressive

Langage indécent
Blasphème
Menace et crie
Langage hostile, accusateur
Menacer de s'automutiler

Référence : L'agitation en catégorie de comportements, Bourque et Voyer(2006), traduction de l'association internationale de psychogériatrie

34

Catégories d'interventions dans la gestion des SCPD

Voyer, 2006, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Adaptation de J.Cohen-Mansfield.

- ☐ Interventions sensorielles et relaxation (Musique, massage, etc.), contacts sociaux (vidéo familiale, zoothérapie, etc.)
- ☐ Thérapie comportementale (Renforcement par une récompense ou attention, contrôle du stimulus par barrière subjective, éléments attirants l'attention)
- ☐ Thérapie occupationnelle (Tâches d'implication et de valorisation, activités structurées) <http://www.timeslips.org>
- ☐ Interventions sur l'environnement (Réduction des stimulations, lieu d'errance), luminothérapie
- ☐ Soins médicaux et soins infirmiers (Réduction des contentions, contrôle de la douleur et d'autres symptômes physiques)

35

La musique



- ☐ Forme de communication préservée
- ☐ Stimule des zones cérébrales
- ☐ Réduit les hormones du stress (cortisol)
- ☐ Effets pour la personne atteinte
- ☐ Effets pour le proche aidant

36

M.Meunier, que doit-on faire?



Il pousse le mobilier qui se trouve sur son chemin. Il déplace le mobilier de façon énergique. Des résidents sont présents dans la pièce. Il est costaud.

Il ne se soucie pas des autres.

Il fait de grands gestes comme s'il mesurait les murs.

Vous l'interpellez : Monsieur Meunier, en cherchant son regard... Il ne vous regarde pas, ne vous répond pas.

37

Appeler avec un rasoir



Un résident marche vers vous d'un pas décidé, il est visiblement contrarié. Il tient dans ses mains un rasoir électrique.

« Ça fait une heure que j'essaie d'appeler, ça ne fonctionne pas. » Son ton de voix est fort. Il vous montre son rasoir en parlant.

□ Que peut-on lui répondre pour éviter de le placer en échec et sachant que les explications ne fonctionnent pas?

38

Mme Caux, que doit-on faire ?



Mme Caux, âgée de 87 ans, souffre d'une démence fronto-temporale et d'un cancer du sein non traité. Elle a été réveillée à 7h et installée au fauteuil gérontique avec tablette pour éviter qu'elle ne glisse. Elle ne communique plus verbalement. Il est possible d'avoir un contact visuel. Elle a un déficit auditif.

- ☐ Elle a été reconduite à sa chambre, car elle émet des vocalisations répétitives qui vont déranger les autres résidents.
- ☐ Vous tentez d'installer son traitement d'inhalothérapie, mais elle tourne la tête.
- ☐ Devrait-on compléter une grille d'observation clinique pour 7 jours ?

39

Errance

Bénéfices
versus
Dangers



40

Objectifs et interventions

- ☐ La règle numéro 1 :
TOUJOURS RECHERCHER LE SENS DES
COMPORTEMENTS
- ☐ Assurer la sécurité
- ☐ Favoriser l'autonomie fonctionnelle
- ☐ Rendre le milieu de vie le plus calme possible
- ☐ Exemples d'interventions : adapter un trajet, rediriger la
personne, réduction de l'errance par des méthodes
alternatives comme la thérapie occupationnelle

41

Quel est l'objectif :

- ☐ Éliminer ou réduire l'errance dans
les lieux non sécuritaires
- ☐ La Limiter à un moment
spécifique
- ☐ La Réduire de façon globale

42

Mme Blondeau

Mme Blondeau ne peut plus communiquer de façon verbale ou non verbale. Elle émet des sons ou des phrases dépourvues de sens. Elle collabore bien aux soins et est habituellement calme.

Plusieurs heures par jour, elle déambule sans but apparent. Elle marche dans les corridors, entre dans les chambres.

Mme Blondeau a perdu du poids, ne prend souvent pas le temps suffisant pour manger, ne s'arrête pas pour boire ou se reposer.

Son histoire de vie nous apprend qu'elle a eu une vie très active : 8 enfants, bénévolat à l'hôpital jusqu'à l'âge de 78 ans, jardinage, implication sociale, cercle d'amies avec qui elle jouait aux cartes 1 fois/sem.

☐ Doit-on intervenir ?

43

Résistance aux soins (RAS)



- ☐ Qu'est-ce qu'un refus ?
- ☐ Que fait-on en cas de refus ?

44

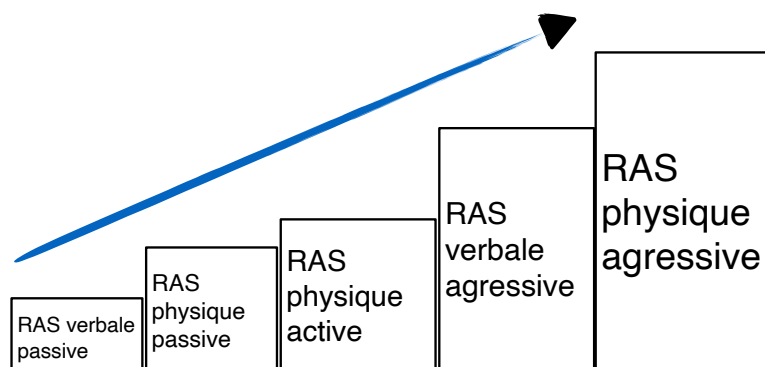
Agressivité verbale et physique

- ❑ Les comportements verbaux précèdent habituellement les gestes agressifs
- ❑ Lors de RAS (résistance aux soins) verbale, il y a des étapes d'escalade et lorsque le clinicien persiste = RAS physique agressive



45

Résistance aux soins (RAS) Agressivité verbale et physique



46

RAS / Que faire en cas de refus

- ☐ Changer les mots employés ou ajouter le non verbal ou indice visuel
- ☐ Intervention discontinuée
- ☐ Demander à un collègue de donner le soin
- ☐ Évaluer l'importance du soin et ne donner que le soin prioritaire
- ☐ Intervenir avec douceur, adapter NOTRE comportement, prendre le temps, faire participer
- ☐ Ne JAMAIS forcer, expliquer, faire la morale, de réprimande ou être autoritaire

* La santé ou sécurité du résident est immédiatement compromise si le soin n'est pas donné → PAUSE 20 à 45 minutes puis intervention la moins contraignante possible

47

Mme Dubé

14h, l'activité chorale vient de se terminer et plusieurs résidents sont reconduits sur l'unité. Ils sont accompagnés de bénévoles, pour la plupart, enfant d'un résident (dont la fille de Mme Dubé).

Mme Dubé marche en tournant près de l'ascenseur en disant qu'elle doit partir, car ses enfants vont arriver et son souper n'est pas prêt. Elle le répète sans arrêt, marche de plus en plus vite, essaie de prendre l'ascenseur.

Une préposée aux bénéficiaires la prend par l'épaule et lui dit qu'elle est chez elle et n'a pas de souper à faire.

Mme Dubé, de plus en plus agitée, lui dit je vais te frapper si tu ne me laisses pas sortir pour aller chez moi. Cette dame est habituellement très calme.

- ☐ Que faites-vous ?
- ☐ Devrait-on lui dire qu'elle a 87 ans et qu'elle n'a plus de maison ?
- ☐ Quel âge ont ses enfants, dans sa réalité, pensez-vous ?
- ☐ Devrait-on utiliser l'inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield dans un cas comme celui-ci ?

48

Comportements sexuels inappropriés

Ce sont : « des actions manifestes ayant une signification sexuelle évidente pour le sujet et qui sont considérées comme inappropriées sur le plan culturel et social » (Ylief et al., 2005, p. 25). Il en existe quatre catégories distinctes (Ylief et al., 2005) :

- Mots ou gestes à caractère sexuel
- Exhibitionnisme
- Masturbation en public
- Hyperactivité sexuelle

À distinguer des comportements normaux comme la recherche d'intimité, enlacer ou embrasser qui serait déplacé selon les convenances sociales.

49

Mme Marmen

Vous entrez dans la chambre de Mme Marmen pour lui donner un soin.

Elle est assise dans son fauteuil et en train de se masturber.

II Que faites-vous ?

50

M.Tremblay

Vous traversez l'étage et vous remarquez que M.Tremblay est en train de se déculotter dans la salle commune.

Vous avez entendu les intervenants dire qu'il se masturbait souvent.

- ☐ Ce n'est pas votre patient, que faites-vous ?
- ☐ Est-ce que ce comportement justifierait l'utilisation d'un médicament (antipsychotique ou benzodiazépine) ?

51

« L'être est plus important que le faire. »

52

Syndrome crépusculaire

«... c'était au crépuscule, à cette
heure où les choses se confondent.»
Marie Darrieussecq



53

Idées délirantes

suspicion, vol, empoisonnement, jalousie, abandon

- ☐ Convictions malgré des preuves évidentes
- ☐ Persistantes
- ☐ Différent des confabulations



54

Mme Doucet

Mme Doucet est atteinte de démence mixte et est hébergée dans un CHSLD. Son mari vit sur le même étage. M. prend soin de sa femme avec énormément de patience. Selon les enfants, ce fut toujours ainsi, même lorsque Mme a eu des épisodes de dépression dans le passé.

Lorsqu'il la reconduit à sa chambre après le dîner pour la sieste, elle pleure et l'accuse de « partir courir la galipote et d'aller retrouver d'autres femmes ». Ces idées délirantes surviennent 4 jours sur 7.

M. doit aller se reposer, il est épuisé en après-midi.

Que peut-on faire ? Devrait-on lui expliquer à nouveau que son mari se repose et qu'il viendra la retrouver dans une heure ?

Une solution efficace a été trouvée : aucun coût, n'a pas nécessité de personnel supplémentaire, aucun effet secondaire.

55

« On m'a volé mon chapelet »

Vous entrez dans la chambre de Mme Pilote, elle fouille sur son bureau, elle est visiblement contrariée. Elle vous dit qu'on lui a volé son chapelet.

Vous ne la connaissez pas. Vous voyez qu'un chapelet se trouve sur son bureau, assurément elle ne reconnaît pas celui-ci.

□ Que peut-on faire ?



56

Syndrome de Godot et demandes répétées différentes

- ☐ Suivre l'aidant ou le soignant en permanence
- ☐ Le syndrome de Godot exprime la peur d'être laissé seul

57

Mme Castillo

Vous croisez Mme Castillo qui circule dans corridor, elle pleure sans arrêt.

Ce comportement n'est pas nouveau chez elle, ce comportement survient presque chaque jour en après-midi.

|| Que faites-vous?

58

M.Dubois

- ☐ M.Dubois demande à répétition à quelle heure est le souper. Cela ce produit environ 5 jours / 7.
- ☐ Que peut-on faire ?
- ☐ Une solution a réduit de 87% la survenue de ce comportement.

59



60

Principes de base de l'approche globale ou l'art de limiter le nombre d'erreurs



- ☐ Respect de la dignité
- ☐ Approche centrée sur la personne et ses forces
- ☐ Contact visuel
- ☐ Communication verbale
- ☐ Écoute

61

Communication et stratégies

Approche de base
Posture, présentation
Ton de voix
Le toucher
Phrases simples, une directive à la fois
Laisser le temps
Surveiller le non-verbal
S'adresser à la personne



FERNANDEL
Hervé Queyranne

▼ La relation est toujours possible ... malgré tout .

62

La communication

- ☐ Non verbale (sourire, regard, attitude, images, signaux, observation, etc.)
- ☐ Sensorielle (massage, couleur, etc.)
- ☐ Verbale (s'adapter, phrases simples, répéter ou simplifier, laisser le temps, ne pas infantiliser, éviter certaines formes d'humour, phrases positives, offrir des choix simples, s'attarder plus aux sentiments qu'à la formulation utilisée par la personne, etc.)
- ☐ Écoute active adaptée

63

En plus de l'approche de base

- ☐ Soins adaptés à des personnes uniques
- ☐ Renforcement
- ☐ Thérapies :
 - Sensorielles (les 5 sens)
 - Récréatives (physiques et sociales)
 - Environnementales (contrôler les stimuli, bruits blancs, présence simulée, lieu de circulation libre , indices visuels)
 - Spécifiques (activités occupationnelles, luminothérapie, réminiscence)
- ☐ Écoute active adaptée
- ☐ Recadrage
- ☐ Stimulation quotidienne et stratégies décisionnelles, sensorielles et d'orientation
- ☐ Diversion
- ☐ Laisser le temps, gestion du temps Bace (balancing arousal controls excesses)

64

Langage incompréhensible

M. Bourassa vous regarde et vous parle. Vous ne comprenez ABSOLUMENT rien de son message.

Vous ne le connaissez pas beaucoup, mais vous savez qu'il est atteint de démence. Sur son mur, il a quelques photos de famille et une photo d'un homme avec un beau cheval de compétition.

❑ Que pouvez-vous faire ?



65

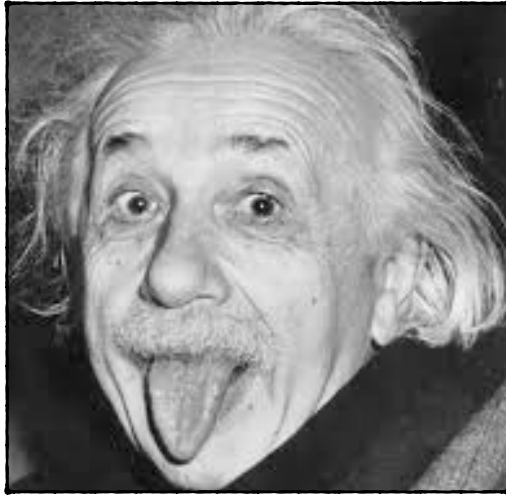
Compenser et s'adapter

Compenser les pertes cognitives et s'adapter aux capacités résiduelles préservent la dignité de la personne et évitent de la confronter à ses déficits.



66

Prévention = Attitude + environnement



- ❑ Éviter tout changement brutal
- ❑ Expliquez toujours ce que vous faites
- ❑ Créer un environnement apaisant et simplifié
- ❑ Rythmer les journées
- ❑ Connaître l'histoire de vie

67

Rappel des interventions prioritaires

Physique
Psychologique
Environnementale

Rechercher le
sens derrière le
comportement

68

Interventions prioritaires ► Physique

- ❑ Corriger vue, ouïe, état de la bouche
- ❑ Cadre et routine structurante
- ❑ Décoder ce que le comportement exprime
- ❑ Soulager la douleur
- ❑ Maintenir l'autonomie
- ❑ Prévenir l'opposition aux soins

69

Interventions prioritaires ► Psychologique

- ❑ Attitude apaisante : parler lentement, en face, dire ses intentions, une consigne à la fois, phrases courtes, se placer en face de la personne, ne pas crier, éviter de mettre en échec, tolérer les comportements différents. Être toujours à l'écoute des signes d'anxiété.
- ❑ Personnaliser les soins : nommer la personne par son nom, selon l'histoire de vie, la personnalité, les traumatismes. Respecter et tolérer.
- ❑ Respecter le rythme. Éviter les stimuli multiples : une consigne à la fois, diminuer le bruit, éviter les groupes ou les situations ou individus pouvant provoquer les comportements perturbateurs.
- ❑ Le personnel soignant doit s'adapter aux difficultés de la personne à s'exprimer et à communiquer. Lors d'un début d'agitation, vérifiez les besoins de base.

70

Interventions prioritaires ► Environnementale

- ☐ Agir sur l'environnement : lumières, couleurs pastel, espaces dégagés.
- ☐ Milieu de vie personnalisé, ressemblant à un domicile.
- ☐ Milieu qui compense les difficultés à se retrouver dans les lieux, les pertes de mémoire, à reconnaître les objets, les personnes et les gestes appris.
- ☐ Sécurité : portes avec codes, barres d'appui, lit à une hauteur adéquate.
- ☐ Calme : diminuer le son des cloches et du téléphone, alarmes en mode vibration.

71

« Je ne comprends pas »

Vous êtes dans la chambre de Mme Simard. Elle vous tend un étui à lunettes et vous dit : « Je ne comprends pas, ça ne fonctionne pas. »

- ☐ Que pouvez-vous faire en sachant que les mots sont de moins en moins compris par la résidente?



72

M.Levesque et l'aréna fermé



Vous visitez un membre de votre famille dans un CHSLD.

Un homme âgé s'approche de vous et il semble fâché, il gesticule et son ton de voix est fort. Il vous regarde dans les yeux et vous dit : « Je ne comprends pas qu'ils n'ont pas mis les heures d'ouverture. Là, je suis pris ici et je ne sais même pas quand ça va ouvrir, un gros aréna comme ça, ils auraient pu mettre les heures. Tout est barré, je ne peux plus sortir et je ne sais pas quand ça va ouvrir. »

- Que peut-on faire pour éviter l'escalade de l'agressivité sachant qu'il ne faut pas mentir ?

73

TNCM et médication

- Dans nos CHSLD : plus de 50% des résidents sont au stade avancé
- La démence sévère est une maladie terminale = soins palliatifs
- Les données probantes dans l'usage des médicaments dans une approche palliative
- Le rapport avantages / risques est modifié
- LA tranche de population qui consomme le plus de médicaments
- 61 % des résidents utilisent 10 médicaments ou plus par jour
- Morbidité et mortalité importante liée à la médication
- Chaque \$ dépensé en médicament coûte 1.33\$ en soins (1997)

74

Les médicaments psychotropes

- ❑ ↑ les risques de décès et d'AVC
- ❑ L'usage est déconseillé si Alzheimer ou maladie apparentée
- ❑ L'usage est fortement déconseillé si démence à corps de Léwy
- ❑ Effets secondaires neurologiques extrapyramidaux : chute, fausse route alimentaire, sédation excessive, hypotension orthostatique, trouble du rythme♥, troubles cognitifs, constipation, rétention urinaire

75

Seulement si :

Troubles psychotiques sévères et non
contrôlables autrement

+

Tout le reste a échoué

+

Urgence (danger pour lui-même ou pour
autrui)

76

Les médicaments

- ☐ Qui prescrit les antipsychotiques, benzo et inhibiteurs de la cholinestérase ?
- ☐ Leur utilité versus les risques
- ☐ À propos des Inhibiteurs de la cholinestérase (Reminil, Exelon, Aricept, Memantine) Voir étude Cochrane 2009
- ☐ À propos des ANTIPSYCHOTIQUES (Haldol, Largactil, Nozinan, Risperdal, Seroquel)
- ☐ À propos de BENZODIAZÉPINES (Serax, Ativan, Restoril, Rivotril)

77

Les Antipsychotiques

Efficaces dans 20-33% des situations de SCPD

Inefficaces dans 67-80%

Lorsque efficaces, réduisent SCPD de 20à 30% seulement

Pour un fort pourcentage, l'arrêt amène une amélioration des SCPD

Plusieurs contre-indications

Ont des effets secondaires parfois permanents (ex.dyskinésie tardive)

1 personne sur 100 décède

La situation doit être grave / voir algorithme décisionnel + documenter au dossier

78

Les benzodiazépines

Meilleure efficacité avec les antipsychotiques

Peuvent être utilisés comme mesure temporaire (- de 30 jours)

Effets secondaires importants

La situation doit être grave, c'est une mesure temporaire

Voir algorithme décisionnel + documenter au dossier

79

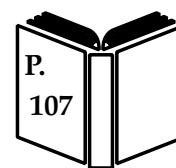
La déprescription

- ☐ Bénéfices / risques
- ☐ Décision concertée et planifiée
- ☐ Implique tous les soignants et les proches
- ☐ Déprescrire ne veut pas dire mauvaise prescription à l'origine
- ☐ Cesser les antipsychotiques améliore le comportement et diminue la morbidité
- ☐ Déprescrire n'est pas abandonner, mais au contraire répondre aux besoins <https://deprescribing.org>

80

Note au dossier

Exemples pour un comportement d'agitation



Exemple de note concernant un résident présentant de l'agitation pendant la nuit.

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-06	02h30 Fait les cent pas dans le couloir, turlute et pianote sur les murs. Collation offerte au salon.
	03h00 Reconduit à sa chambre. Marche calmement en tenant ma main. Se recouche.
	<i>Yvonne Pierre-Jean inf. aux.</i>
Cette note sera suivie des interventions et du résultat et de la signature.	

Exemple de note concernant un résident présentant de l'agitation.

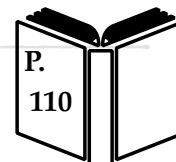
DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-11-06	14h30 Émet des vocalisations répétitives. Présente signes de douleur : poings fermés, dents serrées, grimace.
	Repositionnée, eau pétillante offerte, écoute de musique douce avec écouteurs, peluche placée sur ses genoux.
	15h Calme, souriante. <i>Patricia Goulet inf. aux.</i>
Le PTI contient un constat concernant les SCPD, il sera mis à jour au besoin.	

La compréhension des comportements chez la clientèle souffrant de graves problèmes de communication avec l'extérieur pose des défis pour la profession infirmière. On doit adapter le vocabulaire pour évaluer cette clientèle avec précision.

Un exemple parmi d'autres, l'utilisation systématique du mot FUGUE dans le cas d'une personne atteinte d'Alzheimer et qui manque à l'appel. La fugue est le fait d'une personne qui fuit et non d'une personne qui s'égare. Pour éviter cette confusion, toujours s'en tenir à des données factuelles.

Note au dossier

Exemple d'un comportement agressif



Exemple de note

DATE	NOTES ET SIGNATURES
2019-12-01	15h10 Pousse avec force et fait tomber au sol résident no dossier 123456 en grognant et en lui disant « pousse toi de là ». Évènement survient près de l'ascenseur au 2ième étage, à la fin de l'activité Bingo.
	Plusieurs résidents présents, niveau de bruit élevé.
Les interventions, résultats et signature seront ajoutés à cette note.	

Note au dossier

Exemple d'une situation vécue en SAD

2020-09-01	13h30 Présente des symptômes pouvant être reliés à la prise d'Aricept : insomnie, fatigue,
	périodes d'agitation, chute. Fille Gisèle informée des données concernant les
	risques et les effets thérapeutiques de cette médication.
	Demande à ce que le médicament soit cessé. Dr. Busque avisée par téléphone.
	Dit qu'elle va réviser la médication à la prochaine visite prévue dans 3 jours.
	14h ----- SIGNATURE, TITRE

83

Merci

Au plaisir de vous revoir

Questions

Que retenez-vous ? 3 mots

Certifications

Évaluation



84

Références principales

- ❑ AQNP, Les fonctions cognitives, <http://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/> dernière consultation janvier 2018
- ❑ ASSS de la Montérégie, Protocole d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui, France Fleury, 2010.
- ❑ ASSTSAS, La prévention des lésions professionnelles liées aux comportements agressifs et perturbateurs en gériatrie; M.Bigauette, 2012
- ❑ Bocti, C., L'évaluation médicale des troubles cognitifs en première ligne : bilan sanguin et imagerie, IUGS, 2015
- ❑ Brodeur, C., L'évaluation médicale et diagnostique : les différentes démences et leur tableau clinique, Plan Alzheimer Québec, 2015
- ❑ CEVQ, Médicaments pour les patients atteints de démence sévère en CHSLD, 2015
- ❑ Comment évaluer, dépister et traiter précocement la démence et les troubles cognitifs. Conférence prononcée par Josée st-Cyr, infirmière et Dr Marc neveu, neurologue, lors de la journée éducative « Quand les troubles nous troublent », Revue AXONE, décembre 2009
- ❑ DSM-V, American Psychiatric Association, 2015
- ❑ Encyclopédie internationale multilingue de la réadaptation. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence : le rôle de l'approche non pharmacologique en réadaptation.
- ❑ Kröger, E., L'usage optimal des médicaments chez les personnes atteintes de démence sévère résidant en établissement de soins de longue durée, CHU de Québec, Les conférences mémorables, 2017

85

Références principales, suite

- ❑ Le médecin du Québec, volume 44, numéro 9, septembre 2009 Agitation dans la démence...pas de panique!, Evelyne Thuot et Nathalie Shamlan.
- ❑ Massoud, F., Les troubles neurocognitifs, le traitement pharmacologique et son suivi en GMF, IUGM, 2015
- ❑ MSSS, 2012, Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, État cognitif et comportemental «Agitation dans les démences». CSSS-IUGS.
- ❑ RMG3, Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, Aide-mémoire à la décision. Philippe Voyer, février 2009.
- ❑ Voyer, Philippe (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, Une approche adaptée aux CHSLD, 662 p.
- ❑ Voyer,Philippe, Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, les notions avancées, CEVQ, 2016.
- ❑ Trudel et al., CSSSIUGS, SCPD en soins de longue durée, Cadre de référence, 2013.
- ❑ NSW Health, Guideline, Aged Care - Working with People with Challenging Behaviours in Residential Aged Care Facilities, 2014
- ❑ Sirois, C., Capsules CEVQ, La déprescription de médicaments chez les aînés, https://www.youtube.com/watch?time_continue=35&v=i-GUkXh5wt4 , 2017
- ❑ *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)*. Aide-mémoire à l'intervention. Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Sherbrooke, Mise à jour : octobre 2016.

86